



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



**Nederlands instituut voor  
onderzoek van de gezondheidszorg**

Postadres : Postbus 1568, 3500 BN Utrecht  
Bezoekadres : Drieharingstraat 6, Utrecht  
Telefoon : 030 - 2729700  
Fax : 030 - 2729729  
Web-site : www.Nivel.nl



## DEEL 1 HET ONDERZOEK

<b>1 Het NIVEL in 2002</b>	<b>7</b>
<b>2 Gezondheid en ziekte</b>	<b>11</b>
2.1 Dertig procent meer suikerzieken dan begin jaren negentig	11
2.2 Wie vaak 's nachts plast, functioneert overdag slechter	12
2.3 Lessen van de Enschedese vuurwerkramp; Meer psychische en onverklaarde lichamelijke problemen	13
2.4 Volgens Europese griepregistraties van EISS; vorig jaar minder griep dan ooit in Nederland	14
2.5 75-plussers gaan steeds vaker naar hun huisarts	15
<b>3 Wat vindt de patiënt er van?</b>	<b>17</b>
3.1 Wanneer is een ziekenhuis patiëntvriendelijk genoeg?	17
3.2 Chronisch zieken profiteren onvoldoende van belastingaftrek	17
3.3 Chronisch zieke WAO-ers niet optimistisch over WAO-plannen kabinet	18
3.4 'Perspectief' voor Marokkaanse mannen	19
3.5 Huidbleekmiddelen brengen donkere vrouwen in problemen	20
3.6 Onderzoek klantwensen moet zorg verbeteren	22
3.7 Thuiszorg-cliënten zijn tevreden	23
3.8 RIO-cliënten vinden snelle procedures het belangrijkste	24
3.9 Patiënten oordelen over ziekenhuiszorg	25
3.10 Niemand klaagt als iedereen slecht behandeld wordt	26
<b>4 In de praktijk</b>	<b>29</b>
4.1 Belangstelling voor grieprik stabiliseert zich	29
4.2 Consult bij obstetrici/gynaecologen wordt langer	30
4.3 Hoe lang duurt een Europees huisarts-consult?	30
4.4 Kinderen toeschouwer in eigen consult	31
4.5 Met vrouwelijke patiënten wordt anders gecommuniceerd	31
4.6 Twee op de drie vrouwen is vermoed	32
4.7 Patiënten stellen nauwelijks vragen en vragen ook zelden om verheldering	32
<b>5 Naar een betere kwaliteit</b>	<b>35</b>
5.1 Implementatie kwaliteitsbeleid paramedische zorg: aansturing en organisatie van het IKPZ-programma	35

- 5.2 Psychiatrisch verpleegkundigen en kwaliteit
- 5.3 Kwaliteit van zorg nog nauwelijks 'hard'
- 5.4 Specialisten verschillen van mening over

## **6 Werken in de zorg**

- 6.1 Nederland telt weinig verpleegkundigen
- 6.2 Cijfers over uitstromende huisartsen
- 6.3 Jonge huisartsen beginnen steeds sneller
- 6.4 Nieuwe agio's willen minder werken dan
- 6.5 Door deeltijdwens meer chirurgen in opleiding
- 6.6 Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer invloed op het management
- 6.7 Werkdruk van verloskundigen is verminderd
- 6.8 In 2010 weer voldoende verloskundigen?
- 6.9 Maatschappelijk werk wordt uitgebreid

## **7 Financiering en structuur**

- 7.1 Naar een flexibele vergoedingsregeling
- 7.2 Oost-Europa importeert Nederlandse huisartsen
- 7.3 Selectief contracteren levert weinig op in
- 7.4 Proef met zorgpas beëindigd

## **DEEL 2 DE ORGANISATIE EN HAAK**

### **8 Bibliotheek en documentatie**

- 8.1 Nauw verweven met onderzoeksafdeling
- 8.2 Thematische presentatie van informatie
- 8.3 Toegankelijk voor iedereen

### **9 Congressen en cursussen**

### **10 Het bestuur**

### **11 Externe contacten**

<b>12 Lijst van publicaties</b>	<b>67</b>
12.1 Internationale artikelen	67
12.2 Overige internationale publicaties	69
12.3 Dissertaties	70
12.4 Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften	70
12.5 Artikelen in vaktijdschriften	71
12.6 Boeken en boekbijdragen	73
12.7 Rapporten	73
12.8 Lezingen en posterpresentaties	75
<b>13 Personele zaken</b>	<b>83</b>
<b>14 Overzicht aanvragen van gegevens uit de registraties</b>	<b>91</b>
<b>15 Index</b>	<b>92</b>



## 1 Het NIVEL in 2002

Het NIVEL-onderzoek heeft een nauwe relatie met het volksgezondheidsbeleid. Als het beleid nu al ruim een jaar ‘stil staat’ en het zelfs niet goed mogelijk is om op de samenstelling van de nieuwe coalitie te anticiperen, dan zit er niet veel anders op dan lopende projecten af te maken en ons te concentreren op de problemen in gezondheidszorg die betrekkelijk beleidsresistent zijn of waarop een Nederlandse minister van volksgezondheid niet zoveel invloed heeft, zoals wachtlijsten, de invloed van Europese regelgeving, de snel en sterk veranderende positie van de huisarts, de (al dan niet terechte) vrees voor de opkomst van oude en nieuwe besmettelijke ziekten en arbeidsongeschiktheid wegens problemen die ‘tussen de wervels’ en ‘tussen de oren’ gelokaliseerd moeten worden.

Hopelijk besluit het nieuwe kabinet niet opnieuw tot het invoeren van eigen bijdragen. Onderzoek (onder meer van het NIVEL) heeft uitgewezen dat een kleine eigen bijdrage niet effectief is, ondermeer vanwege de bijkomende administratiekosten en dat eigen bijdragen die wèl effect hebben zo fors moeten zijn dat ze in de Nederlandse context onaanvaardbaar zijn.

### *De Tweede Nationale Studie*

In 2002 hebben NIVEL onderzoekers hard gewerkt aan het voltooiën van de Tweede Nationale Studie van Ziekten en verrichtingen in de huisarts praktijk. De eerste resultaten komen heden (begin 2003) naar voren; naar de letter geïnterpreteerd horen ze nog niet in een jaarverslag over 2002 thuis, maar er kan al gesteld worden dat vooral de vergelijking met de vorige studie uit 1987/88 bijna elk resultaat extra reliëf geeft. De Nederlandse samenleving is in de afgelopen 15 jaar fundamenteel veranderd en dat blijkt uit bijna elke tabel die wordt geproduceerd. Een op gezette tijden herhaalde Nationale Studie (van ziekten en verrichtingen in de huisarts praktijk) geeft diepgaande inzichten in de gezondheid en het gezondheids- en ziektegedrag van Nederlandse bevolking en de reactie daarop in de spreekkamer van de huisarts.

### *Patiënten-oordelen en benchmark-onderzoek*

In de afgelopen jaren is in de gezondheidszorg het accent zwaarder komen te liggen

op de wensen en behoeften van de patiënt. Dat de lang met de mond beleden; zachtjes werd dan er zit-ie behoorlijk in de weg'. Dat is definitief vera patiënten is in wet- en regelgeving vastgelegd en toenemende mate deel uit van de cyclus van plan gezondheidszorg. Cliëntenraden worden in toene Ook het NIVEL evolueert mee; het komt voort ui heidszorg; dat is nog steeds te zien in het onderzo dage wordt in drie themagebieden (vraag gestuor en gezondheidszorg) de positie van de zorggebru In 2002 heeft het NIVEL twee grote projecten afg de Consumentenbond verrichte 'ziekenhuisvergel ëntenraadpleging' van het grote, door Pricewaterh 'Benchmark Thuiszorg'. De cliënten van Nederla len de thuiszorg die zij krijgen als ruim voldoende het meest tevreden over de bejegening door de hu informatievoorziening door de instelling. Voor de vrijwel allemaal bij een volgende behandeling. Een belangrijk punt van kritiek is de informatievo zen en de thuiszorg dus sterk op elkaar, als je het :

Meningen van consumenten en patiënten worden : panels: het samen met de Consumentenbond geëx Gezondheidszorg', bestaande uit een representatie Nederlanders en het Patiënten Panel Chronisch Zi groep van uit huisartsenpraktijken geselecteerd m (de 'heavy users' van de gezondheidszorg). Bij de gelen die in de gezondheidszorg worden genomen wordt hoe men omgaat met de ziekte(n) en hoe de vloedt.

In 2002 is onderzoek gedaan naar de maatschappe en naar het vertrouwen in de gezondheidszorg. He matisch minder hoog dan vertrouwen in beroepsbe Het NIVEL heeft een instrument ontwikkeld: de C patient's eye), waarmee lokaal de gezondheidszor beeld door regionale patiëntengroepen. Helaas blij Lokale patiëntengroepen kunnen vaak geen goed



specialisten in het plaatselijke ziekenhuis. Het Quote-instrument kan per zorgsoort worden aangepast (er is inmiddels een hele verzameling van); de gegevens komen in een database, die ter beschikking van de gebruikers wordt gesteld. Zo kan onderzoek bijdragen aan een betere afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Een greep uit de onderzoeksresultaten van 2002 vindt u in de hoofdstukken 2 tot en met 7. Doel van dit deel is inzicht te geven in de diversiteit aan onderzoek dat binnen het NIVEL plaats vindt. U vindt dus niet van elk onderzoek een beschrijving terug. In deel 2 'de organisatie en haar kengetallen' kunt u wel de totale productie terugvinden in de diverse kengetallen.



## 2 Gezondheid en ziekte

### *2.1 Dertig procent meer suikerzieken dan begin jaren negentig*

Uit de registraties van de Continue Morbiditeits Registraties Peilstations (CMRP) is gebleken dat suikerziekte (diabetes mellitus) in 2000-2001 dertig procent meer voorkwam dan in de periode 1990-1993. Het aantal darminfecties (gastro-enteritis) nam tussen 1998 en 2001 gemiddeld toe van 65 tot 101 mensen per tienduizend. Qua acute luchtweginfecties waren 2000 en 2001 juist rustige jaren. Het CMRP is een landelijk netwerk van huisartsen die elke week het aantal gevallen van bepaalde ziekten registreren en deze doorgeven aan het centrale punt, het NIVEL. Zo kunnen de onderzoekers bijvoorbeeld een epidemie zien aankomen en volgen.

Het netwerk van peilstations, dat sinds 1970 bestaat, dekt ongeveer één procent van de Nederlandse bevolking. Daarmee krijgen epidemiologen een redelijk beeld van een aantal aandoeningen waar ze op een andere manier niet achter kunnen komen, simpelweg omdat de gegevens nergens anders worden geregistreerd.

Een stille wens van de CMRP is een dekkingsgraad van twee procent te bereiken, want dan zouden de epidemiologen de verschillen tussen regio's beter zichtbaar kunnen maken. Gebieden kunnen namelijk pas goed vergeleken worden als in elke regio 25 tot 30 peilstations zijn. Dat is nu niet altijd zo.

Elk jaar beslist de begeleidingscommissie welke ziekten en informatie de huisartsen in het netwerk het komend seizoen moeten vastleggen. Meestal zijn dat ongeveer vijftien onderwerpen, anders wordt de werklast voor de artsen te groot. De coördinatoren streven ernaar dat de medicus ongeveer een half uur per week kwijt is aan de registraties.

Het maakt veel uit welke onderwerpen op de rol staan. Gaat het er om het aantal zelfmoorden te registreren, dan kost dat relatief weinig werk, want dat komt niet zo vaak voor. Maar het aantal mensen dat naar de fysiotherapeut doorverwezen wordt is juist groot. Dus als een huisarts die gevallen moet registreren is dat meteen een forse aanslag op zijn tijd. Om toch over de jaren een redelijk beeld te krijgen van relevante aandoeningen en problemen moet de commissie de onderwerpen elk jaar opnieuw selecteren.

*Bron: Continue Morbiditeits  
Registratie Peilstations  
Nederland 2001, NIVEL, 2002*

*Bron: Kooij D, Dijk L van,  
Schellevis F. Nycturie: preva-  
lentie en kwaliteit van leven.  
NIVEL, 2002*

In 2001 registreerde het CMRP gegevens over al sprongen vooral de resultaten over diabetes mellitus voren. Het aantal gevallen van diabetes mellitus 1 ten opzichte van de vorige registratieperiode in 1995 toename het grootst, in het noorden het kleinst. Voertig jaar kwam de ziekte meer voor. Maar de oorzaken misschien te verklaren is doordat artsen diabetes dan begin jaren negentig.

Darminfecties namen tussen 1998 en 2001 gemiddeld tienduizend. Als de huisarts bij dergelijke patiënten het vaker een bacterie dan een virus. Wanneer men zonder naar de huisarts te gaan, dan was de ziekte bleek uit de Sensor-studie.

## **2.2 Wie vaak 's nachts plast, functioneert overdag**

Bijna de helft van de Nederlanders (46%) moet 's nachts uit bed uit om te plassen, een derde gaat één keer per twee keer of vaker. Ze hebben daar overigens weinig problemen. Uit een telefonische enquête door het NIVEL onder 20 jaar ouder. Van hen vulden 859 mensen een schriftelijk vragenlijst van het 's nachts moeten plassen (nycturie) op hun huis. Het bleek dat nycturie één van de belangrijkste oorzaken van problemen is. Mensen die slecht slapen, functioneren fysiek minder goed. Mensen die slechtere gezondheid is slechter dan die van mensen die wel goed slapen. Uit de telefonische enquête bleek verder dat vrouwen vaker dan mannen en ouderen vaker dan jongeren. Mensen die medicatie en mensen die geneesmiddelen gebruiken moeten vaker plassen. Van de Nederlanders die 's nachts moeten plassen, hebben 46% vier of vaker per nacht met problemen. Van de mensen die drie keer 's nachts moeten plassen, hebben 72% geen enkel probleem mee en van de mensen die twee keer 's nachts moeten plassen, hebben 72%. In vergelijking met buitenlands onderzoek is de prevalentie van 's nachts moeten plassen, maar dat ze er minder problemen mee hebben. Verder blijkt uit het onderzoek dat mensen met nycturie vaker klachten hebben en dat zij een slechtere gezondheid hebben dan de Nederlandse Nederlander. Alles duidt erop dat nycturie niet een probleem is maar vrijwel altijd voorkomt met andere klachten.

veling dat huisartsen aan patiënten die bij hen komen met slaapproblemen of andere urinewegklachten, standaard zouden moeten vragen of zij last hebben van nycturie. Het onderzoek is uitgevoerd uit in opdracht van de farmaceutische fabrikant Ferring B.V.

### ***2.3 Lessen van de Enschedese vuurwerkramp; Meer psychische en onverklaarde lichamelijke problemen***

Enschedeërs die op een of andere manier betrokken waren bij de vuurwerkramp in mei 2000 hebben meer psychische en overklarede lichamelijke problemen en meer aandoeningen van het bewegingsapparaat. Ook rapporteren artsen bij hen meer maagdarm- en huidproblemen.

Het NIVEL en het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam onderzochten na de Bijlmerramp de gezondheid van betrokkenen in Amsterdam-Zuidoost. Het ging niet alleen om directe slachtoffers, maar ook om brandweer- en politiemensen, en om ambulancepersoneel. Ook moeten de gezondheidseffecten worden gevolgd (monitoring). Na de vliegtuigcrash in de Bijlmer gebeurde dat, achteraf gezien, te laat. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport leerde van die ervaring. Zodoende gaf het na de explosie in Enschede en later na de nieuwjaarsbrand in Volendam het NIVEL opdracht de monitoring op te zetten van de gevolgen van rampen voor de gezondheid. Dat had twee doelen: nagaan hoe rampen op de lange termijn de gezondheid beïnvloeden, en feedback geven aan zorgverleners.

In Enschede registreren de onderzoekers van het project 'Monitoring gezondheidseffecten van rampen' gegevens over betrokkenen. Deze komen van het RIAGG, veertig huisartsen, acht bedrijfsartsen en veertien apotheken. De onderzoekers volgen de getroffen personen minstens vier jaar. Allereerst worden hun gegevens opgediept van een jaar vóór de ramp, en verder worden de consulten gevolgd tot drie jaar na het ongeluk. Elk kwartaal krijgen de lokale zorgverleners daar een rapport van, met resultaten en aanbevelingen.

Het blijkt dat mensen die op een of andere manier bij de ramp betrokken waren nu meer psychische problemen en onverklaarde lichamelijke klachten hebben, en meer aandoeningen van het bewegingsapparaat. Lag het percentage gevallen onverklaarde lichamelijke problemen vóór de ramp op twintig procent, daarna nam dat toe tot dertig procent. Hoewel minder, is ook het aantal huidaandoeningen en maagdarmproblemen gestegen. Ook ten opzichte van andere Enschedeërs, komen betrokkenen vaker met dergelijke klachten.

Na de nieuwjaarsbrand in Volendam zijn de onde registreren. Een rapportage daarover is er nog niet in het visserdorp in lijn zijn met die in Ensche

Met de resultaten kunnen het ministerie van VWA aan slachtoffers verbeteren. Zo bevelen de NIVE zich na- en bij te scholen in hoe om te gaan met p lijk onverklaarde klachten. Verder helpt het NIVE protocollen op te stellen waardoor zij optimaal k een ramp gezondheidsproblemen hebben gekrege

#### ***2.4 Volgens Europese griepregistraties van EISS ooit in Nederland***

Zodra het kouder wordt waart de griep weer rond de lakens. Al die gevallen kosten bakken met gel arts, komen in het ziekenhuis terecht of, erger, ste verzuimd en de gezondheidszorg moet allerlei m Om meer greep te krijgen op de vervelende influen Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1949 in ren. In navolging daarvan ontstond in Europa via European Influenza Surveillance Scheme. Doord werk met elkaar uitwisselen kunnen ze eerder ma de griep epidemieën. In 2001 waren elf EU-lander van EISS. Het NIVEL coördineert EISS. In Nede veer zeventig huisartsen die het aantal griepgeval Daarnaast nemen zij met een wattenstaafje wat sl patiënten. Die sturen ze op voor analyse, zodat he worden. Als de onderzoekers nieuwe stammen vi griepvaccin voor het volgende seizoen.

In Europa sloeg in het seizoen 2001-2002 de griep het aantal gevallen zelfs het laagste in de dertig ja gistreerd. Hoewel de griep in 2001-2002 in Europ relatief weinig voorkwam, schoot Nederland daar meldde het huisartsen-netwerk in ons land zo wei entegen moesten er flink aan geloven. Maar zij w Ook registreerden de onderzoekers van EISS in 2 stammen, namelijk het influenza A(H1N2)-virus (

stam B/Victoria/2/87 behoort. Behalve in Ierland, Engeland en Duitsland eisten beide weinig slachtoffers.

Sinds kort verspreidt EISS wekelijks een digitale nieuwsbrief. Daarin staan epidemiologische en virologische gegevens zoals hoe actief de griep is in Europa, om welke virusstammen het gaat, hoeveel slachtoffers die eisen, in welke leeftijdsgroepen die vallen, et cetera.

Een paar dingen vallen op in de registraties van de verschillende landen. Zo blijkt het gezondheidszorgstelsel het aantal geregistreerde griepgevallen sterk te beïnvloeden. Zo meldden in Nederland 136 van de tienduizend mensen een griep, terwijl dat in België er 951 van de tienduizend waren. Dus zeven keer zoveel zieken.

Dat verschil is te verklaren doordat Belgen als ze een dag ziek zijn een doktersattest moet overleggen om te bewijzen dat hun iets mankeert. In Nederland kun je daarentegen als je ziek bent gewoon thuisblijven tot je beter bent. Een werknemer hoeft dus niet voor elk wissewasje naar de dokter.

Een andere factor is dat in België een huisarts per verrichting wordt betaald. Hij heeft er dus belang bij zijn patiënten vaker te zien. In Nederland is dat niet zo. Onze huisartsen moeten woekeren met hun tijd, dus proberen ze overbodige consulten te voorkomen. Zodoende is het aantal ziekmeldingen bij ons veel lager.

Een ander feit is dat de verschillende landen niet dezelfde gegevens registreren. Zo verzamelt Frankrijk veel meer virologische data dan andere lidstaten. EISS streeft ernaar de registraties te harmoniseren, zodat in de toekomst nog veel meer uit de gegevens af te leiden valt.

### ***2.5 75-plussers gaan steeds vaker naar hun huisarts***

In 2001 had de Nederlander gemiddeld 6,3 keer contact met een huisartspraktijk, ziekenfondsverzekerden hadden vaker contact dan particulier verzekerden. Deze contactfrequentie is nagenoeg constant sinds 1997. Onder 75-plussers steeg het aantal contacten met de huisartspraktijk tussen 1997 en 2001 van 15,3 naar 19,5 keer per jaar. Bij patiënten onder de 15 jaar daalde het juist licht.





## 3 Wat vindt de patiënt ervan?

### 3.1 *Wanneer is een ziekenhuis patiëntvriendelijk genoeg?*

Wanneer verdient een ziekenhuis een (on)voldoende voor patiëntvriendelijkheid? Zouden daar absolute normen voor ontwikkeld moeten worden? Of is de gemiddelde score in de hele sector een adequaat ijkpunt om ziekenhuizen in te delen in goed en minder goed?

Het NIVEL zet de sterke en zwakke punten op een rij van de huidige vergelijkingsmethode, waarbij de gemiddelde score van alle instellingen als ijkpunt geldt voor het beoordelen van de score van één instelling. Ook worden alternatieven beschreven. De ziekenhuizen zelf pleiten voor normen die gekoppeld zijn aan de (jaarlijks stijgende!) gemiddelde score van alle ziekenhuizen. Alleen in bijzondere situaties zou sprake moeten zijn van absolute normen, bijvoorbeeld wanneer de gezondheid van de patiënt gevaar loopt als de norm niet wordt gehaald.

Dat staat in een beschouwing over het gebruik van normen voor de patiëntvriendelijkheid ziekenhuizen. Dit rapport is een onderdeel van het Ziekenhuisvergelijkingsonderzoek dat het NIVEL en de Consumentenbond samen uitvoeren in opdracht van het ministerie van VWS en de Consumentenbond. Het toetsen van de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen heeft onder meer als doel consumenten en andere partijen inzicht te geven in de kwaliteit van de zorg.

