JAARBOEK NIVEL 1998

(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 onderzoeksresultaten op de NIVEL internet pagina:

www.nivel.nl

Jaarboek NIVEL 1998
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 18
     - 2.1.3 Overige beroepsgroepen 23
   - 2.2 Verpleging en verzorging 26
   - 2.3 Paramedische beroepen 36
   - 2.4 Het perspectief van de hulpvrager 42
   - 2.5 Het hulpverleningsproces en behandeling psychische problemen 51
   - 2.6 Kwaliteit van de gezondheidszorg 58
   - 2.7 Internationaal vergelijkend onderzoek 63
   - 2.9 Overig onderzoek 68

3. **BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE** 76

4. **OVERIGE ACTIVITEITEN** 79

5. **HET BESTUUR** 81

6. **EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)** 83

7. **LIJST VAN PUBLICATIES** 89

8. **PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN** 116

9. **OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIE VAN HUISARTSEN, VERLOSKUNDIGEN EN FYSIOTHERAPEUTEN** 125

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 gezondheids*zorg*: de zorg-vraag, 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 beroepskrachten-planning.
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

Voor u ligt het jaarverslag 1998. Er is altijd een keuze tussen het model 'andermaal groeiden wij als kool en namen de kwaliteit van onze producten, de tevredenheid van onze opdrachtgevers en de blijheid van onze werknemers toe' of 'dit hebben we (met behulp van uw financiële middelen) aan resultaten gevonden - kort samengevat'. Het NIVEL kiest al enige jaren voor de tweede variant, al staan op de laatste pagina's enige cijfermatige gegevens. Van alle resultaten is de bron vermeld, geïnteresseerden kunnen nadere details opvragen.

Aan het jaarboek 1998 is te zien dat het onderzoeksprogramma 'Rationalisering en modernisering van de curatieve zorg', waarmee het NIVEL zijn onderzoeksterrein uitbreidde naar ziekenhuiszorg en specialistische zorg, in een oogstfase is gekomen.
Er is een stroom van behoeftenramingen, met name van medisch specialistische zorg, tot stand gekomen; studies naar video-observaties van communicatie tussen specialist en patiënt, inventarisaties en evaluaties van experimenten met transmurale zorg hebben tot afgeronde rapporten en artikelen geleid.
In de behoeftenraming van radiologen is gebruik gemaakt van nauwkeurige observatiemethoden, waarvan de resultaten een impuls hebben gegeven voor een herziening van de grondslagen van de tarieven. Een onderzoek naar de mogelijke effecten van een algemeen dienstverband voor specialisten, verricht in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten, versterkte het vermoeden dat in een dergelijk geval, het aantal specialistenplaatsen zou moeten worden uitgebreid.
In de behoeftenraming voor huisartsen werd nog eens extra duidelijk dat er een duidelijke spanning tussen vraag en aanbod is.

Aan het eind van het verslagjaar werd de evaluatie van de invoering van een Algemene Eigen Bijdrage voor ziekenfondsverzekerden versneld afgerond; bij de vorming van de nieuwe regering was al afgesproken de AEB te laten vervallen. De resultaten van de evaluatie ondersteunen deze afschaffing ten volle.
Ook de invoering van 'beperkende maatregelen fysiotherapie' werd door het NIVEL (samen met het NPI, het Nederlands Paramedisch Instituut) geëvalueerd. Naast elkaar werden gezet 'het Amsterdamse Dienstenmodel' en de maatregel voor de rest van Nederland. Uit het onderzoek bleek dat het Amsterdamse model onder andere een verschuiving naar de aanvullende verzekering teweeg bracht; onduidelijk bleef of het totaal van de kosten (dus inclusief aanvullende verzekeringen) nu gedaald was. Voor het overige leek het er niet op dat de beperkende maatregelen, mede door de grote hoeveelheid uitzonderingen, ten koste van de gezondheid van de verzekerden gingen.

In het Consumentenpanel Gezondheidszorg (een samen met de Consumentenbond opgezette activiteit) werd melding gemaakt van grote fluctuaties in het vertrouwen van de burger ten aanzien van de zorg. Instellingen werden minder vertrouwd dan individuele beroepsbeoefenaren en het dieptepunt in vertrouwen betrof de Geestelijke Gezondheidszorg, zowel bij degenen die van deze zorg gebruik maakten als bij anderen. Ook is het vertrouwen in de huidige zorg groter dan in de zorg in de toekomst; mensen denken dat het er niet beter op wordt.

Het bovenstaande betreft een selectie uit de vele onderwerpen die in 1998 werden onderzocht en waarvan de resultaten in het verslagjaar werden gepubliceerd; meer informatie vindt men op de volgende pagina's.

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1 DE MEDISCHE AS: HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

2.1.1 De huisarts

Huisartsen
In 1992 heeft het NIVEL een uitgebreide studie verricht naar de behoefte aan huisartsen in het jaar 2005. In die studie zijn verschillende scenario's opgesteld voor de toekomstige behoefte aan huisartsen in het jaar 2005. Deze liepen uiteen van een jaarlijkse instroom in de opleiding van 308 tot 770. Op grond hiervan adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan het Ministerie van WVC de instroom te vergroten tot 440. Het Ministerie besloot de opleidingscapaciteit uit te breiden van 280 tot een jaarlijkse instroom van 325. Om een tekort aan huisartsen in 1996 en 1997 door de verlenging van de opleidingsduur van twee naar drie jaar per september 1994 te voorkomen, is in 1994 een extra instroom van 96 basisartsen gerealiseerd boven de toen geldende toelatingscapaciteit van 280 personen.

Inmiddels is er een groot aantal ontwikkelingen gaande in en om het veld van de huisartsgeneeskunde:
vakinhoudelijke en beleidsmatige ontwikkelingen in de huisartsenzorg:
- veranderingen in het kader van de modernisering van de curatieve zorg (samenwerking huisarts-specialist, transmurale zorg, veranderingen in het honoreringssysteem van specialisten),
- programmatische preventie,
- gewijzigde positie van de bedrijfsgezondheidszorg,
- standaardenbeleid,
- taakdelegatie en praktijkondersteuning,
- modernisering ouderenzorg,
- samenwerking tussen huisartsen;

ontwikkelingen in de verwerkingscapaciteit van huisartsen:
- de toename van het aantal in deeltijd werkende huisartsen,
- de toename van het aantal vrouwelijke huisartsen,
- wensen rond arbeidstijdnormering,
- veranderingen in de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten,
- ontwikkelingen met betrekking tot de pensioenvoorziening voor huisartsen;

externe factoren:
- demografische ontwikkelingen: de bevolkingsprognoses van het CBS van 1991

zijn al een aantal keren bijgesteld,
- epidemiologische ontwikkelingen: op grond van de verwachte ontwikkelingen zal in de komende vijftien jaar het aantal huisartsencontacten toenemen,
- sociaal-culturele ontwikkelingen: het groeiende aantal asielzoekers en migranten. Dezen doen waarschijnlijk een groter beroep op de huisartsenzorg dan Nederlanders.

Bovenstaande ontwikkelingen vormden voor de LHV aanleiding om het NIVEL opdracht te geven een nieuwe behoefteramingsstudie uit te voeren.
In deze studie zijn zes scenario's ontwikkeld voor de behoefte aan huisartsen in 2010. Deze scenario's lopen van een scenario waarin alleen rekening is gehouden met de demografische ontwikkelingen, tot en met een scenario waarin rekening is gehouden met de demografische ontwikkelingen, een daling in het aantal fulltime equivalenten (fte's), een daling in uren per fte, een toename van niet-patiëntgebonden activiteiten, protocollering en samenwerking en een toename van de tijdsbesteding per patiëntcontact. Deze scenario's resulteren in een tekort in de instroom in de huisartsenopleiding van 29 tot 677 basisartsen per jaar.
Op grond van deze scenario's kan men constateren dat zelfs als men alleen de demografische ontwikkelingen in beschouwing neemt, de huidige opleidingscapaciteit onvoldoende is. Het is echter zinvol om meer ontwikkelingen in het beleid te betrekken dan alleen de demografische ontwikkelingen, de toename van het aantal in deeltijd werkende artsen en de uitstroom als gevolg van pensionering, zoals in de huidige prognoses van het ministerie van VWS.
Enkele ontwikkelingen die grote gevolgen zullen hebben voor de werkdruk van de huisarts heeft men niet in het onderzoek kunnen betrekken: de plannen om de huisarts een poortwachtersfunctie te laten vervullen voor de GGZ, de verandering in de ziektewet en de veranderingen in de honorering van specialisten en daaruit voortvloeiende ziekenhuisverplaatste zorg. Deze ontwikkelingen moeten echter wel bij de interpretatie van de verschillende scenario's betrokken worden.
[Bron: Hingstman L, Velden LFJ van der. Behoefteraming huisartsen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998]

Cijfers uit de huisartspraktijk
Meer slachtoffers van geweld bij de huisarts
In 1997 gingen meer slachtoffers van geweld naar de huisarts. Het aantal meldingen door huisartsen lag vorig jaar bijna tweemaal zo hoog als in 1996. Het gaat om mensen die het slachtoffer werden van eenzijdig lichamelijk geweld; niet om vechtpartijen waarbij twee of meer personen betrokken waren. Opvallend is de groei van het aantal vrouwelijke slachtoffers in de grote steden. Dit blijkt uit het jaarverslag 1997 van de Peilstations Nederland.
De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland is een landelijk

netwerk van huisartsenpraktijken. De registratie staat onder beheer van het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Iedere week melden de deelnemende huisartsen het vóórkomen van bepaalde ziektebeelden en gebeurtenissen in hun praktijk. Samen bestrijken deze huisartsen een representatieve selectie van één procent van de Nederlandse bevolking.

Vrouwen vaker slachtoffer

Eenzijdig lichamelijk geweld tegen personen wordt sinds 1996 gemeld door de deelnemende huisartsen. In dat jaar werden jongens en mannen vaker het slachtoffer. In 1997 is een verschuiving zichtbaar: meisjes zijn even vaak het mikpunt van geweld en vrouwen zelfs vaker dan mannen. Wat de daders betreft is het in 1997 niet anders dan in 1996: op een enkele uitzondering na zijn dat mannen. Mannen zijn hoofdzakelijk het slachtoffer van incidenteel geweld door onbekenden; vrouwen daarentegen vallen in 40% van de meldingen ten prooi aan herhaald geweld door bekende daders, de partner of ex-partner.

Agressie tegen huisarts en assistente

Ook huisartsen en praktijkassistenten ontkomen niet aan bedreiging of intimidatie. In 1997 zijn drie van de vier peilstationartsen of hun assistentes geconfronteerd met uitingen van agressie. Uit de noordelijke provincies komen minder meldingen dan uit andere delen van het land; in de zuidelijke provincies worden 9 van de 10 praktijken geconfronteerd met agressie. Meestal blijft het bij bedreiging of intimidatie. Eén arts moest politieassistentie inroepen om zijn praktijkpand te kunnen verlaten. Tijdens de normale openingstijden moeten vooral de praktijkassistentes het ontgelden. Huisartsen worden tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten hoofdzakelijk mondeling geïntimideerd. Vooral patiënten die bij andere huisartsen ingeschreven staan, maken zich schuldig aan bedreiging met fysiek geweld of een wapen .

Suïcide(poging)

De gegevens uit het jaarverslag 1997 van de peilstations onderschrijven de door sommigen vermoede stijging van (pogingen tot) zelfdoding niet. In 1995 kwamen 7 meldingen binnen per 10.000 inwoners. In 1996 en 1997 waren dat er 6. De meeste suïcidepogingen vinden plaats in grote steden. Vaak brengen mensen kort voor de poging een bezoek aan een hulpverlener. Niet altijd onderkent deze de ernst van de situatie.

Minder sterilisaties

Nederland is een van de weinige landen waar meer mannen dan vrouwen gesteriliseerd zijn. De verhouding ligt momenteel op 61% mannen tegen 39% vrouwen. De populariteit van sterilisatie neemt af, zowel bij mannen als vrouwen. In 1997 werden 35 sterilisaties per 10.000 mannen verricht, een lichte daling ten opzichte

van de voorafgaande jaren, toen het aantal rond de 40 schommelde. Bij vrouwen is de daling nog duidelijker zichtbaar: in 1995 werden er 42 sterilisaties per 10.000 vrouwen uitgevoerd. In 1996 waren dat er 21 en in 1997 nog 18.
De reden voor de afnemende populariteit van sterilisatie als methode van geboorteregeling hangt samen met de latere leeftijd waarop vrouwen kinderen willen krijgen. Bovendien zijn door de introductie van lichtere anticonceptiepillen de bezwaren tegen pilgebruik op latere leeftijd verminderd.

Aantal SOA's blijft constant
Seksueel-Overdraagbare Aandoeningen (SOA) zijn op griep na de meest voorkomende infectieziekten in Nederland. Uit de meldingen van peilstationartsen kan opgemaakt worden dat het aantal SOA's constant blijft. Zo nemen de door de huisartsen gemelde gevallen van PID (pelvic inflammatory disease, eileiderontsteking) niet toe. In 1997 zijn dat er 8 per 10.000 vrouwen. Het komt vooral voor bij vrouwen tussen de 20 en 50 jaar. Het aantal meldingen van urethritis (ontsteking van het urinekanaal) bij mannen daalt: in 1995 waren dat er 26 per 10.000 mannen; in 1997 nog maar 17. Zowel PID als urethritis komt vaker voor op het platteland en in de grote steden dan in forenzengemeenten en kleine plaatsen.
Het aantal consulten over aids stijgt licht: van 20 in 1996 naar 24 per 10.000 inwoners in 1997. Die groei treedt alleen op in de Randstad en de grote steden. Het jaarverslag 1997 van de Peilstations Nederland ziet op basis van 8 jaar registreren een toenemende 'veralledaagsing' van Aids. De rol van de huisarts is in de loop van de jaren belangrijker geworden.

Geen stijging aantal eetstoornissen
In de periode 1985-1989 werden anorexia nervosa (dwangmatig hongeren) en boulimia nervosa (extreme eethuizen) door de peilstationartsen geregistreerd. Vanaf 1995 gebeurt dat opnieuw.
De cijfers spreken een stijging van het aantal eetstoornissen tegen. In de tweede helft van de jaren tachtig zijn er gemiddeld 61 meldingen per jaar. Na 1995, waarin er 64 meldingen waren, daalt het aantal van 45 in 1996 naar 42 in 1997. Meisjes en vrouwen in middelgrote en grote steden lopen het meeste risico op een eetstoornis. Opvallend in 1997 zijn de melding van een peuter en een schoolkind. Er waren slechts 3 meldingen van mannelijke patiënten met eetstoornissen.

Behalve over deze onderwerpen zijn in het jaarverslag cijfers opgenomen over: griep, het maken van een uitstrijkje, mammografie, het voorschrijven van oestrogenen, herpes zoster (gordelroos), lever-, pancreas- en galblaasaandoeningen, maag- en darmklachten, prostaatlijden, en verzoeken om euthanasie.
[Bron: Bartelds AIM. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1997. Utrecht: NIVEL, 1998]

Werkbelasting huisartsen

Wanneer de werkbelasting van huisartsen hoog is, besteden zij minder tijd aan hun patiënten, schrijven zij vaker een medicijn voor, voeren zij medisch-technische handelingen minder vaak zelf uit en verwijzen zij sneller naar een fysiotherapeut. Hierdoor kan de zogenaamde poortwachtersfunctie van de huisarts in gevaar komen. In medisch opzicht komt hierdoor de kwaliteit van de zorg echter niet in het gedrang. Dit blijkt uit een promotieonderzoek naar de relatie tussen werkbelasting van huisartsen en de inhoud en de kwaliteit van de gegeven zorg.

Het onderzoek

In het onderzoek is de relatie bestudeerd tussen de werkbelasting en respectievelijk de verdeling van de beschikbare tijd in de huisartspraktijk, de activiteiten in een consult en de kwaliteit van de zorg. Het begrip 'werkbelasting' is gedefinieerd als het aantal patiënten dat een huisarts in de onderzoeksperiode bezocht.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van 159 huisartsen. Deze gegevens zijn afkomstig van de Nationale studie van ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk, die het NIVEL heeft uitgevoerd in 1987 en 1988.

De huisarts vervult in de Nederlandse gezondheidszorg een 'poortwachtersfunctie'. Het grootste deel van de gezondheidszorg is slechts via de huisarts bereikbaar. Deze poortwachtersrol moet ervoor te zorgen dat de patiënten de juiste zorg krijgen. Daarnaast draagt zij bij aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg. In deze benadering is het van wezenlijk belang dat de huisartsen hun patiënten zoveel mogelijk zelf behandelen, en alleen als het echt nodig is medicijnen voorschrijven of verwijzen naar andere hulpverleners.

Voor de behandeling van patiënten zijn vooral de aard en de ernst van de klachten bepalend. De werkbelasting van de huisarts is echter zeker van invloed op de behandeling. Een huisarts kan met een hoge werkbelasting omgaan door meer uren te gaan werken of door minder tijd te besteden als zaken als patiëntenadministratie, overleg en na- en bijscholing. Huisartsen met een hoge werkdruk blijken meer uren te werken in directe patiëntenzorg, en minder tijd te besteden aan na- en bijscholing.

In het algemeen kan men constateren dat een hoge werkbelasting ertoe leidt dat de arts minder tijd aan de individuele patiënt besteedt, vaker medicijnen voorschrijft, minder vaak zelf medisch-technische handelingen (zoals bijv. injecties en kleine chirurgie) uitvoert en vaker verwijst naar andere hulpverleners, vooral de fysiotherapeut. De invloed van de werkbelasting is er vooral in situaties waarin de gepresenteerde problematiek als minder ernstig wordt ingeschat en wanneer er verschillende behandelingsmogelijkheden zijn, zoals bij psychosociale problematiek. De zwaarder belaste huisarts zal dan eerder geneigd zijn de weg te kiezen die de minste tijd vergt. Hij zal minder tijd besteden aan lichamelijk onderzoek en counseling, vaker adviseren af te wachten en meer vervolgafspraken maken.

De structuur van de praktijk is ook van invloed op de werkbelasting zelf. Een kleinere praktijk leidt tot minder werkbelasting. De ontwikkeling naar kleinere praktijken is daarom gunstig zowel voor de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde als met het oog op de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg.
Het vergroten van het aantal assistenten in de praktijk leidt eveneens tot vermindering van de werkdruk. Ten slotte bleken huisartsen die uitsluitend op afspraak werken, beter in staat te zijn hun werkbelasting te reguleren.
Geconcludeerd kan worden dat de poortwachtersfunctie van de huisarts versterkt kan worden door onder meer verbetering van de praktijkorganisatie. Op het ogenblik is deelname aan na- en bijscholing verplicht en wordt het standaardenbeleid verder ontwikkeld. Verder geeft deze studie argumenten om verder te gaan met praktijkverkleining. De invoering van afspraakspreekuren in plaats van inloopspreekuren lijkt van belang om de dagelijkse werkbelasting te reguleren.
Voornaamste conclusie van de studie is evenwel dat de werkdruk van een arts slechts een beperkte invloed heeft op het handelen van de huisarts. Dit betekent dat beleid dat vooral op de structurele aspecten is gericht, waarschijnlijk minder effectief zal zijn.
[Bron: Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. An empirical study of the relation between workload of Dutch general practitioners and the content and quality of their care. Amsterdam, Thesis Publishers, 1998]

Stedelijke achterstandsgebieden

Identificering achterstandsgebieden

Het werken in stedelijke achterstandsgebieden betekent voor huisartsen een hogere werklast. Hun patiënten komen waarschijnlijk vaker op het spreekuur en ze presenteren complexere problemen, veelal met een sociaal karakter. Huisartsen vinden het vaak minder aantrekkelijk om in dergelijke gebieden te werken. Daardoor is het soms moeilijk om een praktijkopvolger te vinden in zo'n wijk. Het gevaar is niet denkbeeldig dat op den duur het voorzieningenniveau in stedelijke achterstandgebieden in het nauw komt.
Ter bestrijding van deze problematiek wordt er sinds medio 1996 jaarlijks *f* 20 miljoen ter beschikking gesteld. Bijna de helft hiervan gaat rechtstreeks naar huisartsen in de vorm van een toeslag op het abonnementstarief voor patiënten die wonen in stedelijke achterstandsgebieden. De rest vloeit naar zogenaamde achterstandsfondsen. Voor iedere ziekenfondsverzekerde patiënt in een geïdentificeerd achterstandsgebied ontvangt de huisarts een toeslag van *f* 12,93 en wordt *f* 15,60 gestort op stedelijke-achterstandsfondsen. Uit deze fondsen financieren de District Huisartsen Verenigingen en zorgverzekeraars projecten.
In opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft het NIVEL de systematiek van de identificering van de achterstandsgebieden geëvalueerd en gevalideerd. Een aantal mogelijke aanpassingen is nader beschouwd.
De huidige systematiek is gebaseerd op de selectie van viercijferige postcodege-

bieden die aan twee criteria voldoen: een stedelijksheidscriterium (> 2500 adressen per km^2) en een achterstandscriterium (een index gebaseerd op gemiddeld inkomen en percentage uitkeringsontvangers in 1989). Bij het overschrijden van een grenswaarde wordt dat gebied beschouwd als achterstandsgebied. De grenswaarde wordt bepaald door het gegeven dat het totaal aantal inwoners in geïdentificeerde achterstandsgebieden niet meer dan 800 000 mag bedragen.

Vijfennegentig procent van de huisartsen vindt het terecht dat collega's in stedelijke achterstandsgebieden een toeslag op het abonnementstarief krijgen. Het huidige systeem is door huisartsen beoordeeld aan de hand van een aantal vragen. Het bleek dat veel huisartsen bezwaren hebben tegen het stedelijkheidscriterium, waardoor gebieden met minder dan 2500 adressen per km^2 niet kunnen worden geïdentificeerd als achterstandsgebied. Een ander veel genoemd bezwaar is dat in een gebied waarin zowel welgestelden als gedepriveerden wonen, op gebiedsniveau de uitersten elkaar kunnen opheffen, terwijl in deelgebieden er toch een duidelijke sociaal-economische achterstand bestaat. Een derde kanttekening is dat het aantal allochtonen niet in de criteria is verdisconteerd, terwijl zij volgens veel artsen een aanmerkelijk hogere werklast betekenen. Ten slotte is een veel gehoord bezwaar dat de gebruikte gegevens te oud zijn. Veel buurten zouden sinds 1989 achteruit zijn gegaan.

De objectieve werklast in achterstandsgebieden blijkt inderdaad hoger te zijn: de huisarts besteedt meer tijd aan hetzelfde aantal patiënten dan collega's in andere buurten. Mogelijk ter compensatie van deze hogere werklast werken huisartsen in achterstandsbuurten vaker in deeltijd.

Factoren die sterk bijdragen tot een vergroting van de werklast komen veel vaker voor bij huisartsen die relatief veel patiënten hebben uit een achterstandsgebied. Zo hebben huisartsen van wie meer dan 50% van de patiënten uit een achterstandsgebied afkomstig is, tweemaal zoveel contacten met allochtonen. Negentig procent van deze artsen meldt dat zij veel meer te maken te hebben met onvolledige gezinnen, alcoholisten en werkloosheid dan de gemiddelde huisarts.

Om aan de diverse bezwaren tegemoet te komen is een viertal alternatieven ontwikkeld:

Het *basisalternatief*: dezelfde systematiek als nu, maar met gebruikmaking van meer recente gegevens.

Alternatief 1: er wordt ook rekening gehouden met het percentage allochtonen; stedelijkheid is geen absoluut criterium meer, maar nog slechts één van de indicatoren.

Alternatief 2: het gemiddeld inkomen is vervangen door het percentage inkomensontvangers met een laag inkomen.

Alternatief 3: het gemiddelde inkomen per inkomenstrekker is vervangen door het inkomen per hoofd van de bevolking.

In de drie grootste steden zal het aantal inwoners dat woont in een stedelijk achterstandsgebied niet veel veranderen bij toepassing van een van deze vier alternatieven. Tussen de overige steden vinden echter wel grote verschuivingen plaats, afhankelijk van het toegepaste alternatief.
De verschillende systematieken zijn vergeleken op verschillende criteria, die ook ten grondslag hebben gelegen aan de huidige systematiek. Zij zijn afgeleid van de door de Landelijke HuisartsenVereniging opgestelde randvoorwaarden. De voornaamste criteria zijn: landelijke bruikbaarheid; eenvoudig toe te passen; en: bewerkelijke praktijkpopulatie en bewerkelijke context moeten in de systematiek betrokken worden.
Op deze criteria scoort het basisalternatief slechter dan de huidige methode. Alternatief 1 geeft het beste resultaat. Alternatieven 2 en 3 scoren echter niet veel minder.
In het algemeen kan men stellen dat de huidige systematiek de stedelijke achterstandsgebieden heel redelijk identificeert, maar dat met name wat betreft de aspecten stedelijkheid en allochtonen verbetering mogelijk is. Daar de waarderingen van de alternatieven betrekkelijk zijn, doen de onderzoekers geen definitieve aanbeveling.

Praktijken in achterstandsgebieden
In 1998 heeft het NIVEL de huidige beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden onderzocht. Deze eerste meting dient als uitgangspunt voor de geplande vervolgonderzoeken om ontwikkelingen zichtbaar te maken. Overigens was ten tijde van het onderzoek de regeling voor de achterstandsvergoeding al een jaar van kracht; men kan dus niet meer spreken van een nulmeting. Hierdoor, en doordat in dezelfde periode een wijziging in de honorering door het ziekenfonds werd doorgevoerd (het afschaffen van de 'knik' in de honorering), kon niet worden vastgesteld in hoeverre verschillen tussen huisartsen met en zonder achterstandsvergoeding toe te schrijven zijn aan de invoering van de achterstandsvergoeding.
De 'achterstandshuisartsen' blijken in absolute zin kleinere praktijken te hebben, waarin zij ook minder uren doorbrengen. Maar aan hetzelfde aantal patiënten besteden zij meer tijd, hetgeen – naar uit de literatuur blijkt – aan de bewerkelijker populatie te wijten is. De directe en telefonische bereikbaarheid voor patiënten is iets minder dan bij de andere huisartsen; hier tegenover staat dat achterstandshuisartsen vaker een inloopspreekuur hebben naast het afsprakenspreekuur. Achterstandshuisartsen hebben evenveel uren assistentie als andere huisartsen; gerelateerd aan de omvang van de praktijk hebben zij echter meer uren assistentie. Dit betekent dat huisartsen in achterstandsbuurten, bij een gelijk of lager inkomen, meer uitgeven aan assistentie.
Veel achterstandshuisartsen hebben specifieke maatregelen genomen, zoals het inschakelen van meer assistentie, het houden van een inloopspreekuur en het

uittrekken van meer tijd per patiënt.
Evenals de andere grootstedelijke huisartsen hebben achterstandshuisartsen minder vaak avond- en nachtdiensten, en besteden zij ze vaker uit.
De achterstandsvergoeding leidt er waarschijnlijk toe dat achterstandshuisartsen in de toekomst meer assistentie zullen inschakelen, hun praktijken verder zullen verkleinen en nog vaker hun diensten zullen uitbesteden.
Conclusies trekken over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg is moeilijk. De patiënten hoeven hun huisarts met minder mensen te delen en de huisarts brengt per patiënt meer tijd in zijn praktijk door. Maar dit betekent niet zonder meer dat de huisarts het minder druk heeft en dat de zorg toegankelijker is. Integendeel, de grote tijdsbesteding per patiënt is (waarschijnlijk) te wijten aan de grotere bewerkelijkheid van de populatie, waardoor de huisarts het drukker heeft. Bovendien gaat het hier niet alleen om de uren besteed aan directe patiëntenzorg, maar zijn ook de uren voor administratie, nascholing en overleg meegerekend. Het aantal uren per patiënt dat een huisarts in zijn praktijk doorbrengt, is daarom niet alleen een indicator voor een grotere toegankelijkheid, maar ook een indicator voor een hogere werkdruk voor huisartsen in achterstandsgebieden.
De directe en telefonische bereikbaarheid van de achterstandshuisartsen is wat minder. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de geringere omvang van de praktijken. Dit probleem is mogelijk op te lossen door te gaan samenwerken in meermanspraktijken, wat overigens nog meer schaalvoordelen kunnen bieden.
[Bronnen: Verheij RA, Bakker DA de. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Utrecht: NIVEL, 1998; Verheij RA, Bakker DA de. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden. Eerste meting. Utrecht: NIVEL, 1998]

Jaarrapport 1997 LINH

In 1998 verscheen het tweede Jaarrapport van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Het LINH is een samenwerkingsverband van de LHV, het NHG, het NIVEL en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (een samenwerkingsverband van Katholieke Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht). Het LINH wil met cijfers onderbouwd laten zien welke bijdrage de huisarts aan de Nederlandse gezondheidszorg levert.Ook geeft de informatie over het huisartsgeneeskundig handelen inzicht in de toepassing en haalbaarheid van de NHG-standaarden. Daardoor is deze informatie ook van belang voor de kwaliteitsbevordering.
In LINH wordt door een landelijk netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken continue, representatieve informatie verzameld over de verleende zorg. Het gaat hierbij om:

a. continue gegevens zoals verwijzingen, contacten, medicijnvoorschriften en aanvragen voor laboratoriumdiagnostiek; en
b. informatie over specifieke onderwerpen zoals de NHG-standaarden en preven-

tieve programma's in de huisartsenpraktijk.
Het Jaarrapport geeft met name de continu verzamelde praktijkgegevens weer.

In de huisartsenpraktijken zag men in 1997 elke patiënt gemiddeld zesmaal. Ruim de helft van deze contacten vinden plaats met de praktijkassistente; tien procent ervan zijn huisbezoeken.
Het aantal verwijzingen naar een specialist is gedaald van 374 per 1000 ziekenfondsverzekerden in 1996 tot 326 per 1000 ziekenfondsverzekerden. Deze daling betreft vooral de zogenaamde verlengingsverwijzingen. Het aantal verwijzingen van particulier verzekerden is vrij constant rond de 100 per 1000 verzekerden.
Het aantal verwijzingen naar fysiotherapie is eveneens licht gedaald (van 80 naar 75 per 1000 patiënten), terwijl het aantal verwijzingen naar oefentherapeuten relatief is toegenomen.
Het is nog niet mogelijk om uit de gesignaleerde veranderingen te concluderen dat het om trends gaat; de tijdreeks is daarvoor nog te kort.
[Bron: Bakker DH de, Kulu Glasgow I, Abrahamse HPhH, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. Jaarrapport LINH 1997. Contactfrequenties in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: NIVEL, 1998]

Implementatie van vernieuwingen in de huisartspraktijk
De laatste jaren is het werk in de huisartsenpraktijk zwaarder geworden. Een drietal ontwikkelingen dragen hiertoe bij:
- een toeneming van de complexiteit van zorgprocessen;
- een stijgende zorgvraag, voor een deel het gevolg van de verschuiving van controletaken van de tweede naar de eerste lijn; en
- een uitbreiding van de preventieve taken.

Verder hebben de huisartsen zich verplicht te werken aan systematische kwaliteitsverbetering.
Door de toegenomen werkdruk hebben, zo blijkt, huisartsen grote moeite om vernieuwende projecten in het dagelijks werk in te passen. Hierdoor ontstaat de noodzaak een systeem voor de implementatie van zorgvernieuwingen te ontwikkelen.
Als ontwikkeling hiervan is in oktober 1996 in gezondheidscentrum De Orion te Eindhoven het 'Implementatieproject verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën' (IPO-project) begonnen. De Orion is één van de vijf gezondheidscentra waarvoor Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE), overkoepelende organisatie en werkgever is. De SGE wil implementatieprojecten gericht op de verbetering van de zorg stimuleren. Bij gebleken geschiktheid moeten de resultaten ook in de andere centra ingevoerd kunnen worden.
Het IPO-project is gericht op een systematische verbetering van de zorg voor chronische patiënten en preventieve zorg binnen de eerste lijn. In 1998 is de implementatiefase van het project geëvalueerd. Dit gebeurde door het NIVEL in

samenwerking met de projectleider van het IPO-project.
De implementatiefase van het project bestaat uit vier deelprojecten, waarin de grootste knelpunten die de hulpverleners in de dagelijkse praktijk ervaren, worden aangepakt. Deze deelprojecten hebben betrekking op de zorg voor patiënten met astma/copd, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type II, en de preventie van baarmoederhalskanker. Veel van de ervaren knelpunten zijn terug te voeren op onduidelijke taakverdeling, gebrek aan afstemming en communicatie tussen disciplines onderling, hoge werkdruk en tekort schieten van eigen ervaring en deskundigheid. In het project heeft men gekozen voor de volgende oplossingen:

- het invoeren van categorale spreekuren met het delegeren van taken naar de praktijkassistente;
- het duidelijk vastleggen van de zorgverlening in protocollen;
- het opzetten van een oproepsysteem voor de periodieke controles voor patiënten met astma/copd, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type II;
- de ontwikkeling van een geautomatiseerd oproep- en controlesysteem voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

Aan de hand van een gedetailleerd stappenplan zijn deze oplossingen in werkgroepen uitgewerkt en fasegewijs in de huisartspraktijken ingevoerd.
In het algemeen zijn de hulpverleners tevreden over het verloop van de deelprojecten. De inzet en het enthousiasme van de projectleider, de mogelijkheid om de deelprojecten grotendeels binnen werktijd uit te voeren, en de systematische en stapsgewijze aanpak hadden een stimulerend effect. Als belemmerend ervoer men de werkdruk en het gebrek aan tijd. Hierbij dient overigens aangetekend te worden dat deze evaluatie tamelijk snel na het begin van het project is uitgevoerd; niet alle oplossingen waren al geheel verwezenlijkt. De nieuwe manier van werken heeft ook tot gevolg dat er meer patiënten worden opgeroepen, waardoor er nieuwe capaciteitsproblemen dreigen.
Van de patiënten is meer dan 80% tevreden over de delegatie van controletaken aan de praktijkassistente. Over de uitvoering van de controle is zelfs meer dan 90% tevreden. De meeste patiënten vinden dat de controle deskundig wordt uitgevoerd, voelen zich persoonlijk behandeld en hebben het gevoel dat zij hun eigen vragen kunnen bespreken. Meer dan de helft van de patiënten bevalt de controle door de assistente beter dan de controle door de huisarts.
Het model van systematisch werken wordt door de meeste van de betrokken hulpverleners positief beoordeeld. Zij zouden in voorkomende gevallen er weer mee gaan werken als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan: een (gedeeltelijk) vrijgestelde projectleider, minder 'papiermassa', extra tijd voor hulpverleners en een gefaseerde implementatie. Aan de eerste en laatste randvoorwaarde wordt overigens ook in het huidige project voldaan.
[Bron: Wagner C, Vening R, Bakker DH de. Verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën in de eerste lijn. Eindevaluatie. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/ Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE), 1998]

2.1.2 Specialisten

Neurologen en neurofysiologen
Ook de neurologen en neurofysiologen hebben te maken met de vraag naar de verhouding van 'vraag' en 'aanbod' in de nabije toekomst. Belangrijke ontwikkelingen in dit verband zijn onder meer de toename en de vergrijzing van de bevolking, te meer daar het om 'vergrijzingsgevoelige' specialismen gaat, de invoering van het Werktijdenbesluit arts-assistenten en het mogelijk toenemen van het aantal specialisten dat in deeltijd gaat werken. In opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Vereniging voor Klinische Neurofysiologie (VKNF) heeft het NIVEL een behoefteramingsstudie voor de periode 1997-2010 uitgevoerd teneinde de benodigde opleidingscapaciteit voor neurologen en klinisch neurofysiologen voor de komende jaren te bepalen.

