

JAARBOEK Nivel 1999

(waarin opgenomen het jaarverslag)



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

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

Jaarboek Nivel 1999
ISSN: 1386-7113

Omslag: Mieke Cornelius
Tekst met medewerking van: Van Zijderveld Tekstontwikkeling

INHOUD

1. INLEIDING	5
2. AFDELING ONDERZOEK	7
2.1 De medische as: huisartsen en specialist	7
2.1.1 De huisarts	7
2.1.2 Specialisten	24
2.1.3 Overige beroepsgroepen	30
2.2 Verpleging en verzorging	32
2.3 Paramedische beroepen	40
2.4 Verloskundige zorg	48
2.5 Het perspectief van de hulpvrager	55
2.6 Het hulpverleningsproces/detectie en behandeling psychische problemen en bejegening	70
2.7 Kwaliteit van de gezondheidszorg	75
2.8 Internationaal vergelijkend onderzoek	78
2.9 Overig onderzoek	79
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	86
4. OVERIGE ACTIVITEITEN	90
5. HET BESTUUR	92
6. EXTERNE CONTACTEN (LIDMAATSCHAPPEN, COMMISSIES, REDACTIES)	94
7. LIJST VAN PUBLICATIES	100
8. PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN OVER DE PERIODE 1 JANUARI t/m 31 DECEMBER 1999	122
9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN 1999	130

1. INLEIDING

Voor u ligt het Jaarboek 1999: een verslag van hetgeen Nivel onderzoekers aan onderzoeksresultaten hebben gevonden. Een paar voorbeelden: vergelijking van gegevens over particuliere patiënten met verschillende eigen risico's en van zogenaamde IZA-verzekerden (die een percentage van hun doktersrekeningen zelf betalen) wijst uit dat het percentuele systeem - in tegenstelling tot de verwachting - minder het gebruik van medische voorzieningen remt dan een 'gewoon' eigen risico.

Een ander voorbeeld: niet de aard van de aandoening bepaalt het leven van chronisch zieken maar het aantal en de ernst van de functionele beperkingen.

Een derde voorbeeld: een effectieve en bevredigende klachtregeling richt zich op het allereerste, ongearticuleerde begin van een klacht; alles dat dààr effectief wordt afgehandeld is winst voor patiënt en hulpverlener - hoe goed en zorgvuldig de officiële regeling in elkaar zit.

Deze en vele andere interessante uitkomsten vindt men in dit jaarboek. Een nuttige leeservaring toegewenst.

Nivel, directie

Prof. dr. J. M. Bensing

Prof. dr. J. van der Zee

2. AFDELING ONDERZOEK

2.1 DE MEDISCHE AS: HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

2.1.1 De huisarts

Omvang en samenstelling beroepsgroep huisartsen

Op 1 januari 1999 telde Nederland 7093 zelfstandig gevestigde huisartsen; dat is één huisarts per 2221 inwoners. Er vestigden zich 95 huisartsen meer dan er vertrokken (groei was 1,4%).

Van de huisartsen is 80% man en 20% vrouw. In 1980 was nog slechts 4% van de huisartsen vrouw, in 1990 12% en in 1995 was dat 16%. Van de in 1999 gevestigde jonge huisartsen was 37% vrouw.

Ongeveer 45% van de huisartsen werkt in een solo-praktijk, 32 % in een tweemans praktijk, 14% in een groepspraktijk van 3 of meer huisartsen en 9% in een (multidisciplinair) gezondheidscentrum. Tien jaar geleden werkte nog 55% van de huisartsen als solist. Van de in 1999 gevestigde huisartsen is slechts 31% solist. Slechts 9% van de huisartsen is nog apotheekhoudend - tien jaar geleden was dat nog 12%.

Verreweg de meeste huisartsen geven op fulltime te werken (70%), 80% van de mannen en 25% van de vrouwelijke huisartsen werkt fulltime.

Er waren op 1 januari 1999 ruim 500 praktijk zoekende huisartsen (8% meer dan het jaar daarvoor) van wie slechts 6% in een solopraktijk wil werken (13% van de mannen, 1% van de vrouwen). Verreweg de meeste jonge huisartsen willen in een duo-praktijk (43%) of groepspraktijk werken. Bijna iedereen (86%) wil een parttime baan (73% van de mannen en 96% van de vrouwen). De trend van solopraktijk naar duo- of groepspraktijk en van mannelijke naar vrouwelijke huisartsen zal zich in de toekomst verder doorzetten.

De huisarts aan het werk

Juist voor het definitief doorgaan van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk verscheen een volledig overzicht van de eerste Nationale Studie in de vorm van het proefschrift van Koos van der Velden: 'Doctors at work' - de huisarts aan het werk.

In het proefschrift worden 4 thema's behandeld

- 1) kwaliteit van gegevens uit de huisartspraktijk
- 2) bruikbaarheid van de gegevens voor het beleid
- 3) sociaal economische gezondheidsverschillen in de huisartspraktijk
- 4) risicogroepen en achterstandsgebieden.

De bruikbaarheid van gegevens uit de huisartspraktijk hangt direct samen met de kwaliteit van de gegevens. Belangrijk voor de kwaliteit zijn: a) een up to date leeftijds-geslachtsregister b) een heldere definitie van het begrip ziekte-episode c) goede supervisie en feedback. De meeste registratie- en classificatiesystemen houden te weinig rekening met 'co-morbiditeit' en met verrichtingen die niet door de huisarts zelf, maar door de praktijkassistente worden afgehandeld.

De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het ontdekken en tegengaan van sociaal economische gezondheidsverschillen. Doordat patiënten uit de lagere sociaal economische strata de huisartspraktijk regelmatig bezoeken, kan de huisarts ook in *preventief* opzicht effectief handelen.

Tenslotte is in het proefschrift een methode ontwikkeld voor het omschrijven van achterstandsgebieden op basis waarvan een speciale honorering voor huisartsen in die gebieden tot stand gekomen is.

[Bron: Velden J van der. *General practice at work. Dissertatie Erasmus Universiteit, Utrecht: Nivel, 1999*]

Veranderingen in het gebruik van zorg

Hoewel de huisarts als poortwachter een algemeen erkende plaats inneemt in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, is er op continue basis nog betrekkelijk weinig bekend van wat er in de huisartspraktijk omgaat. Om aan dit gebrek tegemoet te komen is in 1991 het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) opgezet door het Nivel en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit huisartsgeneeskunde (WOK) tezamen met de beroepsorganisaties LHV en NHG. Dit gebeurde in opdracht van het ministerie van WVC. In het LINH worden continue gegevens verzameld over de huisartspraktijk. In het derde jaarrapport van het LINH komen de contactfrequenties en verrichtingen in de huisartspraktijk aan de orde.

Contactfrequenties

De eerder gesignaleerde trend dat men steeds vaker naar de huisarts gaat, zet zich voort. De contactfrequentie met de huisartspraktijk in 1998 is gemiddeld 6,2 maal per patiënt. Een stijging ziet men in alle categorieën patiënten. Van de contacten neemt de huisarts het overgrote deel voor zijn rekening (de rest van de contacten handelt de praktijkassistente af). Veel contacten hebben te maken met het voorschrijven van medicamenten en het aanvragen van herhalingsrecepten. Het is mogelijk dat de in 1999 ingevoerde beperking in het geneesmiddelenpakket de contactfrequentie blijkt te verlagen.

Het voorschrijven van geneesmiddelen

Het aantal voorschriften is in 1998 gestegen van 5,2 naar 5,4 per patiënt. Dit is een minder grote stijging dan het jaar ervoor. Overigens zou de toename (deels) verklaard kunnen worden door de wijze van registratie door de huisartsen.

Verwijzingen naar de nieuwe lijn

In het patroon van verwijzingen naar de specialist zijn duidelijk veranderingen aan de gang. Bij de ziekenfondsverzekerden is er een dalende trend, terwijl er bij de particulier verzekerden juist een stijgende trend waar te nemen is. Bij de eerstgenoemden daalde het aantal verwijzingen per duizend verzekerden van 202 in 1996 via 181 in 1997 naar 175 in 1998. Bij de particulier verzekerden steeg daarentegen het aantal verwijzingen per duizend verzekerden van 94 in 1996 via 102 in 1997 naar 107 in 1998.

Een algemene trend is een daling van het aantal verwijzingen naar psychiatrie. Dit is in twee jaar tijd ongeveer 40% lager geworden. Deze daling wordt slechts voor een deel gecompenseerd door een groter aantal verwijzingen naar de RIAGG. Het aantal verlengingsbewijzen voor ziekenfondsverzekerden is in diezelfde periode eenderde gedaald is tot 78 per duizend verzekerden. Een verklaring hiervoor is mogelijk dat de zorgverzekeraars de verwijzingsystemen iets anders hanteren.

Verwijzingen binnen de eerste lijn

Het aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut bedraagt 76 per duizend patiënten. Bij ziekenfondspatiënten is het aantal verwijzingen iets toegenomen en bij de particulier verzekerden iets afgenomen. Er is een relatieve toename van verwijzingen naar een oefentherapeut. Dit laatste is conform de NHG-standaard voor lage rugpijn.

[Bron: Bakker D de, Abrahamse H, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. Jaarrapport LINH. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: Nivel, 1999]

Jaarlijkse griepvaccinatie

Sinds 1995 stimuleert het project: 'Preventie: maatwerk' huisartsen om risicogroepen jaarlijks tegen influenza volgens de NHG-standaard te vaccineren. Vaccinatie tegen influenza heeft aantoonbaar een daling van zowel het vóórkomen van als het overlijden aan deze ziekte tot gevolg. Volgens de standaard behoren patiënten met pulmonaire aandoeningen, cardiale aandoeningen, diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie en recidiverende stafylokokkeninfecties, en mensen die 65 jaar of ouder zijn tot de risicogroepen voor influenza. In 1997 begon het Nationaal Programma Grieppreventie. De LHV heeft de verantwoordelijkheid op zich genomen om de nationale vaccinatiecampaagne uit te voeren. Voor de uitvoering is de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie opgericht.

Patiënten die in aanmerking komen voor vaccinatie worden persoonlijk of via de massamedia uitgenodigd zich te laten vaccineren. Zij krijgen informatie over de ziekte en de vaccinatie. De vaccinaties vinden plaats eind oktober/begin november. De kosten worden vergoed volgens de AWBZ. In het kader van het landelijk

Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) wordt het verloop van de campagnes door de werkgroep Onderzoek Kwaliteit in samenwerking met het Nivel gevolgd. In 1998 kwam 19,5% van de patiënten in aanmerking voor een griepvaccinatie. Er is een licht stijgende lijn in de opkomst: 73,0% in 1996, 75,9% in 1997 en in 1998 76,8%. Er is verschil per indicatie. Bij ouderen was de vaccinatiegraad 80%. Onder patiënten met hartaandoeningen en diabetes mellitus was de vaccinatiegraad hoger dan bij patiënten met andere risicoaandoeningen. Men acht een lichte verbetering van de opkomst nog mogelijk.

[Bron: Tacken M, Hoogen H van den, Tiersma W, Bakker D de, Braspenning J. De influenzavaccinatie-campagne 1998. Utrecht: Nivel, WOK 1999]

Opkomst bevolkingsonderzoek cervixcarcinoom kan beter

Sinds 1989 kent Nederland een landelijk bevolkingsonderzoek voor het opsporen van (voorstadia van) cervixcarcinoom. Op het ogenblik krijgen alle vrouwen van 30 tot en met 60 jaar elke vijf jaar een oproep een uitstrijk te laten maken. Zij worden uitgenodigd door hun huisarts, een instelling zoals de GGD of door beide. De resultaten van het onderzoek worden in een monitoringprogramma van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit in samenwerking met het Nivel gevolgd. Dit programma is in opdracht van het project 'Preventie: maatwerk', dat door LHV en NHG opgezet. Richtlijnen voor het beleid van de opsporing van baarmoederhalskanker zijn vastgelegd in de NHG-standaard 'Cervix uitstrijken'.

Bijna 11% van de vrouwen in de onderzochte praktijken kwamen op grond van haar leeftijd in aanmerking voor deelname aan het bevolkingsonderzoek. Tweederde van deze vrouwen heeft daadwerkelijk een uitstrijk laten maken. De beschermingsgraad (het aantal vrouwen dat een uitstrijk heeft laten maken vermeerderd met het aantal dat dit recentelijk heeft gedaan en het aantal vrouwen met een uterusextirpatie) was meer dan 74%, het zuivere opkomstpercentage (het percentage vrouwen dat een uitstrijk heeft laten maken, waarbij is gecorrigeerd voor vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven en vrouwen met een uterusextirpatie) 74%. Drieëntwintig procent van de uitgenodigde vrouwen gaf zonder een (bij de arts bekende) reden geen gevolg aan de uitnodiging. Het uitnodigingssysteem heeft duidelijk invloed op het (zuivere) opkomstpercentage. Hoe meer de huisartspraktijk betrokken is bij het uitnodigen, des te meer hoger zijn het (zuiver) opkomstpercentage en de beschermingsgraad. Wanneer de uitnodiging wordt gedaan door een instantie, respectievelijk de combinatie van de huisarts en een instantie of door de huisarts zijn de opkomstpercentages respectievelijk: 56%, 65% en 71%; de beschermingsgraad respectievelijk: 61%, 75% en 81%; en het zuivere opkomstpercentage respectievelijk 60%, 75% en 81%.

Het verschil tussen de scores voor de uitnodigingssystemen en ook de aangetroffen variatie tussen praktijken tonen aan dat een verbetering van de opkomst mogelijk moet zijn. Met name de huisarts moet dan verder bij de uitnodigingen betrokken worden. Verder zou het ook zinvol zijn meer inzicht te verkrijgen in de redenen dat vrouwen, van wie dit nu niet bekend is, niet op de uitnodiging tot onderzoek ingaan.

[Bron: Tacken M, Hoogen H van den, Mulder J, Bakker D de, Braspenning J. Monitoring van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Utrecht: Nivel, WOK, 1999]

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland

De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland is een sinds 1970 bestaand landelijk netwerk van huisartspraktijken. De registratie wordt beheerd door het Nivel. Iedere week melden de deelnemende huisartsen het voorkomen van bepaalde ziektebeelden en gebeurtenissen in hun praktijk. Samen bestrijken ze een representatieve selectie van één procent van de Nederlandse bevolking.

Aan het jaarverslag van 1998 zijn de volgende berichten ontleend:

Voorschrijven van oestrogenen door de huisarts blijft beperkt

Nederlandse huisartsen zijn terughoudend met het voorschrijven van oestrogenen aan vrouwen rond de overgang. Ondanks de toegenomen druk, onder andere door de aandacht in de massamedia, om deze middelen vaker voor te schrijven is er de afgelopen jaren eerder een dalende tendens waarneembaar. In 1998 werd bij 28 van de 10.000 vrouwen tussen 40 en 60 jaar voor de eerste maal oestrogeen door de huisarts voorgeschreven. In 1996 was dit nog 88. Er zijn echter sterke regionale verschillen. Huisartsen in de oostelijke provincies (Overijssel, Gelderland, Flevoland) schreven drie keer zo vaak oestrogeen voor dan hun collega's in de drie noordelijke provincies (Friesland, Groningen, Drenthe).

Verder blijkt dat de therapie vooral wordt gestart in verband met klachten die zich tijdens en kort na de overgang voordoen. Het meest wordt deze behandeling begonnen bij vrouwen tussen 45 en 55 jaar. Het aantal neemt snel af vanaf 55 jaar. Dit wijst erop dat de vaak heftige pleidooien voor het voorschrijven van hormoon suppletie ter preventie van osteoporose geen ingang hebben gevonden in de Nederlandse huisartspraktijk.

Kinkhoest steekt in 1998 de kop weer op

Hoewel meer dan 90% van de Nederlandse bevolking wordt ingeënt tegen kinkhoest, is de ziekte in de loop van de jaren negentig gedurende enkele periodes opnieuw opgedoken. De cijfers uit de Peilstations laten zien dat daar in het laatste kwartaal van 1998 ook sprake van is geweest. Toen werden er 4 gevallen per 10.000 inwoners gemeld. Verder blijkt dat er grote regionale verschillen in Nederland zijn. In de zuidelijke provincies (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg)

zijn in 1998 12 kinkhoest-gevallen per 10.000 geregistreerd. In de andere provincies lag dit aantal 3 tot 6 keer lager.

Griep houdt langer aan

In het seizoen 1998-1999 hebben meer dan 370.000 mensen vanwege griep contact gehad met de huisarts. Daarmee is 1998 een gemiddeld 'griep-jaar' te noemen. In 1996 waren dat er slechts 180.000 (dus de helft), terwijl in het topjaar 1993 meer dan 700.000 (dus ruim twee keer zoveel) ziektegevallen door de huisarts zijn geregistreerd.

Opvallend is wel dat er voor 1998/1999 sprake was van twee elkaar opvolgende griepgolven, waardoor de griep-periode veel langer aanhield dan gebruikelijk is.

Aantal mensen met 'maag- en darmklachten' stijgt licht

Gastro-enteritis is een aandoening die in Nederland zeer regelmatig voorkomt en bijdraagt tot een aanzienlijke zorgbelasting van de huisartsenzorg. 'Buikgriep' kan in epidemieën voorkomen, vooral als virussen de oorzaak zijn. Het aantal meldingen in 1998 is licht gestegen in vergelijking met eerder jaren: 65 nieuwe ziektegevallen per 10.000 inwoners. Vooral in de grote steden is er een duidelijke stijging waarneembaar: van 59 in 1996 tot 98 in 1998. Opmerkelijk is dat er in de zuidelijke provincies vanaf 1992 een duidelijke daling is te zien, terwijl dit in andere regio's niet optreedt.

Lichte daling suïcide(poging)

In tegenstelling tot wat door sommigen wordt vermoed, heeft zich in 1998 een lichte daling voorgedaan van het aantal geregistreerde (pogingen tot) zelfmoord: van 6 naar 5 meldingen per 10.000 inwoners. De meeste suïcidepogingen vinden (nog steeds) plaats in de grote steden.

Stijging geweld slachtoffers bij de huisarts zet niet door

In 1997 was er een sterke stijging te constateren van het aantal slachtoffers van zogenaamd eenzijdig fysiek geweld dat door de deelnemende huisartsen werd geregistreerd. Het betreft hier handelingen waarbij tegen de wil van de ander inbreuk wordt gemaakt op zijn/haar fysieke integriteit en/of pijn of letsel wordt toegebracht. Vechtpartijen waarbij meerdere mensen betrokken zijn worden niet meegenomen. In 1998 heeft deze trend zich echter niet doorgezet. Het aantal slachtoffers dat de huisarts bezocht daalde zelfs licht ten opzichte van 1997: van 9 naar 8 per 10.000 inwoners.

Vrouwen zijn vaker slachtoffer van fysiek geweld dan mannen. In 85% van de gemelde gevallen was de dader een man. Verder is opmerkelijk dat vrouwen in 65% van de gevallen de dader kende, terwijl mannen in meerderheid (ook 65%) het slachtoffer waren van onbekenden.

Verzoeken om euthanasie gelijk gebleven

In 1998 zijn de Peilstation artsen 49 keer geconfronteerd met een verzoek om euthanasie toe te passen. Dit is gelijk aan het aantal in het jaar daarvoor.

De meeste patiënten werden thuis verzorgd. In een meerderheid van de gevallen (82%) hadden de mensen kanker. Het verzoek kwam bijna uitsluitend van de patiënt zelf. Meestal was er een schriftelijke euthanasie verklaring beschikbaar. De verzoeken werden het meest geregistreerd in de westelijke provincies en in de grote steden.

Behalve over deze onderwerpen zijn in het jaarverslag cijfers opgenomen over: het maken van een uitstrijkje, mammografie, sterilisaties, hondenbeten, Herpes Zoster (gordelroos), Seksueel-Overdraagbare Aandoeningen (SOA), angst voor AIDS, prostaatlijden en eetstoornissen.

[Bron: Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 1998. Utrecht: Nivel; 1999]

Voorschrijven geneesmiddelen op stofnaam succesvol

In 1995 hebben de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de ziektekostenverzekeraars en de overheid afgesproken om een programma op te zetten om huisartsen te stimuleren geneesmiddelen op stofnaam voor te schrijven. Het belangrijkste voordeel hiervan is – zo veronderstelde men – dat men tot een aanzienlijke kostenbesparing kan komen wanneer de apotheker steeds de goedkoopste mogelijkheid voor een voorgeschreven geneesmiddel levert. Hiervoor werd voor de apothekers de zogeheten Stimulansregeling ingevoerd.

In januari 1996 startte de LHV met dit programma. Hiervoor werd een lijst opgesteld waarin de generieke namen (stofnamen) van aanbevolen geneesmiddelen en specialités (geneesmiddelen die nog beschermd worden door een octrooi) kunnen worden opgezocht. Verder werd er door consultants voorlichting aan de artsen gegeven en werd er voorlichtingsmateriaal voor het publiek ontwikkeld. Een belangrijk hulpmiddel voor de huisartsen is de 'VOS-module', een computerprogramma waarmee snel en eenvoudig de namen van merkgeneesmiddelen omgezet kunnen worden in stofnamen. Deze VOS-module is onderdeel van alle huisartseninformatiesystemen (HIS).

Uit een in opdracht van de LHV uitgevoerd onderzoek blijkt dat het stimuleringsprogramma tot nu toe duidelijk vruchten afwerpt. Uitgangsjaar voor het onderzoek is 1995. Ten opzichte van dat jaar was in 1997 het gemiddelde percentage voorschriften op stofnaam al gestegen van 30% naar 41%. In 1998 was dit 51%. In 1995 schreef de huisarts die het meest op stofnaam voorschreef 63% van zijn recepten op stofnaam, in 1997 was dit 83% en in 1998 97%. En de score voor de huisarts die het minst vaak op stofnaam voorschreef steeg in deze periode eerst van 7% naar 22%, om dan te dalen naar 14%.

Deze stijging van 30% naar ruim 51% is bepaald goed te noemen. Wanneer we deze stijging vergelijken met Groot-Brittannië, waar door een soortgelijke actie het aantal voorschriften op stofnaam steeg van 21% in 1982 via 43% in 1992 tot 63% in 1997, steekt het Nederlandse resultaat gunstig af: 20% stijging in 3 jaar versus 40% in 15 jaar, zeker gezien het feit, dat huisartsen in Groot-Brittannië de besparingen door voorschrijven op stofnaam in hun praktijk mogen investeren, hetgeen in Nederland niet het geval is.

Verdere verbetering mogelijk

Dit resultaat kan echter nog beter worden. De onderzoekers leiden dit af de voortgaande groei, die elk jaar even hoog was, en uit de variatie tussen huisartsen en tussen middelen.

Diverse maatregelen gericht op doelmatig voorschrijf- en aflevergedrag kunnen die verbetering stimuleren. Zo zou men de ondersteuning van de lokale FTO-groepen verder kunnen uitbouwen en de VOS-modules in sommige HIS-sen kunnen verbeteren en verfijnen. Verder blijft een goede en gelijklopende voorlichting aan huisartsen en apothekers van belang, vooral daar patiënten soms moeilijk overtuigd kunnen worden dat een generiek geneesmiddel gelijkwaardig is aan een merkgeneesmiddel.

Nu het stimuleringsprogramma binnenkort wordt afgesloten ontstaat het risico dat het effect 'verwatert'. Het is dan ook belangrijk dat men aandacht blijft besteden aan het voorschrijven op stofnaam. Een goed voorbeeld is de introductie van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), waarbij de NHG-standaarden in de VOS-module worden ingebouwd. Het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO) is een ander voorbeeld. Tenslotte is een belangrijke factor dat er een daadwerkelijke mentaliteitsverandering bij artsen plaatsvindt. Men mag verwachten nu dat als nieuwe geneesmiddelen generiek beschikbaar komen deze ook op stofnaam voorgeschreven zullen worden.

Rendement

De bedoeling was dat de kosten van geneesmiddelen zouden dalen. Bij de aanvang van het programma was de maximaal haalbare besparing (bij 100% voorschrijven op stofnaam) 50 miljoen gulden (prijzen 1996). In de periode 1995-1998 is hiervan ruim een kwart gerealiseerd: f 14 miljoen. Inmiddels is regelgeving rond geneesmiddelenprijzen veranderd (Prijzenwet).

De kosten van het stimuleringsprogramma bedroegen f 3,2 miljoen (1998). Zij wegen dus ruimschoots op tegen de baten. Gemiddeld is de besparing 8 miljoen gulden op jaarbasis geweest. Er zijn nog meer besparingen mogelijk. Wanneer bijvoorbeeld de anticonceptiepil op stofnaam voorgeschreven zou worden, is op

deze post een besparing van 6% haalbaar. En door het verlopen van patenten komen er steeds meer geneesmiddelen generiek beschikbaar.

[Bron: Grielen SJ, Schuller-Punt R, Bakker DH de. *Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen: Effecten van het implementatieprogramma 'Voorschrijven op stofnaam'. Utrecht: Nivel, 1999]*

Huisarts en sport

Regelmatig constateert men zowel vanuit de sportwereld als vanuit de sportgezondheidszorg dat de afstemming tussen huisarts en sportbeoefenaar niet optimaal is. In principe speelt de huisarts door zijn poortwachtersfunctie een centrale rol in de sportgezondheidszorg. Enerzijds heeft de huisarts vaak te weinig inzicht in de behoeften van de sportbeoefenaar; anderzijds heeft de laatste niet altijd reële verwachtingen van de begeleiding en behandeling door de huisarts. Veel sporters zijn geneigd om bij blessures of andere problemen de huisarts 'over te slaan' en zich rechtstreeks tot andere zorgverleners te wenden. Om de relatie tussen huisarts en sportbeoefenaar te verbeteren zijn het Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF) en de Vereniging voor Sport Geneeskunde (VSG) in 1998 met het Meerjaren Programma 'Huisarts en Sport' (MPHS) begonnen. In dit project wordt nauw samengewerkt met de landelijke organisaties op het terrein van huisartsgeneeskunde en sportgeneeskunde. Het programma loopt over drie jaar, waarbij na elk jaar een evaluatie wordt uitgevoerd. Niet alleen voor sportbeoefenaars is dit onderzoek relevant. Ook mensen die juist te weinig bewegen kunnen hun voordeel doen met bewegingsadviezen van huisarts of sportarts.

De huisarts heeft op het gebied van sport en bewegen daardoor twee taken: het stimuleren van beweging (bij lichamelijk weinig actieve mensen) en de preventie, diagnostisering en behandeling van blessures (bij actieve sportbeoefenaars). In het MPHS wordt in zes deeltrajecten gewerkt aan:

1. informatie en advies aan de huisarts;
2. bevordering van netwerkontwikkeling en samenwerking in de regio;
3. bevordering van patiëntenvoorlichting;
4. implementatie standaarden en richtlijnen;
5. aanvullen/uitbreiden bestaande huisartsopleidingen met een module over sport en beweging;
6. bij- en nascholing.

Uit de eerste evaluatie blijkt dat het project goed op gang is gekomen. Wel blijkt dat men nog niet is toegekomen aan het opzetten van activiteiten om de sportbeoefenaar een meer realistischer beeld te laten krijgen omtrent wat hij van de huisarts kan verwachten. Een andere opvallende waarneming is dat fysiotherapeuten nog weinig bij het programma betrokken zijn. Dit is merkwaardig, daar de meeste verwijzingen wegens sportblessures naar de fysiotherapeut zijn.

Bovendien worden fysiotherapeuten nogal eens rechtstreeks door sportbeoefenaars benaderd. Deze twee punten verdienen extra aandacht in het verdere verloop van het project.

[Bron: Knibbe JJ, Friele RD. Interim Evaluatierapport Eerste Jaar Meerjaren Programma Huisarts en Sport. Utrecht: Nivel, 1999]

Geblesseerde amateursporters: voldoende zorg

Ongetwijfeld levert regelmatig bewegen, bijvoorbeeld in de vorm van sportbeoefening, een belangrijke bijdrage aan gezondheid en welbevinden. Toch levert sport ook een risico op: de kans op blessures. Hoewel netto genomen sportbeoefening in het algemeen gezond is, lopen elk jaar zo'n 2,9 miljoen mensen een sportblessure op (cijfers van 1992/1993). Hiervan worden er 1,1 miljoen medisch behandeld. Het totale jaarlijkse verzuim als gevolg van sportblessures wordt geschat op 2,1 miljoen dagen. Sportblessures hebben dus nogal wat maatschappelijke en economische gevolgen. Het is daarom van groot belang dat deze adequaat behandeld worden, zodat de sporter snel weer kan sporten, hij zo min mogelijk beperkingen en verzuim in zijn dagelijks leven en werk ondervindt en er doelmatig en effectief gebruik wordt gemaakt van zorgvoorzieningen.

Over de zorgbehoefte van doorsneesporters die een blessure oplopen was echter tot voor kort weinig bekend. Van top- en wedstrijdporters was al wel bekend dat zij met name hulp zoeken voor al langer bestaande letsels als gevolg van overbelasting. Na het raadplegen van verschillende hulpverleners komen zij meestal bij specialisten op het gebied van sportblessures, zoals de sportarts. Het Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF) heeft laten onderzoeken wat de zorgbehoefte is van gewone sportbeoefenaars met een blessure, en in hoeverre daaraan voldaan wordt.

Hoewel 34% van de blessures helemaal niet wordt behandeld, wordt er toch voldoende tot goed aan de zorgbehoefte van de geblesseerde doorsneesporter voldaan. De eerste opvang na het ontstaan van de blessure wordt vaak door niet-beroepsbeoefenaars gedaan (bij 26% van de wel behandelde blessures). De geblesseerden zijn hier tevreden over, maar geven wel aan dat het belangrijk is dat er snel adequate eerste maatregelen worden genomen. In de vervolgbehandeling, die ongeveer 25% van alle geblesseerden krijgen, spelen vooral de huisarts (33%) en de fysiotherapeut (32%) een belangrijke rol. Er is een verschil tussen 'gewone' sporters en top- en wedstrijdporters: de laatsten zijn er sterk op gericht weer zo snel mogelijk te kunnen sporten, terwijl de gewone sporter zo snel mogelijk van zijn klachten af wil zijn. Over het hervatten van de sport bestaat enige discussie in sportgeneeskundige kring. Waarschijnlijk moeten top- en wedstrijdporters worden afgeremd opdat zij niet te snel hun sport hervatten, terwijl gewone sportbeoefenaars juist tot hervatting gestimuleerd moeten worden.

[Bron: Knibbe JJ, Friele RD. *Basisrapportage Resultaten Zorgbehoefte van Doorsnee Sporters met een Blessure*. Utrecht: Nivel, 1999]

Praktijkvariatie als indicator voor gepaste zorg

Het beleid van de overheid is erop gericht iedereen toegankelijke en kwalitatief goede zorg te bieden. Gezien de hoge kosten van de gezondheidszorg is het belangrijk dat er steeds 'gepaste' zorg geleverd wordt. Daarom adviseert de Ziekenfondsraad 'gepastheid' te gebruiken als een van de toetsingscriteria bij het vaststellen van het basispakket van zorg. Ook de overheid streeft ernaar de gepastheid van de zorg te vergroten. In opdracht van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft het Nivel een literatuurstudie uitgevoerd naar de mogelijkheid gepastheid van zorg in de tijd te 'monitoren'. Hierbij is onderzocht in hoeverre verschillen in medische praktijk tussen dokters of gezondheidszorginstellingen (praktijkvariatie) een indicator kunnen vormen voor gepastheid van zorg.

Praktijkvariatie en gepaste zorg: moeilijk te operationaliseren

Er zijn nog weinig bruikbare onderzoeksresultaten die iets zeggen over de samenhang tussen praktijkvariatie en gepaste zorg. Wel blijkt de relatie tussen praktijkvariatie en gepaste zorg tamelijk complex te zijn. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen 'acceptabele' en 'onacceptabele' praktijkvariatie. Praktijkvariatie is bijvoorbeeld acceptabel wanneer deze het gevolg is van een verschil in morbiditeit of in zorgvraag. Dan is praktijkvariatie ook gepast. Wanneer de praktijkvariatie echter het gevolg is van gebrek aan medische kennis is deze onacceptabel en ongepast. Ook de omstandigheden spelen een rol: de wensen van de patiënt en de beschikbaarheid van expertise en middelen. Indien praktijkvariatie het gevolg is van verschillen in expertise en middelen zal dit voor de een acceptabel zijn, maar voor de ander niet. Wat in dat geval gepaste zorg is, is dus niet altijd even duidelijk.

'Gepaste zorg' is niet eenvoudig te operationaliseren. Meestal gebeurt dit aan de hand van richtlijnen en standaarden waarin is geformuleerd wat de beste benadering is van een medisch probleem. Maar vaak is moeilijk te bepalen wat de 'beste' benadering is. Soms wordt rekening gehouden met het kostenaspect, bijvoorbeeld bij voorschrijfgedrag. In bestaand onderzoek heeft het medisch aspect vaak de boventoon.

Men kan het handelen van artsen beïnvloeden in de richting van meer doelmatige en gepaste zorg. Middelen hiervoor zijn het opstellen van richtlijnen en standaarden, en de persoonlijke benadering van artsen. Voorbeelden van dit laatste zijn bezoek op de werkplek, *audits* en het geven van terugkoppeling, en het verstrekken van patiënt- of ziektegebonden *reminders*. Een probleem hierbij is vaak dat na beëindiging van een experiment artsen weer in hun oude gedrag vervallen. Met name bij voorschrijfgedrag ziet men dit nog weleens. De binnenkort

gerealiseerde invoering van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) kan hiervoor een oplossing zijn.

Praktijkvariatie: signaalfunctie

Gezien het bovenstaande is praktijkvariatie vooralsnog niet bruikbaar als maat voor gepastheid van zorg.

Wel kan praktijkvariatie dienen als een *signaal* dat er sprake is van gepaste of ongepaste zorg. Dit wordt in de Verenigde Staten reeds in de praktijk toegepast. Behandelingspatronen of zorgprofielen van (groepen) artsen in verschillende ziekenhuizen worden omgezet in een bepaalde maat. Deze worden onderling of met een standaard vergeleken. Artsen die sterk van de norm afwijken kunnen hun eigen gedrag nader beschouwen en nagaan of hier sprake is van ongepaste zorg. Op deze wijze kunnen zij ook hun eigen gedrag bewaken en hun eigen doelmatigheid toetsen en verbeteren.

Uit een dergelijke werkwijze kunnen ook bepaalde trends in praktijkvariatie duidelijk worden. Deze kunnen aanwijzingen geven over ontwikkelingen naar meer gepaste zorg. Het is dan wel van belang dat er een duidelijke koppeling wordt gemaakt met (beleids)activiteiten om gepaste zorg te stimuleren.

Om praktijkvariatie te koppelen aan gepastheid van zorg, is het noodzakelijk zo goed mogelijk vast te leggen wanneer praktijkvariatie onacceptabel is. Dit zou kunnen door het handelen van artsen te toetsen aan een richtlijn of standaard die een duidelijk onderscheid maakt tussen gepaste en ongepaste zorg. Dat zal per aandoening verschillen. Een andere mogelijkheid is zich te beperken tot een bepaald aspect van de zorg, bijvoorbeeld voorschrijfgedrag.

Daarnaast is een goede registratie van het geneeskundig handelen van belang. Op het ogenblik bestaan er veertien huisartsgeneeskundige registratiesystemen. Met name het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) biedt mogelijkheden om variaties in voorschrijfgedrag te onderzoeken. Een andere in dit verband interessante registratiebron is de Landelijke Medische Registratie (LMR). Dit is een continue registratie door ziekenhuizen en specialisten.

Door de vooralsnog beperkte omvang van de gegevens over praktijkvariatie, of, uitgebreider, variatie in medisch handelen is vervolgonderzoek nodig om beter inzicht te krijgen in het verschijnsel 'praktijkvariatie'. Met name is nader onderzoek gewenst naar de ontwikkeling van praktijkvariatie in de tijd, het effect van werkomstandigheden op de praktijkvariatie en naar de effecten van richtlijnen op de praktijkvariatie. Een beter inzicht in dit verschijnsel zal ook de relatie met de mate van gepastheid van de zorg verhelderen.

[Bron: Weide MG, Westert GP, Schouten JSAG, Groenewegen PP. Praktijkvariatie en gepaste zorg. Een literatuurstudie ter verkenning van de mogelijkheid gepaste zorg te monitoren. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM 1999]

Huisartsenpost verlicht werkdruk van huisarts

De centrale huisartsenpost lijkt een goede oplossing voor het probleem van de hoge werkbelasting onder huisartsen, zeker in stedelijke gebieden. Dit blijkt uit een onderzoek in Rotterdam, waar men op 1 januari 1998 overging op huisartsenposten. Tot die tijd werd de huisartsenzorg buiten kantooruren verleend via waarneemgroepen, bestaande uit zeven tot elf huisartsen. De drie centrale huisartsenposten die Rotterdam nu heeft, bestrijken elk een gebied met ongeveer vijftig huisartsen.

De drie centrale posten regelen zeven nachten per week de waarneming van 23.00 uur tot 8.00 uur. Een huisarts, een praktijkassistent(e) en een taxichauffeur bemannen de post. In Rotterdam-Noord functioneert de centrale huisartsenpost alleen 's nachts; in Rotterdam-Zuid ook 's avonds en in het weekend.

Door de nieuwe, grootschalige aanpak van de zorgverlening buiten kantooruren is het aantal nachtdiensten per huisarts gedaald van gemiddeld 46 naar 7 per jaar. Als de huisartsenpost ook de avond- en weekenddienst regelt, daalt het totaal aantal diensten van ongeveer 108 naar 33. De Rotterdamse huisartsen hebben dus minder diensten, maar de diensten zijn wel veel drukker.