### 3.2 *Chronisch zieken profiteren onvoldoende van belastingaftrek*

Eenderde van alle chronisch zieken heeft een beschikbaar inkomen van minder dan 1000 euro per maand. Dit komt doordat ze vaker zijn aangewezen op een uitkering. Ook hebben ze hoge uitgaven door hun ziekte. Om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun extra uitgaven is er een mogelijkheid gecreëerd om ziektekosten af te trekken van de belasting. Hiervan maakt slechts 11% van de chronisch zieken gebruik. De oorzaken hiervan zijn gelegen in de onbekendheid met de regeling en de toegankelijkheid ervan. Dit blijkt uit een onderzoek van het NIVEL in samenwerking met de Stichting voor Economisch Onderzoek van de Universiteit van Amsterdam. Het onderzoek is gefinancierd door ZonMw.

Chronisch ziek of gehandicapt zijn brengt veel extra kosten met zich mee.

*Bron: Rijken, P.M. Janssens, L.R., Können, T.D., Kok, L.M., Spreeuwenberg, P. Financiële positie van chronisch zieken: gebruik en mogelijkheden van de regeling voor buitengewone uitgaven binnen de Wet inkomstenbelasting 2001. NIVEL/SEO, 2003*

Hieronder vallen eigen bijdragen voor behandelingsmiddelen en aanpassingen. Daarnaast zijn er kosten die door gezonde mensen veel minder of zelfs niet worden gemaakt. Het gaat hierbij onder andere om extra koste- dingkosten, extra energie- en verwarmingskosten, tielkosten voor mantelzorgers, omdat je de buurvrou- boodschappen brengt toch af en toe ook eens een- wilt geven.

Slechts 11% van de chronisch zieken heeft gebruik voor buitengewone uitgaven over het belastingjaar als in 1999, voor de herziening van de Wet inkom- gen met cijfers uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Slechts 11% van de chronisch zieken voor deze regeling in aanmerking niet veel wordt gebruikt is dat veel mensen de reg- eling niet voor hen geldt. De overheid is daarom voorlichtingscampagne (de brochure 'Ik heb wat, ik wil' ) bekendheid te geven aan deze regeling.

Daarnaast vindt de CG-raad, de organisatie die de chronisch zieke mensen vertegenwoordigt, dat de regeling de bij de juiste doelgroep toekomt. Degenen nu nu het meest en ook niet-chronisch zieken en niet-chronisch zieken bepaalde gevallen de aftrekregeling benutten, bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering hebben. In de Tweede Kamer moties ingediend waarin wordt aangedrongen op een regeling. In het onderzoek is daarom ook gezocht naar alternatieven. Een alternatief is een aangepaste regeling die niet-chronisch bij de ziektekostenpremies niet meer aftrekbaar zijn. Uit simulaties van deze regeling blijkt dat de kosten van de aftrek zouden kunnen worden gereduceerd.

**3.3 Chronisch zieke WAO-ers niet optimistisch over toekomst**  
Ruim één derde van alle ondervraagde lichamelijke chronisch zieken in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPC) zou later in de WAO terechtgekomen zouden zijn als hun ziekte niet had ingespannen. Dat zijn vooral mensen die vóór de WAO gekomen zijn. Circa 10% van alle volwassenen met een chronische aandoening. Zij vormen een belang-

Eén van de belangrijkste doelstellingen van het kabinet is het beperken van de instroom in de WAO, onder andere door het uitsluiten van mensen met minder exact omschreven diagnoses, het uitsluiten van mensen die niet duurzaam en volledig arbeidsongeschikt zijn, en de verplichting aan werkgevers om zich meer en langer (2 jaar in plaats van 1 jaar) in te spannen om zieke werknemers aan het werk te houden. Onderzocht werd hoe 400 chronisch zieke PPCZ-leden (zowel werkenden als WAO-ers) aankijken tegen deze plannen.

Zestig procent van de geïnterviewden is van mening dat het kabinet zijn doel zal bereiken met de huidige plannen, mede omdat zij verwachten dat werkgevers meer voor hun zieke werknemers gaan doen. Tweederde van de geïnterviewde chronisch zieken denkt echter niet dat chronisch zieken makkelijker werk zullen vinden. Hun eigen reïntegratiekansen zullen dan ook niet toenemen, verwachten zij. Tweederde van de geïnterviewden verwacht zelfs dat veel chronische zieken ten onrechte uitgesloten zullen worden van de WAO. Het intrekken van de WAO-uitkering kan grote financiële consequenties hebben voor de betrokkenen.

Het onderzoek is gebaseerd op een telefonische enquête onder bijna 400 chronisch zieke leden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), waarvan 136 een WAO-uitkering krijgen en de overigen (deels part-time) werken. Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken wordt uitgevoerd door het NIVEL, met financiële ondersteuning van het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

### **3.4 ‘Perspectief’ voor Marokkaanse mannen**

‘Perspectief’ was de naam van een pilot-project in de stad Utrecht, waarmee gepoogd werd een groep sociaal en maatschappelijk vastgelopen, psychisch arbeidsongeschikte Marokkaanse mannen aan werk te helpen. Dit pilot-project geëvalueerd op verzoek van de deelnemende organisaties. Het onderzoek bestond, uit interviews met relevante betrokkenen, waaronder vier cliënten van het project, en documentanalyse.

De cliënten van Perspectief kregen een kortdurende behandeling (10-15 gesprekken) bij het RIAGG aangeboden, gericht op vermindering van hun psychische klachten. Daarna zouden ze worden begeleid bij het vinden van betaald of onbetaald werk. Perspectief was een ambitieus project, met een complexe cliëntengroep, zonder eigen hulpvraag, met een negatief beeld van het RIAGG en met een sociale en culturele achtergrond en een specifieke ziektebeleving en ziektepresentatie die niet aansluit bij het aanbod van de Nederlandse hulpverlening.

Zeventien van de 28 geselecteerde cliënten zijn bij het RIAGG onder behandeling

*Bron: Mouthaan I, Neef M de, Grielen S, Weide M, Dekker J. Procesevaluatie pilot-project perspectief. Project voor werktoeleiding en sociale activering van psychisch arbeidsongeschikte Marokkaanse mannen in de bijstand. NIVEL, 2002*

geweest. De helft van hen is op enigerlei wijze geïntegreerd in de sociale actieradius toegenomen en zijn de klachten afgenomen. Ze concluderen dat de pilot te kort duurde (16 maanden) om de bereik te bereiken. Het RIAGG concludeert onder meer dat de aandacht die dan aanvankelijk gedaan werd, serieus te nemen is. Het RIAGG en presentatie, door daadwerkelijk aandacht te besteden aan de patiënt bijvoorbeeld te verwijzen naar fysiotherapie. Aan Perspectief deden in eerste instantie mee: de Afdeling Sociale Zaken en Werkprojecten van de Maatschappelijke ontwikkelingen in Utrecht (Sociaal Bureau Arbeidsvoorziening Midden Nederland (ABMNL) en de Afdeling Geheten). In de loop van het project hebben twee partners afgehaakt. Perspectief is gefinancierd door de Sociale Verzekeringen (LISV).

### **3.5 Huidbleekmiddelen brengen donkere vrouw**

De Nederlandse bevolking is de laatste vijftig jaar steeds lichter van de bevolking donker. In de grote steden, vooral in de jongeren in de grote steden, is het zelfs de helft. Deze mensen hebben recht op goede medische zorg en op goede aansluiting. Bij allochtonen wordt dat bemoeilijkt door taalbarrières en bij vluchtelingen nog eens door heftige psychische trauma's in het verleden.

De onderzoekers binnen het themagebied Migranten en Vluchtelingen sluiten te verbeteren. Ze doen dat via drie onderzoeken.

Binnen de lijn 'Etnische minderheden en andere groepen' kijken we onder meer naar de factoren die bepalen hoe en in hoeverre mensen maken van de zorg. Ook kijken ze naar hoe allochtonen de zorg ervaren.

Een ander onderzoek, opgezet in samenwerking met de Afdeling Vrouwen die huidbleekmiddelen gebruiken. De onderzoekers hebben flink probleem bloot. Van de 1400 onderzochte vrouwen zijn 140 Marokkaanse vrouwen de middelen weinig (1%) te gebruiken. Van de Surinaamsen en Antilliaansen is dat drie procent. De onderzoekers hebben de mogelijkheden weg te werken zoals littekens. Ghanese vrouwen

veertig procent smeert. Ze denken met een lichtere huid gemakkelijker een man of baan te vinden.

In de middelen zitten vaak corticosteroiden en hydrochinon. Geen onschuldige stoffen. Tien procent van de gebruiksters ontwikkelt daardoor ochronose, een aandoening waarbij donkere huidvlekken ontstaan. Zij bereiken dus precies het tegenovergestelde van wat ze willen.

Maar een klein deel van de vrouwen kent de risico's van de middelen. Ook huisartsen weten weinig van het overdreven gebruik van deze middelen, evenals sommige dermatologen, zo blijkt uit dit onderzoek. Het is dus een sluimerend, maar groot probleem.

Binnen de tweede onderzoekslijn 'Asielzoekers en vluchtelingen' gaat de aandacht vooral uit naar de belasting van huisartsen die deze groepen op hun spreekuur krijgen. In een gewone praktijk, waar ook asielzoekers en vluchtelingen komen, is het aantal patiënten met psychische problemen onder deze groepen ongeveer tien procent. Bij artsen in opvangcentra is dat vijftien procent. Bovendien zijn die psychische klachten veel zwaarder dan normaal.

Huisartsen hebben moeite om met de trauma's van de asielzoekers om te gaan. Bovendien worden ze ongewild geconfronteerd met juridische vragen, en kunnen ze moeilijk communiceren met de asielzoekers. Soms kan het met een tolk, maar als die er niet is, moet het in gebarentaal. Door al die hindernissen is de tijdsdruk veel groter en het werk meer emotioneel belastend.

Als derde onderzoekslijn 'Sociale achterstand' evalueren de onderzoekers het effect van de zogenaamde achterstandsfondsen. Ruim vijf jaar geleden stelde het ministerie van VWS die in om de uittocht van huisartsen uit achterstandswijken te keren. Deze mensen vertrokken, omdat ze zwaardere problemen op hun bord kregen, die meer tijd vergden. Ook financieel was dat oninteressant.

De fondsen compenseerden de huisartsen in de betreffende wijken voor hun grotere inspanning per patiënt. Daarnaast kregen de districtshuisartsverenigingen (DHV's) geld om specifieke initiatieven te ontwikkelen en verwaarloosde praktijken weer op te tuigen. Dat kwam letterlijk neer op een verfje, een computer, et cetera, maar ook ontwikkelden ze de nieuwe HOED-praktijken (Huisartsen Onder Één Dak).

Daardoor bleef huisartsenzorg in achterstandswijken aantrekkelijk voor nieuwe huisartsen. Alles bij elkaar zijn de achterstandsfondsen dus goed besteed, constateren de NIVEL-onderzoekers.

**3.6 Onderzoek klantwensen moet zorg verbeteren**  
 Zorgverzekeraar CZ gaat in contracten met zorgv  
 afspraken maken over de service die klanten wen  
 theek of fysiotherapeut. CZ laat de ervaringen va  
 zoeken om zo te kunnen achterhalen of de dienst  
 anders of beter moet. In opdracht van CZ heeft he  
 vinden van huisartsen, fysiotherapeuten, apotheke  
 liteit van de zorg die ze krijgen.

Het is de eerste keer dat een zorgverzekeraar een  
 volledig vanuit klantenperspectief is opgezet. De  
 bezoekers van een huisarts, 173 bezoekers van ee  
 zoekers en 298 polikliniekbezoekers. De persone  
 Consumenten Panel Gezondheidszorg een gezar  
 Consumentenbond en het NIVEL.

De geïnterviewde personen zijn erg goed te sprek  
 hun huisarts en hun fysiotherapeut, apotheek of p  
 zij meer punten die voor verbetering in aanmerk  
 zijn zaken die door minstens 20 % van de mense  
 worden, maar waarover ze gemiddeld minder goe  
 1 tot 4) te spreken zijn.

#### *Huisarts*

Mensen zijn erg te spreken over hun huisarts, om  
 respect behandelt. Dingen die beter kunnen zijn e  
 afspraak kunnen maken voor de volgende dag; ze  
 krijgen over de voorgeschreven medicijnen en ov  
 een behandeling; bovendien willen ze dat hun hui  
 Chronisch zieken zijn minder te spreken over de i  
 huisarts.

#### *Fysiotherapeut*

Mensen zijn erg te spreken over de bereikbaarhe  
 fysiotherapiepraktijk en ook over hun fysiotherap  
 en ze telkens behandeld worden door dezelfde per  
 liefst binnen een week na verwijzing door de arts,  
 nen. Ook willen ze graag dat de fysiotherapeut he  
 klachten kunnen voorkomen. Vrouwen vinden bo  
 nig privacy biedt.

### *Apotheek*

De geïnterviewde personen zijn tevreden met de begrijpelijke bijsluiter die de apotheek levert. Ook zijn ze blij dat de apotheek in de gaten houdt dat zij geen medicijnen krijgen die slecht zijn in combinatie met andere medicijnen die zij krijgen. Wel zouden ze meer informatie willen krijgen over mogelijke bijwerkingen. Ze vinden ook dat hun medicijnen altijd op voorraad moeten. Bovendien willen ze meer privacy aan de balie. Chronisch zieken zijn positiever dan gezonden over de informatie die ze krijgen.

### *Polikliniek*

Mensen zijn tevreden over de (fysieke) bereikbaarheid en toegankelijkheid van de polikliniek. Ook vinden ze dat de mensen die daar werken deskundig zijn. Wat volgens hen verbeterd kan worden is dat de behandelend specialist met wie zij een afspraak hebben voldoende tijd heeft om met hen te praten. Ook wensen ze beter geïnformeerd te worden over de resultaten van onderzoek dat ze hebben ondergaan. Vooral lager opgeleiden en mensen die via het ziekenfonds verzekerd zijn, zijn relatief ontevreden over de manier waarop ze bejegend worden.

### **3.7 Thuiszorg-cliënten zijn tevreden**

De cliënten van Nederlandse thuiszorg instellingen beoordelen de thuiszorg die zij krijgen als ruim voldoende tot goed, net zoals in 1997. Ze zijn het meest tevreden over de bejegening door de hulpverleners en het minst over de toegankelijkheid van de informatievoorziening door de instelling. Dit blijkt uit een schriftelijke enquête onder bijna 25.000 cliënten. Het onderzoek is verricht onder 112 van de 118 Nederlandse thuiszorginstellingen, met als doel het management van de instellingen aanknopingspunten te bieden voor de verbetering van de bedrijfsvoering, het versterken van de positie van de thuiszorg en het ontwikkelen van bouwstenen voor de tariefvaststelling. Opdrachtgevers waren de brancheorganisaties de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en het ministerie van VWS.

De resultaten in het rapport zijn niet herleidbaar tot de individuele instellingen. Wel heeft iedere deelnemende thuiszorginstelling de beschikking gekregen over de scores van de eigen instelling, om die te kunnen vergelijken met de gemiddelde scores van alle instellingen samen en met de scores van de best presterende instellingen (de zogenaamde spiegelinformatie).

Het onderzoek bestond uit een doelmatigheidsmeting, een cliëntenraadpleging in de vorm van een schriftelijke enquête onder een steekproef van 25.000 cliënten van thuiszorginstellingen, een medewerkersraadpleging onder ruim 50.000 thuiszorgme-

Bron: Poerstamper RJC (PWC), Kerkstra A(NIVEL).

*Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport. PWC Consulting/NIVEL, 2002*

dewerkers, een onderzoek naar de maatschappelijke stellingen onder belanghebbenden en een enquête. Op grond van de onderzoeksresultaten zijn 13 bezen. Zij scoren het hoogst op zowel doelmatigheid als kwaliteit van werk. Vier van hen behoorden in de top 10 van de best-practice instellingen. Onder de top 10 van 2000 bevindt zich geen enkele grote thuiszorginstelling.

### **3.8 RIO-cliënten vinden snelle procedures het belangrijkst**

Mensen die bij een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) terecht komen, willen vooral snel weten op welke zorg zij kunnen rekenen. Ze ze dat er bij die indicatiestelling met hun wensen rekening moet worden gehouden met zaken als hun leeftijd en lichamelijke gesteldheid. Uit een onderzoek onder vier RIO's, blijkt dat met name de telefonische service het meest wenselijk volgens de cliënten nog sterk te verbeteren zou zijn. De Consumenten Federatie (NPCF), heeft, in samenwerking met de Nederlandse Kwaliteit, gevraagd om een instrument waarmee de kwaliteit van de indicatiestelling gemeten kan worden vanuit cliëntenperspectief. Het onderzoek naar de mening onderzocht van RIO-cliënten over de kwaliteit van de indicatiestelling houdt in dat onafhankelijk van de kwaliteit van de zorgvraag van een cliënt beoordeeld wordt en dat de indicatiestelling wenselijk/noodzakelijk is. Sinds 1998 verzorgen RIO's de zorg voor verpleging en verzorging thuis of in een verzorgingsinstelling. Ook strekken ook indicaties voor een aantal voorzieningen in de WVG. Na drie jaar is de WVG te gaan of de werkwijze van de RIO's aansluit bij de wensen van de cliënten. Een indicatiestelling, door middel van een externe cliëntenperspectief.

Op basis van kwalitatief inventariserend onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld en uitgetest. De enquête is afgenomen van cliënten met de indicatiestelling door het RIO. Uit het onderzoek vindt de cliënt de verschillende kwaliteitsaspecten vindt. De enquête is ingevuld door RIO-cliënten zelf, eventueel met hulp van medewerkers. Uitgetest in een pilotstudie, waaraan vier RIO's op 1000 van hun cliënten.

Op dit moment wordt geprobeerd om dit meetinstrument te ontwikkelen en te voeren. Zij kunnen dan metingen uitvoeren.



in samenwerking met patiëntenorganisaties.

Met de vragenlijsten kunnen zowel koepelorganisaties als individuele RIO's concreet invulling geven aan (verdere) kwaliteitsverbetering en kwaliteitsborging. Zij krijgen een overzicht van hun eigen scores en kunnen zich spiegelen aan de 'gouden standaard' (100% positieve ervaringen), of aan de RIO's die in de ogen van cliënten het beste presteren (de zogenaamde 'best practices'), of aan het gemiddelde van alle (nu nog vier) RIO's.

### ***3.9 Patiënten oordelen over ziekenhuiszorg***

Hoewel patiënten niet over alle onderdelen van de ziekenhuiszorg even goed te spreken zijn, zouden ze vrijwel allemaal bij een volgende behandeling weer kiezen voor hetzelfde ziekenhuis. Een belangrijk punt van kritiek is de informatievoorziening. Bijna de helft van de respondenten wist niet van eventuele behandelingsalternatieven. Een kwart van de patiënten wist tijdens de opname niet hoe lang de behandeling ongeveer zou duren of hoe pijnlijk deze zou zijn. Bijna een kwart van de ziekenhuispatiënten is van mening dat zij tijdens hun ziekenhuisopname niet snel genoeg een arts konden aanspreken als ze iets wilden weten. Verpleegkundigen waren een stuk makkelijker te benaderen.

Ook de informatievoorziening bij ontslag is een zwak punt. Eenderde van de patiënten wist niet wat te doen in geval van nood, of wanneer contact moest worden opgenomen met de huisarts, en wordt daar onnodig onzeker door.

Over de bejegening op de polikliniek is 80% te spreken. Zo blijkt dat tweederde van de patiënten van mening is dat de arts hen liet meebeslissen, terwijl bijvoorbeeld 86% van mening is dat ze voldoende tijd hadden om te praten en dat hun arts zorgde voor voldoende rust en privacy.

Over de bejegening door artsen gedurende de opname zijn minder patiënten goed te spreken. Ruim eenderde zegt dat de arts hen niet liet meebeslissen over de behandeling. Dit verschilt per specialisme: van KNO-artsen en orthopeden zegt een kwart van de patiënten niet betrokken te zijn bij de behandelingsbeslissing, bij patiënten van cardiologen en internisten is dat de helft.

Patiënten met een spoedopname oordelen vrijwel allemaal bijzonder positief over de manier waarop zij in het ziekenhuis werden ontvangen. Dit geldt ook voor de overgrote meerderheid van de patiënten met een geplande opname.

Bovengenoemde resultaten komen uit een onderzoek naar de patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen. De uitkomsten van de vergelijking tussen de ziekenhuizen zijn in de Consumentengids van juli 2002 gepubliceerd.

Aan het onderzoek werkten 37 ziekenhuizen intensief mee en gaven 40.647 patiën-

Bron: Janse A, Hutten J,  
Spreeuwenberg P. *Patiënten  
oordelen over ziekenhuizen I*,  
NIVEL, 2002

ten hun mening. Het betrof patiënten van de poli-  
cardiologie, interne geneeskunde, chirurgie, gyn-  
patiënten van het laboratorium voor bloedonder-  
De Consumentenbond pleit er al geruime tijd vo-  
te geven (transparantie). Onafhankelijke inform-  
belangrijke voorwaarde voor invloed van de klai-  
Met de resultaten van dit onderzoek kunnen ziek-  
doorvoeren die de patiënten belangrijk vinden er-  
de keuze voor een ziekenhuis. In het onderzoeks-  
individuele specialismen beschreven en worden  
Volgens het NIVEL en de Consumentenbond me-  
vergelijking tussen ziekenhuizen ook aandacht b-  
technische kwaliteit, en de expertise.

### 3.10 Niemand klaagt als iedereen slecht bel-

Mensen willen niet slechter behandeld worden d-  
der als een probleem als de kwaliteit van zorg vo-  
Oudere, zieke mensen wisselen niet graag van zi-  
voor hetzelfde pakket minder premie hoeven te b-  
het onderzoeksgebied 'Internationale vergelijkin-  
zorg' dat zich vooral richt op huidige en toekom-  
ren de onderzoekers ook de herkomstlanden van  
Onlangs is een onderzoek afgerond naar de oord-  
van zorg in tien Europese landen. Het blijkt dat 2  
landen het meeste belang hechten aan 'serieus ge-  
erop dat mensen niet slechter behandeld willen v-  
ving. Zodra ze merken dat het een ander beter is  
over de geboden kwaliteit van zorg. Maar heeft i-  
slechtere ervaringen, en heeft dus iedereen reden  
dat als een onontkoombaar *fact of life*.