In het onderzoek worden de demografische, medisch-technische, epidemiologische, sociaal- culturele en institutionele ontwikkelingen vergeleken met de ontwikkelingen in het aanbod van neurologen en klinisch neurofysiologen. Hierbij is overigens geen onderscheid gemaakt tussen neurologen en klinisch neurofysiologen, omdat de werkterreinen van beide specialismen elkaar voor een groot deel overlappen.
Er is een reeks scenario's opgesteld waarin een toenemend aantal ontwikkelingen verwerkt is. In het eerste scenario wordt alleen rekening gehouden met demografische ontwikkelingen (middenvariant CBS), in het tweede tevens met een daling in het aantal fte, in het derde wordt tevens rekening gehouden met een daling van het aantal uren per fte (in twee varianten). In het vierde scenario wordt daaraan een toename van de niet-patiëntgebonden activiteiten (met 4%) aan toegevoegd, terwijl in het vijfde scenario ten slotte ook nog een groei van de tijdsbesteding per patiëntcontact van 10% meegerekend wordt. Uit de studie blijkt dat er op het ogenblik geen tekort bestaat aan neurologen/klinisch neurofysiologen. Voor de nabije toekomst echter loopt het verschil tussen de op de vijf scenario's gebaseerde jaarlijkse instroom en de huidige van -8 tot + 16. Het is een zaak van het overheidsbeleid om de keuze te maken volgens welk scenario men de opleidingscapaciteit wil bijstellen.
[Bron: Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. Behoefteraming neurologen en klinisch neurofysiologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998]

Radiologen
Behoefteraming radiologen
In opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) heeft het NIVEL een behoefteramingsstudie voor radiologen uitgevoerd.
Er bestond nogal wat onduidelijkheid over het aantal radiologen dat in de komende jaren zou moeten worden opgeleid. Door het ontbreken van onderzoekgege-

vens was het niet mogelijk om conclusies over de lange-termijn ontwikkelingen te trekken. De onduidelijkheid werd met name veroorzaakt door:

- onzekerheid over de effecten van de demografische ontwikkelingen;
- de ontwikkelingen op medisch-technisch vlak;
- de rol van de beleidsmatige ontwikkelingen;
- veranderingen in het aanbod van radiologen.

Voor wat betreft het aanbod is in de eerste plaats te verwachten dat steeds meer artsen in de toekomst in deeltijd gaan werken. In de tweede plaats speelt de arbeidsnormering een steeds grotere rol. Het Werktijdenbesluit voor Assistent-Geneeskundigen en Verloskundigen (WGBV) uit 1993 beperkt de werktijd voor agio's (assistent geneeskundigen in opleiding) tot 48 uur per week. Het lijkt een gerechtvaardigde verwachting dat de radiologen die nu in opleiding zijn in de toekomst geen extreem lange werkweken zullen ambiëren. In de derde plaats zijn velen in de beroepsgroep van mening dat de werklast de afgelopen jaren zwaarder is geworden door een sterke toename van de omvang en de intensiteit van het radiologisch werk. *(Zie ook 'Werklast radiologen'.)*

Er is een vijftal scenario's opgesteld voor het benodigde aantal radiologen in 2010. Op grond hiervan is de noodzakelijke jaarlijkse instroom in de opleiding tot en met 2004 berekend. In het eerste scenario is alleen rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen; in het tweede is bovendien rekening gehouden met de technologische ontwikkelingen; in het derde scenario is een daling in fulltime-eenheden (fte) toegevoegd; in het vierde is ook rekening gehouden met een daling in het aantal uren per fte en in het vijfde ten slotte is ook een toeneming van het aantal niet-patiëntgebonden activiteiten verdisconteerd. Afhankelijk van het gehanteerde scenario zijn er in 2010 825 tot 1000 radiologen nodig, hetgeen resulteert in een noodzakelijke instroom in de opleidingen van 31 tot 56 personen per jaar tot en met 2004. Dit betekent dat ten opzichte van de huidige instroom 9 extra plaatsen per jaar nodig zijn in het eenvoudigste scenario tot 34 plaatsen per jaar in het meest uitgebreide scenario. Hoogstwaarschijnlijk zal het aantal opleidingsplaatsen voor radiologen dus in de komende jaren moeten toenemen. Met hoeveel, is een keuze die het beleid moet maken.

Werklast radiologen

De Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) heeft enkele jaren geleden een 'radiologisch puntensysteem' ontwikkeld om radiologische verrichtingen te typeren naar werklast. Naar schatting zou één punt één minuut aan direct patiëntgebonden tijd van een radioloog vragen. In overeenstemming met het standpunt van de toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging heeft de NVvR besloten dat ook de indirecte patiëntgebonden activiteiten dienen deel uit te maken van de te declareren werklast. Een feitelijke werklastmeting was evenwel nog niet uitgevoerd. In opdracht van de NVvR onderzocht het NIVEL hoeveel werktijd radiologen besteden direct en indirect patiëntgebonden activiteiten. De

uitkomsten moesten gerelateerd worden aan het radiologisch puntensysteem. Tevens wilde men een indicatie verkrijgen van de beleving van de werklast.
Gemiddeld werken radiologen 51 uur per week (per fulltime-eenheid). Er is geen verschil naar werkveld; wel zijn er kleine verschillen per type ziekenhuis. In algemene ziekenhuizen werken radiologen 54 uur per fte per week, in opleidingsziekenhuizen 52 uur en in academische ziekenhuizen 53 uur. In de algemene ziekenhuizen en de opleidingsziekenhuizen wordt 76% van de werktijd besteed aan direct en indirect patiëntgebonden activiteiten; in academische ziekenhuizen is dat 65%. Het bleek dat het aantal patiëntgebonden minuten per radiologisch punt 0,85 bedraagt.
De productiviteit van de radiologen in termen van het aantal radiologische punten per fulltime equivalent, is sinds 1987 met 37% gestegen. Het is niet duidelijk in hoeverre dit wordt veroorzaakt door een efficiëntere bedrijfsvoering of door een verhoging van het werktempo en/of het aantal werkuren. In het eerste geval zou er sprake zijn werkdrukverlaging; in het tweede van werkdrukverhoging.
In de beleving van de werklast bestaan grotere verschillen tussen de soorten ziekenhuizen. Het aantal werkuren per week wordt door radiologen in academische ziekenhuizen 13% te hoog ingeschat. In opleidingsziekenhuizen en algemene ziekenhuizen zijn de schattingen slechts 5% respectievelijk 2% te hoog. De radiologen in academische ziekenhuizen wensen een verlaging van de werklast met 12% per fte, tegenover 7% en 10% bij radiologen die in opleidingsziekenhuizen respectievelijk algemene ziekenhuizen werken. Dit wijst er waarschijnlijk op dat radiologen die werkzaam zijn bij academische ziekenhuizen een negatievere beleving van de werklast hebben dan hun collega's in andere ziekenhuizen werken.
Men ervaart de huidige werklast vooral als hoog door de geringe hoeveelheid tijd die overblijft voor het privé-leven. Zij hebben daarvoor te weinig tijd, vindt 48% van de radiologen werkzaam in academische ziekenhuizen, 42% van de radiologen in algemene ziekenhuizen en 30% van de in opleidingsziekenhuizen werkzame radiologen. Toch zijn de radiologen vaak tegelijkertijd niet tevreden met de hoeveelheid tijd die voor de patiënten beschikbaar is: 19% van de radiologen in de opleidingsziekenhuizen, 22% in de academische ziekenhuizen en 27% in de algemene ziekenhuizen is dit van mening.
Ten slotte is 89% van de radiologen van mening dat de werkdruk de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Belangrijke invloed op de beleving van de werklast hebben het werken aan beeldscherm (ongeveer 2,6 uur per dag), het vaak met meer processen tegelijk bezig zijn (genoemd door 65% van de radiologen), het vaak gestoord worden door de telefoon (genoemd door 84%) en het vaak moeten werken zonder daglicht (door 80% genoemd).
[Bronnen: Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. Behoefteraming radiologen 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1998; Velden LFJ van der, Meulen DM van der, Hingstman L. Werklastmeting radiologen. Utrecht: NIVEL, 1998]

Behoefteraming klinisch genetici

Voor de Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN) is een behoefteramingsonderzoek uitgevoerd. Belangrijke ontwikkelingen die 'vraag' en 'aanbod' van klinisch genetici kunnen beïnvloeden zijn: medisch-technische ontwikkelingen, het aantal klinisch genetici dat in deeltijd gaat werken en de introductie van de nieuwe beroepsgroep van de genetisch consulenten.

De kennis over erfelijke en aangeboren afwijkingen is de afgelopen jaren sterk gegroeid en zal ook de komende jaren sterk groeien. Daarnaast is te verwachten dat, ondanks de geprognosticeerde daling van het aantal geboorten, de vraag naar prenatale diagnostiek gelijk blijft of stijgt. Dit is het gevolg van drie ontwikkelingen: In de eerste plaats krijgen vrouwen pas op latere leeftijd kinderen, waardoor zij geïndiceerd zijn voor prenatale diagnostiek. In de tweede plaats wenst een groeiend aantal jongere vrouwen prenatale diagnostiek. In de derde plaats neemt het aantal mensen toe dat in aanmerking wil komen voor presymptomatische diagnostiek.

Er zijn vier scenario's opgesteld die rekening houden met demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen (scenario 1), bovendien ook met een toename van het werken in deeltijd (scenario 2), hieraan toegevoegd een vermindering van het aantal uren per fte (scenario 3) en ten slotte een scenario dat behalve met het bovenstaande rekening houdt met een toename van het aantal niet-patiëntgebonden activiteiten. Voor deze scenario's is berekend hoeveel agio's er per jaar nodig zijn om over voldoende beroepsbeoefenaren 2010 te beschikken. Afhankelijk van het gekozen scenario en de variant (laag/midden/hoog) ervan, zijn er jaarlijks minimaal 4,75 en maximaal 13 agio's nodig. Hierbij is ervan uitgegaan dat de verhouding tussen het aantal genetisch consulenten en het aantallen klinisch genetici gelijk blijft. Wanneer het relatieve aantal genetisch consulenten echter verdubbelt, zoals de VKGN verwacht, worden de benodigde aantallen agio's kleiner: het aantal benodigde agio's zal dan variëren van minimaal 4 tot maximaal 11,5 per jaar.

[Bron: Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998]

Toekomstige behoefte aan dermatologen

Binnen de beroepsgroep van dermatologen bestond behoefte aan meer inzicht in de toekomstige vraag naar dermatologen. Dit inzicht is nodig om de toekomstige opleidingscapaciteit te bepalen. In opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie is een behoefteramingsstudie dermatologie voor de periode 1998-2010 uitgevoerd.

Een aantal factoren is van invloed op de toekomstige behoefte: In de eerste plaats gaat het daarbij om de demografische ontwikkelingen. Het aantal patiënten zal door de veranderingen in omvang en de leeftijdsopbouw van de bevolking toenemen. Ten tweede zijn er de ontwikkelingen op medisch-technisch, epidemi-

ologisch, sociaal-cultureel en beleidsmatige gebied. Deze blijken vooral van invloed te zijn op de tijd per patiënt en het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd. Ten derde zijn er veranderingen in het aanbod van dermatologen. Het blijkt dat er veranderingen zijn te verwachten in zowel het aantal dermatologen dat in deeltijd wil werken als in het aantal uren dat normaal wordt gevonden voor een voltijds werkende dermatoloog.
Zoals ook in de andere behoefteramingsstudies van het NIVEL is een aantal scenario's ontwikkeld waarin een toenemend aantal factoren is verwerkt. Hierbij wordt elke volgende factor toegevoegd aan de eerder genoemde. De factoren zijn:

1. demografische ontwikkelingen;
2. deeltijdwerken:
3. arbeidstijdnormalisering:
4. een toename van het aantal niet patiëntgebonden activiteiten;
5. een toename van de tijd per patiëntencontact.

Alleen in het eerste scenario blijkt de huidige jaarlijkse instroom precies voldoende om in 2010 aan de vraag naar dermatologen te kunnen voldoen. In de andere scenario's is de huidige instroom te gering: jaarlijks stromen er 2 (scenario 2) tot 18 mensen (scenario 5) te weinig in in de opleiding tot dermatoloog.
Het is aan beleid en politiek om op grond van de verschillende veronderstellingen een keuze te maken die ligt tussen de handhaving van het huidige instroom van 11 agio's per jaar en het vergroten van de instroom tot 29 agio's per jaar.
[Bron: Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. Behoefteraming dermatologen 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1998]

Tandprothetici
De Wet-BIG (1997) geeft tandprothetici meer bevoegdheden. Op verwijzing van een tandarts mogen zij ook gebitselementen en tandheelkundige implantaten aanmeten en vervaardigen. Daarnaast worden tandprotheses sinds 1997 door het ziekenfonds vergoed, ook als zij door een tandprotheticus zijn aangemeten. (Vóór 1995 werden gebitsprotheses alleen vergoed als zij door een tandarts waren aangemeten; van 1995 tot 1997 werden protheses alleen via de aanvullende verzekering vergoed.) Om aan de nieuwe eisen van de Wet-BIG en internationale eisen aan het beroep te voldoen, moet de opleiding tot tandprotheticus worden geactualiseerd. De Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) en de Stichting Nederlands Tandprothetisch Instituut (SNTI) streven ernaar de huidige opleiding te vervangen door een hbo-opleiding voor tandprothetici. In het kader van een onderzoek naar de haalbaarheid van dergelijke een hbo-opleiding heeft het NIVEL in opdracht van de ONT en het SNTI een oriënterend onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de toekomstige arbeidsmarkt voor hbo-opgeleide tandprothetici.
De tandprotheticus heeft zich een duidelijke plaats in de tandheelkundige zorg

verworven. Het veld is dan ook zeer bereid om mee te denken over een aanpassing van opleiding en beroep van de tandprotheticus.
De beroepsgroep telt momenteel zo'n tweehonderd beoefenaars, die een beperkt aandeel hebben in de zorgvraag. Hoewel het aantal personen met een gebitsprothese daalt, blijft de vraag naar tandprothetische hulp door de vergrijzing en snellere vervanging van kunstgebitten voorlopig groot. Extra ruimte op de markt voor tandprothetici ontstaat er doordat het aantal personen met een plaatje, frameprothese of een brug toeneemt. Tandartsen erkennen inmiddels de aanwezigheid van tandprothetici op hun terrein. Er is enige formele samenwerking en er wordt gewerkt aan een protocol voor een verwijsrelatie. Men is het er algemeen over eens dat tandprothetici goed werk leveren, maar men is het er niet over eens of het om hbo-niveau gaat. Dit geldt ook voor de noodzakelijke aanpassing van de opleiding.
Het is niet in te schatten in hoeverre er in de toekomst sprake zal zijn van substitutie. Wel is vast te stellen dat de vraag naar tandprothetische zorg groot is en dat voorlopig blijft. De tandprothetici bestrijken maar een klein gedeelte van markt: tandartsen leveren veruit de meeste tandprothetische zorg. Prognoses wijzen er echter op dat er in de komende vijftien jaar een tekort dreigt aan tandartsen. Dit kan ertoe leiden dat een deel van de tandprothetische hulp verschuift naar tandprothetici. In dit verband is het van groot belang dat tandartsen en tandprothetici erin slagen een goede collegiale samenwerking op gang te brengen.
[Bron: Wiegers TA, Hingstman L. Een oriënterend onderzoek naar de arbeidsmarkt voor tandprothetici. Utrecht: NIVEL, 1998]

2.1.3 Overige beroepsgroepen

Farmakundigen
In het farmaceutisch werkveld is al jaren sprake van de wenselijkheid van de ontwikkeling van een nieuwe opleiding op hbo-niveau, die opleidt tot een beroep dat voorlopig wordt aangeduid als 'farmakundige'. Een werkgroep van apothekers en apothekersassistenten concludeerde reeds in 1989 dat er behoefte bestaat aan een beroepsbeoefenaar die een positie heeft tussen de apotheker enerzijds en de apothekersassistenten anderzijds. Dit is in later onderzoek bevestigd. Een rol hierbij spelen de constateringen dat

- veel apothekersassistenten na enkele jaren hun functie neerleggen wegens het gebrek aan doorgroeimogelijkheden;
- het werk van de apothekersassistent de laatste tijd inhoudelijk sterk verandert;
- het aantal parttime werkende assistenten sterk toeneemt;
- het aantal managementtaken voor de apotheker steeds omvattender wordt; een deel daarvan zou gedelegeerd kunnen worden;

- er een groot hiaat bestaat tussen het opleidingsniveau van de apotheker enerzijds en dat van de assistenten anderzijds, waardoor de apotheker veel taken niet kan of durft te delegeren.

Het farmaceutisch werkveld in Nederland kent globaal drie sectoren: de openbare apotheken, de ziekenhuisapotheken en de farmaceutische industrie en groothandel. Deze bieden werk aan ruim tweeduizend apothekers en ruim elfduizend apothekersassistenten in de openbare apotheken, driehonderd apothekers en tweeduizend apothekersassistenten in ziekenhuisapotheken en meer dan driehonderd apothekers in de industrie. Het aantal apothekers en apothekersassistenten dat werkzaam is in de groothandel, is niet bekend.

In opdracht van de Hogeschool van Utrecht heeft het NIVEL onderzoek gedaan om de vraag naar 'farmakundigen' te concretiseren. Op basis van de bevindingen kan een voortgangsbesluit worden genomen over een initiële hbo-opleiding 'Farmakunde'.

In alle drie sectoren van de farmacie bestaat belangstelling voor de opleiding tot 'farmakundige'. Met name in de ziekenhuisfarmacie heeft men concreet behoefte aan functionarissen op hbo-niveau die de kennis en bevoegdheden van een apothekersassistente met Voortgezette Opleiding combineren met kennis en vaardigheid op het gebied van management en organisatie. In de openbare farmacie ziet men vooral een plaats voor 'farmakundigen' bij schaalvergroting. Een 'farmakundige' zou dan bedrijfsmatige en organisatorische taken voor een groep apotheken kunnen uitvoeren. Ook in de farmaceutische industrie en groothandel wordt positief gereageerd op de plannen voor een hbo-opleiding waarin farmaceutische kennis en bedrijfskunde worden gecombineerd, hoewel men nog geen concreet beeld heeft van de functie die een 'farmakundige' zou kunnen uitoefenen. In het algemeen stelt men zich de 'farmakundige' voor als een breed inzetbare professional, die dezelfde farmaceutische kennis heeft als een apothekersassistente, maar die sterk bedrijfskundig georiënteerd is.

De huidige liberaliseringstendens van de overheid heeft het mogelijk gemaakt dat er grotere organisaties en samenwerkingsverbanden ontstaan in de farmacie. Dit is gunstig voor de 'farmakundige', daar juist bij schaalvergroting mogelijkheden voor hen worden gezien in de openbare farmacie.

Ten slotte is een aantal scenario's ontwikkeld om een schatting te maken van het aantal 'farmakundigen' dat moet worden opgeleid. Gerekend tot 2010 zou de uitstroom uit de opleiding, afhankelijk van het gehanteerde scenario, 11 tot 39 afgestudeerden per jaar gedurende acht jaar moeten bedragen. Verder zullen de ervaringen met de eerste lichtingen afgestudeerden bepalend zijn voor de werkge-

legenheid van deze beroepsgroep.
[Bron: Wiegers TA, Hingstman L. Arbeidsmarktverkenning farmakundigen. Utrecht: NIVEL, 1998]

Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel
In de ambulancesector zijn grote veranderingen gaande. Het accent is verlegd van ziekenvervoer naar verpleegkundige en medische zorg. Tegelijk heeft er een sterke schaalvergroting plaats gevonden: van 245 diensten in 1980 via 130 in 1997 tot 86 in 1998.
Binnen de sector wordt sinds een aantal jaren veel aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering. Dit gebeurt mede onder invloed van wettelijke regelingen. In 1994 trad het Eisenbesluit Ambulancevervoer in werking. Hierin was vastgelegd dat na een overgangstermijn op ambulances alleen nog chauffeurs en verpleegkundigen mogen werken die beschikken over de aangewezen vervolgopleiding. Als 'aangewezen opleidingen' golden de SOSA-opleidingen (SOSA staat voor Stichting Opleiding en Scholing Ambulancehulpverlening) voor ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs en centralisten. Als overgangstermijn werd een periode van vier jaar overeengekomen. Toen in 1996 de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht werd, kwam formeel het Eisenbesluit te vervallen. In de ambulancesector bleef men er echter van uitgaan dat de eisen van dit besluit als minimumnorm zouden blijven gelden.
In de in 1997 in werking getreden Wet BIG wordt ambulancepersoneel functionele zelfstandigheid toegekend ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen, zoals electieve cardioversie en defibrillatie. Een ambulanceverpleegkundige mag die handelingen dus uitvoeren zonder dat een arts aanwezig is, mits hij hiervoor de bekwaamheid heeft. Daarvoor moet ambulancepersoneel voldoen aan een aantal opleidings- en bijscholingseisen.
In 1995 heeft de ambulancesector door middel van een enquête zichzelf voor het eerst onderzocht. Om de ontwikkelingen in deze bedrijfstak te volgen, is besloten de enquête in 1997 te herhalen. Daarnaast wilde men ook inzicht krijgen in de ontwikkeling van vraag en aanbod in de sector. Het NIVEL voerde dit onderzoek uit.
De vraag naar ambulancezorg is de afgelopen jaren niet duidelijk toe- of afgenomen. Er worden jaarlijks ongeveer 770 000 rit-opdrachten gegeven. Er lijkt een tendens te zijn dat het aantal voorwaardenscheppende ritten afneemt en het aantal EHBO-ritten toeneemt. Over de hoeveelheid aanvragen waarbij de ambulancedienst moeilijk of niet aan verzoek heeft kunnen voldoen, zijn geen gegevens voorhanden.
In de ambulancesector als geheel werken ruim 3700 personen. Ten opzichte van 1995 werken er minder medewerkers in deeltijd. De categorie 'begeleiders-niet-verpleegkundigen' is verdwenen. Het aandeel van vrouwen in deze sector is enigszins gestegen: 20% (was in 1995: 20%) van de ambulanceverpleegkundi-

gen, 4.5% (was 4,1%) van de ambulancechauffeurs, 31% (was 27%) van de centralisten en 24% (was 25%) van de overige personeelsleden is vrouw. Er werken vrijwel geen mensen meer die ouder zijn dan zestig.
Aan de nieuwe opleidingseisen (SOSA-diploma) voldoen reeds 73% van de ambulanceverpleegkundigen en 70% van de ambulancechauffeurs. Het SOSA-diploma is een aanvulling op de beroepsopleiding: 90% van de ambulanceverpleegkundigen heeft het A-diploma, 67% heeft een intensive-careopleiding, terwijl 67% van de chauffeurs in het bezit is van een EHBO- en een reanimatiecertificaat. De centralisten voldoen minder vaak aan de nieuwe eisen; voor hen is de SOSA-opleiding evenwel vrijwillig.
In het algemeen is het personeel in de ambulancesector zeer tevreden met zijn werksituatie. Er is dan ook weinig verloop. Men waardeert de zelfstandigheid van het beroep en het tot hun recht komen van ieders capaciteiten. Het minst tevreden is men over het salaris, terwijl men ook niet al te positief aankijkt tegen de loopbaanperspectieven. Van hoge werkdruk heeft men vrij weinig last; tussen de medewerkers heerst weinig rivaliteit. Wel klagen met name de verpleegkundigen over de werksfeer; dit hangt waarschijnlijk samen met een slechte communicatie met leidinggevenden en het hoger kader.
Ten slotte komen de onderzoekers tot de conclusie dat het aanbod van ambulancepersoneel in het algemeen redelijk aansluit op de vraag.
[Bron: Wiegers TA, Hingstman L. Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel. Utrecht: NIVEL, 1998]

2.2 VERPLEGING EN VERZORGING

Positie wijkverpleegkundigen bedreigd

Het beroep van de wijkverpleegkundige is sinds 1990 aan grote veranderingen onderhevig. Drie ontwikkelingen hebben het werk en de positie van de wijkverpleegkundige sterk beïnvloed: de toenemende marktwerking in de thuiszorg, de integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging en de toename van de transmurale zorg. Deze ontwikkelingen noodzaakten de voormalige kruisverenigingen tot een nieuwe positiebepaling. De wijkverpleegkundigen worden hierdoor geconfronteerd met een aantal ingrijpende wijzigingen in hun functieuitoefening, waarbij bedrijfsmatige overwegingen enerzijds en vakinhoudelijke belangen van de beroepsgroep anderzijds niet altijd overeenkomen. Verder is er nu veel meer variatie in de wijze waarop wijkverpleegkundigen hun functie vervullen. In opdracht van de Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) heeft het NIVEL een verkennend onderzoek gedaan naar het huidige en het wenselijke functiepatroon en de positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep, naar de kernproblemen in het functioneren en de voorgestelde oplossingen.

De positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep kan onder invloed van externe ontwikkelingen, bedrijfsmatige overwegingen en vakinhoudelijke belangen beter of slechter worden. In het eerste geval is er sprake van professionalisering; in het tweede van deprofessionalisering. Met betrekking voor de functies en taken gaat het om verrijking of verarming.
Wijkverpleegkundigen worden beschouwd als 'professionals'. Professionele beroepsbeoefening in de gezondheidszorg onderscheidt zich door de volgende kenmerken: (1) de uitoefening van het beroep vereist een bepaalde deskundigheid, (2) bij de uitoefening van het beroep hoort een hoge mate van autonomie, en (3) het beroep kent specifieke normen, waarden, gedragsregels en ethische regels, die als referentiekader dienen.
De afgelopen periode blijkt er een de-professionalisering van de wijkverpleegkundige beroepsgroep binnen de reguliere thuiszorg te hebben plaatsgevonden.
Bij de grootste groep wijkverpleegkundigen, de wijkverpleegkundigen in de volwassenenzorg, heeft de afgelopen jaren een functieverarming plaatsgevonden: de ouder- en kindzorg en de intake en indicatiestelling verdwenen uit het takenpakket, zorgcoördinatie en preventieve activiteiten zijn niet omschreven als een zorgproduct, en door de sterke opsplitsing van taken in combinatie met de losgekoppelde 'intake' wordt er steeds meer taakgericht in plaats van patiëntgericht geïndiceerd. Hierdoor worden deskundigheden op hbo-niveau niet goed benut, wordt de meerwaarde ten opzichte van lagere deskundigheidsniveaus steeds minder en worden wijkverpleegkundigen voor cliënten en andere hulpverleners steeds minder als beroepsgroep herkenbaar.
De autonomie van de wijkverpleegkundigen is de afgelopen jaren afgenomen. Dit is te wijten aan het verdwijnen van de intake en indicatiestelling uit het takenpakket, de strengere productienormen, het feit dat preventie en zorgcoördinatie niet als product worden gefinancierd en de grootschaligheid van de organisatie.
Wijkverpleegkundigen blijken zichzelf over het algemeen onvoldoende als 'professional' te beschouwen en zijn geneigd zich afhankelijk van de thuiszorgorganisatie op te stelllen. Verder bieden de geïntegreerde zorgteams onvoldoende mogelijkheden voor intercollegiale toetsing en tot onderling overleg. Een probleem hierbij is dat de wijkverpleegkundigen slechts een kleine groep vormen in de gehele thuiszorgorganisatie.
Oplossingen voor deze problemen kunnen wellicht worden gevonden in verschillende in het veld levende ideeën:

1. Binnen de volwassenenzorg werken wijkverpleegkundigen als:
   - praktijkverpleegkundige: deze werkt voor de patiëntenpopulatie van een huisarts of huisartsengroep. Hierdoor kan de wijkverpleegkundige (weer) generalistisch werken. Tevens kan deze (bijvoorbeeld) de preventieve zorg en de coördinatie van zorg voor chronisch zieken op zich nemen. Verder kan deze verpleegkundige taken van de huisarts overnemen en zo diens werklast verlichten;

- wijkverpleegkundige met een specialisatie: deze richt zich vooral op kortdurende acute zorg en/of transmurale zorg in samenwerking met ziekenhuizen. Verder heeft deze taken op het gebied van deskundigheidsbevordering, consultatie en het innoveren van zorg.

De bestaande functie van wijkverpleegkundige volwassenenzorg verdwijnt of wordt vervuld door MBO-verpleegkundigen.

De uitvoering van dit plan zal betrekkelijk grote gevolgen hebben voor de organisatie van de eerstelijnszorg en de financiering van de thuiszorg.

2. Binnen de grootschalige thuiszorgorganisaties wijkgerichte geïntegreerde zorgteams instellen. Hierdoor wordt de sociale betrokkenheid bij de cliënten groter en worden de wijkverpleegkundigen weer herkenbaar voor cliënten en hulpverleners. Voorwaarde is dat de coördinerende en signalerende taken van de wijkverpleegkundige als zorgproducten worden gefinancierd.
3. Wijkverpleegkundigen trekken zich terug uit de thuiszorgorganisaties en vestigen zich zelfstandig in groepspraktijken. Essentieel hierbij is een goede organisatie van de wijkverpleegkundigen als beroepsgroep.
4. Juist binnen het kader van beperkte budgetten en strakke regelgeving is het van belang dat er een goede communicatie bestaat tussen de wijkverpleegkundigen en het management.
5. Als tegenwicht tegen de te grote afhankelijkheid van thuiszorgorganisaties moeten meer wijkverpleegkundigen lid worden van de beroepsorganisatie.
6. Binnen de thuiszorgorganisaties moeten meer mogelijkheden komen voor onderling overleg en het bewaken van de kwaliteit van zorg door intercollegiale toetsing en de invoering van kwaliteitsstandaarden.
7. In de thuiszorgorganisaties kunnen wijkverpleegkundigen meer invloed uitoefenen op het beleid door de instelling van een verpleegkundige adviesraad.

[Bron: Weelderen G van, Kerkstra A. Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen. Utrecht/Bunnik: NIVEL/STOOM, 1998]

Ondersteuningsteams palliatieve zorg

Palliatieve zorg betreft alle zorg die gericht is op het verlichten van lijden van patiënten in de laatste fase van het leven. Kenmerkend is dat niet alleen lichamelijke symptomen worden bestreden, maar dat de aandacht ook uitgaat naar de emotionele, spirituele en sociale aspecten. Verder strekt de zorg zich ook uit tot de naasten van de patiënt, ook nadat de patiënt is overleden.

In de afgelopen jaren is in Nederland de aandacht voor palliatieve zorg in een stroomversnelling terecht gekomen. Zo zijn op diverse plaatsen 'ondersteuningsteams palliatieve zorg' opgericht. Dit zijn multidisciplinaire teams die consultatieve of praktische ondersteuning bieden aan zorgverleners en eventueel aan patiënten en naasten over palliatieve zorgaspecten.

Het NIVEL kreeg van het Academisch Ziekenhuis Maastricht de opdracht een studie te verrichten, die onder meer inzicht moest geven in de factoren die van

invloed zijn op het slagen van een ondersteuningsteam. In dit kader zijn interviews gehouden met contactpersonen van negen Nederlandse ondersteuningsteams.
Uit de interviews komen verschillende succes- en faalfactoren naar voren die te maken hebben met *samenwerking* tussen het team en derden. Zo kan een ondersteuningsteam bij huisartsen en medisch specialisten weerstanden oproepen. Medici zijn soms bang dat een ondersteuningsteam te veel op hun terrein komt. Daarbij kan ook een gevoel van falen meespelen. Door het team te consulteren erkent de huisarts of de specialist immers dat hij/zij de patiënt niet kan genezen en symptomen onvoldoende kan wegnemen. Voor het voorkomen of reduceren van weerstanden blijkt het creëren van een breed, regionaal draagvlak belangrijk te zijn. Daarvoor is het noodzakelijk dat al in de voorbereidingsfase intra- en extramurale zorgverleners bij het team betrokken worden.
Tenslotte zijn er succes- en faalfactoren die te maken hebben met de *samenstelling van een team*. Soms wordt bij de samenstelling onvoldoende rekening gehouden met de benodigde deskundigheid. Eerst moet gekeken worden naar welke teamleden met welke deskundigheden nodig zijn om de doelstellingen te bereiken, in plaats van te kijken naar welke deskundigheid beschikbaar is. Vooral bij de teams die ondersteuning bieden bij 'totale' palliatieve zorg, zou daarnaast interdisciplinariteit en een gelijkwaardige positie van verschillende zorgverleners essentieel zijn. Niet de medische discipline is bij voorbaat de meest belangrijke, maar ook andere disciplines kunnen een gelijkwaardige, belangrijke inbreng hebben.
Daarnaast zijn er succes- en faalfactoren die de *financiering of organisatie* betreffen. Zo blijkt een gebrek aan tijd en geld bij veel ondersteuningsteams een knelpunt te zijn. Voldoende tijd om met experts te praten en ideeën te ontwikkelen en te toetsen zijn echter essentieel.
[Bron: Francke AL, Hulshof NA. Ondersteuningsteams palliatieve zorg. Een studie naar de stand van zaken. Utrecht/Maastricht: NIVEL/AZM, 1998]

Inventarisatie van transmurale verpleegkundige spreekuren
Het aantal chronisch zieken neemt nog steeds toe, terwijl de beschikbare financiële middelen in de gezondheidszorg beperkt zijn. Om desondanks het niveau van de zorg voor chronisch zieken gelijk te houden of zelfs te verbeteren zijn er in de praktijk veel nieuwe zorgvormen geïntroduceerd. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan zogenaamde 'transmurale verpleegkundige spreekuren'. Een centraal kenmerk van een transmuraal spreekuur is dat een ziekenhuis en thuiszorginstelling daarbij nauw samenwerken, wat de kwaliteit van zorg ten goede kan komen. Door transmurale spreekuren kunnen bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen en medisch specialisten structureel samenwerken waardoor instelllingsmuren en mogelijk ook hiërarchische muren tussen disciplines worden doorbroken.