In de oude situatie vond 80 procent van de huisartsen de diensten buiten kantooruren zeer belastend. Na de invoering van het systeem van centrale huisartsenposten denkt nog slechts 20 procent er zo over. Ruim driekwart van de huisartsen ervoer vroeger vooral de weekendnachtdienst als zwaar. Nu is dat nog maar een kwart. Sinds de nieuwe organisatie valt het huisartsen ook gemakkelijker om met andere facetten van de diensten om te gaan, bijvoorbeeld met drukte, oneigenlijke hulpvragen, eisend of agressief gedrag van patiënten en met het beslag dat het werk legt op het gezinsleven.

Alleen het regelen van een ziekenhuisopname gedurende een nachtdienst blijft moeilijk: 42 procent van de huisartsen ervaart dat ook in de nieuwe situatie als een belasting.

Patiënten zijn over de zorg die verleend wordt vanuit een huisartsenpost net zo tevreden als over de zorg vanuit de vroegere waarneemgroep. Het oordeel over de bereikbaarheid van de huisarts, de bereidheid om te komen en de snelheid waarmee dat gebeurt, is hetzelfde gebleven. Patiënten vinden ook de behandeling en bejegening niet veranderd. Een ruime meerderheid vindt de centrale huisartsenpost een verbetering ten opzichte van de waarneemgroep van vroeger. Slechts 11 procent is niet te spreken over de verandering.

Steeds meer huisartsen, ook buiten de grote steden, tonen belangstelling voor de nieuwe aanpak.

[Bron: Grielen SJ, S Beekhoven, DH de Bakker. Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: Nivel, 1999]

Deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra

In de huidige samenleving zijn de factoren 'tijd' en 'werkbelasting' voortdurend een onderwerp van discussie. Het is vaak moeilijk om een goede balans te vinden tussen werktijd en privé tijd. Mensen gaan anders om met tijd dan vroeger.

Nederland loopt hierbij voorop: nergens in Europa werken zo veel mensen in deeltijd als hier. In de gezondheidszorg wordt vooral in gezondheidscentra in deeltijd gewerkt: 85% van de medewerkers werken er in deeltijd. Doordat de werkweek is verkort tot 36 uur en de verlofmogelijkheden zijn verruimd ontstaan er problemen op het vlak van bereikbaarheid, afstemming, rooster- en ruimteplanning. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de productiviteit en flexibiliteit van de medewerkers.

Dit leidt tot een vraag naar de werklust: hoeveel werk kan in hoeveel tijd gedaan worden, is de beschikbare werktijd daarvoor toereikend en in hoeverre wordt werk in privé tijd gedaan?

In opdracht van de Landelijke Werkgeversvereniging Gezondheidscentra (LWG) hebben het NZi en het Nivel een onderzoek uitgevoerd naar deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra.

Deeltijdarbeid

Deeltijdarbeid is niet meer weg te denken uit de gezondheidscentra. De mogelijkheid tot in deeltijd te werken wordt er ook zeer gewaardeerd. Toch veroorzaakt het werken in deeltijd, en in mindere mate de 36-urige werkweek, de meeste knelpunten in de gezondheidscentra. Hierbij speelt ook een rol dat de meeste deeltijdwerkers geen flexibel contract hebben. De belangrijkste knelpunten zijn, in volgorde van afnemend belang: (1) afstemming en communicatie, (2) werklust en (3) feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid. In de praktijk heeft men voor het eerste en derde punt oplossingen gezocht in het hanteren van een vast vergaderschema, een vaste overlegdag, een overlap in de dagen waarop men werkt, een wisselende overlegdag (waardoor steeds iemand anders afwezig is), mensen terug laten komen voor overleg, het plannen van overleg in de lunchtijd (dan kunnen medewerkers die halve dagen werken er allen bij zijn). Andere oplossingen zijn het verantwoordelijk maken van één persoon voor bepaalde taken, en het samenstellen van 'koppels'.

Overigens maken de medewerkers van gezondheidscentra betrekkelijk weinig gebruik van de verschillende verlofregelingen (ouderschaps-, zorg-, studie- en opfrisverlof). Dit zou ook wel eens een knelpunt kunnen worden.

Werklust

Opvallend is dat medewerkers van alle disciplines de hoge werkdruk en de stijgende werklust als knelpunt noemen. Dat de werklust groter wordt is het gevolg van een aantal ontwikkelingen. Zo is het werk van de huisarts inhoudelijk aan het

veranderen. Er zijn veel niet patiëntgebonden taken bij gekomen, zoals het ontwikkelen van protocollen en de grotere nadruk op zorgmanagement. Daarnaast betekenen de toenemende eisen voor bij- en nascholing in het verlengde van de her-registratie eisen van de Wet-BIG een verzwaring van de werklust van huisartsen en fysiotherapeuten.

Vaak is er geen relatie tussen de normpraktijk (huisartsen), respectievelijk de productienormen (fysiotherapeuten), de tarieven, de feitelijk gewerkte uren en de CAO-uren. Voor deeltijdwerkers komt hierbij het probleem dat de omvang van de niet-patiëntgebonden taken niet evenredig afneemt met het deeltijdpercentage. (Een werkoverleg bijvoorbeeld duurt voor ieder even lang). Vooral centrum-assistenten met een grotere aanstelling ervaren het als een taakverzwaring als er veel 'kleine' deeltijdwerkers zijn.

Er is een duidelijk verband tussen de praktijkgrootte van huisartsen en het totaal fte van huisartsen. (Overigen telt de praktijk gemiddeld 2155 patiënten per huisartsen-fte, terwijl de norm 2000 is.) Er blijkt geen (significante) relatie te bestaan tussen het formele aantal contract-uren en de werklust in termen van het aantal contacten, wel echter tussen het formele aantal uren en de tijd die in de praktijk aan directe patiëntenzorg wordt besteed. Bij de fysiotherapeuten is een duidelijke relatie aanwijsbaar tussen werklust en feitelijke werkuren in de directe patiëntenzorg.

Dienstverband als pakket taakstellingen

De LWG heeft voorgesteld om de omvang van dienstverbanden niet meer uit te drukken in aantallen uren, maar in concrete taakstellingen (bijvoorbeeld zorgafspraken of normpraktijken). Het probleem hierbij is dat het moeilijk zal zijn om een algemeen aanvaardbare normwerkbelasting vast te stellen. Een voordeel kan echter zijn dat hiermee wordt opgevangen dat beroepsbeoefenaars in loondienst anders met hun werklust en tijdsbesteding omgaan dan vrijgevestigde beroepsbeoefenaars. Het werken met een normpraktijk biedt ook de mogelijkheid de verminderde inzetbaarheid ten gevolge van deeltijdwerk te verminderen: de medewerkers zijn dan immers niet gebonden aan contract-uren, maar aan de uitvoering van een taak.

Op grond van de resultaten van het onderzoek is een aantal aanbevelingen geformuleerd om de werkomstandigheden en de bedrijfsvoering van gezondheidscentra te verbeteren.

[Bron: Griffioen RN, Grunveld JE, Hutten JBF, Ros CC, Schee E van der. Steeds minder tijd? Deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra. Utrecht: NZi/Nivel, 1999]

Nascholing GGZ voor huisartsen voor verbetering vatbaar

In Nederland worden de meeste patiënten met psychische problemen door de huisarts behandeld. Dit past in het beleid om zo veel mogelijk psychische

problematiek in de eerste lijn te laten behandelen. Zo nodig moet de huisarts gericht kunnen doorverwijzen.

Er bestaat echter ernstige twijfel bij overheid en beroepsorganisatie of de huisarts voldoende is toegerust voor deze taak. Het is sterk de vraag of de huisarts psychische problemen in voldoende mate onderkent, of hij over voldoende diagnostische vaardigheden beschikt en of zijn behandeling adequaat is. Het is dus van groot belang dat huisartsen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nascholing krijgen. In opdracht van het Ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is het aanbod van nascholing op het gebied van GGZ in de periode 1996-1998 geïnventariseerd.

De huisarts heeft diverse mogelijkheden om zijn deskundigheid op het gebied van de GGZ te vergroten. Er zijn de veel gebruikte mogelijkheden van consultatie en tijdelijke overdracht van de behandeling aan het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en de RIAGG. Daarnaast zijn er diverse mogelijkheden tot bijscholing. Zo bestaat er een reeks van deskundigheidsbevorderingspakketten (DKB-pakketten) op dit gebied, ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de LHV. Deze hebben tot onderwerp: Dementiesyndroom, Slapeloosheid en slaapmiddelen, Stoppen met roken, Seksuologie, Preventie in de huisartspraktijk, Depressie, Begeleiding van patiënten met kanker, Mishandeling en seksueel misbruik, Chronisch zieken. Uw zorg? en Problematisch alcoholgebruik. Daarnaast is er een nascholingsaanbod van onder andere de PAOG en PAO-H (Post-Academisch Onderwijs respectievelijk Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde) de RIAGG's. Ook individuele artsen of ziekenhuizen organiseren wel eenmalig bijscholingen. Verder is er een commercieel aanbod. Hoewel de huisartsen verplicht zijn zich bij te scholen, zijn zij vrij in de keuze van de onderwerpen. Er is geen koppeling tussen nascholingsaanbod en het gebruik ervan.

Cursusaanbod weerspiegelt belangstelling

Van de landelijk aangeboden cursussen is eenderde algemeen (generiek) en tweederde specifiek. Voor de generieke cursussen geldt dat er in de landelijk georganiseerde cursussen vooral aandacht voor communicatie is, en in de op districtsniveau georganiseerde cursussen de nadruk op psychosociale begeleiding ligt. Onder de cursussen gericht op specifieke psychische problematiek is er relatief veel aanbod op het gebied van depressie (8,8%) en grote psychiatrie (7,0%). Weinig aanbod is er op het gebied van misbruik/mishandeling (2,4%) en alcohol- en drugsproblematiek (1,2%). Qua frequentie ligt de verhouding anders: het vaakst worden cursussen aangeboden over seksuele problematiek (14,3%), depressie (10,1%) en angststoornissen (8,2%). Maar ook zo gezien blijft alcohol- en drugsproblematiek het minst aangeboden onderwerp (0,8%), evenals

eetproblemen (1,5%). Cursussen over misbruik/mishandelingen worden vaak herhaald en vormen daardoor 5,3% van het aanbod op het gebied van GGZ.

Toch bestaat de indruk dat de DKB-pakketten niet optimaal gebruikt worden. Dit lijkt niet direct aan de keuze van de onderwerpen te liggen. De landelijke aanbieders laten zich vooral door recente ontwikkelingen leiden; het aanbod op districtsniveau is veelal gebaseerd op behoeften van de huisartsen zelf. Het is opvallend dat er bij de huisartsen zo weinig belangstelling is voor cursussen op het gebied van alcohol- en drugsproblematiek. Net zo opvallend is de belangstelling voor cursussen die de 'grote psychiatrie' aan de orde stellen. Dit sluit niet direct aan op de frequentie van het type problemen waarmee de huisarts te maken krijgt. Het gebruik dat men maakt van het cursusaanbod GGZ is redelijk. De afgelopen drie jaar hebben de huisartsen gemiddeld 6,5 cursus over GGZ gevolgd. Andersom heeft 83% van de huisartsen in deze periode gemiddeld 1,6 nascholingscursus GGZ gevolgd. Van de huisartsen beoordeelt 76% zijn eigen kennis over GGZ als voldoende, 18% als onvoldoende. Zes procent van de huisartsen acht zijn kennis op het gebied van GGZ onvoldoende, maar heeft zich niet bijgeschoold. De meest succesvolle generieke cursussen zijn communicatie en psychosociale begeleiding. Van de specifieke cursussen hadden de onderwerpen Seksuele problematiek, grote psychiatrie, depressie en opvoedingsproblemen de meeste belangstelling.

Het onderwerp 'deskundigheidsbevordering over GGZ' is ook voorgelegd aan een groep deskundigen. Een belangrijke constatering van deze zijde is dat duidelijker zou moeten worden omschreven wat er op het terrein van de psychosociale problematiek van de huisarts verwacht wordt. Vervolgens kan op grond daarvan een adequaat scholingsaanbod worden vastgesteld. De deskundigen hebben ook kritiek op de huidige nascholing. Volgens hen is deze te cognitief gericht en krijgen technieken en behandelingsmogelijkheden te weinig aandacht. Verder moet er minder aandacht zijn voor de zwaardere psychische stoornissen.

De deskundigen achten het wenselijk dat er meer gebruik wordt gemaakt van minder traditionele, maar vaak zeker zo effectieve, vormen van onderwijs, zoals transmurale samenwerking, consultatie en intervisie.

Ten slotte hebben de deskundigen als punt van kritiek dat de tijd die aan een onderwerp wordt besteed meestal erg kort is. Landelijk wordt gemiddeld 4 uur aan een onderwerp besteed; op districtsniveau 2,5 uur. Op beleidsniveau is het cursusaanbod te weinig gestructureerd en aangestuurd door de LHV; de sturende invloed van de farmaceutische industrie is daardoor te groot.

[Bron: Weert JCM van, Heiligers PhJM, Verhaak PFM. GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod. Utrecht: Nivel, 1999]

2.1.2 Specialisten

Ook in 1999 werden er voor verschillende specialismen behoefteramingsstudies opgezet; soms nieuwe (voor plastisch chirurgen) soms werden oudere ramingen op verzoek van de betreffende wetenschappelijke verenigingen van een update voorzien.

Behoefteraming plastisch chirurgen

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft het Nivel gevraagd een behoefteramingsstudie voor plastisch chirurgen uit te voeren. Op basis hiervan kan een betere onderbouwing gegeven worden van de toekomstige opleidingscapaciteit. De opzet van deze studie is in hoofdlijnen afgeleid van eerdere behoefteramingsstudies van het Nivel. Er wordt eerst gekeken wordt naar de huidige en te verwachten vraag naar plastische chirurgie. Verschillende factoren die deze vraag mogelijkwerwijs beïnvloeden, zijn daarbij meegenomen. Vervolgens is nagegaan hoe het aanbod van plastisch chirurgen zich zal ontwikkelen. Op basis van een aantal scenario's, die onderling verschillen in de veronderstellingen over de ontwikkelingen van zowel de vraag als het aanbod, wordt nagegaan hoeveel plastisch chirurgen opgeleid moeten worden om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten.

Eind 1998 waren er 144 plastisch chirurgen werkzaam in Nederland. Gegeven de te verwachte uitstroom in verband met pensionering en bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit van 9 nieuwe plastisch chirurgen per jaar, zullen er in het jaar 2010 ongeveer 175 plastisch chirurgen zijn. Wanneer alleen rekening gehouden wordt met een toename van het aantal inwoners per leeftijdsgroep, dan zijn in 2010 echter ongeveer 155 plastisch chirurgen nodig. De instroom in de opleiding zou bij dit scenario daarom ongeveer 4 plastisch chirurgen per jaar moeten bedragen.

De huidige opleidingscapaciteit voldoet daarentegen wel voor het scenario waarbij naast de demografische ontwikkeling ook rekening gehouden wordt met een extra toename van het zorggebruik (mede om de groei in de wachtlijsten te stoppen), een toename van het deeltijdwerken (rekening houdend met het stijgende aandeel vrouwelijke plastisch chirurgen), en een afname van het aantal werkuren per full-time equivalent van nu 52 uur naar 50 uur in 2010.

Indien tevens rekening gehouden wordt met factoren als een eventuele stijging in het aandeel niet-patiëntgebonden werkzaamheden (onder andere vanwege meer managementtaken) én een stijging van de tijd per patiënt (onder andere vanwege de toenemende mondigheid van patiënten), dan zijn er in 2010 in totaal 196 plastisch chirurgen nodig. Onder de condities van dit laatste scenario zou de instroom in de opleiding uitgebreid moeten worden naar 13 per jaar.

[Bron: Velden LFJ van der, Hingstman L. Behoefteraming plastisch chirurgen 1998-2010. Utrecht: Nivel, 1999]

Obstetrici/gynaecologen: tekort of overschot in 2010?

Prognoses van de behoefte aan obstetrici en gynaecologen blijken nogal te variëren. Dit is het gevolg van de snel wisselende verwachtingen omtrent bijvoorbeeld het aantal geboorten. Hierdoor verschillen de behoefte-ramingen uit 1992 en 1997 nogal sterk. Daarom heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), die opdracht tot het opstellen van de ramingen had gegeven, het Nivel opgedragen tweejaarlijks een nieuwe behoefte-raming op te stellen. Net als die van 1997 geldt de in 1999 verschenen raming voor 2010.

Op grond van de laatste demografische gegevens mag men een afname van de obstetrische/gynaecologische zorgvraag verwachten van 3%. In 2010 zijn er bij ongewijzigd beleid 757 obstetrici/gynaecologen. Het aandeel vrouwelijke beroepsbeoefenaars, in 1997 nog 18%, zal dan zijn gestegen tot 52%. Volgens de nieuwe prognoses – opgesteld aan de hand van verschillende scenario's – zijn er evenveel obstetrici/gynaecologen nodig in 2010 als in de prognose van 1997. Wel is de benodigde instroom veranderd in de diverse scenario's. Dit is het gevolg van het aantal artsen dat in de periode tussen 1997 en 1999 feitelijk in de opleiding is ingestroomd, en de kortere tijd die er inmiddels is om ontwikkelingen bij te sturen. In de scenario's waarin relatief weinig mensen hoeven te worden opgeleid, moeten vanaf heden jaarlijks 5 mensen minder instromen. In de scenario's waarvoor volgens de raming van 1997 jaarlijks ongeveer 35 mensen moeten instromen in de opleiding, moeten nog steeds 35 mensen per jaar instromen. Voor de scenario's die volgens de eerdere raming een jaarlijkse instroom van meer dan 35 mensen nodig maakten, moeten volgens de nieuwe raming maximaal vijf mensen per jaar meer instromen. De scenario's verschillen vooral in het aantal uren dat er per fte gewerkt wordt, het aantal dagdelen per week dat de arts werkt en de omvang van de niet-patiënt gebonden activiteiten.

Afhankelijk van het gevolgde scenario zal er bij ongewijzigd beleid in 2010 een overschot van minimaal 43 obstetrici/gynaecologen zijn, maar is het ook mogelijk dat er dan een tekort bestaat van minimaal 51 obstetrici/gynaecologen. Om te zorgen dat het obstetrici/gynaecologen in 2010 in overeenstemming is met de vraag, zullen er op beleidsniveau keuzes en afspraken gemaakt moeten worden. *[Bron: Velden LFJ van der, Hingstman L. Behoefte-raming obstetrici/gynaecologen 1997-2010: een tussenbalans. Utrecht: Nivel, 1999]*

Opleidingscapaciteit longartsen iets achter op schema

In 1996 heeft het Nivel in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) een behoefte-raming opgesteld voor het jaar 2010. Volgens het door de NVALT gekozen scenario zou de instroom in de opleiding in eerste instantie moeten worden vergroot van 13 tot 18 assistenten per

jaar en na enkele jaren tot 23. In 1999 is een tussenbalans opgemaakt waaruit kan worden geconcludeerd dat het aantal assistenten in opleiding moet worden verhoogd tot 26 per jaar om in 2010 vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. De reden van deze verdere verhoging is het feit dat in de afgelopen jaren de voorgenomen uitbreiding nog steeds niet is gerealiseerd.

Volgens recente bevolkingsprognoses zal de bevolking in 2010 minder vergrijsd zijn dan verwacht. Daardoor stijgt de vraag naar zorg ten opzichte van 1996 niet met 20,3%, maar met 19,0%. In 1996 werd verwacht dat de verwerkingscapaciteit van longartsen zou dalen van 54,5 uur naar maximaal 50 uur per week in 2010. Deze daling is nog niet zichtbaar. Maar gezien de snelle toename van het aantal vrouwelijke longartsen en de toenemende wens van AGIO's om in deeltijd te werken (71% in 1998 tegenover 51% in 1996) is het realistisch om de veronderstelde groei van het aantal deeltijders van 12% in 1996 tot 30% in 2010 te handhaven. De gemiddeld werkweek is in de periode 1996 -1998 gedaald van 54,5 uur naar 52,7 uur per week per fte. Dit betekent dat een verdere daling tot een 50urige werkweek in 2010 niet onrealistisch is.

De verwachte groei van het percentage niet-patiëntgebonden activiteiten van 28% in 1996 naar 32% in 2010 blijkt met name in de opleidingsziekenhuizen en de academische ziekenhuizen sneller te verlopen dan aanvankelijk gedacht. Derhalve is het percentage extra benodigde capaciteit om dit op te vangen bijgesteld van 8,4% naar 10%.

De feitelijke ontwikkeling met betrekking tot de consultduur is tegengesteld aan de verwachte ontwikkeling; er wordt minder tijd per consult besteed. Bovendien blijkt dat ook de door de longartsen gewenste tijd per consult door hen naar beneden is bijgesteld. Indien de huidige gewenste tijd per consult zou worden gerealiseerd, dan zou er tussen 1996 en 2010 geen groei van 14,4%, maar een groei van 5% nodig zijn.

Op basis van de nieuwste prognose blijkt dat het aantal benodigde longartsen in 2010 vrijwel gelijk is aan de eerdere prognose (486 tegenover 484), maar dat de instroom in de opleidingen iets hoger moet zijn dan aanvankelijk gedacht. In plaats van een jaarlijkse instroom van 23 in 1997, is vanaf nu een jaarlijkse instroom van 26 assistenten noodzakelijk. Deze verhoging heeft overigens vooral te maken met het feit dat een voorgenomen verhoging naar 23 in 1997 nog steeds niet is gerealiseerd.

[Bron: Velden LFJ van der, Hingstman L, Hartevelt HM. Monitoring arbeidsmarkt voor longartsen 1999-2010. Utrecht: Nivel, 1999]

Lichte groei aantal kinderartsen noodzakelijk

In 1995 heeft het Nivel een raming van de toekomstige behoefte aan kinderartsen opgesteld. Naar aanleiding daarvan heeft de Nederlandse Vereniging voor

Kindergeneeskunde (NVK) besloten het aantal opleidingsplaatsen voor kinderartsen te verhogen van 50 naar 55 per jaar. Daar dergelijke ramingen altijd zijn gebaseerd op veronderstellingen over toekomstige ontwikkelingen, heeft het NVK de behoefteeraminingsstudie uit 1995 laten evalueren. Tevens is hierbij een eerste verkenning gedaan naar de situatie in 2010. Dergelijke tussentijdse evaluaties maken het mogelijk plannen tijdig bij te stellen.

Een van de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de raming in 1995 is de gewijzigde bevolkingsprognose van het CBS. In 1995 werd voor de periode 1995-2005 nog uitgegaan van een groei in de vraag naar kindergeneeskundige zorg van 3,9%. Op basis van de bevolkingsprognose uit 1997 wordt echter voor dezelfde periode een daling van -2.4% verondersteld. Voor wat betreft de overige veronderstellingen uit de raming van 1995 blijkt dat voor een aantal te verwachten ontwikkelingen een correctie noodzakelijk is. Zo zal het aantal deeltijders sneller toenemen dan aanvankelijk verondersteld. Daarentegen neemt het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten minder snel toe. Met betrekking tot de te verwachten arbeidstijdnormalisering blijken de veronderstellingen realistisch. Op basis van de gewijzigde veronderstellingen zijn nieuwe ramingen gemaakt voor de periode 1997-2005. Als het NVK streefscenario als uitgangspunt wordt genomen dan zou de opleidingscapaciteit geen 55 maar 71 per jaar moeten zijn. Naast gewijzigde veronderstellingen heeft dit deels ook te maken met het feit dat de gewenste instroomverhoging nog niet is gerealiseerd. In hoeverre een verhoging van 55 naar 71 realistisch is hangt vanzelfsprekend ook af van ontwikkelingen na 2005. Vandaar dat in deze studie ook een eerste aanzet is gegeven voor een capaciteitsraming voor 2010. In de eerste plaats moet worden geconstateerd dat op basis van de verwachten bevolkingsontwikkelingen de vraag naar kindergeneeskundige zorg verder zal afnemen. Over de periode 1995-2010 wordt een afname verwacht van -6.3%. Daarentegen zijn er tal van ontwikkelingen (toename deeltijd, arbeidstijd-verkorting e.d.) die de geconstateerde afname ruimschoots compenseren. Als hetzelfde scenario wordt gehanteerd als destijds door de NVK is gekozen dan zou de huidige opleidingscapaciteit (55) vrijwel gehandhaafd moeten blijven.

Door de onzekerheid van de demografische voorspellingen enerzijds, en van de feitelijke verwerkingscapaciteit van de kinderartsen anderzijds, zal het verstandig zijn om met enige regelmaat de prognoses te evalueren.

[Bron: Hingstman L, Velden, LFJ van der. Monitoring arbeidsmarkt voor kinderartsen 1997 - 2010. Utrecht: Nivel, 1999]

Doelmatigheidsprojecten geïnventariseerd

Sinds het begin van de jaren 80 staat de verhouding tussen specialisten en ziekenhuis ter discussie.

Van oudsher is er binnen Nederlandse ziekenhuizen sprake van twee, relatief gescheiden, circuits. Enerzijds zijn er de, overwegend vrijevestigde, specialisten. Zij hebben via een toelatingsovereenkomst toegang tot het andere circuit: de faciliteiten die het ziekenhuis biedt. De specialisten zijn georganiseerd in de medische staf, die een stafbestuur heeft. Dit zorgt meestal voor de communicatie met het management van het ziekenhuis. Op het laagste niveau zijn de specialisten als maatschappen georganiseerd. Daarnaast staat de ziekenhuisorganisatie met een hiërarchische opzet.

Toen in 1983 de budgetfinanciering werd ingevoerd moest men de medische eisen en de budgettaire mogelijkheden van het ziekenhuis op elkaar gaan afstemmen. Eén van de manieren waarop men dit probeerde te bereiken is via managementparticipatie van specialisten. Tegelijkertijd stegen de kosten voor specialistische hulp en ziekenhuiszorg.

Commissie-Biesheuvel

Toch groeide de onvrede over de duale structuur van het ziekenhuis. Dit leidde ertoe dat in 1993 het toenmalige Ministerie van WVC de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (de commissie-Biesheuvel) instelde. Zij moest onderzoek doen naar de medische zorg zoals die geleverd wordt door huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen en de functies die de verschillende partijen hierin hebben. Het onderzoek van de commissie-Biesheuvel leverde een reeks adviezen op met betrekking tot (1) de samenwerking tussen specialisten en ziekenhuis en specialisten en huisarts; (2) de kosten en declaratiesystemen van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen; en (3) de rol van de verzekeraars bij het functioneren van huisarts, medisch specialist en ziekenhuis. Hierbij stond de organisatie van de zorg centraal. Men wilde komen tot één geïntegreerd budget voor de medisch-specialistische zorg, en één financieringsstroom van verzekeraar naar de ziekenhuisorganisatie.

Om de adviezen van de commissie-Biesheuvel gemeenschappelijk uit te werken in de praktijk is door negen maatschappelijke organisaties en het Ministerie van WVC het Platform Curatieve Zorg opgericht. Dit was echter niet bijster succesvol in die zin dat het er niet in slaagde de uiteenlopende opvattingen van de partijen bij elkaar te brengen. Men was het eens over het streven naar een geïntegreerd medisch-specialistische werkwijze. Maar de specialisten wilden de eigen verantwoordelijkheden van specialisten en ziekenhuizen handhaven, evenals hun zelfstandige relatie met de verzekeraar. Velen van hen hechtten veel waarde aan het vrije-beroepsbeoefenaar zijn, beloond op grond van prestaties. Daar tegenover stonden de verzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, die naar één geïntegreerd systeem toe wilden met één prijs per product, één financierings-

stroom tussen verzekeraar en instelling, en het management van de instelling als enig aanspreekpunt voor de verzekeraar.

Lokale initiatieven

Door het voorstel van het Ministerie van (inmiddels) VWS om te komen tot zogeheten lokale initiatieven werd de impasse doorbroken. In 1995 verklaarde het Ministerie de door de COTG aangekondigde tariefsverlaging per 1 april van dat jaar niet van toepassing voor specialisten die zes weken vóór 1 november van dat jaar afspraken met de ziekenhuizen en verzekeraars in hun regio zouden maken over de beheersing van kosten van specialistische hulp. Deze afspraken moesten worden neergelegd in een raamovereenkomst die aan het Ministerie moest worden voorgelegd. Deze lokale initiatieven moesten niet alleen betrekking hebben op de honoreringsstructuur van vrijgevestigde medisch specialisten, maar ook gericht zijn op bevordering van kwaliteit, doelmatigheid, doeltreffendheid en beheerste kostenontwikkeling.

Er werden in totaal 83 raamovereenkomsten aangemeld, waaraan 94 ziekenhuizen deelnamen. Slechts vier algemene ziekenhuizen zijn niet op het aanbod van het Ministerie ingegaan. (Overigens was er al eerder een aantal regionale experimenten met de honorering van specialisten onder auspiciën van de Ziekenfondsraad gestart, waarbij zeventien ziekenhuizen zijn betrokken.) Deze raamovereenkomsten betroffen niet alleen financiële afspraken, maar omvatten ook 631 projecten ter bevordering van kwaliteit en doelmatigheid.

De afgelopen tijd is er veel aandacht geweest voor de financiële overeenkomsten, maar zijn de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten met een globale beschrijving nogal onderbelicht gebleven. Dit vormde voor het Ministerie een reden om opdracht te geven om een inventarisatie op te stellen van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten in deze lokale initiatieven.

Uiteenlopende kwaliteiten

De meeste projecten zijn gericht op kwaliteitsbevordering (45% van de projecten) en verbetering van de interne bedrijfsvoering (39%).

Bij bestudering van de projecten blijkt dat minder dan een vijfde (18,7%) ervan qua doelstelling past in het streven van de commissie-Biesheuvel. Alleen de projecten die ten doel hebben een zorgcontinuüm tot stand te brengen sporen goed met 'Biesheuvel': 86,7%.

Logischerwijze zijn bij de meeste projecten specialisten en ziekenhuizen betrokken. De rol van huisartsen is wisselend: bij 50% van de projecten gericht op het tot stand brengen van een zorgcontinuüm zijn huisartsen betrokken, tegenover slechts 28% bij de projecten gericht op substitutie.

Ook het aantal projecten per ziekenhuis en de veelheid van onderwerpen die wordt aangepakt lopen sterk uiteen. Sommige projecten naderen reeds hun afronding; andere moeten nog beginnen.

In het verslag van de inventarisatie wordt elk project apart behandeld.

[Bron: Doeglas DM, Delnoij DMJ, Schuller-Punt R. *Doelmatigheid en kwaliteit. Een overzicht van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen de lokale initiatieven. Utrecht: Nivel, 1999*]

2.1.3 Overige beroepsgroepen

Sociaal-geneeskundigen

De medische sector is in drie hoofdgroepen te verdelen: de huisartsgeneeskunde, de klinisch-medische specialismen en de sociale geneeskunde. In verhouding tot de andere twee sectoren is over de sector sociale geneeskunde weinig bekend. In het kader van de jaarlijkse Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, die het Nivel in samenwerking met het NZi (Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg) en de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) in opdracht van het Ministerie van VWS uitbrengt, is deze sector nu beter in kaart gebracht.

Alle sociaal-geneeskundigen staan ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC). Dit register, dat sinds 1962 bestaat, is in 1998 omgevormd tot een in het kader van de Wet BIG erkend specialistenregister. Op 31 december 1998 waren er 3584 sociaal-geneeskundigen geregistreerd, van wie er 3340 daadwerkelijk werkzaam waren in een sociaal-geneeskundige functie, 104 in een niet-sociaal-geneeskundige functie, en 140 niet meer werkzaam. Van de 931 sociaal-geneeskundigen in opleiding bekleedden (903) (97%) een sociaal-geneeskundige functie en 28 (3%) een andere functie.

Meer vrouwen

In de sociale geneeskunde zijn meer vrouwen werkzaam dan in de andere sectoren, namelijk ruim 33%. Bij de specialisten is dat 20%; bij de huisartsen 26%. Alleen bij de verpleeghuisartsen is het aandeel van vrouwen hoger: 49%. Daar tegenover staat dat het relatieve aantal van vrouwen in de opleiding sociale geneeskunde lager is, namelijk 43%, tegenover 58% bij de huisartsen in opleiding (HAIO's), 71% bij de verpleeghuisartsen in opleiding en 43% bij de specialisten in opleiding (AGIO's). De gemiddelde leeftijd van sociaal-geneeskundigen is 47 jaar; die van sociaal-geneeskundigen in opleiding 39 jaar. Hierbij valt op dat er relatief meer vrouwen ouder dan 54 jaar zijn dan in de andere sectoren.

De opleiding tot sociaal-geneeskundige kent twee hoofdstromen, die elk een aantal opleidingstakken hebben. De hoofdstromen zijn 'Maatschappij en gezondheid' (sinds 1994 'Community medicine'), dat de takken algemene gezondheidszorg

(AGZ), jeugdgezondheidszorg (JGZ) en sport kent, en daarnaast nog een aantal bijzondere vormen zoals medische milieukunde en tuberculose bestrijding; en 'Arbeid en gezondheid' (sinds 1994 'Occupational medicine'), dat bestaat uit de takken arbeid en bedrijf, verzekeringsgeneeskunde, en een ongedifferentieerde studie richting Arbeid en Gezondheid. De meeste sociaal-geneeskundigen zitten in de hoofdstroom Arbeid en gezondheid: 64% van de afgestudeerden en 74% van de studenten tegenover 36% van de afgestudeerden en 26% van de studenten in Maatschappij en gezondheid. De meest voorkomende richting binnen Arbeid en gezondheid is arbeid en bedrijf met 58% van de artsen in deze hoofdstroom en 60% van de artsen in opleiding in deze hoofdstroom. Binnen 'Maatschappij en gezondheid' is dat de jeugdgezondheidszorg met 54% van de artsen in deze hoofdstroom en 59% van de artsen in opleiding in deze hoofdstroom.

De hoofdstroom Maatschappij en gezondheid trekt relatief meer vrouwen aan dan Arbeid en gezondheid: van de mannen die de opleiding hebben afgesloten is 26% werkzaam op terrein van Maatschappij en gezondheid en 74% werkzaam op het gebied van Arbeid en gezondheid. Voor vrouwen zijn deze cijfers respectievelijk 55% en 45%. Met name in de JGZ werken relatief veel vrouwen: 79% van de vrouwen in de hoofdstroom tegenover 24% van de mannen.

De belangrijkste overwegingen en factoren om een opleiding als sociaal-geneeskundige te volgen is dat men positieve ervaringen heeft sociaal-geneeskundige functie of stage (39% 'zeer belangrijk', 37% 'wel meegespeeld') en interesse in maatschappelijke achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg (35% 'zeer belangrijk', 37% 'wel meegespeeld'). Andere factoren die men noemt, zijn de mogelijkheid om in dienstverband te werken, het geringe aantal opleidingsplaatsen voor specialisten, de mogelijkheid om in deeltijd te werken, negatieve ervaringen tijdens studie en (co-)assistentenschappen en andere factor(en).

Werk

Van alle sociaal-geneeskundigen werkt 73% in één functie, 22% in meer dan één functie en 5% niet of niet meer. De sociaal-geneeskundigen in opleiding hebben allen werk, 80% in één en 20% in meer dan één functie. De eerste functie die een sociaal-geneeskundige bekleedt (zowel met afgesloten opleiding als nog in opleiding) ligt bij 96% van hen op zijn eigen vakgebied. De meest voorkomende eerste functies zijn: bedrijfsarts (39%), verzekeringsarts (18%), jeugdarts (11%), manager/directielid (10%), GGD-arts (5%) en medisch adviseur (4%). Als tweede en derde functie komen het meest voor: manager/directielid en medisch adviseur. De instellingen waar sociaal-geneeskundigen het meest werken zijn bedrijfsgezondheidsdiensten of arbodiensten (41%), GGD's (21%), uitvoeringsinstanties sociale verzekering (18%), thuiszorgorganisaties (3%) en beleids- en adviesorganen (3%).

De meeste sociaal-geneeskundigen (84%) werken voltijds. Vooral vrouwen werken in deeltijd: 75% van de vrouwelijke geregistreerde sociaal-geneeskundigen en 70% van de vrouwelijke sociaal-geneeskundigen in opleiding.

Het voornaamste onderdeel van het werk bestaat bij de meeste sociaal-geneeskundigen (83%) uit contacten met cliënten. Dit geldt bijvoorbeeld voor 98% van de bedrijfsartsen, 96% van de jeugdartsen en 95% van de verzekeringsartsen. Alleen bij sociaal-geneeskundigen die een functie als manager of directielid hebben heeft minder dan de helft cliëntcontacten als belangrijke taak: 36%. Andere belangrijke aspecten van het werk zijn: overige uitvoerende taken (71%), coördinerende taken, beleids- of staffaken (34%), leidinggevende taken aan een afdeling (19%), leidinggevende taken aan een hele instelling (8%) en opleidingstaken (30%).

Aan sociaal-geneeskundigen worden verschillende registratie-eisen gesteld. Bedrijfsartsen moeten het meest aan een wettelijke registratie-eis voldoen; de andere sociaal-geneeskundigen hebben vooral te maken met door hun werkgever gestelde eisen.

[Bron: Wiegers, TA, Hingstman L. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen. Utrecht: Nivel, 1999]

2.2 VERPLEGING EN VERZORGING

Ontwikkelingen in de arbeidsmarkt

In opdracht van het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV) maken Nivel en NZi jaarlijks een overzicht van de ontwikkelingen in deze sector. De resultaten van deze overzichtsstudie worden als volgt samengevat:

De omvang van de beroepsgroepen

In ons land waren in 1996 386.900 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Dit is ruim 6% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1997 met 25%; inclusief leerlingen met 18%. Het totale aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met bijna 11%. Gemeten in volledige banen is er in deze periode na een stagnatie in de periode 1993-95 in 1996 en 1997 weer sprake van een aanzienlijke groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg rond 1994 voordeed, is tot stilstand gekomen en voor de eerste twee in groei omgebogen. Schattingen wijzen uit dat de particuliere thuiszorg de krimp van de werkgelegenheid in de reguliere thuiszorg in de afgelopen jaren niet compenseert.