Ander onderzoek gaat over de vraag waarom Ne-  
fonds wisselen. In Nederland is dat sinds 1992 m-  
fondsverzekerden deden dat. Volgens berichten i-  
2002, begin 2003 veel meer doordat de nominale  
zijn. In Duitsland kunnen bepaalde groepen verzi-  
wisselen. En sinds 1996 zelfs iedereen. Duitsers  
de ziekenfondspremies veel meer verschillen dar-

beide landen de mensen die van ziekenfonds veranderen, anders zijn dan degenen die niet wisselen. Grofweg bestaan ziekenfondsverzekerden uit twee groepen: jonge gezonde mensen en oudere zieke mensen. Zowel in Nederland als Duitsland wisselen vooral jonge, hoog opgeleiden van ziekenfonds. Zij vinden de hoogte van de premie belangrijk en shoppen daarom op prijs. Oudere, zieke mensen veranderen veel minder. Voor hun is de prijs veel minder een argument dan het zorgpakket dat het ziekenfonds vergoedt en de service die het geeft. Hoewel het ziekenfondspakket bij andere fondsen in Nederland niet en in Duitsland nauwelijks verschilt, en er bovendien een acceptatieplicht bestaat, durven mensen met een slechtere gezondheid niet te veranderen. Blijkbaar redeneren ze: 'Ik weet wat ik heb, maar niet wat ik krijg.'

De ziekenfondsmarkt werkt voor oudere, minder gezonde mensen dus niet goed. Al zijn ze ontevreden over hun ziekenfonds, ze wisselen niet. Beter is als niet alleen prijs een keuzeargument zou zijn, maar ook de geboden zekerheid. Maar om dat te bereiken moet het systeem veel transparanter worden.



## 4 In de praktijk

### 4.1 Belangstelling voor grieprik stabiliseert zich

In de winter van 2001 is 17 procent van de Nederlandse bevolking gevaccineerd tegen influenza. Dat was in 2000 vrijwel evenveel (17,1 %). Van de risicopopulatie is in 2001 75 % gevaccineerd, ook dit is slechts een klein verschil met het jaar ervoor (76%). In 2001 was 22,6% van de bevolking aangemerkt als risicopatiënt. Dat blijkt uit de jaarlijkse evaluatie van de griepvaccinatiecampagne door het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH).

Een influenza-epidemie betekent voor Nederland een groot volksgezondheidsprobleem. Influenza-complicaties doen zich vooral voor bij patiënten met hart- of longaandoeningen, met diabetes mellitus, met chronische nierinsufficiëntie, met terugkerende stafylokokkeninfecties en bij mensen van 65 jaar en ouder. Zij vormen samen de risicopopulatie. Vaccinatie tegen influenza (de 'grieprik') verlaagt zowel ziekte als sterfte ten gevolge van (complicaties van) influenza. Vandaar dat de meeste hoogrisicopatiënten elk jaar door hun huisarts worden uitgenodigd om zich tegen influenza te laten vaccineren.

Sinds 1997 is de vaccinatiegraad van deze risicopopulatie min of meer stabiel, terwijl de vaccinatiegraad van de totale populatie is toegenomen van 12,7% naar 17,0%. Na jaren van groei lijkt de omvang van de risicopopulatie zich nu te stabiliseren. Deze gegevens zijn van belang om een goede schatting te kunnen maken van het aantal benodigde griepvaccins.

De vaccinatiegraad verschilt per risicogroep. De vaccinatiegraad van de risicogroepen cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus is hoog ten opzichte van de andere risicogroepen. De vaccinatiegraad van de risicogroep recidiverende stafylokokkeninfecties is het laagst. In de groep van 65 jaar en ouder blijkt de vaccinatiegraad hoger te zijn als er naast de leeftijdsindicatie nog een andere medische indicatie voor de griepvaccinatie bestaat.

De influenza-vaccinatiegraad van de risicopopulatie is in de afgelopen jaren eerst licht gestegen tot 76%, maar is in 2001 weer licht gedaald tot 75%. Het CVZ (College Voor Zorgverzekeraars) heeft in deze trend geen aanleiding gezien tot beleidswijzigingen voor de griepvaccinatiecampagne.

Om een eventuele structurele terugval van de va het volgens de onderzoekers zaak om de influenz te houden.

#### **4.2 Consult bij obstetrici/gynaecologen wordt la**

Een eerste consult bij een obstetricus/gynaecoloog patiënt, een herhaalconsult 10 minuten. In 1997 v 16 minuten en 9 minuten.

In 1997 gaven gynaecologen aan dat een eerste c moeten duren en een herhaalconsult 11 minuten. duur verder verlengd naar 21 minuten voor een e een herhaalconsult. Om dat te realiseren zouden t nodig zijn.

Er lijkt op dit moment, evenals in de voorgaande grote onvervulde zorgvraag in de obstetrie/gynae de aard van het werk: een bevalling kan bijvoorbeeld relatief grote zorgvraag ten opzichte van het zorg tot een te hoge werkdruk van de obstetrici/gynae men zou willen) dan dat het zal leiden tot lange v Dit blijkt uit het onderzoek 'Arbeidsmarktmonito tweejaarlijkse inventarisatie van gegevens betreff en aanbod, die het NIVEL verricht in opdracht va Obstetrie & Gynaecologie. De ontwikkelingen di naar en het aanbod van obstetrici/gynaecologen k het wenselijk ze op de voet te volgen, zodat de or tijdig kan worden bijgestuurd. Alle werkzame ob: ten obstetrie/gynaecologie en alle afdelingen obst onderzoek met een vragenlijst benaderd.

De resultaten van de peilingen 1997, 1999 en 200 hoeverre de veronderstellingen omtrent de toekor en zorgaanbod nog realistisch zijn en in hoeverre den aangepast. Er is niet alleen gekeken naar de v ook naar de verwachte ontwikkelingen tot 2015.

#### **4.3 Hoe lang duurt een Europees huisarts-cons**

De gemiddelde consultduur in de onderzochte lar België en Zwitserland duren de consulten het lang

*Bron: Velden LFJ van der,  
Bennema-Broos M, Hingstman  
L. Monitor arbeidsmarkt  
obstetrici/gynaecologen.  
Behoefteraming 2001-2015,  
NIVEL, 2002*

Duitsland en Spanje het kortst (gemiddeld 7,7 minuten). Nederland en Engeland nemen met gemiddeld 9,8 minuten een middenpositie in. Het onderzoek vond plaats door de analyse van video-opnames van 3674 spreekkamer-consulten bij 190 huisartsen in 6 verschillende landen. De duur van een gemiddeld Europees huisarts-consult wordt deels (23%) bepaald door het land waarin het consult plaatsvindt, deels (22%) door kenmerken van de arts en deels (55%) door wat er tijdens het consult gebeurt en waarover er wordt gepraat. Dat hangt weer voor een deel samen met kenmerken van de individuele patiënt, zoals diens aandoening, geslacht, of urbanisatiegraad van de woonomgeving. Consulten van vrouwen met psychosociale problemen die in een stad wonen, duren het langst. Het consult van patiënten met (ook) psychosociale problemen duurt gemiddeld langer dan dat van mensen met alleen lichamelijke problemen. Vrouwen krijgen langere consulten dan mannen. In de stad duren consulten langer dan op het platteland. Oudere patiënten krijgen meer tijd van hun huisarts dan jongere. Het geslacht of de leeftijd van de arts bleek geen invloed te hebben op de consultduur.

#### ***4.4 Kinderen toeschouwer in eigen consult***

Artsen stellen niet alleen medisch vragen aan ouders, maar ook aan kinderen. Medische informatie en adviezen werden echter voornamelijk aan de ouder gegeven. Oudere kinderen kregen wel meer medische informatie. Ouders bleken hun communicatiestijl nauwelijks aan te passen aan de leeftijd van hun kind.

Huisartsen blijken bij aanvang van een consult moeite te doen kinderen bij het gesprek te betrekken. Ouders manifesteren zich echter duidelijk als woordvoerder van het kind. Naarmate het gesprek vordert blijken de huisartsen deze rol van de ouder steeds meer te accepteren.

Dit blijkt uit onderzoek naar consulten met huisartsen, ouders en kinderen. De leeftijd van de kinderen lag tussen vier en twaalf jaar. In de meeste consulten begeleidde de moeder het kind naar de huisarts. In totaal namen 58 huisartsen aan het onderzoek deel. Allereerst is gekeken naar de relationele kenmerken van de communicatie binnen de triade arts-ouder-kind. Daarbij stond een sociaal-psychologisch perspectief voor ogen waarmee twee dimensies van gedrag onderzocht werden: instrumenteel en affectief gedrag. Met behulp van het Roter Interaction Analysis System werden verbale uitingen in 16 categorieën ondergebracht. Daarbij werd tevens genoteerd tot wie de uiting was gericht.

#### ***4.5 Met vrouwelijke patiënten wordt anders gecommuniceerd***

Wanneer patiënten vrouw zijn wordt er in een gesprek met de huisarts langduriger

*Bron: Van den Brink-Muinen A,  
Van Dulmen S, Messerli V,  
Bensing J. Do gender-dyads  
have different communication pat-  
terns? A comparative study in  
Western European general  
practices. Patient Educ Couns  
2002; 48: 253-264*

*Bron: Meeuwesen L, Bensing  
J, Van den Brink-Muinen A.  
Communicating fatigue in  
general practice and the role  
of gender. Patient Educ Couns  
2002; 48: 233-242*

over psychosociale zaken gesproken. Psychosociale gesprekken gemiddeld ruim 2 minuten langer dan gesprekken die niet over bod komen. Dit lijkt in Europa een uniek gegeven. Uit een eerdere Europese studie onder huisartsen van verschillende communicatiestijlen van de door sekse bepaalde dyaden binnen en tussen de zes West-Europese landen werden op basis van cluster-analyse werden drie communicatiestijlen medische, een biopsychosociale en een psychosociale gevonden. In sommige landen verschilden de stijlen van de vrouw-vrouw dyades. In sommige landen werden meer verschillen gevonden (Spanje, België, Zwitserland, Groot-Brittannië en Duitsland). Verschillen tussen landen worden veroorzaakt door verschillen in consulten van mannelijke artsen met de patiënt.

#### **4.6 Twee op de drie vrouwen is vermoeid**

60% van de patiënten die zich bij de huisarts meldden, voelden twee weken vermoeid te hebben gevoeld. De gemiddelde leeftijd vaker vrouw, hoger opgeleid en relatief jong. Verrassend vaak aan zich in het algemeen ongezonder te voelen.

De Nederlandse data uit een studie onder Europese huisartsen van 440 video-opnames van consulten van 31 huisartsen werden onderzocht van de wijze waarop over moeheid besproken wordt en welke rol sekse daarin speelt. Moeheid bleek een probleem te zijn, vooral bij vrouwen, maar bleef vaak op de agenda te staan. Vermoeide patiënten voelden zich vaak overvraagd en verwachten meer medische en ook psychosociale ondersteuning. Ze pasten hun communicatiestijl daarop aan, maar bleef vaak met vermoeide dan niet-vermoeide patiënten. Vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsen, communiceren vrouwelijke huisartsen wel vaker

#### **4.7 Patiënten stellen nauwelijks vragen en vragen**

Ongeacht of een patiënt bij een huisarts, een gynecofoon of kinderarts komt, vijf vragen is zo ongeveer het gemiddelde aantal. Bovendien vragen ze de arts tijdens een gesprek niet, terwijl zij toch heel veel informatie te verwerken



voren wanneer communicatiestijlen van arts en patiënt tijdens vele honderden consulten in verschillende medische settings met elkaar worden vergeleken. Daarmee lijkt de mondige patiënt zich in de medische praktijk toch minder te manifesteren dan wel wordt aangenomen. Enige nuancering hierin lijkt dus wel op zijn plaats.



## 5 Naar een betere kwaliteit

### *5.1 Implementatie kwaliteitsbeleid paramedische zorg: aansturing en organisatie van het IKPZ-programma.*

Alle paramedische beroepsverenigingen hebben hun visie op kwaliteitsbeleid op schrift geformuleerd. Dit blijkt uit deze evaluatie door het NIVEL van het programma Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (IKPZ). Het driejarige, in 2000 gestarte, IKPZ-programma is een verzameling projecten met als doel het eerder ontwikkelde kwaliteitsbeleid structureel en gestructureerd in te voeren bij de tien paramedische beroepsgroepen (diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, oefentherapeuten-Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck, orthopedisten, podotherapeuten en radiologisch laboranten).

Het gaat hierbij om kwaliteitsinstrumenten, zoals richtlijnen, intercollegiaal overleg en visitatie van elkaars praktijken. Het programma wordt geregisseerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in opdracht van het Ministerie van VWS.

Bovendien bewaakt het CVZ de voortgang van de projecten die in het IKPZ-programma worden uitgevoerd. De beroepsverenigingen zijn hoofd-verantwoordelijk voor de uitvoering van de projecten en de financiën.

Het NIVEL heeft van CVZ de opdracht gekregen het IKPZ-programma te evalueren, met als doel inzicht te verwerven in de manier waarop CVZ en de paramedische beroepsverenigingen het IKPZ-programma aansturen en uitvoeren.

Dit rapport geeft de evaluatie weer van de aansturing en de organisatie van het eerste jaar van dit programma. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op een document-analyse, schriftelijke enquête onder sleutelpersonen uit alle paramedische beroepsverenigingen en twee mondelinge interviews met beleidsmedewerkers paramedische zorg van CVZ.

Het IKPZ is het derde van een reeks programma's om kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en in te voeren in de paramedische sector. In 1994 werd begonnen met het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Hierin werd een begin gemaakt met de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. In 1997 startte het vervolgprogramma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ). Hierin is in een reeks projecten een groot aantal kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld en is een aanzet gegeven tot de implementatie van een aantal producten.

**5.2 Psychiatrisch verpleegkundigen en kwaliteit**  
 Psychiatrisch verpleegkundigen in Nederland hebben 25 methoden om de kwaliteit van hun zorg te bewaken in instellingen, afdelingen of teams slagen er echter niet altijd in om deze systematisch toe te passen. Dat lukt beter als er een methode wordt ontwikkeld die woordelijk is voor de aansturing van kwaliteitszorg. Nagenoeg alle psychiatrisch verpleegkundigen zeggen dat ze deze methoden toepassen zoals het werken met protocollen voor de patiëntenzorg (MIP). Meer geavanceerde methoden zoals de kwaliteitsgale toetsing, worden volgens hen minder frequent toegepast. Het is name lastig om tijd te vinden voor kwaliteitsbeoordelingen. Het is voor meerdere teamleden tegelijkertijd meedoen, zoals het ontwikkelen van nieuwe methoden, kan er worden toegepast. Het wordt worden echter ook basale methoden minder vaak toegepast. Het verpleegkundigen werkt het bevorderend wanneer een team wordt aangestuurd. Het is niet mogelijk is voor de aansturing van kwaliteitszorg. In de praktijk wordt er vaak ingeroosterd voor die coördinatie-taken. In de praktijk wordt er ontwikkelen van nieuwe methoden, kan er worden toegepast. Het wordt worden gewerkt aan het realiseren van de voorwaarde om deze methoden systematisch toe te passen.

De door psychiatrisch verpleegkundigen gebruikte methoden zijn gecategoriseerd in opdracht van de Algemene Vergadering van de Algemene Verzoeken (AVVV). Het toepassen van kwaliteitszorg is een voorwaarde voor de professionalisering van deze beroepsgroepen. Het onderzoek is gemaakt van een literatuurstudie, een schriftelijke toetsing van vier groe-verpleegkundige hebben meegewerkt, en vier groe-verpleegkundigen. Het onderzoek heeft resultaten kunnen niet worden gegeneraliseerd.

De onderzoekers keken ook naar het gebruik van methoden in verzorgingstehuizen. Hun respons op de vragen was dat er niet en voor een groeps-gesprek konden slechts 8 verzoeken worden gemaakt. Het ziekteverzuim en personeelstekort in hun instelling was niet meer dan een eerste impressie.

Het rapport bevat een appendix met beschrijvingen van de methoden.

**5.3 Kwaliteit van zorg nog nauwelijks 'hard' te meten**  
 Het is momenteel bijna niet mogelijk om zorginstellingen te meten.

*Bron: Speet M, Sluijs E, Wagner C. Toepassing kwaliteitsmethoden door verpleegkundigen en verzorgenden. NIVEL/AVVV, 2002*

wat betreft de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg die zij leveren. Hiertoe ontbreken geschikte manieren om te meten wat de invloed van zorg en behandeling is op de gezondheid van de patiënt (uitkomst-indicatoren).

Er worden in de zorg voornamelijk twee soorten uitkomstindicatoren gebruikt: ten eerste de tevredenheid van patiënten en medewerkers, en ten tweede ongewenste gebeurtenissen, zoals (val)incidenten, infecties, doorliggen, complicaties of klachten. Deze laatste indicatoren zijn volgens zorginstellingen minder geschikt om de kwaliteit van zorg aan externe partijen zichtbaar te maken omdat zij in negatieve termen zijn geformuleerd en meer zeggen over de laagdrempeligheid van de procedures dan over de kwaliteit van zorg. De onderzoekers zijn nauwelijks positieve uitkomstindicatoren tegengekomen, die bijvoorbeeld betrekking hebben op herstel of gezondheidswinst.

Er zijn verschillen tussen de sectoren in de mate waarin men op zoek is naar de ontwikkeling van nieuwe uitkomstindicatoren en de mate waarin het klimaat daar rijp voor lijkt te zijn. Vooral in de ziekenhuizen, de GGD'en en in de GGZ is men daar aan toe. Het onderwerp lijkt geen prioriteit te hebben in AMW-instellingen en weinig prioriteit in de gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen. Een middenpositie wordt ingenomen door thuiszorginstellingen en verpleeghuizen.

De resultaten zijn gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van in totaal 60 zorginstellingen (respons 54%) uit 8 zorgsectoren. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode september 2001 tot en met februari 2002. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gaf opdracht tot dit onderzoek, omdat er behoefte bestaat aan inzicht in de wijze waarop zorginstellingen de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar kunnen maken. Op de landelijke kwaliteitsconferentie (Leidschendamconferentie) die in mei 2000 is gehouden, is geconcludeerd dat de komende jaren prioriteit moet worden gegeven aan de ontwikkeling van indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

Er is in de instellingen nauwelijks een directe relatie te zien tussen de visie of doelstellingen van de instelling en de indicatoren die worden gemeten. In het ideale geval zouden instellingen via het meten van (uitkomst)indicatoren kunnen nagaan of de gestelde doelen worden gehaald, zodat beleid zo nodig kan worden bijgesteld. Dit onderwerp verdient volgens de onderzoekers de aandacht bij de toekomstige ontwikkeling van indicatoren, mede omdat het principe van meten en bijsturen ten grondslag ligt aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Een relativering van de bevindingen is op zijn plaats. Het onderzoek had een kwalitatief karakter. De uitkomsten zijn gebaseerd op interviews met een beperkt aantal instellingen in elke sector. Harde uitspraken kunnen derhalve op dit moment nog

niet worden gedaan. Wel kunnen uit vergelijkbare trends worden afgeleid.

Ook moet worden aangetekend dat is gekeken naar het ziekenhuisniveau. Voor de ziekenhuissector is daardoor de specialismen hun eigen uitkomstindicatoren naar ziekenhuisniveau doorgaans niet beschikbaar.

#### **5.4 Specialisten verschillen van mening over normpraktijk**

De meeste wetenschappelijke verenigingen van specialisten zijn opgesteld voor de minimale omvang van de specialisme. Van de 31 verenigingen hebben alleen die van de geneeskundigen en gynaecologen geformuleerd hoe de specialisme werkzaam moeten zijn in een maatschap of afdeling. De andere verenigingen bereiden zich voor op de vaststelling van de normpraktijk nog onderwerp van discussie.

Veel wetenschappelijke verenigingen van medische specialisten hebben bij het formuleren van normpraktijken. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven.

- Door de talrijke fusies is het aantal specialisten vaak al ‘vanzelf’ toegenomen, en is het aantal specialisten per afdeling of maatschap daardoor toegenomen.
- Het verband tussen de omvang van de medische specialisme en de kwaliteit van de geleverde zorg is nog weinig wetenschappelijk onderzocht. Ontbreken duidelijke criteria om normen vast te stellen.
- De medisch-specialistische zorg kan op verschillende manieren worden georganiseerd. Bereikbaarheid en kwaliteit van zorg kunnen worden verbeterd door de maatschap of afdeling, van het ziekenhuis, van de specialisme te verkleinen of te groeperen. Hoe hoger het niveau, des te minder beleidsmatig de specialisme is. Men ziet inderdaad steeds vaker dat de specialisme worden georganiseerd in diensten en subspecialismen.
- Uiteindelijk is de individuele beroepsbeoefenaar verantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg.

#### **5.5 Medisch specialisten ongerust over de kwaliteit van de zorg**

Een groot deel van de medisch specialisten maakt zich zorgen over de kwaliteit van de zorg die zij volgen. Het is niet altijd de zorg kunnen bieden die zij volgen. Het is niet altijd de zorg kunnen bieden die zij volgen. Het is niet altijd de zorg kunnen bieden die zij volgen. Het is niet altijd de zorg kunnen bieden die zij volgen. Het is niet altijd de zorg kunnen bieden die zij volgen.

*Bron: Hutten JBF. Minimale omvang medisch specialistische praktijk: standpunten uit de beroepsgroep. NIVEL, 2002*

is voor een patiënt. Bijna de helft zegt dat het vaak voorkomt dat een patiënt niet kan worden geopereerd op het moment dat dat volgens de specialist nodig is. Een even grote groep zegt dat het vaak zo is dat een patiënt niet kan worden opgenomen wanneer de specialist dat nodig vindt.

Dit blijkt uit een eerste inventariserende telefonische enquête naar meningen van medisch specialisten over probleemsituaties in de medisch specialistische zorg, en hun ervaringen daarmee. Deze enquête is onderdeel van een groter onderzoek naar de aard en omvang van deze problematiek, dat is verricht in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten.

Als oorzaken van de probleemsituaties noemen de specialisten het tekort aan medewerkers en bedden, het gebrek aan geld en de ziekenhuisorganisatie. Het merendeel van de specialisten geeft aan dat de probleemsituaties belangrijke consequenties hebben gehad voor de gezondheid van de patiënten, door een achteruitgang in hun toestand, door het optreden van complicaties en/of door een langere herstelperiode. Ze hebben ook gevolgen voor de arbeidstevredenheid van de specialisten zelf: degenen die er nauwelijks of nooit mee te maken hebben, zijn tevredener met hun werk dan hun collega's die er vaak of regelmatig tegenaan lopen.

Driekwart van de respondenten heeft het idee dat situaties waarin ze niet de zorg kunnen leveren die ze willen leveren, nu vaker vóórkomen dan vijf jaar geleden. In vervolgonderzoek zal de vraag aan bod komen hoe vaak dat precies is, en hoe ernstig dat is voor de betrokken patiënten. Aan de enquête werkten 255 medisch specialisten mee.