Om meer inzicht te krijgen in deze transmurale verpleegkundige spreekuren is een inventarisatie-onderzoek uitgevoerd. In totaal zijn 78 spreekuren in kaart gebracht. De meeste van die spreekuren zijn bestemd voor reuma-, diabetes- of CARApatiënten. Bezoekers van de spreekuren hebben meestal vragen over hun ziekte en over hoe ze hier mee om kunnen gaan. Meestal is men door de behandelend medisch specialist doorverwezen naar het spreekuur.
De verpleegkundige die het spreekuur houdt heeft veelal een dienstverband met de thuiszorg en heeft zich gespecialiseerd in de zorg voor één of meerdere groepen chronisch zieken. De verpleegkundige houdt zich op het spreekuur vooral bezig met voorlichting over de ziekte, het omgaan met problemen die verband houden met de ziekte en over hulpmiddelen of (woning)aanpassingen. Daarnaast fungeert zij ook als een 'luisterend oor' voor patiënten en naasten. De spreekuren vinden meestal plaats in de polikliniek van een ziekenhuis en worden veelal gefinancierd uit de budgetten van de betrokken ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties.
Het merendeel van de spreekuren is (nog) niet geëvalueerd. Wanneer er wel is geëvalueerd is dit vaak door de betrokken hulpverleners zelf gedaan. Resultaten zijn in veel gevallen geformuleerd in termen van 'tevredenheid'. Zo zijn patiënten veelal tevreden over de inhoud en plaats spreekuur en over de afstemming van de zorg tussen de verpleegkundige die het spreekuur houdt en de medisch specialist die verwijst. De betrokken hulpverleners zijn veelal tevreden over de samenwerking. Meestal zijn er alleen 'nametingen' verricht en is er geen gebruik gemaakt van controlegroepen. Vaak zijn er niet-gevalideerde instrumenten gebruikt en zijn er geen duidelijke vraagstellingen geformuleerd. Mede hierdoor is het moeilijk om stellige conclusies te trekken over de mate waarin de spreekuren een bijdrage leveren aan de kwaliteit en continuïteit van zorg. Ook blijft daardoor in het ongewisse of er als gevolg van de spreekuren substitutie van de medisch specialist naar de verpleegkundige heeft plaatsgevonden en wat de spreekuren voor gevolgen hebben voor de kosten van zorg.
De inventarisatiestudie heeft verder laten zien dat contactpersonen van transmurale verpleegkundige spreekuren vaak belemmeringen tegenkomen bij het opzetten en uitvoeren van het spreekuur. Veelal hangen deze samen met een gebrek aan tijd, geld en middelen. Om dergelijke belemmeringen te minimaliseren moet er reeds voorafgaande aan de start van een transmuraal spreekuur nagegaan worden welke financiële, personele en praktische middelen nodig zijn om het spreekuur, ook op de lange termijn, tot een succes te maken.
[Bron:Temmink D, Francke AL, Kerkstra A.. Over spreekuren gesproken. Een inventarisatie van transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998]

Panel Verpleeghuisbewoners
Alom is men het erover eens dat het van belang is de meningen en ervaringen van

zorggebruikers bij het beleid te betrekken. Bij het Ministerie van VWS ontstond zo het idee om een panel van verpleeghuisbewoners samen te stellen om informatie vanuit het bewonersperspectief te verkrijgen ter ondersteuning van het overheidsbeleid. Door middel hiervan wil men de beleidsvoornemens vooraf toetsen en de gevolgen voor bewoners van overheidsmaatregelen kunnen evalueren. Hiermee schaart de overheid zich achter het advies van de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging van Verpleeghuisbewoners (NVBV), die al eerder op het nut van zo'n panel gewezen had. Gezien de complexiteit van zo'n project, is een haalbaarheidsstudie uitgevoerd, waarin ook een aantal verschillende mogelijkheden voor het opzetten van een panel is onderzocht.

Door de grote in- en uitstroom van verpleeghuisbewoners kan een Panel Verpleeghuisbewoners niet uit een vaste groep bewoners bestaan; de groep zou al snel niet meer representatief zijn. De oplossing hiervoor is dat het panel bestaat uit een vaste groep verpleeghuizen. Bij elke raadpleging wordt uit deze verpleeghuizen een groep bewoners geselecteerd.
Het grote voordeel van een panel van verpleeghuisbewoners is dat men snel aan de benodigde informatie kan komen. Onderzoek onder verpleeghuisbewoners is tamelijk ingewikkeld en duur. De informatieverzameling vindt altijd getrapt plaats, omdat eerst de verpleeghuizen benaderd moeten worden. Bij een panel daarentegen beschikt men reeds over een geselecteerde groep verpleeghuizen, waarvan de directies en cliëntenraden ermee ingestemd hebben om voor langere tijd aan onderzoek deel te nemen. Er zijn vaste procedures afgesproken om respondenten te benaderen. Hierdoor komt de informatie veel sneller ter beschikking en is de belasting voor instellingen tamelijk beperkt.
Er bestaat een draagvlak voor de samenstelling van een Panel Verpleeghuisbewoners. Directies en cliëntenraden staan positief tegenover de idee mening en ervaring van bewoners bij het beleid te betrekken. Een grote meerderheid van de directies en cliëntenraden wil op zijn minst overwegen ook mee te doen aan een panel van verpleeghuisbewoners. Wanneer men op instellingsniveau bereid is om mee te werken, dan is ook de bereidheid om mee te werken van bewoners en naasten groot. Bijna driekwart van de bewoners en naasten wil met een panel meedoen; ruim tachtig procent van de leden van cliëntenraden wilde meedoen. Ten slotte blijken zowel bewoners als naasten veel behoefte te hebben om bepaalde onderwerpen te bespreken: eenderde van de bewoners en tachtig procent van de naasten gaven dit aan.

Voor de organisatie van een panel zijn verschillende modellen denkbaar. In de haalbaarheidsstudie zijn een panel bestaand uit leden van cliëntenraden en een panel samengesteld uit een steekproef van bewoners met elkaar vergeleken. Het derde model is een panel van leden van cliëntenraden plus een steekproef uit de bewoners. De vierde mogelijkheid is geen panel op te zetten, maar voor ieder

onderwerp waarover men iets wil weten een apart onderzoek in te stellen. Deze vier mogelijkheden zijn vergeleken op de volgende criteria:

- de gegevens moeten snel beschikbaar zijn;
- geringe belasting voor het verpleeghuis en de cliëntenraad;
- baten voor het verpleeghuis en de cliëntenraad;
- de kosten moeten zo laag mogelijke zijn; en
- de verkregen informatie moet representatief zijn.

De raadpleging van de panels is gebeurd door middel van vraaggesprekken in het verpleeghuis of telefonische vraaggesprekken.
Het panel van cliëntenraadsleden scoorde het best op drie van de vijf criteria: snelle beschikbaarheid van de gegevens, geringe belasting en lage kosten. De representativiteit is het best gegarandeerd bij een 'steekproef'panel. De doorlooptijd van een panelraadpleging is minimaal twee en maximaal 4,5 maanden, tegenover vijf à zes maanden voor een onderzoek. Het snelst is de raadpleging van een panel van cliëntenraadsleden. De keuze voor een bepaalde vorm voor het panel is voor een groot deel afhankelijk van de waarde die men aan de verschillende criteria toekent.

Privacy in verpleeghuizen
De privacy in verpleeghuizen is voor verbetering vatbaar. In 1996 concludeerde de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en de Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) dat van privacy in een verpleeghuis nauwelijks sprake is. De bewoners willen met meer respect worden behandeld, meer keuzes kunnen maken en een eigen kamer hebben. In de beleidsbrief 'Privacy in verpleeghuizen' in hetzelfde jaar reageert het Ministerie van VWS hierop en schetst een beleid dat gericht is op verbetering van de privacy. Privacy wordt hierin gedefinieerd als *de mogelijkheid voor de patiënt om het leven zo veel mogelijk naar eigen inzicht in te richten en de respectering van de persoonlijke levenssfeer door de directe sociale omgeving*. In de beleidsbrief worden twee aspecten van privacy onderscheiden, een bouwkundig aspect en een aspect van attitude en bejegening.
Wat betreft het bouwkundig aspect is besloten ernaar te streven dat in 2004 alle drie- en meerbedskamers zijn vervangen door één- en tweebedskamers.
Op het gebied van attitude en bejegening wil men onder meer de emancipatie van de patiënten bevorderen door hen te informeren over hun rechten en hen te stimuleren deze rechten ook te gebruiken. Daarnaast is een stimuleringsprogramma Bejegening opgezet.
In dit kader heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de beleving van privacy door de bewoners van verpleeghuizen. De resultaten van dit onderzoek zijn ook gebruikt bij de ontwikkeling van het programma Bejegening. Voor het onderzoek zelf is gebruik gemaakt van de haalbaarheidsstudie Panel Verpleeghuisbewoners, zoals in de vorige paragraaf beschreven staat.
De volgende vragen zijn de panelleden voorgelegd:

1. Aan welke elementen van privacy wordt de meeste waarde gehecht?
2. Welke elementen van de verpleeghuiszorg die betrekking hebben op privacy zijn momenteel wel en niet mogelijk in verpleeghuizen?

De meeste bewoners voelen zich thuis in het verpleeghuis. Zij hebben het gevoel dat sfeer in het huis en de bewoners centraal staan. Twintig procent voelt zich niet thuis in het verpleeghuis. Tot deze groep behoren vooral somatische patienten.

Betreffende de *bouwkundige* aspecten werd vastgesteld dat veel bewoners tegen hun zin op meerpersoonskamers wonen. Er is nog een groot verschil tussen het aantal gerealiseerde en het aantal gewenste eenpersoonskamers. Toch prefereert een aantal – vooral psychogeriatrische – patiënten juist een meerpersoonskamer. Ook kleinere voorzieningen kunnen bijdragen aan een verbetering van de privacy: een afsluitbare kast, de mogelijkheid een eigen meubelstuk neer te zetten, een goede klimaatbeheersing, enzovoort.

Wat betreft het aspect van de *regels en gewoonten* hebben de verpleeghuisbewoners vooral behoefte aan een grotere flexibiliteit in het dagritme op de afdeling. Het komt nog veel voor dat de bewoners niet zelf kunnen bepalen wanneer zij naar het toilet gaan of gaan slapen. Ook een keuze uit verschillende maaltijden, of de organisatie van activiteiten die bij de belangstelling aansluiten zou voor velen tot een prettiger woonsituatie leiden.

Zoals te verwachten is vinden de bewoners het belangrijk dat de zorgverleners correct optreden. Het grootste probleem vormt de snelheid waarmee zorgverleners op vragen ingaan. Van belang is ook dat hinder door medebewoners wordt voorkomen. Psychogeriatrische bewoners ervaren het meest last van medebewoners.

In het onderzoek is een aantal aspecten genoemd waarmee de grootste verbetering van de privacy te behalen is: de keuze van de eigen kamergenoot, de mogelijkheid zich terug te trekken, zelf bepalen wanneer men opstaat, zich wast en naar het toilet gaat, en het verminderen van de hinder door medebewoners. Soms zijn met weinig inspanning kleine verbeteringen te bereiken: bijvoorbeeld de wijze waarop men op de afdeling omgaat met radio en tv.

[Bron: Veer A de, Kerkstra A. Bewonerspanel verpleeghuizen. Een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL, 1998]

Kleine hulpmiddelen

De fysieke belasting voor verplegenden en verzorgenden in verzorgingshuizen is hoog. Rugklachten behoren tot de voornaamste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij deze beroepsgroepen. Uit eerder onderzoek bleek dat iedere verzorgende per dienst gemiddeld 5,1 maal een tilhandeling uitvoert die een matig tot hoog gezondheidsrisico met zich meebrengt. Daarnaast zijn ook andere verzorgende handelingen belastend, zoals het aan- en uittrekken van

steunkousen of het wassen van een bewoner die in een lage douchestoel zit. Bovendien is de behoefte aan hulp de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen, wat heeft geleid tot een stijging van de werkdruk en de fysieke belasting voor de verzorgenden.
Door het gebruik van kleine en eenvoudige hulpmiddelen kunnen bewoners van verzorgingshuizen meer activiteiten zelfstandig verrichten. Het gaat om bijvoorbeeld een steunkousenaantrekker, een verende zitting (als hulp bij het gaan zitten en opstaan) of een antislipmatje (bij het douchen). Dergelijke hulpmiddelen worden echter betrekkelijk weinig gebruikt. In opdracht van Stichting Arbeidsmarkt- en Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden (AWOB) heeft het NIVEL onderzocht in hoeverre het mogelijk is om door een intensiever gebruik van kleine hulpmiddelen door bewoners de toenemende zwaarte van de gevraagde zorg in gunstige zin te beïnvloeden en daarmee ook de fysieke belasting voor verzorgenden.
Uit het onderzoek bleek dat 96% van de bewoners baat kon hebben bij de diverse hulpmiddelen. Een aantal hulpmiddelen kan inderdaad de zelfstandigheid van de bewoners bevorderen en daarmee de fysieke belasting van de verzorgenden beperken. Veel van die hulpmiddelen zijn slechts zeer beperkt aanwezig in verzorgingshuizen. De hulpmiddelen zijn niet altijd optimaal op de bewoner ingesteld. Sommige zijn ook niet algemeen toepasbaar.
Als voorbeeldproject is met de steunkousaantrekker gewerkt. Het bleek dat zowel bewoners als verzorgenden heel tevreden waren over dit hulpmiddel. De fysieke belasting voor de verzorgende wordt ermee gereduceerd. Opvallend was dat zowel bewoners als verzorgenden vóór de introductie ervan nauwelijks van dit hulpmiddel hadden gehoord. Meer voorlichting over dit en andere hulpmiddelen wordt dan ook aanbevolen.
Door tijdig een geschikt hulpmiddel ter beschikking te stellen kan een snelle achteruitgang en daarmee fysieke afhankelijkheid van de bewoner vertraagd worden.
Een aantal hulpmiddelen vraagt een zorgvuldige indicatiestelling. De expertise van bijvoorbeeld een ergotherapeut is hierbij zinvol.
De markt voor hulpmiddelen voor ouderen (gerontotechnologie) is zeer sterk in ontwikkeling. Het is daarom van belang dat verzorgingshuizen goed de ontwikkelingen volgen. Ook hier kan de ergotherapeut als specifiek deskundige een grote rol spelen.
Een probleem is dat de financiering – hoewel het vaak om betrekkelijk kleine bedragen gaat – een knelpunt kan vormen. Hierbij komt dat de procedures onduidelijk en tijdrovend zijn en niet altijd tot succes leiden.
Uitgaand van de resultaten van het onderzoek heeft adviesbureau Locomotion een plan van aanpak opgesteld dan aansluit op het dagelijkse beleid van de afdelingen rond de directe zorg voor de mobiliteit van de bewoners. In dit plan wordt steeds gezocht naar een evenwicht tussen de kwaliteit van zorg voor de bewo-

ners en de kwaliteit van arbeid voor de verzorgenden.
[Bron: Knibbe JJ, Hulshof NA, Stoop AP, Friele RD. Kleine hulpmiddelen: hulp voor bewoners en zorgverleners? Utrecht: NIVEL, 1998]

Het Ervaringshuis in Apeldoorn

In Apeldoorn staat een uniek instituut ter behandeling van kinderen met psychosociale klachten: het Orthopedagogisch Ervaringshuis. Dit instituut is onderdeel van het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn, Lucaslocatie. Kinderen met kennelijk psychosociale klachten worden door de kinderarts naar het Ervaringscentrum verwezen, vaak op instigatie van de huisarts of de school-/jeugdarts.
Het Ervaringshuis bevat een groot aantal speelmogelijkheden binnenshuis en in een omringende tuin. Men werkt er met groepen die bestaan uit zeven kinderen, zeven ouders en drie hulpverleners. De groepen komen anderhalf uur per week bij elkaar, gedurende gemiddeld acht à negen maanden.
Door nieuwe belevingen en andere betekenisgevingen leren zowel kind als ouder om afwisselend en op een verschillende wijze toenadering te zoeken tot de ander of juist afstand te bewaren en meer bij zichzelf te blijven. Zo kan er een balans ontstaan tussen 'loslaten en vasthouden', waardoor er emotionele en lichamelijke ontspanning ontstaat.
De ouders betalen een eigen bijdrage van gemiddeld *f* 1100.
Van twee zijden wordt het voortbestaan het Ervaringshuis ter discussie gesteld. In de eerste plaats rekent de Raad van Bestuur van het Ziekenhuiscentrum Apeldoorn de activiteiten van het Ervaringshuis niet tot de kerntaken van het ziekenhuis. Hierbij komt dat het Ervaringshuis slechts ten dele extern gefinancierd wordt. Anderzijds is er sinds enkele jaren een landelijk streven om meer samenhang in de jeugdzorg te brengen. Hiertoe moeten regiovisies worden opgesteld en bureaus Jeugdzorg worden opgericht. In de regiovisie Gelderland/Midden-IJssel wordt het Ervaringshuis genoemd als een voorziening voor kinderen met psychosociale klachten waar "een behandelvorm is ontwikkeld die zeer effectief lijkt en de bestaande hulpvormen in de jeugdhulpverlening ontlast".
Gezien deze situatie is een ad-hoc commissie ingesteld die eind juni 1998 moest komen met een rapport waarin het bestaansrecht van het Ervaringshuis wordt onderbouwd. In dit kader is een drietal onderzoeken uitgevoerd:

- een wetenschappelijke onderbouwing van de behandelmethode;
- een beoordeling van de functie van het Ervaringshuis door externe deskundigen;
- een onderzoek dat inzicht geeft in het soort problemen waarmee kinderen worden verwezen naar het Ervaringshuis en het oordeel van de verwijzers over plaats en functie van het Ervaringshuis in de jeugdgezondheidszorg. Dit laatste onderzoek is door het NIVEL uitgevoerd.

In het algemeen zijn huisartsen die het Ervaringshuis kennen hier positief over. Uniek zijn de doelgroep waarop het Ervaringshuis zich richt en de aard van de behandeling. Een groot deel van de kinderen heeft ook (psycho)somatische klachten. Men vindt de behandeling adequaat en de omgang met kinderen en ouders prettig. De situering van het Ervaringshuis in een (para)medische setting, ziet men als een groot voordeel. Wel kunnen zowel de communicatie met de huisartsen als de informatieverstrekking over het zorgaanbod duidelijk verbeterd worden. Verschillende huisartsen zouden rechtstreeks naar het Ervaringshuis willen verwijzen. Het Ervaringshuis voorziet in een behoefte aan therapie voor dit bepaalde soort klachten. Het blijkt dat in het Ervaringshuis kinderen met angstig/depressief gedrag vaker voorkomen, terwijl kinderen met teruggetrokken gedrag meer bij RIAGG's voorkomen. De wachttijden, zowel voor de intake als voor de periode tussen intake en feitelijke behandeling, zijn langer dan bij het RIAGG (9 tegenover 3,9 weken, respectievelijk 14 tegenover ruim 5 weken). De behandelduur bij het Ervaringshuis is gemiddeld 37 weken, tegenover 47 bij het RIAGG. Het aantal behandelcontacten bedraagt gemiddeld 25 tegenover 14,5.
Concluderend kan men stellen dat het Ervaringshuis een uniek aanbod heeft. Kinderen met die specifieke klachten zouden anders terechtkomen bij het RIAGG of eerstelijnsorthopedagogen.
De onderzoekers vragen zich af of een eventuele extramuralisering van het Ervaringshuis met behoud van voldoende kwaliteit realiseerbaar is.
[Bron: Veer AJE de, Kerkstra A. Plaats en functie van het orthopedagogisch ervaringshuis in Apeldoorn. Utrecht: NIVEL, 1998]

2.3 PARAMEDISCHE BEROEPEN

De Beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar

De Beperkende maatregel
Sinds 1 januari 1996 geldt 'De Beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie-Cesar'. Deze maatregel beperkt de aanspraak op deze therapieën voor ziekenfondsverzekerden en voor particulier verzekerden met een standaardpakketpolis. Deze maatregel moet jaarlijks ƒ 200 miljoen opleveren. Volgens deze maatregel wordt op de hoofdverzekering maximaal 9 keer fysiotherapie, 18 keer kinderfysiotherapie en 18 keer oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck vergoed. Op deze regel wordt een uitzondering gemaakt voor patiënten met aandoeningen die op de 'Lijst aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie-Cesar/-Mensendieck' voorkomen.
De Minister van VWS heeft de Ziekenfondsraad opdracht gegeven de maatregel te evalueren. In dat kader hebben het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) en

het NIVEL in opdracht van de Ziekenfondsraad onderzoek gedaan naar de uitwerking van deze maatregel.
Vrijwel tegelijk met de invoering van de Beperkende maatregel hebben alle zorgverzekeraars fysiotherapie en 30% van hen ook de betreffende oefentherapieën opgenomen in de aanvullende verzekering.
In Amsterdam geldt de landelijke Beperkende maatregel niet. Daar wordt op experimentele basis gewerkt volgens het zogenaamde Amsterdams Dienstenmodel. Dit model is in de evaluatie vergeleken met de Beperkende maatregel.

Het Amsterdams Dienstenmodel
In Amsterdam wordt gewerkt met een experimentele vorm van zorgtoewijzing, het zogeheten 'Amsterdams Dienstenmodel voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck'. Dit model is in 1996 is ingevoerd. Hoewel het aanvankelijk werd beschouwd als een alternatief voor de Beperkende maatregel, is toestemming gegeven om bij overschrijding van de kosten bij de hoofdverzekering deze ten laste brengen van de aanvullende verzekering. Hierdoor is het Amsterdams Dienstenmodel een alternatief voor de Beperkende maatregel *plus* de aanvullende verzekering.
Het Amsterdams Dienstenmodel is een model voor toewijzing aan zorg aan patiënten die zijn verwezen voor fysiotherapie, oefentherapie-Cesar of oefentherapie-Mensendieck. Het is ontwikkeld door in de eerstelijnszorg werkende fysiotherapeuten, oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck, Zorgverzekeraar Amsterdam en Omstreken (ZAO) en huisartsen. Door middel van dit model wil men meer inzicht geven in de zorgvraag en de behandeldoelen. Een essentieel uitgangspunt van het Amsterdams dienstenmodel is dat het aantal zittingen mede door de diagnostische bevindingen van de therapeut wordt bepaald. Dit in tegenstelling tot de situatie in de Beperkende maatregel, waarbij het aantal zittingen uitsluitend door de verwijzer wordt bepaald. Er zijn twee restricties: de deelnemende therapeuten moeten een contract met de ZAO hebben, en de patiënten moeten een ziekenfondsverzekering hebben die bestaat uit een hoofdverzekering en een aanvullende verzekering.
In het dienstenmodel gaat men uit van drie hoofddiensten, namelijk 'verfijnen probleem- of indicatiestelling', 'begeleiden/ondersteunen' en 'behandelen'. Deze hoofddiensten bestaan uit elf subdiensten ('attributen') voor de fysiotherapie en acht voor de oefentherapieën. Op basis van onder meer de medische diagnose, de paramedische diagnose en de behandeldoelen, die in samenspraak met de patiënt gekozen worden, kiest de therapeut de subdienst die qua doelgroepomschrijving en omschrijving van de behandeldoelen het beste bij de betreffende patiënt past. Er geldt een maximum van dertig behandelzittingen; voor een overschrijding van dit aantal moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan.
Als tijdens de behandeling (gezondheids)kenmerken van de patiënt veranderen, kan de therapeut overgaan op een andere subdienst. Deze hoeft hiervoor geen

contact op te nemen met de verwijzer. Dit moet wel gebeuren bij een verandering van hoofddienst.

Uitkomsten van de evaluatie

Het opnemen van fysiotherapie, en in mindere mate ook van de oefentherapieën-Cesar en -Mensendieck in de aanvullende verzekering heeft grote invloed op het effect van de Beperkende maatregel. De hoofdverzekering zou in veel gevallen onvoldoende dekking bieden. Daar zo'n 90% van de verzekerden ook aanvullend verzekerd is, werd in de onderzochte populatie in 91% van de gevallen de kosten voor fysiotherapie volledig vergoed. Wanneer alle patiënten alleen de hoofdverzekering zouden hebben, dan zouden deze kosten slechts in 53% van de gevallen volledig vergoed zijn. In mindere mate trad dit effect ook op bij de oefentherapieën: oefentherapie-Cesar 95% tegenover 82% en oefentherapie-Mensendieck 95% tegenover 90%. Maar toch biedt de combinatie van hoofd- en aanvullende verzekering niet alle patiënten een volledige vergoeding van de behandeling. Dit was het geval bij 9%, 5% en 5% van de patiënten voor respectievelijk fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck. Wanneer de vergoeding onvoldoende was, werd de behandeling gestopt, betaalde de patiënt zelf of behandelde de therapeut gratis verder. De patiënten bij wie de vergoeding onvoldoende was, zijn enerzijds te kenmerken door de aard van de aandoening en de duur en het recidiverend karakter van de klachten, anderzijds door leeftijd en opleiding. Het aantal zittingen per behandeling daalde bij alle drie therapieën maar weinig. Hoewel het Amsterdams Dienstenmodel voor de meeste patiënten een volledige vergoeding voor fysiotherapie bood, werd 4% van de behandelingen beëindigd wegens het bereiken van het maximum. Globaal genomen was het aantal behandelzittingen bij de Beperkende maatregel en in het Amsterdams Dienstenmodel even groot. Dit geldt ook voor het aantal gesignaleerde knelpunten.

De beroepsbeoefenaren oordelen echter gunstiger over het Amsterdams Dienstenmodel dan over de Beperkende maatregel. In verhouding met het landelijk beeld meldden de verwijzers in Amsterdam minder problemen in de zorg en minder veranderingen in de verwijzingen. Paramedici in Amsterdam namen minder vaak contact op met de zorgverzekeraar. De medisch specialisten in Amsterdam oordeelden daarentegen negatiever dan hun landelijke collega's over de toepasbaarheid van het dienstenmodel. De positieve oordelen over het Amsterdams Dienstenmodel zijn in elk geval niet gebaseerd op een verschil in het aantal zittingen of de vergoeding ervoor. De onderzoekers vermoeden dat de gunstiger beoordeling samenhangt met het feit dat de verwijzers te maken hebben met één in plaats van met twee regelingen en met de uitgebreidere voorlichting en ondersteuning bij het dienstenmodel. Dit lijkt bevestigd te worden door het kritischer oordeel van de medisch specialisten, op wie de voorlichting niet was gericht.

De invoering van de Beperkende maatregel heeft weinig effect gehad op de

werkgelegenheid voor de betreffende therapeuten. Alleen voor de fysiotherapeuten is een kleine daling van de werkgelegenheid in 1997 geconstateerd. Het geringe effect op de werkgelegenheid is te verklaren uit de volledige vergoeding van de behandelingen.

[Bronnen: Pijnenborg A, Berkel L van, Ende E van den, Ravensberg D van, Oostendorp R, Dekker J. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1; Storm I, Hofhuis H, Berkel L van, Ende E van den, Visser D de, Oostendorp R, Dekker J, Ravensberg D van. Het Amsterdams dienstenmodel: evaluatie en vergelijking met de landelijke vergoedingsregelingen. Deelrapport 2; Pijnenborg A, Bosveld W, Friele R, Dekker J. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck: werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten. Deelrapport 3; Dekker J, Ravensberg D van, Ende E van den, Oostendorp R. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck en het Amsterdams dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4. Amersfoort/ Utrecht: NPi /NIVEL1998]

Fysiotherapie

Voor het overheidsbeleid voor de zorgsector is het vergroten van de doelmatigheid van de zorg erg belangrijk. Een middel hiertoe is het bevorderen van 'gepast gebruik' in de zorg. Er is sprake van 'gepast gebruik' als de op diagnostische gronden gebaseerde beslissing tot een bepaalde interventie in overeenstemming is met wat op grond van ervaring en onderzoek beschouwd wordt als de optimale benadering.

In opdracht van het Ministerie van VWS is onderzocht in welke mate er in de extramurale fysiotherapie sprake is van gepast gebruik. Hierbij is voor zeven soorten klachten nagegaan of de behandeling in de praktijk in overeenstemming was met datgene wat men op grond van de literatuur zou mogen verwachten. De aandacht was gericht op de aspecten: keuze voor behandeldoelen, toegepaste behandelvormen en fasering van de behandeling. Op de drie genoemde aspecten blijkt er sprake te zijn van een combinatie van gepast en niet gepast gebruik van fysiotherapie.

Niet gepast gebruik heeft in algemene zin betrekking op de volgende punten:

- fysiotherapeuten besteden relatief weinig aandacht aan het geven van adviezen en instructies voor oefeningen;
- behandelvormen, met name ultrageluidtherapie en elektrotherapie, waarvoor dat niet verwacht wordt, worden juist veelvuldig toegepast;
- er is niet altijd sprake is van een juiste fasering van behandeldoelen en het toepassen van behandelvormen, analoog aan het herstelproces.

Hierbij zijn enkele kanttekeningen op hun plaats. Doordat de dataverzameling in de periode 1989-1992 plaatsvond kunnen sommige theoretische inzichten veranderd zijn, en zal derhalve de praktijk niet overeenstemmen met de theorie. Daarnaast is het mogelijk dat er een zekere onderrapportage heeft plaatsgevon-

den wat betreft het geven van advies en instructies. Dit kan als het geven van advies en instructies als dermate vanzelfsprekend is beschouwd dat sommige fysiotherapeuten dit niet als specifieke behandelvorm hebben gerapporteerd.
Het bevorderen van gepast gebruik is een deel van het kwaliteitsbeleid. Dit krijgt gestalte in onder meer het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). Daarnaast moet de individuele fysiotherapeut de ontwikkelingen in zijn vak kritisch blijven volgen.
[Bron: Roebroeck ME, Bosveld W, Dekker J, Oostendorp RAB. Extramurale fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk. Eindrapport van het project Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, tweede fase (BEEF-II). Utrecht: NIVEL, 1998]

Logopedie
Logopedie wordt vooral toegepast in het onderwijs (preventief) en in de gezondheidszorg (curatief). Logopedie in de extramurale gezondheidszorg vindt plaats op verwijzing van een huisarts, medisch specialist of tandarts. Logopedische zorg wordt – onder voorwaarden – vergoed door het ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Tweederde van de patiënten van logopedisten zijn jonger dan twaalf jaar. Een behandeling bestaat inclusief onderzoek en diagnostiek uit gemiddeld 17,2 zittingen. Het aantal zittingen wordt vooral bepaald door de aard van de te behandelen stoornis.
In het Jaaroverzicht Zorg (JOZ) is aangekondigd dat er jaarlijks *f* 10 miljoen bezuinigd moet worden op extramurale logopedische behandelingen die ten laste komen van de ziektekostenverzekering. Dit betekent een ombuiging van 12,7%. Deze bezuiniging kan via vijf verschillende ombuigingsmodellen gerealiseerd worden. In opdracht van het Ministerie van VWS heeft het NIVEL onderzocht wat de zorginhoudelijke en financiële consequenties zijn van een beperking van het aantal door de ziektekostenverzekering vergoede zittingen:
1. voor alle patiënten, ongeacht stoornissen of leeftijd;
2. voor sommige leeftijdsgroepen wel en voor andere leeftijdsgroepen niet;
3. bij sommige stoornissen wel en bij andere stoornissen niet;
4. evenredig verdeeld over de verschillende leeftijdsgroepen;
5. op basis van een combinatie van leeftijdsgroepen en stoornissen.

Hierbij is men ervan uitgegaan dat het aantal verwijzingen naar de logopedist gelijk blijft.
Het onderzoek leidt tot een viertal conclusies:
- Bij alle modellen wordt ongeveer een kwart (23 - 29%) van de patiënten door de bezuinigingen getroffen.
- Het is de vraag in hoeverre het wenselijk is dat specifieke leeftijdsgroepen of stoornissen worden ontzien: om de gewenste ombuiging te realiseren zal er relatief meer bezuinigd moeten worden op de overblijvende groepen patiënten.
- In variant 1 t/m 4 worden ófwel juist de kortdurende ófwel juist de langer

durende behandelingen getroffen; alleen in het laatste model zijn de gevolgen voor alle patiënten relatief vergelijkbaar.
- De uitvoerbaarheid van de verschillende varianten loopt uiteen van betrekkelijk eenvoudig tot tamelijk complex. Waar er sprake is van vrijstelling op basis van stoornis zal de ziektekostenverzekeraar over de gegevens over de stoornis van de patiënt moeten beschikken.

Op basis van deze vier varianten kan het beleid zijn afweging maken.
[Bron: Steultjens MPM, Hofhuis H, Sluijs EM, Dekker J. De omvang van de logopedische behandeling. Utrecht: NIVEL, 1998]

Oefentherapie bij artrose van heup of knie is effectief
Artrose is een veel voorkomende aandoening. Kenmerkend voor deze ziekte is een voortgaand verlies van gewrichtskraakbeen in combinatie met een toegenomen activiteit van het onderliggende subchondrale bot. Dit leidt tot pijnklachten en functionele beperkingen. Dit laatste is vooral bij artrose van heup of knie het geval, met name in mobiliteit. Een curatieve behandeling van artrose bestaat nog (?) niet. De behandeling is gericht op het bestrijden van de symptomen: verminderen van pijn en andere symptomen en minimaliseren van de beperkingen, en voorlichting van de patiënt en de familie.
Een veel toegepaste behandeling bij artrose van heup of knie is oefentherapie. Tot voor kort was er echter nog maar weinig wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van deze therapie. Uit recent onderzoek van het NIVEL blijkt echter dat oefentherapie na 12 weken een aantoonbaar positief effect heeft. Door oefentherapie verminderen de belangrijkste klachten van artrosepatiënten: de pijn en de beperkingen. Het effect is klein tot middelgroot. Na afloop van de behandeling verminderen de effecten echter geleidelijk tot ze uiteindelijk verdwijnen. Het kon niet achterhaald worden welke kenmerken van patiënten samenhangen met een positief effect van oefentherapie op lange termijn (24-36 weken na beëindiging van de behandeling).
De resultaten van dit onderzoek bevestigen eerder onderzoek dat reeds wees op positieve effecten van oefentherapie bij patiënten met artrose van heup of knie.
Op het moment dat een artrosepatiënt wordt verwezen naar de fysiotherapeut zijn er nauwelijks aanwijzingen over welke patiënten vooral baat hebben bij oefentherapie. Het is dus (nog) niet mogelijk om bij artrose een toegespitste indicatie voor oefentherapie te geven.
Hoewel de grootte van het effect niet moet worden overschat, is een verwijzing van artrosepatiënten naar de fysiotherapeut aan te bevelen. Oefentherapie is aan te bevelen bij alle fysiotherapeutische behandelingen van patiënten met artrose.
Een positief punt hierbij is dat de kosten van oefentherapie per patiënt betrekkelijk laag zijn. Wanneer het aantal verwijzingen voor oefentherapie toeneemt, zullen de kosten van de behandeling van artrose door de huisarts en de fysiotherapeut toenemen. Deze kosten zullen in totaal echter beperkt zijn.