Over specialisaties binnen verpleging en verzorging bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG is wel bekend hoeveel geregistreerde verpleegkundigen er zijn. Begin 1999 hebben ruim 196.000 verpleegkundigen zich laten registreren. In 83% van de gevallen gaat het om vrouwen, 31% behaalde zijn/haar diploma 20 jaar of langer geleden. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging voor de komende jaren zijn gunstig. Vertalen we de financiële vooruitzichten die de overheid momenteel biedt in het JOZ 1999 dan is een groei van 1,7% voor de jaren tot 2002 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in de groei tussen sectoren. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen naar verwachting de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

De personeelssamenstelling

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verplegend en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1998 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking. De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 jaar in 2003 en 39 in 2007.

De arbeidssituatie

Na een jarenlange daling van het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is er sinds 1996 sprake van een eerst geleidelijke, maar in 1998 zelfs forse toename van het vertrek uit instellingen. Het vertrek uit het beroep is in de loop der jaren

door betere mogelijkheden elders slechts bescheiden toegenomen, namelijk van 5,7 in 1994 naar 6,6% in 1998. Het veranderen van baan binnen de zorg is met een toename van 4,4 tot 7,4% in dezelfde periode de belangrijkste oorzaak van vertrek uit de instelling

Een en ander resulteert in een minder sterke stijging van het gemiddelde aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is. Nog steeds blijft het vinden van een andere baan de belangrijkste reden van vertrek. Met het vertrek hoopt men betere ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden te realiseren. Ook het beperken van de reistijd speelt een rol. Bij vertrekkers uit het beroep spelen dezelfde factoren een rol bij het aanvaarden van een baan elders. Beroepsbeëindiging door het stoppen met betaald werk komt steeds minder vaak voor.

Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt een beter loopbaanperspectief genoemd. Bij degenen die het beroep beëindigen wordt de mogelijkheid om meer of minder uren te werken door een op de zes als belangrijkste reden genoemd.

Meestal geeft men meerdere aspecten aan. Nemen we alle redenen bij elkaar dan valt op dat het leiderschap op de afdeling waar men werkte, steeds vaker aan kritiek onderhevig is. En dat kinderopvang steeds minder vaak als factor wordt genoemd die vertrek (mede) had kunnen voorkomen.

De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de intramurale zorg is inmiddels de meest voorkomende werktijd die van de parttimer met een duur van 80% of minder. De eerder uitgesproken verwachting dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn lijkt bewaarheid te worden. Wel kan de invoering van de 36urige werkweek een trendbreuk met zich meegebracht hebben: veel deeltijders hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zgn. op plussen).

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. Hoewel er een aantal verklarende factoren voor dit verschil is, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, lijken er ook factoren in het spel te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de recent afgesloten zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.

Het onderwijs

Aan de jarenlange daling van de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging lijkt in 1998 een einde te zijn gekomen. Wel zal als gevolg van deze daling het aantal mensen dat een opleiding met een diploma afrondt pas na 2000 gaan toenemen.

Wat betreft de aansluiting opleiding-arbeidsmarkt kunnen de verpleegkundige opleidingen zich goed spiegelen aan het landelijke gemiddelde van alle HBO-opleidingen. De MBO-opleidingen steken zelfs gunstig af. In tegenstelling tot de MBO-opleidingen die wat betreft beloning relatief gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare MBO-opleidingen geldt dit niet voor de HBO-verpleging. Ook ten opzichte van andere zorgopleidingen blijft de verpleging op HBO-niveau achter. Met name bij de verzorgenden blijkt er een groot potentieel aan mensen te zijn die wel ooit een opleiding achter de rug hebben, maar nu niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de dreiging van tekorten aan personeel voor de komende jaren, zeker bij de ouderenzorg, is dat van belang.

[Bron: Windt W van der; Calsbeek H; Hingstman L. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999. Maarssen/Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV; 1999]

Zorg voor verzorgenden verbetert kwaliteit

Het aantal dementerenden in verpleeghuizen neemt toe. Steeds meer mensen bereiken een steeds hogere leeftijd, terwijl een geneeskundige behandeling van het dementiesyndroom niet in zicht is. De verzorging van deze bewoners wordt vooral door verzorgenden gedaan. Toch is er merkwaardigerwijze nog weinig bekend over de wijze waarop verzorgenden met dementerenden omgaan en welke problemen zij daarbij ervaren. Uit buitenlands onderzoek was al wel naar voren gekomen dat de zorg voor dementerende ouderen gevoelens van machteloosheid, nutteloosheid en onzekerheid kan oproepen, met als gevolg een lage arbeidstevredenheid en *burn-out* verschijnselen.

Op initiatief van twee stafmedewerkers van Verpleeghuis De Amstelhof in Amsterdam is een verkennend onderzoek gedaan naar de bejegening van dementerende verpleeghuisbewoners door verzorgenden en de problemen hierbij. Het onderzoek werd gefinancierd door de Directie Ouderenbeleid van het Ministerie van VWS en uitgevoerd door het Nivel.

Naar schatting lijdt 6,5 % van de Nederlanders aan dementieverschijnselen, lopend van 0,4 % voor de groep van 55- 59 jaar tot 40 % van de mensen die ouder zijn dan 90 jaar (1994). Naar verwachting zal dementie in 2015 40 % vaker voorkomen. Een kwart van deze patiënten wordt vijf jaar na het manifest worden van de ziekte opgenomen in een verpleeghuis. Van hen woont 83 % hier tot aan het eind van zijn leven. Daarom moet het leefklimaat in het verpleeghuis zo gunstig en prettig mogelijk zijn voor de bewoners. Daarom is onderzoek naar de bejegening door de zorgverleners van groot belang.

Twee soorten problemen

In de omgang met dementerende bewoners onderscheidt men twee categorieën problemen: problemen met specifieke gedragingen, zoals agressief, aanstootgevend of depressief gedrag, en meer algemene problemen met het omgaan met deze bewoners, zoals omgangsproblemen tijdens de ochtendzorg, gebrek aan tijd, gevoelens van machteloosheid en problemen door gebrek aan waardering door bewoners. Verzorgenden vinden vooral het hanteren van een specifieke gedragingen erg moeilijk. Velen van hen geven aan dat zij moeite hebben met agressief gedrag, zeker als het fysiek is, en het dreigen ermee. Ook aanstootgevend gedrag (bijvoorbeeld naaktlopen, smeren met ontlasting, urineren op willekeurige plaatsen), depressief gedrag (zoals het uiten van doodswensen) en angstig gedrag is voor velen erg moeilijk om mee om te gaan. Veel minder moeite heeft men met de omgang met dementerenden in het algemeen, behalve dat men het gevoel heeft voortdurend te weinig tijd te hebben voor extra zorg (bijvoorbeeld aandacht geven en activiteiten ondernemen). Eenderde van de verzorgenden ervaart gevoelens van onmacht in de zorg voor demente bewoners.

Communicatie

De verbale communicatie van verzorgenden met demente bewoners is voor een groot deel instrumenteel en gericht op het structureren van het zorgcontact. In het algemeen gaan verzorgenden goed na of de bewoner hen begrepen heeft, en controleren zij steeds of zij de bewoner goed hebben begrepen. Zij geven gewoonlijk ook duidelijk aan wat de volgende stap is in de zorgverlening. Er wordt veel informatie uitgewisseld over de zorg, het leven in het verpleeghuis en alledaagse zaken.

De verzorgenden kijken de bewoners tijdens de verzorging relatief weinig aan, slechts in 14 % van de tijd. Dit staat tegenover de observatie in de thuiszorg en verzorgingshuizen, waar verzorgenden de bewoners tijdens de verzorging gedurende 40 % van de tijd aankijken. Bewoners van een verpleeghuis worden veel vaker instrumenteel aan geraakt dan bewoners van verzorgingshuizen (40 % tegenover 20 % van de tijd). Beide waarnemingen zijn te verklaren uit de gegevenheid dat bewoners van verpleeghuizen hulpbehoevender zijn en daardoor intensievere hulp nodig hebben.

Affectieve aanrakingen kwamen gedurende 5 % van de tijd voor; dat is tweemaal zo vaak als in de thuiszorg en in het verzorgingshuis.

Wanneer verzorgenden het gevoel hebben gewaardeerd te worden door de bewoners, communiceren zij op een meer positieve wijze met de bewoners.

Omgangsregels

De meeste verzorgenden hebben duidelijke ideeën hoe met dementerenden moet worden omgegaan. Voor de omgang met demente bewoners zijn ook omgangsregels opgesteld. Deze zijn afgeleid van de bestaande begeleidingsmethodieken. Verreweg de meeste verzorgenden geven aan zich aan deze regels te houden. Het blijkt dat hoe meer de verzorgenden zich aan deze omgangsregels houden - met uitzondering van de regels die tot doel hebben de bewoner te stimuleren contact met de werkelijkheid te houden -, des te minder zij problemen hebben met de omgang met bewoners en hun familie, met gevoelens van machteloosheid en onzekerheid, met stervensbegeleiding en met het gebrek aan waardering van bewoners. Belangrijk voor de bewoners is ook, dat de verzorgenden gewoon een praatje komt maken. Dit aspect van verzorging zou in de opleiding meer aandacht moeten krijgen.

Tijdgebrek

Opvallend is dat er geen duidelijke relatie is tussen de ervaren problemen met specifieke gedragingen van de dementerende bewoners in de verzorging en de arbeidsvoldoening, gevoelens van opgebrand zijn en ervaren gezondheid van verzorgenden. Het ervaren gebrek aan tijd heeft daarentegen een sterke invloed op de tevredenheid met de werklust, de tevredenheid met de kwaliteit van zorg en de totale arbeidstevredenheid. Wanneer verzorgenden problemen hebben met het vinden van evenwicht tussen emotionele betrokkenheid en professionele afstand, problemen ervaren in de omgang met bewoners en familie, problemen met het gevoel te hebben niet gewaardeerd te worden door de bewoners en problemen hebben in het geven van stervensbegeleiding, raken zij vaker emotioneel uitgeput en voelen zij zich minder bekwaam (*burn-out*). Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk wisselen meer informatie uit met bewoners, stimuleren dezen vaker om een eigen mening te hebben, testen hun kennis minder vaak en raken hen vaker affectief aan dan verzorgenden die minder tevreden zijn. Naarmate de verzorgenden meer tevreden zijn over met hun werk in het algemeen en de kwaliteit van zorg die zij verlenen, worden zij door de bewoners positiever beoordeeld.

Investeren in de toekomst

Door de toenemende vergrijzing zal het tekort aan verzorgenden voorlopig alleen maar toenemen. Daarom is het niet alleen belangrijk dat er nieuwe verzorgenden komen, maar ook dat degenen die als verzorgende werken plezier in hun werk houden en niet opgebrand raken. De onderzoekers stellen dan ook dat het noodzakelijk is in de verzorgenden te investeren, hun bij- en nascholing te geven en werkbegeleiding en multidisciplinair overleg te bieden voor een effectieve omgang met deze groep bewoners. Het mes snijdt hierbij aan twee kanten: de

arbeidsvreugde van de verzorgenden wordt groter, en de kwaliteit van de geboden zorg wordt beter.

[Bron: Kerkstra A., Bilsen PMA van, Otten DD, Gruijter IM de, Weide MG. *Omgang met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis. Utrecht: Nivel, 1999*]

Kwaliteit van palliatieve zorg; de behoeften van terminale patiënten en naasten

In 1999 is een onderzoek verricht naar de behoeften van terminale patiënten en naasten op het terrein van palliatieve zorg. Daarbij is onder meer onderzocht wat men belangrijk vindt met betrekking tot de kwaliteit van palliatieve zorg. In dit verband wordt de kwaliteit van palliatieve zorg gedefinieerd als *het oordeel van terminale patiënten en naasten over de wijze waarop palliatieve zorg georganiseerd is en verleend wordt door professionele of vrijwillige zorgverleners.*

In totaal zijn bij 19 terminale patiënten en 23 naasten kwalitatieve interviews afgenomen. De respondenten blijken het voor de kwaliteit van palliatieve zorg ten eerste essentieel te vinden dat de zorg gekenmerkt wordt door *snelheid, beschikbaarheid, continuïteit en flexibiliteit*. Deze behoeften spelen heel sterk als thuis verblijvende patiënten plotseling snel achteruit gaan. Naasten voelen dat als een breekpunt in de verzorging, omdat de patiënt dan volledig afhankelijk wordt en de mogelijkheden van mantelzorgers dan vaak niet toereikend zijn. De thuiszorg moet daarom volgens de respondenten snel intensieve zorg leveren, waar nodig 24 uur per dag. In Nederland biedt de reguliere thuiszorg echter overdag niet meer dan maximaal 6 uur zorg en 's nachts 8 uur zorg aan terminale patiënten. Commerciële thuiszorgorganisaties bieden vaak wel 24uurs zorg, maar dat moet door de patiënt zelf betaald worden, wat niet tot ieders mogelijkheden behoort. Dit pleit voor uitbreiding van het aanbod van de reguliere thuiszorg. De tien uur extra zorg die bij sommige terminale patiënten nodig is, zal echter niet altijd door professionals opgevuld hoeven te worden. Belangrijk is dat er iemand aanwezig is, waar mantelzorgers een beroep op kunnen doen; in sommige gevallen kunnen dat ook vrijwilligers zijn.

Ten behoeve van de beschikbaarheid en snelheid, maar ook voor de continuïteit en flexibiliteit van palliatieve zorg, kan het tevens zinvol zijn om bij terminale patiënten een zorgcoördinator aan te stellen. Dit kan een professional zijn die toch al bij de zorg betrokken is en die de belangen van een patiënt en naasten kan behartigen, de benodigde zorg kan regelen en coördineren. Dat kan in instellingen bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige of verzorgende zijn, in de thuiszorg een wijkverpleegkundige of huisarts met expertise en contacten op het terrein van palliatieve zorg.

Zorgcoördinatie zal vooral aangewezen zijn in complexe zorgsituaties waarin diverse zorgverleners samenwerken. Een zorgcoördinator kan regelen dat terminale

patiënten waar nodig voorrang krijgen en niet door tijdrovende procedures gehinderd worden. Op die manier krijgen terminale patiënten wellicht sneller de benodigde zorg door de meest aangewezen zorgverlener(s) op de meest geschikte plaats.

De continuïteit van zorg zal tevens bevorderd worden door een goede schriftelijke en mondelinge overdracht. Wanneer de zorg overgenomen wordt door een andere zorgverlener, zal deze door een tijdige en volledige overdracht op de hoogte zijn van de achtergronden, symptomen en klachten van de patiënt. Bij een overgang van ziekenhuis naar huis of naar een andere instelling kan het zinvol zijn om een intakegesprek te doen als de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft. Op die manier wordt voorkomen dat patiënten en naasten tijdelijk van hulp verstoken zijn en tussen het wal en het schip terechtkomen. Het bijhouden van een multidisciplinair zorgdossier lijkt in dit verband eveneens essentieel. Ook (transmurale) samenwerkingsprotocollen kunnen mogelijk een bijdrage leveren aan de continuïteit van zorg.

Verder hechten terminale patiënten en naasten in verband met de kwaliteit van zorg veel belang aan een *goede bejegening*. Zorgverleners moeten aandacht hebben voor hun comfort, hen op een persoonlijke manier benaderen en respect hebben voor de autonomie en waardigheid van de patiënt. Uiteraard is een goede bejegening altijd van belang, maar terminale patiënten en hun familie maken een heel zware periode door waarin zij al hun energie nodig hebben om het leven op een goede manier af te ronden en afscheid van elkaar te nemen. Wanneer er in de bejegening door zorgverleners dan van alles mis gaat, kost dit veel van de kostbare energie van patiënten en naasten. Ook het verwerkingsproces van naasten kan daar extra zwaar door worden.

Het feit dat terminale patiënten en naasten veel waarde hechten aan een goede bejegening, doet tevens een groot beroep op de individuele zorgverlener. Voor bejegening is meer nodig dan adequate kennis en vaardigheden. Ook de attitude, persoonlijke ervaringen en gevoelens van zorgverleners hebben daar invloed op. In bij- en na scholingen en bijvoorbeeld ook tijdens supervisie of intervisie, zou er daarom persoonlijke aandacht moeten zijn voor de zorgverleners zelf. Dergelijke 'zorg voor zorgenden' kan mogelijk bijdragen aan een goede bejegening door zorgverleners van terminale patiënten en hun dierbaren.

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarig onderzoeksproject dat het Nivel in samenwerking met het EMGO uitvoert in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland. De meerjarige studie moet inzicht bieden in ontwikkelingen in de aard en omvang van de behoefte aan palliatieve zorg en de consequenties daarvan voor het toekomstige zorgaanbod.

[Bron: Groot A de, AL Francke, DL Willems. *Kwaliteit van palliatieve zorg; de behoeften van terminale patiënten en naasten. Artikel geaccepteerd voor publicatie in Verpleegkunde*]

2.3 PARAMEDISCHE BEROEPEN

De opleidingskwalificaties fysiotherapie in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen

Op voorstel van de HBO-raad is in een eerste, verkennend onderzoek nagegaan in hoeverre opleidingskwalificaties van de opleiding fysiotherapie in Nederland verschillen met die in Vlaanderen en in het Verenigd Koninkrijk. Hiermee kon meer inzicht worden verkregen in de internationale positie van de opleiding fysiotherapie. De uitkomsten van dit onderzoek konden vervolgens meegenomen worden in de visitaties van de opleiding. Het onderzoek voltrok zich op basis van documentanalyse en door middel van interviews met sleutelinformanten. Bij het onderzoek stonden de Vlaamse en Britse situatie centraal; de Nederlandse positie werd hieraan getoetst.

Vooropleiding, selectie en duur van de opleiding

Zowel in het Verenigd Koninkrijk als in Vlaanderen duurt de vooropleiding in het middelbaar onderwijs zes jaar; in Nederland vijf jaar. Het is opvallend dat Nederland van de drie landen het enige is dat de opleiding tot fysiotherapeut uitsluitend in het hoger beroepsonderwijs aanbiedt.

Het Verenigd Koninkrijk kent een streng toelatingsbeleid. In Vlaanderen bestaan geen toelatingseisen en in Nederland vindt toelating tot de opleiding plaats door middel van loting. In Nederland en mogelijk ook in Vlaanderen wordt in de nabije toekomst een selectieprocedure ingevoerd.

De opleidingen tot fysiotherapeut ('kinesitherapeut' in het Vlaams) zijn met ingang van het studiejaar 1998/1999 ingrijpend veranderd. De hogescholen zijn toen begonnen met een nieuwe opleiding; de universiteiten volgden in het academiejaar 1999/2000 met een eveneens vernieuwde opleiding. De duur van de opleidingen zijn ook veranderd: de hogescholen zijn van drie naar vier jaar gegaan en de universiteiten van vier naar vijf. De opleiding in het Verenigd Koninkrijk neemt drie jaar in beslag. In Nederland duurt de opleiding vier jaar.

Schriftelijk geformuleerde opleidingskwalificaties

Het merendeel van de aspecten van de Britse en Vlaamse opleidingskwalificaties komt ook naar voren in de Nederlandse kwalificaties. Het stimuleren van gezondheidsbevorderend gedrag én het prikkelen tot zelfwerkzaamheid van de patiënt worden zowel in het Verenigd Koninkrijk als in Vlaanderen genoemd en toegelicht; in Nederland ontbreken deze aspecten in de opleidingskwalificaties. In het

Verenigd Koninkrijk wordt bovendien de holistische benadering als uitgangspunt voor de behandeling benadrukt. Ook is daar veel aandacht voor het gelijkheidsbeginsel.

In de Vlaamse opleidingskwalificaties voor de hogescholen staat beschreven welke technieken tot de evaluatiemiddelen van de fysiotherapeut behoren: palperen, percuteren, ausculteren, testen, meten en analyseren. Vlaamse hogescholen gaan naast het 'behandelplan' uit van een 'preventieconcept'. De Vlaamse universitaire opleidingen leggen de nadruk op een kritische en wetenschappelijke visie.

De Nederlandse opleidingskwalificaties maken geen gewag van deze dimensies, wat natuurlijk niet hoeft te betekenen dat deze aspecten tijdens de opleiding niet aan de orde komen.

De opleidingskwalificaties van het Verenigd Koninkrijk hebben een andere structuur, waarin onder andere wordt ingegaan op de normatieve aspecten van het beroep, zoals het optimaliseren van resultaten door zelfreflectie, de samenwerking en het uitgaan van de gelijkwaardigheid van patiënten.

De onderzoekers tekenen hierbij aan dat het niet eenvoudig was om de opleidingskwalificaties in de drie landen te vergelijken. Ze hebben niet alleen een andere structuur, maar er is ook een verschil in abstractieniveau. Zo worden in de Nederlandse én Vlaamse universitaire opleidingskwalificaties de handelingen die een fysiotherapeut moet beheersen niet genoemd. In de Britse opleidingskwalificaties ligt de nadruk daarentegen sterk op praktische vaardigheden en basiskennis; bij de Vlaamse hogescholen dient het takenpakket van de fysiotherapeut dan weer als richtsnoer voor de opleidingskwalificaties. De onderzoekers hebben het probleem van de vergelijkbaarheid ondervangen door de Vlaamse en Britse structuur als grondslag te nemen en de Nederlandse opleidingskwalificaties hieraan te toetsen.

De beroepsuitoefening

In het algemeen vinden de sleutelinformanten uit Vlaanderen en het Verenigd Koninkrijk die aan het onderzoek meewerkten, dat er weinig verschil is in opleiding en beroepsuitoefening tussen Nederland en hun eigen land. Wel zijn de Britse informanten van mening dat Nederlandse fysiotherapeuten te weinig stage lopen in ziekenhuizen. Die verschillen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door de afwijkende gezondheidszorgsystemen in beide landen. De meeste fysiotherapeuten in het Verenigd Koninkrijk werken binnen de National Health Service in de ziekenhuissector; de stage vindt hoofdzakelijk daar plaats. In Nederland daarentegen werkt het merendeel van de fysiotherapeuten extramuraal, in een zelfstandige praktijk. Naar de mening van de Vlaamse sleutelinformanten hebben de nieuwe hogeschool opleiding en de universitaire opleidingen kinesitherapie een meer wetenschappelijke basis dan de Nederlandse opleiding.

Al concluderen de sleutelinformanten dat er weinig verschillen zijn in de beroepsuitoefening in de drie landen, in de formele bevoegdheden van fysiotherapeuten is

wel degelijk een verschil te bespeuren. Vlaamse kinesitherapeuten behandelen *op voorschrift* van een arts; Nederlandse fysiotherapeuten werken *op verwijzing* van een arts. In het Verenigd Koninkrijk hebben fysiotherapeuten een voorschrift, noch een verwijzing nodig, waardoor ze het meest zelfstandig en onafhankelijk kunnen functioneren. Deze verschillen zijn evenwel niet terug te vinden in de opleidingskwalificaties.

Tot slot komt in het onderzoek de rol aan de orde die de opleidingskwalificaties spelen in het beoordelingskader van de visitatiecommissie. In het Verenigd Koninkrijk, in Nederland en bij de Vlaamse hogeschoolopleiding dienen de opleidingskwalificaties als toetssteen; de Vlaamse universiteiten kennen daarentegen geen landelijke kwalificaties. De visitatiecommissie hanteert in dit geval een bepaald referentiekader waaraan de opleiding zou moeten voldoen. Concluderend kan worden gesteld dat er geen wezenlijke verschillen zijn gevonden in de opleidingskwalificaties van Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen, wel accentverschillen. De abstracte formuleringen van opleidingskwalificaties onthullen echter niet de verschillen in behandelde stof, onderwezen methodieken en specifieke vaardigheden.

[Bron: Plas M., Ende E. van den, De opleidingskwalificaties fysiotherapie in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen: een vergelijkend onderzoek. Utrecht: Nivel, 1999]

Ergotherapie kan belangrijke rol in preventie hebben

Kan ergotherapie een preventieve taak vervullen? In Nederland wordt ergotherapie alleen toegepast als er reeds problemen zijn. Zowel in de intramurale als de extramurale praktijk is ergotherapie gericht op het diagnostiseren en behandelen van patiënten. De ergotherapeutische behandelingsprogramma's zijn erop gericht de patiënt te oefenen en te adviseren om de gevolgen van ziekte, beperkingen en handicaps voor de activiteiten in het dagelijks leven zoveel mogelijk te beperken. Er zijn echter aanwijzingen dat de ergotherapeut meer zou kunnen bereiken als hij/zij zou worden ingeschakeld op een moment dat de beperking nog niet of nauwelijks problemen oplevert. Deze vorm van ergotherapie heeft hier een secundair-preventief karakter; zij is erop gericht problemen in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen. In de Verenigde Staten blijkt dat deze vorm van preventieve ergotherapie een positief effect heeft op ouderen. Dit effect is merkbaar in het fysiek en sociaal functioneren, de ervaren gezondheid en de algemene geestelijke gezondheid. In Nederland blijkt uit een studie van enkele jaren geleden dat ouderen veel baat kunnen hebben bij ergotherapie aan huis.

Op grond van de positieve resultaten elders is in Haarlem een experimentele verkennende studie uitgevoerd. Men wilde een werkwijze bij screening en advisering door ergotherapeuten bij ouderen ontwikkelen. Hiertoe wilde men vaststellen in hoeverre ergotherapie door een screening kan bijdragen aan het zelfstandig functioneren van thuiswonende ouderen. Er is een registratieformulier

ontwikkeld waarmee ergotherapeuten huisbezoeken hebben afgelegd bij zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar en ouder en hun eventuele partner.

De meeste ouderen bleken beperkingen en problemen te hebben met hun mobiliteit. Meer dan de helft van de ondervraagden heeft ook beperkingen op het gebied van productiviteit, ontspanning en persoonlijke verzorging. De meest voorkomende ernstige beperking is het doen van zwaar huishoudelijk werk, gevolgd door het houden van vakantie en klussen in en om het huis. Het meest genoemde ernstige probleem is het zich buiten verplaatsen, gevolgd door het houden van vakantie en staan.

Ruim driekwart van de onderzochte ouderen loopt volgens de ergotherapeute het risico binnen twee jaar niet meer zelfstandig te kunnen functioneren. Dit risico is eerder aanwezig als het aantal stoornissen groter is. Twee groepen hebben een verhoogd risico om in de nabije toekomst niet meer zelfstandig te kunnen functioneren: ouderen met stoornissen aan het bewegingsapparaat en ouderen met cognitieve- of geheugenstoornissen. Dit is meer dan de helft, respectievelijk bijna een kwart van de onderzochte groep ouderen. Dit betekent dat een grote groep ouderen een verhoogd risico heeft binnen niet al te lange tijd niet meer zelfstandig te kunnen functioneren. Preventieve ergotherapie zou voor deze groep helpen om dit risico zo klein mogelijk te maken.

In een groot aantal huishoudens is informatie of advies gegeven over het inschakelen van de buurtconciërge. Ook is regelmatig geadviseerd een aanvraag in te dienen bij de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Hulpmiddelen bij toiletgebruik en baden, wassen en/of douchen zijn het meest geadviseerd. Het is opmerkelijk dat hoewel de grootste groep beperkingen en problemen heeft met mobiliteit, de meeste adviezen zijn gegeven in de sfeer van de persoonlijke verzorging.

In een telefonische evaluatie gaf bijna de helft van huishoudens aan dat zij een of meer adviezen hadden uitgevoerd. Omdat de evaluatie telefonisch heeft plaatsgevonden zou er mogelijk sprake kunnen zijn van sociaal wenselijke antwoorden. Om deze reden en om na te gaan of geadviseerde hulpmiddelen of voorzieningen op de juiste wijze gebruikt worden, zouden de ergotherapeuten eigenlijk een tweede huisbezoek moeten brengen. Zij zouden daarmee ook een bijdrage kunnen leveren aan het te volgen adviestraject.

Volgens de deelnemende ergotherapeuten hebben zij in ruim driekwart van de huisbezoeken op z'n minst enig resultaat bereikt.

Het experiment werd gehouden in gemeente Haarlem. Deze gemeente voert een actief ouderenbeleid. Zo zijn er buurtconciërges die klusjes uitvoeren en kleine voorzieningen aanbrenge. Ook wordt er uitgebreid voorlichting gegeven aan ouderen (er is bijvoorbeeld een ouderenadviseur). Toch kregen de benaderde ouderen nog veel informatie en advies van de ergotherapeuten. Men kan daarom

vermoeden dat ouderen in andere gemeentes, en ouderen die niet meer zelfstandig wonen nog meer baat zullen hebben van preventieve ergotherapie.

[Bron: Plas M, Jellema S, Dekker J, Ende E van den. Preventieve ergotherapie bij ouderen: een pilot-studie. Utrecht: Nivel, 1999]

Meetinstrument kwaliteit extramurale ergotherapie ontwikkeld

Feedback van de gebruikers is van groot belang voor de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Met name chronisch zieken en gehandicapten maken veel gebruik van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het is voor de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering van de zorg dus van groot belang om de mening van deze groepen over de geboden zorg te weten te komen. Voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit gebruikers perspectief wordt een nieuwe serie meetinstrumenten ontwikkeld: de QUOTE-meetinstrumenten (QUOTE-Quality of Care))

In een gezamenlijk project van het Centre for Health Services Studies van de University of Kent at Canterbury, het Occupational Therapy Bureau van het Kent Social Services Department en het Nivel is een aangepast meetinstrument (QUOTE OT, QUOTE Occupational Therapy) ontwikkeld om de kwaliteit van de extramurale ergotherapie te evalueren.

De basisversie van QUOTE OT telt 43 kwaliteitsaspecten. Deze basisversie kan eventueel worden aangevuld met aspecten die op de specifieke lokale situatie van toepassing zijn.

Naast deze basisversie, die vooral geschikt is voor programma's gericht op kwaliteitsverbetering, zijn ook twee verkorte versie van de QUOTE-OT services ontwikkeld. Deze korte versie, met respectievelijk 23 of 12 aspecten, zijn met name geschikt voor studies gericht op kwaliteitsborging. De QUOTE-OT services instrumenten richten zich op de situatie in Engeland. Een versie aangepast aan de situatie in Nederland is in voorbereiding.

Het ontwikkelen van het QUOTE OT leerde ook welke aspecten van extramurale ergotherapeutische zorg het belangrijkste voor de zorgvrager zijn. Hierbij was een prettige constatering dat de kwaliteit van de zorg het Therapy Bureau van het Kent Social Services Department goed beoordeeld werd door de zorgvragers. Ten slotte kon worden aangetoond dat QUOTE OT in principe algemeen toepasbaar is. Wel is het noodzakelijk om regelmatig na te gaan of het nog steeds weergeeft wat leeft onder de cliënten.

[Bron: Sixma HJ, Calnan MW., Groenewegen PP, Calnan S. Quality of care from the perspective of ot-users. Utrecht/Canterbury/Springfield: Nivel/CHSS/KSS, 1999]

Succesvol educatief programma 'Bewegen met beleid'

Lage rugklachten behoren tot de meest voorkomende gezondheidsklachten in Nederland. De hierdoor veroorzaakte kosten (werkverzuim, WAO en rechtstreekse

medische kosten) worden geschat op ruim f 9 miljard. Alleen dit bedrag al rechtvaardigt de groeiende aandacht voor preventie van deze klachten. Tegenwoordig poot men (het recidiveren van) rugklachten te voorkomen door fysiotherapeutische interventies. In dit kader wordt het bewegingseducatie-programma 'Bewegen met Beleid' aangeboden door Stichting Benefit - Stabiliteit in Bewegen (voorheen Stichting Benefit - Bewegen met Beleid) te Almelo. Dit programma is gericht op patiënten met sub-acute, sub-chronische en chronische a-specifieke rugklachten, met name uit de beroepsbevolking. Voor deelname zijn specifieke toelatingseisen geformuleerd (bijvoorbeeld geen herniapatiënt, klachten waarschijnlijk het gevolg van biomechanische overbelasting). Het programma heeft de vorm van groepstherapie. Curatieve en preventieve elementen zijn in het aanbod gecombineerd. In september 1997 is het Nivel begonnen met een evaluatie van het programma.

Het programma

Het programma is opgebouwd in vier fasen. Fase 1 is een voorfase waarin de patiënten individueel worden behandeld met reguliere fysiotherapie. Deze fase omvat maximaal zes zittingen en duurt ten hoogste twee weken. De bedoeling van deze fase is de fysieke belastbaarheid van de patiënten op het vereiste aanvangsniveau voor fase 2 te brengen. Fase 2, 3 en 4 vormen de groepstherapie. Deze fasen omvatten ieder ongeveer 16 uur therapie in ongeveer twee maanden. Aan het eind van elke fase wordt van iedere patiënt nagegaan of hij het niveau heeft om naar de volgende fase te gaan. Wanneer hij dit nog niet bereikt heeft, wordt de betreffende fase voor hem verlengd. In fase 2 ligt de nadruk op het verhogen van de fysieke belastbaarheid. Aan het eind van deze fase moet de patiënt zijn werkzaamheden weer hebben hervat. In fase 3 en 4 ligt het accent op voorkómen van recidive (tertiaire preventie). In deze fasen is er veel aandacht voor de manier van werken en de inrichting van de werkplek. Er wordt gewerkt aan een verbetering van de algehele fysieke conditie. In de laatste fase wordt met de patiënt gezocht naar een voor hem aantrekkelijke vorm van sportbeoefening.

Resultaten

De deelnemers die de voorbereidende fase volgden (dat was niet bij allen nodig) hadden meer pijn en klachten dan gemiddeld. Bij afsluiting van deze fase waren de klachten teruggebracht tot het gemiddelde niveau. In fase 2 werd de ernst van pijn en rugklachten duidelijk minder. De algemene gezondheidstoestand van de patiënt werd beter, hoewel hij nog steeds onder die van een 'normale' gezonde populatie lag. Het einddoel van fase 2, weer in staat zijn de dagelijkse werkzaamheden uit te voeren, werd door 25% van de patiënten niet gehaald. In de derde fase was een verdere verbetering te zien van pijn en rugklachten. Ook de sociale participatie (werk en vrijetijdsbesteding) werd beter. Na afloop van fase 4 bleken

de deelnemers een zeer duidelijke reductie van pijn en rugklachten en verbetering van de algemene gezondheidstoestand te ondervinden. Verreweg de meeste uitstromers (92,3%) konden hun werk weer onbelemmerd verrichten.

Er was wel een relatief grote uitval: van de 122 patiënten die instroomden hielden 98 het vol tot het eind van fase 4. Met name in fase 3 was een grote uitval. Deze uitval heeft overigens weinig effect op de totale resultaten van het programma. De therapietrouw was heel redelijk: 75% tot 85% van de deelnemers was altijd of nagenoeg altijd op de trainingen aanwezig.

Ook een halfjaar na de afsluiting van de laatste fase bleek bij de meerderheid van de deelnemers de klachten stabiel te zijn gebleven. Zij konden zonder belemmeringen functioneren.

Met het programma 'Bewegen met Beleid' wilde men ook een gedragsverandering bewerkstelligen waardoor men beter met zijn rug en rugklachten zou omgaan. Of men hierin geslaagd is, kon in het kader van deze evaluatie niet worden vastgesteld.

[Bron: Steultjens M., Ende E. van den, Dekker J. Evaluatie "Bewegen met beleid". Eindrapport. Utrecht: Nivel, 1999]

Kwaliteitsontwikkeling in samenwerking

De tien paramedische beroepen werken sinds 1993 samen in een programma voor de ontwikkeling en invoering van kwaliteitsinstrumenten. Deze activiteiten worden gesteund door subsidies van het Ministerie van VWS en de Ziekenfondsraad.

Na een eerste programma dat liep van 1994 tot 1996 startte in 1997 een vervoliprogramma met als titel: 'Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg' (BKPZ). Dit programma moet medio 2000 worden afgerond. Binnen dit programma worden in totaal 56 kwaliteitsprojecten uitgevoerd. Dit gebeurt door het Kwaliteitsinstituut CBO te Utrecht, het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) te Amersfoort, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) te Utrecht en het VDO Opleidings- en Adviescentrum van de Hogeschool Arnhem/Nijmegen, steeds in nauwe samenwerking met de beroepsgroepen. Het Nivel heeft de opdracht dit programma te evalueren. Medio 1999 verscheen het eerste voortgangsverslag.

De betreffende beroepsgroepen zijn: diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënist, oefentherapeuten-Caesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthoptisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten. In het voortgangsverslag worden de dertig projecten behandeld die óf medio 1999 zijn afgerond óf die waarvan de producten (nagenoeg) gereed zijn. Deze projecten betreffen de thema's 'actualisering van beroepsprofielen', 'de ontwikkeling van classificatiesystemen en coderingen', 'de ontwikkeling van accreditatiesystemen voor bij- en nascholing', 'de ontwikkeling van onderwijsmodules voor verplichte nascholing in de fysiotherapie', 'de ontwikkeling en implementatie van inter-

collegiale toetsing', en 'de ontwikkeling en implementatie van visitatie'. Projecten die later zijn gestart en thema's waarbij nog niet van alle projecten producten beschikbaar zijn, worden later geëvalueerd. Deze projecten betreffen de ontwikkeling van registratiesystemen, de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden en de ontwikkeling van kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.