## 6 Werken in de zorg

### 6.1 *Nederland telt weinig verpleegkundigen uit EU*

In Nederland werken maar weinig verpleegkundigen die zijn opgeleid in een ander land van de Europese Unie of in een van de kandidaat-lidstaten. Van de bijna 2.800 verpleegkundigen uit deze landen die staan geregistreerd in het BIG register, zijn er naar schatting maar 1.000 verpleegkundigen die in het land van herkomst zijn opgeleid en in Nederland als verpleegkundige werken. Bijna de helft van hen komt uit België en 20 procent komt uit Duitsland. Bij Belgische verpleegkundigen gaat het in 58 procent van de gevallen om grensarbeid: zij werken in Nederland, maar wonen in België. Bij Duitsers komt dat slechts in 8 procent van de gevallen voor. Uit het onderzoek blijkt dat vrijwel alle EU-lidstaten te kampen hebben met een tekort aan verpleegkundigen. Alleen Griekenland, Spanje en Finland hebben op dit moment een overschot aan verpleegkundigen, maar in Finland is dat naar verwachting slechts van korte duur. In sommige kandidaat-lidstaten is de arbeidsmarkt van verpleegkundigen daarentegen nog wel ruim. Over verzorgenden is geen eenduidige informatie gevonden.

Een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal is voor buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden, met uitzondering van Nederlandstalige Belgen, een belangrijke belemmering bij het vinden van werk, evenals een gebrek aan kennis over de Nederlandse gezondheidszorg. Andere veelgenoemde knelpunten hebben te maken met de procedures die doorlopen moeten worden voordat iemand een aanstelling kan krijgen (het verkrijgen van een verklaring van vakbekwaamheid en, voor mensen van buiten de EU, een werk- en verblijfsvergunning) en de onbekendheid met de wet- en regelgeving die van toepassing is (belastingstelsel en sociale premies). Verder vinden zorginstellingen en potentiële kandidaten het lastig om werkervaring, functie-eisen en diploma's op waarde in te schatten. Circa eenderde van de buitenlandse verpleegkundigen die in ons land werkzaam is vindt dat zij onvoldoende ondersteuning van de werkgever hebben gekregen.

Wat kan er worden gedaan om de arbeidsmobiliteit van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de EU naar Nederland te verbeteren? Van belang hiervoor zijn zaken als het in EU-verband harmoniseren van de opleidingen en het afstemmen van de belasting.

*Bron L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, W. van der Windt, E.J.E. Arnold, Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding en L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, Vraag en aanbod huisartsen. Bronnenoverzicht en raming 2000-2010 Utrecht, 2002.*

*Bron: [www.nivel.nl/actueel](http://www.nivel.nl/actueel), 2002*

Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL en v arbeidsmarktconvenant voor de zorgsector (CAZ) sociale partners en het Centrum voor Werk en Ink

### **6.2 Cijfers over uitstromende huisartsen**

In 2002 zullen naar schatting iets meer dan 250 h Rond 1980 en 1990 waren dat er ongeveer 200 pe tal schommelen rond de 375 huisartsen per jaar. I die bepalen hoeveel huisartsen er opgeleid moeten voldoen. Voor het onderzoek is een nieuwe analyse huisartsenregistratie, die sinds begin jaren '70 wo In de komende tien jaar zal ca. 35% van de huidige tijk. Vooral huisartsen die ouder zijn dan 55 gaan hun collega's vroeger. Op dit moment beginnen pe een opleiding tot huisarts. In 2003 wordt de oplei per jaar. Dat is ruimschoots voldoende om de uits schijnlijk te weinig om daarnaast ook te voldoen : aan de wens van veel huisartsen om korter te werl

### **6.3 Jonge huisartsen beginnen steeds sneller een**

Het aantal pas afgestudeerde huisartsen dat binnen praktijk begint was per 1 januari 2001 hoog, hoge jaren. Het blijkt dat 15% van de afgestudeerlichting praktijk was begonnen, terwijl dit voor de afstude stijging dus: jonge huisartsen beginnen sneller een

### **6.4 Nieuwe agio's willen minder werken dan hu**

De huidige assistent-geneeskundigen in opleiding van hun opleiding veel korter werken dan de huid uit een nieuwe analyse van de gegevens uit ramin lopen jaren heeft verricht in opdracht van de wete diverse medisch specialismen. Hiervoor is ca. een pleegd.

De agio's willen dat een full-time werkweek gemi uur per week minder dan de huidige gemiddelde v kende medisch specialist. Mannelijke en vrouweli hetzelfde over.

Ook zegt 68% van de ondervraagde agio's een voorkeur te hebben voor een part-time baan. Van de vrouwelijke agio's is dit 86%, van de mannelijke 53%. In 1990 was 27% van alle agio's vrouw, in 1999 was dat 43%. Volgens schattingen zal het aantal agio's moeten toenemen met minstens 10 tot 15 procent om de gevolgen van deze wens om part-time te werken op te vangen. De door de agio's gewenste kortere full-time werkweek kan daarbij voor nog veel grotere capaciteitsproblemen zorgen.

### **6.5 Door deeltijdwens meer chirurgen in opleiding nodig**

Er worden jaarlijks 70 chirurgen opgeleid. Dat is genoeg om de vergrijzing van de bevolking op te vangen, de huidige wachtlijsten weg te werken en poliklinische consulten 25% langer te laten duren. Hiervoor is een instroom van 53 artsen per jaar in de opleiding voor chirurg zelfs al voldoende. Om ook nog meer deeltijdwerk mogelijk te maken, zou het aantal opleidingsplaatsen voor chirurgen moeten toenemen van 70 tot 76 per jaar. Van alle in Nederland werkzame chirurgen wil 58% in deeltijd werken. Slechts 8% van hen heeft deze wens gerealiseerd.

Vijf jaar geleden werden slechts 54 nieuwe artsen toegelaten tot de 6-jarige opleiding chirurgie. Met een instroom van 70 chirurgen-in-spe per jaar is het nét niet mogelijk om volledig tegemoet te komen aan de wensen van de huidige chirurgen om meer in deeltijd te gaan werken. Van de mannelijke chirurgen wil 54% liever in deeltijd werken en bij de vrouwelijke chirurgen is dat zelfs 75%.

Chirurgen willen niet alleen vaker in deeltijd werken, ze vinden ook dat de werkweek van een full-time werkende chirurg korter moet worden. Nu telt die fulltime werkweek nog 53 uur (exclusief werk als gevolg van avond-, nacht- en weekeinddiensten). Om dat te kunnen terug brengen naar een meer aanvaardbare 48 uur moet de instroom in de opleiding worden uitgebreid tot bijna 100 artsen per jaar.

Voor het onderzoek is een vragenlijst verstuurd naar alle afdelingen chirurgie in Nederland, alle assistenten chirurgie, alle chirurgen die na 1994 de opleiding hebben afgerond; en naar 50% van alle chirurgen die al langer dan zeven jaar werken. De respons was hoog en varieerde van 75% tot 87%.

Het aantal vrouwelijke chirurgen zal in 2015 zijn toegenomen tot 24% van het totaal. Op dit moment is 6% van de chirurgen een vrouw. Van de chirurgen in opleiding (waarvan 27% vrouw is) hebben de mannen aangegeven iets meer dan 4 dagen per week te gaan werken en vrouwen een kleine 3,5 dag per week. Dat is voor de beide seksen bijna een dag minder dan nu het geval is. Van de huidige mannelijke chirurgen werkt slechts 6% in deeltijd, bij de vrouwen is dat 33%. Vrouwelijke chirurgen willen niet alleen vaker in deeltijd werken dan hun mannelijke collega's, maar zij dóen dit ook daadwerkelijk vaker

*Bron: Velden LFJ van der, Bennema-Broos M, Hingstman L.. Monitor arbeidsmarkt chirurgen 2001, NIVEL, 2002*

*Bron: Welling BJM, SEJ van der Meulen-Arts, JBF Hutten, AL Francke. De aantrekkelijkheid van het beroep. De eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. LCVV/NIVEL, 2002.*

Meer dan driekwart van de Nederlandse chirurgen blijft voor hun privé-leven. Een fulltime chirurg 's nachts en op weekenden (gemiddeld 6 uur per nacht) van alle chirurgen zou graag in deeltijd willen werken op dit moment al doet. De huidige wachtlijsten zijn een op dit moment nog niet doen.

### **6.6 Verpleegkundigen en verzorgenden willen n management**

Vier van de vijf verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker wordt als hun managers hen meer waarderen of weinig waardering voor hun werk vanuit ondervraagden denkt dat een lagere werkdruk en heden hun beroep ook aantrekkelijker kunnen maken. Het onderzoek is uitgevoerd onder een representatieve steekproef van allen lid van het 'Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden'. Het onderzoek is uitgevoerd door de onderzoekers van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, het NIVEL.

Doel van dit onderzoek was te achterhalen hoe verpleegkundigen en verzorgenden zélf hun beroep aantrekkelijker gemaakt zou kunnen worden. Het is hard nodig, want er zijn nu al te weinig verpleegkundigen en verzorgenden die er steeds meer nodig zullen hebben. In het onderzoek is de nadruk op het werven van nieuwe verpleegkundigen en verzorgenden zeker zo belangrijk. De ondervraagden moesten aangeven welke factoren het beroep aantrekkelijker maken, zoals groei- en ontplooiingsmogelijkheden, maatregelen, betrokkenheid bij beleids- en besluitvorming, organisatie voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden en de ondersteuning door leidinggevenden.

In de loop van 2003 wordt het onderzoek herhaald om de aantrekkelijkheid van het beroep zich in de loop van de tijd te meten.

### **6.7 Werkdruk van verloskundigen is verminderd**

Verloskundigen werkten in najaar 2001 gemiddeld 36 uur per week. Dit is de eerste meting van een vijf jaar durend onderzoek van de werkdruk van verloskundigen.

de verloskundige zorg in Nederland. In zomer 2000 werkten verloskundigen gemiddeld nog 38 uur

In 2000 heeft het ministerie van VWS, naar aanleiding van de grote onrust over de hoge werkdruk en het dreigend tekort aan verloskundigen, verschillende maatregelen genomen. De normpraktijk voor verloskundigen is omlaag gegaan van 150 naar 120 bevallingen per jaar en het aantal opleidingsplaatsen is verhoogd van 120 naar 240 per studiejaar. Ook is er een begin gemaakt met het opzetten van Districts Verloskundige Platforms (DVP's) en regiokantoren die alle verloskundige praktijken in een bepaalde regio ondersteunen, en is er geld beschikbaar gesteld voor het oplossen van calamiteiten.

Doel van deze maatregelen is het in stand houden van het Nederlandse systeem van (eerstelijns) verloskundige zorgverlening. Om na te gaan of deze maatregelen inderdaad werken hebben de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en Zorgverzekeraars Nederland opdracht verleend vanaf 2001 gedurende vijf jaar de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening, evenals de invloed daarop van de verschillende maatregelen, te volgen. Pas na een langere periode wordt duidelijk of de ondersteuningsmaatregelen niet alleen op korte termijn werken, maar ook een structureel effect hebben. Het onderzoek is gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

Gedurende het 5 jaar durende onderzoek worden ca. 75 praktijken gevolgd die ieder jaar 3 weken lang een tijdsregistratie zullen bijhouden en een vragenlijst invullen over hun praktijkorganisatie en de samenwerking met andere zorgverleners. Daarbij wordt de hele keten van verloskundige zorg, ook huisarts en gynaecoloog, betrokken. In 2001 heeft dit geresulteerd in een eerste behoefteeraming voor verloskundigen.

De eerste meting is uitgevoerd onder 71 praktijken waarin gemiddeld 3,14 verloskundigen per praktijk werkten. Dat aantal is gestegen sinds 2000, toen er gemiddeld 2,72 verloskundigen in een verloskundige praktijk werkten.

Een gemiddelde verloskundige is per week 29 uur werkzaam en heeft 56 uur (bereikbaarheids)dienst. Dit overlapt elkaar gedeeltelijk. Wanneer bijvoorbeeld de helft van de gewerkte tijd binnen de dienst valt, dan is zo'n gemiddelde verloskundige in totaal ca. 70 uur per week bij haar werk betrokken.

Verloskundigen zijn sinds 2000 iets minder tijd gaan besteden aan zaken als administratie (nu ca. een kwart) en wat meer aan cliëntgebonden werk.

In verhouding besteden ze nu meer tijd (21%) aan het begeleiden van bevallingen dan in 2000 (18%).

Bijna driekwart van de verloskundigen wil (ook) over vijf jaar werkzaam zijn als

*Bron: Wiegers TA, Coffie D.  
Monitor verloskundige zorgverle-  
ning. Rapportage eerste meting,  
najaar 2001. NIVEL, 2002*

zelfstandig gevestigd verloskundige, bijvoorbeeld 35 procent van de verloskundigen heeft er wel een baan gezocht, maar nog geen 8 procent heeft daar werk gevonden. Vrijwel alle deelnemende verloskundigen hebben een positief oordeel over de werksituatie.

Naast het onderzoek onder verloskundigen is de overtuiging van de vrouwen gevraagd hun oordeel te geven over de ontzettend positieve werksituatie, waarbij het oordeel over de begeleiding positiever is naarmate er meer prenatale controles en begeleiding tijdens de baring geldt dat vrouwen dit oordeel algemeen een positiever oordeel uitspreken. Het oordeel is positiefmits er geen reden voor verwijzing ontstond - daarvoor is de voorkeur aan de thuisbevalling. Vrijwel alle vrouwen in het onderzoek hebben kraken als praktische voorwaarde is voor een thuisbevalling. Voor vrouwen minder uren kraamzorg gehad dan voor

### **6.8 In 2010 weer voldoende verloskundigen?**

Nu is er nog een fors tekort aan verloskundigen in Nederland. Er moet nog 222 worden aangesteld om de komende vier jaar jaarlijks 222 verloskundigen te kunnen opleiden. De afgelopen twee jaar is de opleiding van 120 naar maximaal 240. Op dit moment wordt die opleiding voor 120 verloskundigen ledig gebruikt. Het aantal van 222 eerstejaars is de basis voor de toekomstscenario's om te bepalen hoeveel verloskundigen er nodig zijn. Dit worden opgeleid om aan de vraag naar verloskundigen te voldoen.

Volgens het minimum-scenario zijn 103 eerstejaars verloskundigen nodig. Dit scenario is gebaseerd op de volgende veronderstellingen:

- de demografische ontwikkelingen: het CBS verwacht dat er in 2010 minder geboortes dan in 2000
- normalisatie van de arbeidstijd tot een full-time baan van 46 weken per jaar (dit was in 2000 ca. 52 uur)
- de vraag naar 400 extra verloskundigen in ziekenhuizen
- de wens van ca. 2/3 van de zelfstandig gevestigde verloskundigen om te werken (gemiddeld 31,4 uur)

Het tweede scenario houdt er tevens rekening mee

zorg meer tijd per cliënt nodig is dan nu besteed wordt. Volgens dat scenario zijn 155 eerstejaars verloskunde voldoende om aan de vraag in 2010 te voldoen. Het derde scenario neemt ook in aanmerking dat in de nabije toekomst vrijwel alle huisartsen zullen stoppen met het verlenen van verloskundige zorg. Dit betekent dat er van 2002 t/m 2005 222 eerstejaars verloskunde nodig zullen zijn.

### ***6.9 Maatschappelijk werk wordt uitgebreid***

Bijna alle gemeenten (90 %) in Nederland maken gebruik van de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). De capaciteit van het AMW zal daardoor naar verwachting met ca. 20% toenemen. Dit is echter niet voldoende om eind 2003 de norm (1 fulltime maatschappelijk werker per 6000 Nederlanders) te halen.

Dit blijkt uit een voormeting van het evaluatie-onderzoek naar de maatregelen die het ministerie van VWS heeft ingezet om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te versterken. De uitbreiding van het AMW maakt daar deel van uit. Andere initiatieven in dit kader zijn het werkplan kwaliteitsbeleid dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) met steun van VWS in gang hebben gezet; en de Consultatieregeling voor ondersteuning van de eerstelijns door de tweedelijns-GGZ waar thans 120 projecten gebruik van maken. De effecten van deze en andere maatregelen op de versterking van de eerstelijns GGZ worden de komende jaren onderzocht. Concrete resultaten worden in 2004 verwacht.

Dit pakket maatregelen zou ertoe moeten leiden dat meer mensen met psychische stoornissen op de juiste plaats, zo mogelijk binnen de eerstelijns, worden behandeld. Die eerstelijns GGZ, bestaande uit huisartsen, AMW en eerstelijns-psychologen, heeft eind jaren '90 een belangrijke taak toebedeeld gekregen bij de opvang van mensen met psychische stoornissen. Om hen in staat te stellen die taak uit te voeren is extra budget beschikbaar gesteld. Er is geld om meer algemeen maatschappelijk werkers aan te stellen, om de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen te bevorderen, om de deskundigheid te bevorderen van alle eerstelijnsdisciplines op het gebied van het behandelen van psychische problematiek, en om de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ te bevorderen. Het NIVEL evalueert al deze maatregelen in opdracht van het Ministerie van VWS, samen met SGBO (Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten) en het Trimbos-instituut.

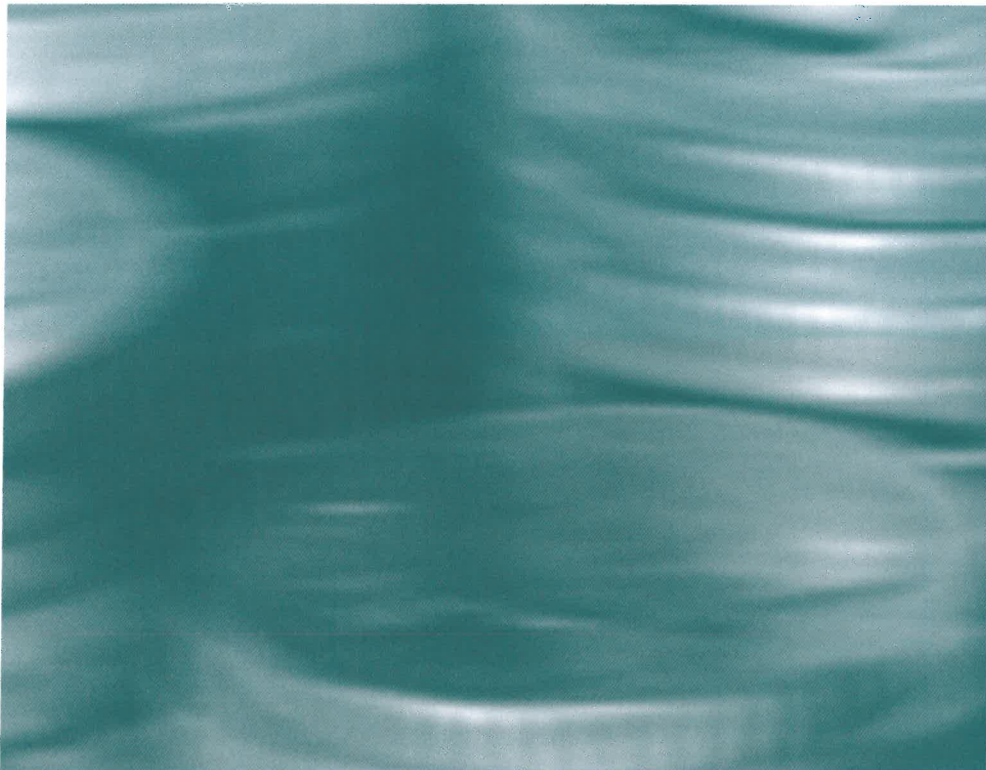
Voordat de maatregelen van kracht waren, verwees een huisarts per 1000 patiënten er ongeveer 8 naar het AMW, 9 naar de eerstelijns psycholoog, 9 naar de RIAGG en

*Bron: Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, Kornalijnslijper N, Smeets KAPW, Schoenmakers CJHH. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste Interim Rapportage: maart 2002. NIVEL, 2002*

6 naar de psychiatrie en vrijgevestigde tweedelijns GGZ betreft: huisartsen AMW maar krijgen vaker en beter bericht over patiënten. Op het gebied van samenwerking met de twedelijns GGZ is de beste op de hoogte te zijn van de gang van zaken en de samenwerking binnen de RIAGG's. AMW-instellingen hebben regelmatig overleg met deze ambulante GGZ-instellingen op het bestel niveau.

In 2004 zal blijken of die samenwerking is toegericht op de leeringsmaatregelen van VWS.

Dit rapport is de eerste van de drie geplande jaarrapporten: maart 2003 en maart 2004.





## 7 Financiering en structuur

### *7.1 Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck.*

Het gezondheidsprobleem van de patiënt zou bepalend moeten zijn voor het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut en niet de willekeurige grens van 9 zittingen die nu geldt. Dit is de kern van een onderzoek naar een alternatief voor de beperkende maatregel. Uit dit onderzoek blijkt ook dat beleidsmakers, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en patiënten van mening zijn dat fysiotherapie noodzakelijke zorg is.

De Minister van VWS wil op korte termijn een meer flexibele regeling invoeren en heeft het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) daarover om advies gevraagd. Het CvZ heeft daarop het NIVEL opdracht gegeven alternatieve mogelijkheden te onderzoeken.

Sinds 1996 mogen patiënten een fysiotherapeut nog maar negen keer bezoeken op kosten van de ziekenfondsverzekering. Alleen mensen met een aanvullende verzekering, of mensen met een chronische aandoening die op een uitzonderingslijst staan, mogen vaker naar een fysiotherapeut. De beoogde bezuiniging van 200 miljoen gulden is toen ruimschoots gerealiseerd. De kosten voor fysiotherapie zijn echter niet gedaald, maar verschoven: van het ziekenfonds naar de aanvullende verzekering.

Fysiotherapeuten zouden de professionele verantwoordelijkheid moeten krijgen om, in overleg met de behandelend arts en de patiënt, te bepalen hoeveel bezoeken aan de fysiotherapeut nodig zijn. Fysiotherapeuten moeten dan aan het begin van de behandeling duidelijk maken welk resultaat op welke termijn zal worden behaald. Bovendien mag van fysiotherapeuten verlangd worden dat zij handelen volgens richtlijnen, waarvan er gaandeweg steeds meer komen. Hierop kunnen fysiotherapeuten aangesproken worden door patiënten, verzekeraars en de behandelend arts.

### *7.2 Oost Europa importeert Nederlandse huisarts*

Een spin-off van het vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgstelsels is het (mee-) ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg in Oost-Europa.