In het onderzoek worden ten slotte enkele aanbevelingen gegeven voor de optimale inhoud en 'timing' van oefentherapie voor deze patiënten en een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.
[Bron: Baar ME van. Effectiveness of exercise therapy in osteoarthritis of hip or knee. Utrecht: NIVEL, 1998 (Proefschrift Universiteit Utrecht)]

Apraxie na een beroerte: diagnostiek en behandeling
Apraxie is een stoornis waarbij de doelgerichte uitvoering van aangeleerde en betekenisvolle handelingen is aangedaan. Apraxie kan een gevolg zijn van een cerebro-vasculair accident (CVA, beroerte). Diagnostiek en behandeling van apraxie hadden nog weinig systematisch vorm gekregen; noch was er gedegen onderzoek naar verricht. In het onderzoek 'Apraxie na een beroerte: diagnostiek en behandeling' is een protocol voor diagnostiek en behandeling van apraxie bij CVA-patiënten ontwikkeld en geëvalueerd.
Voor het stellen van de diagnose zijn twee instrumenten ontwikkeld: één om de aanwezigheid van apraxie en de ernst ervan vast te stellen (een neuropsychologische apraxietest op het niveau van de stoornis) en één om de gevolgen van apraxie voor het dagelijks leven vast te stellen (ADL-observaties op het niveau van de beperkingen). (ADL: activiteiten van het dagelijks leven.)
Daarnaast is een protocol voor behandeling door ergotherapeuten ontwikkeld. In dit protocol zijn de principes van strategietraining verwerkt. Deze behandeling is erop gericht het functioneren van apraxiepatiënten te verbeteren door het aanleren van strategieën. Hierdoor kunnen zij onafhankelijker functioneren, hoewel de apraxie blijft bestaan.
Uit het onderzoek blijkt dat de ontwikkelde instrumenten bruikbaar, betrouwbaar en valide zijn. Verder is gebleken, dat strategie training een positief effect heeft op het zelfstandig functioneren in het dagelijks leven. In verder onderzoek zal vastgesteld moeten worden of deze effecten ook gevonden worden bij vergelijking met een niet-behandelde controle groep.
[Bron: Heugten CM van. Apraxia in stroke patients: assessment and treatment. Utrecht: NIVEL, 1998 (Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen)]

2.4 HET PERSPECTIEF VAN DE HULPVRAGER

Consumentenpanel
Vertrouwen in goede gezondheidszorg in gevaar
Consumenten hebben weinig hoop op een efficiënte aanpak van wachtlijsten. Het vertrouwen in de gezondheidszorg wordt vooral door de wachtlijsten ondermijnd; meer nog dan door medische missers of door onvoldoende informatie. Dit concludeert de Consumentenbond uit onderzoek onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg van de Consumentenbond en het NIVEL. Het onderzoek staat gepubli-

ceerd in de Consumentengids van juni.
Uit de enquête onder ruim 1000 leden van het Consumentenpanel naar het vertrouwen in de gezondheidszorg blijkt dat de Nederlandse bevolking hier over het algemeen voldoende vertrouwen in heeft. Slechts 8% geeft een onvoldoende. Er is vooral veel vertrouwen (bij 75%) in de mensen die in de zorg werken en in de deskundigheid en de inzet van artsen en verpleegkundigen. Veel minder vertrouwen is er in instellingen. De zwakzinnigenzorg, thuiszorg, verzorgingstehuizen en met name de Geestelijke gezondheidszorg zoals de RIAGG scoren slecht. Slechts 27% van de ondervraagden heeft hier vertrouwen in. Dit lage percentage is zorgwekkend. Weliswaar is de GGZ maar een klein onderdeel in de gezondheidssector, doch uit onderzoek blijkt dat per jaar bij één op de vijf Nederlanders een psychische stoornis toeslaat. Zij moeten terug kunnen vallen op de GGZ. Dat het vertrouwen in juist deze tak zo schrikbarend laag is zorgt voor de nodige vragen. In een volgend onderzoek zal dit verder worden uitgewerkt.
Een relatief grote groep mensen (bijna 20%) heeft weinig vertrouwen in de toe komst van de gezondheidszorg. Bij verder doorvragen vinden veel mensen (80%) dat patiënten het slachtoffer zullen worden van de stijgende kosten en wachtlijsten in de gezondheidszorg. Weinigen (30%) vertrouwen erop dat de politiek er voor zal zorgen dat een kwalitatief goede zorg wordt gehandhaafd.
De geënqueteerden hebben nogal eens hun vraagtekens over het foutloos werken van artsen en in het bijzonder over het toegeven van die fouten. Nog geen 15% denkt hier positief over. Eénderde van de ondervraagden gaat er niet vanuit dat de hulpverleners alle informatie over de behandeling ook geven, bijna de helft verwacht niet dat er open wordt voorgelicht over de verwachte gevolgen van een behandeling. Dit zijn juist twee rechten die expliciet in de wet zijn benoemd (WGBO). Kennelijk zijn veel ondervraagden er niet van overtuigd dat de rechten die zij aan de WGBO kunnen ontlenen in de praktijk ook worden waargemaakt. Dit is verontrustend.
De enquête onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg zal voortaan ieder half jaar worden herhaald. De Consumentenbond en het NIVEL willen zo de nodige trends in de gezondheidszorg in kaart gaan brengen.

Consument over geestelijke zorg: ondoorzichtig en weinig effectief
Nederlanders hebben weinig vertrouwen in hun geestelijke gezondheidszorg. Dat zit 'm vooral in de grote mate van onduidelijkheid over het wat en hoe in deze sector, en in het feit dat velen denken dat deze zorg niet echt geneest.
Dit blijkt uit onderzoek onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dit panel bestaat uit een groep van 1500 huishoudens en vorm een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking. De eerste resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in het eerste nummer van de Nieuwsbrief Gezondheidszorg die wordt uitgebracht door de Consumentenbond.
In het algemeen is het vertrouwen in de gezondheidszorg in ons land groot. Zo

heeft minstens 80% van de Nederlandse bevolking veel of zelfs heel veel vertrouwen in zijn of haar apotheker, tandarts, huisarts, specialist en verpleegkundige. Minder goed, maar toch nog heel behoorlijk scoren fysiotherapeut, ziekenhuis en zwakzinnigenzorg, en voor thuiszorg, verzorgingshuis en alternatieve genezer geldt dat minder dan de helft van de Nederlanders hun diensten met (heel) veel vertrouwen tegemoet ziet. Onderaan deze lijst prijkt de geestelijke gezondheidszorg, waarin driekwart maar weinig of zelfs heel weinig vertrouwen heeft. Bijna één op de drie beoordeelt dit met een onvoldoende.
Hoe komt dat? Een nieuwe studie van de Consumentenbond en het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, wijst uit dat dit vooral zit in het gebrek aan doorzichtigheid: wat gebeurt er in die geestelijke zorg, waar kun je terecht, hoe staat het met je rechten als patiënt, waar kun je heen met een klacht?

Het rapportcijfer voor het vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg komt gemiddeld niet hoger dan een klein zesje (5,9), duidelijk minder dan gemiddeld in de zorg (6,7). De verschillen tussen de diverse geestelijke hulpverleners zijn daarbij groot: de eigen huisarts, het Centrum voor Alcohol en Drugs, en het psychiatrisch ziekenhuis genieten nog het meeste vertrouwen; het algemeen maatschappelijk werk, de psychiatrische afdeling van het verpleeghuis, en vooral de RIAGG echter het minst. Twee van de drie Nederlanders hebben weinig of heel weinig vertrouwen in de RIAGG!
Wat is er precies mis? Consumenten menen vooral dat de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg niet goed samenwerken, niet goed luisteren, en niet goed duidelijk maken waar je met je probleem terechtkunt. Verder is vaak duister wat die hulpverleners doen, hoe zij hun patiënten behandelen, en waar je kunt klagen. Het is de vraag of de huidige fusiegolf bij instellingen in de geestelijke gezondheidszorg die zo gewenste duidelijkheid voor de klant zal bevorderen. Ook wachtlijsten vormen voor de consument een probleem, maar niet méér dan elders in de gezondheidszorg.

Bovendien denken veel consumenten er weinig baat bij te hebben. Waar men van een medisch specialist bijvoorbeeld vaak verwacht dat zijn behandeling zal leiden tot een volledig herstel, geldt dit voor de geestelijke zorg veel minder. Psychische problemen kun je beter met je vrienden of familie bespreken, of ze zelf oplossen, vinden opvallend veel mensen. Van de geestelijke zorg verwacht men vooral dat mensen hun problemen meer leren accepteren, er beter mee leren leven, en zichzelf beter kunnen redden in lastige situaties. Tenslotte komt het gebrekkige vertrouwen deels door het feit dat mensen met psychische problemen te vaak niet serieus worden genomen en niet meetellen.
Eén lichtpuntje biedt het onderzoek nog wel: jongeren en mensen die het afgelopen jaar zelf gebruik hebben gemaakt van de geestelijke zorg geven een iets

positiever oordeel. De wil tot verbetering lijkt overigens te bestaan, want de genoemde kritiekpunten komen aardig overeen met de verbeterplannen die de sector vorig jaar zelf in een manifest heeft gepresenteerd.

Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt; het ontwikkelen van meetsystemen

De wens dat gebruikers van zorg een belangrijker rol gaan spelen in het functioneren van instellingen op het terrein van de gezondheidszorg, kreeg concreet gestalte in de 'Leidschendam-afspraken' in 1990. Overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten kwamen overeen om, ieder van uit de eigen verantwoordelijkheid, een bijdrage te leveren aan een gezamenlijk kwaliteitsbeleid. Op grond van deze afspraken is een groot aantal activiteiten ontplooid door de verschillende participanten.

Hoewel het voor de hand lijkt te liggen, is tot het midden van de jaren tachtig weinig aandacht besteed aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid op de wensen en eisen van de patiënt. Men richtte zich op het meten van tevredenheid van patiënten, die hun subjectieve mening konden geven over het functioneren van zorgvoorzieningen. Bij het opstellen van de gebruikte vragenlijsten werden patiënten niet of nauwelijks betrokken; vaak ontbraken een theoretisch of conceptueel kader en goede operationalisaties van begrippen. Het gevolg hiervan was dat programma's voor kwaliteitsverbetering vooral de ideeën en opvattingen van zorgverleners en beleidsmakers weerspiegelden. Er is vastgesteld dat deze ideeën en opvattingen substantieel verschillen van die van gebruikers van zorgvoorzieningen.

Naast de ernstige twijfels aan het belang en nut van tevredenheidsonderzoek voor het opstellen van programma's voor kwaliteitshandhaving en -verbetering in het algemeen, was er voor de thuiszorg het probleem dat valide en betrouwbare meetinstrumenten die zich expliciet op de kwaliteit van de thuiszorg richten, ontbraken.

Dit alles leidde ertoe dat het NIVEL een onderzoek heeft verricht met als doel een viertal meetinstrumenten te ontwikkelen die speciaal gericht zijn op de kwaliteitshandhaving en -verbetering in de thuiszorg en die voldoen aan eisen vanuit de wetenschap (betrouwbaarheid, validiteit, specificiteit) en vanuit de maatschappij (toepasbaarheid en effectiviteit). In dit instrument moeten zowel kwantitatieve aspecten (psychometrische metingen) als kwalitatieve aspecten verwerkt zijn. Ten slotte moet dit instrument de basis kunnen vormen voor programma's gericht op verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het onderzoek is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) in het kader van het Programma Kwaliteit van Zorg. In het onderzoek is nauw samengewerkt met een groot aantal patiëntenorganisaties en hulpverleners.

Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van goede kwaliteit als de verleende zorg op belangrijke aspecten overeenstemt met de wensen en eisen die patiënten aan deze zorg stellen. Het gaat hier om thuiszorg, waaronder alle professionele zorg wordt begrepen aan thuiswonende patiënten. Onder deze definitie vallen naast de thuisverpleging in enge zin ook huishoudelijke hulp en gezinszorg, huisartsenzorg, poliklinische zorg door medisch specialisten, en kortdurende ziekenhuisopnamen. Zorgverlening door de directe omgeving en zorg aan personen in verzorgings- en verpleeghuizen en andere instellingen voor langdurig zieken en gehandicapten zijn buiten beschouwing gebleven.
De meetinstrumenten zijn gericht op vier categorieën gebruikers van zorgvoorzieningen, die in het algemeen een intensieve zorgbehoefte hebben en redelijk omvangrijk zijn:

1. patiënten met astmatische aandoeningen;
2. patiënten met reumatische aandoeningen;
3. personen met een blijvende lichamelijke handicap; en
4. hulpbehoevende personen van 65 jaar en ouder.

De ontwikkelde meetinstrumenten kregen de vorm van een viertal schriftelijke vragenlijsten, de QUOTE-lijsten genoemd. Deze zijn tijdens het onderzoek uitvoerig empirisch getoetst. Het definitief vaststellen van de betrouwbaarheid en de gevoeligheid van de instrumenten en natuurlijk van de praktische bruikbaarheid zal echter in de praktijk van het gebruik moeten gebeuren. In een vervolgonderzoek zal worden vastgesteld of de meetinstrumenten ook op deze punten aan de wetenschappelijke eisen voldoen.

De QUOTE-lijsten zullen ook in het buitenland gebruikt gaan worden. In het kader van het Europese SCOPE-onderzoekprogramma, dat zich richt op de selectie en evaluatie van *Health Outcome Measures* (*HOMs*) bij ouderen, zal een in zes talen vertaalde versie van QUOTE/ouderen worden gebruikt als één van de drie centrale uitkomstmaten binnen een tiental demonstratieprojecten. Aan deze studie nemen deel: België, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Nederland en Spanje.
Daarnaast wordt een geautoriseerde vertaalde en cultureel gevalideerde versie van de QUOTE/gehandicapten in het Engels voorbereid.
Tevens wordt een procedure in gang gezet om de QUOTE-instrumenten (in hun Engelse vertaling) worden aangemeld bij de Medical Outcome Trust.
[Bron: Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS, 1998]

Brancherapport 'Chronisch zieken'
Naast acute ziekten vormen chronische ziekten en aandoeningen steeds meer een gezondheidsprobleem. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) begin jaren negentig een specifiek beleid ontwikkeld voor

chronische ziekten en de gevolgen daarvan. In opdracht van dit ministerie is een brancherapport 'Chronisch zieken' opgesteld, In dit rapport komen de drie centrale onderwerpen van het chronisch-ziekenbeleid aan de orde: de maatschappelijke positie van chronisch zieken, versterking van de vraaggerichtheid van de zorgverlening en de rol van de categorale patiënten-/consumentenorganisaties.

Maatschappelijke positie

De positie van chronisch zieken op de arbeidsmarkt en hun financiële situatie is slechter dan die van niet-chronisch zieken. Uit onderzoek blijkt dat in 1995 45% van de chronisch zieken betaald werk had, tegenover bijna 60% van de niet-chronisch zieken. Chronisch zieken blijken ook vaker arbeidsongeschikt te zijn. Een groot probleem voor chronisch zieken zijn de reacties van anderen op de chronische ziekte; een deel van de maatschappelijke achterstand is hierdoor te verklaren. Het vinden en behouden van werk is moeilijk doordat gezondheid vaak een belangrijk selectiecriterium is, en door onheuse bejegening.

In vergelijking met niet-chronisch zieken hebben chronisch zieken een lager netto-inkomen (*f* 200 tot *f* 400 per maand verschil) en betalen zij *f* 20 tot *f* 90 meer aan ziekte-gerelateerde kosten. Dit betekent dat het besteedbaar inkomen van chronisch zieken 10-20 lager ligt. Mensen die meer dan één chronische ziekte of beperking hebben, hebben naar verhouding een nog lager besteedbaar inkomen. In het algemeen is de beeldvorming over chronisch zieken niet negatief, al bestaan er zeker negatieve oordelen.

Binnen de groep van chronisch zieken bestaan grote inkomensverschillen. Mensen met reuma hebben de grootste achterstand; bij mensen met een huidziekte is de achterstand kleiner. Ten slotte hebben mensen met ernstige lichamelijke beperkingen minder vaak betaald werk dan mensen die minder (ernstige) beperkingen hebben.

Het beleid inzake chronisch zieken zou vooral gericht moeten zijn op een verbetering van hun maatschappelijke positie. Dit zou geïntegreerd moeten worden met het gehandicapten- en ouderenbeleid, daar deze groepen vaak met dezelfde problemen te maken hebben. Recente wetten op dit gebied konden in het onderzoek nog niet op effect beoordeeld worden.

Vraaggerichte zorg

Juist voor chronisch zieken is een goede afstemming van de zorg op de vraag van groot belang. De huidige zorg is nog te aanbodgericht. Toch is de ontwikkeling naar een meer vraaggerichte zorgverlening een niet meer dan marginaal fenomeen.

Een middel om de zorg meer vraaggericht te maken is het 'persoonsgebonden budget' (PGB), dat in 1995 is ingevoerd. Dit PGB voorziet in een duidelijke behoefte. De mensen die een PGB voor verpleging en verzorging ontvangen (6 548 op 31 december 1997) zijn positiever over de geboden zorg dan de mensen

die de zorg in natura ontvangen. De mensen die geen PCB ontvangen zijn echter slecht geïnformeerd over deze mogelijkheid; tweederde van hen is zelfs niet op de hoogte van het bestaan ervan. Een probleem is ook de complexiteit van de regeling.
Er zijn nogal wat projecten gericht op vernieuwing van de zorg voor chronische patiënten. Van deze projecten heeft slechts een klein deel te maken met de vraag, behoefte of zorgwens van chronisch zieken (12% van de 566 op chronisch zieken gerichte projecten uit de Databank Zorgvernieuwing). In ruim 40% van deze projecten (n = 73) zijn de patiënten niet bij het project betrokken; hun zorgwens wordt als veronderstellingen geformuleerd. Op bijna eenderde van de projecten kunnen chronisch zieken een beperkte invloed uitoefenen, daar zij alleen in de begin- of in de uitvoeringsfase een rol hebben. Slechts in ruim een kwart van de projecten is sprake van een continue inbreng van chronisch zieken of vertegenwoordigers van patiënten-/consumentenorganisaties.

Categorale patiëntenorganisaties
In het chronisch-ziekenbeleid kent men een belangrijke rol toe aan de categorale patiëntenorganisaties in het opkomen voor chronisch zieken. In 1997 waren er in Nederland 232 categorale patiënten/consumentenorganisaties. De 17 grootste hebben gemiddeld bijna 28 000 leden en donateurs en de 41 kleinste organisaties 91. Zoals te verwachten hebben de grotere organisaties meer medewerkers, meer vrijwilligers, meer deskundigen en meer aangesloten lid organisaties. De belangrijkste taak van de categorale patiëntenorganisaties is het lotgenotencontact. Daarnaast wil men zich ook bezighouden met het opvangen van klachten, het beïnvloeden van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg en het verstrekken van informatie aan beroepsgroepen, maatschappelijke organisaties en het brede publiek en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek. De organisatie vinden zichzelf het meest succesvol bij de uitvoering van het lotgenotencontact en het voorzien van informatie aan de achterban aan beroepsgroepen. Een probleem voor veel patiëntenorganisaties is dat er een tekort aan kader dreigt.
Wat betreft de belangenbehartiging leggen de categorale patiëntenorganisaties een sterk accent op het ontplooien van initiatieven, zoals het opstellen van normen en randvoorwaarden. In mindere mate beoordelen of controleren zij wat zorgaanbieders doen met hun initiatieven. Het vervolgtraject, waarin afspraken met zorgaanbieders worden gemaakt, en deze worden bewaakt en geëvalueerd, is nog maar zelden van de grond gekomen. Toch is het ingaan van een dergelijk vervolgtraject essentieel voor de versterking van de sturing van de zorg door de vraag van patiënten.
[Bron: Straten GFM, Meijer A, Friele RD. Brancherapport chronisch zieken. Utrecht: NIVEL, 1998]

Zorgen om wachttijden bij chronisch zieken

De helft van de chronisch zieken die in de periode 1997-1998 een beroep deden op het ziekenhuis, de thuiszorg of hulpmiddelen heeft te maken gehad met wachttijden die zij onredelijk lang vinden. Vooral bij eerste bezoeken aan een polikliniek en ziekenhuisopnames meldden zij daadwerkelijk nadeel hiervan te ondervonden hebben. Desondanks is een van de mogelijke oplossingen - regionale samenwerking - voor chronisch zieken niet aantrekkelijk: de meerderheid van hen geeft de voorkeur aan een bepaalde specialist of ziekenhuis boven het eerder behandeld worden in een ander ziekenhuis.

Dit blijkt uit een onderzoek onder 753 leden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) in de maand juni 1998. Het PPCZ bestaat uit circa 2500 mensen die representatief zijn voor de somatisch chronisch zieken in Nederland. In het PPCZ werken het Fonds voor Chronisch Zieken en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) samen met als doel de zorg voor chronisch zieken en hun maatschappelijke positie te verbeteren.

De helft van de mensen met een chronische aandoening moest langer dan 14 dagen wachten voor een bezoek aan een polikliniek. Voor ziekenhuisopname en huishoudelijke hulp in de thuiszorg werd de helft van de mensen geconfronteerd met een wachttijd van tenminste 3 weken. De langste wachttijd gold voor hulpmiddelen: hier wachtte de helft van de mensen meer dan 6 weken.

Wachten is niet altijd een probleem. Echter, ongeveer de helft van de chronisch zieken bestempelt hun wachttijden als onredelijk, terwijl een kwart van de mensen met wachttijden voor de polikliniek en het ziekenhuis zegt hier nadelen van de hebben ondervonden. Ze hebben bijvoorbeeld voortdurend ongemak ervaren van hun klachten, of hebben zich te lang onzeker of bezorgd gevoeld over hun gezondheid.

Wachttijden blijken per geval sterk te variëren. Een afspraak gemaakt door een arts, bijvoorbeeld een huisarts, levert een aanzienlijk kortere wachttijd op dan een afspraak gemaakt door de patiënt zelf. Een klein deel van de chronisch zieken heeft geprobeerd de wachttijd te bekorten, bijvoorbeeld door de huisarts in te schakelen. Vaak hadden ze daarmee succes.

Regionale samenwerking tussen ziekenhuizen wordt de laatste tijd als een van de structurele oplossingen van het wachttijdprobleem gezien. Voor de meeste chronisch zieken is deze aanpak niet erg aantrekkelijk. Driekwart van de onderzochte chronisch zieken zegt namelijk niet naar een ander ziekenhuis toe te willen of een andere specialist te willen bezoeken, om zo wachttijden te voorkomen. Kennelijk vinden zij het vaste contact met een specialist of één bepaald ziekenhuis belangrijker dan het nadeel van lange, op zich onredelijke, wachttijden.

[Bron: Rijken PM, A de Bruin, M Foets, L Peters, JM Bensing. Mensen met chronische aandoeningen over hun wachttijden. Kwaliteit & Zorg (1998) 6 [3]:98- 108]

Continuïteit van zorg vanuit cliëntenperspectief

In het kader van het Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg (KWAZO) van NWO is de Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntperspectief (VVC) ontwikkeld. Deze vragenlijst is bestemd voor instellingen en organisaties die zorg bieden aan thuiswonende chronisch zieken of aan mensen met dementie of een (verstandelijke) handicap. De vragenlijst geeft ook patiënten- en oudervereningingen en verzekeraars de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de continuïteit van de zorg. Bij deze vragenlijst is een aparte handleiding geschreven waarin naast de achtergrond van de vragenlijst en de wetenschappelijke onderbouwing ervan een concrete handreiking wordt gegeven voor de uitvoering van een peiling naar de continuïteit met behulp van de VVC.

Juist voor de betreffende groepen patiënten is continuïteit in de zorgverlening van groot belang. Deze cliënten krijgen immers door het langdurig beroep dat zij op zorg doen maken met de overdracht van de behandeling aan andere hulpverleners, bijvoorbeeld bij verwijzing, of vakantie of ziekte van de behandelend hulpverlener. Ook hebben zij vaak tegelijk te maken met hulpverleners uit verschillende disciplines. Dan zijn goede informatieuitwisseling en samenwerking gewoonlijk een voorwaarde voor het leveren van een goede zorg.

Ook is van belang dat het hulpaanbod blijft aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt: is het juiste type hulp beschikbaar op het moment dat de patiënt die nodig heeft, zijn de wachttijden acceptabel, volgt het aanbod de vraag?

In de VCC gaat het om de continuïteit zoals de cliënt die waarneemt. Uitgangspunt is de moderne visie op de cliënt als mondig en kritisch persoon, die geen passieve zorg-ontvanger is. Door deze benadering worden met de VVC alleen die aspecten van continuïteit beoordeeld die direct of indirect waarneembaar zijn voor de cliënt.

Met de VCC kan de continuïteit van uiteenlopende soorten zorg worden gemeten: van medische zorg via paramedische zorg en thuiszorg tot voorlichting en psychische begeleiding.

[Bron: Casparie AF, Foets M, Raaijmakers MF, Bakker DH de, Schneider MJ, Sterkenburg PS, Janssen CGC, Bijman-Schulte AM, Bakker RH, Moorer P, Dassen Th WN, Suurmeijer ThPBM. Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntenperspectief VCC. Handleiding en vragenlijsten. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS, 1998]

Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk

Migranten consulteren de huisarts vaker dan Nederlanders, maar hun consulten duren gemiddeld korter

blijkt uit een onderzoek, waarin gegevens van 1.165 Turken, 853 Marokkanen, 1.355 Surinamers en 1.471 Nederlanders zijn vergeleken. Deze gegevens zijn in 1987/1988 verzameld bij 161 huisartsen in het kader van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Om de Turkse, Marokkaanse,

Surinaamse en Nederlandse groep goed te kunnen vergelijken, is rekening gehouden met verschillen tussen de groepen in geslacht, leeftijd, sociaal milieu en woonomgeving.
De resultaten laten zien dat Turken en Surinamers vaker contact hadden met de huisarts. Zij bezochten de arts vaker dan Nederlanders tijdens het spreekuur; Marokkanen hadden meer contacten tussendoor. Het tijdstip van het contact (binnen/buiten reguliere tijden) verschilde niet. Turken en Marokkanen hadden gemiddeld kortere consulten. Surinamers presenteerden vaker meer problemen in één consult. Zij kwamen ook vaker met een nieuw probleem, terwijl Turken juist vaker voor hetzelfde probleem terugkwamen. Alle drie groepen gingen vaker dan Nederlanders op eigen initiatief naar de huisarts.
Dat migranten vaker naar de huisarts gaan kan te maken hebben met verschillen in gezondheid en gezondheidsproblemen. Uit ander onderzoek is gebleken dat migranten zich ongezonder voelen dan Nederlanders en meer klachten hebben. Ook culturele verschillen in het gebruik van de huisartsenzorg lijken van belang. Er zijn aanwijzingen dat migranten met bepaalde klachten wat eerder dan Nederlanders naar de huisarts stappen, omdat ze deze als ernstiger beschouwen. De kortere consultduur van migranten zou te maken kunnen hebben met communicatieproblemen tussen arts en patiënt.
[Bron: Weide, M.G., Foets.M. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1998;41(4):179-183]

2.5 HET HULPVERLENINGSPROCES/DETECTIE EN BEHANDELING PSYCHISCHE PROBLEMEN EN BEJEGENING

Het hulpverleningsproces

De afgelopen jaren heeft de palliatieve zorg in Nederland zich zeer sterk ontwikkeld. Op verschillende plaatsen in het land zijn onlangs 'ondersteuningsteams palliatieve zorg'

Deze ondersteuningsteams houden zich bezig met deskundigheidsbevordering, advisering en praktische ondersteuning van zorgverleners op het gebied van palliatieve zorg. Soms kunnen ook patiënten en familie de teams consulteren en geven de teamleden ook praktische ondersteuning. Het Academisch Ziekenhuis Maastricht is in samenwerking met andere zorginstellingen in de regio bezig met de voorbereiding van een dergelijk team. In opdracht van het projectteam heeft het NIVEL de stand van zaken elders in het land opgemaakt.
In Nederland richten zes ondersteuningsteams zich op palliatieve zorg in haar totaliteit; meer teams richten zich op deelaspecten, zoals pijnbestrijding, thuiszorgtechnologie of specialistische thuiszorg.
De teams zijn meestal samengesteld uit verpleegkundigen en artsen met specia-

listische kennis over palliatieve zorg. Vaak maken ook paramedici deel uit van het team. Veelal bestaan er transmurale afspraken tussen de zorgverleners.
De opzet en feitelijke werkzaamheden van ondersteuningsteams worden door diverse factoren beïnvloed. Meestal hebben deze te maken met samenwerking. Bij artsen roept een ondersteuningsteam vaak weerstanden op: men vindt dat de palliatieve zorg al goed geregeld is en dat het team op hun terrein komt. Ook onduidelijkheid over de medische verantwoordelijkheid kan de samenwerking belemmeren. Maar ook binnen het team kan het moeilijk zijn goed samen te werken: er kan onduidelijkheid zijn over de inhoud van palliatieve zorg en de taken van team, over de doelgroep, de leden van het team kunnen uit verschillende 'zorgculturen' afkomstig zijn. 'Teambuilding' is van groot belang voor het slagen van een team. Instrumenten hiervoor zijn onder meer trainingen, intervisie en studiereizen.
Een belangrijke factor is ook de samenstelling van het team. Soms is er onvoldoende deskundigheid in een team en is er te weinig spreiding over de verschillende disciplines. Het combineren van coördinerende en uitvoerende taken door één persoon kan problematisch zijn. Ook de organisatie en financiering van een team kan problemen opleveren. Vaak heeft men weinig tijd en geld om plannen goed voor te bereiden en uit te voeren.
Belangrijk is dat een team goed bereikbaar is. Er moet worden gezorgd voor een continue bereikbaarheid, bijvoorbeeld door een 24-uursmeldpunt.
Ten slotte kan het essentieel zijn dat een ondersteuningsteam opnamemogelijkheden achter de hand heeft. Wanneer een thuiswonende patiënt in een noodsituatie verkeert, moet men 24-uurszorg kunnen regelen. Het is daarom belangrijk dat er contacten zijn met ziekenhuizen, verpleeghuizen en hospices in de regio.
Op basis van de inventarisatie is een aantal aanbevelingen voor ondersteuningsteams opgesteld. Tevens geeft het onderzoeksverslag een aantal aanbevelingen voor evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van ondersteuningsteams.
[Bron: Francke AL, Hulshof NA. Ondersteuningsteams palliatieve zorg: een studie naar de stand van zaken. Utrecht/Maastricht: NIVEL/Academisch Ziekenhuis Maastricht, 1998]

Samenwerking huisarts-AGGZ
Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt het steeds moeilijker om te voldoen aan de groeiende zorgvraag. Daarom wordt geëxperimenteerd met systematische vormen van samenwerking tussen plaatselijke huisartsengroepen en de RIAGG. In opdracht van de LHV en GGZ Nederland en met subsidie van het Ministerie van VWS, heeft het NIVEL in samenwerking met het Trimbos-instituut een onderzoek gedaan naar vormen van samenwerking en de waardering hiervoor van huisartsen.

De samenwerking tussen AGGZ-instellingen en huisartsen is nog steeds min of

meer problematisch. Enerzijds vormen de huisartsen voor de AGGZ-instellingen een moeilijk aanspreekbare groep. Anderzijds klagen de huisartsen over de ondoorzichtigheid van de AGGZ-instellingen, het ontbreken van vaste contactpersonen, het ontbreken van feedback en de kwaliteit van de terugrapportage.
Deze knelpunten blijken moeilijk op te lossen. Wat betreft de huisartsen kan een uitbreiding van de huisartsengroepen (HAGRO's) wellicht tot een oplossing leiden, doordat de huisartsen als groep beter aanspreekbaar worden.

Wat betreft de toegankelijkheid van de AGGZ-instellingen en de rapportages wordt in een aantal projecten wordt gewerkt aan een verbetering van de samenwerking tussen huisarts en AGGZ-instelling. De AGGZ-instellingen zoeken verbetering van de samenwerking vooral in een strategisch beleid dat gericht is op de toegankelijkheid, adequate berichtgeving, het ontwikkelen van een kortdurend behandelprogramma, het aanbieden van consultatie en het leggen van contact met huisartsengroepen en de DHV. Slechts weinig projecten zijn gericht op verbetering van de samenwerking en scholing.
In verschillende AGGZ-instellingen werkt met het zogenaamde *voordeur-protocol*. Speciale voordeurteams zijn belast met aanmelding, screening, intake, advisering, onderzoek, indicatie en consultatie. Verder behoren vaak de crisisdienst en de (zeer) kortdurende behandeling. tot de taken van het voordeurteam. Dit team bestaat uit ervaren hulpverleners met als inhoudelijk eindverantwoordelijke een psychiater. Dit protocol biedt inderdaad mogelijkheden om de door huisartsen gewenste snelheid, helderheid en toegankelijkheid van het GGZ-aanbod te realiseren.
Het op huisartsen gerichte beleid van instellingen vormt meestal een integraal onderdeel van dit beleid gericht op de 'voordeur'. Zelden wordt er echter een specifiek en doelgericht beleid gevoerd om huisartsen te stimuleren om bijvoorbeeld ook tijdens de begeleiding contact te zoeken of om gerichter te verwijzen.
Het *aanmelding-screening-consultatiemodel* (ASK-model) omvat een centrale en geprotocolleerde intake in combinatie met een snelle screening en een kortdurende behandeling en/of consultatie aan de huisarts over wat deze zelf kan doen. Dit model wordt toegepast door een deel van de instellingen die met een voordeurprotocol werken.
In het *gemeenschappelijk circuit eerstelijn-AGGZ* wordt getracht eerstelijn en AGGZ een gezamenlijke regie te laten voeren over de instroom van cliënten. Dit leidt inderdaad tot een minder instroom in de AGGZ, tot meer consultaties, maar niet tot meer overleg over wat de huisarts zou kunnen doen.

De communicatie tussen de huisartsen en de AGGZ-instellingen is nog lang niet optimaal. De meeste huisartsen krijgen wel bericht over de aankomst van verwezen patiënten en de beëindiging van de hulpverlening, maar over de voortgang van de hulpverlening en het resultaat ervan horen zij nog weinig. Overleg

tussen huisarts en AGGZ-instelling over de soort behandeling wordt de door de helft van de huisartsen nooit gevoerd; over de keuze van de hulpverlener vindt vrijwel nooit overleg plaats. Over de behandeling na beëindiging van de hulpverlening door de AGGZ wordt iets meer overlegd.
Toch verbetert er het een en ander: vaker dan voorheen worden de huisartsen tijdens de behandeling van hun patiënt op de hoogte gehouden worden. Bij goede cliënt-volgsystemen en registratie is een zwakke schakel de onduidelijkheid over de snelheid en zelfs het daadwerkelijk versturen van berichten, iets dat gewoonlijk tot de taak van de behandelende hulpverlener hoort.
Door de invoering van een *standaardverwijsbrief* poogt men de informatiestroom over en weer te verbeteren. Belangrijk is hierbij dat het formulier past in de routine van de huisarts. De standaardverwijsbrief leidt ook tot een betere rapportage over de beëindiging van de hulpverlening en het resultaat ervan.
Een aantal AGGZ-instellingen heeft procedures voor een *versnelde intake* ontworpen. Deze blijkt slechts zichtbaar te zijn voor de huisarts. Van zeker even groot belang voor de samenwerking blijkt echter een snel bericht over de intake aan de huisarts te zijn.

Effecten van consultatie op de regulering van de instroom en het vergroten van de kwaliteit van zorg zijn niet duidelijk. Consultatie vindt plaats over bepaalde patiënten of over meer algemene onderwerpen. In het eerste geval gaat het over diagnosestelling of probleemverheldering, over de noodzaak tot verwijzing, of over hulpverlening voor de huisarts zelf. Voor elk van deze onderwerpen zegt 55% van de huisartsen 'soms' van deze consultatiemogelijkheid gebruik te maken. In het tweede geval gaat het om onderwerpen als kennismaking, onderlinge taakafbakening, het ontwikkelen van verwijscriteria, het ontwikkelen van samenwerking en hulpverlening bij specifieke klachten. Weinig artsen overleggen over deze onderwerpen, waarschijnlijk vooral door tijdgebrek.

In de regel zijn huisartsen op de hoogte van de aanmelding en de intakeprocedure bij de AGGZ-instelling. Namen van hulpverleners en informatie over de lengte van de wachtlijst hebben zij meestal niet. Zij ervaren dit als een gemis; het bemoeilijkt immers een goede voorlichting aan de patiënten.
In regio's waarin samenwerkingsprojecten lopen, wordt 15% meer patiënten naar de AGGZ verwezen. (Naar schatting verwezen in 1997 landelijk de meeste artsen 11-15 patiënten naar een AGGZ-instelling; en 13% van de huisartsen meer dan 20 patiënten.)