Goede planning

De projecten zijn over het algemeen goed gepland: tweederde kon volgens plan worden uitgevoerd; bij de andere waren slechts kleine bijstellingen nodig. Wel was er vaak meer tijd nodig: soms bleek het werk omvangrijker dan voorzien, soms vroegen de commentaarrondes extra tijd. In de zeventien geheel afgeronde projecten is 98% van de streefdoelen gerealiseerd. De beroepsprofielen zijn gereed voor de legitimering in de beroepsgroep; elke beroepsgroep heeft nu een systeem om het aanbod aan bij- en nascholing te beoordelen en te accrediteren; de onderwijsmodules voor de fysiotherapie zijn ontwikkeld en de classificatiesystemen zijn klaar om te worden getest. Met andere woorden: deze projecten zijn rijp voor implementatie.

De deelnemers aan de projecten – zowel de projectleiders als de paramedici – hebben hard moeten werken om tot deze resultaten te komen. Tegen twee problemen is men echter vrij algemeen opgelopen:

- Het bleek soms moeilijk om paramedici te vinden die geheel en al op de hoogte waren van de ontwikkeling op het gebied van kwaliteitsinstrumenten. Indien men van hen toch een creatieve bijdrage wil, kan het nodig zijn een extra fase voor opleiding van de paramedici in te bouwen.
- De paramedici doen het werk voor het project als vrijwilliger, naast hun gewone beroepsmatige werkzaamheden. Daarom moet men er bij de planning rekening mee houden dat bepaalde activiteiten meer tijd kosten dan men zou wensen. Verschillende projectdeelnemers adviseren dan ook te waken voor overbelasting.

Samenwerking heeft gunstig effect

In het BKPZ-programma wordt zoveel mogelijk tussen de beroepsgroepen samengewerkt. Dit blijkt veel voordelen te hebben. Men werkt doelmatiger. Het is bijvoorbeeld mogelijk een product van de ene beroepsgroep snel aan te passen aan de eisen van een andere beroepsgroep, of men kan gebruik maken van dezelfde systematiek. Doordat er een aantal projecten tegelijk wordt uitgevoerd nemen de expertise en de knowhow bij het CBO en het NPi voortdurend toe. Zo profiteren volgende projecten direct van nieuw opgedane kennis. Ook de werkgroepsleden (paramedici dus) gaven aan veel van de samenwerking te leren. Dit leidt tot de conclusie dat zowel het CBO en het NPi, als de paramedische beroepen veel voordeel hebben van de programmatische aanpak.

[Bron: Hofhuis H, Sluijs E, Ende E van den. Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering paramedische zorg. Een tussentijdse evaluatie van het verloop van BKPZ-projecten. Utrecht: Nivel, 1999]

2.4 VERLOSKUNDIGE ZORG

Cijfers over de beroepsgroep

Op 1 januari 1999 waren er 1507 praktiserende verloskundigen: 70% werkt in eigen praktijk, 15% in de kliniek en 15% als waarneemster (8% vast en 7% wisselend). Verreweg de meeste verloskundigen zijn vrouw, 3% is man. Sinds 1989 is het aantal verloskundigen met een eigen praktijk met 40% gestegen. Er zijn grote veranderingen in de praktijkvorm van verloskundigen: in 1980 was nog driekwart als solist werkzaam. Dit percentage is afgenomen tot 13% in 1999. Het aantal duo-praktijken steeg van 20% in 1980 tot 38% in 1990, waarna het weer afnam tot 23% nu. De stijging zat vooral bij de groepspraktijken: 5% in 1980 naar 63% nu.

Gemiddeld is er 1 verloskundige per 2700 vrouwen tussen 15 en 39 jaar. Traditioneel zijn er weinig verloskundigen in Groningen, Friesland en Zeeland (platteland): de grootste verloskundige dichtheid vindt men in de provincie Flevoland.

Er is voldoende belangstelling voor het beroep: in 1998 kwamen er bijna 100 verloskundigen van de drie opleidingen, terwijl 45 verloskundigen met een buitenlands diploma een 'gelijkstelling' verkregen. Van de 'werkzoekende' verloskundige per 1-1-1999 ambieert ruim 60% een zelfstandige vestiging.

Kwaliteit kraamzorg

In de professionele thuiskraamzorg hebben de afgelopen jaren zich nogal wat veranderingen voltrokken. Door het toenemen van de marktwerking, het terugtrekken van de overheid en het loslaten van de erkenningsnormen, is de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg een belangrijk onderwerp geworden in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bovendien is door het afschaffen van de contracteerplicht van de ziekenfondsen het onderscheid vervallen tussen reguliere en particuliere kraamcentra.

Uit het veld kwamen in 1997 signalen dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de kraamzorg tekort zou schieten. Er zou gebrek zijn aan stageplaatsen en te weinig aan deskundigheidsbevordering en werkbegeleiding worden gedaan. Ook de mate van deskundigheid van kraamverzorgenden zou te wensen overlaten. Tijdens piekperiodes zou de toegankelijkheid van de kraamzorg in gevaar komen door een tekort aan kraamverzorgenden. Naar aanleiding hiervan heeft de Inspectie voor de

Gezondheidszorg het beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders inzake kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg laten onderzoeken. Het ging hierbij vooral om aard en inhoud van de contracten die zorgverzekeraars met kraamzorgaanbieders afsluiten en de activiteiten die verzekeraars en aanbieders ondernemen om de kwaliteit en de toegankelijkheid te bevorderen of te bewaken.

Kraamzorg wordt aangeboden door verschillende organisaties. Deze zijn grotendeels georganiseerd in landelijke organisaties. In de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) zijn de vroeger 'regulier' genoemde organisaties verenigd. De Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN) verenigt de vroegere particuliere thuiszorgorganisaties. Daarnaast is er een groep thuiszorgaanbieders die niet of in een andere organisatie is georganiseerd.

Verschillen in kwaliteitseisen

Kraamzorgorganisaties verschillen in omvang, type dienstverlening, opleiding van het personeel en de wijze waarop het salaris bepaald wordt. De meeste organisaties passen de CAO-Thuiszorg toe, maar dit betekent niet dat de vergoedingsregelingen overal op dezelfde manier worden toegepast.

De leden van de BTN en de LVT hebben vaker dan de andere aanbieders van kraamzorg in hun contracten met de zorgverzekeraars waarmee zij het meeste werken afspraken over kwaliteit opgenomen. Wat betreft kwaliteitsbeleid, en ook personeelsbeleid, zijn er nauwelijks verschillen tussen leden van de BTN en de LVT. De overige kraamzorgaanbieders hebben nog op het gebied van kwaliteitsbevordering en -bewaking nog weinig geformaliseerd en vastgelegd.

De zorgverzekeraars maken in hun contracten met kraamzorgaanbieders vooral afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid. Het aantal dagen dat kraamzorg wordt vergoed loopt zeer uiteen. Waarschijnlijk heeft dit te maken met de situatie op de arbeidsmarkt en met een streven naar beperking van uitgaven.

Ongeveer de helft van de zorgverzekeraars ontplooit een of meer activiteiten om de kwaliteit van de kraamzorg te bevorderen en te bewaken. Meestal betekent dit dat men verzekerden evaluatieformulieren over de kwaliteit van de geleverde zorg laat invullen, productiegegevens vergelijkt of kwaliteitsjaarverslagen opvraagt. Op een concreter niveau, zoals controle op de toepassing van de CAO en de aanwezigheid en het daadwerkelijk gebruik van protocollen en richtlijnen, zijn veel minder zorgverzekeraars actief.

Samenvattend kan men concluderen dat het met het kwaliteitsbeleid in de kraamzorg zeker niet slecht gesteld is, maar dat zowel bij de niet in de BTN of LVT georganiseerde instellingen voor kraamzorg als bij de verzekeraars het onderwerp 'kwaliteit' meer aandacht behoeft.

[Bron: El Fakiri F, Hutten JBF, Kerkstra A. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Beleid van zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders. Utrecht: Nivel, 1999]

Uittredende- en her-intredende verloskundigen

Het aantal verloskundigen is in de afgelopen jaren fors toegenomen (van 823 in 1975 via 1083 in 1990 tot 1422 in 1998). Jaarlijks verlaat ongeveer 3% van de werkzame verloskundigen het beroep, terwijl tegelijkertijd ongeveer 1% als herintreder weer terugkeert. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt voor verloskundigen zou naast een uitbreiding van de opleidingscapaciteit ook gekeken kunnen worden in hoeverre het mogelijk is om enerzijds het aantal uittreeders te verminderen en anderzijds het aantal herintreders te vergroten. Dit was voor de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) een reden om het Nivel te vragen een onderzoek te doen naar de motieven voor uit- en herintreden, waarbij met name gekeken moest worden naar eventuele verschillen tussen de periode 1990-1994 en de periode 1994 en 1998.

Uit de resultaten blijkt dat de uittreeders in de periode 1994-1998 gemiddeld ouder zijn (op moment van uittreden) dan in het begin van de jaren '90. Dit geldt zowel voor verloskundigen die definitief met het werken zijn gestopt als voor degenen die tijdelijk hun werk hebben neergelegd. De vraag is of die verschuiving het resultaat is van een bewuste keuze van de verloskundigen of dat men gedwongen is om op latere leeftijd met werken te stoppen doordat men bijvoorbeeld problemen heeft om tijdig een opvolger te vinden.

De belangrijkste redenen om het werk neer te leggen liggen op het persoonlijke vlak. Dit geldt in sterkere mate voor de periode 1994-1998 dan in het begin van de jaren '90. Veel genoemde redenen zijn het niet meer kunnen combineren van baan en gezin en de invloed van het werk op het privé leven.

De periode dat men zich uit de praktijk terugtrekt, is korter geworden: in de afgelopen periode is 86% van de herintreders niet langer dan drie jaar weg geweest, tegenover 36% in de eerdere periode. Men keert op wat oudere leeftijd weer in het beroep terug. Herintreders kiezen meestal voor wat rustiger werk-omstandigheden: een aanstelling in loondienst of als waarnemer. Met name vrijgevestigde verloskundigen ervaren een sterk verhoogde werkdruk door de ingewikkelder praktijkvoering, de vergadercultuur en de nieuwe regelgeving. Mogelijk verklaart dit ook het grote aantal verloskundigen dat de vrijgevestigde praktijk verruilt voor een functie als waarnemer.

De meeste herintreders werken nu in deeltijd (gemiddeld 76 bevallingen per jaar tegenover gemiddeld 114 vóór zij uittraden).

Uit discussies over deze materie ontstaat het beeld dat de situatie van de verloskundigen de afgelopen jaren aanzienlijk is verslechterd; dit gevoel wordt echter niet door dit onderzoek gestaafd. Wel is het zo dat enerzijds de wens naar kortere werktijden en de aandacht voor persoonlijke omstandigheden en anderzijds de gecompliceerdheid van de praktijkvoering zijn toegenomen. Herintreden kan

wellicht aantrekkelijker gemaakt worden door herintreders de mogelijkheid te bieden om stapsgewijs via een deel(tijd)functie weer terug te keren naar een volledige functie als verloskundige. Hierbij moet ook bijscholing een punt van aandacht zijn: de meeste herintreders geven aan behoefte te hebben aan bijscholing op zowel het gebied van bedrijfsvoering als op zorginhoudelijk gebied. *[Bron: Wiegers TA, Hingstman L. Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep van verloskundigen. Utrecht: Nivel, 1999]*

Aantal verloskundig actieve huisartsen neemt af

De huisarts heeft een steeds kleiner aandeel in de verloskundige zorg. Het aantal bevallingen dat door een huisarts wordt begeleid is gedaald van meer dan de helft in de jaren vijftig via 46% in 1960 en 16% in 1980 tot 9,3% in 1993. Het aandeel van de gynaecoloog steeg van 17% in 1960 tot 55% in 1991. Het aandeel van de verloskundigen is sinds 1960 vrij constant gebleven op 35%. Het aantal huisartsen dat bevallingen begeleidt is eveneens sterk gedaald: van 43% in 1983 via 26% in 1990 naar 20% in 1995. Overigens zijn ziekenfondsverzekerden wettelijk verplicht om naar een verloskundige te gaan voor eerstelijns verloskundige zorg; anders wordt deze niet vergoed. Deze regeling wordt sinds 1994 door de LHV aangevochten; er is hierover nog geen uitspraak in hoger beroep. Het teruglopen van het aantal verloskundig actieve huisartsen maakt het voor hen moeilijk om vervangers en opvolgers te vinden. Dit, en de invoering van de wet-BIG enkele jaren geleden, maakt de discussie weer actueel of er in de huisartsen-opleiding voldoende aandacht aan verloskunde wordt besteed. Wegens het gebrek aan actuele gegevens over de verloskundige actieve huisartsen, heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een inventarisatie laten uitvoeren.

Inmiddels is nog 16% van de huisartsen verloskundig actief, dat wil zeggen dat zij zelf bevallingen leiden. Tweeëntwintig procent van de huisartsen begeleidt wel zwangerschappen, maar leidt geen bevallingen. Meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen zijn verloskundig actief: 18% tegenover 10%. Het maakt hierbij niet uit hoe oud de huisarts of hoe lang hij/zij praktijk voert. Gemiddeld leiden zij 18,5 bevallingen per jaar.

In niet of weinig verstedelijkte gebieden zijn huisartsen vaker verloskundig actief: in Friesland en Zeeland is dat meer dan de helft van de huisartsen, in Groningen en het zuiden van Zuid-Holland is dat ruim eenderde en noordelijk deel van Noord-Holland ruim een kwart.

De waarneming wordt meestal gedaan door de hele waarneemgroep (79%), soms door een deel van de waarneemgroep (16%). Bij 15% van de waarneemgroepen zijn verloskundigen betrokken.

Veel genoemde knelpunten voor verloskundig actieve huisartsen zijn dat het moeilijk is om waarnemers te vinden buiten de normale regeling om, en de hoeveelheid vrije tijd die de begeleiding van bevallingen kost.

Een meerderheid van de verloskundig actieve en een minderheid van de verloskundig niet actieve huisartsen is van mening dat er in de opleiding niet voldoende aandacht wordt besteed aan verloskunde. Met name de verloskundig niet actieve huisartsen vinden dat verloskunde een te grote druk op de praktijk zou leggen. Opvallend is dat meer dan 60% van alle huisartsen vindt dat huisartsen die verloskundig actief (willen) zijn een extra opleiding moeten hebben. Van de pas afgestudeerden is 10,9% verloskundig actief, of wil dit zijn, tegenover 16% van de gevestigde huisartsen.

Het afnemen van de belangstelling voor verloskunde bij huisartsen vormt naast het tekort aan verloskundigen een bedreiging voor de eerstelijns verloskunde. Met name op het platteland is het gevaar reëel dat niet alleen de thuisbevalling, maar de gehele eerstelijnsverloskunde verdwijnt.

Een positieve ontwikkeling in dit verband is dat vaker samengewerkt wordt met verloskundigen. Daarnaast zou er in de opleiding meer aandacht voor verloskunde moeten zijn, in ieder geval voor diegenen die als huisarts verloskundig actief (willen) zijn.

[Bron: Wiegers T, Hingstman L. Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'. Utrecht: Nivel, 1999]

Eerstelijnsverloskunde in problemen

Volgens De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) dreigt het unieke Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening en kraamzorg in de eerste lijn te verdwijnen door een tekort aan verloskundigen. Steeds meer verloskundige praktijken moeten sluiten door het ontbreken van adequate waarneming of vervanging. Daarnaast is de werkdruk toegenomen, zowel in de patiëntenzorg, als in de administratieve en organisatorische kanten van de praktijkvoering, waardoor een groot aantal verloskundigen vroegtijdig uitvalt. De KNOV heeft er bij het Ministerie van VWS op aangedrongen snel maatregelen te nemen om de eerstelijnsverloskunde te behouden en het beroep van verloskundige aantrekkelijk te laten blijven. Op verzoek van het Ministerie heeft het Nivel deze problematiek nader onderzocht. De situatie blijkt inderdaad problematisch.

Samenhangende problemen

Verloskundigen ervaren vooral knelpunten op het persoonlijke vlak. Dit geven 72% van de vrijgevestigde verloskundigen, 62% van de wisselend waarnemers en 56% van de pas-afgestudeerden aan die in het kader van dit onderzoek geïnterviewd zijn. Daarnaast ervaart men veel knelpunten op het personele vlak (70% van de

vrijgevestigde verloskundigen) en op het financiële vlak (74% van de pas afgestudeerden). Maar ook vrijgevestigde verloskundigen en wisselend waarnemers ervaren veel financiële knelpunten. Ten slotte ervaart ruim de helft van de vrijgevestigde verloskundigen en de wisselend waarnemers problemen op uitvoerend niveau.

De problemen op *het persoonlijke vlak* komen er meestal op neer dat men onvoldoende een balans weet te vinden tussen werk en privé-leven. Dit wordt vooral veroorzaakt door veranderingen in de privé situatie, bijvoorbeeld doordat men kinderen krijgt. Verder wordt het werk op hogere leeftijd vaak te zwaar, Het gevolg van deze problemen is nogal eens, dat men meer uren werkt dan men eigenlijk wil. Daarnaast zijn veel verloskundigen van mening dat zij onvoldoende toekomen aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid. Tien procent van hen denkt erover het werk tijdelijk of definitief neer te leggen. Pas afgestudeerde verloskundigen hebben daarbij vaak het probleem dat het door financiële verplichtingen niet mogelijk is minder te gaan werken.

Men zoekt verschillende oplossingen: vrijgevestigde verloskundigen zoeken nogal eens een waarnemer of vervanger, stellen een praktijkassistente aan of regelen waarneming uit een andere praktijk. Degenen die erin zijn geslaagd een extra maat aan te trekken, zijn tevreden met deze oplossing. Wisselend waarnemers noemen als oplossingen vooral vermindering van werktijd en het zoeken van waarneming in een andere praktijk. In de praktijk blijkt dat echter vaak niet tot verbetering leiden. De pas afgestudeerden hebben vaak nog geen oplossing of zoeken oplossingen zoals die van wisselend waarnemers. Een deel van pas afgestudeerden zoekt een oplossing in de situatie thuis, waarbij bijvoorbeeld de partner in deeltijd gaat werken. In het algemeen is men van mening dat het opleiden van meer verloskundigen tot een verbetering van de situatie leidt. Een suggestie die ook wel gedaan wordt, is pas afgestudeerden te verplichten eerst als waarnemer te werken, de regelgeving rond waarnemingen aan te passen en de regeling van de diensten te veranderen, bijvoorbeeld door de 24uurs diensten te vervangen door 8uurs diensten. De problematiek leidt ertoe dat veel verloskundigen meer uren werken dan zij zouden willen.

Op *het personele vlak* is het grootste probleem dat men geen (geschikte) waarnemer kan vinden. Dit probleem speelt vooral in verstedelijkte gebieden. Het is vaak ook moeilijk om een opvolger of extra lid van de maatschap te vinden. Een bijkomend probleem is dat volgens de vrijgevestigde verloskundigen waarnemers vaak erg hoge eisen aan salaris en werktijden stellen.

Ook de problemen op personeel gebied hebben tot gevolg dat er nogal wat beroepsbeoefenaars meer werken dan ze willen en niet toekomen aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid. Het gevolg is ook dat één op de zes verloskundigen weleens cliënten weigert, en dat 10% van de verloskundigen overweegt tijdelijk of definitief te stoppen met het werk.

Ook op het *financiële vlak* loopt het niet allemaal even gunstig. Veel verloskundigen, vooral veel pas afgestudeerden, ervaren als knelpunten te lage praktijkinkomsten en onvoldoende honorering. Bij de vrijgevestigde verloskundigen zijn dit vooral knelpunten voor degenen die in een solopraktijk of in een groepspraktijk (meer dan twee verloskundigen) werken. De meeste verloskundigen zijn van mening dat de financiële problematiek wordt veroorzaakt doordat de normpraktijk te hoog en het standaardtarief te laag is. Hierbij is ook van belang dat zaken als administratie, automatisering en vergaderen, evenals de stijgende kosten voor de praktijkvoering (bijvoorbeeld werkruimte, verzekeringen) niet in het tarief verwerkt zijn.

Ook hier weer is het belangrijkste gevolg dat men meer uren werkt dan men wil. De wisselend waarnemers zijn van mening dat een collectieve verzekering en het creëren van meer opleidingsplaatsen tot een verbetering kan leiden.

Op het *uitvoerende vlak* ten slotte, vormt vooral de onvoldoende ondersteuning door de kraamzorg een knelpunt. Er zijn te weinig kraamverzorgenden beschikbaar, ze hebben te weinig uren of zijn onvoldoende gekwalificeerd of ervaren. Vooral in (zeer) verstedelijkte gebieden is dit een probleem. Volgens de verloskundigen moeten er meer kraamverzorgenden worden opgeleid, dient de organisatie van de kraamzorg te worden verbeterd en moeten de aanbieders van kraamzorg een kleiner werkgebied hebben. Ook parkeerproblemen worden nogal eens genoemd als knelpunt bij het werk. Men suggereert dat er een parkeerontheffing moet komen voor verloskundigen.

Wisselend waarnemers ervaren bovendien nogal eens een probleem met de huisvesting.

Vicieuze cirkel

De knelpunten en hun oorzaken en consequenties op de verschillende onderzochte gebieden, overlappen elkaar en hangen met elkaar samen, waardoor verloskundigen in een vicieuze cirkel terecht kunnen komen. Niet alleen het aantal cliënten neemt immers toe, maar ook het extra werk dan niet gehonoreerd wordt. Het aantrekken van een waarnemer of extra maat is vaak financieel niet haalbaar. En als het wel financieel mogelijk is, zijn deze moeilijk te vinden. Bovendien heeft het tekort aan (deskundige) kraamzorg ertoe geleid dat verloskundigen allerlei extra zorgtaken krijgen die niet tot hun eigenlijke werk behoren.

De samenhang van de problemen maakt dat de verloskundigen moeilijk zelf oplossingen kunnen vinden.

Het beeld dat in dit onderzoek verkregen is kan door de gebruikte techniek iets te pessimistisch zijn (het ging immers om een inventarisatie van de problemen), toch is het duidelijk dat er 'iets' moet gebeuren.

De onderzoekers raden aan een vervolgonderzoek op te zetten om beter inzicht te krijgen in de samenhang van de praktijkomvang en de werklust. Zo'n onderzoek

kan de basis leveren voor gefundeerde beslissingen over zaken als een aanpassing van de normpraktijk en de wijziging van het normtarief en voor het opzetten van een gedegen beroepskrachtenplanning.

[Bron: Wiegers T, Calsbeek H, Hingstman L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening. Een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelijns. Utrecht: Nivel, 1999]

2.5 HET PERSPECTIEF VAN DE HULPVRAGER

De positie van patiënten/consumenten: projecten vormen nog een eilandenrijk

Sinds de jaren zeventig ontwikkelt de overheid een beleid om gebruikers en organisaties van gebruikers van zorgvoorzieningen een belangrijke rol te laten spelen in beleid en projecten gericht op kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging. Dit streven kreeg een belangrijke impuls in de 'Leidschendamafspraken', waarin overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gebruikers van zorg overeenkwamen om, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, tot een gezamenlijk kwaliteitsbeleid te komen. Deze afspraken resulteerden snel in een reeks wetten die de positie van de gebruikers versterken. Bij de eerste evaluatie van de afspraken (in 1995) bleken de meeste zorginstellingen te experimenteren met kwaliteitssystemen en bezig te zijn met de implementatie ervan. Van een systematische kwaliteitszorg op alle terreinen en een integratie van kwaliteitsactiviteiten in de bedrijfsuitvoering van zorginstellingen was echter nog nauwelijks sprake. Daarom verzocht het Ministerie van VWS in 1997 ZorgOnderzoek Nederland een programma te ontwikkelen gericht op initiatieven die een bijdrage leveren aan het veilig stellen en verbeteren van de positie van de gebruikers van zorgvoorzieningen. Hierbij worden drie aandachtsgebieden genoemd: (1) de implementatie van regelingen voor inspraak, medezeggenschap en klachtopvang; (2) versterking van de inbreng van patiënten/consumenten in zorg en zekerheid en (3) versteviging van het patiëntenperspectief op het gebied van de kwaliteit van de zorg.

In 1998 presenteerde ZorgOnderzoek Nederland het programmavoorstel 'Verbeteren & Vernieuwen'. Tijdens deze presentatie bleek men een goed overzicht van lopende projecten en initiatieven te ontberen. Het Nivel kreeg vervolgens opdracht een dergelijke inventarisatie samen te stellen.

De inventarisatie heeft 437 projecten opgeleverd. Bij vergelijking van deze projecten met het programmavoorstel van ZON valt op dat de meeste projecten passen binnen het deelprogramma 'Leven en zorg'. Minder projecten vallen in het deelprogramma 'Beïnvloeding en strategie'; het kleinste aantal projecten ligt op het terrein van het deelprogramma 'Implementatie wet- en regelgeving'. Veel projecten

houden zich bezig met lotgenotencontact en voorlichting (vallen dus binnen het eerste deelprogramma).

De onderwerpen 'lotgenotencontact' en de maatschappelijke positie van chronische zieken' lijken onvoldoende aan bod te komen in het voorgestelde ZON-programma. De onderzoekers adviseren aan deze onderwerpen meer aandacht te besteden, al of niet binnen 'Verbeteren & Vernieuwen'.

Eén bevinding komt sterk naar voren op de terreinen van alle drie deelprojecten: de projecten vormen maar al te vaak 'eilandjes'. Dit heeft gevolgen op drieërlei vlak:

- over de projecten wordt weinig gepubliceerd, waardoor anderen niet van het bestaan ervan en de ermee opgedane ervaringen weten;
- veel projecten zijn gericht op de ontwikkeling van een instrument of hulpmiddel (bijvoorbeeld een brochure), zonder dat duidelijk is wat men de resultaten wil doen. Daardoor kunnen er bruikbare producten blijven liggen;
- zorgverleners en patiëntenorganisaties blijken soms langs elkaar heen te werken. Daardoor maken zij onvoldoende gebruik van elkaars expertise en mogelijkheden.

Het vinden van een oplossing voor deze 'eilandvorming' zou een goede bijdrage betekenen aan het vraaggericht maken van de zorg.

[Bron: Schouten G, Sixma H, Friele R. De positie van Patiënten/Consumenten in de gezondheidszorg. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999]

Patiëntenpanel Chronisch Zieken: Kerngegevens 1998

Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) is een middel om beleidsinformatie te verzamelen over mensen met een chronische lichamelijke aandoening. De aandacht gaat vooral uit naar de kwaliteit van leven, het zorggebruik en de maatschappelijke positie. Door de samenstelling van het panel - een willekeurige groep patiënten met een verscheidenheid aan chronische ziekten - geeft de verkregen informatie een representatief beeld van de situatie van mensen met een chronische aandoening in Nederland. De panelleden waren geselecteerd op basis van een geobjectiverde medische diagnose. In totaal hebben 56 huisartspraktijken door heel Nederland hieraan meegewerkt.

Het PPCZ is een initiatief van het Fonds voor Chronisch Zieken; het wordt uitgevoerd door het Nivel. Het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn medefinanciers. Het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken (WOCZ) vertolkt de stem van de patiënten bij de inhoudelijke voorbereiding en uitvoering van de informatieverzameling.

Mensen met een chronische aandoening hebben veel gemeen: ze ervaren de kwaliteit van hun leven als minder goed dan de algemene bevolking. Ze hebben meer contacten met zorgverleners en hun maatschappelijke positie is doorgaans brozer. Opvallend is dat niet de aard van de ziekte, maar de fysieke beperkingen

ten gevolge van de ziekte bepalend zijn voor het ontstaan van knelpunten. Onderzoek dat de overeenkomsten van chronisch zieken in beeld brengt, levert bouwstenen voor 'ziekte overstijgend' beleid, dat erop gericht is de gezamenlijke problemen het hoofd te bieden.

Binnen de groep chronisch zieken zijn vrouwen, ouderen en mensen met een lagere opleiding er vaak slechter aan toe dan mannen, jongere mensen en hoger opgeleiden. Onderzoek dat de verschillen tussen chronisch zieken zichtbaar maakt, kan als richtlijn dienen bij de ontwikkeling van 'ziektespecifiek' beleid, dat recht doet aan de bijzondere problemen en behoeften van groepen patiënten.

Zowel voor ziekte overstijgend als voor ziektespecifiek beleid zijn representatieve gegevens van chronisch zieken zelf onontbeerlijk. Het PPCZ voorziet in die behoefte door een jaarlijkse presentatie van kerngegevens. *Kerngegevens 1998* is het eerste jaarrapport. Het vormt een ijkpunt, waartegen de kerngegevens van de komende jaren afgezet kunnen worden.

Kwaliteit van leven

Van de algemene bevolking voelt 48 procent zich tevreden over het leven als geheel; onder chronisch zieken is slechts 36 procent tevreden over het leven. Ook op het punt van 'gelukkig zijn' scoren leden van de algemene bevolking aanzienlijk hoger: 86 procent tegenover 73 procent.

Vrouwen die chronisch ziek zijn, laten zich negatiever uit over de kwaliteit van leven dan mannen. Ook ouderen zijn minder tevreden. Er is een sterke samenhang tussen de kwaliteit van leven en het opleidingsniveau: lager opgeleiden waarderen de kwaliteit van hun leven lager. Ook het aantal aandoeningen speelt een rol; het maakt verschil of men één aandoening heeft of dat er sprake is van co-morbiditeit. Naarmate men meer lichamelijke beperkingen heeft, daalt de kwaliteit van leven op alle punten drastisch.

Opmerkelijk is dat de tevredenheid over het leven bij chronisch zieken géén verband houdt met het soort aandoening dat men heeft, noch met de ziekteduur. Leeftijd, opleiding, voornaamste inkomstenbron, het aantal chronische aandoeningen en het aantal lichamelijke beperkingen, dát zijn de bepalende factoren.

Zorggebruik

Chronisch zieken doen vaker een beroep op zorgverleners dan mensen uit de algemene bevolking. 94 procent van de chronisch zieken had in 1997 contact met de huisarts, tegen 77 procent van de algemene bevolking. Bovendien bezocht 75 procent van de mensen met een chronische aandoening een medisch specialist; van de algemene bevolking was dat slechts 39 procent. Ook het gebruik van paramedische zorg, met name fysiotherapie, ligt hoger bij chronisch zieken: 27 procent tegen 15 procent. Chronisch zieken maken ook meer gebruik van thuiszorg: 15 procent tegen 4 procent.

Over het algemeen is men tevreden over de kwaliteit van de zorg van de huisarts. De helft van de chronisch zieken vindt wel dat de huisarts niet voldoende deskundig is op het gebied van hun chronische aandoening.

De medisch specialist scoort wat lager dan de huisarts waar het de kwaliteit van zorg betreft. Over het zorgproces van de specialist oordelen mensen met een chronische aandoening milder dan over de organisatorische kant van de zorg. Toch worden ook bij het zorgproces kritische kanttekeningen geplaatst. Eén op de vijf chronisch zieken die contact hadden met een specialist, noemt als knelpunten: niet betrokken worden bij beslissingen over de behandeling, het eigen dossier niet mogen inzien, het gebrekkige inlevingsvermogen van de specialist en het feit dat de specialist niet bereid is om over problemen van de patiënt te praten.

Maatschappelijke en financiële positie

De arbeidsparticipatie van mensen met een chronische aandoening (behorend tot de potentiële beroepsbevolking) is 20 procent lager dan die van mensen uit de algemene beroepsbevolking. Chronisch zieken hebben een relatief ongunstige inkomenspositie. Als de chronische zieke de hoofdkostwinner is, betekent dit een grote kwetsbaarheid van het gezinsinkomen.

Chronisch zieken die laag zijn opgeleid, die leven van een WAO-uitkering én lichamelijke beperkingen hebben, zijn er financieel het slechtst aan toe. Het percentage mensen met een netto-gezinsinkomen op of onder het niveau van een bijstandsuitkering is 13 procent.

De kosten die verband houden met de ziekte, liggen gemiddeld voor de totale groep mensen met een chronische aandoening op f 79,- per maand.

Maaltijdvoorzieningen, thuiszorg en hulpmiddelen zijn zware kostenposten.

De lichamelijke beperking als een bepalende factor springt eruit. Chronisch zieken zonder lichamelijke beperkingen zitten ruim f 100,- per maand boven het gemiddelde inkomen van de groep chronisch zieken. Bij een hoger aantal beperkingen is het gemiddelde inkomen aanzienlijk lager.

In sommige gevallen is een vergoeding voor of compensatie van ziekte gerelateerde kosten mogelijk, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), de regeling Bijzondere Bijstand of de buitengewone lastenaf trek van de inkomstenbelasting. Verbluffend weinig chronisch zieken doen echter een beroep op deze regelingen. Een kleine meerderheid kent de WVG.

Slechts 10 procent heeft ooit een aanvraag ingediend voor een hulpmiddel of aanpassing. De Bijzondere Bijstand is ongeveer net zo bekend als de WVG; nóg minder mensen (3 procent) maakten er gebruik van. De fiscale compensatie is de meest bekende tegemoetkoming in ziekte gerelateerde kosten: 60 procent van de chronisch zieken is op de hoogte van deze mogelijkheid, 19 procent maakt er gebruik van. De landelijke overheid heeft in samenwerking met de gemeenten een beleid ontwikkeld om het gebruik van deze regelingen te bevorderen.

[Bron: Rijken PM, Foets M, Peters L, Bruin A de, Dekker J. *Patiëntenpanel Chronisch Zieken Kerngegevens 1998*. Utrecht: Nivel, 1999]

Financiële positie van chronisch zieken relatief ongunstig

In Nederland leven naar schatting zo'n 1,5 miljoen mensen met een (lichamelijke) chronische aandoening. Uit diverse onderzoeken blijkt dat hun inkomenspositie relatief ongunstig is. Dit heeft nadelige gevolgen voor hun sociaal functioneren. Chronisch zieken hebben – gecorrigeerd voor omvang en samenstelling van het huishouden – gemiddeld netto *f* 270 à *f* 350 minder netto inkomen per maand dan de bevolking in het algemeen. Het netto inkomen van de Nederlandse bevolking bedraagt – eveneens gecorrigeerd – in 1998 tussen de *f* 2600 en *f* 2670. Veel chronisch zieken hebben een laag inkomen hebben *doordat* zij chronisch ziek zijn. Dit is het geval bij de 10% van hen die voornamelijk van een arbeidsongeschiktheidsuitkering leeft. De arbeidsparticipatie van chronisch zieken is 20% lager dan die van de bevolking in het algemeen. Daarnaast hebben chronisch zieken hogere kosten in verband met hun ziekte dan de bevolking gemiddeld heeft. Ruim 70% van de mensen met chronisch aandoeningen heeft ziekte gerelateerde kosten die niet vergoed worden. Chronisch zieken hebben vooral veel kosten voor hulpmiddelen, geneesmiddelen, huisarts en specialist. Een deel van deze kosten zijn het gevolg van de chronische ziekte, zoals aanpassingen van woning of auto.

Verschillen

Ook tussen chronisch zieken onderling bestaan inkomensverschillen. Aard en duur van de ziekte hebben echter geen noemenswaardige invloed op inkomen en ziektekosten. Wel is het aantal lichamelijke beperkingen dat men heeft een belangrijke factor. Hoe meer beperkingen iemand heeft, des te lager is zijn inkomen. Ook bij chronisch zieken geldt dat het inkomen hoger is als de opleiding hoger is. Verder hebben – algemeen genomen – chronisch zieken die moeten rondkomen van een AOW- of arbeidsongeschiktheidsuitkering een veel lager inkomen dan mensen die een salaris of pensioen ontvangen. Ook mensen die als voornaamste inkomensbron winst uit eigen onderneming, een werkloosheids- of bijstandsuitkering of studiefinanciering hebben zijn financieel relatief slecht af. Ten slotte heeft ook het type huishouding dat men voert een belangrijke invloed op het inkomen: alleenstaanden hebben het hoogste inkomen; meerpersoonshuishoudens waarin de chronisch zieke kostwinner is, het laagste. Van deze laatste groep is 7% éénoudergezin.

Van de chronisch zieken hebben mensen met lichamelijke beperkingen relatief hoge ziektekosten, terwijl ze een laag inkomen hebben. Ook mensen met een hoge opleiding hebben hoge ziektekosten, maar dat is waarschijnlijk inherent aan het feit dat zij meestal particulier verzekerd zijn, omdat ze juist een hoog inkomen hebben. Mensen die leven van winst uit onderneming zijn ook vaak particulier

verzekerd, waardoor ze relatief hoge ziektekosten hebben, terwijl ze wél een laag inkomen hebben. Deze groep is hierdoor dus relatief slecht af.

Alles bij elkaar genomen hebben 65-plussers met lichamelijke beperkingen die leven van een AOW-uitkering en laag opgeleide mensen tussen de 25 en 65 jaar die leven van een arbeidsongeschiktheidsuitkering of winst uit eigen onderneming verhoudingsgewijs het laagste inkomen.

Compensatieregelingen

In hoeverre men ziekte gerelateerde uitgaven heeft die niet vergoed worden, hangt mede af van de mate waarin men een beroep doet en kan doen op financiële vergoedingsregelingen, zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), bijzondere bijstand en fiscale compensatie.

Ruim de helft van de chronisch zieken is op de hoogte van de mogelijkheden. Toch wordt er maar weinig gebruik gemaakt van de WVG en de bijzondere bijstand. Hier spelen aard en omvang van de ziektekosten en de hoogte van het inkomen een rol. Op de WVG wordt relatief vaak een beroep gedaan door mensen met een aandoening van het bewegingsapparaat. Eenderde van de ondervraagden was niet op de hoogte van de mogelijkheden van de WVG. Overigens moet bij een vergoeding volgens de WVG een eigen bijdrage betaald worden.

De bijzondere bijstand geeft alleen een bijdrage als het gezinsinkomen beneden het sociaal minimum ligt. De regeling is dan ook vrijwel alleen bekend bij mensen die gescheiden zijn of die van een werkloosheids- of bijstandsuitkering moeten rondkomen.