*Bron Wienke Boerma. Een  
bruggenhoofd in de  
Witrusische gezondheidszorg.  
Intermezzo (2002) 5, p.8-9*

*en W.G.W.Boerma,  
F.G.Schellevis, V.Rousovitch.  
Going ahead with primary  
care and general practice in  
Belarus. Utrecht: NIVEL,2003  
(in voorbereiding).*

Dat was hard nodig want door de grote staatbem  
verleden ontbrak het daar aan allerlei onafhankel  
Wit-Rusland geen vereniging van huisartsen, gee  
Samen met drie andere Nederlandse deskundiger  
ten uitgevoerd, onder andere in Wit-Rusland en L  
van huisartsen en eerstelijnsverpleegkundigen te  
overheid na de omwenteling van bovenaf al veel  
al om het invullen van leemtes in de praktijk. M  
eigenlijk nog aan alles: regelgeving, praktische v  
In dat land heeft de groep net een kleine huisarts  
ze cursussen aan huisartsen en helpt ze om prakti  
op te zetten. Straks nemen de lokale mensen het  
de Witrusische autoriteiten willen dat het NIVEL  
doet.

**7.3 Selectief contracteren levert weinig op in de**  
Zorgverleners die afspraken maken met verzeker  
patiënten die in ruil voor een lagere ziektekosten  
verleners zijn voorbeelden van afspraken waarva  
matigheid en de samenhang in de gezondheidszo  
NIVEL zijn de omstandigheden in de Nederlands  
dat te bereiken. In de nota 'Vraag aan bod' prese  
enerzijds een uniforme verzekering tot stand te b  
vrijheid aan de verzekerden te geven. Bijvoorbee  
met (individuele of ketens van) zorgaanbieders te  
of hun patiënten belangrijk vinden: de voorkeurs  
Verzekerden die kiezen voor zo'n arrangement k  
idee is in de nota 'Vraag aan bod' echter nauwel  
het College van Zorgverzekeraars zijn de (on)mo  
onderzoek is een analyse vooraf van een onderde  
betrekking tot het beoogde nieuwe verzekeringss  
Financieel valt er weinig van het voorkeursaanbi  
buitenland (o.a. de VS) worden de besparingen v  
een *primary care physician* met een poortwachter  
deze al in de persoon van de huisarts. Verder blij  
raars om goed in de gaten te houden (te monitore  
(en dus goedkope) zorg leveren.

Ook praktisch voldoet de gezondheidszorg in Nederland niet aan een aantal randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor het succesvol invoeren van het voorkeursaanbieder systeem.

Zo zijn er zijn simpelweg onvoldoende zorgaanbieders om het selectief afsluiten van contracten mogelijk te maken. Zorgverzekeraars houden in het nieuwe systeem een acceptatieplicht. Ze moeten iedereen die zich bij hen wil verzekeren, accepteren. Daarnaast houden ze ook een zorgplicht. Dat betekent dat ze met voldoende zorgaanbieders contracten moeten afsluiten. De combinatie van de twee maakt selectief contracteren lastig.

Ook is de concurrentie tussen zorgverzekeraars te ondoorzichtig en de te verwachten premiekorting te gering om verzekerden te kunnen verleiden tot het afsluiten van een voorkeursaanbieders arrangement. Verzekerden die wel bereid zijn hun keuzevrijheid op te geven voor een lagere premie, vormen vaak een gezonde selectie uit de bevolking. Het gevaar van verkapte vormen van risicoselectie door verzekeraars neemt daarmee toe.

#### ***7.4 Proef met zorgpas beëindigd***

Verzekerden willen best een pasje waarmee hun behandelaar actuele en accurate informatie over hun gezondheid en hun verzekeringsstatus kan oproepen. In een proef met de concrete invoering van zo'n zorgpas in de regio Eemland, bleek echter dat er in de praktijk minder mogelijk was met de zorgpas dan de gebruikers (zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) hadden verwacht. De proef is inmiddels beëindigd. Het ervoor ontwikkelde Zorg Informatie Netwerk wordt nog wel voor andere doeleinden gebruikt, zoals het versturen van elektronische verwijsbrieven.

Het doel van de zorgpas en de achterliggende infrastructuur, het Zorg Informatie Netwerk, is het sneller en foutlozer maken van de uitwisseling van zorginhoudelijke en financieel-administratieve gegevens in de gezondheidszorg. De nadruk in de proef lag op de technische realisatie en het uittesten van het netwerk en op de toepasbaarheid van de zorgpassen in de dagelijkse praktijk. Ondanks de technische problemen die zich daarbij hebben voorgedaan, zien de meeste betrokkenen wel toekomstmogelijkheden voor de zorgpas. Zij willen graag dat er een vervolg op de proef komt en zij willen daar ook aan meedoen. Toch oordelen velen negatief over de proef zelf, vooral door de beperkte toepassingsmogelijkheden die er waren. Volgens veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn er te hoge verwachtingen gecreëerd rond het gebruik van de pas en het netwerk. De meeste zorgaanbieders

*Bron: J.B.F. Hutten, B.J.M. Welling, D.H. de Bakker. De zorgpas in Eemland; Ervaringen en meningen van betrokkenen omtrent de elektronische overdracht van informatie via het zorg informatie netwerk tijdens de proef in de regio Eemland. NIVEL, 2002*

waren het er over eens dat de kosten (tijd en geld) lagen dan de huidige baten.

De gebruiksvriendelijkheid en de privacybescherming van de deelnemers een voldoen is de lange tijd (20-30 seconden) die het soms na door het netwerk verstrekt werden.

Verzekerden/patiënten bleken vaak niet goed op de mogelijkheden van hun zorgpas. Dit komt niet alleen maar beperkt konden gebruiken. De meerderheid van de zorgpas vooral omdat die handzamer (kleiner) is. De zorgpas is een initiatief van de Zorgpasgroep in de band van landelijke koepels van zorgconsumenten raars en het ministerie van VWS. Alvorens over te heeft de ZPG in de regio Eemland, Amersfoort en systeem gehouden. Deze proef is door middel van lijsten en persoonlijke interviews met betrokkene Alle 356.880 verzekerden in de regio kregen een behoefte van identificatie, verzekeringsgegevens, gewaarschuwd diende te worden in geval van novens). In hun aanbevelingen voor een toekomstige pas, benadrukken de onderzoekers het belang van slag zoals de invoering van een centraal patiënter de betrokkenen en het wekken van realistische mogelijkheden.

Verder zal het voor de toekomstige ontwikkelingsmogelijkheid te scheppen over de vraag wie de pas en zorgaanbieders geven aan dat ze er niet voor willen voor betaald worden.

## 8 Bibliotheek en documentatie

### 8.1 *Nauw verweven met de onderzoeksafdelingen*

De collectievorming van de bibliotheek en het bieden van toegang tot de informatie van de bibliotheek is nauw verweven met het onderzoek van het NIVEL. De bibliotheekcollectie is in 2002 gegroeid met ca. 3700 titels van boeken, rapporten en tijdschriftartikelen. Hoewel de papieren collectie nog steeds de basis vormt voor de interne informatievoorziening, is de connectie, het opsporen en toegang geven tot externe literatuur- en databestanden, even belangrijk geworden. Veel externe informatie is op dit moment al direct toegankelijk via de eigen werkplek. Op het NIVEL-intranet wordt een informatieplatform gecreëerd waarbij een directe en ongehinderde toegang -zonder logins en passwords- gegeven wordt naar de externe webgeoriënteerde data-, fulltexttijdschriften- en literatuurbestanden. In de NIVEL-catalogus is de mogelijkheid ingebouwd om bij gevonden literatuurreferenties, zowel bij tijdschriftartikelen als rapporten, direct het fulltext document in te kijken voor zover elektronisch toegankelijk. De inventarisatie van voor het NIVEL-onderzoek belangrijke op het web aanwezige bestanden met statistische data, zowel nationaal als internationaal, vordert gestaag. Dit geldt met name voor statistische data nodig voor het internationaal vergelijkend onderzoek gezondheidszorgsystemen tot nu toe op papier terug te vinden in de collectie van het Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen. Op deze manier kan de bibliotheek zijn taak waarmaken om te fungeren als belangrijke informatiebron en ondersteuning van het onderzoek van het NIVEL.

### 8.2 *Thematische presentatie van informatie*

Geen enkele bibliotheekcollectie is volledig. Voor mensen die rond een bepaald thema informatie zoeken kan dat lastig zijn. Daarom heeft de bibliotheek een aantal thematische collecties aangelegd en toegankelijk gemaakt, vaak in samenwerking met andere bibliotheken.

#### *Literatuurbestand Verpleging & Verzorging*

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het NIVEL, Prismant en het

LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en verzorging). Vanaf 1995 worden er meer titels betreffende de verpleging en verzorging toegevoegd aan het bestand. Het LEVV heeft een kwaliteitsslag vanwege een ingrijpende sanering van het LEVV.

*Documentatiecentrum Statistische Data Internationaal*  
De jarenlange collectioneringsactiviteiten rondom de ondersteuning van het internationaal vergelijkende systemen, hebben geleid tot een omvangrijke collectie van statistische gegevens over met name West-, Oost- en Zuid-Amerikaanse landen. Op dit moment wordt de papieren versie van de korte inventarisatie duidelijk heeft gemaakt dat de gegevens vrij elektronisch toegankelijk zijn. Verwacht wordt dat meer landen met vrij toegankelijke elektronische gegevens worden.

#### *Literatuurbestand Kwaliteitszorg*

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBG en de CBG maanden ge-updated met de nieuw opgenomen titels van de zorg in de catalogi van de participerende instituten. Het bestand ca. 10.000 titels. Hierin zijn nu ook de titels opgenomen die de helft van 2002 heeft het NIVEL de verantwoordelijkheid overgenomen van Prismant en is het bestand van het themagebied Kwaliteit van Zorg opgenomen.

#### *Thesaurus Gezondheidszorg*

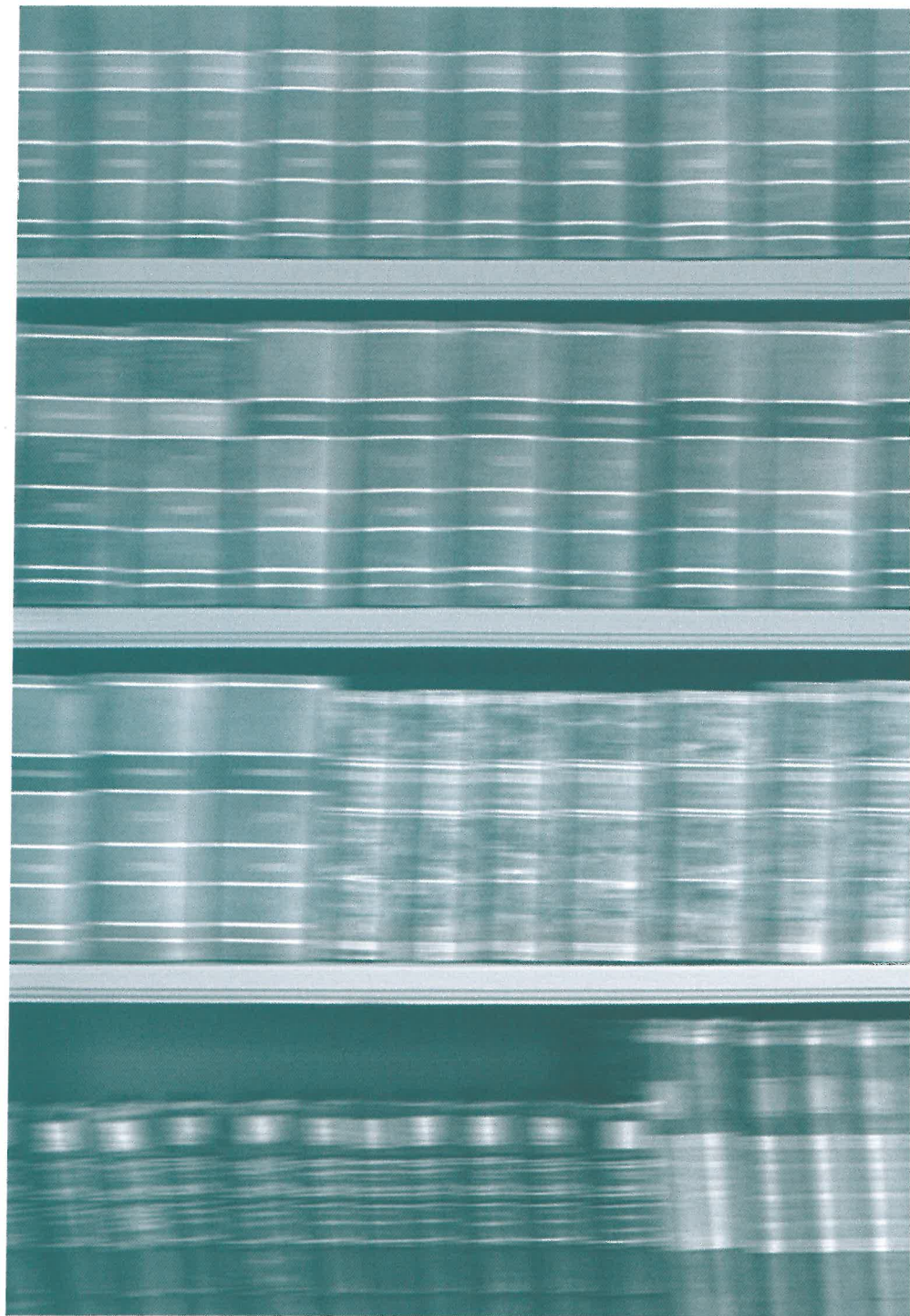
De Thesaurus Gezondheidszorg (TG) is een samenwerkingsproduct van de (eerste)lijnsgezondheidszorg, Prismant (intramuraal), (preventie), LEVV (verpleging en verzorging) en de Gezondheidszorg CBO (intercollegiale toetsing). De TG het gehele gebied van de gezondheidszorg organisaties gebruikt voor de ontsluiting van de literatuur. Het is een uniforme en doelmatige ontsluiting van de literatuur gegarandeerd wordt. De voorbereiding

editie van de TG zijn afgerond en deze TG zal medio februari 2003 uitkomen. Ook zal een elektronische versie tegen stringente voorwaarden beschikbaar zijn.

### **8.3 Toegankelijk voor iedereen**

De NIVEL bibliotheek is één van de weinige bibliotheken op het domein van de gezondheidszorg die voor iedereen vrij toegankelijk is. De catalogus is sinds eind 2001 te raadplegen via de website van het NIVEL. Hiermee is de bibliotheekcollectie met ca. 74.000 titels van boeken, rapporten, jaarverslagen, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal nu direct toegankelijk voor de buitenwereld. Het hart van de collectie wordt gevormd door een goed ontsloten bestand van Nederlandstalige en niet-Nederlandstalige tijdschriftartikelen die niet opgenomen worden in de veel gebruikte internationale literatuurbestanden. De bibliotheekcatalogus op internet werd in 2002 door 12.000 bezoekers gebruikt.

Omdat het moeilijk in te schatten was welke invloed dit op het aantal externe aanvragen zou hebben en om te voorkomen dat de afdeling veel meer tijd zou moeten besteden aan het uitlenen van boeken/rapporten en kopiëren van tijdschriftartikelen zijn de tarieven met ingang van 2002 verhoogd. In 2002 is het aantal uitgeleende boeken/rapporten echter gedaald (2282). Ook het aantal IBL-aanvragen is gedaald (314). Onderzocht gaat worden of de gebruikers de catalogus als literatuurbestand gebruiken en de gevonden informatie elders halen. Vanwege de beschikbaarheid van de catalogus op het internet wordt het maken van literatuurlijsten over speciale onderwerpen alleen nog maar gedaan tegen een vastgesteld hoog uurtarief. Desondanks zijn er 99 aanvragen binnengekomen. Deze aanvragen hadden voor het grootste deel betrekking op het leveren van statistische data over specifieke onderwerpen.





## 9 Congressen en cursussen

### *(Mede-)organisatie congressen en symposia*

- Invitational conference 'Naar een flexibele vergoedingsregeling?' te Utrecht, 25 januari 2002.
- Invitational conference Quote International, Utrecht 28 juni 2002
- Werkconferentie: GGZ-consultatie: nu en in de toekomst. Utrecht 11 december 2002
- EISS werkconferentie, Hilversum, oktober 2002

### *Cursussen*

In 2002 zijn de volgende cursussen voor NIVEL-medewerkers georganiseerd:

- Statistiek voor gevorderden
- SPSS voor gevorderden
- Engels presenteren
- Het verrichten van interne audits t.b.v. het kwaliteitssysteem
- Bedrijfshulpverlening

Dit zijn cursussen die groepsgewijs voor NIVEL-medewerkers zijn georganiseerd. Verder hebben natuurlijk ook allerlei individuele medewerkers verschillende cursussen gevolgd.

## 10 Het bestuur

Het NIVEL werkt in een krachtenveld waarin het ciers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepelingen ieder hun rol spelen. Bij de samenstelling gehouden. In het bestuur hebben dan ook peveld, het beleid (te weten financiers en consumenten manier wordt zowel de onafhankelijkheid van het NIVEL verbonden met zijn draagvlak: de instelling onderzoek wordt gedaan.

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 2002 vijf samenstelling van het bestuur per 31 december 20

### Samenstelling Algemeen Bestuur NIVEL per 3

#### *Leden*

Mw. dr. E. Borst-Eilers*	Voorzitte
Prof. mr. P.C. Ippel*	Secretari
	Universit
Dr. J.H. Hagen*	Penningr
	Hofpoort

#### *Leden uit de kring van zorgaanbieders*

J.F. van Santen, huisarts*	Landelijk
Dr. Q.A.J. Swagerman, MHA	Landelijk
Prof. dr. P.J.M. Helders	Koninklij
	Fysiother
F. Sanders, arts	Orde van
Dr. J.H. Schaaf	Nederlan
Drs. J.H.W.P. Stienen	ARCARI
	en Verzor

\*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

***Leden uit de kring van verzekeraars/  
consumenten***

Ir. B.F. Dessing  
A.L.J.E. Martens, arts  
Ir. H. Smits  
G.H. Kranendonk, arts

***Voorgedragen door:***

Zorgverzekeraars Nederland  
Zorgverzekeraars Nederland  
Consumentenbond  
Nederlandse Patiënten/Consumenten  
Federatie

***Leden uit de kring van de wetenschap***

Dr. G.A. van Essen, huisarts\*  
Prof.dr. E. Schadé

Prof.dr. G.J. Kok

vacature

***Voorgedragen door:***

Nederlands Huisartsen Genootschap  
Staf NIVEL, UvA / AMC Hoogleraar  
Huisartsgeneeskunde  
Staf NIVEL, decaan Faculteit Psychologie  
Universiteit van Maastricht  
Staf NIVEL

***Adviseurs***

J.M. van der Klaauw

Vacature

H.J. Smid

S. Zum Vörde sive Vörding

Mw. dr. A. van den Brink-Muinen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn  
en Sport  
Inspectie voor de Gezondheidszorg  
ZonMw  
Koninklijke Nederlandse Organisatie van  
Verloskundigen  
Ondernemingsraad NIVEL

\*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

## 11 Externe contacten (lidmaatschappen, commissies, redactie)

### *Prof. Dr. J.M. Bensing*

- Hoogleraar Gezondheids-psychologie Universiteit Maastricht
- Lid Gezondheidsraad;
- Lid Commissie Chronisch Vermoeidheids Syndroom
- Lid Adviesraad Wetenschap en Technologie (AVO)
- Lid Raad van Toezicht Erasmus MC;
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
  - Bestuurslid Sociaal Wetenschappelijke Raad
  - Lid Commissie Gezondheidszorg Onderzoek
- Jurylid Dr. Hendrik Muller Prijs;
- ZonMw:
  - Vice-voorzitter Programmacommissie ZonMw
  - Voorzitter Werkgroep GGZ;
  - Voorzitter Programmacommissie Geestkracht
  - Lid werkgroep Sekse en Gezondheid;
  - Lid commissie alternatieve geneeswijzen;
  - Lid programmacommissie nationaal congres gezondheidszorg;
- Lid, resp. voorzitter Bestuur Onderzoeksschool (Onderzoeksschool)
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health
- Voorzitter Patient-Provider interaction Group;
- Voorzitter EACH (European Association for Corrupt Practices)
- Lid redactieraad Handboek 'Sturen met zorgprocessen' Loghum;
- Lid redactieraad 'International Journal of Psychology and Health'
- Lid adviesraad 'Patient Education and Counselling'
- Lid scientific committee First International Conference on Health Care (Warwick, 2002);
- Lid curatorencommissie Bijzondere Leerstoel: Opleiding van de paramedische zorg.
- Lid raad van toezicht Nationaal Regie-Organisatie

### *Prof. Dr. J. v.d. Zee*

- Bijzonder Hoogleraar Universiteit Maastricht: F&E

- pen, leerstoel onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg;
- Directie Onderzoekschool CaRe: programma onderzoek kwaliteit en organisatie van de gezondheidszorg;
- Adviesraad Landelijk Experticeentrum voor Verpleging en Verzorging;
- NSPH:
  - Lid Adviesraad;
  - Lid com-missie beoordeling scripties-community medicine;
- Redactieraad Journal of Health Services Research & Policy;
- Associate editor of Health Services Research of Social and Preventive -medicine;
- EUPHA (European Public Health Association):
- Permanent lid Wetenschappelijke Commissie EUPHA Conference;
- Secretaris EUPHA-executive council, speciaal belast met jaarlijkse conferentie;
- Jeltje de Bosch Kemper Stichting, lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrink prijs;
- ZonMw: lid TOPIZ-taakgroep A, Nationale Coördinatie van onderzoek aan infectieziekten;
- ZonMW: lid congrescommissie voorbereiding TOPIZ;
- KNGF; lid commissie onderzoeksbegeleiding.

### ***Dr. D.H. de Bakker***

- Lid CBS-Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken.
- Lid werkgroep Prescriptieterugkoppeling stichting DGV
- Lid International Editorial Board Health & Place, an international Journal.
- Lid begeleidingscommissie Tellen en Meten (VWS/Prismant)
- Lid begeleidingscommissie project 'voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen', Farmaco-epidemiologie Universiteit Utrecht
- Voorzitter bestuur tijdschrift Kwaliteit in Beeld.

### ***A. Bartelds, arts***

- Lid van de Managementgroup van het European Influenza Surveillance Scheme;
- Lid Wissenschaftlichen Beirat der Arbeits-gemeinschaft Influenza (Duitsland).

### ***Drs. W.G.W. Boerma***

- 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);
- LOIB (Landelijk Overlegplatform Internationaal Beleid).