Om de trage verbeteringen in de samenwerking tussen huisarts en AGGZ-instelling sneller te laten verlopen lijkt het wenselijk om de huidige initiatieven te concretiseren in transmurale afspraken over concrete protocollen. Niet vertegenwoordigers van instellingen en professies, maar persoonlijk bekende hulpverle-

ners moeten samenwerkingspartners zijn. Voor consultaties moeten ook vaste bereikbaarheidstijden worden afgesproken, enzovoort.
[Bron: Kerssens JJ, Vries WJ de, Verhaak PFM. Samenwerking tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 1998]

Verwijzingen naar GGZ en AMW door de huisarts
In samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is onderzocht of er de afgelopen 25 jaar veranderingen zijn opgetreden in de mate waarin huisartsen patiënten hebben verwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Geestelijke Gezondheidszorg. Uit de cijfers van de continue morbiditeitsregistratie van het NUHI blijken twee duidelijke tendensen. In de eerste plaats is van eind 60-er jaren tot begin jaren '80 het percentage patiënten waarbij huisartsen een psychische of sociale diagnose stelden toegenomen van 7% tot 15% gevolgd door een afname tot 8% in het begin van de jaren '90. Het percentage patiënten met een nieuwe psychische of sociale diagnose dat verwezen is, is echter gestegen van 4% in het begin van de jaren '70 tot 17% in het midden van de jaren '90. Deze stijging geldt voor de Geestelijke Gezondheidszorg (van 3% naar 12%) en voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (van 1% tot 5%). Deze cijfers, die gebaseerd zijn op langdurig verzamelde gegevens van een beperkt aantal praktijken, worden ondersteund door incidentele gegevens uit crosssectionele onderzoekingen die in de betreffende periode hebben plaatsgevonden. Deze cijfers moeten in het licht gezien worden van een sterke groei van de capaciteit van de ambulante geestelijke gezondheidszorg bij een min of meer constant blijvende capaciteit in de eerstelijnszorg. Het lijkt erop dat verwijzing uit de huisartsenpraktijk en aantrekkingskracht van de ambulante geestelijke gezondheidszorg elkaar versterken.
[Bron: Verhaak PFM, Lisdonk E van, Bor H. Mental Health Referrals of GP's 1971-1997. Submitted]

Computergestuurde nascholing sociale vaardigheden
COO: Een oplossing voor gebrek aan nascholing?
Er komt steeds meer aandacht voor de communicatie tussen arts en patiënt. Middels communicatie bespreken arts en patiënt de medische behandeling en de begeleiding en stemt de arts deze af op de behoeften en verwachtingen van de patiënt. Maar al te vaak blijkt echter dat de communicatie tussen arts en patiënt tekort schiet. Hierdoor kunnen zowel de arts als de patiënt onvoldoende geïnformeerd zijn en kan de patiënt zich onbegrepen voelen. Veel klachten over slechte communicatie zijn het gevolg van de bejegening van de patiënt door de arts. Een belangrijke oorzaak van de veelvuldige klachten over de communicatie ligt in de beperkte training van artsen in gesprekstechnieken. In het algemeen wordt er in de opleidingen weinig aandacht aan communicatieve vaardigheden besteed, gemiddeld minder dan 2% van de opleidingstijd. Bij specialisten is dit nog

minder. Communicatievaardigheden vormen dus zeker een onderwerp voor nascholing. De belangstelling bij artsen hiervoor is echter niet overmatig groot. Enerzijds is dit toe te schrijven aan de interesse voor de biomedische kant van hun vak, veel meer dan voor de psycho-sociale facetten, anderzijds is dit te wijten aan de problemen die specialisten vaak hebben om tijd voor een dergelijke cursus vrij te maken. Hierbij komt dat cursussen op het gebied van communicatievaardigheden relatief veel tijd (enkele dagdelen) kosten.
Een oplossing zou kunnen liggen in computergestuurd onderwijs (COO). Doordat de cursus op de werkplek kan worden gevolgd, op de tijden dat het de cursist goed uitkomt en in zijn of haar eigen tempo, kan de COO de toegankelijkheid van nascholing, en daarmee de aandacht voor communicatievaardigheden, vergroten. COO is een betrekkelijk nieuwe onderwijsmethode, met name op het gebied van communicatievaardigheden nog weinig toegepast. Om na te gaan of deze methode inderdaad geschikt is voor nascholing op dit gebied, is de COO-cursus Interact-Kanker ontwikkeld. In deze cursus wordt een aantal communicatievaardigheden gepresenteerd aan de hand van de thema's: basisvaardigheden, slecht nieuws brengen, informatie geven en omgaan met emoties van patiënten. Vervolgens is onderzocht of deze nieuwe benadering een rol kan spelen in de nascholing op het gebied van communicatievaardigheden. Van belang hierbij zijn vooral de haalbaarheid en de effectiviteit van het cursusprogramma.

Haalbaarheid
De cursisten waren over het algemeen enthousiast over de onderwijsvorm, evenals over de inhoud van de cursus. Qua vorm vond men de cursus aantrekkelijk en geschikt voor communicatieve vaardigheden. De inhoud vond men zinvol en relevant voor de dagelijkse praktijk. Het programma attendeert op onvolkomenheden in het eigen gedrag; de helft van de deelnemers geeft aan een aantal van de geleerde technieken in de eigen praktijk toe te passen. Wel vond men de cursus tijdrovend (hoewel hij dat objectief niet is; wellicht is hier sprake van een sterkere interferentie met de gewone dagelijkse verplichtingen) en had men kritiek op de leerzaamheid van de feedback. Dit laatste zou te wijten kunnen zijn aan de eenzijdigheid van de feedback van het programma: je kan niets 'terugzeggen'. Mogelijk kan het programma hier verbeterd worden door het toepassen van open vragen en het geven van feedback op basis van kunstmatige intelligentie.

Effectiviteit
Er zijn aanwijzingen dat artsen na het volgen van de cursus meer patiëntgeoriënteerd gedrag laten zien dan ervoor. Met name hebben zij een betere luisterhouding: zij zijn uitnodigender. De motivatie van de deelnemers blijkt evenwel essentieel voor het succesvan de cursus. De positieve onderzoeksresultaten werden vooral bereikt door het gedrag van een aantal artsen die van te voren al aangaven het geleerde in de praktijk te zullen toepassen. Uit het onderzoek

bleek niet duidelijk dat artsen en patiënten meer tevreden waren over het verloop van de consult nadat de arts de cursus had gevolgd, dan ervóór.

Conclusies
Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat COO goede mogelijkheden voor de nascholing van communicatievaardigheden voor medisch specialisten. De cursus heeft echter vooral effect wanneer de cursisten ervoor gemotiveerd zijn. Het cursusprogramma kan op een aantal punten nog verbeterd worden.
[Bron: Hulsman RL. Communication skills of medical specialists in oncology. Utrecht: NIVEL, 1998 (Proefschrift Universiteit Utrecht)]

Communicatie tussen kinderartsen, kinderen en hun ouders
In 1998 is het onderzoek naar de communicatie tussen kinderartsen, kinderen en hun ouders afgerond. Bij 21 gevestigde kinderartsen zijn hiervoor op drie verschillende tijdstippen video-opnames van totaal 840 poliklinische consulten gemaakt. De kinderartsen hebben tussen twee verschillende metingen in een vijfdaagse communicatietraining gevolgd. Fragmenten van de video-opnames werden in de training gebruikt als terugkoppeling naar de kinderartsen. De effecten van de training zijn aan de hand van de video-opnames geevalueerd; de arts-patient communicatie op de video-opnames is hiertoe geobserveerd en geanalyseerd. Over de resultaten is verslag gedaan in vier Engelstalige en een Nederlandstalig artikel.
De voormeting bij de groep kinderartsen liet zien dat zij zich, conform bevindingen uit eerdere onderzoeken, in hun communicatie vooral richten op de ouders; alleen voor wat betreft het verzamelen van informatie blijken kinderartsen zich rechtstreeks tot het kind te richten, voor het bespreken van uitslagen van onderzoek en het verstrekken van adviezen richten kinderartsen zich bij voorkeur tot de ouders. Toch bleken contacten niet langer te duren als kinderen meer deelnamen aan de conversatie.
Vergelijking van de arts-patient communicatie voor en na de training toonde aan dat kinderartsen na de training meer psychosociale vragen stelden en aan ouders en kinderen meer aandacht en meer ruimte gaven. Er werd tussen voor- en nameting geen verschil gevonden in de duur van de consulten. De kinderartsen waren over het algemeen enthousiast over de training. Zij vonden vooral de terugkoppeling over hun eigen functioneren met behulp van de in de praktijk gemaakte video-opnames erg leerzaam. Hoewel men de training van te voren erg lang vond, werd achteraf gezegd dat de training eigenlijk nog te kort was.
[Bron: Dulmen AM van. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. Pediatrics (1998) 102 [3]:563-568]

Communicatie tussen gynaecologen en hun patiënten
Een vergelijkbaar onderzoek is uitgevoerd bij 21 gynaecologen. Deze groep

bevatte echter ook acht AGIO's wat van invloed was op de opzet van de training; gevestigde gynaecologen en arts-assistenten zijn uiteindelijk veelal in subgroepen getraind. Uit de voormeting van 303 consulten bleek dat in gynaecologische consulten psychosociale zaken nauwelijks aan bod komen. Wanneer ze wel werden besproken had dat geen langer consult tot gevolg. De duur van de poliklinische consulten bleek veel meer bepaald te worden door de aanwezigheid van de partber van de patient en de aard van het gepresenteerde probleem. Daarnaast had ook het communicatieve gedrag van de gynaecoloog invloed op de consultduur. Aanvullende analyses laten bovendien zien dat er, in tegenstelling tot de huisartsprakijk, tussen mannelijke en vrouwelijke gynaecologen weinig verschil bestaat in communicatief gedrag. Het belangrijkste verschil dat naar voren komt is dat het lichamelijk onderzoek door vrouwelijke gynaecologen langer duurt en dat er tijdens het onderzoek veel meer met de patient gecommuniceerd wordt. De effecten van de training worden thans nader ondezocht.
[Bron: Dulmen AM van. Doctor-patient communication during gynaecological consultations (abstr.) Patient Education and Counseling (1998) 34: S19]

2.6 KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen

In het veld van de alternatieve genees- en behandelwijzen bestaat – net als in de reguliere gezondheidszorg – veel aandacht voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Hiervoor bestaan verschillende redenen:

- Alle aanbieders van zorg, inclusief het alternatieve veld, hebben zich in 1990 verplicht te werken aan systemen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Er bestaan diverse subsidieregelingen ter stimulering van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen.
- De invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) betekent voor alternatieve beroepsorganisaties een extra impuls om zich te profileren. In deze wet wordt het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst in zijn algemeenheid opgeheven. Alleen de voorbehouden handelingen zijn gekoppeld aan daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren; verder geldt dat men de patiënten geen schade mag toebrengen.
- Volgens een in 1997 aangenomen resolutie wil het Europees Parlement komen tot een erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen. Hierin wordt o.m. gesteld dat "het belangrijk is dat patiënten een zo breed mogelijke therapiekeuze gewaarborgd wordt door [...] veiligheid te garanderen en [...] zo correct mogelijke informatie te verschaffen over veiligheid, kwaliteit, effectiviteit en eventuele risico's [...] en hen te beschermen tegen niet-bevoegden." Ook door deze ontwikkeling is het van groot belang voor beroepsorganisaties een

goed kwaliteitsbeleid te ontwikkelen.

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.
In de eerste fase van dit onderzoek is een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld beschreven en de stand van zaken aangaande het kwaliteitsbeleid bij ruim 80 beroepsorganisaties weergegeven. In de in 1998 afgesloten tweede fase zijn de activiteiten van de beroepsverenigingen in de alternatieve geneeswijzen om het kwaliteitsbeleid te implementeren en de factoren die een bevorderend of belemmerend effect hebben geïnventariseerd .

Sommige van de beroepsverenigingen (een minderheid) zijn al ver gevorderd met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Bij de meeste verenigingen verkeert de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid echter nog in een beginstadium of is zij nog niet begonnen.
Door de discussies over het kwaliteitsbeleid bevindt bijna de helft van de beroepsverenigingen zich in een stadium van heroriëntatie. Sommige verenigingen leggen het accent op de (opleiding van de) beroepsbeoefenaar en andere leggen de nadruk vooral op de inhoud van het vak. Vrijwel alle verenigingen stellen eisen aan de opleiding van de leden; daarnaast is bij driekwart van de verenigingen ook een reguliere opleiding op hbo-niveau of universitair niveau vereist. Men besteedt veel energie aan de verhoging van eisen voor de opleiding en het lidmaatschap. De belangrijkste argumenten daarvoor zijn het streven naar erkenning door Nederlandse of Engelse koepelorganisaties, erkenning door verzekeraars en aansluiting bij de reguliere zorg. Vrijwel alle verenigingen hebben een aanbod aan bij- en nascholing. Bij bijna de helft van de verenigingen is of wordt het volgen hiervan verplicht. Er worden hogere eisen gesteld aan kwaliteit en duur van de bij- en nascholing. Er bestaat een tendens tot accreditatie. Wanneer ervaren leden op grond van de nieuwe eisen verplicht zijn tot bijscholing, worden vaak overgangsregelingen getroffen.

Bij de implementatie van verhoogde eisen aan bij- en nascholing doen zich twee problemen voor:
- Voor veel beroepsbeoefenaren betekent het volgen van meer bij- en nascholing een belasting in tijd en geld. Hierbij speelt een rol dat veel beroepsbeoefenaren parttime werkzaam zijn en dat zij vaak bij meer dan één organisatie zijn aangesloten. Bovendien is niet altijd duidelijk wat tegenover de extra inspanning staat.
- Het ontbreekt de beroepsorganisaties aan middelen om de leden te dwingen tot het volgen van bij- en nascholing. Eén van de weinige middelen is het maken van afspraken met zorgverzekeraars.

Vijfenzeventig procent van de verenigingen maakt voor de kwaliteitshandhaving (ook) gebruik van een beroepsregister. Vaak is het verschil met een ledenlijst niet geheel duidelijk. Ook is het beroepsregister niet in alle gevallen openbaar. Veel beroepsverenigingen hebben plannen hun registratiesysteem te veranderen; sommige zijn reeds vergevorderd met de invoering van een herregistratiesysteem.

Beroepsuitoefening
De meeste beroepsorganisaties beschikken over regels ten aanzien van de beroepsuitoefening (methodisch handelen, de attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatie van de zorg). Bijna alle verenigingen hebben een omschrijving van hun genees- of behandelwijze. Protocollen in de zin van behandelvoorschriften zijn echter nauwelijks ontwikkeld.
De normen ten aanzien van attitude en gedrag zijn bijna overal vastgelegd in een gedragscode. Sommige reguliere organisaties vinden aanvullende regels (naast die van de eigen discipline) niet nodig, daar de leden gebonden zijn aan de gedragsregels van de eigen beroepsgroep en de alternatieve behandelwijze uitsluitend als een extra techniek wordt beschouwd, Anderen vinden eigen gedragsregels wel noodzakelijk omdat niet alle leden zijn aangesloten bij een reguliere organisatie.
Over de organisatie van de zorg is het minst in regels vastgelegd. Niet alle verenigingen hechten evenveel belang hieraan.

De kwaliteit van de praktijkuitoefening kan men rechtstreeks bewaken door sociale controle, supervisie, intercollegiale toetsing of visitatie; of achteraf door klacht- en tuchtregelingen. Over kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening zelf lopen de meningen uiteen. Niet iedereen vindt door visitatie te controleren zaken zoals praktijkinrichting even belangrijk. Met name het gedrag in de behandelkamer acht men van belang; dit is echter moeilijk te toetsen. Bewaking achteraf wordt in het algemeen als min of meer vanzelfsprekend ervaren.
Een aantal verenigingen overweegt vormen van toetsing, intervisie of visitatie te gaan ontwikkelen.

Weinig beroepsorganisaties hebben formele samenwerkingsafspraken met de reguliere zorg. Wel hebben de meeste organisaties de intentie tot samenwerking met of integratie in de reguliere gezondheidszorg. Veel organisaties noemen in hun beroepsprofiel de wenselijkheid van terugrapportage aan de huisarts als uitwisseling gewenst is en de patiënt daarvoor toestemming geeft. Enkele organisaties hebben regels over de begrenzing van de aandoeningen die door de leden mogen of kunnen worden behandeld. Het is echter niet duidelijk of en in hoeverre de leden zich aan de verschillende regels houden.
Van de zijde van de reguliere zorg bestaat enig wantrouwen jegens de alternatieve beroepsorganisaties. Reeds eerder is gesignaleerd dat met name huisartsen in

het algemeen afwijzend staan tegenover alternatieve geneeswijzen, met uitzondering van manuele therapie, acupunctuur en homeopathie.

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector is in principe niet van toepassing op alternatieve beroepsbeoefenaren, noch zijn alternatieve beroepsbeoefenaren verplicht een eigen tuchtrecht te ontwikkelen. Desondanks hebben de meeste organisaties in het alternatieve veld een klachtenregeling en een tuchtregeling. Deze zijn vaak samen met andere organisaties of binnen een koepelorganisatie ontwikkeld.
[Bron: Sluijs EM, Miltenburg IA, Visser GJ, Bakker DH de. Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Ervaringen met het ontwikkelen in implementeren van kwaliteitsbeleid door beroepsorganisaties van alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NVEL, 1998]

Kwaliteitsprogramma paramedische zorg
Sinds 1990 moeten de zorgaanbieders inzichtelijk maken welke zorg zij leveren en hoe de kwaliteit daarvan wordt bewaakt. Dit is wettelijk vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1993 en de Wet-BIG uit 1996.
Om de zorg inzichtelijk te maken werken de beroepsverenigingen aan het opstellen van richtlijnen, standaarden en protocollen; daarnaast worden informatiesystemen ontwikkeld waarmee zorgverleners tonen welke zorg zij met welk resultaat hebben geleverd.
Voor de bewaking van de kwaliteit ontwikkelt men systemen van (intercollegiale) toetsing en van visitatie. Om de deskundigheid en kwaliteit van de beroepsbeoefenaren te waarborgen willen de beroepsorganisaties een vorm van (her)registratie opzetten.
Ter ondersteuning van deze ontwikkelingen zijn twee kwaliteitsprogramma's opgezet, die door de Ziekenfondsraad worden gesubsidieerd. In opdracht van deze laatste voert het NIVEL evaluatieonderzoek uit naar het effect van deze programma's.
Alle paramedische beroepen (diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten) nemen deel aan deze programma's.
Het eerste programma was 'Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepen' (OKPZ). Dit liep van begin 1994 tot eind 1996. In dit programma lagen de accenten vooral op de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid, en opleiding en bij- en nascholing. Dit programma verliep succesvol: alle tien beroepsgroepen ontwikkelden een lange termijn kwaliteitsbeleid, dat vertaald is in werkplannen om dit beleid stapsgewijs uit te voeren. Verder werd een onderwijsmodule 'Kwaliteit' ontwikkeld. Ten slotte is een raamwerk met kwaliteitscriteria voor bij- en nascholing opgesteld die in de toekomst moet uitmonden in een accreditatiesysteem.

Medio 1997 startte het tweede kwaliteitsprogramma: 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische zorg' (BKPZ). Dit programma moet medio 2000 zijn voltooid. Een stuurgroep adviseert over de invulling van het programma en de besteding van de gelden. Er is voor het gehele programma *f* 10 500 000 gereserveerd, waarvan *f* 9 131 340 kan worden besteed aan kwaliteitsprojecten voor de paramedische beroepen. De helft van dit bedrag moet in opdracht van de minister ten goede komen aan de fysiotherapie en de oefentherapieën-Cesar en -Mensendieck, gezien de pakketbeperkingen bij deze drie therapievormen. Het programma wordt uitgevoerd door het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi), het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) en, voor een kleiner deel door de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).
Het NIVEL heeft in 1998 een aantal voormetingen uitgevoerd, op grond waarvan de doelstellingen en verwachte effecten zijn geconcretiseerd.
[Bron: Sluijs EM, Roebroeck ME, Ende E van den, Dekker J. Kwaliteitsbevordering paramedische zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht: NIVEL, 1998]

Maatschappelijke opvang
Grenzend aan de gezondheidszorg ligt de sector van de maatschappelijke opvang. Deze fungeert als vangnet op het terrein van zorg en welzijn, bevordert de eigen mogelijkheden van cliënten tot herstel en signaleert maatschappelijke misstanden die dit herstel belemmeren. Deze sector kent vier werksoorten: de algemene crisisopvang, de vrouwenopvang, de dak- en thuislozenzorg en de evangelische opvang.
De maatschappelijke opvang werkt in het kader van de Welzijnswet uit 1994. Hierdoor zijn de instellingen voor maatschappelijke opvang verplicht de zorg- en hulpverlening "zodanig te organiseren dat sprake is van doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht werken". Subsidiegevers mogen kwaliteitsvoorschriften opstellen, tenzij de betreffende instelling deelneemt aan een landelijk kwaliteitssysteem dat door middel van zelfregulering tot stand is gekomen.
In 1994 is met subsidie van het Ministerie van VWS het Bureau van de Federatie Opvang opgericht. Het houdt zich bezig met belangenbehartiging, ondersteuning en dienstverlening ten behoeve van de sector maatschappelijke opvang. Kwaliteitszorg is een belangrijk aandachtsgebied. De Federatie Opvang heeft op zich genomen een kwaliteitsbeleid te beschrijven en te normeren voor de maatschappelijk opvang. In dit kader heeft het NIVEL een onderzoek uitgevoerd naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen binnen deze sector.
De invoering van de Welzijnswet en de daardoor te verwachten eisen van financiers vormen de belangrijkste stimulans voor instellingen om te gaan werken aan kwaliteitsverbetering en -bewaking. De meeste instellingen hebben daarmee ook een daadwerkelijk begin gemaakt. Veel instellingen hebben doel en uitgangspunten vastgelegd; het aanbod is duidelijk gekoppeld aan een bepaalde doelgroep.

De door de koepelorganisatie ontwikkelde kwaliteitsnormen en methode voor interinstitutionele toetsing worden door de instellingen gebruikt. Verder werken de instellingen meestal met richtlijnen, afspraken en vastgelegde werkwijzen. Zaken als tevredenheidsonderzoek onder cliënten en intercollegiale toetsing zijn minder ingeburgerd. Toch verkeert de ontwikkeling van kwaliteitssystemen nog in de beginfase. Nergens is kwaliteitszorg echt verankerd in de dagelijkse bedrijfsvoering; de kwaliteitsbewaking is meestal nog weinig systematisch. Er zijn overigens grote verschillen tussen de werksoorten; met name de instellingen voor vrouwenopvang zijn in het algemeen verder gevorderd met het opzetten van een kwaliteitssysteem.
De instellingen hebben hoge verwachtingen van kwaliteitssystemen. Eenderde van hen ervaart nu reeds positieve effecten ervan in de vorm van een grotere tevredenheid van cliënten, medewerkers en verwijzers. Tweederde van de instellingen verwacht evenwel niet dat de invoering van kwaliteitssystemen zal leiden tot kostenbesparing. Men signaleert echter ook negatieve bijwerkingen van een kwaliteitsbeleid; in dit verband noemt men een toename van de regelgeving, grotere werkdruk en soms zelfs demotivatie en verstarring van het personeel.
De instellingen voor maatschappelijke opvang willen de komende jaren veel aandacht besteden aan kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zij verwachten dat over twee tot drie jaar in de gehele sector een kwaliteitssyteem is ingevoerd.
De meeste instellingen willen dat hun kwaliteistssysteem van buitenaf beoordeeld wordt, bij voorkeur door de koepel, de Federatie Opvang.
In de sector van de maatschappelijke opvang moet nog veel gebeuren op het gebied van de ontwikkeling van systematische kwaliteitszorg. Uit de inventarisatie blijkt dat weliswaar veel instellingen volop bezig zijn met de ontwikkeling van kwaliteitsbewaking en -bevordering, maar dat het meest essentiële element, het toepassen van de kwaliteitskringloop, pas in een beperkt aantal instellingen plaatsvindt. Ook een goede afstemming op elkaar van de verschillende activiteiten ziet men nog weinig.
Er bestaat bij de instellingen voor maatschappelijke opvang een duidelijke behoefte aan gerichte ondersteuning bij de invoering van kwaliteitssystemen. Dit is des te belangrijker, omdat van deze instellingen veel flexibiliteit verwacht wordt om adequaat op de toenemende behoeften van cliënten en van nieuwe doelgroepen in te kunnen spelen.
[Bron: Hackenitz E, Wagner C. Kwaliteitssystemen in de maatschappelijke opvang. Utrecht: NIVEL, 1998]

2.7 INTERNATIONAAL VERGELIJKEND ONDERZOEK

Eerstelijnsgezondheidszorg in Slowakije

Op uitnodiging van de Slowaakse regering voerde het NIVEL in 1997 in Slowakije

het project 'Primary Health Care, Financing' uit. Dit project maakt deel uit van PHARE, het economisch ontwikkelings programma van

de Europese Unie, dat beoogt vernieuwingsprocessen in Midden- en Oost-Europa te ondersteunen. Het doel van het project was "een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kosteneffectiviteit en kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg in Slowakije". Het project werd uitgevoerd door acht Nederlandse en twee Slowaakse deskundigen. Er werkten zeven Slowaakse huisartsen mee.

Huidige situatie

Sinds het einde van de vorige eeuw kende Tsjecho-Slowakije een systeem van sociale verzekering dat werkenden en hun gezinnen tegemoet kwam in de kosten van ziekte, zwangerschap en ouderdom. De gezondheidszorg was georganiseerd door particuliere poliklinieken en openbare en particuliere ziekenhuizen. In de communistische periode werd de gezondheidszorg door de staat georganiseerd en gefinancierd. De zorg was per district en per regio opgezet, veelal vanuit grote poliklinieken en ziekenhuizen. Na de 'Fluwelen revolutie' in 1989 werd de verzekering van ziektekosten gedecentraliseerd. In 1995 werd in Slowakije de extramurale gezondheidszorg grotendeels geprivatiseerd. De huisartsenhulp wordt nu meestal verstrekt door een algemeen huisarts, een in kinderen gespecialiseerd huisarts en een speciale huisarts voor vrouwen. In het project is een eerste aanzet gegeven om de eerstelijnsgezondheidszorg kleinschaliger, minder intramuraal en persoonlijker te maken.

De positie van de Slowaakse huisarts is zwak. Patiënten die een medisch-technische handeling moeten ondergaan of die een voortdurende behandeling behoeven, worden vaak naar de specialist verwezen. De huisartsen hebben vaak een zeer geringe medische uitrusting tot hun beschikking. De beloning is slecht. Op het platteland is hun positie iets beter. Vanouds moet de huisarts daar meer problemen zelf oplossen, en heeft hij meer rechtstreeks contact met de patienten.

Door verschillende oorzaken is de huisartsgeneeskunde in Slowakije nog niet goed van de grond gekomen. In het algemeen vormt de gezondheidszorg er een te omvangrijke organisatie, die te weinig kosteneffectief werkt. Een belangrijke factor daarin zijn de hoge kosten voor geneesmiddelen. Specifieke problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn:

- De huisartsen zijn niet op de hoogte van recente ontwikkelingen en hebben vaak weinig ervaring.
- Huisartsen hebben weinig status en worden slecht beloond, waardoor zij vaak weinig gemotiveerd zijn.
- Traditioneel is men in Slowakije op specialismen gericht; zorg door de huis-

arts is meestal een tweede keus.
- Eerstelijnszorg is nauwelijks of niet ontwikkeld, Zo kent men geen wijkverpleging.
- De beroepsgroep kent weinig organisatie, waardoor men zich weinig identificeert als 'huisarts'. Slowaakse huisartsen hebben bijvoorbeeld geen eigen tijdschrift.
- Van het honoreringssysteem gaat geen stimulans uit tot kwaliteitsverbetering en zuinig en rationeel voorschrijfgedrag.

Het project

Besloten werd te werken aan vier operationele doelen:

1. de ontwikkeling van een beloningssysteem dat goede kwaliteit van zorg beloont en onnodig verwijzen tegengaat;
2. de ontwikkeling van stimulansen voor meer kostenbewust en rationeel voorschrijfgedrag;
3. de invoering van moderne methodes van intercollegiale toetsing en protocolontwikkeling en het opstellen van aanbevelingen voor een infrastructuur voor kwaliteitswaarborging;
4. een verbetering van de beschikbaarheid van praktijkgegevens en nagaan van mogelijkheden voor een informatiesysteem voor de eerstelijnsgezondheidszorg.

In een twintigtal workshops zijn de problemen geanalyseerd en oplossingen bedacht. In zes proefpraktijken deden artsen ervaring op met nieuwe werkwijzen. Er werden drie studiereizen naar Nederland en het Verenigd Koninkrijk georganiseerd. Verder organiseerden de Slowaakse deskundigen een congres voor in de eerstelijn werkzame artsen. Op dit congres vond voor het eerst in Slowakije op grote schaal een gedachtenwisseling over de eerstelijnsgezondheidszorg plaats. Uniek voor Slowakije was ook dat hier overheid, verzekeraars en beroepsbeoefenaars met elkaar in discussie gingen over de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Verder kregen het Medisch Centrum in Bratislava en de proefpraktijken de beschikking over een betere medische uitrusting en een bureaucomputer.

Ten slotte heeft men de projectdeelnemers moderne literatuur, vooral over de methodologie van de intercollegiale toetsing en richtlijnontwikkeling, verschaft.

Cultuurverschillen

Soms bleken cultuurverschillen een probleem te zijn. Na bijna een halve eeuw waarin de staat alles regelde en organiseerde, en eigen initiatief gauw verdacht was, bleken de Slowaken het moeilijk te vinden om zelf initiatieven te ontplooien en stelling te nemen.

Op maatschappelijk niveau was het ontbreken van een beleidsmatige en professi-

onele infrastructuur merkbaar bij de ontwikkeling en de implementatie van vernieuwingen.

Beloning
In Slowakije worden de huisartsen per verrichting betaald. Hierbij is de hoogte van de honorering van een bepaalde verrichting nooit van te voren zeker. Hoewel de artsen vaak rechtstreekse informele betalingen van patiënten ontvangen, is hun inkomen zeer laag. Het verrichtingensysteem stimuleert eerder een hoge kwantitatieve productie, dan een streven naar kostenbesparing en kwaliteit. Er zijn veel contacten arts-patiënt, (waarschijnlijk) veel onnodige verwijzingen naar de tweede lijn en er worden veel geneesmiddelen voorgeschreven. Verbetering van de honorering stelt de huisartsen ook beter in staat tijd uit te trekken voor toetsing en bijscholing.
In de workshops is een nieuw beloningssysteem ontwikkeld. Dit bestaat globaal dit uit de volgende elementen:
- De artsen krijgen de verantwoordelijkheid voor een omschreven zorgpopulatie.
- De huisartsen krijgen een abonnementshonorarium als basisinkomen.
- Hierop krijgen zij toeslagen wanneer zij beneden het voor hun praktijk vastgestelde verwijsvolume en prescriptievolume blijven en wanneer zij een bepaald aantal uren hebben besteed aan na- en bijscholing.

Door het ontbreken van de benodigde informatie op praktijkniveau en het uitblijven van toestemming van het ministerie, kon dit plan gedurende het project nog niet worden toegepast in de proefpraktijken. Het ligt in de bedoeling om in een vervolgproject 'proef te draaien' met dit plan.

Voorschrijfgedrag
In een simulatie bleek dat er een sterke bezuiniging op de kosten van geneesmiddelen mogelijk is. Alleen al door systematisch goedkopere middelen voor te schrijven en af te leveren kan er zo'n dertig procent op de kosten worden bespaard. Door praktische problemen kon het systeem in de projectperiode niet meer geïmplementeerd worden in de proefpraktijken.

Intercollegiale toetsing
Er is een begin gemaakt met de invoering van intercollegiale toetsing. Het verschijnsel 'toetsing' bleek onbekend te zijn bij de Slowaakse huisartsen. Ook hier bleken de cultuurverschillen: niet alleen moesten de deelnemers de schroom overwinnen om kritisch te denken en te oordelen, maar ook bleken zij weinig ervaring te hebben met participerend onderwijs. De bijeenkomsten zijn evenwel als geslaagd te beschouwen. Men heeft een richtlijn voor hypertensie ontwikkeld. Het opstellen van taakomschrijvingen en regels voor recertificatie is niet verder gekomen dan de eerste aanzet. Een vervolgproject lijkt nodig om de continuïteit veilig te stellen en de artsen zelf nieuwe kwaliteitskringen te laten vormen.

Informatievoorziening
Als er al gegevens worden verzameld over de gezondheidszorg en de huisartsenpraktijk, zijn deze weinig volledig en niet goed bruikbaar. Dit bleek herhaaldelijk een probleem in dit project. Men is daarom begonnen met het verzamelen van gegevens bij de huisartsen die deelnamen aan het experiment met intercollegiale toetsing. Verder werden er plannen opgesteld om op langere termijn informatie en gegevens te verzamelen om de positie van eerstelijnsgezondheidszorg in Slowakije te versterken.

Om tot een goede implementatie van de vernieuwingen te komen is inmiddels een vervolgproject voorbereid.
[Bron: Boerma WGW, Grielen SJ. Groundwork for primary care in Slovakia. Report from an EC/Phare project. Utrecht: NIVEL, 1998]

Eerstelijnsgezondheidszorg in het zuidelijke Middellandse Zeegebied
In 1977 werd door de Wereldgezondheidsraad het wereldomvattende streven 'Health for All by the Year 2000' aanvaard, In dit plan wordt een sterk accent gelegd op de eerstelijnsgezondheidszorg. Op de door de WHO en UNICEF georganiseerde 'International Conference on Primary Health Care' in september 1978 te Alma Ata werd eerstelijnsgezondheidszorg (*primary health care*) nader gedefinieerd. In de eerstelijnsgezondheidszorg werden drie aspecten onderscheiden:
- de basisvoorwaarden: goed voedsel, een goede toegang tot veilig water en elementaire sanitaire voorzieningen in elk huis;
- preventieve gezondheidszorg: adequate moeder- en kindzorg, inclusief geboorteregeling en immunisering tegen de belangrijkste infectieziekten;
- curatieve gezondheidszorg; adequate behandeling van veel voorkomende ziektes en kwetsuren.

Deze drie aspecten kunnen ieder worden aangevuld met het aspect 'voorlichting over de heersende gezondheidsproblemen en de methoden om deze te voorkomen en te beheersen'. De twaalf landen in het zuidelijke Middellandse Zeegebied: Algerije, Cyprus, Egypte, Israël, Jordanië, Libanon, Malta, Marokko, de Palestijnse Autoriteit, Syrië, Tunesië en Turkije, onderschrijven alle het doel van 'Health for All', maar hebben nog problemen om aan dit streven te voldoen. In 1995 sloten zij een samenwerkingsovereenkomst (Verklaring van Barcelona).