Van fiscale compensatie wordt het meest gebruikt gemaakt door hoger opgeleiden. Mensen die meer dan 45% arbeidsongeschikt en nog geen 65 jaar zijn, kunnen gebruik maken van een zogenaamd arbeidsongeschiktheidsforfait. Voor alle ouderen bestaat er een ouderenforfait. Men kan zich echter afvragen of mensen die niet aangifteplichtig zijn, op de hoogte zijn van deze compensatiemogelijkheid.

Verzekeringen

Extra kosten kunnen chronisch zieken ook hebben doordat zij niet van de laagste premies van verzekeringen kunnen profiteren. Tien procent van de ondervraagden – omgerekend zo'n 150 000 chronisch zieken - heeft weleens problemen gehad met afsluiten van een algemene levensverzekering, een levensverzekering voor een hypotheek of een ziektekostenverzekering. Het probleem kan veel groter van omvang zijn doordat waarschijnlijk veel mensen niet beginnen aan een aanvraag voor een bepaalde verzekering als ze weten dat ze weinig kans maken geaccepteerd te worden.

[Bron: Weide MG, Rijken PM, Peters L. Financiële positie van chronisch zieken. Patiëntenpanel chronisch zieken. Utrecht: Nivel, 1999]

Nationale Commissie Chronisch Zieken geëvalueerd

Sinds het begin van de jaren negentig besteedt de overheid systematisch aandacht aan de vorming van beleid voor chronisch zieken. Om dit beleid gestalte te geven werd in 1991 de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) ingesteld, die per 1 juni 1999 haar werkzaamheden beëindigde. Deze commissie had de opdracht de zorg voor mensen met chronische aandoeningen te verbeteren en hun maatschappelijke positie te versterken. Tevens kreeg zij een aantal uitvoerende taken, zoals het organiseren van voorlichtingscampagnes en symposia, het vervullen van een ombudsfunctie en van de functie van programmeringscollege. In deze laatste functie heeft de NCCZ honderden projecten in gang gezet. Hiervoor had zij jaarlijks een speciaal ontwikkelingsbudget van f 5,1 miljoen tot haar beschikking, alsmede incidentele projectgebonden bedragen. Een Raad van Advies beoordeelde alle door 'het veld' ingediende projectvoorstellen. De leden van deze Raad waren voor eenderde deel afkomstig uit de NCCZ, voor eenderde onafhankelijke deskundigen en voor eenderde afkomstig uit de patiëntenbeweging.

De programmeringsfunctie van de NCCZ is nu ondergebracht bij ZorgOnderzoek Nederland (ZON). Deze organisatie heeft van het Ministerie van VWS de opdracht gekregen een programma 'Chronisch Zieken' te ontwikkelen.

Naar aanleiding van de opheffing van de Nationale Commissie en als informatie voor ZON heeft er een uitgebreide analyse plaatsgevonden van het programmeringsbeleid van de NCCZ.

Brede aanpak nog niet gerealiseerd

De Raad van Advies is voorstander van een ruime definitie van mensen met chronische aandoeningen. De projecten zouden dan ook zowel op mensen met chronische aandoeningen als op mensen met langdurige beperkingen kunnen worden gericht. Ook het onderscheid tussen chronische somatische en chronische psychiatrische aandoeningen blijkt niet houdbaar, evenmin als het bij voorbaat uitsluiten van bepaalde ziekten. Alleen op uitvoeringsniveau kunnen dergelijke onderscheidingen zinvol zijn.

De beoogde balans tussen de zorg voor en de maatschappelijke positie van mensen met chronische aandoeningen blijkt in de projecten nog niet te zijn bereikt, in aantal projecten noch in financiële middelen.

De meeste projecten binnen het themagebied 'maatschappelijke positie' zijn gericht op arbeidsparticipatie; slechts enkele projecten hadden betrekking op inkomen en/of verzekeringen.

In de recent uitgevoerde projecten binnen het themagebied 'zorg' komen deskundigheidsbevordering van professionals, kwaliteit van zorg en psychosociale zorg relatief vaak aan de orde. Slechts weinig projecten zijn gericht op zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligerszorg, coördinatie van zorg, transmurale zorg en preventie. De meeste van deze onderwerpen acht de Raad van Advies wel belangrijk voor het

ZON-programma chronisch zieken. Andere thema's die de laatste jaren relatief weinig aan bod gekomen zijn emancipatie en empowerment, en voorlichting.

Organisatie

Onder de doelgroepen van de projecten zijn de professionele hulpverleners, met name verpleegkundigen en huisartsen, en chronisch zieken (organisaties) oververtegenwoordigd. Andere maatschappelijke actoren, zoals werkgevers-organisaties, organisaties voor arbeidsbemiddeling, overheden en zorgverzekeraars, komen veel minder aan bod. Ook deze zouden volgens de Raad betrokken moeten worden bij de programmering en de uitvoering van projecten. Ten slotte zou er in de projecten meer aandacht moeten zijn voor 'bijzondere' groepen chronisch zieken: kinderen, vrouwen en allochtonen.

Driekwart van de projecten heeft een ziekte overstijgende aanpak. Zij zijn gericht op een brede groep chronische patiënten, maar specifieke aandacht voor de genoemde 'bijzondere groepen' ontbreekt. De ziektespecifieke projecten zijn vooral op tamelijk veel voorkomende ziekten gericht, zoals reumatische aandoeningen, diabetes, CVA en CARA. Minder voorkomende en zeldzame aandoeningen hebben in de projecten weinig aandacht gekregen.

Men is voorstander van 'bottom-up'-programmering. Dit leidt tot meer innovatie en een snellere implementatie. De 'top-down'-benadering gebeurt alleen als er vanuit het veld te weinig initiatieven komen.

De financiële middelen en de personele inzet waren in de meeste projecten toereikend. Ook de opgestelde werkplannen en tijdschema's werden meestal gerealiseerd. Belangrijke redenen van vertraging van een project bleken verkeerde inhoudelijke vooronderstellingen te zijn en onvoorziene inhoudelijke ontwikkelingen. Projecten afkomstig van of uitgevoerd door organisaties van chronisch zieken bleken wat vaker de doelstelling niet volledig te bereiken. Daar staat echter tegenover dat resultaten van projecten van deze organisaties vaak langer in gebruik blijven. Samenwerking bij de uitvoering van projecten lijkt tot een beter resultaat en een groter draagvlak te leiden. Nadelen van samenwerking zijn wel de grotere complexiteit en de nodige extra tijdsinvestering.

Implementatie

Hoewel implementatie gewoonlijk tot de projectdoelen hoort, is lang niet ieder project er ook in geslaagd om implementatie daadwerkelijk te verwezenlijken. De kennis over de noodzakelijke activiteiten ontbreekt vaak. Implementatie wordt ook bemoeilijkt door een kwetsbare organisatiestructuur en de concurrerende positie van organisaties. Implementatie wordt positief beïnvloed wanneer er voldoende draagvlak is. Dit blijkt dan uit een expliciete vraag naar het ontwikkelde product, een positieve instelling van het eigen personeel, een gunstig politiek klimaat en de beschikbaarheid van voldoende financiële middelen. Overigens merkt de Raad van

Advies op dat de verwachtingen van implementatie ook weer niet te hoog moeten zijn. Ook vernieuwende ideeën, waarbij implementatie niet direct voorop staat, zijn van belang.

Ten slotte benadrukt de Raad van Advies het belang dat organisaties van chronisch zieken invloed op het programmeringsbeleid hebben. De indruk bestaat dat hun aandeel soms niet voldoende uit de verf komt. De Raad pleit dan ook voor een verdere professionalisering van deze patiëntenorganisaties. Verder zou door afzonderlijke weging van de oordelen van organisaties voor chronisch zieken en professionals en door stimuleren van samenwerkingsprojecten van organisaties voor chronisch zieken en professionele organisaties de inbreng van de patiënten verbeterd kunnen worden.

[Bron: Westenberg MRM, Biermans M, Rijken PM, Dekker J, Bensing JM. NCCZ Ontwikkelingsprojecten: programmeringsbeleid en uitvoering. Utrecht: Nivel, 1999]

Studies naar gezondheidszorg voor minderheden

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg is essentieel voor een goede gezondheidssituatie in een land. Voor minderheden zijn de gezondheidszorgvoorzieningen echter vaak moeilijker toegankelijk. Om meer inzicht in deze problematiek te krijgen zijn en worden in vele landen studies uitgevoerd. In 1999 heeft het Nivel een overzicht samengesteld van de internationale literatuur over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor en het gebruik ervan door etnische minderheden.

In dit overzicht is de term 'minderheden' ruim opgevat. De vermelde studies betreffen vooral immigranten die in een nieuw land zijn gekomen als vluchteling, als gevolg van een dekolonisatieproces, als buitenlands arbeider door een actieve wervingsactie of op eigen initiatief op zoek naar betere leefomstandigheden. Ook zijn studies opgenomen die groepen betreffen die in hun eigen land een achterstandspositie hebben doordat zij een andere raciale of culturele achtergrond hebben. Het gaat om migranten die soms pas enkele maanden in het 'nieuwe' land wonen, maar soms ook al enkele generaties.

De Nederlandse literatuur is in deze bibliografie buiten beschouwing gelaten; een overzicht daarvan is te vinden in: Weide MG. Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving: een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. Bijlage bij Onderzoeksprogramma Cultuur en gezondheid. Den Haag: NWO/ZON, 1998.

[Bron: Weijzen EM, Weide MG. Accessibility and use of health care services among ethnic minorities. A bibliography 1993-1998. Utrecht: Nivel, 1999]

Leven op het platteland is gezonder

Hoewel vaak de indruk bestaat dat in Nederland één stedelijk leefpatroon domineert, bestaan er wel degelijk nog verschillen tussen stad en landelijk gebied.

Zo ook in de gezondheidssituatie van de bevolking en het gebruik dat zij van gezondheidszorg maakt. In het proefschrift 'Urban-rural variations in health care' komt dit duidelijk naar voren.

Het is al langer bekend dat de bevolking in stedelijke gebieden minder gezond is. Dat heeft voor een deel te maken met de welvaart en de leeftijdsopbouw van de bevolking. Wanneer men echter corrigeert voor sociaal-economische en demografische kenmerken, blijkt toch de stadsbevolking in het algemeen minder gezond te zijn dan de bevolking van landelijke gebieden. Verondersteld werd wel dat juist mensen met een bepaalde gezondheidssituatie naar de stad zouden trekken (selectieve migratie). Dit speelt slechts een geringe rol. Het lijkt erop dat de oorzaak van dit verschil gezocht moet worden in de stedelijke omgeving zelf. Hierbij valt op dat het verband tussen woonplaats en gezondheidstoestand niet bij alle bevolkingsgroepen even sterk is.

Gegeven sociaal-economische status, demografische kenmerken en gezondheidssituatie maken stedelingen meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan bewoners van landelijke gebieden. Hiervoor is nog geen verklaring gevonden. De gangbare verklaringen, zoals de grotere nabijheid van voorzieningen in de stad, konden in dit onderzoek niet bevestigd worden.

Opvallend, maar beter verklaarbaar, is dat in de stad niet alleen *vaker* een beroep wordt gedaan op de gezondheidszorg, maar ook op *meer* bronnen van gezondheidszorg. Dit verschijnsel ziet men vooral bij de geestelijke gezondheidszorg. Hier lijkt de verklaring evident dat er eenvoudig meer zorgmogelijkheden zijn in de stad.

Mogelijkheden voor beleid

Om het verschil in gebruik van zorg tussen stad en platteland te verminderen, kan men de gezondheidssituatie van stadsbewoners trachten te beïnvloeden. Een stedelijk gezondheidsbeleid zal zich dan met name moeten richten op de preventie van problemen met de geestelijke gezondheid. Overigens lijkt het niet waarschijnlijk is dat men de verschillen in gezondheid tussen stad en platteland (geheel) zal kunnen opheffen.

Wellicht zinvoller is dan ook het beleid te richten op de hoeveelheid gezondheidszorg die wordt gebruikt. Kennelijk is de drempel van de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen in steden lager dan in landelijke gebieden. Het is overigens nog niet duidelijk of de drempel in het ene geval te laag is, of in het andere geval te hoog, hoewel dit laatste niet aannemelijk is.

Het lijkt zinvol om de poortwachtersfunctie van de huisarts in stedelijke gebieden te versterken. De huisarts is de enige die een volledig overzicht kan hebben van het zorggebruik van zijn patiënten. Hij is ook goed in staat om zowel het gebruik van huisartsenzorg als dat van specialistische zorg te beperken.

Wanneer het echter gaat om de geestelijke gezondheidszorg, slaagt hij daar minder in. Overeenkomstig een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zou juist op dit punt de poortwachtersfunctie van de huisartsen versterkt kunnen worden door samenwerking met het maatschappelijk werk, de GGD-en en de geestelijke-gezondheidszorginstellingen. Hiervoor kunnen bovendien gelden uit de stedelijke achterstandsfondsen worden ingezet.

[Bron: Verheij RA. Urban-rural variations in health care. Dissertatie Universiteit Utrecht: Nivel, 1999]

Eigen risico effectiever dan procentuele eigen bijdrage

Al jaren wordt er in Nederland discussie gevoerd over het invoeren van een systeem van eigen betalingen in de gezondheidszorg. Door de invoering van eigen betalingen door de patiënt/cliënt wil men enerzijds de consumptie van zorg verminderen, anderzijds de financiering gedeeltelijk verschuiven naar de gebruiker. Het verminderen van de consumptie van zorg door middel van eigen betalingen is nooit echt geslaagd: de eigen bijdrage voor geneesmiddelen leidde ertoe dat er grotere hoeveelheden per recept werden voorgeschreven; de eigen bijdrage voor verwijzing naar de specialist had geen effect. Deze maatregelen zijn dan ook na korte tijd, evenals de Algemene Eigen-Bijdrageregeling (AEB), weer ingetrokken. Daarentegen is de verschuiving van een deel van de financiering naar de gebruiker wel normaal geworden in de Nederlandse gezondheidszorg, met name bij hulpmiddelen en aanpassingen.

Twee systemen

Op twee manieren kan men de betaling van een eigen bijdrage regelen: een procentuele bijdrage en een eigen risico. In de Algemene Eigen-Bijdrageregeling was, en bij de publiekrechtelijke verzekeringen (IZA, Instituut Zorgverzekeringen Ambtenaren Nederland) is nog steeds, de eigen bijdrage een percentage van de kosten, terwijl bij particuliere verzekeringen er een nominaal eigen risico bestaat. Verzekeraars geven de voorkeur aan het systeem van een eigen risico. Volgens hen levert dit namelijk minder uitvoeringskosten op dan de procentuele bijdrage, terwijl het effect op consumptie en kosten van zorg hetzelfde is. In het vorig jaar gehouden evaluatieonderzoek van de AEB kwam de wens tot invoering van een eigen risico herhaaldelijk naar voren. Naar aanleiding daarvan zijn de effecten van beide systemen van eigen bijdragen vergeleken aan de hand van een vergelijking van het gedrag van vergelijkbare groepen verzekerden bij de IZA (procentuele eigen bijdrage) en de VGZ (eigen risico).

Tegen de verwachting in bleek ondubbelzinnig dat een eigen risico leidt tot lagere kosten voor zorg. De IZA-verzekerden veroorzaakten hogere kosten dan de particulier verzekerden. Overigens zorgden particulier verzekerden zonder eigen risico voor de hoogste kosten. Het systeem van eigen risico heeft ook een kosten

verminderend effect op de vervolgvorzieningen. Kennelijk wordt er in het overleg met huisarts of tandarts rekening gehouden met de kosten van de vervolgzorg. Tenslotte werkt een eigen risico remmend op de consumptie van relatief dure zorg, waarbij het eigen risico snel wordt vol gemaakt.

De Algemene Eigen-Bijdrageregeling

De AEB was bedoeld als een stap naar een 'IZA-achtig' systeem teneinde te komen tot medefinanciering van de zorg door de burger en om verspilling tegen te gaan. Omdat men vreesde dat een eigen risico van een nominaal bedrag van f 200 te laag zou zijn om een remmende werking op de zorgconsumptie te hebben, is gekozen voor een procentueel systeem. Deze veronderstelling lijkt dus niet juist. Overigens kunnen de eigen bijdragen in de onderzochte systemen veel hoger oplopen dan de f 200 van de AEB: de IZA stelt een maximum van 1% van het bruto jaarinkomen; bij de VGZ kan het eigen risico variëren van f 0 tot f 2475. Er bestaat nog een groot verschil tussen de AEB en de regeling van de IZA: bij de AEB hoefde geen eigen bijdrage betaald te worden voor de huisarts en ook niet voor ziekenhuisopname, terwijl bij de IZA de eigen bijdrage wel geldt voor de huisarts en niet voor ziekenhuisopname.

De AEB zou in principe effectiever zijn geweest als zij ook voor de huisartsenzorg had gegolden. Een eigen bijdrage voor de huisarts is echter om zorginhoudelijke redenen niet ingevoerd: de kans dat noodzakelijk bezoek aan de huisarts zou worden afgesteld en het risico dat men meer geneigd zou zijn rechtstreeks specialisten te bezoeken.

[Bron: Kool FJM, Delnoij DMJ. Effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op zorgconsumptie. Utrecht: Nivel, 1999]

Ziekenhuisvergelijking vanuit patiëntenperspectief

Tot voor kort was er nog weinig bekend over de kwaliteit van ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief. Het gaat dan om zaken als wachttijden, toegankelijkheid, vertrouwen in zorgaanbieders, informatievoorziening en bejegening. Patiënten zouden betere keuzes kunnen maken als objectieve en vergelijkbare informatie over deze zaken beschikbaar zou zijn. In opdracht van en in samenwerking met de Consumentenbond is het afgelopen jaar een proefproject in de regio Utrecht uitgevoerd waarin verschillende ziekenhuizen worden vergeleken. De bedoeling is dat op den duur regelmatig landelijk vergelijkingen worden uitgevoerd naar de kwaliteit van ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief. Dit project strookt met het streven van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en het Ministerie van VWS om de zorg beter te laten aansluiten bij de zorgvraag. Het proefproject had een drievoudig doel: een grotere transparantie voor cliënten creëren, informatie leveren waarmee de ziekenhuizen hun kwaliteit kunnen verbeteren en vaststellen of ziekenhuisvergelijking op basis van de oordelen van patiënten haalbaar is.

Ziekenhuisopname: tweederde van de patiënten is tevreden

Bij patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen is het vertrouwen in de medische behandeling groot: bijna alle ondervraagden geeft aan 'veel' of 'heel veel' vertrouwen in de medische behandeling en in de verpleging te hebben (97% en 96%). Het vertrouwen wordt vaak tijdens de opname nog groter.

Vooraf over de spoedopname tonen mensen zich positief (80%). Wat betreft de aspecten 'medische kant van de behandeling', 'verpleegkundige kant van de behandeling en hotelaspecten' en 'vertrek en nazorg' is men wat minder positief: 51% tot 69% van de patiënten heeft hierover een positief oordeel. Men is er bijvoorbeeld niet zo tevreden over dat er vaak geen eindgesprek heeft plaatsgevonden.

De vijf onderwerpen die patiënten van het grootste belang vinden, zijn:

- vertrouwen kunnen hebben in de arts;
- een goede uitleg van wat de behandeling inhoudt;
- informatie ontvangen over wat de patiënt na ontslag wel en niet moet doen;
- respectvol door de arts worden behandeld; en
- vertrouwen kunnen hebben in de verpleegkundigen.

Polikliniek: positief beeld

Ook bij poliklinische patiënten is het vertrouwen in de medische behandeling groot (98%). Bijna 30% van de mensen heeft tijdens de behandeling meer vertrouwen gekregen; evenwel 5% juist minder. Het meest positief oordelen mensen over de mogelijkheden wensen kenbaar te maken als zij voor een afspraak komen. De bereidheid is groot om zo nodig dezelfde behandeling in hetzelfde ziekenhuis en bij dezelfde specialist te ondergaan (beide 79%). Ook oordelen de meeste mensen positief over het handelen van de arts en de tijd tussen afspraak en bezoek aan de polikliniek (beide > 70%). Over de wachtkamer (sfeer, zitmogelijkheden et cetera) is men echter minder tevreden. Ook hier is de respondenten gevraagd aan te geven welke aspecten van de poliklinische behandeling zij het belangrijkste vinden. De vijf hoogst scorende onderwerpen zijn:

- vertrouwen in de arts;
- een goede uitleg van wat de behandeling inhoudt;
- respectvol door de arts worden behandeld;
- een patiëntvriendelijk onderzoek door de arts; en
- een patiëntvriendelijke behandeling door de arts.

De vergelijking

Aan het onderzoek werd deelgenomen door acht ziekenhuizen in provincie Utrecht. Een aantal zaken bleek sterk overeen te komen. Zo verstrikt er in alle ziekenhuizen gemiddeld zeseneenhalve week tussen het moment van afspreken en de opname.

Ook qua vertrouwen in en tevredenheid over bejegening en behandeling lopen de ziekenhuizen niet ver uiteen evenmin als de ontevredenheid over het ontbreken van een eindgesprek. Er zijn vaak verschillen tussen de afdelingen, met name bij de opname (en minder bij spoedopname): niet alle afdelingen blijken even toegankelijk te zijn.

Een soortgelijk beeld ziet men bij de poliklinieken. Gemiddeld verstrijken er viereneenhalve week tussen het maken van de afspraak en het eerste bezoek aan de polikliniek. In de polikliniek moet men gemiddeld een kwartier wachten. Ook hier weer delen de ziekenhuizen een hoge score voor tevredenheid en vertrouwen. Over de wachtkamers van de ziekenhuizen in de stad Utrecht, de klachtenregelingen en de bereikbaarheid van de artsen is men echter minder tevreden. De grootste verschillen zijn er op het onderdeel 'ontvangst', met andere woorden de toegankelijkheid van de polikliniek. Hier beoordeelt men de verschillende ziekenhuizen van zeer positief tot negatief.

De onderzoekers komen tot de conclusie dat ziekenhuisvergelijking op basis van de oordelen van patiënten haalbaar is. Wel is de lage respons een probleem. De onderzoekers doen dan ook een aantal suggesties voor verbetering hiervan in een vervolgonderzoek. Belangrijker nog is echter de conclusie dat dit systeem van vergelijking bruikbare resultaten oplevert, zowel voor patiënten als voor de ziekenhuizen.

[Bron: Straten GFM, Friele RD, Spreeuwenberg P. Patiënten oordelen over ziekenhuizen. een vergelijking van acht Utrechtse ziekenhuizen op basis van patiëntenoordelen. Utrecht: Nivel, 1999]

Klachtenregeling op de goede weg

Sinds augustus 1995 is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) van kracht. Met deze wet wil de overheid in de eerste plaats een laagdrempelige klachtmogelijkheid bieden aan cliënten in de zorgsector. De behandeling van een klacht moet leiden tot genoegdoening of het wegnemen van onvrede bij de klagers. In de tweede plaats is de wet erop gericht om signalen van zorgvragers op te vangen en daarmee een bijdrage te leveren aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg. In 1998 en 1999 is een door ZON gefinancierde evaluatie van deze wet uitgevoerd door de vakgroepen Gezondheidsrecht van het Instituut voor Beleid en Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam en Universiteit Maastricht, het Nivel en de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG). De evaluatie is beperkt tot het gebied van de gezondheidszorg. Geconcludeerd wordt dat in het algemeen de mogelijkheid om klachten in te dienen én bevredigend af te handelen sterk is verbeterd. De situatie is echter voor verdere verbetering vatbaar; de evaluatie bevat daarvoor een reeks adviezen.

Toegankelijkheid

Het blijkt dat sinds de invoering van de WKCZ vrijwel alle instellingen een gereguleerde klachtencommissie hebben. De reglementen sluiten goed aan op de WKCZ; waar er hiaten zijn wordt er volgens de vereisten van de WKCZ gehandeld.

Toch is de toegankelijkheid van de klachtencommissie zeker niet optimaal: bij 10% van de instellingen is deze problematisch want ze hebben geen commissie die klachten behandelen. Daarnaast hebben veel vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geen regeling, noch hebben zij zich bij een regeling aangesloten. Zowel deze situatie als het gebrek aan duidelijk inzicht hierin achten de onderzoekers ongewenst.

De toegankelijkheid wordt ook belemmerd doordat in veel reglementen uitsluitingsgronden worden gehanteerd: bepaalde klachten worden niet in behandeling genomen of de behandeling wordt aan voorwaarden gebonden. Dit leidt tot rechtsongelijkheid tussen de klagers. Bovendien is het hanteren van uitsluitingsgronden in principe in strijd met de wet.

De meeste klachten worden binnen de instelling door bemiddeling afgehandeld. Dit betreft een veelvoud van het aantal klachten dat door de formele volgens de WKCZ ingestelde commissie wordt behandeld. Gelet op toegankelijkheid en snelheid van afhandeling is dit positief. Maar dit heeft ook tot gevolg dat de WKCZ-commissies minder laagdrempelig zijn dan de bedoeling is. Zij hebben vaak de functie gekregen van commissie voor hoger beroep. Met name klachten over communicatie, informatie en bejegening kunnen in principe beter en gemakkelijker worden afgehandeld via bemiddeling. De grotere afstand tot de formele klachtenbehandeling lijkt een impuls om na te gaan of men door bemiddeling gerezen problemen kan oplossen. De ontwikkeling van de klachtbemiddeling zou dan ook krachten gestimuleerd worden.

De WCKZ-commissies doen uitspraken over de gegrondheid van klacht. Dit leidt nog weleens tot teleurstelling bij klagers die verwachten dat er een verklaring wordt gegeven, communicatie en informatie beter worden, verontschuldigheden worden aangeboden voor vergissingen en misverstanden en zo de vertrouwensrelatie wordt hersteld. Hier voldoet bemiddeling mogelijk beter dan een formele klachtenbehandelingsprocedure.

De relatie tussen de klachtenbehandeling en het kwaliteitsbeleid wordt in de praktijk nog onvoldoende geoperationaliseerd. Hierbij dient men echter te bedenken dat de Kwaliteitswet zorginstellingen pas in 1996 is ingegaan en dat veel instellingen nog druk doende zijn hun kwaliteitsorganisatie, -systeem en -beleid op te zetten.

[Bron: Friele RD, Ruiter C de, Wijmen F van, Legemaate J. Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Utrecht/Utrecht/Rotterdam/Maastricht: Nivel/SOKG/Erasmus Universiteit Rotterdam, Universiteit Maastricht, 1999]

2.6 HET HULPVERLENINGSPROCES/DETECTIE EN BEHANDELING PSYCHISCHE PROBLEMEN EN BEJEGENING

Communicatie tussen gynaecoloog en patiënt in de polikliniek

Het intieme karakter van de gezondheidsproblemen waarmee vrouwen zich tot de gynaecoloog wenden stelt hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden van de specialist. In dit artikel wordt verslag gelegd van onderzoek naar de verwachtingen van gynaecologische patiënten op dit terrein. Bovendien worden de resultaten besproken van het video-observatie onderzoek dat is uitgevoerd in de spreekkamer van 21 gynaecologen. De centrale vraag hierbij was hoe gynaecologen en patiënten met elkaar communiceren en welke factoren van invloed zijn op het communicatieproces. Hiertoe hebben 21 gynaecologen na informed consent van de patiënten in totaal 303 willekeurige poliklinische consulten op video opgenomen.

De resultaten laten zien dat patiënten op de eerste plaats duidelijke en begrijpelijke informatie willen ontvangen. Een op de drie patiënten vond het bovendien van belang om steun en begrip te ontvangen. In praktijk bleek onder andere dat psychosociale kwesties nauwelijks besproken werden. De lengte van de consulten was afhankelijk van de aanwezigheid van de partner van de patiënt, van de aard van de gepresenteerde problematiek en van de frequentie waarin arts en patiënt van mening verschilden. Bovendien was het consult langer naarmate meer medische informatie werd verstrekt en meer psychosociale vragen werden gesteld. Geconcludeerd kon worden dat gynaecologische consulten zich voornamelijk richten op medische kwesties. Om de kwaliteit van medische consulten te verbeteren verdient het aanbeveling om in de nascholing aan gynaecologen meer expliciet aandacht te besteden aan de psychosociale behoeftes van patiënten.

[Bron: Dulmen AM van. Communication during gynecological outpatient consultations. J Psychosom Obstet Gynecol 1999; 20: 119-126]

Verschillen in arts-patiënt communicatie bij mannelijke en vrouwelijke gynaecologen

Onderzoek onderhuisartsen laat zien dat vrouwelijke artsen meer affectief communiceren dan hun mannelijke collega's. Om te onderzoeken of dit eveneens geldt voor gynaecologische consulten werden het communicatieve gedrag tijdens video-opnames van poliklinische consulten bij vrouwelijke gynaecologen (N=107) vergeleken met die bij mannelijke gynaecologen (N=196). Er bleken slechts weinig sekse verschillen te bestaan: het lichamelijke onderzoek dat vrouwelijke gynaecologen uitvoerden duurde langer, zij vertoonden meer globaal affectieve vaardigheden en stelden minder medische vragen. Post-hoc analyse laat zien dat vrouwen tijdens het langer durende lichamelijke onderzoek meer moeite deden om hun patiënten op hun gemak te stellen. De eerder gevonden verschillen in communicatie door mannelijke en vrouwelijke artsen lijken zich dus binnen de

gynaecologie vooral te weerspiegelen in de communicatie tijdens het lichamenlijk onderzoek.

[Bron: Dulmen AM van, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. Women Health (in press)]

Communicatie tussen zorgverleners en ouderen

Ouderen vormen een steeds grotere groep zorggebruikers. Bij problemen met hun gezondheid krijgen zij het meest te maken met verplegenden en verzorgenden, hier aangeduid als 'zorgverleners'. De situatie waarin de zorg aan ouderen wordt verleend, is nogal ingewikkeld. Enerzijds moet de zorgverlener rekening houden met de behoeften van zeer verschillende cliënten. Zij komen uit uiteenlopende (sub)culturen, hebben verschillende sociaal-economische status, zijn 'jongbejaard' of hoogbejaard, hebben geen of uiteenlopende beperkingen, en verschillende meningen en attitudes. Anderzijds staat de zorg onder druk door een toenemende vraag en een gebrek aan middelen. Om in deze situatie zorg van goede kwaliteit te bieden is een goede communicatie essentieel. Maar de communicatie tussen zorgverlener en ouderen verloopt niet altijd probleemloos. Dit kan een gevolg zijn van fysieke beperkingen van de oudere (bijvoorbeeld hardhorendheid), maar ook van een generatiekloof. Ouderen hebben gewoonlijk andere normen en waarden dan de jongere zorgverleners. Zij gaan bijvoorbeeld niet zo gauw in discussie met hulpverleners, willen de besluitvorming niet beïnvloeden en zijn niet zo gewend om over emotionele problemen te praten. Verder kunnen zorgverlener en cliënt verschillende doelen voor ogen hebben met het zorgcontact. De cliënt wil misschien vooral een gezellig gesprek, terwijl de zorgverlener wil opschieten omdat er nog een aantal cliënten wacht.

Om meer te weten te komen over dit belangrijke aspect van de verzorging van ouderen, is nader onderzocht hoe de communicatie tussen zorgverlener en cliënt verloopt, en welke factoren hierop van invloed zijn.

Sociaal-emotionele communicatie heeft twee hoofd-categorieën: sociale communicatie en affectieve communicatie. Zorgverleners besteden veel tijd aan het leggen en in stand houden van een relatie met de cliënt. Bijna de helft van de verbale communicatie is sociaal-emotioneel van karakter. Zo wordt veel tijd besteed aan sociale conversatie, een grapje. Daarnaast is er affectieve communicatie waarmee de zorgverlener aangeeft dat hij de ander aanvoelt of begrijpt. Dit is in tegenstelling tot veel onderzoeken in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Daar is de zorgverlening meer taakgericht, hebben de cliënten minder privacy en worden soms meer cliënten tegelijk verzorgd. In die situatie heeft de communicatie vooral een instrumenteel karakter. Het onderhavige onderzoek betreft echter zorgverleners in de thuiszorg en in verzorgingshuizen. Hun cliënten zijn langere tijd in zorg, en de zorgsituatie is veelal stabiel. Daardoor is de zorg zelf vaak enigszins routinematig en blijft er meer tijd en gelegenheid over voor

niet-instrumentele communicatie. Men ziet dan ook dat er in verzorgingshuizen, waar de zorgsituatie immers meestal stabiel is, meer sociale conversatie wordt gevoerd dan plaatsvindt in de thuiszorg. Dit geldt niet voor affectieve communicatie, deze ziet men in de thuiszorg relatief meer.

Opleidingsniveau van invloed

Non-verbale communicatie zoals aanraken, aankijken, knikken en glimlachen is heel belangrijk om interesse en betrokkenheid te laten blijken. Men ziet dit gedrag dan ook in vrijwel alle contacten.

Zorgverleners in het verzorgingshuis vertonen meer non-verbaal gedrag dat ook affectief van aard is dan zorgverleners in de thuiszorg. Hier speelt waarschijnlijk de meer familiale sfeer in het verzorgingshuis een rol.

In het algemeen echter worden de cliënten veel meer instrumenteel dan affectief aangeraakt. Dit ziet men met name in de thuiszorg. Toch blijkt de mate waarin zorgverleners hun cliënten affectief aanraken, meer afhankelijk is van hun communicatiestijl dan van omgevingsfactoren (hier: thuiszorg of verzorgingshuis) te zijn. Zorgverleners die hun cliënten vaak affectief aanraken worden als warmer, meer geïnteresseerd en meer betrokken ervaren, blijkt uit ander onderzoek.

De aard van de communicatie wordt voor een groot deel ook bepaald door het opleidingsniveau van de zorgverlener. Met name verpleegkundigen (HBO- of in-serviceopleiding A, B of Z) laten meer instrumentele verbale communicatie zien dan verzorgenden. Zij voeren minder sociale conversatie, maar gebruiken weer wel vaker affectieve uitingen, zoals laten blijken dat men de ander begrijpt, dat men bezorgd is of uitingen van empathie. Verpleegkundigen uiten zich waarschijnlijk vaker op een wijze die binnen hun vak als professioneel beschouwd wordt.

Opmerkelijk is dat verpleegkundigen die tevreden zijn met hun collegiale contacten, zich minder vaak affectief uiten jegens hun cliënten. Ook raken zij de cliënt minder vaak spontaan aan. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat als zorgverleners tevreden zijn over het contact met hun collega's, zij daaraan meer belang hechten dan aan de relatie met hun cliënten.

Van belang is ook de werkdruk die de zorgverlenende ervaart. Bij een hogere ervaren werkdruk vindt men minder affectie in het verbaal gedrag. Men voert minder gesprekken met de cliënten over hun leefsituatie en over emotionele onderwerpen. Maar juist hieraan hebben de ouderen behoefte. Zo kan de kwaliteit van zorg onder druk komen.

Zowel zorgontvangers als zorgverleners hechten veel waarde aan bejegeningaspecten zoals een vriendelijke benadering en het serieus nemen van de cliënten. Opvallend is dat informatieverschaffing, dat in veel kwaliteitsonderzoek vaak als essentieel naar voren komt, door zowel cliënten als zorgverleners van minder belang geacht.

De cliënten oordelen in het algemeen zeer positief over de verleende zorg. Op één punt na: de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en zorgverlener. Cliënten vinden dat de zorgverleners te weinig aandacht hebben voor hun zelfstandigheid en dat zij er te weinig op gericht zijn de cliënten zo veel mogelijk zelf te laten doen. Bovendien blijken zorgverleners onvoldoende na te gaan wat de cliënt van de zorgverlening vindt. En hiermee is dan ook een aantal onderwerpen gegeven waarop kwaliteit bevorderende activiteiten gericht kunnen worden.

Communicatietraining

Er bestaan tal van les- en bijscholingsprogramma's op het gebied van communicatieve vaardigheden. In dit onderzoek is nagegaan wat het effect is van de zogeheten video-interactiebegeleiding. Hierbij worden video-opnames gemaakt terwijl de zorgverlener aan het werk is. Deze worden vervolgens door de werkende met een supervisor besproken. In het onderzoek stelden twee onafhankelijke observatoren vast of er een verandering in het communicatieve gedrag was opgetreden.

Na afloop van de training bleken de zorgverleners meer open te vragen te stellen en meer informatie te geven. De communicatie verliep meer in harmonie, omdat er minder onenigheid of kritiek werd geuit. Zorgverleners die de training hadden gevolgd bleken meer geïnteresseerd en betrokken, terwijl ze minder betuttelend optraden. Maar ook de cliënten van de betreffende zorgverleners uitten minder kritiek en onenigheid, gaven meer informatie en stelden vaker zelf een oplossing voor een probleem voor.

Overigens beperkten de veranderingen zich in het verzorgingshuis meestal tot de houding van de zorgverlener (in tegenstelling tot zijn gedrag). Hierbij kan een rol spelen dat (een afdeling van) een verzorgingshuis al een eigen cultuur en regelmaat heeft. Wellicht brengt men daardoor minder snel nieuw verworven vaardigheden in de praktijk.

Een conclusie uit dit onderzoek is dat er in opleiding en bij- en nascholing aandacht moet zijn voor het ontwikkelen van een meer cliëntgerichte werkwijze. Momenteel hangt de wijze van communiceren van de zorgverleners vrijwel niet samen met de kenmerken van de cliënt. In de opleiding moet men leren aan te sluiten op diens persoonlijke behoeften.

Verder maakt het onderzoek het belang van de vaardigheid om sociaal-emotionele gesprekken te voeren duidelijk. Dit onderwerp moet dan ook voortdurend aandacht krijgen in opleiding, bijscholing en werkbegeleiding.