***Dr. A. van den Brink-Muinen***

- Bestuurslid/penningmeester van Dutch Foundation for Health Research (DFWHR).

***Drs. H. Calsbeek***

- Lid van de Vakinhoudelijke Raad (VIR) van NIPRO

***Dr. W.M.C.M. Caris-Verhallen***

- Lid van de the International Editorial Board of *Journal of Clinical Nursing*
- redactieraad verpleegkunde: Vlaams Nederland verpleegkundigen.

***Dr. D.M.J. Delnoij***

- Lid dagelijks bestuur Interacademiale Werkgroep
- Voorzitter van de sectie Health Services Research
- Lid van de "future group" van de EUPHA.

***Dr. W. Devillé***

- Lid begeleidingscommissie onderzoek 'N=1 on huisartspraktijk' EMGO/ Vumc;
- Lid begeleidingscommissie onderzoek 'Vitamin tonen' GG&GD Den Haag/Vumc;
- radactielid Medische Antropologie.

***Dr. Ir. C.E.M.J. van Dijk***

- Lid begeleidingscommissie project "voorschrijven" Universiteit Utrecht.

***Dr. A.M. van Dulmen***

- bestuurslid EACH. European Association for Counseling
- Lid redactie Patient Education & Counseling.

***Dr. C.H.M. van den Ende***

- Lid begeleidingscommissie LVT-project Technisch
- Lid Monitor commissie Decennium van het Beveiligings
- Hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie

***Dr. A.L. Francke***

- Docent zorgkunde, Medisch-Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel;
- Lid Honor Society of Nursing, Utrecht;
- Lid projectgroep onderzoek 'palliatieve zorg in de huisartspraktijk' EMGO.

***Dr. Ir. R.D. Friele***

- Lid klachtencommissie Huisartsen, DHV Utrecht;
- Lid programmacommissie effectieve implementatie ZonMw.

***Prof. Dr. P.P. Groenewegen***

- Hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Universiteit van Utrecht;
- NWO programmacommissie Chronisch Zieken: voorzitter subcommissie zorg, opvang en begeleiding;
- Lid Onderzoekschool CaRe;
- ZON MW:
  - Lid Themacommissie Cultuur en Gezondheid;
  - Lid werkgroep Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorg-onderzoek;
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad van het Zentrum für Public Health, Universität Bremen.

***Dr. Ph. Heiligers***

- Lid Klankbordgroep bij project "Via Medica" van de Orde van Medisch Specialisten.

***Dr. J.B.F. Hutten***

- Lid begeleidingscommissie Dutch EASYcare study (Universiteit Nijmegen);
- Temporary advisor WHO European Office for Integrated Health Care Services, Barcelona.

***Dr. C.J.J.M. IJzermans***

- Cie Criteria gezondheidsonderzoek bij rampen (RIVM);
- Projectgroep Implementatie Praktijkverpleegkundige bij zorg COPD-patienten (NIZW/AMC);
- Projectgroep Evaluatie Huisartsenkliniek Velsen (AMC);
- Projectgroep Zorg voor HIV-patienten door internist, huisarts en verpleegkundige (AMC).

***Dr. A. Kerkstra***

- Lid werkgroep Thuiszorgtechnologie van ZonM
- Lid werkgroep Verpleegkundige en Verzorgend
- Overseas Editorial Adviser 'Health & Social Ca
- Lid Programmacommissie Third European Nur
- Redactielid tijdschrift 'Verpleegkunde';
- Lid onderzoeksgroep Forum.

***Drs. J.J.M. Lindert***

- Lid redactie CaRe bulletin van onderzoeksscho

***Dr. F.G. Schellevis***

- Lid commissie Privacy van de Vereniging voor

***Dr. E.M. Sluijs***

- Lid Begeleidingsgroep AMW, partner in de eers

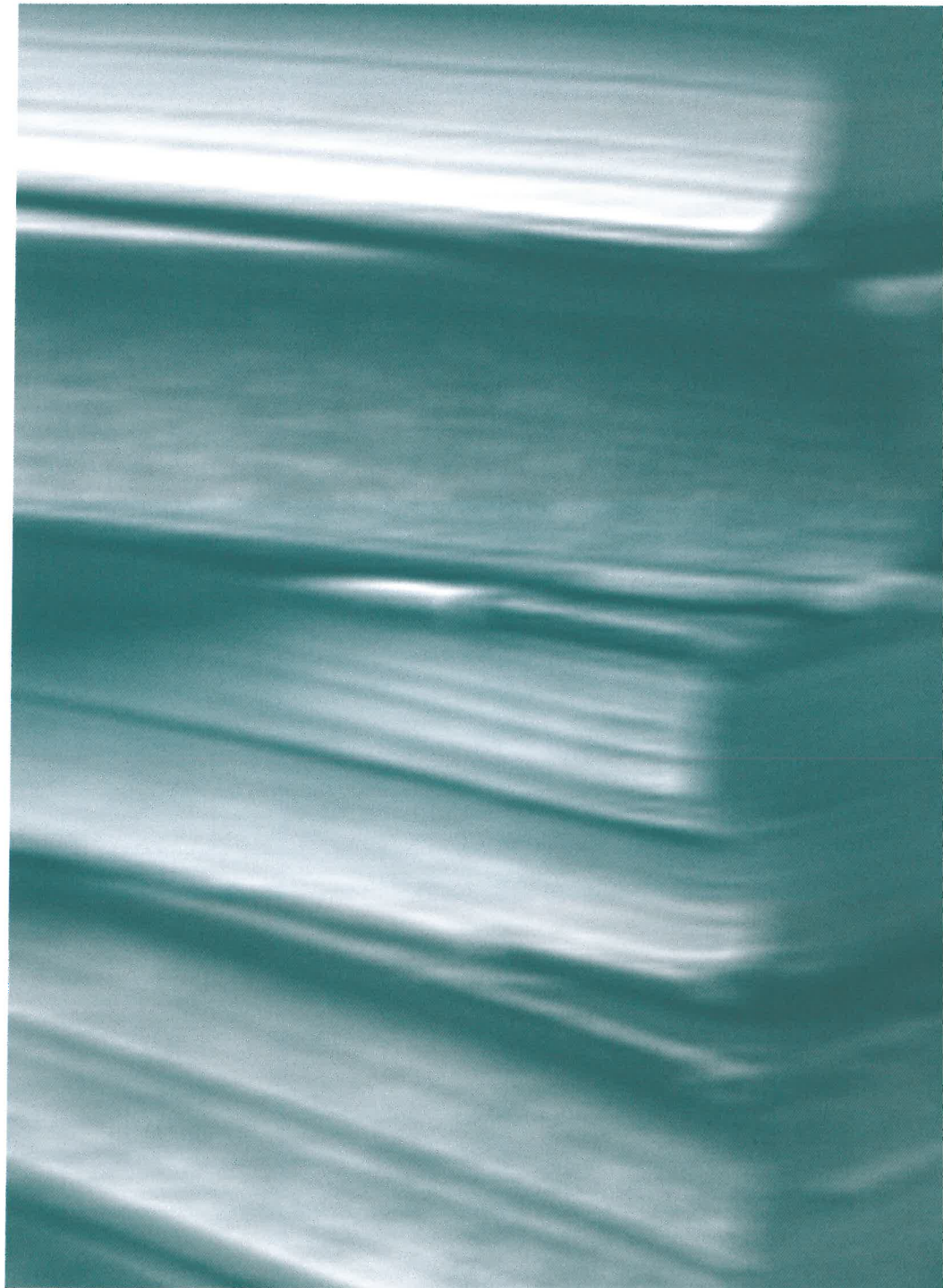
***Dr. P.F.M. Verhaak***

- Lid Editorial Board Patient Education and Cour
- Lid Onderzoekschool Psychology & Health.

***Dr. C. Wagner***

- Lid begeleidingscommissie project "Kwaliteits-  
Universiteit Maastricht;
- Lid begeleidingscommissie van het project "Ev;  
Zorginstellingen" van het Verwey Jonker Institu  
(Gezondheidsrecht);
- Lid redactie Kwaliteit in Beeld;
- Adviseur kwaliteitsplatform V&V van het LCV
- Lid Wissenschaftliche Beirat Qualitäts-manager
- Lid Onderzoekschool CaRe;
- Lid Kwaliteitsplatform Verpleging en Verzorgin







## 12 Lijst van publicaties

### 12.1 *Internationale artikelen*

- Aguilera JF, Paget WJ, van der Velden J. Development of a protocol to evaluate the quality of clinical influenza data collected by sentinel practitioners in Europe. *Euro Surveillance* 2002;7 (3):158-160.
- Baanders AN, Rijken PM, Peters L. Labour participation of the chronically ill: a profile sketch. *European Journal of Public Health* 2002;12(2):124-30.
- Bakker DH de, Hutten JBF, Steultjens MPM, Schellevis FG. Rising workload or rising work pressure in general practice in the Netherlands. *European Journal of Public Health* 2002;12 (suppl):48.
- Basuki E, Wolffers I, Devillé WL, Erlaini N, Luhpuri D, Hargono R, Maskuri N, Suesen N, Beelen N van. Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia. *Aids Education and Prevention* 2002;14(2):102-16.
- Bensing JM, Schreurs K, Ridder DTD de, Hulsman R. Adaptive tasks in multiple sclerosis: Development of an instrument to identify the focus of patients' coping efforts. *Psychology and Health* 2002;17(4):475-88.
- Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Messerli V, Bensing JM. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Education and Counseling* 2002;48(3):253-64.
- Brink-Muinen A van den. The role of gender in health care communication (Editorial). *Patient Education and Counseling* 2002;48:199-200.
- Buor D. Distance as a predominant factor in the utilisation of health services in the Netherlands. *GeoJournal* 2002;56:147-155.
- Calsbeek H, Rijken PM, Beekman M, van Berge Henegouwen G, Dekker J, van Berge Henegouwen G. Social position of a digestive disorders. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2002;14(12):1267-72.
- Deveugele M, Derese A, van der Wal ACWM, Bensing JM, De Maesseneer J, van der Weide J, et al. General practice: cross sectional study of general practitioners in five European countries. *British Medical Journal* 2002;325(7279):1235-9.
- Devillé WL, Buntinx F, Bouillon I, van der Wal ACW, HCW, van der Windt DHW, et al. Systematic reviews of diagnostic accuracy of physical examination. *BMC Medical Research Methodology* 2002;2(9):13.
- Dijk L van, Kooij D, Schellevis P, van Tilburg T, Dutch adult population. *British Medical Journal* 2002;90:644-48.
- Dijk L van, Lippe T van der, van der Wal ACW, van der Wal ACW, van der Wal ACW, van der Wal ACW, et al. Women's employment. *Annals of the Royal College of Physicians* 2002;28:221-41.
- Dijk L van, Bakker DH de. The impact of PRG's and volume and cost of drugs. *Zeitschrift für Gesundheitsökonomie und Public Health* 2002;10(4):292-304.
- Dijk L van, Lindert H van. The impact of non-prescribed medication on health. *Journal of Public Health* 2002;12(2):124-30.
- Dijkstra A, Dijk L van, Dijk L van, Dijk L van, Linden MW, Keijsers V, Jan. The R-H polymorphism of I

- risk factor for systemic lupus erythematosus is independent of single-nucleotide polymorphisms in the interleukin-10 gene promoter. *Arthritis & Rheumatism* 2002;46(4):1125-6.
- Donker GA, IJzermans CJ, Spreuwenberg P, van der Zee J. Symptom attribution after a plane crash: comparison between self-reported symptoms and GP records. *British Journal of General Practice* 2002;52:917-22.
  - Donkervoort M, Dekker J, Deelman BG. Sensitivity of different ADL measures of apraxia and motor impairment. *Clinical Rehabilitation* 2002;16(3):299-305.
  - Dulmen AM van, Bensing JM. Health promoting effects of the physician-patient encounter. *Psychology Health and Medicine* 2002;7:289-300.
  - Fleming DM, Schellevis FG, Falcao I, Alonso TV, Padilla ML. The incidence of chickenpox in the community. Lessons of disease surveillance in sentinel practice networks. *European Journal of Epidemiology* 2002;17:1023-7.
  - Gress S, Braun B, Groenewegen PP, Wasem J. Erfahrungen mit der freien Krankenkassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden. *Sozialer Fortschritt* 2002;51(4):97-101.
  - Gress S, Groenewegen PP, Kerssens JJ, Braun B, Wasem J. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy* 2002;60:235-54.
  - Haslinghuis- Bajan LM, Hooft L, Lingen A van, Tulder MW van, Devillé W, Mijnhout GS, Hoekstra OS. Rapid evaluation of FDG imaging alternatives using head-to-head comparisons of full ring and gamma camera based PET scanners, a systematic review. *Nuklearmedizin* 2002;41(208):213.
  - Hoving L, Koes BW, Vet HC de, Windt DA van der, Assendelft WJ, Mameren H van, Devillé WL, Pool JJ, Scholten RJ, Bouter LM. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for

- patients with neck pain. *Annals of internal medicine*
- Hulsman RL, Ros WJG. The effectiveness of a programme om community oncology. *Medical Journal*
  - Kerssens JJ, Verhaak F, Bensing JM. Unexplained practice. *European Journal of General Practice*
  - Meeuwesen L, Bensing JM. Communicating fatigue of gender. *Patient Education and Health Communications* 2002;48(3):233-42.
  - Nijkamp MD, Sixma H, Koopmans SA, Borne RMMA. Quality of care for a patient with cataract. *British Journal of Ophthalmology* 2002;86(9):840-2.
  - Paget WJ, Meerhoff T. Influenza activity in Europe (H1N2) and B viruses. *Euro Surveill* 2002;7:10-12.
  - Schoor NM van, Devilé W. Acceptance and compliance: a systematic review of the literature. *International Journal of Health Services* 2002;13:1-10.
  - Schreurs K, Ridder DT. Multiple sclerosis. Recurrent disabilities and depression. *Research in Nursing* 2002;53(3):7-10.
  - Smidt N, van der Windt DA, Mourits AJ, Devillé W, Bouter LM. Interobserver reproducibility of complaints, grip strength, and disability in patients with low back pain. *Physical Medicine and Rehabilitation*

- Smidt N, van der Windt DHWM, Assendelft WJJ, Devillé WL, Korthals- de Bos IBC, Bouter LM. Physiotherapy or a wait-and-see policy were best long-term treatment options for lateral epicondylitis. *Journal of Bone Joint Surgery* 2002;84-A:1487
- Smidt N, van der Windt DHWM, Assendelft WJJ, Devillé WL, Korthals- de Bos IBC, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359: 657-62.
- Sobrequés J, Bolibar B, Unzueta L, Prados JD, Leiva F, Boerma GW. Variaciones en la aplicación de técnicas médicas en atención primaria. *Gac Sanit* 2002;16(6):497-504.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Schaardenburg-van Kuyk MAH van, Ende CHM van den. Occupational therapy rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis & Rheumatism* 2002;47(6):672-85.
- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Ende CHM van den. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patient. *The Cochrane Library* 2002;2002(4)
- Steultjens EMJ, Dekker E, Bouter LM, van de Nes JCM, Cardol M, Ende CHM van den. Occupational therapy for multiple sclerosis. (protocol). *Cochrane Library* 2002;2002(2)
- Straten GFM, Friele RD, Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Social Science & Medicine* 2002;55:227-34.
- Tacken M, Braspenning JCC, Spreeuwenberg P, Essen H van, Bakker DH de, Grol R. Patient characteristics determine differences in the influenza vaccination rate more than practice features. *Preventive Medicine* 2002;35:401-6.
- Tates K, Elbers E, Bensing JM, Meeuwesen L. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* 2002;48:5-14.

- Tates K, Meeuwesen L, Elbers E. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* 2002;48:5-14.
- Tates K, Meeuwesen L, Elbers E. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* 2002;48:5-14.
- Tates K, Meeuwesen L, Berden JH van, Bensing JM, van't Hof-Grootenboer AE, van't Hof-Grootenboer EA. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* 2002;48:5-14.
- Verheij RA, Uiters EHWGF. Differences in access to GP services. *Health Affairs* 2002;21(12):2100-2104.

## 12.2 Overige Internationale Literatuur

- European Influenza Surveillance System. 2000-2001 influenza season. *Emerging Infectious Diseases* 2002;8(1):109-16.
- Bartelds AIM. Continuous respiratory stations The Netherlands 2000-2001. *Emerging Infectious Diseases* 2002;8(1):109-16.
- Bakker DH de. Der Hausarzt in: Mengeneder O, Noack F. *Gesundheitssysteme. Wer prägt die Zukunft?* Tagungsband der 5. wissenschaftlichen Tagung der ÖGGW&PH 7/8 april 2002
- Devillé WL, Buntinx F. Did we do it? A systematic review of studies on diagnostic tests. In: Knottnerus JA, van't Hof-Grootenboer EA, van't Hof-Grootenboer AE, Buntinx F, de Groot M, van't Hof-Grootenboer EA. *Diagnostic accuracy of clinical diagnosis. Evidence base of clinical diagnosis*. Kluwer/Plenum publishers; 2002;p. 243-8.
- IJzermans CJ, Gersons BPR. Airplane crash in Amsterdam. *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 2002;73(11):1111-1112.
- Bromet EJ (ed.). *Toxic turn: the consequences of ecological change for human health*. Kluwer/Plenum publishers; 2002.

### 12.3 *Dissertaties*

- Arts SEJ. Caring as an occupation. Content and quality of working life among home helps. Proefschrift Universiteit Maastricht. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Donkervoort M. Apraxia following left hemishpere stroke: prevalence, assessment and rehabilitation. Proefschrift Vrije Universiteit. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Paget WJ. The Surveillance and Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Switzerland. Basel - Utrecht: NIVEL; 2002.

### 12.4 *Nederlandstalige artikelen in wetenschappelijke tijdschriften*

- Algera M, Francke AL, Zee J van der. Zorg-indicatiestelling "nieuwe stijl" binnen zorgketen; een literatuurstudie naar de haalbaarheid van de doelstellingen van de indicatiestelling "nieuwe stijl" en de realisering van de zorgketen. *Verpleegkunde* 2002;17(3):140-51.
- Baanders AN, Rijken PM. Chronisch zieken op de arbeidsmarkt: cijfers uit het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. *Tijdschrift voor Gezondheids-wetenschappen* 2002;80(3):16.
- Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C. Tandartsen en het Alpha-model. Verslag van een onderzoek naar de door tandartsen ervaren effecten van het Alpha-model. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 2002;109(1):15-9.
- Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Bensing JM. De invloed van de poortwachtersrol op de huisarts-patiëntcommunicatie in West-Europa. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(11):592-8.
- Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A, Grypdonck MHF, Bensing JM. De effecten van video-interactie begeleiding op de kwaliteit van de communicatie tussen wijk-verpleegkundigen en oudere cliënten. *Verpleegkunde* 2002;17(4):172-85.
- Devillé WL, Bossuyt PMM, Vet HCW de, Bezemer PD, Bouter LM, Assendelfsche reviews. X. Zoekbeoordelen van diagnostische reviews. *Nederlands Tijdschrift* 2002;146:2281-4.
- Dijk L van. Het voorsc huisartspraktijk in 199. *Wetenschap* 2002;45(11):592-8.
- Dulmen AM van, Bensing JM. Bensing JM. Bensing wringt, maar waar? Di lueren en praktiseren v Huisarts en Wetenschap 2002;45(11):592-8.
- Dulmen AM van. Voor ondergang van het plac arts-patiënt-contact. *G* 2002;30:274-83.
- Heiligers Ph, Hingstma medisch specialisten. *Gezondheidswetensch* 2002;80(3):16.
- IJzermans CJ, Mentink Grieken JJM, Bindels J ren:klachten gepresent spoedeisende hulp. *Ne Geneeskunde* 2002;14(1):15-9.
- Kerssens JJ, Delnoij D De keuze van ziekenfo zekeraar. *Tijdschrift v* 2002;80(1):35-42.
- Kulu Glasgow I, Bakke Tiersma W. Influenza-v autochtone ouderen:aa *Gezondheidswetensch* 2002;80(1):35-42.
- Oort MHJ van, Wagner kosten en effecten van pleeg- en verzorgingsh *Gezondheidswetensch* 2002;80(1):35-42.
- Renders CM, Valk GD,

Schellevis FG, Eijk J van, Wal G van der. De effectiviteit van een kwaliteitsbevorderingprogramma op de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45:512-7.

- Rimmelzwaan GF, Jong JC de, Bartelds AIM, Fouchier RAM, Wilbrink B, Osterhaus ADME. Het influenzaseizoen 2001/'02 en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2002/'03. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;146(39):1846-50.
- Sluijs EM, Bennema-Broos M, Wagner C. Tandartsen en onderlinge visitatie. Verslag van een onderzoek naar de door tandartsen ervaren effecten van onderlinge visitatie. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 2002;109(1):20-4.
- Veer A de, Wagner C, Ooyen-Houben M van, Place M. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002;57(11):1061-9.
- Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis F. Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(13):722-5.
- Weevers HJA, van der Beek AJ, van Mechelen P, van der Wal G, Bensing JM. Arbeid en gezondheid in de huisartspraktijk: een onderzoek in het kader van de 2e Nationale Studie. *Abstract Public Health Congres* 2002. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2002;80(3):34
- Westert GP, Hoonhout LHF, de Bakker DH, van den Hoogen H, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(2):58-62.

### 12.5 Artikelen in vaktijdschriften

- Beaujean DJMA, Hutten JBF, Groenewegen PP. Sluipend kwaliteitsverlies. Medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg. *Medisch Contact* 2002;57(24):924-7.

- Beek APA van, Rijken M. Eenzame zorgvraag van mensen met een chronische ziekte. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(12):612-4.
- Beek APA van, Rijken PM. Hoe gezond zijn mensen met andere chronische ziektes? *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(12):615-7.
- Calsbeek H, Hingstman L, van der Wal G, van der Wal Aandeel gekwalificeerde verpleegkundigen in de TVZ. *TVZ* 2002;112(1):14-9.
- Dulmen AM van, Bär P. Effectiviteit van een informatieprotocol voor de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 2002;(4):11-2.
- Dulmen AM van, Bensing JM. Machtverschuivingen in de huisartspraktijk. *Contact* 2002;57(51/52):19-21.
- Dulmen AM van. Placebowaarden bij functionele klachten. *Bijblijven* 2002;137(37):1298-9.
- Friele RD, Heiligers PhJM, van der Wal G, ZonMw-Implementatiemonitoring. *Medisch Contact* 2002;2002(2):20-1.
- Friele RD, Janse AFC, Hutten JBF, Broerse A, Luijk R, Smits H. Sterke en zwakke kanten van de huisartspraktijk. *Medisch Contact* 2002;57(51/52):19-21.
- Heerken Y, Foets M, Wimmels J. Ontwikkeling van een coderingsmethode voor de diagnose van de huisarts. *Fysiopraxis* 2002;13(3):4
- Heijnen MLA, Brandhof WJ, Peeters MF, Wilbrink B. AR. Respiratoire Infecties in de huisartspraktijk. *Bulletin* 2002;13(3):4
- Heijnen MLA, Bartelds AIM, van der Wal G, van der Wal A. De effectiviteit van een kwaliteitsbevorderingprogramma op de zorg voor diabetespatiënten in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45:512-7.