In december 1997 werd in Den Haag de 'Euro-Mediterranean Conference of Health & Social Welfare' gehouden. Deze conferentie was georganiseerd in opdracht van de Europese Commissie, de vijftien leden van de Europese Unie en twaalf ondertekenaars van de Verklaring van Barcelona. In het kader van deze conferentie heeft het NIVEL op verzoek van het Ministerie van WVC een overzicht samengesteld van de organisatie en structuur van het gezondheidszorgsysteem in

de landen van het zuidelijke Middellandse Zeegebied, waarin logischerwijze de aandacht vooral gericht werd op de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit overzicht wordt naast een algemeen beeld, een gedetailleerd overzicht gegeven van de situatie in de gezondheidszorg in de afzonderlijke landen in de zuidelijke regio van de Middellandse Zee.
[Bron: Weide MG, El Fakiri F, Kulu Glasgow I, Grielen SJ, Zee J van der. Primary Health Care in the Southern Mediterranean Region. Utrecht: NIVEL, 1998]

2.9 OVERIG ONDERZOEK

Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998
Het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998, een gezamenlijke rapport van NIVEL en NZi, geeft een cijfermatig overzicht van de ontwikkelingen binnen de curatieve somatische zorg. De overheid wil deze ontwikkelingen volgen op basis van kengetallen.
Onder de curatieve somatische zorg rekent men de deelsectoren: huisartsen, tandartsen, specialisten, ziekenhuizen, ziekenvervoer, verloskunde, thuiszorg en paramedische zorg.
Het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998 is een vervolg op het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1997. Het bestaat uit twee delen. Deel 1 bevat een grote hoeveelheid kengetallen over de ontwikkelingen in de periode 1994-1997 op de gebieden gebruik, kosten, productie, toegankelijkheid, kwaliteit, middelen en doelmatigheid. Daarnaast wordt aan de hand van de drie beleidsdoelstellingen: toegankelijkheid, kwaliteit en kostenbeheersing een overzicht gegeven van belangrijke ontwikkelingen in de curatieve somatische zorg. Deel 2 geeft een verdieping op enkele geselectereerde thema's: logopedie, spoedeisende medische hulpverlening, intensive care en PTCA en hartchirurgische stand-by.
[Bron: Welling BJM, Delnoij DMJ, Dekker J, Oppelaar JA (NIVEL), Kwartel AJJ van der, Smit RLC Rooij PM van, Eijk W van (NZi). Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1998]

Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van de zorg
Per 1 januari 1997 is de Algemene Eigen Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden van kracht geworden. Deze bijdrage geldt niet voor de huisartsenzorg. Niettemin werd er nagedacht over een mogelijke uitbreiding van deze bijdrage. Zo hebben VB-Accountants de administratief-technische mogelijkheden onderzocht voor de invoering van een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskunde voor ziekenfondsverzekerden. In aanvulling hierop gaf het Ministerie van VWS begin 1998 het NIVEL opdracht om een spoedonderzoek uit te voeren naar de mogelijke zorginhoudelijke gevolgen van de invoering van een eigen bijdrage.

Naar verwachting zal een eigen bijdrage voor huisartsgeneeskunde de consumptie van gezondheidszorg afremmen. Een eigen bijdrage is immers een financiële prikkel die gericht is op de patiënt. Deze is degene die beslist of en wanneer hij met een klacht naar de huisarts zal gaan. Hij heeft minder invloed op de vervolgconsumptie. Een eigen bijdrage voor de apotheker of de specialist zal dan ook veel minder effect hebben.

Een eigen-bijdrageregeling voor huisartsenzorg kan echter ook onbedoelde gevolgen hebben. Eén daarvan is dat de poortwachtersfunctie van de huisarts onder druk kan komen te staan. Deze is immers gebaseerd op vrije toegang tot de huisarts en getrapte toegang tot specialistische zorg.

- Door de stijging van de kosten van een bezoek aan de huisarts zal een deel van de patiënten zijn gedrag in dezen veranderen. Sommigen zullen langer wachten met naar de huisarts te gaan of klachten 'opsparen'. Dit vergroot het risico dat mensen te lang wachten voordat zij een huisarts raadplegen. Anderen zullen zich rechtstreeks tot een specialist of de E.H.B.O.-afdeling van een ziekenhuis wenden en de huisarts 'overslaan'. Hierdoor kan er een onnodig beroep worden gedaan op mensen en voorzieningen in de tweede lijn, waardoor er daar capaciteitsproblemen kunnen ontstaan én de kosten van de gezondheidszorg stijgen.

  Het wegvallen van het abonnementsysteem –zoals in enkele organisatorische scenario's het geval is– betekent ook het vervallen van de verplichte inschrijving op naam. Hierdoor kunnen de continuïteit van zorg en de arts-patiëntrelatie in gevaar komen. Juist door de inschrijving op naam kan de huisarts immers de patiënt goed leren kennen en een vertrouwensrelatie met hem opbouwen.
- Nu is de algemene norm dat men bij één huisarts is ingeschreven en via de huisarts in de tweede lijn komt. Ook voor particulier en via de IZA verzekerden is de huisarts gewoonlijk de poortwachter tot de gezondheidszorg. Wanneer een toenemend aantal patiënten zich rechtstreeks tot de specialist wendt, zal de norm snel verwateren. Hoewel ook nu een deel van de particulier verzekerden zich rechtstreeks tot de specialist wendt, bestaat er blijkbaar een evenwicht tussen particulier/IZA-verzekerden en ziekenfondsverzekerden, waardoor de huisarts zijn poortwachtersfunctie voor vrijwel alle verzekerden behoudt. Een eigen bijdrage zou een verstoring ervan kunnen veroorzaken.
- Door de huidige drempelloze toegang tot de huisartsgeneeskunde is de huisarts ook in staat initiatieven te nemen om zijn patiënten 'op te voeden' tot een betere beoordeling van onwelbevinden. Ongetwijfeld zal de huisarts in een systeem van eigen bijdragen kansen missen om door voorlichting en informatie patiënten te leren beter met hun klachten om te gaan. Er is vastgesteld dat een eigen bijdrage een sterker remmend effect heeft bij mensen met een lage opleiding en/of een laag inkomen. Mogelijk heeft juist deze groep de meeste behoefte aan informatie over 'onschuldige klachten'.

Een ander probleem van eigen-bijdrageregelingen is dat het systeem van eigen bijdragen organisatorisch moeilijk te combineren is met een abonnementsysteem zoals dat voor ziekenfondspatiënten geldt. Het is dan ook opvallend dat in andere landen waar de huisarts een poortwachtersrol vervult, zoals Denemarken en Groot-Brittannië, geen eigen bijdrage voor een bezoek aan de huisarts wordt gevraagd.
Een combinatie van het abonnementsysteem en een systeem van eigen bijdragen levert altijd extra administratief werk op voor de huisarts én voor de zorgverzekeraar. Wanneer men een procentuele eigen bijdrage zou invoeren (zoals die geldt voor IZA-verzekerden) of een eigen risico, dan kan dat alleen als het abonnement vervangen wordt door een honorering per verrichting. Dit zou grote gevolgen hebben voor de positie van de huisarts hebben, zoals eerder omschreven.
[Bron: Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Ros CC. Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van de zorg: een studie naar de (on)bedoelde gevolgen. Utrecht NIVEL, 1998]

Algemene Eigen Bijdrageregeling ziekenfondsverzekerden geëvalueerd
Ervaringen van ziekenfondsen
Per 1 januari 1997 was de Algemene Eigen-Bijdrageregeling (AEB-regeling) voor ziekenfondsverzekerden van kracht. Het doel van deze regeling was een verschuiving in de financiering van de kosten van zorg en een verminderd verbruik van zorg te bewerkstelligen. De AEB-regeling werd uitgevoerd door de ziekenfondsen. In opdracht van de Ziekenfondsraad heeft het NIVEL in verschillende deelonderzoeken in 1997 en 1998 geëvalueerd. Deze regeling is per 1 januari 1999 overigens weer ingetrokken.
Het derde deelrapport geeft een overzicht van de ervaringen van de ziekenfondsen met de AEB zo'n tien à twaalf maanden na de invoering ervan (najaar 1997).
Uit het onderzoek blijkt dat de uitvoering van de regeling redelijk liep, maar dat er tussen de verschillende ziekenfondsen nogal wat verschillen bestonden in de wijze van uitvoering. Deze verschillen hadden vooral betrekking op de aard en frequentie van het contact met de verzekerden. Bij de invoering van de AEB-regeling is nadruk gelegd op het belang de verzekerden regelmatig te informeren over hun medische consumptie. Sommige ziekenfondsen stuurden maandelijks een overzicht van de medische consumptie, andere stuurden zo'n overzicht alleen als er daadwerkelijk een AEB betaald moest worden. Vaak werden er bodembedragen gehanteerd, en werd de eigen bijdrage pas geïnd als dit overschreden was. Hierdoor kregen sommige verzekerden slechts eenmaal per jaar een rekening. Het is zeker denkbaar dat de wijze waarop een ziekenfonds het contact onderhield met de verzekerden, invloed had op de effectiviteit van de AEB.
Hoewel de ziekenfondsen er in het algemeen in geslaagd zijn de Algemene Eigen-Bijdrageregeling in te voeren, bestonden er toch nog wel problemen. Deels

ging het om organisatorische problemen die de ziekenfondsen vaak zelf zouden kunnen oplossen, deels waren er problemen die de AEB-regeling zelf betroffen. Een nogal eens voorkomend organisatorisch probleem was dat ziekenfondsen niet voldoende onderscheid (konden) aanbrengen tussen voorzieningen en verrichtingen waarvoor wel en waarvoor geen AEB gold. De verzekerden kregen dan ten onrechte rekeningen voor eigen bijdragen; pas na reclamering werden de fouten hersteld. Een ander probleem was dat de AEB veel extra werk voor ziekenfondsen met zich meebracht, waardoor de normale dienstverlening onder druk kwam te staan. Dit probleem leek grotendeels op te lossen door verbeteringen in de automatisering aan te brengen en extra arbeidskracht aan te trekken. Aan de problemen die te maken hebben met de regeling zelf, konden de ziekenfondsen weinig zelf doen.
Ook driekwart jaar na de invoering van de AEB bleken de verzekerden er slecht van op de hoogte te zijn. Het gehanteerde peildatumsysteem kon tot onrechtvaardigheden leiden, oordeelden zowel verzekerden als ziekenfondsen. De Ziekenfondsraad had inmiddels voorgesteld om 1 januari als peildatum te nemen; verzekerden die in de loop van het jaar intraden hoefden dan voor dat jaar geen AEB te betalen. Een ander probleem was dat de regeling geen rekening hield met wijzigingen in het polishouderschap, zoals die kunnen optreden door werkaanvaarding, overlijden en scheiding. De nieuwe hoofdverzekerde moest dan opnieuw de eigen bijdrage betalen tot het maximum was bereikt. De ziekenfondsen stelden voor dat het aan AEB betaalde bedrag kon worden meegenomen naar een nieuwe polis.
Ten slotte vonden de ziekenfondsen dat er meer aandacht zou moeten komen voor de privacy. Enerzijds kunnen er problemen met de privacy ontstaan als men gedetailleerde omschrijvingen verstrekt, anderzijds leidt meer informatie tot meer duidelijkheid voor de verzekerde en tot minder vragen bij het ziekenfonds. Overigens leken de verzekerden niet veel problemen te hebben met de verstrekking van gedetailleerde informatie door het ziekenfonds.
Zoals verwacht heeft de invoering van de AEB weinig invloed gehad op de relatie van het ziekenfonds met de aanbieders van zorg. Overigens betwijfelden verschillende ziekenfondsen of de AEB wel het beoogde effect zou hebben.

De aanbieders van zorg
Het vierde deelrapport van het evaluatieonderzoek gaat in op de kennis over de AEB-regeling en de ervaringen ermee bij zorgaanbieders. Eind 1997/begin 1998 is een telefonische enquête gehouden onder huisartsen, apothekers, specialisten (chirurgen, KNO-artsen, internisten) en hoofden van patiëntenadministraties van algemene ziekenhuizen. De AEB-regeling bleek toen globaal bekend te zijn bij de zorgaanbieders. Huisartsen en apothekers wisten er meer over dan specialisten en hoofden van patiëntenadministraties in ziekenhuizen. De betreffende zorgverleners (de specialisten minder vaak) werden vooral met de nieuwe regeling gecon-

ners (de specialisten minder vaak) werden vooral met de nieuwe regeling geconfronteerd door vragen en opmerkingen van patiënten.
Aan de huisartsen en specialisten is ook gevraagd in hoeverre zij in hun medisch handelen, bijvoorbeeld voorschrijven, verwijzen, klinische of poliklinische behandeling rekening hielden met de AEB die de patiënt moest betalen. De meesten zeiden dat dit geen enkele rol speelde in hun afwegingen; toch sloot 10% tot 33% van de ondervraagde huisartsen dit niet volledig uit. Het zou dan vooral gaan om het voorschrijven van goedkopere medicijnen, of het minder verwijzen naar een paramedicus. Ongeveer een kwart van de apothekers substitueerde vaker een specialité door een generiek middel. Overigens is het mogelijk dat dergelijk gedrag mede voortvloeide uit andere regelingen en afspraken (zoals de Beperkende maatregel fysiotherapie). Er zijn aanwijzingen dat wanneer artsen meer van de maatregel wisten, zij meer geneigd waren er rekening mee te houden bij de behandeling van hun patiënten.
De AEB heeft in het algemeen niet tot grote veranderingen in het declaratieverkeer geleid, noch zijn er op grote schaal onduidelijkheden in de declaraties gevonden. Wel meldde tien procent van de apothekers en twintig procent van de hoofden van patiëntenadministraties dat hun declaraties moesten worden aangepast.
In het algemeen meldden de zorgaanbieders niet dat de consumptie van zorg daalde. Slechts twee procent van de medici (chirurgen) en 9% van de apothekers was van oordeel dat als gevolg van de maatregel de zorgconsumptie was verminderd. Het ging hier weer om medicijnen en verwijzing naar paramedici. Ook hierbij wordt weer niet uitgesloten dat er enige verwarring bestaat tussen het effect van de AEB-regeling en regelingen zoals het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de Beperkende maatregel fysiotherapie. Een minderheid van de zorgaanbieders sloot niet uit dat ten gevolge van de AEB soms medisch noodzakelijke zorg wordt uit- of afgesteld.

In een apart deelrapport is ingegaan op de effecten van de AEB-regeling op de behandelkeuzen van huisartsen. Dezen bleken inderdaad rekening te houden met de financiële gevolgen voor de patiënt. Zowel het wel of niet bereikt hebben van de maximale eigen bijdrage bleek van invloed te zijn, als de sociaal-economische status van de patiënt. Het zou overigens wenselijk zijn om de invloed van achtergrondkenmerken van de patiënt op het handelen van de huisarts meer in het algemeen te onderzoeken.

Zorggebruik
In deelrapport V – evenals de deelrapporten VI tot en met IX opgenomen in het eindrapport – worden de effecten van de AEB op het gebruik van zorg door ziekenfondsverzekerden nader beschouwd. Het belangrijkste effect op ziekenfondsverzekerden is de onrust waartoe de regeling heeft geleid. Er kon echter

geen vermindering van zorgvraag worden geconstateerd, noch een effect van 'inhaalconsumptie' of een achterstelling van bepaalde groepen patiënten.

Prescriptie- en verwijscijfers
In de huisartsenpraktijk heeft de AEB niet geleid tot veranderingen wat betreft het voorschrijven van medicijnen, noch wat betreft het verwijzen naar specialisten. Een verklaring hiervoor is dat huisartsen hun beslissing vooral baseren op medisch-inhoudelijke overwegingen. Wellicht speelde ook een rol dat veel huisartsen niet goed op de hoogte bleken te zijn van de AEB.

Chronisch zieken
Chronisch zieken moesten vaak een AEB betalen en een groot deel van hen bereikte het maximum bedrag, overigens afhankelijk van inkomen en soort ziekte. Samen met de eigen-bijdrageregelingen voor voorzieningen en hulpmiddelen betekende dit voor hen dat zij voor hogere kosten kwamen te staan. Los van eigen-bijdrageregelingen maakt deze categorie patiënten toch al extra kosten als gevolg van hun gezondheidssituatie, bijvoorbeeld voor alternatieve niet door het ziekenfonds vergoede geneesmiddelen. Deze extra kosten kunnen aanzienlijk zijn. Men moet ook met deze kosten rekening houden wanneer men het heeft over de kosten van chronisch zieken. In de AEB-regeling was een compensatieregeling opgenomen voor wie het maximale bedrag had betaald; slechts 40% van de chronisch zieken kon hiervan gebruik maken, bijvoorbeeld doordat zij op de polis van hun partner stonden. Er bestaan enkele andere vergoedingsregelingen; hiervan wordt echter weinig gebruik gemaakt.

Ongewenste neveneffecten
De AEB-regeling had kunnen leiden tot een ongewenst substitutie-effect: een vervanging van poliklinische hulp door dagverpleging als gevolg van het verschil in eigen bijdragen voor poliklinische hulp en dagverpleging. De eigen bijdrage voor poliklinische hulp bedraagt namelijk 20% (zoals elke andere verstrekking); die voor dagverpleging *f* 8. Op verzoek van het NIVEL heeft het NZi onderzocht of deze vorm van substitutie zich inderdaad voordeed. Uit dit onderzoek bleek wel dat de ziekenhuisconsumptie door ziekenfondspatiënten (waarschijnlijk) kleiner wordt. Dit kan verklaard worden uit een algemeen optredend prijseffect, waardoor de totale consumptie van gezondheidszorg afneemt, of uit substitutie van tweede naar eerste lijn. In het laatste geval blijft de totale consumptie van gezondheidszorg gelijk. Er zijn echter geen aanwijzingen gevonden voor een substitutie van polikliniek naar kliniek als gevolg van de AEB-regeling.

Algemene evaluatie
De AEB-regeling, die van kracht was in 1997 en 1998, is zeer snel ingevoerd. Tussen de publicatie ervan in het Staatsblad en het in werking treden ervan zaten

slechts twee maanden. Ondanks deze snelle invoering zijn de ziekenfondsen erin geslaagd om deze complexe regeling uit te voeren. De informatie aan de verzekerden over de AEB was echter van wisselende kwaliteit. De kennis over de regeling bij patiënten, met name ouderen en lager opgeleiden, was niet optimaal. Ook hulpverleners waren niet altijd goed op de hoogte; eerstelijns hulpverleners evenwel beter dan hulpverleners uit de tweede lijn.
De AEB-regeling heeft nauwelijks effect gehad op het gebruik van zorg. Waar er al veranderingen in de trends zijn geconstateerd, zijn deze aan andere algemene ontwikkelingen toe te schrijven:

- een stijging van het geneesmiddelengebruik.
- een daling van de kosten van specialistische hulp, onafhankelijk van de verzekeringsvorm; en
- mogelijk een lichte stijging van het gebruik van fysiotherapeutische zorg.

Wel bleken het gebruik van poliklinische zorg en dagbehandeling, het aantal ziekenhuisopnamen en het aantal verpleegdagen meer dan trendmatig gedaald te zijn, en ook meer bij ziekenfondspatiënten dan bij particuliere patiënten. Dit kan echter zijn toe te schrijven aan effecten van andere regelingen en problemen met de gebruikte gegevens. Op macroniveau zijn de ziekenhuiskosten niet gedaald.

Het was ook niet te verwachten dat de AEB-regeling tot een grote bezuiniging zou leiden. Een eigen-bijdrageregeling werkt het best waar de patiënt de keuzes maakt. Uit dat gezichtspunt had de eigen bijdrage voor de huisartsgeneeskunde moeten gelden. De beslissingen over medicatie, verwijzingen en ziekenhuisopname worden immers in veel mindere mate door de patiënt beïnvloed. Uit zorginhoudelijke overwegingen en overwegingen vanuit het oogpunt van volksgezondheid is echter besloten de AEB-regeling niet toe te passen bij de huisartsenzorg.
Aan de andere kant zijn echter ook de onbedoelde gevolgen bepekt gebleven. Wel heeft de AEB-regeling geleid tot onduidelijkheden en misverstanden bij veel verzekerden. Bij 13% van de verzekerden veroorzaakte de regeling grote onrust omdat men dacht dat de maatregel hun toegang tot de zorg zou beperken. Deze groep is minder geneesmiddelen gaan gebruiken. Ten slotte bleken mensen met lage inkomens meer in hun gebruik van geneesmiddelen afgeremd te zijn dan mensen met hogere inkomens.

De opbrengst van de regeling in termen van vermindering van niet-noodzakelijk gebruik van gezondheidszorg is gering geweest. De opbrengst in termen van financiën was lager dan de kosten van de invoering van de regeling en de bijbehorende verlaging van de nominale ziekenfondspremie. Vooral deze laatste constatering heeft geleid tot een snelle intrekking van de maatregel.
Hierbij kan men aantekenen dat het op zichzelf goed is om een niet werkende maatregel snel in te trekken, maar dat een snelle invoering van een nieuwe maatregel, gevolgd door een snelle intrekking ervan, geen bijdrage levert aan de

bereidheid tot snelle uitvoering van beleid en vertrouwen in de overheid.
[Bronnen: Ros CC, Hutten JBF, Delnoij DMJ, Friele R, Groenewegen PP. Evaluatie algemene eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden: Deelrapport III: ervaringen van ziekenfondsen bij uitvoering van de eigen-bijdrageregeling najaar 1997. Hutten JBF, Ros CC, Delnoij DMJ, Friele RD, Groenewegen PP. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden: Deelrapport IV: Kennis en ervaringen van aanbieders van zorg. Hutten, JBF, Ros CC, Delnoij DMJ (eds.). Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigen-bijdrageregeling. Utrecht: NIVEL, 1998]

Arbeidsmarkt zorgsector
In het kader van het Jaaroverzicht Zorg (JOZ) heeft het Ministerie van VWS behoefte aan een monitor-systeem dat jaarlijks gegevens genereert over de arbeidsmarkt in de Zorgsector. Daartoe wordt sinds 1995 jaarlijks de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) opgesteld. Deze rapportage wordt uitgevoerd door het NIVEL, het NZI en de OSA. De jaarlijkse RAZ bestaat uit een "tabellenrapport" en een "integrerend hoofdrapport". In het tabellenrapport worden alleen kwantitatieve gegevens gepresenteerd. In het hoofdrapport wordt een kwalitatieve beschrijving gegeven van de meest recente ontwikkelingen van de arbeidsmarktsituatie in de zorgsector.

De werkgelegenheid in de zorgsector groeit mee met de algemene economische groei in Nederland. De werkloosheid daalt sinds 1995, terwijl het aantal vacatures toeneemt; dit laatste overigens relatief wat minder dan in andere sectoren van de Nederlandse economie. De in 1997 nog evenwichtige arbeidsmarkt begon in 1998 krapper te worden. Naar verwachting zal deze tendens zich in 1999 voortzetten. Voorlopig hoeft er nog geen vrees te bestaan voor ernstige personeelstekorten, daar er nog een groot onbenut arbeidspotentieel is, dat voor een groot deel uit vrouwen bestaat. Toch is te verwachten dat er voor sommige categorieën specialistische opleidingen in bepaalde regio's knelpunten ontstaan.
[Bron: Wiegers TA, Hingstman L (NIVEL), Windt W van der, Harmsen J, Bent J van der (NZi), Allaart PC, Voogd-Hamelink M de (OSA). Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998. Deel 1: Hoofdrapport. Deel 2: Tabellenrapport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998]

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

De activiteiten van de afdeling Bibliotheek en Documentatie hebben zich voornamelijk geconcentreerd op onderzoek naar mogelijkheden om op een aantal terreinen van de interne en externe informatievoorziening elektronische in plaats van papieren informatie ter beschikking te stellen. Deze reeds vorig jaar ingezette transformatie is tot uitdrukking gekomen in een aantal nieuwe diensten/producten: van een aantal tijdschriften is naast de papieren versie een elektronische beschikbaar; de kamerstukken zijn nu alleen nog maar elektronisch te raadplegen; de Current Contents kunnen de interne onderzoekers direct vanaf hun bureau inzien. Dit geldt ook voor de wekelijkse aanwinsten van de bibliotheek.
Hoewel de online toegankelijkheid van de catalogus en de literatuurbestanden nog niet gerealiseerd is in verband met beveiligingseisen worden de wekelijkse aanwinsten extern ter beschikking gesteld via de website van het NIVEL. Dit geldt eveneens voor het tijdschriftenbestand. Verder is er geëxperimenteerd met een elektronische attenderingsdienst (Persoonlijke Attendering Via E-mail).
Voorts kende de afdeling haar normale productie: onderhoud en beheer van het Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen en van het literatuurbestand Verpleging en Verzorging; het beheer van het literatuurbestand Kwaliteit van Zorg; het uitvoeren van een aantal literatuursearches ten behoeve van reviewartikelen; verdere uitbouw van de Thesaurus Gezondheidszorg. Er is een engelstalige bibliografie in de maak over migranten waarbij als thema genomen is de medische consumptie en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen. De bibliotheekcollectie is gegroeid met ca. 3100 nieuwe titels van boeken, rapporten en tijdschriftartikelen.

Interne informatievoorziening
Speerpunt van het beleid voor de komende jaren is de elektronische informatievoorziening op de werkplek. Afgelopen jaar is gestart met het beschikbaar stellen van een aantal elektronische informatiediensten. De meest geëigende producten hiervoor waren: de Current Contents en de aanwinstenlijst die direct vanaf de werkplek zijn in te zien. Daarnaast zijn de kamerstukken en de elektronische versie van een aantal tijdschriften die ook op papier aanwezig zijn via het internet te raadplegen en naar binnen te halen. Deze ontwikkeling gaat stap voor stap omdat het zowel voor de afdeling als de onderzoekers een leerproces is. Het vereist een andere manier van denken over informatie zoeken en ter beschikking stellen. De ontwikkeling en implementatie van een intranet zal de mogelijkheden voor elektronische informatievoorziening sterk uitbreiden.

Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen
De uitbouw van het documentatiecentrum heeft zich vooral geconcentreerd op de aanschaf van de meest recente statistische gegevens betreffende de gezondheidszorgsystemen van reeds gedocumenteerde landen.

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 de verpleging en verzorging in de catalogi van de participerende instituten aan het bestand toegevoegd. Het literatuurbestand is nu drie jaar operationeel en omvatte eind 1998 15.360 titels.

Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
Het literatuurbestand, ontwikkeld en verder uitgebouwd met een projectsubsidie van NWO, bevat literatuurreferenties betreffende een groot scala aan kwaliteitsaspecten binnen de gezondheidszorg. Na afloop van het project ultimo 1995 is veel energie gestoken in mogelijke uitbreiding van het bestand met literatuurgegevens betreffende kwaliteit van zorg aanwezig in de catalogi van het NZi, het CBO en het BBI. Eind 1997 is een marktonderzoek gehouden om in te kunnen schatten of uitbreiding van het bestand uit eigen middelen te financieren was. Dit onderzoek wees uit dat er voldoende belangstelling is voor verdere verspreiding van het literatuurbestand op diskette of CD-ROM. Echter, de terugverdienmogelijkheden afgezet tegen de hoge investeringen in de beginfase voor de afzonderlijke organisaties zullen pas op langere termijn realiseerbaar zijn. Om het samenwerkingsverband te kunnen continueren alsmede het beschikbaar stellen van de verzamelde en ontsloten literatuur aan een breder publiek is voorlopig gekozen voor een andere verspreiding dan via diskette of CD-ROM. Er is overleg gaande met de redactie van Kwaliteit in Beeld om twee keer per jaar een speciale bijlage te publiceren met titels betreffende kwaliteit van de zorg gerubriceerd naar werkveld.

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: coping en artrose; thuiszorgtechnologie; ondersteuningsteams palliatieve zorg; effecten eigen bijdragen in internationaal perspectief. Deze reviews zijn gepubliceerd in de vorm van een artikel of als (onderdeel van een) rapport.

Thesaurus Gezondheidszorg
De Thesaurus Gezondheidszorg (TG) is een samenwerkingsproduct van het NIVEL ((eerstelijns)gezondheidszorg, het NZi (intramurale gezondheidszorg), het

Trimbos-instituut (geestelijke gezondheidszorg), TNO-PG (preventie), LCVV (verpleging en verzorging) en het CBO (intercollegiale toetsing). Door deze samenwerking bestrijkt de TG het gehele gebied van de gezondheidszorg. Steeds meer organisaties op het gebied van de gezondheidszorg gebruiken de TG voor de ontsluiting van hun literatuur waarmee het ideaal van een uniforme en doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid gezondheidszorgliteratuur dichterbij komt.

NIVEL-Website

Structurering, onderhoud en beheer van de NIVEL-website is onderdeel geworden van het takenpakket van de afdeling Documentatie. Het systematisch opsporen en toevoegen van 'links' naar andere informatiebronnen vormt een belangrijk onderdeel van de informatiebemiddelende rol van de afdeling. Vooruitlopend op het beschikbaarstellen van de catalogus en de literatuurbestanden op het internet worden elke week de nieuw opgenomen titels op de NIVEL-Website geplaatst. Een service die gewaardeerd wordt gezien het toenemende aantal literatuuraanvragen.

PAVE

Pave -Persoonlijke Attendering Via E-mail- is een nieuwe elektronische attenderingsdienst en met name bestemd voor externe klanten die tegen betaling voortdurend en direct op de hoogte willen zijn van recent verschenen literatuur/beleidsstukken over een bepaald thema of werkveld.

Externe dienstverlening

In 1998 is het aantal uitgeleende boeken/rapporten constant gebleven (3446). Dit geldt ook voor het IBL -Interbibliothecair Leenverkeer- (532). Verder zijn er 126 literatuurlijsten over speciale onderwerpen gemaakt. Opnieuw kan geconstateerd worden dat de vraag naar informatie/literatuur over zeer gedetailleerde onderwerpen zich doorzet. Ook weten steeds meer klanten hun weg naar de bibliotheek te vinden via de NIVEL-website.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

In 1998 hebben evenals in voorgaande jaren weer verschillende buitenlandse bezoekers ons instituut bezocht:

Michael Calnan, University of Kent, Centre for Health Services Studies, Groot-Brittannië

26 januari V.Rousovitch, Health centre Krupitsa, Wit Rusland

11 maart Tine Rostgaard, Danish National Institute of Social Research

16-19 maart dr. Olga Solas en Valeria: Andalusion School of Public Health

6 -29 april Michaela Durechova, arts Bratislava Hospital, Slowakije

13 april: Hilde Eide, Noorwegen i.v.m. haar (promotie)onderzoek arts-patiënt

18 mei A.Hutchinson, University of Sheffield, Groot-Brittannië

11 juni 1998 Fins gezelschap van 27 personen (vertegenwoordigers van het ministerie, lokale en regionale autoriteiten, onderzoeksinstituten, universiteit, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen, gezondheidscentra, certificerende instanties en patiëntenorganisaties)

22 juni Jane Barrat; Dept. Of Public Health, University of Western Australia

7 juli Mrs. M O'Beirne (MD, PhD, CCFP); directeur van het Alberta Family Practice Research Network, Calgary, Alberta, Canada

14-25 september, L.Aryaev, Odessa State Medical University, Oekraïne

16 en 17 september V.Baserli, M. Peltenburg, L. Oppizi uit Zwitserland, L.Gask, N.Mead uit de UK, M. deVeugele uit Belgie, O. Bahrs uit Duitsland, Z. Krol uit Polen, H-I Maaroos en H.Tahepold uit Estland, C. Oana uit Roemenie en U. Sätterlund-Larsson uit Zweden

18 sept bezoek van een delegatie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid "Louis Pasteur" in Brussel

5-10 oktober, Denisov en 4 collega's, Moscow Medical Academy, Rusland

15 oktober, E-G.Hagenmeyer, Universiteit Bielefeld, Duitsland

12-16 oktober mrs. Vita Puke, mrs. Ruta Rabcevska, mrs. Livija Basko, mrs. Sandra Skudra diverse Health Authorities, Letland
Mrs. Dana-Aukse Jelisejeviene, mr. Vidmantas-Vytautas Zacharas, mrs. Birute Zenkeviciute, diverse Health Authorities, Litouwen

16-21 november V. Ivashkevitch en 6 collega's (managers/ambtenaren) Ministry of Health/regional Health Authority, Wit Rusland

Het NIVEL heeft de volgende congressen (mede) georganiseerd:

Internationaal Congres "Communication in Health Care", Amsterdam 10-12 juni
Er zijn voordrachten gehouden door Jozien Bensing, Wilma Caris, Robert Hulsman, Sandra van Dulmen en Irma Kruiver.

12 mei 1998 Organisatie symposium Technology Assessment in de Thuiszorg van Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg in samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid en ZorgOnderzoek Nederland

5. HET BESTUUR

Het NIVEL werkt in een 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 1998 zes keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1998.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1998

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
Vacature	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
Vacature	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G.J. Huis in 't Veld	Consumentenbond
Vacature	Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie

Leden uit de kring van de wetenschap

	Voorgedragen door:
Dr. W.A.B Stalman, arts*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof. Dr. W.J.A. van den Heuvel	Staf NIVEL
Prof.dr. C. Spreeuwenberg	Staf NIVEL
Vacature	Staf NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

Vacature	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. Bruijel-Hooijsma	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dr. A.L. Francke	Ondernemingsraad NIVEL

6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)

Prof.Dr. J.M. Bensing

- Hoogleraar Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht;
- Gezondheidsraad;
- Adviesraad voor Wetenschap- en Technologiebeleid (AWT);
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW): Sociaal Wetenschappelijke Raad;
- NWO:
  - Afdelingsbestuur Gezondheidswetenschappen (GMW)
  - Programmacommissie "Kwaliteit van Zorg'
  - Adviescommissie Onderzoek Alternatieve Geneeswijzen;
  - Visitatiecommissie Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde
- ZON:
  - vice voorzitter Programmacommissie Zorgonderzoek
  - voorzitter Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg
  - lid Werkgroep Sekse en Gezondheid;
- VWS: Stuurgroep Vrouwenhulpverlening;
- RGO Commissie Geestelijke Gezondheidszorg;
- NHG:Buitengewoon lid Commissie 'Raamwerken';
- NSPH (Netherlands School of Public Health)
  - lid bestuur
  - voorzitter Commissie beroepsprofiel Verplegenden en Verzorgenden;
- KWF: lid Wetenschappelijke Raad voor Sociaal-oncologisch onderzoek (WRSO);
- CARE: lid bestuur Onderzoekschool ;
- UVA: lid begeleidingscommissie onderzoeksproject 'The impact of providing taped initial consultations and communicative behaviors on cancer patients' quality of life, satisfaction and recall;
- Voorzitter Commissie samenwerking Faculteit Sociale Wetenschappen - Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht;
- Lid Adviesraad 'Leidsche Rijn" ;

- Psychology and Health (P&H):
  - lid bestuur Onderzoekschool
  - lid onderzoekschool;
- Voorzitter Adviescommissie Kwaliteit Personeelsbeleid (ACKP), Universiteit Utrecht;
- Lid Klankbordgroep Academisch Leiderschap;
- Heideheuvel: lid Medisch-Ethische Commissie;
- Redactie-adviesraad Handboek 'Sturen met Zorgproducten', Bohn - Stafleu - Van Loghum;
- NIP: lid jury Heymansprijs;
- American Academy Physician and Patient;
- European Health Psychology Society;
- Editorial board 'International Journal Psychiatry in Medicine';
- Lid Scientific Committee International Conference 'Communication in Health Care' (1998);
- Lid Steering Group 'Communication in Medicine' North Western University (Chicago, 1999);
- Lid Scientific Committee 'Communication in Health Care' (Barcelona, 2000).

Prof. Dr. J. v.d. Zee

- Bijzonder Hoogleraar Rijksuniversiteit Limburg;
- Directie Onderzoekschool CaRe
- CBS:
  - Lid Commissie van Advies van de Gezondheidsstatistiek
  - Voorzitter Commissie Herziening Gezondheidsenquête
- Adviesraad Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging;
- Commissie Onderzoek Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging;
- NSPH:
  - Lid Adviesraad
  - 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;
- EUPHA (European Public Health Association):
  - Permanent lid Wetenschappelijke Commissie EUPHA 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;
- Lid Steering Group project "Health Monitoring in Sentinel Practice Networks".

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 Annual Meeting.

Drs. W. Caris-Verhallen

- Secretaris plaatselijke Abbeyfield Stichting (woonvoorziening voor ouderen).