Het ervaren van een grote tijdsdruk ten slotte is in dit verband ook een punt van aandacht. Het wegvallen van de tijdsdruk is echter geen garantie voor een goede cliëntgerichte communicatie. Daarom moet een vermindering van de tijdsdruk

samengaan met aandacht voor dit onderwerp in opleiding, scholing en werkbegeleiding.

[Bron: Caris-Verhallen WMCM. *Nurse-patient communication in elderly care. Dissertatie Universiteit Utrecht: Nivel, 1999*]

Communicatie tussen huisarts en patiënt in zes landen

De communicatie tussen arts en patiënt heeft de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekregen in de gezondheidszorg. Doordat de nadruk verschuift van acute naar chronische ziekten, van instrumentele interventies naar voorlichting over een gezonde levensstijl, van genezing (*cure*) naar verzorging (*care*), van op de arts georiënteerd (*doctor-centred*) naar op de patiënt georiënteerd (*patient-centred*) gedrag, zijn communicatie en goede communicatieve vaardigheden steeds belangrijker geworden. Met name in de huisartsenpraktijk is communicatie een wezenlijk onderdeel van de zorg, zoals uit diverse onderzoeken is gebleken. In het kader van het Europese beleid om meer inzicht in de werking van de gezondheidszorg te verkrijgen, is een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de verschillen in communicatie tussen huisarts en patiënt en de invloed hierop van kenmerken van gezondheidssystemen. Aan het onderzoek namen België, Duitsland, Nederland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland deel. Rol en positie van de huisarts zijn in elk land anders. Zo heeft in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Spanje de huisarts de rol van poortwachter voor de tweede lijn. In deze landen heeft de huisarts 'eigen' patiënten, die bij hem staan ingeschreven. In Nederland, het Verenigd Koninkrijk, België, Duitsland en Zwitserland is de huisarts een zelfstandige beroepsbeoefenaar; in Spanje is hij werknemer. Zijn beloning krijgt hij per verrichting (België, Duitsland en Spanje), volgens een abonnementssysteem (Verenigd Koninkrijk en Spanje) of volgens een gemengd systeem (Nederland).

Communicatiepatronen

De communicatiepatronen tussen huisarts en patiënt vertonen in de onderzochte landen karakteristieke verschillen. In Nederland is, in vergelijking met de andere landen, de communicatie instrumenteel, ligt er nadruk op het geven van informatie en advies in biomedische termen; het affectief gedrag is meer gericht op verheldering dan op een verstandhouding (betrokkenheid, zorg, medeleven); de arts kijkt de patiënt ongeveer de helft van de tijd aan, de lengte van het consult is ongeveer 10 minuten. Zo worden ook de andere landen gekarakteriseerd: België: zeer instrumentele communicatie, bij de huisarts ligt nadruk op het geven van informatie, veel biomedische onderwerpen, de huisarts kijkt de patiënten relatief weinig aan; de consulten duren lang (15 minuten).

Duitsland: verbaal affectief, met veel aandacht voor verstandhouding, op instrumenteel vlak veel elementen van counseling en veel biomedische gesprekken; de patiënt wordt een gemiddeld aantal keren aangekeken; korte consulten (7,5 minuten).

Spanje: de communicatie is instrumenteel; de huisarts stelt veel vragen; er wordt relatief veel op psychosociaal niveau gesproken; de arts vertoont weinig affectief gedrag; de patiënt wordt niet zo veel aangekeken; de consulten zijn kort.

Verenigd Koninkrijk: verbaal affectief, veel goedkeuring en praten over 'koetjes en kalfjes'; er wordt minder informatie gegeven; de patiënt is meer psychologisch dan biomedisch georiënteerd; hij wordt vaak aangekeken; de duur van het consult is gemiddeld.

Zwitserland: veel affectief gedrag, zoals instemming en het streven naar een verstandhouding; de huisarts geeft veel informatie, zowel biomedische als psychosociale; de huisarts kijkt veel naar de patiënt; lange consulten.

Het feit dat de huisarts wel of geen rol heeft van poortwachter is van invloed op het belang dat patiënten hechten aan communicatie en de kwaliteiten die de huisarts op dat gebied tentoonspreidt. In de landen waar de huisarts geen poortwachtersfunctie vervult hechten patiënten bij zowel biomedische als psychosociale onderwerpen meer belang aan de communicatieaspecten dan de patiënten in landen waar de huisarts wel een poortwachtersrol vervult.

Verder zijn er verschillen geconstateerd in het belang dat men aan de kwaliteit van de communicatie hecht en de prestaties op dit gebied naar gelang van geslacht, leeftijd, opleiding, psychosociale problematiek, gezondheidstoestand en gevoelens van depressiviteit bij de patiënt.

[Bron: Brink-Muinen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M. The Eurocommunication Study. Utrecht, Nivel, 1999]

2.7 KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Invoering kwaliteitssysteem in zorginstellingen gunstig voor zorgverlening

Een goed functionerend kwaliteitssysteem kan bepaalde aspecten van de zorg die verleend wordt aan bewoners in verpleeghuizen verbeteren.

Het onderzoek is uitgevoerd in ruim elfhonderd zorginstellingen en onder ruim vijfhonderd verpleegkundigen uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Ook de gegevens van twaalfduizend bewoners van 65 verpleeghuizen zijn in het onderzoek betrokken. Op basis hiervan is nagegaan of kwaliteitssystemen van invloed zijn op de dagelijkse zorg van patiënten. Het blijkt dat er enig verband bestaat tussen de invoering van een kwaliteitssysteem en het aantal door patiënten ervaren ongemakken, zoals decubitus (doorliggen) en incontinentie.

In de gezondheidszorg zijn kwaliteitssystemen, gericht op het verbeteren van patiëntenzorg de laatste jaren sterk in ontwikkeling. Een groot aantal instellingen is op dit moment bezig met de implementatie van kwaliteitssystemen in de

dagelijkse zorgverlening. Tot dusver heeft ongeveer één op de tien instellingen alle onderdelen van systematische kwaliteitsbewaking geïntroduceerd. Activiteiten die hieronder vallen zijn onder andere het systematisch omgaan met klachten, training van het personeel en het ontwikkelen van standaarden en richtlijnen die door bijvoorbeeld verpleegkundigen in de praktijk kunnen worden gebruikt.

Uit het onderzoek blijkt dat het voor zorginstellingen moeilijk is om een kwaliteitssysteem in te voeren. De introductie van een kwaliteitssysteem verloopt makkelijker als men al gewend is aan werken volgens richtlijnen en protocollen. Ook een informele, veranderingsgerichte sfeer en een decentrale besluitvorming in de instelling bevorderen de invoering van systematische kwaliteitsbewaking. Als leidinggevenden meer ondersteuning bieden en inzichten van verpleegkundigen serieuzer nemen, wordt een belangrijke impuls gegeven aan de invoering van kwaliteitssystemen. Hoge werkdruk, onduidelijke afspraken en weinig draagvlak op de afdelingen kunnen een consequente kwaliteitsbewaking in de weg staan.

[Bron: Wagner, C. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam, Utrecht: Nivel, 1999]

Kwaliteitsverbetering in verzorgingshuizen door het toepassen van het Resident Assessment Instrument (RAI)

De zorg die verzorgingshuizen moeten bieden wordt steeds complexer. Daardoor is de behoefte ontstaan aan een instrument om de zorgbehoefte inzichtelijk te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Niet alleen verzorgingshuizen, maar ook de Inspectie voor de Volksgezondheid en de overheid zoeken een instrument om de kwaliteit van zorg beter te kunnen beoordelen en het beleid te onderbouwen.

In verpleeghuizen kent men al langer het Resident Assessment Instrument (RAI). Dit blijkt het zorgproces goed te structureren met behulp van systematische gegevensverzameling en de analyse van de belangrijkste problemen van de bewoners. Onderzocht is nu in hoeverre dit systeem ook toepasbaar is in verzorgingshuizen.

Het RAI bestaat uit drie onderdelen:

1. Een uitgebreide vragen- en screeninglijst (Minimum Data Set, MDS). Deze heeft onder meer betrekking op cognitief functioneren, continëntie, stemming en gedrag, diagnoses en ziekten van bewoners.
2. Een signaleringssysteem voor problemen bij bewoners aan de hand van de vragen.
3. Beoordelingsrichtlijnen die wijzen op mogelijke oorzaken van een probleem en suggesties bevatten voor eventuele behandeling. Het RAI kent achttien richtlijnen, bijvoorbeeld voor decubitus, delier, psychosociaal welbevinden, voedingstoestand en mogelijkheden voor revalidatie.

Op grond van de zo verkregen informatie wordt een zorgplan vastgesteld.

Uit het onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de gegevensverzameling met behulp van de MDS verbeterd is. De gegevens worden gedetailleerder en actueler vastgelegd dan bij de huidige manier van registreren. Bovendien komen bij de huidige werkwijze de aandachtsgebieden 'stemming en gedrag' en 'psychosociaal welbevinden' eigenlijk pas aan bod als zich problemen voordoen. Doordat met de MDS meer wordt gelet op veranderingen, biedt het een ondersteuning bij het observeren en registreren van gegevens. Daardoor maakt het een betere en meer op preventie gerichte zorgverlening mogelijk.

Er wordt nog maar in weinig verzorgingshuizen met zorgplannen gewerkt. Zowel verzorgenden als leidinggevenden geven aan dat dit complex en tijdrovend is; de samenhang tussen de verschillende onderdelen ontbreekt vaak. Het is goed mogelijk dat het RAI deze samenhang kan aanbrengen, doordat de gegevensverzameling gestandaardiseerd is en automatisch lijsten van problemen worden opgesteld. Hierdoor krijgt de verzorgende ondersteuning bij het methodisch werken. Bovendien genereert het RAI zorginformatie voor het management.

De verzorgenden zijn in het algemeen enthousiast over het RAI. Door de uitgebreide en gedetailleerde, maar niet overbodige, vragen worden zij zich bewust van de situatie van de bewoners en hun sterke en zwakke kanten. De MDS en het signaleringssysteem kunnen ondersteuning bieden bij het opstellen van een zorgplan, vindt 88% van de verzorgenden, terwijl 79% van hen er ook ondersteuning van verwacht bij de dagelijkse werkzaamheden.

De leidinggevenden zochten vaak al manieren om de zorgbehoefte inzichtelijker te maken en het methodisch werken te ondersteunen. Zij waren, evenals de verzorgenden, bij de presentatie van de resultaten van het RAI verrast door de mogelijkheden die het biedt.

Een duidelijk resultaat van het onderzoek is dan ook dat het RAI een bijdrage kan leveren aan een verbetering van de zorg in verzorgingshuizen. Op enkele punten moet de lijst worden aangepast aan de situatie in Nederlandse verzorgingshuizen. Verder is van belang dat het personeel geschoold wordt en voldoende tijd krijgt om een goed onderbouwd zorgplan op te stellen. De registratie vergt natuurlijk enige tijd. Maar een draagvlak ervoor is er zeker.

[Bron: Meijer A, Wiersma L, Wierda M, Bedaux G, Wagner C. Toepasbaarheid van het RAI voor verzorgingshuizen. Utrecht: Nivel, 1999]

2.8 INTERNATIONAAL VERGELIJKEND ONDERZOEK

Huisarts en psychosociale problematiek: een internationaal vergelijkend onderzoek

In de Europese studie naar taakprofielen van huisartsen in 30 Europese landen was een gedeelte gewijd aan de rol van de huisarts bij psychosociale problematiek. In de vragenlijst die onder 7233 huisartsen verspreid over Europa werd ingevuld waren 7 gevallen beschreven van patiënten met psychosociale problemen en is de huisarts gevraagd of zij (bijna) altijd, vaak, soms of zelden als eerste contactpersoon voor deze probleem optraden.

De scores op deze gevallen bleken sterk samen te hangen en een schaal te vormen - de mate waarin huisartsen aangeven betrokken te zijn bij de hulp aan mensen met psychosociale problemen.

De scores op deze schaal varieerden van land tot land. Huisartsen uit typische huisartsenlanden als Denemarken, Nederland en Engeland scoorden het hoogst. Huisartsen uit Zuid-Oost Europa (Bulgarije, Turkije, Griekenland, maar ook uit de Baltische staten) scoorden het laagst, dat wil zeggen ze gaven aan minder bij dergelijke problemen betrokken te zijn. West-Europese huisartsen waren in het algemeen sterker betrokken bij psychosociale problemen dan Oost-Europese. Andere interessante relaties waren: huisartsen in grote steden minder betrokken dan op het platteland, mannen meer dan vrouwen, huisartsen die vaker met maatschappelijk werkers overleggen waren meer betrokken bij psychosociale problemen dan huisartsen die minder overleg hadden, huisartsen met een speciale beroepsopleiding meer dan huisartsen zonder, en drukke huisartsen gaven aan meer betrokken te zijn bij psychosociale problemen dan huisartsen met een geringere workload. Sommige gevonden verbanden waren verrassend - zo was verwacht dat vrouwelijke huisartsen meer bij psychosociale problemen betrokken zouden zijn dan mannelijke - , maar de verschillende samenstelling van de huisartsen groep in West (voornamelijk man)- en Oost Europa (voornamelijk vrouw) heeft dit verschil veroorzaakt.

[Bron: Boerma WGW, PFM Verhaak. *The general practitioner as the first contact health professional by patients with psychosocial problems: a European study. Psychological Medicine, 1999, 29, 689-696*]

De effectiviteit van preventiebeleid: een internationaal vergelijkend onderzoek onder beleidsmakers en de algemene bevolking

Landen verschillen in de mate waarin ze aandacht besteden aan de preventie van ziekten en het bevorderen van gezonde leefwijzen. Om meer over het effect van preventiebeleid te weten te komen is in zes Europese landen (Nederland, België, Duitsland, Finland, Spanje en Zwitserland) onderzoek verricht zowel naar de visie van beleidsmakers en beleidsuitvoerders als naar de visie van de algemene

bevolking over het nut van beleid op het gebied van borstkanker, ontmoediging van roken, bevorderen van sport en beweging en een gezonde werk- en leefomgeving.

Beleidsmakers vinden in het algemeen beleid effectief als

- de doelen van het beleid helder zijn
- er voldoende middelen zijn om het beleid uit te voeren
- als er draagvlak onder de bevolking is.

Beleid op het gebied van screening op borstkanker werd als het meest effectief gezien; het bevorderen van een gezond werk- en leefklimaat als het minst effectief.

Nederlandse (en Finse) beleidsmakers waren veel positiever over de effectiviteit van preventiebeleid dan hun Duitse, Zwitserse of Belgische collega's.

Het publiek deelde deze mening in grote lijnen: de Nederlandse en Finse bevolking zijn het met de beleidsmakers eens over de effectiviteit van het beleid en in Duitsland deelt de bevolking de mening van beleidsmakers over de geringe effectiviteit. Alleen in Spanje zijn beleidsmakers veel positiever dan de bevolking zelf.

De Finse bevolking voelt zich het best geïnformeerd over preventiebeleid; de Spaanse bevolking het minst. De Nederlandse bevolking vindt, in tegenstelling tot andere landen, dat de overheid niet veel méér hoeft te doen dan op dit moment.

[Bron: Arts S, J van der Zee, TL Abel, L Kannas, Th van Lengerke, G Lüschen, JA Rodriguez Diaz, A Rütten, J Vinck. Effectiviteit van preventiebeleid: de visie van beleidsmakers en de bevolking in diverse Europese landen. Artikel aangeboden aan Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen]

2.9 OVERIG ONDERZOEK

Apotheek Service Punten: verbeterde de farmaceutische overdracht

Sinds 1995 is een aantal projecten gestart om de overdracht van de farmaceutische zorg tussen de eerste en tweede lijn te verbeteren. Een aantal van deze Apotheek Service Punten (APS-en, ook wel aangeduid als 'farmaceutische overdrachtsbalies', 'transmurale steunpunten' of 'farmaceutische thuiszorg') heeft van de Stichting Bedrijfsfonds Particulieren (SBA) een startsubsidie ontvangen, incidenteel aangevuld met een projectsubsidie. De ondersteuning door de SBA was enerzijds bedoeld om meer werkgelegenheid voor apothekersassistenten te creëren, anderzijds om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te vernieuwen en meer zorg op maat te leveren.

Het doel van de apotheek servicepunten is de informatieoverdracht rondom genees- en hulpmiddelen bij opname en ontslag van patiënten in, respectievelijk uit, het ziekenhuis beter te regelen. Op het ogenblik zijn er 33 APS-en en hebben 34 ziekenhuizen plannen in een vergevorderd stadium voor de oprichting van een APS. De APS-en zijn in ziekenhuizen gevestigd. Meestal worden de personeelskosten gedragen door de openbare apothekers en de materiële kosten door de

ziekenhuizen. Het initiatief voor de oprichting van een apotheek servicepunt komt meestal van de openbare apothekers of de openbare apothekers en de ziekenhuisapothekers gezamenlijk. Er zijn verschillende aanleidingen: het veelvuldig voorkomen van fouten en onduidelijkheden in de ontslagmedicatie, de behoefte aan verbetering van de communicatie tussen eerste en tweede lijn, de vrijdagmiddagdruk in de openbare apotheken en de dreiging van de postorder-farmacie.

De meeste apotheek servicepunten richten zich op de overdracht van de ontslagmedicatie naar de openbare apotheek. Zij zijn intermediair tussen apotheek en specialist. Veel minder APS-en vragen ook bij opname de medicatiehistorie op, maar ook hiervoor worden plannen ontwikkeld. De meeste servicepunten richten zich op de informatie uitwisseling tussen de hulpverleners. Het aantal dat zich ook bezighoudt met informatievoorziening aan patiënten is veel kleiner. Opmerkelijk is dat de rol van huisartsen bij de activiteiten van de APS-en betrekkelijk klein is. Slechts één op de drie servicepunten heeft tot taak bij ontslag van de patiënt diens huisarts over de ontslagmedicatie te informeren.

De overdracht van de ontslagmedicatie aan de openbare apotheek wordt door de activiteiten van een APS aanmerkelijk verbeterd. Niet alleen zijn de problemen en onduidelijkheden sterk verminderd, maar ook is de dienstverlening jegens de patiënt aanzienlijk verbeterd. De openbare apotheek krijgt nu vroegtijdig de ontslagmedicatie toe gefaxt, waardoor hij kan zorgen dat deze bij ontslag uit het ziekenhuis klaarstaat of bezorgd kan worden. Verder hoeven de medisch specialisten vaak geen recepten meer te schrijven: zij krijgen een overzicht van de actuele medicatie, waarop zij kunnen aangeven welke medicatie voortgezet moet worden. Dit overzicht wordt ondertekend door de specialist en vervolgens naar de openbare apotheek gefaxt, waar het als recept fungeert. Een probleem hierbij is dat sommige specialisten niet meewerken. In het algemeen vindt men echter dat de samenwerking tussen eerstelijns- en tweedelijnszorgverleners is verbeterd.

Soms worden de kosten van het APS als een belemmerend element gezien: deze bepalen immers hoeveel uur per dag het APS geopend is. Als het te kort geopend is, wordt de bereikbaarheid ervan voor alle betrokkenen te gering.

De subsidie die een aantal apotheekservicepunten van het SBA heeft ontvangen, maakte de start van het servicepunt wel gemakkelijker, maar bleek geen essentiële voorwaarde voor het slagen ervan.

[Bron: Adam SGM, Hutten JBF. Apotheek service punten in Nederland: opzet, ontwikkeling en functioneren. Utrecht/Nieuwegein: Nivel/SBA, 1999]

Regionale samenhang is gebaat met structuur

Dat samenwerking de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede komt is al lang bekend. Aanvankelijk was er vooral aandacht voor samenwerking binnen de verschillende echelons. Zo zijn gezondheidscentra een resultaat van het streven

naar samenwerking in de eerste lijn. Langzamerhand is er ook meer aandacht ontstaan voor echelon overschrijdende samenwerking. Dit is een logische stap, daar patiënten/cliënten natuurlijk niet gedurende het hele zorgproces noodzakelijkerwijs in hetzelfde echelon blijven. Vanuit het oogpunt van de patiënt/cliënt is het vooral van belang dat er op regionaal niveau een goede samenhang en organisatie in de zorg bestaan.

De Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) zet zich in voor regionale samenhang in de zorg. Zij gaat ervan uit dat gezondheidscentra door hun samenwerkingstraditie hierin een actieve rol kunnen spelen. Afstemming van zorg en multidisciplinair werken behoren daar immers tot de normale gang van zaken. Op initiatief van de LVG is een eerste beschrijving gemaakt van de actuele structurele regionale samenwerkingsverbanden in de zorgsector.

De term 'regionaal' blijkt enigszins verwarrend te zijn: sommigen vatten deze op als 'op wijkniveau', terwijl anderen aan een grotere schaal denken. De term 'regionaal samenwerkingsverband' zal in de komende tijd dus verduidelijkt moeten worden. Er zijn samenwerkingsverbanden die werken op wijkniveau, maar ook die een regio met enkele honderdduizenden inwoners omvatten.

Samenwerkingsverbanden komen echter het best van de grond wanneer de zorgverleners in de eerste lijn (bijvoorbeeld gezondheidscentra) te maken hebben met één ziekenhuis, één verpleeghuis, één thuiszorginstelling, één stichting van verzorgingshuizen, enzovoort. Ook verloopt de samenwerking soepeler als deze gebaseerd is op persoonlijke contacten. Een samenwerkingsverband zou daarom niet meer dan veertig à vijftig huisartsen moeten tellen.

Deze overwegingen beperken dus de ideale schaalgrootte. Hier tegenover staat echter de wens van grootstedelijke organisaties en zorgverzekeraars om grootschaliger te werken bijvoorbeeld bij indicatiestelling en wachtlijstbeheer.

Opzet

Samenwerkingsverbanden zijn op verschillende wijzen georganiseerd. Ruim eenderde is een rechtspersoon (stichting of vereniging). Bij eveneens ruim eenderde is de samenwerking vastgelegd in een gezamenlijke missie of een convenant. De andere samenwerkingsverbanden hebben alleen werkafspraken of notulen van gemeenschappelijk overleg. Ruim tweederde van de onderzochte samenwerkingsverbanden is na 1990 opgericht. De als rechtspersoon georganiseerde samenwerkingsverbanden bestaan duidelijk langer dan de niet zodanig georganiseerde.

Vrijwel alle samenwerkingsverbanden bestaan uit meer dan drie partijen. Meestal nemen de huisartsen, de thuiszorg en de ziekenhuizen deel aan het samenwerkingsverband, plus een aantal andere partijen. Buiten de genoemde nemen ook wel eens een verpleeghuis, een verzorgingshuis, de RIAGG of de welzijnszorg deel.

Patiëntenorganisaties zijn slechts bij ongeveer een kwart van de samenwerkingsverbanden betrokken.

Gezondheidscentra zijn relatief vaak bij samenwerkingsverbanden betrokken. Aan eenderde ervan neemt een gezondheidscentrum deel, terwijl slechts tien procent van de bevolking bij een gezondheidscentrum is ingeschreven. Gezondheidscentra zijn dus meer geneigd een samenwerkingsverband aan te gaan dan andere praktijken in de eerste lijn. Men ziet ook dat in de gezondheidscentra, waar eerst sterk de nadruk lag op de samenhang van de zorg binnen de eerste lijn, een toenemende aandacht ontstaat voor de samenhang met de zorg in de tweede en de derde lijn.

Voor instellingen is het vaak moeilijker om grootschalige samenwerkingsverbanden aan te gaan met vrije beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten als deze zich niet op een of andere wijze georganiseerd hebben.

Inhoud

Samenwerkingsverbanden bieden een goede mogelijkheid projecten uit te voeren. Zo bleek dat zestig samenwerkingsverbanden (bijna 90% van de respons) 350 projecten uitvoeren of hebben uitgevoerd. De projecten zijn meestal gericht op transmurale samenwerking en op een betere coördinatie van de zorg. Veel voorkomende onderwerpen zijn: samenwerking in de zorg voor ouderen en chronisch zieken, coördinatie van de hele zorgketen (bijvoorbeeld case-management, transferpunten), samenwerking tussen huisartsen en diverse medisch specialismen, nieuwe vormen van ziekenhuis verplaatste zorg en thuiszorg-technologie, en gezondheidsbevordering gericht op achterstandswijken en migranten.

Na afloop van het project worden de nieuwe zorgvormen meestal regulier of geïntegreerd in de reguliere zorg. Voor het continueren en integreren van de nieuwe zorgvormen blijkt het wenselijk dat er op zowel bestuurlijk als uitvoerend niveau wordt samengewerkt.

Financiering

Stabiliteit van de financiering zien de deelnemers als een van de belangrijkste voorwaarden om een samenwerkingsverband in stand te houden. De meeste regionale samenwerkingsverbanden (ruim 60%) worden gefinancierd door de zorgaanbieders zelf. De zorgverzekeraars leveren vaak een bijdrage. Ongeveer een vijfde van de samenwerkingsverbanden ontvangt subsidie van de overheid. Soms blijkt de wet- en regelgeving belemmerend te werken op de samenwerking. Het gaat hier om de regelgeving op het gebied van de financiering van het zorgsysteem, met name de scheiding tussen het zogenaamde eerste en het tweede compartiment (ouderenzorg en AWBZ-zorg). Maar ook de regelgeving van de

onafhankelijke indicatiestelling ervaart men als een belemmering voor een goede zorgcoördinatie.

Op het ogenblik wordt onderzocht in transcompartimentale experimenten welke regels een belemmering voor samenwerking vormen.

Twee andere zaken zijn van groot belang voor het instandhouden van de samenwerking. In de eerste plaats is dat het gezamenlijk belang bij een goede patiëntenzorg. In de tweede plaats vormt de motivatie van de individuele hulpverleners en de samenwerking(scultuur) van de instellingen een belangrijke factor.

[Bron: Hackenitz EA, Sluijs EM, Bakker DH de. Regionale samenhang in de zorgsector. Een inventarisatie. Utrecht: Nivel, 1999]

Brancherapport curatieve somatische zorg

In het 1999 verscheen het vierde Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Evenals het vorige werd dit rapport samen met het NZi opgesteld. In het rapport worden de ontwikkelingen in de periode 1995-1998 in de deelsectoren huisartsen, tandartsen, specialisten, ziekenhuizen, ziekenvervoer, verloskunde, thuiszorg en paramedische zorg beschreven aan de hand van kengetallen over gebruik, kosten, productie en middelen. Op de wachtlijstproblematiek en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt wordt dieper ingegaan. Daarnaast komen enkele geselecteerde thema's uitgebreider aan de orde, namelijk verloskundige zorgverlening, klinische genetica, zorgketens, en monitoring van Meerjarenafspraken.

De brancherapporten hebben tot doel gegevens te presenteren waarmee het Ministerie van VWS kan nagaan in hoeverre het voorgenomen beleid wordt gerealiseerd. Daarnaast worden in het rapport lacunes in de informatievoorziening gesignaleerd, en voorstellen geformuleerd voor het opvullen daarvan.

Gelijkmatig gebruik van de gezondheidszorg bij stijgende kosten

In de drie kernelementen van de curatieve somatische zorg (huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen) is het aantal patiënten dat hiervan gebruik maakt in de periode 1995-1998 constant of enigszins dalend.

Het gebruik van huisartsenzorg is in de periode 1995-1998 tamelijk constant. Dat wil zeggen dat ruim 75% van de bevolking jaarlijks contact heeft met de huisarts. Het aantal contacten per patiënt is enigszins gestegen. Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen steeg jaarlijks gemiddeld 1,3%. De totale kosten voor huisartsgeneeskundige zorg stegen jaarlijks gemiddeld 4,3%.

Bij specialisten nam het aantal personen dat contact met hen heeft in de periode 1995-1997 jaarlijks met 1,9% af; de productie nam evenwel jaarlijks toe met 2,7%. Dit betreft met name een toename van eerste polikliniekbezoeken. Het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen (gerekend in fte's) steeg jaarlijks

gemiddeld met 1,6%. De totale kosten voor medisch-specialistische zorg steeg jaarlijks met gemiddeld 4,9%.

In de ziekenhuiszorg is een ontwikkeling gaande van klinische naar poliklinische zorg. Het aantal patiënten dat in de periode 1995-1997 werd opgenomen in ziekenhuizen daalde jaarlijks met gemiddeld 5,5%. Het aantal opnamen daalde per jaar gemiddeld 0,9% en het aantal verpleegdagen gemiddeld 2,4%. Het gemiddelde aantal erkende bedden nam 0,6% per jaar af. Tegelijk groeide het aantal patiëntgebonden functies (in fte's) jaarlijks met gemiddeld 1,6%. De totale ziekenhuiskosten namen jaarlijks gemiddeld met 4,4% toe. Uit de kengetallen kunnen algemene ontwikkelingen worden afgeleid, zoals substitutie van klinische naar ambulante zorg of stijging van kosten voor zorg. Voor het signaleren van meer specifieke ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de toegenomen werkdruk, zijn de cijfers echter te algemeen. De gegevens suggereren het tegenovergestelde: meer personeel, minder opnamen en verpleegdagen. Het is evenwel ook mogelijk dat de verschuiving van klinische naar poliklinische zorg een grotere werklast voor het personeel betekent. Immers alleen ernstige zieke patiënten worden nog klinisch opgenomen en kan tevens de toename van poliklinische productie betekenen dat mensen in korte tijd intensief door het personeel behandeld moeten worden. De gegevens uit de huidige kengetallen maken dit echter niet zichtbaar.

Twee andere belangrijke ontwikkelingen komen in de kengetallen niet tot uiting, namelijk de integratie van ziekenhuis en specialist en de integratie van eerste- en tweedelijnszorg in zorgketens. In het tweede deel van het brancherapport 1997-1999 wordt op de laatste ontwikkelingen nader ingegaan.

Wachlijsten en wachttijden

Het totaal aantal mensen dat wacht op klinische opname is in de periode gedaald, ook het aantal mensen dat langer dan een maand moet wachten. Deze daling is grotendeels het gevolg van het korter worden van de wachlijsten voor oogheelkunde. De wachttijd voor een dagopname is daarentegen sinds 1997 gestegen: 45% van de wachtenden wacht meer dan één maand. De langste wachttijden, zowel voor klinische opname als voor dagopname, vindt men bij plastische chirurgie, oogheelkunde, orthopedie en chirurgie.

Dreigend personeelstekort

In de Meerjarenafspraken Zorgsector is afgesproken dat er meer geld beschikbaar komt voor het inzetten van meer, met name verpleegkundig, personeel. Dit zou een verlichting van de werklast betekenen. Dit streven wordt echter doorkruist door de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt. Parallel aan de algemene krapte op de arbeidsmarkt dreigt in de gezondheidszorg een ernstig tekort aan arbeidskrachten te ontstaan. Met name wordt er een toenemend tekort aan verplegenden en

verzorgenden verwacht. Het aantal vacatures in de verplegende en verzorgende beroepen is in de periode 1994-1998 progressief gestegen van 2100 tot 5400. Van deze vacatures is het percentage dat als moeilijk vervulbaar geldt, gestegen van 14,3% tot 40,7%. Bij ongewijzigd beleid zal het tekort aan verplegenden en verzorgenden in 2007 gemiddeld 19% bedragen, lopend van 12,8% bij de ziekenhuizen tot 23,8% bij de verzorgingshuizen. Dit tekort kan aanmerkelijk minder worden (6,3%) wanneer er specifieke maatregelen worden genomen voor de thuiszorg en de gehandicaptenzorg, de instroom in de opleidingen met 20% toeneemt, het studierendement 5% hoger wordt, het aantal herintreders 50% hoger is dan nu wordt geraamd (dat wil zeggen dat één op de drie 'uittreders' naar verloop van tijd 'herintreder' wordt), het verloop 20% lager wordt en het gemiddelde aantal uren dat men werkt, stijgt. Volgens andere scenario's kan het tekort aan verpleegkundig en verzorgend personeel zelfs oplopen tot 54 000 in 2007. In de gezondheidszorg komen hier nog twee complicerende factoren bij: het vaak lange opleidingstraject, waardoor tekorten niet op korte termijn kunnen worden aangevuld, en de noodzaak om in bepaalde beroepsgroepen specifieke onderdelen van de dienstverlening te beëindigen of te verminderen. Het komt nu al voor dat operatiekamers of afdelingen voor intensieve zorg moeten sluiten wegens gebrek aan personeel.

Om het feitelijke en verwachte personeelstekort in de zorgsector tegen te gaan worden er verschillende initiatieven genomen. Zo probeert men schoolverlaters te interesseren voor het werk in de gezondheidszorg. Naast deze langetermijnstrategie zoekt men mogelijkheden om het personeelsbeleid te verbeteren (middellange-termijnstrategie). Voor een verbetering op de korte termijn bestaat er een hele reeks concrete projecten. Voorbeelden: ziekenhuizen die onderling personeel uitwisselen om de operatiecapaciteit op peil te houden, personeel werven in het buitenland, gezamenlijke wervingscampagnes van zorginstellingen.

[Bron: Welling BJM, Delnoij DMJ, Hutten JBF, Kwartel AJJ van der, Smit RLC. Brancherapport curatieve somatische zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht/Utrecht: Nivel/NZi, 1999]

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

De afdeling Bibliotheek en Documentatie heeft een breed scala aan activiteiten ontwikkeld. Naast uitvoering van traditionele bibliotheek- en documentatietaken - het verzamelen, toegankelijk maken en beschikbaar stellen van relevante literatuur en informatie - is er veel energie gestoken in het verder beschikbaar stellen van elektronische informatie. Naast al eerder ontwikkelde diensten/producten als een elektronische Current Contents, de elektronische versie van kamerstukken (Opmaat) en een aantal tijdschriften, zijn nu ook de veelgebruikte literatuur bestanden en citatie-indexen, voorheen alleen beschikbaar via een stand-alone PC in de bibliotheek, direct voor de interne onderzoekers toegankelijk vanaf de eigen werkplek.

In afwachting van de online toegankelijkheid van de catalogus en de literatuurbestanden worden de wekelijkse aanwinsten extern ter beschikking gesteld via de website van het Nivel. Ook is een overzicht van de aanwezige tijdschrifttitels via de website in te zien.

Experimenten met een elektronische attenderingsdienst, PAVE (Persoonlijke Attendering via Email), zijn succesvol verlopen.

Voorts kende de afdeling haar normale productie: onderhoud en beheer van het Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen en van het literatuurbestand Verpleging & Verzorging; het beheer van het literatuurbestand Kwaliteit van Zorg; en verdere uitbouw van de Thesaurus Gezondheidszorg.

Verder is een Engelstalige bibliografie over migranten gepubliceerd: het geeft een overzicht van de internationale literatuur met betrekking tot medische consumptie en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

De bibliotheekcollectie is gegroeid met ca. 3800 nieuwe titels van boeken, rapporten en tijdschriftartikelen. Een toename van ruim 25%.

Interne informatievoorziening

De ontwikkelingen rond intranet en internet transformeren de functie van de afdeling bibliotheek en documentatie. Hoewel de papieren collectie nog steeds de basis vormt voor de interne informatievoorziening, wordt steeds meer aandacht besteed aan de connectie, het opsporen van en toegang geven tot relevante externe literatuur- en informatiebestanden.

De elektronische informatievoorziening vanaf de werkplek wordt stap voor stap gerealiseerd: naast de catalogus zijn de elektronische Current Contents en de wekelijkse aanwinsten van de bibliotheek direct vanaf het scherm in te zien. De literatuurbestanden (MEDLINE en CINAHL, verpleegkundige en paramedische

zorg), voorheen alleen toegankelijk via een stand-alone PC in de bibliotheek, zijn nu ook direct toegankelijk vanaf de werkplek. Dit geldt ook voor de Cochrane Library en de Journal Ranking Report.

De afdeling heeft voorbereidingen getroffen om de onderzoekers vanaf het moment dat de internetaansluiting vanaf de werkplek gerealiseerd is, te voorzien van relevante informatiebronnen en websites. Het opsporen van, toegang geven tot en leren gebruiken van deze externe informatiebronnen is een nieuwe functie van de afdeling geworden. De afdeling heeft kwaliteitscriteria ontwikkeld waarmee de bruikbaarheid van deze informatiebronnen beoordeeld wordt. Daarnaast zijn door de afdeling cursussen ontwikkeld voor het zoeken naar informatie omdat gebleken is dat veel onderzoekers minimaal gebruik maken van externe informatiebronnen door onbekendheid met het bestaan ervan of door onbekendheid met de manier van zoeken hierin. Deze cursussen leren de basisvaardigheden aan in het zoeken op internet en het zoeken in specifieke bestanden.

Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen

De jarenlange collectioneringsactiviteiten rondom het documentatiecentrum, ter ondersteuning van het internationaal vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgsystemen, hebben geleid tot een omvangrijke collectie met de meest recente statistische gegevens over West-, Oost- en Zuid-Europese landen.

Literatuurbestand Verpleging & Verzorging

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het Nivel, Prismant (voorheen NZi) en het LCVV (Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging) 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 vier jaar operationeel en bevatte eind 1999 17.100 titels.

Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg

In de uitbreiding van het reeds bestaande, met projectsubsidie van NWO door het Nivel en Trimbos-instituut opgezette bestand, met literatuurgegevens betreffende kwaliteit van zorg aanwezig in de catalogi van Prismant en Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is de afgelopen jaren veel energie gestoken. Financiering van de hoge aanloopkosten in de beginfase, met name de zgn. ontubbeling, en van het beschikbaar stellen van het bestand aan een breder publiek via diskette of CD-ROM vormde het belangrijkste obstakel voor een daadwerkelijke opstart van het bestand. Nu een aantal participanten van het samenwerkingsverband hun literatuurinformatiesysteem waarvan het bestand een onderdeel vormt, inmiddels of op korte termijn beschikbaar stelt via hun websites is het probleem van de kosten van verspreiding door de voortschrijding van de techniek opgelost. Ook de

kosten van 'ontdubbelen' zijn door de ontwikkeling van een slim invoermodel nagenoeg tot nul gereduceerd. Het bestand zal juni 2000 via de website van de afzonderlijke participanten raadpleegbaar zijn.