- GF, Wilbrink B. Winter 2001/2002 in Nederland: een rustig influenzaseizoen; stand van zaken op 19 maart 2002. *Infectieziekten-Bulletin* 2002;13(4):156-7.
- Heiligers PhJM, Velden L van der, Hingstman L. Meer dan werk alleen: wensen van AGIO's hebben ingrijpende gevolgen. *Medisch Contact* 2002;57(36):1267-70.
  - Hofhuis H. Ergotherapie en onderzoek door het NIVEL. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 2002;30(6):244-7.
  - Hofhuis H. Onderlinge visitatie door paramedici; effectief en haalbaar? *Kwaliteit in Beeld* 2002;12(5):18-9.
  - Jabaaij L. 'LINH-cijfers': Loon naar werken? *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(5):229
  - Jabaaij L. 'LINH-cijfers': Verwijzingen naar fysiotherapie en oefentherapie. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(4):165
  - Jabaaij L. 'LINH-cijfers': Voorschrijven bij alcoholproblemen. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(9):449
  - Jabaaij L. 'LINH-cijfers': Top-10: diagnoses en voorschrijven. *Huisarts en Wetenschap* 2002;45(2):57
  - Janse AFC. NIVEL en Consumentenbond vergeleken. *Medezeggenschap* 2002;2002:6-8.
  - Jongkind L. Communicatie in de spreekkamer. *De Huisarts in Nederland* 2002;13(5):34-6.
  - Jongkind L, Kerssens JJ. NIVEL: Pijn zonder oorzaak. *De Huisarts in Nederland* 2002;13(2):42-4.
  - Jongkind L. NIVEL: Toeval of trend? *Huisartspraktijken in de peiling. De Huisarts in Nederland* 2002;13(1):39-41.
  - Jongkind L, van Dulmen AM. NIVEL: Tien tips om het placebo-effect van het arts-patiënt contact te verhogen. *De Huisarts in Nederland* 2002;13(9):44-6.
  - Kerkstra A. NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Verpleegkundig consult* 2002;23:1-7
  - Kerkstra A. Actueel. *Verpleegkunde* 2002 17 (4) 169.
  - Lammers E. NIVEL: Het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) in de praktijk. *De Huisarts in Nederland* 2002;13(10):46-7.

- Lammers E. NIVEL: I kundige in de huisartsing moeten nog blijken 2002;13(8):42-3.
- Lammers E. NIVEL: I zoek niet? *Huisarts in*
- Lammers E. NIVEL H ënten. *Huisarts in Ned*
- Mintjes J, Frijters DHI middel voor de thuiszc 2002;112(11):30-3.
- Nieuwenhoff H van de kwaliteit van extramur spectief. *Nederlands T* 2002;30(6):227-32.
- Oort MHJ van, Bakker heidsklachten door ille *Epidemiologisch Bulle*
- Rijken M, Baanders Al ken al weer toe aan zij 2002;7(20):22-5.
- Schee E van der, Sixm: krediet van de huisarts. 2002;57(32/33):1156-7
- Schellevis FG, Westert naar ziekten en verrich praktijk, beleid en wete 2002;(maart-april):28-9
- Sixma HJ. Patiëntenpe toepassingsgerichte tip 2002;12(2):11-2.
- Sluijs EM, Wagner C, ( de gezondheidszorg; m Finland. *Kwaliteit in E*
- Speet M, Groenewegen de zorg; bij- en naschol 2002;18:16-7.



- Vasterman P, IJzermans J. Ziek van de ramp of van het nieuws óver de ramp? Tijdschrift voor Mediageschiedenis 2002; 5(2) 88-109.
- Veer AJE de, Francke AL. Helpt verpleegkundigen vindt de kwaliteit van de eigen zorg goed. TVZ 2002;112(11):14-5.
- Veer AJE de, Francke AL. Verpleegkundigen zoeken kwaliteitsverbetering in werken met aandachtsgebieden. TVZ 2002;112(12):26-7.
- Velden L van der, Heiligers PhJM, Hingstman L. Vaarwel praktijk. Cijfers over uitstromende huisartsen. Medisch Contact 2002;57(36):1287-90.
- Verkaik R, Francke AL. Invloed doet goed; Laagdrempelige strategieën voor invloeditoefening door verpleegkundigen en verzorgenden. TVZ 2002;112(11):16-21.
- Wimmers RH, Ende E van der. Waarom is er een LIPZ-netwerk. CESAR Magazine 2002;(1):11-3.
- Wimmers RH, Ende E van der. Landelijke informatievoorziening paramedische zorg. Fysiopraxis 11 (7) 30-31.

### 12.6 Boeken en boekbijdragen

- Hutten JBF, Welling BJM, Bakker DH de. Ervaringen en meningen van betrokkenen omtrent de elektronische overdraging van informatie via het zorg informatie netwerk tijdens de proefperiode regio Eemland. Stichting zorgpasgroep. Witboek proef Eemland 1999-2002: evaluatieverslag eletronisch communiceren in de zorg. ed. Zeist: Zorgpasgroep; 2002.
- Kenens R; Hingstman L. Extramurale sociaal-medische voorzieningen. In planologische kerngetallen (2002). Alphen aan de Rijn: Kluwer; 2002. 4560/0-4560/34.
- Windt W van der, Calsbeek H, Talsma H, et al. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2002. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LCVV; 2002.

### 12.7 Rapporten

- Grenzen geslecht? Ervaringen uit EU-(kandidaat)lidstaten. Tilburg: OSA; 2002.
- Bartelds AIM. Continue Monitoring Peilstations Nederland 2001
- Beaujean DJMA, Hutten JBF van medisch specialisten: de cialisten over probleemsitueringen. Utrecht: NIVEL; 2002
- Bouwmans CAM, Ineveld B. Kwaliteit en kosten voor Nederlandse Handleiding voor de toepassing van formatie en de berekening van kwaliteitsverbetering. Amstelveen: NIVEL; 2002.
- Brouwer W, Leemrijse C, Sijsma A. Klantenwensen in de zorg. Vragen voor de fysiotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Graaff FM, Francke AL. Tijdschrift voor Turkse en Marokkaanse verpleegkundigen 2002.
- Groenewegen PP, de Jong JJ. Voorkeursaanbieders: selectie van de verzekeringsstelsel. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Hingstman L, Kenens R, Willemsen G. Rapportage arbeidsmarkt voor 2002. Tilburg: OSA-publicatie 2002.
- Hofhuis H, Boer M de, Steulink A. flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie Cesar en oefentherapie Cesar. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Hutten JBF. Minimale omvang van de praktijk: standpunten uit de praktijk. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Janse AFC, Hutten JBF, Sprenger J. Delen over ziekenhuizen II: e

patienten in 37 Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL; 2002.

- Kooij D, Dijk L van, Schellevis FG. Nycturie: prevalentie en kwaliteit van leven. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM, et al. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eerste interim rapportage: maart 2002. Utrecht/Den Haag: NIVEL/SGBO; 2002.
- Mouthaan I, Neef M de, Grielen SJ, et al. Procesevaluatie pilot-project Perspectief: Project voor werktoeleiding en sociale activering van psychisch arbeidsongeschikte Marokkaanse mannen in de bijstand. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Nispen RMA van, Sixma HJM, Kerkstra A. Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief; Ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Nispen RMA van, Sixma HJM, Kerkstra A. Kwaliteit van de indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Plas M, Hofhuis H, Ende E van den. Implementatie kwaliteitsbeleid paramedische zorg: Aansturing en organisatie van het IKPZ-programma. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Poerstamp RJC, Kerkstra A. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen: resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau: eindrapport. Utrecht: NIVEL; 2002.
- PWC Consulting; NIVEL. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen: resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Almere, Utrecht: PWC Consulting/NIVEL; 2002.
- PWC Consulting; NIVEL. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen; resultaten benchmarkonderzoek op

niveau van individueel rapporten). Almere/Utrecht: 2002.

- Somai D, Hutten JBF. Den Haag; VWS; 200
- Sluijs EM, Janse AFC heid van ziekenhuizer gebruik van normen o kenhuizen aan te toets
- Sluijs EM, Beek APA Verdiepingsstudie trar exploratief onderzoek gen indicatoren gebruu zichtbaar te maken. U
- Speet M, Sluijs EM, V teitsmethoden door ve Utrecht: NIVEL; 2002
- Speet M, Groenewege lingsmogelijkheden op professionals in de ge: onderzoek. Utrecht: N
- Tacken M, Dijkstra R, rondom diabetes melli artspraktijk. Nijmegen
- Tacken M, Hoogen H LINH: Evaluatie Griep Nijmegen/Utrecht: W
- Tacken M, Berende A, griepvaccinatie op de Nijmegen/Utrecht: W
- Velden LFI van der; B Monitor Arbeidsmarkt 2002.
- Velden LFI van der; B Monitoring arbeidsma 2015. Utrecht: NIVEL
- Velden LFI van der, H

- al. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding. Utrecht: NIVEL/Prismant; 2002.
- Verheij R, Jabaaij L, Abrahamse H, et al. LINH Jaarrapport 2001: Cijfers uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg:contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Vugts C, Hingstman L. Arbeidsmarktverkenningen ambulancepersoneel 2001. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Welling BJM, Hutten JBF, Francke AL. Opzet van het panel verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL/LCVV; 2002.
- Wiegers TA, Velden LFF van der, Hingstman L. Behoefteraming verloskundigen 2001-2010. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Wiegers TA, Coffie D. Monitor verloskundige zorgverlening, Rapportage eerste meting, najaar 2001. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Wolters I, Hoogen H van den, Bakker DH de. Evaluatie invoering Elektronisch voorschrijf Systeem: monitorfase: de situatie in 2001. Utrecht: NIVEL; 2002.
- Zantinge EM, Verhaak PFM, Vries WJ de, et al. Tussen de Lijnen. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2001). Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut; 2002.

### 12.8 *Lezingen en posterpresentaties*

- Aguilera JF, Paget WJ, Vega T, Ordobas M, Fajó Pascual M, Larrosa A. Evaluación de la calidad de la recogida de los datos clinicos en tres redes de vigilancia de la gripe en Espana [poster]. XX Scientific reunion of the Spanish Society for Epidemiology, Barcelona, Spain 12-14 september 2002.
- Bakker DH de, Hutten JFB, Steultjes M, Schellevis F. Rising workload or rising work pressure in general practice in the Netherlands. [posterpresentatie] 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
- Bartelds AIM. Surveillance ste lijn/huisartspraktijk Lezi “Surveillance van infectieziekten”. Bilthoven: RIVM, 15 januari 2002.
- Bensing JM, van den Brink-ness as a fuzzy concept: a European Dutch Conference on Psychology. 13-15 mei 2002.
- Bensing JM. Current paradigm: the ideal world? 4th Conference on Health Psychology. Rolduc, 13-15 mei 2002.
- Bensing JM. Assessing self-efficacy. Workshop Conference on Health Psychology. Rolduc, 13-15 mei 2002.
- Bensing JM. De kracht van de ‘Bejegening’ georganiseerd door de Adviesraad, Medisch Centrum Rolduc.
- Bensing JM. Mogelijkheden voor participatie in de besluitvorming. Onderzoekschaak 2002.
- Bensing JM, van Dulmen ALM. Communicatie voor AIO's en huisartsen. & Health, 26 juni 2002
- Bensing JM, van den Brink-ness as a fuzzy concept: a European Dutch Conference on Psychology. 13-15 mei 2002.
- Bensing JM, van den Brink-ness as a fuzzy concept: a European Dutch Conference on Psychology. 13-15 mei 2002.
- Bensing JM, van den Brink-ness as a fuzzy concept: a European Dutch Conference on Psychology. 13-15 mei 2002.
- Boer ME de. Voor- en nadelen van de huisartspraktijk. Invitational conference ‘Naa regeling?’ te Utrecht, 25 januari 2002.
- Brandhof W van den, Heijne

- Peeters M, Wilbrink B. A case-control study on acute respiratory infections in general practitioner patients – The Netherlands, October 2000-September 2003. Results of the first study year. [posterpresentatie] Scientific Seminar van EPIET, Parijs, 18-19 oktober 2002.
- Brink-Muinen A van den. European doctor-patient communication: a tower of Babel? 4th Dutch Conference on Psychology and Health, Rolduc, 13-15 mei 2002.
  - Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van Bensing JM. European doctor-patient communication: a tower of Babel? International Conference on Communication in Health Care, Warwick, 18-20 september 2002.
  - Calsbeek H, Rijken PM, Bekkers MJTM, Dekker J, Van Berge Henegouwen GP. Sociale positie van jongeren met IBD. Landelijke IBD-patiëntendag Universitair Medisch Centrum Utrecht, 20 april 2002.
  - Calsbeek H, Rijken PM, Bekkers MJTM, Dekker J, Van Berge Henegouwen GP. Role of coping on school and leisure activities of adolescents with chronic digestive disorders. European Health Psychology Society congress. Lissabon, 3 oktober 2002.
  - Cardol M, Schellevis F, van der Lisdonk EH. Doctors care or self-care? Expectations of doctor's care in case of common self-limiting health ailments. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Caris-Verhallen A. Communicatie maakt de zorg. Lezing voor cyclus: Samenscholing, Haagse Hogeschool Den Haag, 14 mei 2002.
  - Devillé WL. Health inequalities in ethnic minorities in Europe. Biennial International Congress 'Health and Society in Europe' European Society for Health and Medical Sociology, Groningen, 29-30 augustus 2002.
  - Devillé WL. Gezondheid en gezondheidszorg bij mede-Nederlanders. Jaarlijkse werkgroependag van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde. Utrecht, 10 oktober 2002.
  - Dijk GM van. Het beloudere patiënten met : gerelateerde factoren rentie afdeling orthopedie ziekenhuis Den Haag,
  - Dijk L van, Lindert H non-prescribed medication annual EUPHA (European Meeting, Dresden, 28-
  - Donker GA, IJzerman reported symptoms an airplane disaster. 10th Health Association) N 2002.
  - Dorgelo MN. Sportfys de hulpvraag en het h Jaarcongres KNGF, D
  - Dulmen AM van. IBS- van PDS, Nederlandse Amsterdam, 6 april 20
  - Dulmen AM van. Twee logie van PDS, Nederl Psychotherapie, Amste
  - Dulmen AM van. Corr ling in case of heredita Conference on Comm 18-20 september 2002
  - Dulmen AM van. Obsc about illness represent International Conferen Care, Warwick, 18-20
  - Dulmen AM van. Het v AZG Eerste Compagn halve werk?! Dalfsen,
  - Dulmen AM van. Het v AZG Tweede Compagn halve werk?! Dalfsen,

- Dulmen AM van. Communiceren met kinderen en ouders. Boerhaave-lezing Nascholingsweek kindergeneeskunde, Leiden, 7 maart 2002.
- Ende CHM van den. Een flexibel alternatief? Raamwerk voor een nieuwe regeling. Invitational conference 'Naar een flexibele vergoedingsregeling?'. Utrecht, 25 januari 2002.
- Ende CHM van den. Onderzoek naar artrose. Jaarcongres KNGF, Den Haag 1-2 november 2002.
- Fleming DM, van Casteren V, Schellevis FG. Prevalence of diabetes known to general practitioners in selected European countries [posterpresentatie]: WONCA Europe 2002 conference. London, 9-13 juni, 2002.
- Friele RD. Signaleringsmethodiek zorgbehoefte allochtone Nederlanders. Inleiding NPCF/SOKG conferentie 'Versterking signaleringsfunctie van Regionale Patiënten Consumenten Platforms'. 24 januari 2002.
- Graaff F de. Terminale thuiszorg voor allochtonen. Landelijke verwendag voor vrijwilligers door TVZ. Amsterdam, 7 november 2002.
- Groenewegen PP. European health care systems. Gastcollege UM, Masters in European Public Policy. Maastricht, 11 januari 2002.
- Groenewegen PP. De relatie tussen beleid en onderzoek in theorie en ettelijke voorbeelden. Lezing VWS-Wintercourse 2002, Noordwijkerhout, 7 april 2002.
- Groenewegen PP. Cursus Health Services: Research & Practice. CaRa/Nihes, april 2002.
- Groenewegen PP. Quote in international perspective: the future. Invitational conference Quote International, Utrecht 28 juni 2002
- Heiligers Ph. Deeltijdwerken op maat. Ledenvergadering Nederlandse Internisten Vereniging, Utrecht, 7 mei 2002
- Heiligers Ph. Total workload; interference or in control. gender differences in the influence of control on the relation between workload en well being. 4th Dutch Conference on Psychology and Health, Rolduc, 13-15 mei 2002.
- Heiligers, Ph Loopbaanplannen en de organisatie in zi Nederlandse Arbeidsmarkt, mei 2002.
- Heiligers Ph. Werk in balans: lijke Thuiszorgdag over Art mei 2002.
- Heijmans M, Rijken PM. Th and medication beliefs for c in patient with asthma and C Psychology Society congress
- Hingstman L. Beroepen in Z siedag. Tilburg, 14 november
- Hofhuis H. Voorwaarden vo regeling. Invitational confer goedingsregeling?' te Utrecl
- Hofhuis H. Naar een flexibele fysiotherapie? KNGF-congr 2002.
- Hofhuis H. Evaluation of a c gramme for allied health pro 10th annual EUPHA (Europ Association) Meeting, Dres
- Hutten JBF. Ervaringen van Eemland. Afsluitende werkc de zorgpas in de regio Eeml oktober 2002.
- Hutten, JBF. Evaluation of i shop Linking levels of care. 2002.
- Hutten JBF. Ziekenhuisverg Utrecht, 9 september 2002.
- Hutten JBF. Doel en resultaat lijking-systeem. Afsluitend ziekenhuis-vergelijkingsprojec 2002 .
- Hutten JBF, Boer J. Patiëntv

- ling. Workshop afsluitende bijeenkomst van het ziekenhuisvergelijkings-project. Utrecht, 17 september 2002.
- IJzermans CJ, Wessely S. The aftermath of disasters: long term complications. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - IJzermans CJ. Social epidemics in the aftermath of disasters. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Janse A. Patiënten oordelen over ziekenhuizen. Presentatie PPCP. Utrecht, 21 november 2002.
  - Jong JD de, Westert GP, Groenewegen PP. Physicians working in different hospitals: variation in what they do? 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Kerkstra A, de Veer AJE. Bewonerspanel Verpleeghuizen: het monitoren van wensen en meningen. Workshop Forumdag. Utrecht, 5 november 2002.
  - de Veer A, den Ouden DJ, Francke A. Working abroad: Experiences of nurses from other European countries in The Netherlands. [posterpresentatie] 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Kerkstra A., van Bilsen P., Otten D. Problems experienced by nurses in their interaction with demerit patients in nursing homes. International Conference on Communication in Health Care, Warwick, 18-20 september 2002.
  - Kerssens JJ. Quote in international perspective: international comparison. Invitational conference Quote International, Utrecht 28 juni 2002.
  - Kooij DG, van Dijk L, Schellevis F. The influence of nocturia on the quality of life. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Kroneman M, Paget J. Influenza-vaccination: an inventory of strategies to reach the target population and optimi-

- se vaccination uptake. Public Health Association november 2002
- Lamkaddem M, Devillé W van Dijk L. The use of foreign women in the effects. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
- Linden M van der, Groenewegen PP, van der Grinten FG. Een computer algoritme voor de berekening van morbiditeit, groenewegen PP. huisartspraktijk. WEOO 2002.
- McKee M, Delnoij D, Brand H, Busse R. The purchasing: an international comparison. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
- Nispen R van, Sixma H. Influenza-vaccinatie bij vluchtelingen door RIO's vanuit Nederland. 's Heeren Loo, 19 oktober 2002. (van het rapport).
- Nispen RMA van, Sixma H. Influenza-vaccinatie bij vluchtelingen door RIO's vanuit Nederland. 's Heeren Loo, 19 oktober 2002. (van het rapport).
- Nispen RMA van, Sixma H. Influenza-vaccinatie bij vluchtelingen door RIO's vanuit Nederland. 's Heeren Loo, 19 oktober 2002. (van het rapport).
- Oort M van, Devillé W. Influenza-vaccinatie bij vluchtelingen door RIO's vanuit Nederland. 's Heeren Loo, 19 oktober 2002. (van het rapport).
- Oort M van, Devillé W. Influenza-vaccinatie bij vluchtelingen door RIO's vanuit Nederland. 's Heeren Loo, 19 oktober 2002. (van het rapport).
- Paget WJ, Meerhoff TJ. The harmonization of influenza surveillance of in Europe. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
- Meerhoff TJ, Paget WJ. Harmonizing the virology of influenza in Europe: results of an international survey. Public Health Association november 2002

- European Influenza Conference. Malta, 20-23 oktober 2002
- Pas L, Boerma W, Spreeuwenberg P, Saunders JB, van der Zee J. Influence of public alcohol and tobacco use on General Practitioners' advice: an international comparative study. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Rijken PM, Heijmans M. Patients and general practitioners information on the presence of chronic diseases: consequences of (dis-)agreement for self-management and quality of life. European Health Psychology Society congress, Lissabon, 4 oktober 2002.
  - Schee E van der, Groenewegen PP, Friele RD. Public trust in health care in the Netherlands. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Schellevis F, Westert G, Bakker D de. The second Dutch national survey of general practice. Onderzoekschooldag CaRe, Nijmegen, 31 mei 2002.
  - Schellevis FG, Fleming DM. The incidence of varicella in general practice and in the community: an international comparison. WONCA Europe 2002 conference. London, 9-13 juni 2002.
  - Sixma H. Cliëntenraadpleging in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. LVT-expert meeting over het te voeren toekomstig kwaliteitsbeleid. Bunnik, 15 februari 2002.
  - Sixma H, Kerkstra A. Resultaten Cliëntenraadpleging in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. (aanbieding van het eindrapport). Zeist, 21 maart 2002.
  - Sixma H, Kerkstra A. Cliëntenraadpleging in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zeist, 9 april 2002.
  - Sixma H, Kerkstra A. Kernbevindingen uit de cliëntenraadpleging in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. Projectgroep benchmark en hun directies. Nieuwegein, 16 april 2002 + een tiental

- vergelijkbare presentaties van de cliënten en vertegenwoordigers van de gemeentelijke instellingen.
- Sixma H. Resultaten cliëntenraadpleging in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. Stafafdelingen van thuiszorginstellingen grote steden. Rotterdam, 18 april 2002.
  - Sixma H. Benchmarking Duurzaamheidsplanning "the patients" perspective. Vertegenwoordigers van STAKES (Finlandia). Helsinki, 15 oktober 2002.
  - Sixma H. Nispen R van. Kwaliteitsbeleid door RIO's vanuit cliëntenraadpleging (van het rapport). Goes, 29 maart 2002.
  - Sixma H. Nispen R van. Kwaliteitsbeleid door RIO's vanuit cliëntenraadpleging. Vertegenwoordigers van RPO. Haarlem, 28 november 2002.
  - Sixma H. QUOTE in internationale present. Invitational conference. QUOTE-International. Utrecht, 28 juni 2002.
  - Sixma H. Patient participatie in de Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000. University of Bristol. Bristol, 28 juni 2002.
  - Sixma H, Nijkamp MD. De ontwikkeling van een meetinstrument voor de kwaliteit van de kwaliteitsbehandeling vanuit patiëntperspectief. Van het NOG (Nederlands Ouderwetarschap Groningen, 20-22 maart 2002).
  - Sixma H. Quote in internationale present. Lezing Invitational conference. QUOTE-International. Utrecht 28 juni 2002.
  - Sluijs EM. Inzicht in kwaliteitsbeleid van huisartsen. Thema-avond: Inzicht in de huisartspraktijk, NMT, Nieuwegein, 16 april 2002.
  - M. Speet, Praktische kwaliteitsbeleid. Nieuwegein, 16 november 2002.
  - Steultjens EMJ. Occupational health and safety in the home care sector. Nieuwegein, 16 april 2002.