Prof.Dr. J. Dekker	– Bijzonder hoogleraar Paramedische Zorg bij EMGO-Instituut/VU Amsterdam; – Senior adviseur Hogeschool van Amsterdam; – Voorzitter Nederlandse Behavioral Medicine Federatie; – Penningmeester Stichting Symposia en Congressen Behavioral Medicine; – 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 redactie TSG; – Lid begeleidingscommissie 'Revalidatie Activiteiten Profiel' (VU); – Lid begeleidingscommissie 'Post-operatieve behandeling van hernia' (UM); – Lid begeleidingscommissie 'Model of Human Occupation project' (HVA); – Lid werkgroep Revalidatie-onderzoek ZON; – Lid Kerncommissie MTA, Gezondheidsraad; – Voorzitter Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen (SWORA); – Vice voorzitter congrescommissie 'Diabetes en gedrag; toepassingen in de zorg'. Werkgroep Psychosociale Diabetologie/NBMF, 1998; – Lid Local Organizing Committee van het ISTAHC-2000 Congres, Den Haag.
Dr. D.M.J. Delnoij	– Bestuur Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.
Dr. A.L. Francke	– Docent zorgkunde, Medisch-Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel; – Lid Review Board 'Qualitative Health Research. An International, Interdisciplinary Journal'; – Lid redactie 'Verpleegkunde', Nederlands-Vlaams Wetenschappelijk Tijdschrift voor Verpleegkundigen'; – Bestuurslid van 'KWALON. Organisatie voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland';

- Lid redactieraad tijdschrift KWALON;
- Lid Landelijk Onderzoekersoverleg Transmurale Zorg (LOTZ);
- Lid Workgroup of European Nursing Researchers (WOENR);
- Lid Onderzoekschool CaRe.

Dr.Ir. R.D. Friele

- Kerndocent NSPH beroepsopleiding IGZ;
- 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 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.

Dr. 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;
- Lid werkgroep 'Afbouwregeling TNO-PG' van ZON;
- Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Care in the community'
- External reviewer of Research Program of the National Primary Care R&D Centre in Manchester;;
- Lid Programmacommissie Second European Nursing Congress;

	– Lid Stuurgroep 'Wijkverpleging met toekomst'; – Lid Onderzoekschool CaRe; – Lid Validation Committee Masters of Nursing opleiding in Utrecht; – Redactielid tijdschrift 'Verpleegkunde'.
Dr. E.M. Sluijs	– Lid projectgroep 'Kwaliteitsbeleid' van de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening, Ministerie VWS; – Adviseur Stichting HKZ.
Dr. P.F.M. Verhaak	– Lid Editorial Board Patient Education and Counseling; – 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

Arts SEJ, A Kerkstra, J van der Zee. A job profile of home helps in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community* (1998) 6 [6]:397-406

Baar ME van, J Dekker, W Bosveld. A survey of physical therapy goals and interventions for patients with back and knee pain. *Physical Therapy* (1998) 78 [1]:33-42

Baar ME van, J Dekker, JAM Lemmens, RAB Oostendorp, JWJ Bijlsma. Pain an Disability in Patients with Osteoarthritis of Hip or Knee: The Relationship with Articular, Kinesiological, and Psychological Characteristics. *Journal of Rheumatology* (1998) 25 [1]:125-133

Baar ME van, J Dekker, RAB Oostendorp, D Bijl, ThB Voorn, JAM Lemmens, JWJ Bijlsma. The effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of hip or knee: a randomized clinical trial. *Journal of Rheumatology* (1998) 25 2432-2439

Bijl D, J Dekker, ME van Baar, RAB Oostendorp, JAM Lemmens, JWJ Bijlsma, ThB Voorn. Validity of Cyrix's concept 'Capsular Pattern' for the diagnosis of osteoarthritis of the hip and/or knee. *Scandinavian Journal of Rheumatology* (1998) 27 347-351

Boerma WGW, PP Groenewegen, J van der Zee. General Practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Social Science & Medicine* (1998) 47 [4]:445-453

Brink-Muinen A van den. Principles and practice of women's health care. *Women's Health Issues* (1998) 8 123-130

Brink-Muinen A van den, JM Bensing, JJ Kerssens. Gender and communication style in general practice: differences between women's health care and regular health care. *Medical Care* (1998) 36 [1]:100-106

Bruijnzeels MA, M Foets, JC van der Wouden, WJA van den Heuvel, A Prins. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. *British Journal of General Practice* (1998) 48 [426]:880-884

Bruijnzeels MA, M Foets, JC van der Wouden, A Prins, WJA van den Heuvel. Measuring morbidity of children in the community: a comparison of interview and diary data. *International Journal of Epidemiology* (1998) 27 [1]:96-100

Bruijnzeels MA, JC van der Wouden, M Foets, A Prins, WJA van den Heuvel. Validity and accuracy of interview and diary data on children's medical utilisation in the Netherlands. *Journal of Epidemiology & Community Health* (1998) 52 [1]:65-69

Campen C van, HJ Sixma, JJ Kerssens, L Peters. Assessing patients' priorities and perceptions of quality of health care; the development of the QUOTE-rheumatic-patients instrument. *British Journal of Rheumatology* (1998) 37 362-368

Campen C van, HJ Sixma, JJ Kerssens, L Peters. Comparisons of the costs and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-person interviews. *European Journal of Public Health* (1998) 8 [1]:66-70

Caris-Verhallen WMCM, A Kerkstra, PGM van der Heijden, JM Bensing. Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies* (1998) 35 [1/2]:95-108

Dulmen AM van. Children's Contributions to Pediatric Outpatient Encounters. *Pediatrics* (1998) 102 [3]:563-568

Dulmen AM van, JFM Fennis, G Bleijenberg. Towards effective reassurance in irritable bowel syndrome: the importance of attending to patients' complaint-related cognitions. *Psychology Health and Medicine* (1998) 3 405-416

Ende CHM van den, TPM Vliet Vlieland, M Munneke, JMW Hazes. Dynamic Exercise in Rheumatoid Arthritis. A systematic review. *British Journal of Rheumatology* (1998) 37 677-687

Heugten CM van, J Dekker, AJ van Dijk, JC Stehmann-Saris, A Kinébanian. Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: a phase-II study. *Clinical Rehabilitation* (1998) 12 [4]:294-303

Horst HE van der, FG Schellevis, JThM van Eijk, G Bleijenberg. Managing patients with irritable bowel syndrome in general practice. How to promote and reinforce self-care activities. *Patient Education and Counseling* (1998) 35 [2]:149-156

Jans MP, FG Schellevis, W van Hensbergen, T Dukkers van Emden, JThM van Eijk. Management of asthma and COPD patients: feasibility of the application of guidelines in general practice. *Journal for Quality in Health Care* (1998) 10 [1]:27 - 34

Kulu Glasgow I, DMJ Delnoij, DH de Bakker. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy* (1998) 45 [3]:221-238

Lember M, E Kosunen, W Boerma. Task profiles of district doctors in Estonia and general practitioners in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (1998) 16 [1]:56-62

Mens-Verhulst J van, JM Bensing. Distinguishing between chronic and nonchronic fatigue, the role of gender and age. *Social Science & Medicine* (1998) 47 [5]:621-634

Ong LML, MRM Visser, IPM Kruijver, JM Bensing, A van den Brink-Muinen, JML Stouthard, FB Lammes, JCJM de Haes. The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in Oncological Consultations: Psychometric Properties. *Psycho-Oncology* (1998) 7 387-401

Pal-de Bruin KM van der, H Verkleij, J Jansen, AIM Bartelds, D Kromhout. The incidence of suspected myocardial infarction in Dutch general practice in the period 1978-1994. *European Heart Journal* (1998) 19 429-434

Pasch MAA van de, PFM Verhaak. Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. *Patient Education and Counseling* (1998) 33 [2]:97-112

Phillips DR, PP Groenewegen, Y Verhasselt. Health, environment and development: issues in developing and transitional countries. *GeoJournal* (1998) 44 [2]:97-102

Phillips DR, Y Verhasselt, PP Groenewegen. Health, Environment and Development (Editorial). *GeoJournal* (1998) 44 [2]:95

Raaijmakers MF, J Dekker, PH Dejonckere. Diagnostic Assessment and Treatment Goals in Logopedics: Impairments, Disabilities and Handicaps. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* (1998) 50 71-79

Raaijmakers MF, J Dekker, PH Dejonckere, J van der Zee. Medical and Educational Fields in Logopedics in The Netherlands: A Comparison in Historical and European Perspective. *Folia Phoniatrica et Logopaedica* (1998) 50 80-91

Rabinowitz J, D Feldman, R Gross, W Boerma. Which Primary Care Physicians Treat Depression? *Psychiatric Services* (1998) 49 (No.1) 100-102

Rijk A de, K Schreurs, JM Bensing. General practitioners' attributions of fatigue. *Social Science & Medicine* (1998) 47 [4]:487-496

Rijken PM, J Dekker. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantative approach. *Clinical Rehabilitation* (1998) 12 143-150

Rijken PM, J Dekker, E Dekker, GJ Lankhorst, K Bakker, J Dooren, JA Rauwerda. Clinical and functional correlates of foot pain in diabetic patients. *Disability and Rehabilitation* (1998) 20 [9]:330-345

Roebroeck ME, J Dekker, RAB Oostendorp. The Use of Therapeutic Ultrasound by Physical Therapists in Dutch Primary Health Care. *Physical Therapy* (1998) 78 [5]:470-478

Roebroeck ME, J Dekker, RAB Oostendorp, W Bosveld. Physiotherapy for patients with lateral ankle sprains. *Physiotherapy* (1998) 84 421-432

Roebroeck ME, J Harlaar, GJ Lankhorst. Reliability Assessment of isometric Knee Extension Measurements With a Computer-Assisted Hand-Held Dynamometer. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (1998) 79 [4]: 442-448

Sixma HJ, JJ Kerssens, C van Campen, L Peters. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* (1998) [1]:82-95

Sixma HJ, PMM Spreeuwenberg, MAA van de Pasch. Patient Satisfaction with the General Practitioner: A Two-Level Analysis. *Medical Care* (1998) 36 [2]:212-229

Tijhuis MAR, HD Flap, M Foets, PP Groenewegen. Selection in the social network. Effects of chronic diseases. *European Journal of Public Health* (1998) 8 [4]:286-293

Velden J van der, HPhH Abrahamse, GA Donker, J van der Steen, JLA van Sonsbeek, GAM van den Bos. What do health interview surveys tell us about the prevalences of somatic chronic diseases? A study into concurrent validity. *European Journal of Public Health* (1998) 8 [1]:52-58

Verhaak PFM, JM Bensing, AM van Dulmen. Communication in health care. *Patient Education and Counseling* (1998) 34 [Suppl.1]:S1 -S4

Verhaak PFM, JJ Kerssens, J Dekker, MJ Sorbi, JM Bensing. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* (1998) 77 231-239

Verheij RA, HD van der Mheen, DH de Bakker, PP Groenewegen, JP Mackenbach. Urban-rural variations in health in the Netherlands: does selective migration play a part? *Journal of Epidemiology & Community Health* (1998) 52 [8]:487-493

Wiegers TA. Home of hospital birth: A prospective study of midwifery care in the Netherlands. *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (1998) 79 139-141

Wiegers TA, J van der Zee, MJNC Keirse. Transfer from Home to Hospital: What Is Its Effect on the Experience of Childbirth? *Birth* (1998) 25 [1]:19-24

Wiegers TA, J van der Zee, MJNC Keirse. Maternity Care in The Netherlands: The Changing Home Birth Rate. *Birth* (1998) 25 [Sept.]:190-197

Wiegers TA, J van der Zee, JJ Kerssens, MJNC Keirse. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands. *Social Science & Medicine* (1998) 46 [11]:1505-1511

Overige internationale (Engelstalige) publicaties

Bartelds AIM. Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands. 1996. Utrecht: NIVEL, 1998

Bensing JM, J Szecsenyi, U Sätterlund Larsson. Doctor-patient communication: A matter of balance (Editorial). In: Bensing JM, U Sätterlund Larsson, J Szecse-

nyi (eds.). Doctor-patient communication and the quality of care in general practice. Utrecht: NIVEL, 1998

Bensing JM, U Sätterlund Larsson, J Szecsenyi (eds.). Doctor-patient communication and the quality of care in general practice. Utrecht: NIVEL, 1998

Boerma WGW, DM Fleming. The role of General Practice in Primary Health Care. WHO Europe, 1998

Boerma WGW, SJ Grielen. Groundwork for primary care in Slovakia. Report from an EC/Phare project. Utrecht: NIVEL, 1998

Caris-Verhallen WMCM, A Kerkstra, JM Bensing. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. Research in Practice; Study Guide 1998 RCN Institute. London: Royal College of Nursing, 1998

Kerkstra A, JBF Hutten. Home nursing and home help. European Home and Community Care 1998/99European Home and Community Care 1998/99. The official EACHH Reference Book. London: Campen Publishing Ltd, 1998

Meeuwesen L, JM Bensing, M Kaptein. Doctor-parent-child communication over the years: an interactional analysis. In: Bensing JM, U Sätterlund Larsson, J Szecsenyi (eds.). Doctor-patient communication and the quality of care in general practice. Utrecht: NIVEL, 1998

Sluijs EM, JJ Kerssens, J van der Zee, LB Myers. Adherence to Physiotherapy. In: Myers LB, K Midence (eds.). Adherence to Treatment in Medical Conditions. The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1998

Verhaak PFM. Guest Editor. Communication in Health Care, Amsterdam, 10-12 June 1998. *Patient Education and Counseling* (1998) 34 [Suppl.1]

Weide MG, F El Fakiri, I Kulu Glasgow. Primary Health Care in the Southern Mediterranean Region. Utrecht: NIVEL, 1998

Dissertaties

Baar ME van. Effectiveness of exercise therapy in osteoarthritis of hip or knee. Dissertatie, Universiteit Utrecht . Utrecht: NIVEL, 1998

Heugten CM van. Apraxia in stroke patients: assessment and treatment. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen. Utrecht: NIVEL, 1998

Hulsman RL. Communication Skills of Medical Specialists in Oncology. Development and Evaluation of a Computer-Assisted Program. Dissertatie Universiteit Utrecht. Utrecht: NIVEL, 1998

Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Dissertatie Universiteit Utrecht. Utrecht: ICS, 1998

Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Bilsen P van, DD Otten, A Kerkstra. De interactie tussen verzorgenden en dementerende ouderen in het verpleeghuis. Een literatuuroverzicht. *Verpleegkunde* (1998) 13 [2]:109-126

Bruin A de, PFM Verhaak. De rol van het Algemeen Maatschappelijk Werk bij psychosociale problemen. Meningen van huisartsen en RIAGG's. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1998) 76 [1]:10-16

Campen C van, A Kerkstra. Ervaren kwaliteit van leven van oudere somatische verpleeghuispatiënten. Constructie van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* (1998) 29 [1]:11-19

Caris-Verhallen WMCM, M Spierings, A Kerkstra. Kwaliteit van zorg aan ouderen. Het perspectief van verplegenden en hun oudere cliënten vergeleken. *Verpleegkunde* (1998) 13 [4]:239-250

Claas ECJ, AIM Bartelds, JW Dorigo-Zetsma, GF Rimmelzwaan, JC de Jong, ADME Osterhaus. Het influenzaseizoen 1997/'98 en de vaccinsamenstelling voor 1998/'99. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1998) 142 [44]:2423

Dalen IV van, JW Groothoff, PP Groenewegen, JR van Horn. Second opinions in de Orthopedie. *Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie* (1998) 5 35-39

Doeglas D, DMJ Delnoij, L Hingstman, J Harmsen, RA Holl. Tijdsbesteding van vrijgevestigden en specialisten in dienstverband. Een vergelijkend onderzoek onder kinderartsen in algemene ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1998) 76 [7]:381-388

Donker GA, M Foets, PMM Spreeuwenberg, GTh van der Werf. Beleid bij psoriasis in de huisartspraktijk nu meer in overeenstemming met de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1998) 142 [24]:1379- 1383

Dulmen AM van, JFM Fennis, G Bleijenberg. Betere prognose van functionele buikklachten door aandacht voor psychische factoren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1998) 142 [12]:641-644

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, DH de Bakker. Interventies gericht op het beïnvloeden van het aanvragen van laboratoriumonderzoek. Een literatuuronderzoek. *Huisarts en Wetenschap* (1998) 41 [3]:121-125

Gorter KJ, PRJW Ruding, MCVM Luykx, PP Van Benthem, DMJ Delnoij. Tussen ideaal en werkelijkheid. Transmurale zorgafspraken over sinusitis maxillaris door medificatie van de NHG-standaard. *Huisarts en Wetenschap* (1998) 41 [7]:328-332

Heiligers PhJM, L Hingstman. Orthopedische chirurgen en deeltijd werken; keuzen, motieven en visies. *Nederlands Tijdschrift voor Orthopedie* (1998) 5 [4]:28-33

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

Hulshof NA, PP Groenewegen, AJE de Veer. Beleidsbeëindiging tijdens de invoeringsfase: de lotgevallen van de 'knip' in de thuiszorg. *Beleidswetenschap* (1998) 12 [1]:26-40

Rijken PM, A de Bruin, M Foets, L Peters, JM Bensing. Mensen met chronische aandoeningen over hun wachttijden. *Kwaliteit & Zorg* (1998) 6 [3]:98- 108

Roebroeck ME, W Bosveld, J Dekker, RAB Oostendorp. Extramurale fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* (1998) 108 [4]:78-87

Velden J van der. Sociale verschillen in morbiditeit en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* (1998) 41 [4]:165-172

Verheij RA, AH de Boer, GP Westert. Stad-plattelandverschillen in het gebruik van informele zorg door ouderen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1998) 76 [1]:2-9

Weide MG, M Foets. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* (1998) 41 [4]:179-183

Weide MG, M Foets. Migranten op het spreekuur van de huisarts. Inhoud en duur van het consult. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1998) 76 [6]:305-310

Weide MG, M Foets. Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnosen dan Nederlanders. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1998) 142 [38]:2105-2109

Zomerdijk TE, AJ Beetsma, J Dekker, R van Wijck, JR van Horn. Conservatieve behandeling van het patellofemoraal pijnsyndroom - Een systematisch literatuuronderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* (1998) 108 [4]:95-102

Artikelen in vaktijdschriften

Bensing JM, D de Ridder, EM Sluijs. Therapietrouw: van gehoorzaamheid naar zelfregulatie. *Bijblijven* (1998) 14 [1]:44-49

Calsbeek H, W van der Windt, L Hingstman. Nieuwe feiten over verpleging en verzorging. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* (1998) 20 609- 619

Campen C van. Kwaliteit van leven in verpleeghuizen. Een meetinstrument voor management en onderzoek. *Ouderenzorg* (1998) [6]:28-29

Campen C van. Zelfstandigheid en veiligheid in verpleeghuizen. *De Wekker* (1998) [1]:10-11

Dekker J. De mening van Joost Dekker. *Fysioscoop* (1998) 1

Delnoij DMJ. De huisarts als budgethouder. *De Achterwacht* (1998) 12 [1]:12-14

Delnoij DMJ. De tien meest gestelde vragen over de betaling van ziekenhuizen. *De Achterwacht* (1998) 12 [2]: 22-26

Doeglas D, DMJ Delnoij. Het (lage) Biesheuvelgehalte van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten in lokale initiatieven. *Medisch Contact* (1998) 53 [41]:1310-1312

Dulmen AM van. In de spreekkamer van de kinderarts. *Kind en ziekenhuis* (1998) 21 [1]:23-25

Francke AL. Sterven, rouw en verpleegkundigen. (Redactioneel). *Verpleegkunde* (1998) 13 [2]:74-75

Francke AL, APh Visser. Palliatieve zorg: een beschermende mantel of een jas met gaten? (Redactioneel). *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* (1998) 76 [2]: 57-58

Friele RD. Vertrouwen wij de zorgaanbieders? *Kwaliteit in Beeld* (1998) 8 [5]:21-22

Friele RD, MG Andela. Patiënten weten niet wat het ziekenhuis kost. *ZorgVisie* (1998) 28 [13]:36-39

Friele RD, GFM Straten, PP Groenewegen, MG Andela. De consument spreekt: Voldoende vertrouwen in de gezondheidszorg. *ZorgVisie* (1998) 28 [7]:10-13

Groen A. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Voorlichting over prenataal onderzoek blijft achter bij techniek. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [2]:32-34

Heerkens YF, PM Rijken. Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken. *Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie-Mensendieck* (1998) 59 [1]:9-11

Heerkens YF, PM Rijken, J Dekker. Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken. De zorg door ergotherapeuten. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* (1998) 26 [aug]:144-150

Heerkens YF, PM Rijken, J Dekker. Inventarisatie van paramedische zorg voor chronisch zieken. *Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne* (1998) 3 [juni]:35-38

Kerssens JJ, L Peters. Tien jaar vragen over HIV en AIDS bij de huisarts. *AIDS-bestrijding* (1998) 41 10-12

Knibbe JJ. Een gladde puntzak ter verlichting van een zwaar karwei. *Tijdschrift voor Verzorgenden* (1998) 3 22-25

Kosters J, EM Sluijs, K Verschure. Kwaliteitsbepalingen voor Amicon Zorgverzekeraar. *Kwaliteit in Beeld* (1998) 8 [5]:10-13

Miltenburg IA, WMCM Caris-Verhallen, A Kerkstra. Particuliere thuiszorg voldoet nog niet aan alle eisen. *ZorgVisie* (1998) 28 [7]:6-9

Rikken SAJJ, DH de Bakker. Transmurale afstemming van farmacotherapie. *Medisch Contact* (1998) 53 [11]:364-366

Schuller R, C Wagner. Inhoudsanalyse. Jaarverslagen 1996 op inhoud onderzocht. *Kwaliteit in Beeld* (1998) 8 [1]:4-6

Schuller-Punt R, DMJ Delnoij. De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk. *De Achterwacht* (1998) 12 [3]:19-20

Schuller-Punt R, DMJ Delnoij. Is een praktijkverpleegkundige de oplossing voor de overbelaste huisarts? *Medisch Contact* (1998) 53 [45]:1438-1441

Sixma HJ. Onderzoek naar kwaliteit van zorg: Bekijk het eens vanuit het patiëntenperspectief. *Ouderenzorg* (1998) [9]:28-29

Sixma HJ. Over meten en verbeteren. Vergelijking van meetinstrumenten. *Kwaliteit in Beeld* (1998) 8 [6]:7

Sixma HJ, W Bosveld, J Dekker. Opleiding een '8', beroep een '8,5'; oordelen van MBRT'ers en hun leidinggevenden. *Tijdschrift voor Nucleaire Geneeskunde* (1998) 20 [3]:93-99

Sluijs EM. Kwaliteitsbeleid NWP: hoe staat het ermee? *NWP-nieuws* (1998) [401]:9-12

Steultjens MPM, E Steultjens, NLM van Meeteren. Wetenschappelijk onderzoek in de ergotherapie: een inleiding. *Acta Ergotherapeutica Belgica* (1998) [2]:12-17

Straten GFM, RD Friele. De bruikbaarheid van klachtenrapportages in de gezondheidszorg. *Kwaliteit in Beeld* (1998) 8 [3]:8-9

Straten GFM, RD Friele. Wet klachtrecht beperkt Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar toezichthoudende taak. *Acta Hospitalia* (1998) 38 [1]:27-37

Thiel E van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Fysiotherapie een mengeling van 'evidence based' en ervaring. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [7/8]:39-41

Thiel E van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Identificatie achterstandsgebieden gebeurt goed, maar kán beter. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [11]:34-36

Thiel E van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Chronisch zieken hechten zeer aan het eigen ziekenhuis. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [10]:27-29

Thiel E van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Hoge influenzavaccinatiegraad stemt tot tevredenheid. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [12]:35-37

Veerman F, DH de Bakker, J van de Sande, A van de Rijdt-van de Ven. Een experiment met een bonus-malussysteem in vijf gezondheidscentra. Doelmatigheid beproefd. *Medisch Contact* (1998) 53 [20]:679-680

Wit MAS de, MPG Koopmans, LM Kortbeek, WJ van Leeuwen, J Vinjé, AIM Bartelds, YTPH van Duijnhoven. Gastro-enteritis in huisartsenpeilstations. *Infectieziekten-Bulletin* (1998) 9 [12]:312 -313

Zijderveld D van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Poortwachtersfunctie onder druk door hoge werkbelasting. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [3]:34-36

Zijderveld D van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Positie Slowaakse huisarts sterker door Nederlandse steun. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [4]:35-37

Zijderveld D van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Oefentherapie bij artrose heeft wel degelijk effect. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [5]:37-38

Zijderveld D van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Eigen bijdrage voor huisarts kan poortwachtersfunctie ondermijnen. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [6]:24-26

Zijderveld D van. Uit NIVEL-onderzoek blijkt... Communicatie is essentieel in patiëntgerichte geneeskunde. *De Huisarts in Nederland* (1998) 9 [9]:44-46

Boeken

Bensing JM, JWM van der Meer (eds.). Vermoeidheid. Cahier bio-wetenschappen en maatschappij, 1998

Groot R de (ed.). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1998. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom, 1998

Temmink D, AL Francke, A Kerkstra. Over spreekuren gesproken. Een inventarisatie van transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998

Windt W van der, H Calsbeek, L Hingstman. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998. Maarssen/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, 1998

Windt W van der, H Calsbeek, L Hingstman. Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1998, zakboekje. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998

Boekbijdragen

Bensing JM. De arts-patiënt relatie: bron van genezing en frustratie. In: Aakster CW, JW Groothoff (eds.). Medische Sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998

Bruin A de, A Kerkstra. Integratie van kruiswerk en gezinsverzorging: effecten op langere termijn. Handboek Thuiszorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998

Dekker J. Paramedische zorg: diagnose, behandeling en effect. In: Huybers PW, MM van Santvoort (eds.). Ouder worden '98. Utrecht: NIG, 1998

Francke AL. Palliatieve zorg, een kader. In: Habets HPJM, CC Koning, PMF van Mechelen (eds.). Jaarboek Verpleegkunde '98. Dwingelo: KAVANAH, 1998

Friele RD. Empowerment: nieuw en opvallend. In: Royers T, L de Ree, G Verbeek (eds.). Empowerment. Utrecht: NIZW, 1998

Groenewegen PP. Besluitvorming in de gezondheidszorg op macroniveau. In: Aakster CW, JW Groothoff (eds.). Medische Sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998

Hulsman R, A Kerkstra. Omvang van de groep thuiswonende patiënten met complexe zorgvragen. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Redesigning van de eerstelijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998

Kok GJ, CGM Meskers, HM Vermeulen, CHM van den Ende. De fysiotherapeutische behandeling van de a-traumatische recidiverende schouderinstabiliteit. In: Smit-Engelsman BCM, I van Ham, G Aufdemkampe, JB den Dekker, P Vaes (eds.). Jaarboek Fysiotherapie Kinesietherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998

Ros CC. Evaluatie van kwaliteitskenmerken gezondheidscentra. Handboek Kwaliteit van Zorg. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998

Zee J van der. Inleiding deel III: Organisatie van de zorgverlening. In: Aakster CW, JW Groothoff (eds.). Medische Sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998

Zee J van der. Eerste lijn, thuiszorg of primary health care. In: Aakster CW, JW Groothoff (eds.). Medische Sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1998

Rapporten

Bakker DH de, I Kulu Glasgow, HPhH Abrahamse, H van den Hoogen, J Braspenning, T van Althuis, R Rutten. Jaarrapport LINH 1997. Contactfrequenties in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: NIVEL, 1998

Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 1997. Utrecht: NIVEL, 1998

Casparie AF, M Foets, MF Raaijmakers, DH de Bakker, MJ Schneider, PS Sterkenburg, CGC Janssen, AM Bijman-Schulte, RH Bakker, P Moorer, ThWN Dassen, ThPBM Suurmeijer. Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntenperspectief VCC. Handleiding en vragenlijsten. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS, 1998

Dekker J, D van Ravensberg, E van den Ende, RAB Oostendorp. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck en het Amsterdamse Dienstenmodel: samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 4. Utrecht: NIVEL/NPi, 1998

Delnoij DMJ, PP Groenewegen, CC Ros. Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van de zorg: een studie naar (on)bedoelde gevolgen. Utrecht: NIVEL, 1998

Francke AL, NA Hulshof. Ondersteuningsteams palliatieve zorg: een studie naar de stand van zaken. Utrecht/Maastricht: NIVEL/Academisch Ziekenhuis Maastricht, 1998

Hackenitz E, C Wagner. Kwaliteitssystemen in de maatschappelijke opvang. Utrecht: NIVEL, 1998

Hingstman L, LFJ van der Velden. Behoefteraming huisartsen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998

Hutten JBF, CC Ros, DMJ Delnoij (eds.). Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigen-bijdrageregeling. Utrecht: NIVEL, 1998

Hutten JBF, CC Ros, DMJ Delnoij, RD Friele, PP Groenewegen. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport IV: kennis en ervaringen van aanbieders van zorg. Utrecht: NIVEL, 1998

Kerssens JJ, L Peters. Angst voor AIDS bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1997. Utrecht: NIVEL, 1998

Kerssens JJ, PFM Verhaak, EM Sluijs, JJ Knibbe, IMJ Hermans. Effect van therapietrouw in de fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 1998

Kerssens JJ, WJ de Vries, PFM Verhaak. Samenwerking tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 1998

Knibbe JJ, NA Hulshof. Kleine hulpmiddelen: hulp voor bewoners en zorgverleners? Utrecht: NIVEL, 1998

Pijnenborg A, L van Berkel, E van den Ende, D van Ravensberg, RAB Oostendorp, J Dekker. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck: resultaten van het evaluatie-onderzoek. Deelrapport 1. Utrecht: NIVEL/NPi, 1998

Pijnenborg A, W Bosveld, RD Friele, J Dekker. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck: werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten. Deelrapport 3. Utrecht: NIVEL/NPi, 1998

Rijk K de, PFM Verhaak, B Tiemens, W de Vries, JJ Kerssens, G Hutschemaekers. Tussen de lijnen. Achtergrondstudies bij de beleidsvisie GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut/NIVEL, 1998

Rijken PM, A de Bruin, M Foets, L Peters. Wachttijden in de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1998

Roebroeck ME, W Bosveld, J Dekker, RAB Oostendorp. Extramurale fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk. Eindrapport van het project

Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, tweede fase (BEEF-II). Utrecht: NIVEL, 1998

Ros CC, JBF Hutten, DMJ Delnoij, RD Friele, PP Groenewegen. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling Ziekenfondsverzekerden. Deelrapport III: ervaringen van ziekenfondsen bij uitvoering van de eigen-bijdrageregeling najaar 1997. Utrecht: NIVEL, 1998

Schers J, R Drijver, M Kastein, J van Doremalen, H van den Hoogen, J Braspenning. LINH. Aspecifieke lage rugpijnklachten in de huisartspraktijk. Nijmegen/ Utrecht: WOK/NIVEL, 1998

Schuller R, DH de Bakker. Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door specialisten: nulmeting voorafgaand aan een interventie in het Academisch Ziekenhuis Nijmegen St. Radboud. Utrecht: NIVEL, 1998

Schuller R, DH de Bakker. Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen: tussenmeting van de resultaten van het implementatieprogramma 'voorschrijven op stofnaam'. Utrecht: NIVEL, 1998

Sixma HJ, C van Campen, JJ Kerssens, L Peters. Onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL/NWO/VWS, 1998

Sluijs EM, IA Miltenburg, GJ Visser, DH de Bakker. Kwaliteitsbeleid in ontwikkeling bij beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Ervaringen met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid door beroepsorganisaties van alternatieve genees- en behandelwijzen. Utrecht: NIVEL, 1998

Sluijs EM, ME Roebroeck, E van den Ende, J Dekker. Kwaliteitsbevordering paramedische zorg. Opzet van de programma-evaluatie en resultaten van de voormeting. Utrecht: NIVEL, 1998

Steultjens MPM, H Hofhuis, EM Sluijs, J Dekker. De omvang van de logopedische behandeling. Utrecht: NIVEL, 1998

Storm I, H Hofhuis, L van Berkel, E van den Ende, D de Visser, RAB Oostendorp, J Dekker, D van Ravensberg. Het Amsterdamse Dienstenmodel: evaluatie en vergelijking met de landelijke vergoedingsregelingen. Deelrapport 2. Utrecht: NIVEL/NPi, 1998

Straten GFM, A Meijer, RD Friele. Brancherapport Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, 1998

Straten GFM, RD Friele. Techniek in de thuiszorg: een overzicht van de internationale literatuur. Bijlage 1 behorende bij rapportage 'Actualisatie-studie thuiszorgtechnologie'. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1998

Tacken M, H van den Hoogen, W Tiersma, DH de Bakker, J Braspenning. LINH: Programmatische preventie in de huisartspraktijk. Monitoring van de influenzavaccinaties in 1997 & Monitoring van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 1997. Nijmegen/Utrecht: NIVEL, 1998

Tacken M, H van den Hoogen, W Tiersma, DH de Bakker, J Braspenning. LINH. De influenzavaccinatiecampagne 1997. Nijmegen/Utrecht: WOK/NIVEL, 1998

Temmink D, AL Francke, A Kerkstra. Transmurale verpleegkundige spreekuren in Ziekenhuis De Weezenlanden: een evaluatiestudie. Utrecht: NIVEL, 1998

Veer AJE de, A Kerkstra. Bewonerspanel verpleeghuizen. Een haalbaarheidsstudie aan de hand van een onderzoek naar privacy in verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL, 1998

Veer AJE de, A Kerkstra. Plaats en functie van het orthopedagogisch ervaringshuis in Apeldoorn. Utrecht: NIVEL, 1998

Velden LFJ van der, DM van der Meulen, L Hingstman. Werklastmeting radiologen. Utrecht: NIVEL, 1998

Velden LFJ van der, H Calsbeek, L Hingstman. Behoefteraming neurologen en klinisch neurofysiologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998

Velden LFJ van der, H Calsbeek, L Hingstman. Behoefteraming radiologen 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1998

Velden LFJ van der, H Calsbeek, L Hingstman. Behoefteraming dermatologen 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1998

Velden LFJ van der, H Calsbeek, L Hingstman. Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010. Utrecht: NIVEL, 1998

Verheij RA, DH de Bakker. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden. Utrecht: NIVEL, 1998

Verheij RA, SA Reijneveld, DH de Bakker. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht: NIVEL/TNO-PG, 1998

Wagner C, R Vening, DH de Bakker. Verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën in de eerste lijn. Eindevaluatie. Utrecht/Eindhoven: NIVEL/Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE), 1998

Weelderen G van, A Kerkstra. Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen. Utrecht/Bunnik: NIVEL/STOOM, 1998

Welling BJM, DMJ Delnoij, J Dekker, J Oppelaar, AJJ van der Kwartel, RLC Smit, PM van Rooij, W van Eijk. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1998

Welling BJM, J Dekker. Logopedie in kaart gebracht. Verdiepingsstudie nr. 4. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1998

Welling BJM, DMJ Delnoij. Spoedeisende medische hulpverlening. De rol van de huisarts en Financieringswijze participanten. Verdiepingsstudie nr. 6. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: NIVEL/NZi, 1998

Wiegers TA, L Hingstman, W van der Windt, J Harmsen, J van der Bent, PC Allaart, M de Voogd-Hamelink. Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998. Deel 2: tabellenrapport. Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998

Wiegers TA, L Hingstman, W van der Windt, J Harmsen, J van der Bent, PC Allaart, M de Voogd-Hamelink. Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998. Deel 1: hoofdrapport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998

Wiegers TA, L Hingstman. Arbeidsmarktverkenning farmakundigen. Utrecht: NIVEL, 1998