Review artikelen

Voor het vervaardigen van review artikelen door Nivel-onderzoekers zijn door de afdeling Documentatie searches uitgevoerd in Nederlandse en buitenlandse databases. De searches hadden als onderwerp: gezondheidsklachten (psychische en lichamelijke) na milieurampen ten behoeve van de rapportage over de Bijlmermeerramp; contextwerking in de geneeskunde ("whitecoateffect"); gebruik, tevredenheid en kwaliteit van ADL-hulpmiddelen; informatiebehoefte van terminale patiënten en informatievoorziening in de palliatieve fase; arbeidsmarktpositie chronisch zieken internationaal; dynamic exercise therapy in reumatoid arthritis ten behoeve van een update van een systematic review voor de Cochrane Library. De 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 (eerste)lijnsgezondheidszorg, Prismant (voorheen NZi; intramurale gezondheidszorg), TNO-PG (preventie), LCVV (verpleging en verzorging) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (intercollegiale toetsing). Door deze samenwerking bestrijkt de TG het gehele gebied van de gezondheidszorg. De TG wordt door inmiddels vele organisaties gebruikt voor de ontsluiting van de literatuur waardoor langzamerhand een uniforme en doelmatige ontsluiting van de enorme hoeveelheid gezondheidszorgliteratuur gegarandeerd wordt. Inmiddels is een vierde geheel herziene versie van de TG beschikbaar.

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 externe informatiebronnen vormt een belangrijk onderdeel van de informatiebemiddelende rol van de afdeling. Vooruitlopend op de beschikbaarstelling van de bibliotheekbestanden via de website is naast de wekelijkse bibliotheekaanwinsten ook de tijdschriftenlijst met een overzicht van lopende abonnementen (130) op deze manier al toegankelijk voor derden. Voorts is een elektronische bestelmogelijkheid van Nivel-publicaties gerealiseerd. Inmiddels is ook een zoekfaciliteit geïmplementeerd waardoor gebruikers snel en eenvoudig hun weg kunnen vinden op de steeds omvangrijker wordende website van het Nivel.

PAVE

Pave - Persoonlijke Attending Via Email - is een elektronische attenderingsdienst en met name bestemd voor externe klanten die tegen betaling direct en voortdurend op de hoogte willen zijn van recent verschenen literatuur / beleidsstukken over een bepaald thema of werkveld. Interne experimenten zijn inmiddels succesvol verlopen.

Externe dienstverlening

In 1999 is het aantal uitgeleende boeken/rapporten constant gebleven (3486). Dit geldt ook voor het IBL -Interbibliothecair Leenverkeer (525). Verder zijn er 202 literatuurlijsten over speciale onderwerpen gemaakt. Hierin valt een forse toename van 45%, te constateren. Steeds meer klanten weten hun weg naar de bibliotheek te weten via de Nivel-website. Circa 25% van de aanvragen -IBL en literatuurlijsten- komt via email binnen.

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

Cursussen/Workshops

Bensing JM. Workshop communicatiestudies in de gezondheidszorg, Mallorca, 20-22 mei 1999

Dekker J. Coördinator/organisator cursus 'Klinimetrie', Amsterdam, 29-31 maart 1999

Kerkstra A. Het opstellen van vragenlijsten. Workshop gegeven tijdens de Forum onderzoeksdag in Den Bosch, november 1999.

Sixma HJ. Workshop tijdens de '5th Annual research Conference, georganiseerd door de KCC Social Services Research Strategy Group, Aylesford (UK), 1 juli 1999

Sixma HJ. Workshop (met C. Wagner) "Costs and quality in the Netherlands and further field. 16th International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQua). Melbourne, Australië, 19-22 October 1999

Wagner C. Voorzitter van de workshop over transmurale zorg en extramuralisering van verpleeghuiszorg georganiseerd door de VU-Amsterdam, 2 november 1999

Wagner C. ISW congres "richtlijnen en protocollen: transparantie of een nieuwe vorm van bureaucratie?" Ede, 5 november 1999

Mede-organisatie congressen

17 maart: Symposium Ketenzorg, ten behoeve van de terugkoppeling van onderzoeksresultaten van het onderzoek naar de implementatie van het referentiekader Verpleging en Verzorging (een NWO-project) i.s.m. ZAO-Amsterdam, Amsterdam

22 april: Symposium Continuïteit van Zorg vanuit Cliëntenperspectief; een praktijkgericht meetinstrument (in het kader van een NWO-project), Utrecht

10 juni: Conferentie 'De multiculturele huisartspraktijk' i.s.m. Forum, Instituut voor multiculturele ontwikkelingen, Domus Medica, Utrecht

12 november: Jozien Bensing mede-organisator 'AWT- Conferentie Vrouwen in de Wetenschap'. Amsterdam.

Buitenlandse gasten

Naast het overleg dat plaatsvindt in het kader van internationale projecten hebben in 1999 evenals in voorgaande jaren diverse medewerkers van collega-instituten in het buitenland, maar ook vertegenwoordigers van het beleid en mensen uit diverse beroepsgroepen in het buitenland het Nivel bezocht.

In februari: Mary Nichels, Oxford University, Groot-Brittannië

In april: Paula Vasconcelos, Portugal

In juni: 3 vertegenwoordigers van HelpAge, Korea

In september:

S. Gress, M. Lukas, Universiteit Bremen, Duitsland

Van 27 september tot 1 oktober zijn 14 artsen uit Zuid Litouwen onze gast geweest

Op 8 en 9 november zijn Tunesische gezondheidszorg beleidsfunctionarissen op werkbezoek geweest.

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 1999 zes keer bijeen. Eén van de aandachtspunten in het afgelopen jaar was de herziening van de statuten. Dit heeft geleid tot een statutenwijziging die op 17 december bij de notaris is getekend. In de nieuwe statuten is naast een aantal veranderingen in taken van het bestuur ook de samenstelling enigszins gewijzigd. De nieuwe samenstelling is per 1 januari 2000 ingegaan. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 1999.

Samenstelling van het bestuur per 31 december 1999

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
Mr. N. de Jong*	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G. J. Huis in 't Veld	Consumentenbond
G. H. Kranendonk, arts	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. G. J. Kok	Staf Nivel
Prof. dr. C. Spreeuwenberg	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
Mr. H. Plokker	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A. J. Lohmann	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Dhr. S. Zum Vörde sive Vörding	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dr. A. L. Francke	Ondernemingsraad Nivel

In juni overleed plotseling de heer J. Verhoeff, zenuwarts, van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zijn rol als adviseur binnen het Algemeen Bestuur van het Nivel is van onschatbare waarde geweest.

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;
 - Gezondheidszorg Onderzoek;
 - NWO:
 - Adviescommissie Onderzoek Alternatieve Geneeswijzen;
 - Visitatiecommissie Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde;
 - Wetenschap van Hersenwerk 2002.
 - ZON:
 - vice voorzitter Programmacommissie Zorgonderzoek
 - voorzitter Werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg
 - lid Werkgroep Sekse en Gezondheid;
 - VWS: Stuurgroep Vrouwenhulpverlening;
 - RGO Commissie Geestelijke Gezondheidszorg;
 - NSPH (Netherlands School of Public Health).
 - lid bestuur;
 - voorzitter Commissie beroepsprofiel Verplegenden en Verzorgenden;
 - CaRe: lid bestuur Onderzoekschool;
 - Voorzitter Commissie samenwerking Faculteit Sociale Wetenschappen - Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht;
 - Cie van beroep Gezondheidspsychologen;
 - Begeleidingscommissie Trimbos: Pilot Depressie;
 - 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;
- NIP: lid jury Heymansprijs;
- American Academy Physician and Patient;
- European Health Psychology Society;
- Editorial board 'International Journal Psychiatry in Medicine';
- 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;
- 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);
 - 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. M. C. M. 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 werkgroep Revalidatie-onderzoek ZON;
- Lid werkgroep Kwaliteit Paramedische Zorg ZON;
- Lid Commissie Overgangsregeling subsidie TNO-PG
- Lid Commissie Reuma-onderzoek, Nationaal reumafonds;
- Lid Kerncommissie MTA, Gezondheidsraad;
- Voorzitter Werkgroep Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen (SWORA);
- Lid Local Organizing Committee van het ISTAHC-2000 Congres, Den Haag;
- Lid van de Wetenschappelijke Raad van het Jan van Breemen Instituut, Amsterdam;
- Lid van de Stuurgroep 'Bone and Joint Decade 2000-2010';
- Lid van de stuurgroep 'Stimulering van artrose-onderzoek', Nationaal Reumafonds;
- Lid van de Werkgroep Wetenschap van Hersenwerk 2002.

Dr. D. M. J. Delnoij - Bestuur Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen.

Dr. A.M. van Dulmen - Lid American Psychosomatic Society
 - Lid European Society for Primary Care Gastroenterology ESPCG
 - Lid Onderzoeksschool Psychology & Health
 - Lid begeleidingscommissie 'Lage rugpijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Patiënt karakteristieken, pijn patiënt - fysiotherapeut interacties en korte termijn uitkomsten'.

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;
- Lid ZON begeleidingscommissie Effectieve Implementatie.

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;
- Lid referentiegroep evaluatie-onderzoek van de stuurgroep Effectrapportage – Programmaevaluatie.

Dr. A. Kerkstra

- Voorzitter begeleidingscommissie 'Evaluatie ervaringsgerichte zorg in verzorgingshuizen', Universiteit van Maastricht;
- Lid werkgroep Thuiszorgtechnologie van ZON;
- Lid werkgroep 'Afbouwregeling TNO-PG' van ZON;

- Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Care in the community';
- Lid Programmacommissie Third European Nursing Congress;
- Lid Stuurgroep 'Wijkverpleging met toekomst';
- Lid Onderzoekschool CaRe;
- Lid Validation Committee Masters of Health opleiding in Eindhoven;
- Redactielid tijdschrift 'Verpleegkunde';
- Lid congrescommissie Congres 'Wijkverpleging met Toekomst';
- Voorzitter begeleidingscommissie 'Implementatie-projecten 'Kousenaantrekker en Tilliften' van ZON.

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'.

Dr. C. Wagner

- Lid begeleidingscommissie NVBV-project Verantwoorde Zorg;
- Lid redactie Kwaliteit in Beeld.

7. LIJST VAN PUBLICATIES

Internationale (Engelstalige) artikelen

Achterberg WP, van Campen C, Pot AM, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1999;31:131-137

Arts SEJ, Kerkstra A, van der Zee J, Huijjer Abu-Saad H. Workload, capacity for coping and psychological outcomes among home helps in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community* 1999;7(2):79-90

Baar ME van, Assendelft WJJ, Dekker J, Oostendorp RAB, Bijlsma JWJ. Effectiveness of Exercise Therapy in Patients with Osteoarthritis of the Hip or Knee. A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *Arthritis & Rheumatism* 1999;42(7):1361-9

Beemsterboer PMM, de Koning HJ, Looman CWN, Borsboom GJJM, Bartelds AIM, Maas PJ van der. Mammography Requests in General Practice During the Introduction of Nationwide Breast Cancer Screening, 1988-1995. *European Journal of Cancer* 1999;35(3):450-4

Bensing JM, Hulsman RL, Schreurs KMG. Gender Differences in Fatigue: Biopsychosocial Factors Relating to Fatigue in Men and Women. *Medical Care* 1999;37(10):1078-83

Boer YA de, van den Ende CHM, Eygendaal D, Jolie IMM, Hazes JMW, Rozing PM. Clinical reliability and validity of elbow functional assessment in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 1999;26:1909-17

Boerma WGW, Verhaak PFM. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psycho social problems: a European study. *Psychological Medicine* 1999;29(3):689-96

Bouma M, Dekker JH, van Eijk JThM, Schellevis FG, Kriegsman DMW, Heine RJ. Metabolic control and morbidity of Type 2 diabetic patients in a general practice network. *Family Practice* 1999;16(4):402-6

Caris-Verhallen WMCM, de Gruijter IM, Kerkstra A, Bensing JM. Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(5):1106-17

Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Bensing JM. Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 1999;29(4):808-18

Donker GA, Foets M, Spreeuwenberg PMM. Patients with irritable bowel syndrome: health status and use of health care services. *British Journal of General Practice* 1999;49(447):787-92

Dulmen AM van. Communication during gynaecological out-patient encounters. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1999;20:119-26

Ende CHM van den. Exercise therapy in rheumatoid arthritis. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 1999; eenmalige Engelstalige uitgave(May):9-12

Fleming DM, Zambon M, Bartelds AIM, de Jong JC. The duration and magnitude of influenza epidemics: A study of surveillance data from sentinel general practices in England, Wales and the Netherlands. *European Journal of Epidemiology* 1999;15:467-73

Fournier M, de Ridder D, Bensing JM. Optimism and Adaptation to Multiple Sclerosis: What Does Optimism Mean? *Journal of Behavioural Medicine* 1999; 22(4):303-26

Groenewegen PP, Leufkens HG, Spreeuwenberg PMM, Worm W. Neighbourhood characteristics and use of benzodiazepines in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 1999;48(12):1701-11

Halman L, Pettersson T, Verweij J. The religious factor in contemporary society. The differential impact of religion on the private and public sphere in comparative perspective. *International Journal of Comparative Sociology* 1999;40(1):141-60

Heijmans M, de Ridder D, Bensing JM. Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health* 1999;14(3):451-66

Heijnen MLA, Dorigo-Zetsma JW, Bartelds AIM, Wilbrink B, Sprenger MJW. Surveillance of respiratory pathogens and influenza-like illnesses in general practices. The Netherlands, winter 1997/98 *Euro-surveillance* 1999;4(7/8):81-4

Heugten CM van, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris JC, Kinébanian A. A diagnostic test for apraxia in stroke patients: internal consistency and diagnostic value. *Journal of Clinical Neuropsychology* 1999;13:182-92

Heugten CM van, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris JC, Kinébanian A. Assessment of disabilities in stroke patients with apraxia: internal consistency and inter-observer reliability. *Occupational Therapy Journal of Research* 1999; 19(1):55-73

Hulsman RL, Ros WJG, Winnubst JAM, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education* 1999;33(9):655-68

Hupkens CLH, van den Berg J, van der Zee J. National health interview surveys in Europe: an overview. *Health Policy* 1999;47(2):145-68

Jans MP, Schellevis FG, van Eijk JThM. The Nottingham Health Profile: Score distribution, internal consistency and validity in asthma and COPD patients. *Quality of Life Research* 1999;8:501-7

Kerssens JJ, Sluijs EM, Verhaak PFM, Knibbe JJ, Hermans IMJ. Back Care Instructions in Physical Therapy: A Trend Analysis of Individualized Back Care Programs. *Physical Therapy* 1999;79(3):286-95

Kerssens JJ, Sluijs EM, Verhaak PFM, Knibbe JJ, Hermans IMJ. Educating patient educators: enhancing instructional effectiveness in physical therapy for low back pain patients. *Patient Education and Counselling* 1999;37(2):165-76

Knibbe JJ, Friele RD. The use of logs to assess exposure to manual handling of patients, illustrated in an intervention study in home care nursing. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1999;24:445-54

Neeling AJ de, van Pelt W, Hol C, Ligtoet EEJ, Sabbe LJM, Bartelds AIM, van Embden JDA. Temporary Increase in Incidence of Invasive Infection Due to *Streptococcus pneumoniae* in the Netherlands. *Clinical Infectious Diseases* 1999;29:1579-80

Reijneveld SA, Verheij RA, de Bakker DH. Relative importance of urbanicity, ethnicity and socioeconomic factors regarding area mortality differences. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1999;53(7):444-5

Rijk AE de, Schreurs KMG, Bensing JM. What is behind "I'm so tired"?: fatigue expressions and their relations to the quality and quantity of external stimulation. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47(6):509-23

Rijken PM, Dekker J, Lankhorst GJ, Dekker E, Bakker K, Dooren J, Rauwerda JA. Podiatric care for diabetic patients with foot problems: an observational study. *International Journal of Rehabilitation Research* 1999;22(3):181-8

Ros CC, Kerssens JJ, Foets M, Peters L. Trends in HIV-related consultation in Dutch general practice. *International Journal of STD & AIDS* 1999;10:294-9

Rousovich V, Schellevis FG, Boerma WGW. Peer review and development of professional guidelines in primary care. *Medizina* 1999;(3):14-8

Sluijs EM, Dekker J. Diffusion of a quality improvement programme among allied health professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(4):337-44

Steultjens MPM, Dekker J, van Baar ME, Oostendorp RAB, Bijlsma JJJ. Internal consistency and validity of an observational method for assessing disability and mobility in patients with osteoarthritis. *Arthritis Care and Research* 1999;12:19-25

Temmink D, Hutten JBF, van der Zee J, Huijjer Abu-Saad H. Dutch Nurse Clinics for Children with Asthma: Views of Professionals and Parents. *Journal of Nursing Care Quality* 1999;14(1):63-71

Velden J van der, Fleming DM, Abrahamse HPH. Screening in primary care: health for all? A study in Dutch general practice. *European Journal of Public Health* 1999;9(4):290-3

Verheij RA, de Bakker DH, Groenewegen PP. Is there a geography of alternative medical treatment in the Netherlands. *Health and Place* 1999;5:83-97

Wagner C, de Bakker DH, Groenewegen PP. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11(2):119-30

Westert GP, Groenewegen PP. Medical practice variations: changing the theoretical approach. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999;27:173-80

Westert GP, Groenewegen PP. Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter? *Health Policy* 1999;47(2):169-82

Overige internationale (Engelstalige) publicaties

Bartelds AIM. Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands. 1997. Utrecht: Nivel; 1999

Bestebroer TM; Bartelds AIM; Peeters MF, et al. Virologische Nivel/RIVM-surveillance of respiratory virus infections in the 1996/97 season. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM Report no. 245607 005; 1999

Brink-Muinen A van den; Verhaak PFM; Bensing JM. The EURO-Communication Study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice. Utrecht: Nivel; 1999

Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Ros CC, et al. Sachstand und neue Entwicklungen der Zuzahlungsregelungen in den Niederlanden - Beispiel für Deutschland? In: Rüdiger Vogel H, Hässner K (ed.) .Selbstbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen. Sachstand, Ausblick und internationaler Vergleich. Symposium, Mainz 18.03.99. Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag; 1999;p. 39-45

Halman L, Pettersson T, Verweij J. The religious factor in contemporary society: the differential impact of religion on the private and public sphere in comparative perspective. In: Arts W, Halman L (ed.) .New directions in quantitative comparative sociology. Leiden/Boston/Köln: Uitgeverij Brill; 1999

Heijnen MLA; Bartelds AIM; Wilbrink B, et al. Surveillance of acute respiratory infections in general practices - The Netherlands, winter 1997/98. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM Report no. 217617 001; 1999

Salisbury C, Boerma W. Balancing demand and supply in out-of-hours care. In: Salisbury C, Dale J, Hallam L (ed.) .24-Hour Primary Care. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1999; 2, p. 17-31

Sixma HJ; Calnan MW; Groenewegen PP, et al. Quality of care from the perspective of OT-users. Utrecht/Canterbury (UK)/Springfield (UK): Nivel/CHSS University of Kent/KSS Kent County Council; 1999

Weijzen EM; Weide MG. Accessibility and use of health care services among ethnic minorities. A bibliography 1993 - 1998. Utrecht: Nivel; 1999

Wit MAS de; Koopmans MPG; Kortbeek LM, et al. Interim report of a study on gastroenteritis in sentinel practices in the Netherlands (Nivel) 1996-1999. Results of the first two years. Bilthoven: RIVM Report nr. 216852003; 1999

Dissertaties

Caris-Verhallen WMCM. Nurse-patient communication in elderly care. An observation study into verbal and nonverbal communication in nursing practice. Dissertatie Universiteit Utrecht. Utrecht: Nivel; 1999.

Velden J van der. General Practice at work. Its contribution to epidemiology and health policy. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam. Utrecht: Nivel; 1999.

Verheij RA. Urban-rural variations in health care. Dissertatie Universiteit Utrecht. Utrecht: Nivel; 1999.

Wagner C. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations. Dissertatie Vrije Universiteit van Amsterdam. Utrecht: Nivel; 1999.

Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften

Bakker DH de, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisites in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1999;42(5):199-204

Campen C van, Kerkstra A, Kerssens JJ. Familieleden en verzorgenden als proxy's van oudere somatische verpleeghuisbewoners. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77(6):324-30

Delnoij DMJ, Hutten JBF, Ros CC, Groenewegen PP, Friele RD, van Lisdonk E, de Bakker DH. Effecten van eigen bijdragen in het ziekenfonds in Nederlands. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77(7):406-12

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, Geboers HJAM, de Bakker DH, Schellevis FG. Het classificeren van deelcontacten met de ICPC. Huisarts en Wetenschap 1999; 42 (13):609-12, 625

Francke AL, Arts SEJ, Hutten JBF. Liaisonverpleging bij CVA-patiënten. Een evaluatiestudie. Verpleegkunde 1999;14(4):216-25

Francke AL, Spreeuwenberg C, Hulshof NA. Succes- en faalfactoren bij ondersteuningsteams palliatieve zorg. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77(8):479-84

Rimmelzwaan GF, de Jong JC, Bartelds AIM, Dorigo-Zetsma JW, Fouchier RAM, Osterhaus ADME. Het influenzazeseizoen 1998/'99 en de vaccinsamenstelling voor 1999/2000. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999;143(40):2015-8

Roebroeck ME, Dekker J, Oostendorp RAB. Toepassing van ultrageluidtherapie door fysiotherapeuten in de eerste lijn. Is er sprake van gepast gebruik? Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 1999;109(1):2-8

Schellevis FG, Westert GP, de Bakker DH, Foets M, van der Velden J. Kritisch lezen van informatie uit grote registratiebestanden. Huisarts en Wetenschap 1999;42(13):591-6, 601

Verschuur E, Francke AL, Straten GFM. Thuiszorgtechnologie voor kankerpatiënten. Een literatuurstudie. Verpleegkunde 1999;14(4):204-15

Weert JCM van, Westland HCB. Etikettering en professioneel handelen. Een kwalitatief veldonderzoek naar de gevolgen van etikettering voor het professioneel handelen op de afdeling verloskunde van een algemeen ziekenhuis. Verpleegkunde 1999;14(2):131-40

Westert GP, de Bakker DH, Schellevis FG. Interdokter- en interpraktijkvariatie binnen en tussen huisartsregistraties. Huisarts en Wetenschap 1999;42(1):18-21,30

Artikelen in vaktijdschriften

Bakker DH de, Grielen SJ, Prins B. Werklastvermindering en tevreden patiënten: grootschalige dienstenstructuur voor huisartsen. Medisch Contact 1999;54 (39): 1328-31

Calsbeek H, van der Windt W, Hingstman L. Feiten over verpleging en verzorging 1999: vergrijzing neemt bij cliënten toe, beroepsgroep wordt ouder. TVZ 1999; 109 (23):696-700

Caris-Verhallen WMCM. Kwaliteit in de zorgketen in Amsterdam. Kwaliteit in Beeld 1999;9(4):6-9

Caris-Verhallen WMCM. Ketenzorg en ketenkwaliteit. Nieuwsbrief ANBO Gezondheidszorg 1999;(4):1-4

Dekker J. Onderzoek naar paramedische zorg. Mediator 1999;10(7):25-7

Ende E van den, Hofhuis H, Sluijs EM. Kwaliteit vraagt tijd!: de stand van zaken in het BKPZ-programma. Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne 1999;4(5):30-1

Francke AL. Onderzoek in V&V: wordt de zorg er beter van? Editoriaal. Verpleegkunde 1999;14(4):202-3

Francke AL. Reactie binnen het kader van de forumdiscussie over wetenschap en intuïtie. Verpleegkunde 1999;14(3):194-6

Francke AL. Wetenschap en intuïtie; aanvulling of tegenstelling? Verpleegkunde 1999;14(1):66

Friele RD, de Ruiter C, van Wijmen F, Legemaate J. Evaluatie patiëntenwetgeving van start met Wet Klachtrecht. Kwaliteit in Beeld 1999;9(12, 15)

Groenewegen PP. 'No regret'-beleid. Redactioneel. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77(6):303-4

Groot A de, Francke AL, Willems DL. De tweede fase van het programma Palliatieve Zorg in de Terminale Fase. Pallium 1999;(dec'99/jan 2000):35-6

Heijnen MLA, Bartelds AIM, Rimmelzwaan GF, Dorigo-Zetsma JW, de Jong JC, Sprenger MJW. Respiratoire infecties in Nederland. Update influenza en respiratoir syncytieel virus in winter 1998/99. Infectieziekten-Bulletin 1999;10(2):32-3

Hingstman L, van der Velden LFJ. Artsenaanbod beïnvloed door sociaal-culturele aspecten: vraag en aanbodontwikkeling in medische zorg. Health Management Forum 1999;5(2):26-9

Hulshof NA, Geijer RMM, van Suijlekom-Smit LWA, van Essen-Zandvliet EEM, Flikweert S, Delnoij DMJ. Twee kapiteins op één schip?: de landelijke transmurale afspraak 'Astma bij kinderen'. Medisch Contact 1999;54(10):340-3

- Kerssens JJ, Peters L. Ziekenhuiszorg voor HIV/AIDS patiënten in Nederland van 1991 tot en met 1997. *AIDS-bestrijding* 1999;46:7
- Kerssens JJ, Peters L. Elf jaar vragen over HIV en AIDS bij de huisarts. *AIDS-bestrijding* 1999;46:7-8
- Knibbe JJ, Straten GFM, Friele RD. Zelfzorg bij rugpijn: Wat doen mensen met rugpijn zelf om hun klachten te beperken? *Tijdschrift voor oefentherapie-Mensendieck* 1999;(4):48-51
- Lindert H van, Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Hofland S. Op weg naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf; managementparticipatie van medisch-specialisten in Nederland. *Acta Hospitalia* 1999;39(2):39-56
- Lindert H van, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Ziekenhuis en specialisten: financiële integratie. *ZorgVisie* 1999;29(5):35
- Lindert H van, Delnoij DMJ, Groenewegen PP. Specialisten in het lijnmanagement: organisatorische integratie. *ZorgVisie* 1999;29(9):14-6
- Meijer A, Wagner C. RAI-instrument voor het verzorgingshuis: behoefte-registratie helpt methodisch werken vooruit. *Ouderenzorg* 1999;2(12):26-7
- Schellevis FG. Analyseniveau [Ingezonden brief]. *Huisarts en Wetenschap* 1999; 42:279
- Schreurs K, de Ridder D, Bensing JM. Onderzoek naar psychosociale aspecten van Multiple Sclerose: opgaven en uitdagingen, omgaan met stress en sociale steun. *Mensen* 1999;(6)
- Sixma HJ. 'Kwaliteit van Zorg' onderzoek; Astma en COPD-patiënten aan zet. *Astma Nieuws* 1999;(juni)
- Sluijs EM, de Bakker DH. Ketenzorg: Een zoektocht naar nieuwe samenwerkingsvormen. *Kwaliteit in Beeld* 1999;9(4):2-5,9
- Temmink D, Francke AL. Kwaliteit en continuïteit van transmurale verpleegkundige spreekuren. Het oordeel van reumapatiënten. *Kwaliteit in Beeld* 1999;9(4):15-7
- Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Berichtgeving AGGZ aan huisartsen wordt beter. *De Huisarts in Nederland* 1999;10(1):43-6

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Meer zorg voor minder mensen in de ambulante sector. De Huisarts in Nederland 1999;10(2):41-3

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Regeling eigen bijdrage bracht nauwelijks een rimpeling teweeg. De Huisarts in Nederland 1999;10(3):42-4

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Kraamzorg allochtonen onder de maat door haperende voorlichting. De Huisarts in Nederland 1999;10(4):40-2

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Aantal conflicten en confrontaties in de huisartspraktijk blijft stabiel. De Huisarts in Nederland 1999;10(5):47-9

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Intrigerend repertoire aan postrampklachten in Bijlmer. De Huisarts in Nederland 1999;10(6):40-2

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Meer dan helft van recepten op stofnaam voorgeschreven. De Huisarts in Nederland 1999;10(7/8):36-8

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Chronisch zieke heeft gemiddeld 350 gulden minder te besteden. De Huisarts in Nederland 1999;10(9):45-7

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Zorginstellingen leren nog niet van klachten van patiënten. De Huisarts in Nederland 1999;10(10):39-41

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Allochtone ouderen even goed gevaccineerd tegen influenza als autochtone ouderen. De Huisarts in Nederland 1999;10(11):35-7

Thiel E van. Uit Nivel-onderzoek blijkt... Veel voorkomende GGZ-problemen onderbelicht in nascholingsaanbod. De Huisarts in Nederland 1999;10(12):43-5

Veer AJE de. Cliëntenraden weten wat er leeft. De Wekker 1999;(1):5-7

Verhaak PFM, Kerssens JJ, de Rijk K, Tiemens B, de Vries W, Hutschemaekers G. De huisarts als poortwachter van de GGZ: de constante van een 25 jaar overheidsbeleid. Medisch Contact 1999;54(21):772-4

Visser A, Francke AL. Palliatieve zorg vandaag. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77(8):462-5

Wagner C, Visser G. Ketenkwaliteit: grensoverschrijdende kwaliteitsbewaking. Een begrip met veel gezichten. *Kwaliteit in Beeld* 1999;9(3):2-3

Boeken

Fakiri F El; Kulu Glasgow I; Weide MG, et al. *Kraamzorg in allochtone gezinnen*. Maarsse/Utrect: ELSEVIER/De Tijdstroom en LCVV; 1999

Groot R de (ed). *Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1999*. Maarsse: Elsevier /De Tijdstroom; 1999

Windt W van der; Calsbeek H; Hingstman L. *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999*. Maarsse/Utrect: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV; 1999

Windt W van der; Calsbeek H; Hingstman L. *Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1999*, zakboekje. Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV; 1999

Boekbijdragen

Calsbeek H. Werkbelasting gezondheidsklachten en ziekteverzuim bij verpleegkundigen en verzorgenden. In: van Essen GA (ed.). *Arbeid en Gezondheid*. Den Haag: OSA; 1999

Dulmen AM van. Naar effectieve geruystelling in de tweede lijn. In: Spinhoven Ph, van Hemert AM, Hengeveld MW (ed.) *.Onverklaarde lichamelijke klachten. Pathogenetische modellen en behandeling*. Leiden: Universiteit Leiden; 1999

Foets M, Stronks K, Rijken PM, et al. Armoede en gezondheidszorgbeleid. In: Engbersen G, Vrooman JC, Snel E (ed.) *.Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 1999; 7, p. 127-42

Groenewegen PP. De buurt de maat genomen: methodologische problemen in onderzoek naar buurten en buurtprocessen. In: Völker B, Verhoeff R (ed.) *.Buren en Buurten*. Amsterdam: SISWO/Instituut voor Maatschappijwetenschappen; 1999

Heiligers Ph. Ook de dokter in deeltijd. In: de Vries A, Babbé I (ed.) *.Jaarboek Emancipatie 1999. Wie zorgt in de 21e eeuw? 's-Gravenhage: ELSEVIER Bedrijfsinformatie b.v.; 1999; 7, p. 72-9*

Kerssens JJ, Peters L. Angst voor AIDS bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 1998. In: van Oostrom M (ed.) .HIV en AIDS in Nederland 1999. Amsterdam: Stichting Aidsfonds; 1999;p. 77-90

Kerssens JJ, Peters L. Ziekenhuiszorg voor AIDS/HIV patiënten in Nederland van 1991 tot en met 1998. In: van Oostrom M (ed.) .HIV en AIDS in Nederland 1999. Amsterdam: Stichting Aidsfonds; 1999;p. 63-72

Kwartel AJJ van der, Welling BJM. Monitoring van meerjaren afspraken, werklast en wachtlijsten. Verdiepingsstudie nr.11. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi; 1999

Veer AJE de. Inleiding. In: de Groot R (ed.) .Innovatie in de Zorgsector. Jaarboek. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 1999

Velden LFJ van der Hingstman L, Groenewegen PP. Verkenning van aanbodontwikkelingen binnen medische en paramedische zorg: knelpunten en oplossingen. In: RMO/RVZ (ed.) .Zorgaanbod in de toekomst: achtergrondstudies. Den Haag: SDU; 1999

Verheij RA, de Bakker DH, Reijneveld SA. De invloed van stedelijkheid op de werklast van huisartsen. In: Völker B, Verhoeff R (ed.) .Buren en Buurten. Amsterdam: SISWO/Instituut voor Maatschappijwetenschappen; 1999

Welling BJM, Smit RLC. Zorgketens in Nederland. Verdiepingsstudie nr.10. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi; 1999

Welling BJM, Delnoij DMJ. Verloskundige zorgverlening in Nederland. Verdiepingsstudie nr.8. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi; 1999

Rapporten

Adam SGM; Hutten JBF. Apotheek service punten in Nederland: opzet, ontwikkeling en functioneren. Utrecht/Nieuwegein: Nivel/SBA; 1999

Bakker DH de; Abrahamse HPH; van den Hoogen H, et al. Jaarrapport LINH 1998. Contactfrequenties in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: Nivel; 1999

Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 1998. Utrecht: Nivel; 1999

Biermans M; van den Ende E. Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: interimrapportage. Utrecht: Nivel; 1999

Brouwer N; Mot ES; van Praag BMS, et al. Vervolgstudie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: SEO; 1999

Doeglas D; Delnoij DMJ; Schuller-Punt R. Doelmatigheid en kwaliteit. Een overzicht van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten binnen lokale initiatieven. Utrecht: Nivel; 1999

Dulmen AM van. Contextwerking in de geneeskunde; een programmeringsstudie. Utrecht: Nivel; 1999

Eijkelenburg-Waterreus JJH van; Schellevis FG; Harbers J, et al. LINH. Ontwikkelingen van een detectieprogramma voor het optimaliseren van probleemlijsten. Utrecht/Nijmegen: Nivel/WOK; 1999

Fakiri F El; Hutten JBF; Kerkstra A. Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Beleid van zorgverzekeraars aan kraamzorgaanbieders. Utrecht: Nivel; 1999

Friele RD; de Ruiten C; van Wijmen F, et al. Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland; 1999

Grielen SJ; Schuller-Punt R; de Bakker DH. Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen: Effecten van het implementatieprogramma 'voorschrijven op stofnaam'. Utrecht: Nivel; 1999

Grielen SJ; Beekhoven S; de Bakker DH. Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: Nivel 1999.