- matic review. Eerste jaars studenten European Masters Occupational Therapy, Hogeschool van Amsterdam, 11 februari 2002.
- Steultjens EMJ. Occupational therapy for cognitive impairments in stroke patients: a systematic review. WFOT Congress. Stockholm, 24-28 juni 2002.
  - Steultjens EMJ. Pittfalls in the search for evidence. WFOT Congress. Stockholm, 24-28 juni 2002.
  - Steultjens EMJ. Occupational therapy for stroke: a systematic review, [poster presentatie] WFOT Congress. Stockholm, 24-28 juni 2002
  - Steultjens EMJ. Occupational therapy for progressive neurologic diseases: a systematic review, [posterpresentatie] WFOT Congress. Stockholm, 24-28 juni 2002.
  - Steultjens EMJ. Effectiviteit van Ergotherapie bij Reumatoïde artritis; een systematische review. NVR Najaarsdagen. Veldhoven, 20 september 2002
  - Steultjens EMJ. Effectiviteit van Ergotherapie bij Reumatoïde artritis; een systematische review. KNFG-jaarcongres. Den Haag, 2 november 2002.
  - Steultjens EMJ. Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review, [posterpresentatie] WFOT Congress. Stockholm, 24-28 juni 2002 .
  - Steultjens EMJ. Effectiviteit van Ergotherapie; State of the art. NVE jaarcongres. Ede, 11 november 2002.
  - Steultjens E. Workshop: beoordelen van wetenschappelijke literatuur. NVE jaarcongres. Ede, 11 november 2002.
  - Tates K. How to define patient-centred care in triadic consultations? The International Conference on Communication in Healthcare. Warwick, 18-20 September 2002.
  - Tates K. A triadic analysis of doctor-parent-child communication. 4th Dutch Conference on Psychology and Health, Rolduc, 13-15 mei 2002.
  - Tromp F, Beltman M et al. Rias: The NIVEL experience. International Conference on Communication in Health Care, Warwick, 18-20 september 2002.
  - Veenhof C, Ende CHM. The effectiveness of exercise in the treatment of osteoarthritis of hip or knee. 10th Annual Meeting of the International Congress on Occupational Health, Stockholm, 28-31 augustus 2002.
  - Veer, AJE de. Instroom van studenten uit Europa. OSO, 11 oktober 2002.
  - Veer AJE de, den Ouden J. Experiences of nurses in the Netherlands. [poster] 10th Annual Meeting of the International Congress on Occupational Health (EUPHA (European Public Health Association) Meeting), Dresden, 28-30 november 2002.
  - Verhaak PFM. De behandelingspraktijk: Jaarlijkse rapportage. 12 januari 2002.
  - Verhaak PFM. Geestelijke gezondheid. Jaarcongres Nederlandsche Maatschappelijk Werkbezoekersbond, 11 november 2002.
  - Verhaak PFM. Stand van zaken in de GGZ. Werkconferentie GGZ, Utrecht 11 november 2002.
  - Verhaak PFM. Primary care in the Netherlands. Conferentie van de Nederlandse Vereniging van Ergotherapeuten Göteborg 14 november 2002.
  - Verheij RA, Uiters EH. Cultural differences in acculturation. 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Stockholm, 28-30 november 2002.
  - Verkaik R, Francke A. The role of the general practitioner in the management of mental health. 10th annual meeting of the International Congress on Occupational Health (Association) Meeting, Stockholm, 28-30 november 2002.
  - Wagner C. Workshop: de Nederlandse gezondheidszorg. 11 juni 2002.
  - Weert JCM van, Kerksma



- hip between the perception of care of caregivers in the psychogeriatric nursing home and job satisfaction, stress reactions and burnout. 4th Dutch Conference on Psychology and Health, Rolduc, 13-15 mei 2002.
- Weert JCM van. The relationship between reported problems of caregivers in dementia care and the actual communicative behaviour of caregivers during morning care. International Conference on Communication in Health Care. Warwick, 18-20 September 2002.
  - Weert JCM van. De vraag onderzocht in verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Forumdag 2002, Forum Onderzoek Verpleging en Verzorging. Utrecht, 5 november 2002.
  - Welling N, Hutten JBF. Evaluatie van de introductie van de zorgpas in de regio Eemland. Diverse presentaties in de regio. Amersfoort/Zeist: 15 januari, 19 januari en 23 maart 2002.
  - Wiegers TA, Zwart MC. Maternity Care / Midwifery Care and the Empowerment of Women. Workshop-bijdrage tijdens het 30ste ICSW (International Conference on Social Welfare), Rotterdam, 24 - 28 juni 2002
  - Wiegers TA. NIVEL-onderzoek naar kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. Workshop tijdens themadag voor cliëntenraden in de thuiszorg door de LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden). Utrecht, 8 november 2002
  - Wilbrink B, Lexmond P, Nat H van der, Bartelds AIM, Brandhof WE van der, Boswijk H, Heijnen MLA. Differences in influenza virus detection by virus culture and PCR during surveillance of acute respiratory infections (ARI) in general practices in The Netherlands. The First European Influenza Conference, Malta, 20-23 oktober 2002.
  - Wimmers RH, Swinkels I, van den Ende E. The National information service for allied healthcare in the Netherlands. (Poster) 10th annual EUPHA (European Public Health Association) Meeting, Dresden, 28-30 november 2002.
  - Wimmers, RH. ICT in het LI 2002, Den Haag 1-2 november 2002.
  - Wimmers RH, Swinkels I, Eerste resultaten, KNGF con november 2002.
  - Zee, J van der. Ten years of E lysis of the conference abstracts (European Public Health Ass 28-30 november 2002.
  - Zee, J van der. Public Health Cursus Health Services: Rese CaRa/Nihes, april 2002.
  - Zee, J van der. Soins de santé Conference de CNAM (Caisse Maladie). Parijs, 15 oktober 2002.



## 13 Personele zaken

### Wetenschappelijk personeel

#### *Directie*

Bensing, prof.dr. J.M.

Zee, prof.dr. J. van der

#### *Afdelingshoofden*

Groenewegen, prof.dr. P.P.

Kerkstra, dr. A

Bakker, dr. D.H.

#### *Programmaleiders*

Delnoij, dr. D.M.J.

Hutten, dr. J.B.F.

Devillé, dr. W.L.J.M.

Rijken, dr. P.M.

Dulmen, dr. A.M. van

Schellevis, dr. F.G.

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

Verhaak, dr. P.F.M.

Francke, dr. A.L.

Wagner, dr. C.

Hingstman, dr. L.

IJzermans, dr. C.J.J.M.

#### *Onderzoekers*

Algera, drs. M.

Coppen, drs. R.

Baanders, dr.ir. A.N.

Deckers, dr. J.G.M.

Bartelds A.I.M., huisarts

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

Beaujean, drs. D.J.M.A.

Dijk, drs. G.M. van

Beek, drs. A.P.A. van

Dirkzwager, dr. A.

Bennema-Broos, drs. M.

Donker, dr. G.A.

Berg, drs. M.J. van den

Doorn-Poot, drs. E.P. van

Biemans, drs. M.A.J.E.

Dorgelo, drs. M.N.

Biermans, drs. M.C.J.

Dorn, drs. T.

Boer, drs. M.E. de

Edelenbos, drs. K.I.

Boerma, drs W.G.W.

Geurts, drs. M.P.E.D.

Bos, drs. J.T.

Graaff, drs. F.M. de

Brink-Muinen, dr. A. van den

Gundy, drs. C.M.

Brouwer, drs. W.	Hal
Brouwers, dr. E.P.M.	Har
Burg, ir. J.C.M. van der	Hei
Calsbeek, drs. H.	Hei
Cardol, dr. M.	Hof
Caris-Verhallen, dr. W.M.C.M.	Hol
Coffie, drs. D.S.V.	Jab:
Janse, drs. A.F.C.	Silk
Janssen, ir. B.M.	Six:
Jong, drs. A. de	Slui
Jong, drs. J de	Soe
Kenens, R.J.	Son
Kerssens, dr. J.J.	Spe
Kolthoff, drs. E.D.	Stef
Kooij , drs. D.G.	Stet
Kroneman, dr.ir. M.W.	Stet
Lamkaddem, drs. M.	Stor
Leemrijse, dr. Ch.	Swi
Linden, dr. M.W. van der	The
Lindert, mr.drs. J.J.M.van	Tru:
Marangos, M.A.M.	Uite
Marquet, dr. R.L.	Vee
Meerhoff, drs. T.J.	Vee
Meijer, dr. S.A.	Vee:
Mettendaf, drs. A.I.	Velc
Mistiaen, drs. P.J.M.L.	Velc
Mohangoo, drs. A.D.	Verl
Muysken, J.	Verl
Nispen, drs. R.M.A. van	Verl
Nuijen, drs. J.	Voll
Oort, drs. M.M.H.J. van	Vug
Ouden, drs. D.J. den	Wee
Paget, dr. J.W.	Wel
Pas, drs. S.M.E. te	Wie
Peters drs. L.	Win
Plas, ir. G.M.	Wol
Richter, drs. J.M.	Zan:

Roelofsen, dr. E.E.  
Schee, drs. E van der

Zwaanswijk, drs. M.

### ***Kenniscentrum***

Friele, dr.ir. R.D. (hoofd)  
Heijden, drs. P.M.J.R. van der

Jongkind, ir. L.F. (journalist)  
Visser, Th.

## **Wetenschappelijk onderzoeksondersteuning**

### ***Systeembeheer***

Snellenberg, drs. J.N.H.M. van

### ***Research medewerkers***

Abrahamse, H.P.H.  
Broek, RW van den  
Gravestein, J.V.  
Hieralal, M.  
Kerkhof, ing. M.J.W. van

Können, drs. T.D.  
Spreeuwenberg, drs. P.M.M.  
Veen, drs P.M.H. Ten  
Wagemans, E.A.H.  
Winckers, drs. M.

### ***Veldwerkcoördinatoren***

Kolthoff drs. E.D.  
Koopmans M.

Visser drs. I.H.E.

### ***Videotheek***

Kruijsdijk, R.A.J.T. van  
Beltman M  
Geurts, drs. M.P.E.D.  
Groot, J. de  
Janssen, drs. C.C.M.  
Pas, drs. S.M.E. te

Ronner, E.C.  
Sep, drs. S.M.  
Seuntjes, drs. M.M.  
Tromp, drs. F.  
Wind-Blokker, drs. R.M.

### ***Medewerkers enquêtekamer***

Hermans, I.M.J. (coördinator)  
Baarle, J.M. van  
Kaper, A.  
Blok, M.A.

Hobbel, D.  
Hop, A.D.  
Tibosch, drs. E.M.

*Medewerkers data entry*

Dussenbroek, A.M. (coördinator)	Mec
Budike, R.C.	Poo
Hoekstra, J.	Rhi
Bijl, I. van der	Ron
Burer, D.W.H.	Sch
Deenen, A.M.	Verl
El Barakat, A.	Wij
Lenders, E.	

*Administratieve medewerkers registratiesyst*

Bie-Vos, T. De	Sch
Franke-Kasteleijn, A.	Stee
Scheepmaker, A.F.	

*Projectsecretariaten*

Aalst- van Well, C.J.M. van	Kim
Brouwer-van Beurden, M.W.	Lee
Faassen, A.	Say
Geelkerken-van Wijk, M. van	Sm
Heshusius-van Valen, M.	Stoe
Karamat Ali, I.M.	

*Overige projectondersteuning*

Davids, R.N.	Kor
Dufourné, W.	Zoe

*Bibliotheek en documentatie*

Berg, R. van den (Hoofd)	Carl
Heijden, drs. P.M.J.R. van der	Sch
Breuning, E.	

**Algemeen ondersteunend en beheerspersoneel***Hoofd algemene zaken*

Berg, W. van den	
------------------	--

***Projectbeheer***

Bosman, ir. J.M. (hoofd)  
Kamphuis B.

Vonk, ir. E.

***Financiële administratie***

Franke, C.H. (administrateur)  
Philipse, M.P.  
Hoekstra, J.

Blokland, E.  
Vonk, W.A.L.P.

***Personeelszaken***

Ruijterlinde, P.M. (personeelsfunctionaris)

Kerkhof-van Beurden, J.D.M.

***Salarisadministratie***

Kerkman-Pouw, A.

***Directiesecretariaat***

Wegen, M. van der

Koff, A.H.M. de

***Beheer***

Kraus, dr. E.  
Spruit, W.L.

Brouwers, H.B.

***Automatisering***

Contente Lopes, A.J.

Lemans, J.

***Receptie***

Smit-de Jong, W.  
Snoek-van Dorp, A.

Beijers-de Boer, A.

***Kantine***

Goris-Puyk, M.  
Cornelissen, M.M.J.

Makkinga, M.

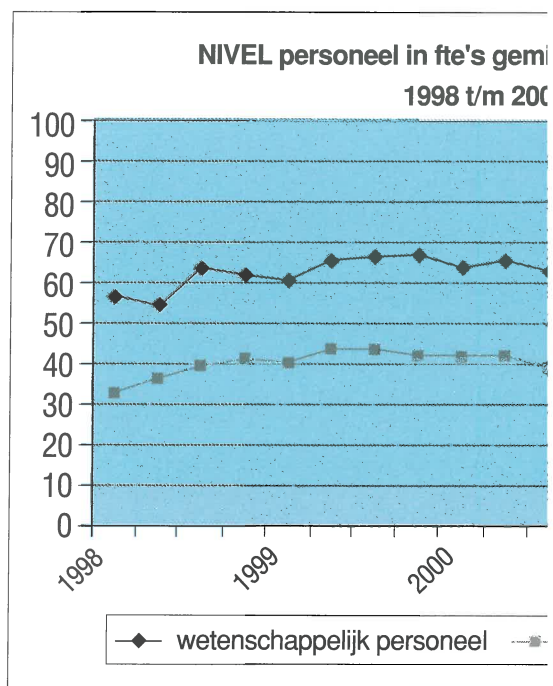
***Schoonmaak***

Sieders-van Dam, Th.

## Gemiddelde formatie

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde per-  
per kwartaal over de afgelopen 5 jaar. Zowel voor  
als het ondersteunend personeel is een constante g  
voor het wetenschappelijk personeel zelfs exponen

Figuur 1: NIVEL personeel in fte's 1998-2002 (ge



In tabel 1 wordt over de periode 1998 tot en met 20  
per functie in aantallen medewerkers gegeven. De  
Het aantal personeelsleden op deze peildatum is z  
gemiddelde bezetting zoals die door het hele jaar h



Tabel 1: Personeelsbezetting naar functie per 31 december  
in aantallen medewerkers

	1998	1999	2000	2001	2002
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	13	15	13	11	13
Onderzoekers > 6 ancienniteitsjaren	31	26	30	28	39
Onderzoekers	12	18	16	27	34
Assistent onderzoekers/student-assistenten	9	13	10	19	20
Onderzoeksondersteuning	34	43	55	64	50
Kenniscentrum	0	0	0	8	6
<b>Subtotaal</b>	<b>104</b>	<b>120</b>	<b>129</b>	<b>162</b>	<b>167</b>
Niet wetenschappelijk management	1	1	1	1	1
Management ondersteuning	8	9	6	6	8
Informatici	1	1	1	1	2
Algemene dienst	15	15	17	17	17
<b>Subtotaal</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>28</b>
<b>Totaal</b>	<b>129</b>	<b>146</b>	<b>154</b>	<b>187</b>	<b>195</b>

## Ziekteverzuim

Het verzuim bij het NIVEL is met 3,7% maatschappelijk gezien gering. Er is weinig verschil in verzuim van medewerkers met een tijdelijke aanstelling ten opzichte van medewerkers met een vaste aanstelling.

De aandacht voor verzuimpreventie en –beheersing blijft groot, zeker met de komst van de Wet Poortwachter, waarbij de rol van de werkgever in geval van ziekteverzuim en –preventie sterk is benadrukt.

Het zwangerschapsverlof is in dit overzicht buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2: Ziekteverzuim

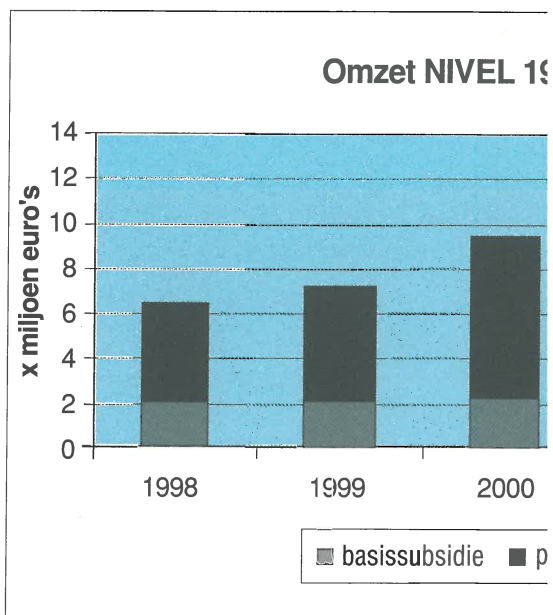
totaal verzuim percentage

1998	2,4%
1999	2,7%
2000	5,2%
2001	2,9%
2002	3,7%

### Omzet

In figuur 2 is de omzet van het NIVEL weergegeven. De basissubsidie is in 2002 iets gestegen, omdat de positieve erkenning van het NIVEL als kenniscentrum voor de geesteswetenschappen is toegevoegd.

De omvang van de projectgelden zal in 2002 stijgen en zal lopen tot ± 8,6 miljoen Euro.



## 14 Overzicht aanvragen van gegevens uit de registraties

Aanvrager	Doel	Gevra
Universiteit Maastricht	Survey-onderzoek Stoppen met roken.	Adress
Dhr P Leusink, Huisarts/seksuoloog	Onderzoek seksueel contact in de huisartspatiënt relatie.	Adress
NIVEL	Representativiteit LIPZ netwerk.	Adress
CBS	Registratie fysiotherapeuten en verloskundigen	Adress verlosk
Universiteit Maastricht	Onderzoek patiënten met glaucoom	Adress
Universiteit Maastricht	Onderzoek risicofactoren van burnout bij huisartsen	Adress
Stichting Rechtsbijstand, Interpolis,Rabobank	Update bestand	Adress Afgew
Mw. R.J. Jansen en de heer C.J.Kodde	Onderzoek begeleiding door huisartsen bij patiënten met een ongewenste zwangerschap en zwangerschapsverlies.	Adress
EMGO	Evaluatie van praktijk, melding en toetsing . van euthanasie	Adress
Rijksuniversiteit Groningen	Onderzoek blessurepreventie door de huisarts	Adress
RIVM	Onderzoek ziekte van Lyme.	Adress
TNO, Leiden	Onderzoek meningokokkeninfectie	Adress
Wok, Nijmegen	Evaluatie KNOV standaard "Anemie"	Adress
NHG	Mailing NHG congres	Adress
De heer D van Tol, studie rechten, RUG	Promotie onderzoek:Classificeren van medisch handelen rond het levenseinde	Adress
NIVEL	Lipz,werving praktijken	
APE in opdracht van VWS	Onderzoek naar stabiliteit en mogelijke verfijning van het regiocriterium in de ZWF-verstrekkingenbudgettering	Adress
College voor zorgverzekeringen	Nieuwsbrief pre-en postnatale screening	Adress
Universiteit Maastricht	Testen site genetica	Adress
NIGZ	Mailing voorlichtingsmateriaal over de Alcohol Infolijn	Adress
Universiteit Groningen De heer K H Groenier	Onderzoek behandeling bij Cornea erosie.	Adress Adress
NIVEL	Effectiviteit Gradit bij patiënten	Adress
EMGO	Onderzoek evaluatie van de toetsingsprocedure euthanasie	Adress
Trimbos-instituut	Mailing over de Drugs Infolijn	Adress

## 15 Index

	Paragraaf:
1. Zorgvragers	
- migranten	3.4; 3.5;
- chronisch zieken	2.1; 3.2; 3.3
2. Professionals	
- huisarts	2.1; 2.5; 3.0
- verpleegkundige/verzorgende	5.2; 6.1; 6.2
- paramedici	3.6; 5.1; 7.1
- verloskundige	6.7; 6.8
- medisch specialist	3.9; 4.2; 4.3
- apotheker	3.6
3. Instellingen	
- ziekenhuizen	3.1; 3.6; 3.9
- thuiszorg	3.7
- GGZ	2.3; 5.2; 5.3
- Algemeen Maatschappelijk Werk	5.3; 6.9
- RIO	3.8
4. Geneesmiddelen	2.2; 3.5; 4.1
5. Verzekeraars	3.6; 3.10; 7.1