Wiegers TA, L Hingstman. Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel. Utrecht: NIVEL, 1998

Wiegers TA, L Hingstman. Een oriënterend onderzoek naar de arbeidsmarkt voor tandprothetici. Utrecht: NIVEL, 1998

Lezingen en posterpresentaties

- Bakker D.H. de: Onderzoek naar kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg. College Care cursus, 9 april 1998
- Bakker DH de: Morbiditeitsregistratie en LINH. Presentatie op de 320e wetenschappelijke vergadering van het RIVM. Bilthoven, 23 juni 1998
- Bakker DH de: De eerste lijn. Inleiding gehouden op 'sectorenmarkt' opleiding Beleid en Management in de Gezondheidszorg. 23 oktober 1998
- Bakker DH de: Use of databases in Quality of Care Research. College Care cursus: Research on Quality of Care: Study Designs and Applications. 1 december 1998
- Bensing JM, Brink-Muinen A van den, Rijk A de, Rijken PM: Vermoeidheid in de huisartspraktijk: laveren tussen doen en laten. Lezing PAOG/ME-Stichting, AZU, Utrecht, 9 januari 1998
- Bensing JM: Veranderingen in de arts-patiënt relatie. Lezing Universiteit Utrecht, 25 februari 1998
- Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL: Talking with hypertensive patients: An international comparison study in the Netherlands and the USA. Lezing 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Bensing JM: Communication in health care: The pathway to patient-centered medicine. Lezing Conference 'Communication in health care', Amsterdam, 10-12 juni 1998
- Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL: Doctors talking with hypertensive patients: differences between the Netherlands and the USA. European Conference on Psychosomatic Research, Manchester, 1 september 1998
- Bensing JM: Vrouwen vooruit! - En: waarom dat niet vanzelf gaat. Universiteit Utrecht, Studium Generale: 100 jaar vrouwenarbeid, 27 oktober 1998
- Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL: Talking with hypertensive patients. An international comparison study in the Netherlands and the USA. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Boerma WGW: The position of general practice/family medicine in Europe. Lezing WHO Conferentie on the Charter for general Practice, 6 februari 1998 Copenhagen
- Boerma WGW: Developing quality in primary care. Lezing, Sofia, 1-2 April 1998

- Boerma WGW: What's next with primary care in Slovakia. Lezing 2nd National Congress on primary health care, 8 mei 1998 Bratislava
- Boerma WGW: Interventions in primary care; the relationship between the planned project activities. Lezing Minsk, 15 september 1998
- Boerma WGW: Preliminary evaluation of the intervention in general practice in the Odessa region. Lezing, Odessa, 11 december 1998
- Boerma WGW: Role and functions of general practice in Europe: state of affairs and strategies for improvement. Lezing WHO Southnet Conference, Thessaloniki, 18 december 1998
- Brink-Muinen A van den: Doctor-patient communication in European countries. Lezing 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Brink-Muinen A van den, Dulmen S van: Doctor-patient communication in European countries. Lezing Conference 'Communication in health care', Amsterdam, 10-12 juni 1998
- Brink-Muinen A van den, Dulmen S van: Doctor-patient communication in European countries. Lezing WONCA-conference Dublin, 14-18 juni 1998
- Brink-Muinen A van den: Patiëntenoordelen over de communicatie met de huisarts in Europa. Voordracht Referatendag NHG, 15 mei 1998
- Brink-Muinen A van den, Boerma WGW: Borstkankerscreening in de huisartspraktijk in Europa Poster Wetenschappelijke Dag Dutch Foundation of Women and Health Research, 5 nov. 1998, VU Amsterdam
- Calsbeek H: Werkbelasting, gezondheidsklachten en ziekteverzuim in de gezondheidszorg. Lezing Congres Arbeid in de zorgsector. Nederlands Congres Centrum, Den Haag, 15 mei 1998
- Caris-Verhallen WMCM: 'Nurse-elderly patient communication'. Lezing 2nd Conference in Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Caris-Verhallen WMCM: 'Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care'. Lezing Conference 'Communication in Health Care', Amsterdam, 10-12 juni 1998
- Dekker J: Exercise therapy in patients with osteoarthritis: a systematic review. Lezing ISTAHC congres, Ottawa, Canada, 5-10 juni 1998
- Dekker J: Fear and avoidance of activity in osteoarthritis patients. Lezing International Society of Behavioral Medicine, Copenhagen, augustus 1998
- Dekker J: Gezondheid, gedrag en fysiotherapie. Lezing Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag, 1998
- Dekker J: Paramedische zorg: diagnose, behandeling en effect. Lezing congres Ouder worden, maart 1998, Rotterdam
- Dekker J: Theoretische fundering als basis voor de toekomstige wetenschappelijke ontwikkeling van de ergotherapie. Lezing Hogeschool van Amsterdam, 1998

- Dekker J. Paramedische zorg: onderwijs, onderzoek en de beroepspraktijk. Lezing. Hogeschool van Amsterdam, maart 1998
- Delnoij DMJ e.a: Effecten van eigen bijdragen in het ziekenfonds in Nederland. Lezing op het VGE-congres 'Financiële verantwoordelijk van de patiënt'. Antwerpen, 13 november 1998
- Delnoij DMJ, Ros CC, Groenewegen PP: Cost sharing in Europe, Canada and the United States. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Delnoij DMJ, Westert GP: The development and provision of ambulatory surgery in twelve European countries, Poster EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Donkervoort M. et al: Incidence of apraxia in patients with a left hemisphere stroke. Poster International congress of the WFOT, Montreal, Canada
- Donkervoort M. et al: Incidence of apraxia in patients with a left hemisphere stroke. Lezing Rehabilattion congress, Berlijn
- Dulmen AM van: Gynaecological communication during high-risk and normal pregnancies. Lezing 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Dulmen AM van: Doctor-patient communication during gynaecological outpatient consultations. Lezing Conference 'Communication in health care', Amsterdam, 10-12 juni 1998
- Eijkelenburg JJH van: Computergestuurd laboratorium aanvragen in LINH. Bijdrage aan workshop EMD-congres 1998
- El Fakiri F: Kraamzorg in allochtone gezinnen: ervaringen van kraamverzorgenden. Lezing Nationale Kraamzorgdag, mei 1998
- El Fakiri F, Kulu Glasgow I, Weide MG, Foets M: Bottlenecks in the maternity care for migrant women in the Netherlands. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Ende CHM van den, Breedveld FC, Dijkmans BAC, Le Cessie S, Wassenaar JA, Hazes JMW: The effect of short-term dynamic exercise therapy in active rheumatoid arthritis, a randomised clinical trial. Poster British Society for Rheumatology, Brighton 1998
- Ende CHM van den: "Ins en outs van oefentherapie bij reumatoide artritis". Lezing gezamenlijke jaarconges Nederlandse Vereniging voor Orthopedie en de Nederlandse vereniging voor Reumatologie 23 januari 1998
- Ende CHM van den: "Ins en outs van oefentherapie bij reumatoide artritis", Lezing SWORA-bijeenkomst 12 juni 1998
- Ende CHM van den: Discrepancy between clinical practice and evidence-based knowlegde; a systematic review of the benefits and sequelae of dynamic exercise in rheumatoid arthritis. Lezing ISQUA (International Society for Quality in Health Care), Boedapest, 10 oktober 1998

- Ende CHM van den: Effecten van oefentherapie bij reumatoide artritis: resultaten van onderzoek. Lezing Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag 1998
- Ende CHM van den: Effecten van oefentherapie bij reumatoide artritis: resultaten van onderzoek. Lezing symposium Nederlandse Vereniging voor Oefentherapie Mensendieck, Ede, november 1998
- Francke AL: zes colleges over 'Zorgkunde' aan de Vrije Universiteit Brussel, studierichting Medisch Sociale Wetenschappen, maart-april 1998
- Francke AL: Palliatieve zorg in Nederland. Lezing bijeenkomst Netwerk Transmuraal Werkenden, Utrecht, 18 juni 1998
- Francke AL: Wetenschap en intuïtie in de verpleging. Lezing jubileumcongres van VERVE, Utrecht, 24 september 1998
- Friele RD: Het komen en gaan van thuiszorgtechnologieën in de internationale literatuur. Inleiding op het symposium 'Technology assessment in de thuiszorg'. Utrecht, 12 Mei 1998
- Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen PP: Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Groenewegen PP: The relations between hospitals and independent physicians. Lezing Ljubljana, september 1998
- Groenewegen PP, Kool JMF, Delnoij DMJ, Kerssens JJ: The effects of patient charges on medical consumption. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Heiligers Ph: Deeltijd werken onder medisch specialisten. Lezing Sociaal Wetenschappelijke Studiedagen april 1998
- Heiligers Ph: Part-time practice and career preferences in medicin: gender difference. Poster 2nd Conference in Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Hingstman L, Van der Velden LFJ: Towards a comprehensive model for manpower planning on health workforce in the Netherlands. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Hulshof NA, Delnoij DMJ: Bridging the gap between general practitioner and medical specialist. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM: The effectiveness of Interact-Cancer on communication skills of medical specialists in oncology, 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM: The effect of the computer-assisted interactive video training 'Interact-Cancer' on the communication skills of medical specialists in oncology. Lezing Conference 'Communication in Health Care', Amsterdam, 10-12 juni 1998

- Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM: The effectiveness of Interact-Cancer, a CAI course on communication skills for medical specialists in oncology. Lezing 10th ESPO conference, Stockholm, 15-17 juni 1998
- Hutten JBF: Home care organization. Gastcollege, Masterclass Health care systems in transformation - An international perspective. Utrecht University, 1998
- Kerkstra A: Integratie van kruiswerk en gezinsverzorging: effecten op kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Lezing symposium Nationale Federatie van Wit-Gele-Kruisverenigingen. Brussel, 21 februari, 1998
- Kerkstra A: Integratie van kruiswerk en gezinsverzorging: effecten op langere termijn. Lezing voor Belgische beleidsmedewerkers georganiseerd door het NIZW. Bunnik, 13 mei 1998
- Kerssens JJ: The epidemiology of chronic benign pain disorder. Lezing 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Kerssens JJ, Verhaak PFM, Bensing JM, Bartelds AIM: Medical consumption and functional impairments of patients with chronic benign pain disorder. 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Knibbe JJ: Aanpak fysieke belasting in de zorgsector. Inleiding op congres: ARBO thermometer, Arbeidsinspectie en Minsiterie van SoZaWe, 20 Januari 1998
- Knibbe H: Tillift thuis: voor wie en waarom; een onderzoek onder cliënten en professionele zorgers. Lezing symposium Technology Assessment in de Thuiszorg, 12 mei 1998
- Knibbe JJ: Preventiebeleid in de zorg anno 1998. Inleiding op Conferentie Aanpak van Ziekteverzuim in de Gezondheidszorg, 6 maart 1998 NZF
- Kruijver I: Lezing en posterpresentatie over communicatie tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten op het 'ESPO-10' congres in Stockholm in juni '98
- Kruijver I: Lezing over begeleidingsmethodieken voor psychogeriatrische patiënten voor activiteitenbegeleiders; in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Activiteitensector
- Kruijver I: Communicatie tussen verpleegkundigen en kankerpatiënten. Lezing 2nd Dutch Conference on Psychology and Health, 25 mei 1998 Rolduc, Kerkrade
- Kruijver I: Communication between simulated patients and nurses in an oncology setting. Lezing Conference 'Communication in Health Care', Amsterdam, 10-12 juni 1998
- Kulu Glasgow I: Kraamzorg en borstvoedingsbegeleiding bij Turkse en Marokkaanse vrouwen. Lezing conferentie "Borstvoeding zorgt voor de toekomst" van de Vereniging Borstvoeding Natuurlijk. November, 1998

- Ros CC, Friele RD, Groenewegen PP: Factors influencing the effects of cost sharing. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Schellevis FG: The role of information in quality of care. Key note presentation 2nd Slovak Congress of Ambulant physicians. Bratislava: May 8, 1998
- Schellevis FG, Weissová Z, Boerma W, Abrahamse H, Dubois VE: Quality and costs of prescriptions by Slovakian general practitioners Lezing WONCA conference Dublin, 14-18 June, 1998
- Schellevis FG, Westert GP, de Bakker DH: The measurement for common symptoms: by surveys or in general practice? Poster EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Schuller-Punt R: Lezing over praktijkverpleegkundige. Studiemiddag LVG, 11 juni 1998
- Sixma HJ, Calnan M: Quality of care from as perceived by disabled people; the relationship between the organisational structure of health care services and patient views. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Sixma HJ: New directions in patient satisfaction research; the empowerment of patient organizations. Presentatie voor Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten, Arnhem, 21 april 1998
- Sixma HJ: Patient priorities and quality of care. Presentatie op uitnodiging van de EC-IBD Study Group, Lissabon (Portugal), 8 mei 1998
- Sixma HJ: The QUOTE Community Intervention Trial; design and first results. Presentatie tijdens een EC-SCOPE meeting, Granada (Spanje), 9 mei 1998
- Sixma HJ: Validiteit en betyrouwbaarheid van meetinstrumenten. Presentatie voor KwaZo-workshop Utrecht 1 oktober 1998
- Sluijs EM: Onderzoek naar kwaliteitssystemen ten behoeve van Leidschendam 2000. Lezing Stuurgroep van de LCKZ, Zeist, 26 maart 1998
- Sluijs EM: Onderzoek naar Kwaliteitszorg. College PAO 'Zorgvernieuwing en Kwaliteit van zorg'. Vakgroep BMG, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 28 april 1998
- Sluijs EM, Knibbe JJ: De kwaliteit van de fysiotherapie: therapietrouw bij rugklachten, een uitdaging. Lezing Reinstate Ziekenhuis, Arnhem, 28 mei 1998
- Sluijs EM: Therapietrouw in de sportfysiotherapie. Lezing Hogeschool Midden Nederland, PAO Sportfysiotherapie/NOC-NSF, 11 september 1998
- Sluijs EM: How to measure the success of a national quality program in the Netherlands. Quality Seminar, Finland, Turku University/STAKES, 14 september 1998
- Sluijs EM: Support for Quality Improvement among physical therapists and other allied health professionals: empirical results of a diffusion study. Boeda-

pest, ISQUA (International Society for Quality in Health Care), 10 oktober, 1998

- Sluijs EM: Evaluation of Dutch quality policy. Conference on Niederländische Qualitätsstrategie, Utrecht, CBO, 25 november 1998
- Steultjens M: Internal consistency and validity of an observational method for assessing disability in mobility in patients with osteoarthritis. Poster International Society of Behavioral Medicine, Copenhagen, augustus 1998
- Steultjens M: Interne consistentie en validiteit van indices voor spierkracht in patiënten met artrose, Voordracht, SWORA-bijeenkomst, Utrecht, 12 juni 1998
- Temmink D, Wagner C: Adherence with quality assurance activiities in nursing. Lezing ISQUA (International Society for Quality in Health Care), Boedapest, 10 oktober 1998
- Velden LFJ van der: Behoefteraming radiologen. Lezing LVR-ledencongres, 1998
- Velden LFJ van der: Behoefteraming klinisch genitici. Lezing Ledenvergadering VKGN, 1998
- Velden LFJ van der: Behoefteraming orthopaeden. Lezing NOV-ledenvergadering januari 1998
- Velden LFJ van der, Hingstman L: Technological development and manpowerplanning: the case of clinical genetics. Poster EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Verhaak PFM: The role of the GP in mental health care in different times and places Lezing EGPRW Bergen (Noorwegen), 8 mei 1998
- Verhaak PFM, Kerssens JJ, de Vries WJ: Tussen de lijnen. Samenwerking tussen Huisarts en Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Poster NHG-congres. Maastricht 28 november 1998
- Verheij R: Buurtverschillen en het werk van de huisarts, Presentatie op ICS studiedag 'Buren en buurten, Utrecht, 19 juni 1998
- Verheij RA, Reijneveld SA, de Bakker DH: GP Workload in deprived areas in the Netherlands. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Wagner C. Presentatie Gezondheidszorgonderzoek bij het NIVEL. Bedrijvendag BMG, Rotterdam, 9 april 1998
- Wagner C: Best practices; quality assurance by Dutch nurses. Lezing Missouri - Columbia, 9 oktober 1998
- Wagner C: Research on the use of quality systems in Health Care Organizations. Lezing voor EFGQ Health Care Working Group, 14 november 1998
- Wagner C: Kwaliteitsindicatoren in de ouderenzorg. Lezing Universitair Verpleeghuis Netwerk, 7 december 1998

- Weert J van, Dulmen AM van: Hartchirurgische voorlichting voor de operatie. Lezing voor thoraxchirurgen, arts-assistenten, verpleegkundigen en medewerkers patientenbetrekkingen. Zwolle, 23 November 1998
- Weide MG, Westert GP, Schouten JSAG, Groenewegen PP: Practice variation and the relation with appropriate and efficient health care. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Westert GP, Bakker D de, Schellevis FG: Interpraktijkvariatie in het stellen en voorkomen van diagnosen in de huisartspraktijk. Referatendag NHG, 15 mei 1998
- Wiegers T: Arbeidsmarkt voor farmakundigen. Lezing symposium HBO-farmakunde, april 1998
- Wiegers TA: Home or hospital birth: a prospective study of midwivery care in the Netherlands. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998
- Wiegers TA: Screening van de zorg postnataal: evaluatiemethode. Voordracht symposium Screening anno 1998
- Zee J van der: International comparative public health policy; results of a survey on New among policy makers. Lezing EUPHA Annual Meeting 1998, Göteborg Sweden,10-12 December 1998

8. PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1998

WETENSCHAPPELIJK PERSONEEL

Wetenschappelijk management

Bensing Mw. Prof.Dr. J.M.	Directeur (externe zaken)/Hoogleraar Universiteit Utrecht
Zee Prof.Dr. J. van der	Directeur (algemene leiding)
Groenewegen Prof.Dr. P.P.	Hoofd Onderzoeksafdeling 1
Dekker Prof.Dr. J.	Hoofd Onderzoeksafdeling 2
Kerkstra, Dr. A.	Hoofd Onderzoeksafdeling 3

Projectleiders

Bakker Dr. D.H. de	Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 1
Delnoij Dr. D.M.J.	
Ende, Dr. C.H.M. van den	
Foets Dr. M.M.E.	
Francke Dr. A.L.	
Friele, Dr.Ir. R.D.	Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 2
Hingstman Dr. L.	
Peters Drs. L.	
Schellevis Dr. F.G.	
Verhaak Dr. P.F.M.	Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 3

Onderzoekers

Arts Mw.drs. S.E.J.
Baar Mw.drs. M.E. van
Bartelds A.I.M., arts
Bekkers Dr. M.J.T.M.
Boerma Drs. W.G.W.
Brink-Muinen Mw.Dr. A. v.d.
Bruin Dr. A.F. de
Calsbeek Mw.drs. H.
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
El Fakiri Mw.drs. F.
Grielen Mw.drs. S.J.
Groot, Mw.drs. A. de
Harteveld, Mw.drs. H.M.
Heijmans-Rigeaux, Mw.dr. M.
Heiligers Mw.Dr. Ph.
Hofhuis, Mw.dr.ir. E.H.
Holtkamp Mw.drs. C.C.M.
Hulshof Mw.drs. N.A.
Hulsman Dr.R.L.
Hutten Dr. J.B.F.
Kerssens Dr. J.J.
Klein Ikkink, Mw.drs. C.E.

Onderzoekers (vervolg)

Kruijver Mw.drs. I.P.M.
Kulu-Glasgow, Mw.Dr. I.
Lindert, Mw.drs. H. van Pijnenborg
Mw.drs. J.M.A.
Roebroeck Mw.Dr. M.E.
Ros Mw. Ir.C.
Rijken Mw.Dr. P.M.
Schuller Mw.drs. R.
Sixma Dr. H.J.M.
Sluijs Mw.Dr. E.M.
Steultjens drs.M.P.M.
Straten dr.G.F.M.
Temmink Mw.drs.D.
Veer Mw.Dr. A.J.E. de
Velden Dr.L.F.J. van der
Verheij Drs. R.A.
Wagner Mw.drs. C.
Weelderen Mw.drs. G. van
Weide Mw.drs. M.G.
Welling Mw.drs.B.J.M.
Westenberg Mw.dr. M.R.M.
Wiegers Mw.Dr. Th.A.

Assistent-onderzoekers

Abrahamse H.P.H.
Ehren Mw.drs.J.
Hackenitz Mw.drs. E.A.
Harbers, Drs. J.B.
Hensgens Mw. M.J.A.
Hermans Mw.drs. I.M.J.
Jellema Mw.drs. S.
Kool Drs. F.
Krijgsman Mw.drs. L.
Laurant Mw.drs. M.W.
Leytens Mw.drs. J.A.M.
Lim, Mw.drs. M.L.
Martina Martorell Mw. A.
Martinez de Velasco Mendez Mw. A.
Meulen Mw.drs. D.M. van der
Mocking Mw.drs. P.W.
Panis Mw.J.M.P.
Spreeuwenberg P.M.M.
Visser Mw. J.A.M.
Weert Mw.drs. J.C.M. van
Westland Mw.drs. I.
Wind-Blokker Mw.drs. R.

Veldwerkers

Broeksema Mw. I.
Gogh Mw.drs. P.E.J.M. van
Horst-van Dam Mw. B.M.
Lemmens Mw.L.C.
Niermeyer Mw.A.
Ouwehand Mw. A.
Pellicaan Mw.J.R.
Reul Mw.J.H.W.
Schaik-den Boer Mw.J.M. van
Schouten Mw. M.
Teuben Mw.A.M.M.B.
Tim-Geurtsen Mw.A.M.
Verburg Mw.Chr.
Verheij Mw.G.J.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEKSONDERSTEUNING

Research assistentie

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

Medew. enquetekamer
Baarle Mw. J.M. van
Hartgers R.J.
Hemmelder Mw. M.
Hommelen van A.
Kaper Mw. A.
Sierink Mw. drs. E.
Vossenbeld Mw.Drs.D.J.

Adm. medew. registratiesystemen
Bie-Vos Mw. T.A. de
Franke-Kasteleijn Mw. A.
Groenewegen Mw. E.M.C.
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.
Karamat Ali Mw. I.M.
Karakoyunlu Özbakan Mw.
E.Kimmelaar Mw. M.A.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.
Schoonmade Mw. L.J.

ALGEMEEN ONDERSTEUNEND EN BEHEERSPERSONEEL

Management
Jong T.J.M. de

Management ondersteuning
Bosman Mw.Ir. J.M.
Jeltes Mw. W.
Schinkel Mw.drs. E.E.

Secretariële ondersteuning directie, F&A/PZ, congresburo, publiciteit
Brouwer Mw. M.W.
Cornelius Mw. M.M.
Franke C.H. (administrateur)
Kerkhof Mw. J.D.M.
Kerkman Mw. A.
Leeuwen Mw. M. van
Penning Mw. J.
Rossum Mw. J.H.van
Witte Mw. J.W.M.
Zoer Mw. E.

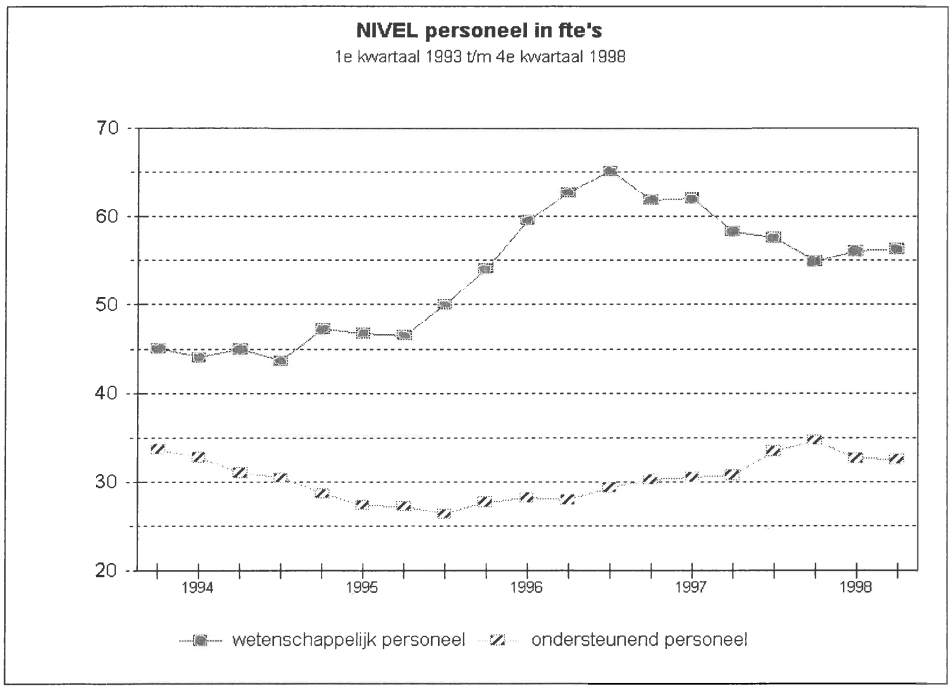
Systeembeheer
Snellenberg J.N.H.M. van

Algemene dienst (receptie, beheer en huishoudelijke dienst)
Adema Mw. Th.A.M.
Contente A.
Cornelissen Mw. M.M.J.
Dam Mw. B. van
Felperlaan Mw. C.M.
Goris Mw. M.
Houthuijzen Mw. H.
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 6 jaar. Na een aantal jaren van redelijke stabiliteit is de omvang van het wetenschappelijke personeel vanaf 1994 flink gestegen, met een top aan het eind van 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. Deze stijging zet zich ook in 1998 voort.

Figuur 1: NIVEL-personeel in fte's 1993-1998 (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.

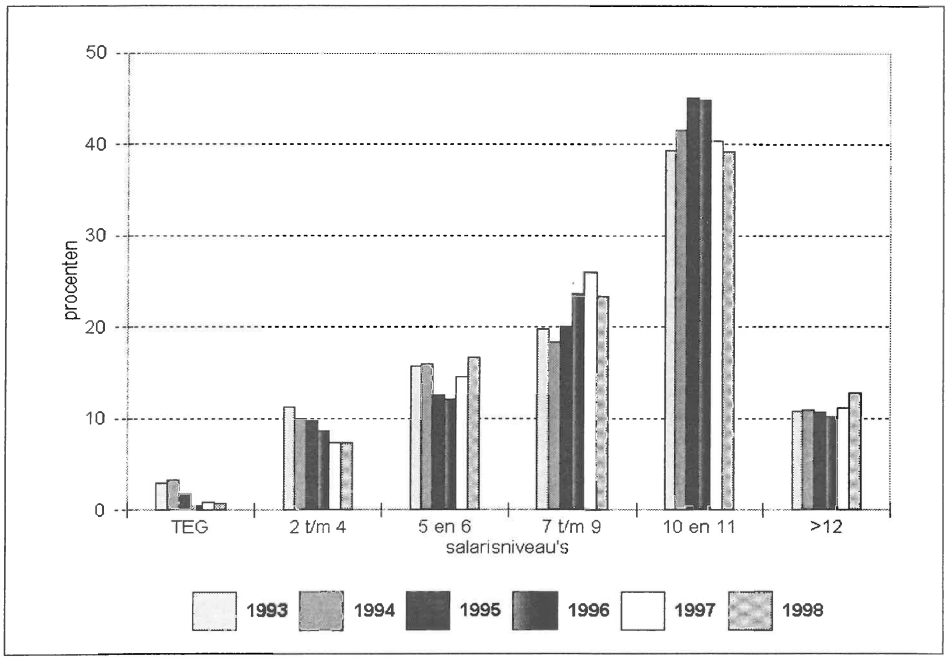
TABEL 1: Overzicht formatie per functie

	1994	1995	1996	1997	1998
Wetenschappelijk personeel (in fte's)					
Instituuts-management*)	3.92	3.94	4.00	4.00	4.86
Programmaleiders	8.38	9.34	10.33	9.58	9.06
(Senior)-onderzoekers (onderzoekers met meer dan 6 ancienn. jr.)	10.47	12.77	16.90	21.52	23.92
Junior-onderzoekers/AIO's	14.35	13.34	16.01	11.67	8.88
Ass.-onderzoekers/student-ass.	7.36	8.17	12.97	15.36	10.89
Sub-totaal wetenschappelijk personeel	44.48	47.56	60.21	62.13	57.61
Niet wetenschappelijk personeel (in fte's)					
Instituuts-management	1.00	1.00	1.00	1.00	0.97
Managementondersteuning (dir.-secr.+ PR)	4.81	4.77	4.91	5.98	5.57
Onderzoeksondersteuning (res-ass., bibl. proj.secr., registr.)	17.68	14.08	14.85	16.89	19.70
Informatici	1.42	1.00	1.00	1.00	1.11
Algemene Dienst	7.18	6.60	6.92	7.35	8.41
Sub-totaal niet wetenschap. personeel	32.09	27.44	28.68	32.22	35.76
Wetenschap. + niet wetenschap. personeel	76.57	75.00	88.89	94.35	93.37
Wetenschap. personeel in % van totaal	58.1%	63.4%	67.7%	65.9%	61.7%

*) gedeeltelijk t.b.v. universiteitsactiviteiten (hoogleraar/bijzonder hoogleraar), te weten 1994: 1,00; 1995: 1,00; 1996: 1,17; 1997:1,33; 1998:1.08

In figuur 2 wordt een beeld geschetst van de salaris-opbouw met betrekking tot de gemiddelde personeelsbezetting in 1998.
(zie volgende pagina)

Figuur 2: Gemiddelde formatie naar salarisniveau 1992-1997 (in %)



ZIEKTEVERZUIM

Vanaf 1996 worden de verzuimcijfers van het NIVEL vergeleken met de branchegegevens (administratieve beroepen). Uit de cijfers in tabel 2 blijkt, dat het NIVEL in 1998 ondanks een toename van het verzuim toch nog een duidelijk lager ziekteverzuim heeft dan de landelijke cijfers voor deze branche.

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

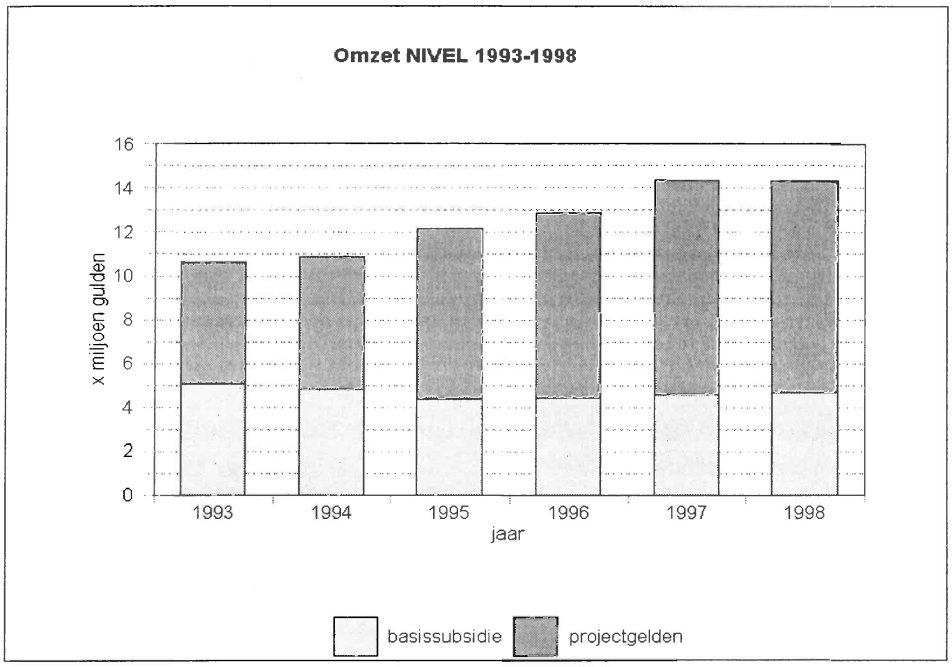
	Referentie	NIVEL
	Landelijk verzuim 1)	
1993	5.3 2)	5.5
1994	4.2 2)	2.7
1995	4.9 2)	2.4
1996	4.2 2)	2.3
1997	±4.6 2)	1.9
1998	±5 2)	3.2

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 de periode 1995-1997, waarbij het aandeel van de basissubsidie flink is afgenomen. In 1993 was dat nog 45% van de totale omzet, in 1997 was dit gedaald tot 33%. Voor 1998 is er ten opzichte van 1997 nauwelijks iets veranderd in de omzet.

Figuur 3: Omzet NIVEL



9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN HET JAAR 1998

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
Universiteit Utrecht, Vakgroep huisartsgeneeskunde	Inventarisatie aandacht huisartsen voor godsdienstige overtuiging van patiënten	Statistische gegevens
Stichting Volksgezondheid en Roken	Mailing brochure "Preventie van passief roken door jonge kinderen	Adressen van huisartsen
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Kostenonderzoek huisartsen	Adressen van huisartsen
Nederlands Huisartsen Genootschap	Mailing NHG-congres en vacaturemelding	Adressen van huisartsen
NIVEL	Samenwerking 1e-2e lijn met betrekking tot ambulante GGZ	Adressen van huisartsen
NIVEL	Onderzoek LINH	Adressen van huisartsen
NIVEL	Evaluatie eigen bijdrage	Adressen van huisartsen
NIVEL	Onderzoek plaats en functie Orthopedagogisch Ervaringshuis	Adressen van huisartsen in Gelderland
NIVEL	Onderzoek transmurale afspraken tussen huisartsen en kinderartsen met betrekking tot kinderen met astma	Adressen van huisartsen
Katholieke Universiteit Nijmegen	Mailing stage-adressen	Adressen van huisartsen in de regio Oost en Zuid Nederland
Trimbos-instituut	Onderzoek 'Passende medische zorg' bij depressie	Adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen, huisartsopleiding	Onderzoek ziektegedrag van huisartsen anno 1998	Adressen van huisartsen

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
Stichting Consument en Veiligheid	Informatie aan huisartsen om sporters te adviseren (onnodige) blessures te voorkomen	Adressen van huisartsen in de regio Arnhem/Nijmegen
Stichting Kweekschool voor vroedvrouwen, Amsterdam	Eindopdracht Eerste Graads Lerarenopleiding Gezondheidszorg	Statische gegevens uit het verloskundigenbestand
Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Afdeling Medische Psychologie	Onderzoek naar prevalentie van patiënten met Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS)	Adressen van huisartsen
NIVEL	Bereikbaarheid huisartsen in achterstandswijken	Adressen van huisartsen
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit Nijmegen	Project "Preventie Maatwerk 1998-2000"; preventie hart- en vaatziekten	Adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen, huisartsenopleiding	Onderzoek "Delegeren in de huisartsenpraktijk, als keuze van werkdrukvermindering"	Adressen van huisartsen
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit Nijmegen	Onderdeel van het onderzoek SIRR (Studie naar Implementatie van Richtlijnen bij lage Rugpijn)	Adressen van eerstelijns fysiotherapeuten
Federatie van Nederlandse Audiologische Centra	Verzending brochure	Adressen van huisartspraktijken
Rijksuniversiteit Groningen, huisartsenopleiding	Onderzoek beleid huisarts bij mollusca contagiosa	Adressen van huisartsen in de drie noordelijke provincies
Mw. S. van der Poel, huisartsenopleiding Utrecht	Onderzoek in het kader van de huisartsenopleiding	Statistische gegevens
Huisartsenpraktijk Oldemarkt	Promotie-onderzoek naar de organisatie van de telefoon in de huisartsenpraktijk	Adressen van huisartsen