Griffioen RN; Grunveld JE; Hutten JBF, et al. Steeds minder tijd? Deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra. Utrecht: NZi/Nivel; 1999

Hackenitz E; Sluijs EM; de Bakker DH. Regionale samenhang in de zorgsector. Utrecht: Nivel; 1999

Hartevelt HM; Delnoij DMJ. De tweede Nationale Studie. Pilot Longitudinale Zorgprofielen. Utrecht: Nivel; 1999

Hingstman L; van der Velden LFJ. Monitoring arbeidsmarkt voor kinderartsen 1997-2010. Utrecht: Nivel; 1999

Hofhuis H; Sluijs EM; van den Ende E. Voortgangsrapportage van het programma Kwaliteitsbevordering Paramedische Zorg (BKPZ). Een tussentijdse evaluatie van het verloop van BKPZ-projecten. Utrecht: Nivel; 1999

IJzermans CJ; Oosterhek M; Spreeuwenberg PMM, et al. Onderzoek gezondheidsklachten Bijlmercamp: derde tussenrapportage: dossieronderzoek bij de huisarts. Amsterdam/Utrecht: Academisch Medisch Centrum/Nivel; 1999

IJzermans CJ; Kerssens JJ; Schade E. Gezondheidsklachten naar aanleiding van de Bijlmercamp: tweede tussenrapportage: het telefonisch meldpunt. Amsterdam/Utrecht: Academisch Medisch Centrum/Nivel; 1999

IJzermans CJ; van der Zee J. Gezondheidsklachten en de vliegkamp Bijlmermeer. Een inventariserend onderzoek. Amsterdam/Utrecht: AMC/Nivel; 1999

Kerkstra A; van Bilsen P; Otten DD, et al. Omgaan met dementerende bewoners door verzorgenden in het verpleeghuis. Utrecht: Nivel; 1999

Knibbe JJ; Friele RD. Basisrapportage Resultaten Zorgbehoefte van Doorsnee Sporters met een Blessure. Utrecht: Nivel; 1999

Knibbe JJ; Friele RD. Interim Evaluatierapport Eerste Jaar Meerjaren Programma Huisarts en Sport. Utrecht: Nivel; 1999

Kool FJM; Delnoij DMJ. Effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op zorgconsumptie. Utrecht: Nivel; 1999

Meijer A; Wiersma L; Wierda M, et al. Toepasbaarheid van het RAI voor verzorgingshuizen. Utrecht/Amsterdam: Nivel/HVSG VU; 1999

Mot ES; van Praag BMS; Meulenbeek AJG, et al. Voorstudie evaluatieonderzoek proeftuinen farmaceutische zorg. Amsterdam: SEO; 1999

Plas M; van den Ende E. De opleidingskwalificaties fysiotherapie in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Vlaanderen: een vergelijkend onderzoek. Utrecht: Nivel; 1999

Plas M; Jellema S; Dekker J, et al. Preventieve ergotherapie bij ouderen: een pilotstudie. Utrecht: Nivel; 1999

Rijken PM; Foets M; Peters L, et al. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Kerngegevens 1998. Utrecht: Nivel; 1999

Schouten G; Sixma HJ; Friele RD. De positie van Patiënten/Consumenten in de gezondheidszorg. Een project-inventarisatie. Den Haag/Utrecht: ZON/Nivel; 1999

Steultjens MPM; van den Ende E; Dekker J. Evaluatie "Bewegen met beleid". Eindrapport. Utrecht: Nivel; 1999

Straten GFM; Friele RD; Spreeuwenberg PMM. Patiënten oordelen over ziekenhuizen. Utrecht: Nivel; 1999

Tacken M; van den Hoogen H; Mulder J, et al. LINH: Monitoring van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker 1998. Nijmegen/Utrecht: Nivel; 1999

Tacken M; van den Hoogen H; Tiersma W, et al. LINH. De influenzavaccinatiecampagne 1998. Nijmegen/Utrecht: WOK/Nivel; 1999

Temmink D; Arts SEJ; Hutten JBF. Transmuraal verpleegkundig reumaspreekuur in het Reinier de Graaf gasthuis: een evaluatiestudie. Utrecht: Nivel; 1999

Velden LFJ van der; Hingstman L; Hartevelt HM. Behoefteraming voor obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Een tussenbalans. Utrecht: Nivel; 1999

Velden LFJ van der; Hingstman L; Hartevelt HM. Monitoring arbeidsmarkt voor longartsen 1999-2010. Utrecht: Nivel; 1999

Velden LFJ van der; Hingstman L. Behoefteraming plastisch chirurgen 1998-2010. Utrecht: Nivel; 1999

Velden LFJ van der; Hingstman L. Behoefteraming ergotherapeuten 1998-2010. Utrecht: Nivel; 1999

Weert JCM van; Heiligers Ph; Verhaak PFM. GGZ-nascholing voor huisartsen; een analyse van het aanbod. Utrecht: Nivel; 1999

Weide MG; Rijken PM; Peters L. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Financiële positie van chronisch zieken. Utrecht: Nivel; 1999

Weide MG; van der Velden L; de Bakker DH. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk: verwachtingen ten aanzien van het aantal controle-consulten bij diabetes- en astma/COPD patiënten. Rapport in opdracht van LHV/ZN. Utrecht: Nivel; 1999

Weide MG; Westert GP; Schouten JSAG, et al. Praktijkvariatie en gepaste zorg. Een literatuurstudie ter verkenning van de mogelijkheid gepaste zorg te monitoren. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM; 1999

Welling BJM; Delnoij DMJ; Hutten JBF, et al. Brancherapport Curatieve Somatische Zorg 1999. Ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel/NZi; 1999

Westenberg MRM; Biermans M; Rijken PM, et al. NCCZ Ontwikkelingsprojecten. Programmeringsbeleid en uitvoering. Utrecht: Nivel; 1999

Wiegers TA; Hingstman L. Inventarisatie 'Verloskundig actieve huisartsen'. Utrecht: Nivel; 1999

Wiegers TA; Calsbeek H; Hingstman L. Knelpunten in de verloskundige zorgverlening; een 'quick scan' onder verloskundigen in de eerstelijns. Utrecht: Nivel; 1999

Wiegers TA; Hingstman L. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen. Utrecht: Nivel; 1999

Wiegers TA; Hingstman L; van der Windt W, et al. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999. Hoofdrapport. OSA-publicatie ZW2. Den Haag: OSA; 1999

Wiegers TA; Hingstman L; van der Windt W, et al. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999. Bijlagen. OSA-publicatie ZW2. Den Haag: OSA; 1999

Wiegers TA; Hingstman L. Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep van verloskundigen. Utrecht: Nivel; 1999

Lezingen en posterpresentaties

- Bakker, DH de, Naar centrale waarneemdiensten voor huisartsen in Holland noord. Lezing bestuursconferentie DHV Holland Noord. 4 november 1999
- Bakker, DH de, SJ Grielen, S Beekhoven, GP coops for out of hours care in the Netherlands; Relieve of work pressure for GP's, equal patient satisfaction. EUPHA. Prague, 10-11 December 1999
- Bensing JM. Communicatie met patiënten. Congres over arts-patiënt communicatie AMC. Amsterdam, 21 januari 1999
- Bensing JM. Arts/patiënt communicatie. Seminaar Julius Centrum AMC. Utrecht, 22 april 1999
- Bensing JM. Workshop communicatiestudies in de gezondheidszorg. Mallorca, 20-22 mei 1999
- Bensing JM. Kenniscentrum tussen praktijk en wetenschap. Novadic, Nijmegen, 2 juni 1999
- Bensing JM. Visitaties. Algemene Rekenkamer. Den Haag, 15 april 1999
- Bensing JM. Communicatie-congres. Chicago, 22 juli 1999
- Bensing JM. 'Gender en professionals in de gezondheidszorg; acht stellingen over gender en professionaliteit'. Expert meeting. Raad Volksgezondheid en Zorg. Den Haag, 14 september 1999
- Bensing JM. Poster Patient value-expectations towards physician's communicative behaviour; an international comparison study. Florence, 2 October 1999
- Bensing JM. 'Ethical issues in health Research' Ethics Seminar. Universiteit Utrecht, 8 oktober 1999
- Boerma WGW, Schellevis FS. Towards a primary-care based health care system in Belarus. Gomel, December 1999
- Boerma WGW, Schellevis FS. Monitoring Health Care Reforms with data collected in Primary Care; Experiences in Slovakia, Ukraine and Belarus. EUPHA, Prague, December 1999.
- Boerma WGW. Evaluation of the GP experiment in Odessa. Odessa, 17 June 1999
- Brink A. van den. Borstkankerscreening in de huisartspraktijk in Europa: verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Poster wetenschappelijke dag Dutch Foundation of Women and Health Research. Vrije Universiteit. Amsterdam, 5 januari 1999

- Brink A. van den. 'A cross-cultural perspective of gender differences in doctor-patient communication'. Second International Interdisciplinary Conference on Women and Health. Edinburgh, 12-14 July 1999
- Caris-Verhallen WMCM. Symposium "Ketenzorg, een gezamenlijk project". Amsterdam, 17 maart 1999
- Dekker J. Consistency and validity of an observational method for assessing disability in mobility in patients with osteoarthritis. Poster. Congress SBM. San Diego, USA, March 1999
- Dekker J. Effectiveness of exercise therapy in osteoarthritis of the hip or knee. A systematic review. Poster. Congress SBM. San Diego, USA, March 1999
- Dekker J. Cost-effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis in the hip or knee'. Poster 15th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care. Edinburgh, 20-23 June 1999
- Dekker J. Lezing "Verkenning van het onderzoeksterrein. Op het Jaarcongres van de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg over 'Aandoeningen van het bewegingsapparaat'. Amsterdam, 21 oktober 1999
- Delnoij D e.a. Sachstand und neue Entwicklungen der Zuzahlungsregelungen in den Niederlanden - Beispiel für Deutschland? Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Mainz, 18 März 1999
- Dorigo-Zetsma JW, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Wilbrink H, Sprenger MJW. Surveillance of influenza-like illnesses (ILI) and respiratory pathogens in general practices in The Netherlands in winter 1997/'98. Poster. Dutch Society for Medical Microbiology (NVMM). Veldhoven, april 1999
- Dorigo-Zetsma JW, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Wilbrink H, Sprenger MJW. Surveillance of influenza-like illnesses (ILI) and respiratory pathogens in general practices in The Netherlands in winter 1997/'98. Poster. Meeting of the European Society of Clinical Virology (ESCV). Rotterdam, January 1999
- Dorigo-Zetsma JW, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Wilbrink H, Sprenger MJW. Surveillance of influenza-like illnesses (ILI) and respiratory pathogens in general practices in The Netherlands in winter 1997/'98. Poster. Dutch Society for Medical Microbiology (NVMM). Veldhoven, April 1999
- Dorigo-Zetsma JW, Heijnen MLA, Bartelds AIM, Wilbrink H, Sprenger MJW. Surveillance of influenza-like illnesses (ILI) and respiratory pathogens in general practices in The Netherlands in winter 1997/'98. Poster. European Society of Clinical Virology (ESCV). Rotterdam, January 1999
- Dulmen AM van. 'Geen afwijking wel buikpijn'. Klinische en Gezondheidspsychologie 'Tussen lichaam en geest: visies op psychosomatische kwalen'. Utrecht, 26 oktober 1999
- Dulmen AM van. Lezing 'Naar effectieve geruststelling in de tweede lijn'. Boerhaave cursus' Onverklaarde lichamelijke klachten. Pathogenetische modellen en behandeling'. Leiden, 23 september 1999

- Eijkelenburg, JJH van, Computergestuurd laboratoriaaanvragen in LINH. Workshop EMD-congres, 1999
- Fleming DM, Schellevis FG. Sentinel practice networks: the contribution of general practice to public health in Europe . WONCA-meeting, Mallorca, May 19-21 1999
- Foets M. Continuïteit van zorg voor chronisch zieken. 17 april 1999
- Francke AL. Effects of transmural nurse clinics on rheumatic patients. EUPHA. Prague, 11 December 1999
- Francke AL. Transmuraal Platform over de evaluatie van liaisonverpleging bij CVA-patiënten. Utrecht, 24 juni 1999
- Francke AL. Terminale thuiszorg voor Turken en Marokkanen, ZON-Marktdag. Den Haag, 4 december 1999
- Francke AL. Verpleegkundige interventies bij pijn. Academisch ziekenhuis Utrecht, 20 mei 1999
- Francke AL. Netwerk voor Palliatieve Zorg in Leeuwarden. 'Palliatieve zorg in Nederland'. Leeuwarden, 15 oktober 1999
- Francke AL. Liaisonverpleging bij CVA-patiënten. Vlaams-Nederlands Verplegingswetenschappelijk Congres. Ede, 5 November 1999
- Groenewegen PP. Landelijke beleidsontwikkeling en evaluatie-onderzoek. Invitational conference ZON: Gezondheidszorgonderzoek tussen praktijk en wetenschap. Den Haag, 14 april 1999
- Groenewegen PP. T.g.v. Workshop "De organisatie van het vrije beroep" "Medisch specialisten als vrij beroepsbeoefenaar: hoe vrij en hoe lang nog?". Utrecht, 19 maart 1999
- Groenewegen PP. Workshop WHO 'Observatory on health care systems' over regulating entrepreneurialism in health care. Copenhagen, 11 en 12 June 1999
- Groenewegen PP. 'Career length of general practitioners in the Netherlands', European Population Conference. Den Haag, 1 August 1999
- Groenewegen PP. "Die Auswirkungen der reformen im Niederlaen-dischen Gesundheitswesen auf die Beziehungen zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Leistungs-empfaengern". Düsseldorf, 10 november 1999
- Groot A de, Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg: wensen en behoeften van terminale patiënten en naasten. Poster Vlaams-Nederlands Verplegingswetenschappelijk Congres. Ede, 5 november 1999
- Groot A de. Scenariostudie Palliatieve Zorg, ZON-Marktdag. Den Haag, 4 december 1999
- Heiligers Ph, L. Hingstman. Life cycle careers and the work-family balance in medicine. Gender differences among medical specialists. Second International Interdisciplinary Conference on Women and Health. Edinburgh, July 1999

- Holtkamp CCM, Kerkstra A, Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on health outcomes and the perceived quality of life of nursing home residents in the Netherlands. Poster EUPHA. Prague, 10-11 December 1999
- Holtkamp CCM, Kerkstra A. Effecten van de implementatie van RAI op de kwaliteit van de coördinatie van zorg, kwaliteit van leven en de gezondheidstoestand van verpleeghuisbewoners. Poster NWO-publieksdag. Utrecht, november 1999
- Holtkamp CCM, Snoezelen for demented elderly. Snoezelen World Congress. Toronto, 7 October 1999
- Holtkamp CCM. De relatie tussen kwaliteit van coördinatie van zorg en ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Vlaams Nederlands Verplegingswetenschappelijk congres. Ede, 5 november 1999
- Holtkamp CCM. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on health outcomes and the perceived quality of life of nursing home residents in the Netherlands. PhD sessions Vrije Universiteit. Amsterdam, 12 November 1999
- Holtkamp CCM. Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on health outcomes and the perceived quality of life of nursing home residents in the Netherlands. InterRai meeting. Amsterdam, 12 November 1999
- Hoonhout L, G Westert, DH de Bakker. De invloed van de automatisering op de huisartsenzorg. NHG-referatendag. Leiden, 11 juni 1999
- Hutten J, Kerkstra A. Home care in Europe: towards an integration of social and health services. Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology. Seoul South Korea, 7-11 June 1999
- Kerkstra A, Caris-Verhallen WMCM. Continuity of care for patients on a waiting list. Poster EUPHA. Prague, December 1999.
- Kerkstra A. Samen op weg naar ketenkwaliteit van de verpleging en verzorging in Amsterdam. Symposium "Keten zorg, een gezamenlijk project". Amsterdam, 17 maart 1999
- Kerssens JJ, Verhaak PFM, Sorbi MJ, Bensing JM. Psychological adaptation of patients with a CBP-disorders. Poster European Association of Health Psychology. Florence, 1-3 oktober 1999
- Kruijver IPM. Effecten van een communicatietraining op de communicatieve vaardigheden van verpleegkundigen op oncologische afdelingen. Vlaams-Nederlands Verplegingswetenschappelijk Congres. Ede, 5 november 1999
- Leytens J. Nederlands Vlaams congres van verpleegkundigen 'Patientgericht van bestaande richtlijnen en protocollen in de verpleging en verzorging'. Ede, 5 november 1999

- Nijkamp MD, Sixma HJ, Nuijts RMMA, Borne HW van den, Hendrikse F. De kwaliteit van zorg gemeten met de QUOTE-staar. NOG-congres. Amsterdam, maart 1999
- Reijneveld, S.A., R.A. Verheij, L.M. van Herten, D.H. de Bakker, Contacts of Gps with illegal patients: is it the GP or the setting. EUPHA. Prague, 10-11 December 1999
- Sixma HJ, Foets MF, Dekker J. 'Quality of care from the patients 'perspective; different patients, different views' & ' Quality of care from the perspective of OT-users; towards a new measuring instrument'. 2 posters 15th annual meeting of ISTAHC. Edinburgh (UK), 20-23 June, 1999
- Sixma HJ. 5th European Congres of Gerontology 'Quality of care from the patients' perspective; the empowerment of patients and patient organisations. Berlin, 7-11 juli 1999
- Sixma HJ, Nijkamp MD, Nuijts RMMA. The use of focus groups in quality of care research. Poster 6th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology. Seoul South Korea, 8-11 June 1999
- Sixma HJ. The development of the Quote-instruments. SCOPE consensus conference. Leuven 7-9 January 1999
- Sixma HJ. Paper 'Improving quality of care from the patients' perspective; the empowerment of patient organizations" 16th International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQua). Melbourne, Australia, 19-22 October 1999
- Sixma HJ. "Quality of care as perceived by disabled people; cross-cultural adaptation of a new measuring instrument developed from the users' perspective'. 16th International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQua). Melbourne, Australia, 19-22 October 1999
- Steultjens M. Consistency and validity of indices of muscle strength in patients with osteoarthritis. Poster. EULAR. Glasgow, June 1999
- Steultjens M. Range of motion and pain and disability in patients with osteoarthritis of the knee of hip. Poster. EULAR. Glasgow, June 1999
- Temmink D. Effects of Dutch transmural nurse clinics on rheumatic patients. ICN congress. London, 30 June 1999
- Temmink D. Transmurale verpleegkundige spreekuren vergeleken met reguliere zorg voor reumapatiënten. Vlaams-Nederlands verplegingswetenschappelijk congres. Ede, 5 november 1999
- Veer A. de. Databank Zorgvernieuwing. Forumdag. Utrecht, 5 oktober 1999
- Velden LFJ van der, L Hingstman. Monitoring arbeidsmarkt voor longartsen. Ledenvergadering NVALT. Utrecht, mei 1999
- Velden LFJ van der, L. Hingstman. Hoeveel plastisch chirurgen zijn er nodig in 2010? NVPC. Utrecht, november 1999

- Verhaak PFM. Cooperation between general practitioners and mental health care: a short historical review. Invitational conference Mental health in primary care. Trimbos Instituut. Utrecht, 3 mei 1999
- Verhaak PFM, Heiligers, Ph. Opvang van GGZ-problemen in de eerste lijn. Congres "Samen Beter". Utrecht, 4 februari 1999
- Verhaak PFM. Expert meeting 'Improving care for depression in organized health care systems'. USA/Seattle, 25-27 February 1999
- Wagner C. International Decubitus congress 'Dissemination and quality of Dutch guidelines on pressure ulcer prevention'. Amsterdam, 3 September 1999
- Weijnen ThJG, ME van Baar, J Dekker, JWJ Bijlsma, RAB Oostendorp, ThB Voorn, F Th de Charro. Poster. Cost-effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of hip or knee.
- Wiegers T. Arbeidsmarkt voor ambulance personeel. Expert meeting. Oosterbeek, 11 maart 1999
- Wiegers TA. Inventarisatie verloskundig actieve huisartsen. NHG-referatendag. Leiden, 11 juni 1999
- Zee J van der. 'Praktijkverpleegkundige: huisarts of thuiszorg, geen duel maar kwartet of kwartetten' Congres RUG. Zwolle, 5 februari 1999
- Zee J van der. Toekomstige ontwikkelingen van belang voor vraag naar diensten in de thuiszorg en de arbeidsmarkt bij Thuiszorg Breda. Breda, 26 februari 1999
- Zee J van der. Primary Care Research. Zagreb, 27 maart 1999
- Zee J van der, D de Bakker. Kunnen huisartsen extra praktijkondersteuning verdienen door elektronisch te gaan voorschrijven? CaRe Onderzoeks-schooldag. Maastricht, 23 april 1999
- Zee J van der, L Hingstman, LFJ van der Velden. Eenheid van taal: voorwaarden voor beroepskrachtenplanning. Start Capaciteitsorgaan. Utrecht, 26 mei 1999
- Zee J van der. BezoekTunesische delegatie. Nederlandse systeem voor gezondheidszorg. Utrecht, 8 november 1999

8. PERSONEELSOVERZICHT EN ENKELE KENGETALLEN OVER DE PERIODE 1 JANUARI T/M 31 DECEMBER 1999

WETENSCHAPPELIJK PERSONEEL

Wetenschappelijk management

Bensing, Mw Prof. dr. J. M.

Directeur (externe zaken) /
Hoogleraar Universiteit Utrecht

Zee Prof. dr. J. van der
Groenewegen Prof. dr. P. P.

Directeur (algemene leiding)

Dekker Prof. dr. J.

Hoofd Onderzoeksafdeling 1

Kerkstra, Mw dr. A.

Hoofd Onderzoeksafdeling 2

Hoofd Onderzoeksafdeling 3

Programmaleiders

Bakker dr. D. H. de

Plv. Hoofd Onderzoeksafdeling 1

Delnoij Mw dr. D. M. J.

Dulmen Mw dr. A.M. van

Ende Mw dr. C. H. M. van den

Foets Mw dr. M. M. E.

Francke Mw 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

Wagner Mw dr. C.

Onderzoekers

Algera drs. M.

Eijkelenburg-Waterreus Mw J.J.H., arts

Arts Mw drs. S.E.J.

El Fakiri Mw ir. F.

Baanders Mw ir. A.N.

Grielen Mw drs. S.J.

Bartelds A.I.M., arts

Groot, Mw drs. A. de

Biermans Mw drs. M.

Harteveld, Mw drs. H.M.

Boerma drs. W.G.W.

Heijmans-Rigeaux, Mw.dr. M.

Brink-Muinen Mw dr. A. v.d.

Heiligers Mw.dr. Ph.

Calsbeek Mw drs. H.

Hofhuis, Mw.dr.ir. E.H.

Caris-Verhallen Mw dr. W.M.C.M.

Holtkamp Mw.drs. C.C.M.

Dijk Mw dr.ir. C.E.M.J. van

Hulshof Mw.drs. N.A.

Donker Mw dr. G.A.

Hulsman dr.R.L.

Donkervoort Mw drs. M.

Hutten dr. J.B.F.

Dulmen, Mw dr. A.M. van

Kerssens dr. J.J.
Klein Ikkink, Mw.drs. C.E.
Kruijver Mw.drs. I.P.M.
Kulu-Glasgow, Mw.dr. I.
Leytens Mw drs. J.A.M.
Lindert, Mw Mr. H. van
Meijer Mw drs. A.
Peters Mw drs. C.P.
Plas Mw ir. G.M.
Poppel Mw dr. M.N.M. van
Ros Mw. ir.C.
Rijken Mw.dr. P.M.
Schuller Mw.drs. R.
Sixma dr. H.J.M.

Sluijs Mw.dr. E.M.
Steffen Mw drs. P.
Steultjens drs.M.P.M.
Straten dr.G.F.M.
Temmink Mw.drs. D.
Veenhof Mw drs. C.
Veer Mw.dr. A.J.E. de
Velden dr.L.F.J. van der
Wagner Mw dr. C.
Weide Mw dr. M.G.
Welling Mw dr. B.J.M.
Westenberg Mw dr. M.R.M.
Wiegers Mw dr. Th.A.

Assistent-onderzoekers

Abrahamse H.P.H.
Bennema-Broos Mw drs. M.
Branderhorst Mw drs. H.
Coffie Mw D.S.V.
Dane Mw drs. A.
Dijk Mw drs. G.M. van
Hackenitz Mw.drs. E.A.
Hermans Mw.drs. I.M.J.
Krijgsman Mw.drs. L.

Martinez de Velasco Mendez Mw. A.
Panis Mw.J.M.P.
Schee Mw E. van der
Schouten Mw ir. G.
Spreeuwenberg P.M.M.
Visser Mw. J.A.M.
Weert Mw.drs. J.C.M. van
Wolters drs. I.
Wind-Blokker Mw.drs. R.

Veldwerkers

Geelen Mw M.M.E.E.
Horst-van Dam Mw. B.M.
Ouwehand Mw. A.

Reul Mw.J.H.W.
Smit Th.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEKSONDERSTEUNING

Research assistentie

Boschman Mw. M.A.
Gravestein J.V.

Kerkhof Mw.ing. M.J.W. van

Medew. enquêtekamer

Baarle Mw. J.M. van
Hartgers R.J.
Hemmelder Mw. M.

Hommelen van A.
Kaper Mw. A.
Sierink Mw. drs. E.

Medew. data entry

Blad G.J.
Davids Rodrigo N.
Doornik Mw. F. van
Heine R. ter

Pabla R.
Rieu R.
Wille Mw L.

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
Scheepmaker A.F.

Secretariële ondersteuning

Aalst-van Well Mw. C.J.M. van
Geelkerken Mw. M. van
Heshusius-van Valen Mw. M.
Karakoyunlu Özbakan Mw. E.
Karamat Ali Mw. I.M.

Kimmelaar Mw. M.A.M.
Laanen H.M.A.P. van
Leeuwe Mw M. van
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. drs. L.J.

ALGEMEEN ONDERSTEUNEND EN BEHEERSPERSONEEL**Management**

Jong T.J.M. de

Management ondersteuning

Bosman Mw.ir. J.M.

Jeltes Mw. W.

Secretariële ondersteuning directie, medewerkers F&A/PZ, congresbureau, publiciteit

Brouwer Mw. M.W.
Cornelius Mw. M.M.
Franke C.H. (administrateur)
Hoekstra J.
Kerkhof Mw. J.D.M.
Kerkman Mw. A.

Leeuwen Mw. M. van
Nagel J.
Penning Mw. J.
Rossum Mw. J.H.van
Vonk W.A.L.P.
Zoer Mw. E.

Systeembeheer

Snellenberg J.N.H.M. van

Algemene dienst (receptie, beheer en huishoudelijke dienst)

Adema Mw. Th.A.M.

Kraus dr. E.

Contente A.

Kruisdijs R.A.J.T. van

Cornelissen Mw. M.M.J.

Sieders Mw. Th.

Dam Mw. B. van

Smit Mw. W.

Goris Mw. M.

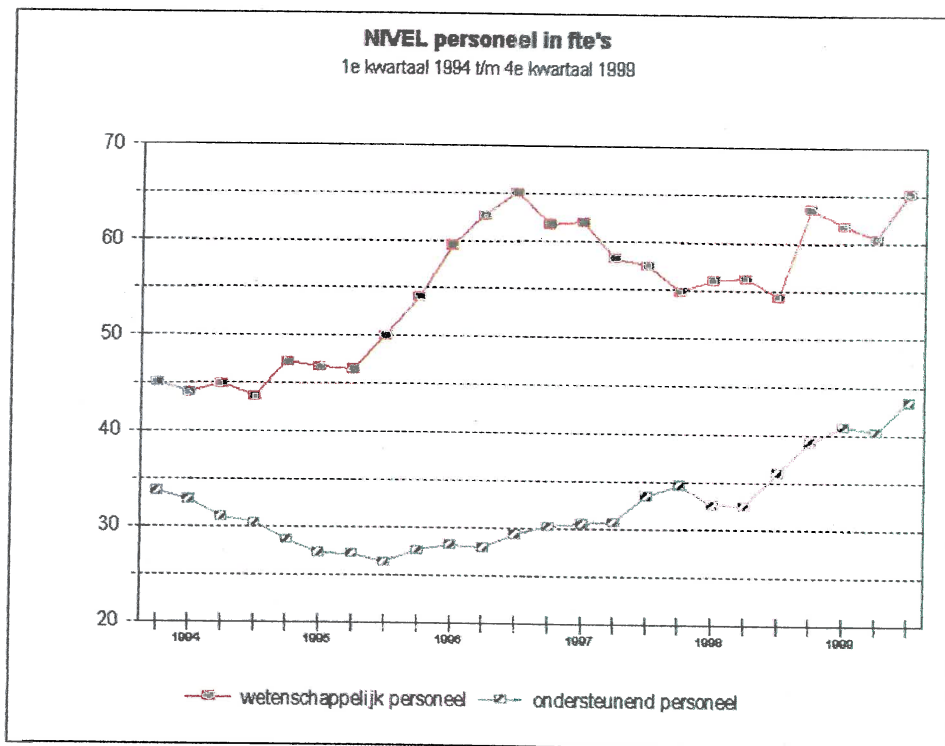
Spruit W.L.

Houthuijzen Mw. H.

GEMIDDELDE FORMATIE

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde personeelsbezetting van het Nivel per kwartaal over de laatste 7 jaar. De terugloop van de wetenschappelijke formatie in de voorgaande jaren is, als verwacht, in 1999 ruimschoots teruggedraaid. In 1998 is het aanstellingsbeleid met betrekking tot flex-werk gewijzigd. Dit heeft ervoor gezorgd, dat met name in 1999 een toename van ruim 4 fte aan aanstellingen is gerealiseerd. De toename van het aantal fte's in 1999 valt hierdoor is iets hoger uit.

Figuur 1: NIVEL-personeel in fte's 1993-1999 (gem. per kwartaal)



In tabel 1 wordt over de periode 1995 tot en met 1999 een overzicht van de formatie per functie gegeven. Met 62,8 fte is de wetenschappelijke formatie groter dan voorheen. Niettemin is de ratio WP/NWP verder teruggelopen tot 60,5%.

TABEL 1: Overzicht formatie per functie

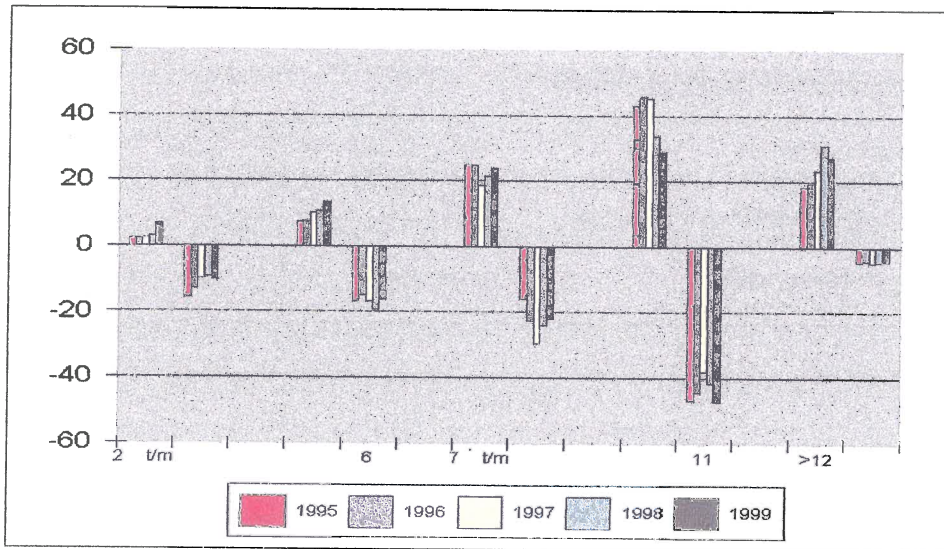
	1995	1996	1997	1998	1999
<u>Wetenschappelijk personeel (in fte's)</u>					
Instituuts-management ^{*)}	3.94	4.00	4.00	4.86	5.00
Programmaleiders	9.34	10.33	9.58	9.06	9.24
(Senior)-onderzoekers (onderzoekers met meer dan 6 ancienn. jr.)	12.77	16.90	21.52	23.92	24.60
Junior-onderzoekers/AIO's	13.34	16.01	11.67	8.88	13.86
Ass.-onderzoekers/student-ass.	8.17	12.97	15.36	10.89	10.04
Sub-totaal wetenschappelijk personeel		47.56	60.21	62.13	57.61
	62.74				
<u>Niet wetenschappelijk personeel (in fte's)</u>					
Instituuts-management	1.00	1.00	1.00	0.97	1.00
Managementondersteuning (dir.-secr. + PR)	4.77	4.91	5.98	5.57	6.02
Onderzoeksondersteuning (res-ass., bibl. proj.secr., registr.)	14.08	14.85	16.89	19.70	23.29
Informatici	1.00	1.00	1.00	1.11	1.03
Algemene Dienst	6.60	6.92	7.35	8.41	9.63
Sub-totaal niet wetenschap. personeel	27.44	28.68	32.22	35.76	40.97
Wetenschap. + niet wetenschap. personeel	75.00	88.89	94.35	93.37	103.7
Wetenschap. personeel in % van totaal	63.4%	67.7%	65.9%	61,7%	60.5%

*) 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 1999, uitgesplitst naar mannen en vrouwen. Uit deze figuur blijkt dat de salarisopbouw in de laatste jaren niet onderhevig is aan grote veranderingen, ondanks de toename van de formatie.

De 'feminisering' van het onderzoek is terug te vinden in de salarisgroep 10/11. Vijf jaar geleden werkte zowel bij de mannen als bij de vrouwen 40% in een functie op schaal 10/11, nu is dat resp. 29% en 47%.

Figuur 2: Salarisniveau gehele personeelsbestand, periode 1995-1999



ZIEKTEVERZUIM

Sinds 1997 wordt het ziekteverzuim geregistreerd volgens de algemeen gangbare NIA methode.

In deze methode wordt geregistreerd op basis van kalenderdagen. Zieke medewerkers die de werkzaamheden gedeeltelijk hebben hervat tellen in deze methode als volledig arbeidsongeschikt. Het zwangerschapsverlof buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2: Ziekteverzuim en vorm dienstverband

	totaal verzuim pct. (excl.zwangersch)
1997	1,9%
1998	2,4%
1999	2,7%

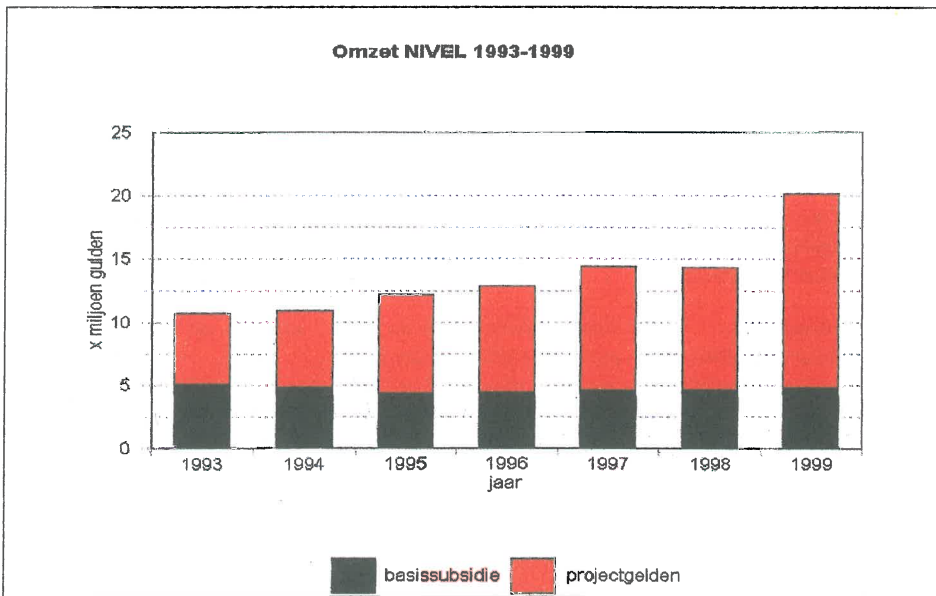
N.B. Als gevolg van de wijzigingen in de ziekwet en de wettelijk verplichte taken, die Arbodiensten hebben gekregen met betrekking tot ziekteverzuimbegeleiding en registratie, zijn sinds 1995 geen betrouwbare landelijke verzuimcijfers meer beschikbaar.

OMZET

In onderstaand figuur 3 is de omzet van het Nivel over de afgelopen 7 jaar weergegeven. Opvallend is een continue stijging van de projectsubsidies met een grote toename in 1999, terwijl de basissubsidie nagenoeg constant is gebleven. Dit heeft tot gevolg dat de basissubsidie als percentage van de omzet fors afneemt. In 1998 was het nog ongeveer 33%, voor 1999 slechts 20%.

De stijging van projectsubsidie in 1999 wordt voor een groot deel veroorzaakt door de subsidietoezeggingen voor de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Figuur 3: Omzet Nivel



9. OVERZICHT AANVRAGEN VAN GEGEVENS UIT DE REGISTRATIES IN 1999

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
Paog Universiteit Rotterdam	Lentesymposium van de Districtshuisartsenvereniging	adressen van huisartsen
Dhr Y. Postma, huisarts in opleiding	Werkbelasting tijdens diensten	adressen van huisartsen
Stichting Consument en Veiligheid	Actie Sport Blessure Vrij	adressen van huisartsen
ABF onderzoek en informatie	Onderzoek voorzieningen op wijkniveau	statische gegevens
Nivel	Enquête Consumentenbond	adressen van huisartsen
De heer J.W. Kors	Onderzoek telefonische bereikbaarheid huisartsen	adressen van huisartsen
Nivel	Onderzoek samenwerking huisartsen en verpleeghuizen	adressen van huisartsen
Nivel	Onderzoek WGBO	adressen van huisartsen
Mw. C.M. Lobo, Erasmusuniversiteit Rotterdam Instituut Huisartsgeneeskunde	Carpe-onderzoek	statistische gegevens
Universiteit Maastricht Vakgroep huisartsgeneeskunde	Onderzoek rol huisarts bij ingrijpende gebeurtenissen	adressen van huisartsen
Universiteit Utrecht Vakgroep huisartsgeneeskunde	Behandeling gordelroos	adressen van huisartsen
Nivel	Conferentie "De multifunctionele huisartspraktijk"	adressen van huisartsen
Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit Nijmegen	Onderzoek bemoeilijkte mictie bij oudere mannen	adressen van huisartsen
Gemeente Eindhoven	Aantal huisartsen in Eindhoven vanaf 1965	statistische gegevens
Nederlands Huisartsen Genootschap	Mailing huisartsen	adressen van huisartsen
Nivel	Onderzoek Lin-H	adressen van huisartsen
Isala klinieken	Mailing antenatale diagnostiek	adressen van huisartsen

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
UMC Utrecht Vakgroep huisartsgeneeskunde	Onderzoek maagklachten in de huisartspraktijk	adressen van huisartsen
Provincie Zeeland	Onderzoek naar verwijdering specifiek ziekenhuisafval	adressen van huisartsen
Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Universiteit Maastricht	Onderzoek systematische toetsing	adressen van huisartsen
De heer M. Van der Plas, huisarts in opleiding	Chirurgische interventies door huisartsen bij ingegroeide teennagels	adressen van huisartsen
VU ziekenhuis Amsterdam	Onderzoek kennis van huisartsen over genetica en genetische testmethoden	adressen van huisartsen
Nivel	Onderzoek bruikbaarheid en validiteit van een screeningsinstrument	adressen van huisartsen
Rijksuniversiteit Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde	Onderzoek bespreekbaarheid van erectiestoornissen in de huisartspraktijk	adressen van huisartsen
Mw. K. Dijkstra, huisarts in opleiding	Onderzoek preventie, diagnostiek en beleid van (dreigende) vroeggeboorte, door gynaecologen, huisartsen en verloskundigen	adressen van verloskundigen
Nederlands Genootschap van artsen voor maag-, darm- en leverziekten	Mailing speciale editie voor huisartsen van tijdschrift MAGMA	adressen van huisartsen
SIG Zorginformatie	Update LVR-registratie	adressen van verloskundigen
Mw. S. Jonkers Universiteit Maastricht	Onderzoek kosteninformatie-systemen van vrijgevestigde verloskundigen	adressen van verloskundigen
Mw. J. van den Burg, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit huisartsgeneeskunde	Onderzoek naar vaccinatiebeleid van huisartsen ten aanzien van tetanusprofylaxe	adressen van huisartsen
Nivel	Onderzoek naar gezondheidsproblemen illegalen en knelpunten in de zorg	adressen van huisartsen en verloskundigen

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
Bureau Driessen Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek	Onderzoeksproject "Geweld tegen beroepsbeoefenaren in de semi-openbare ruimte"	adressen van huisartsen
Kenniscentrum pijnbestrijding van het AZN	Inventarisatie pijn bij ouderen	adressen van huisartsen