

2006

Jaarboek



Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
2	Gezondheid en ziekten	11
2.1	Allochtonen hebben vaker astma en COPD	11
2.2	Bijna een op de vijf Nederlanders gevaccineerd tegen griep	12
2.3	Dikkerds doen zwaarder beroep op huisarts	13
2.4	The 2004-2005 influenza season	13
2.5	NIVEL meet vijf jaar lang gezondheidseffecten van de vuurwerkcramp	14
2.6	Mensen met behandelde bijnierziekte blijven zich beroerd voelen	14
2.7	Emotionele en gedragsproblemen bij kinderen zijn lastig te herkennen voor huisarts	15
2.8	Het nadeel van sporten	16
2.9	Te veel mensen met COPD hebben te weinig lichaamsbeweging	16
2.10	Vitamine G?	17
3	Wat vindt de patiënt ervan	19
3.1	Nederlander nog huiverig voor elektronisch patiënten dossier	19
3.2	Patiënten slecht te spreken over de organisatie van de zorg	19
3.3	Vragenlijst ontwikkeld over hulpbehoefte van mantelzorgers van mensen met dementie	20
3.4	Wat vindt patiënt van ziekenhuisservicepunt?	21
3.5	De helft van de Nederlandse bevolking zoekt wel eens naar gezondheids(zorg)informatie op internet	21
3.6	Lichamelijke handicap belemmert deelname aan samenleving meer dan nodig is	22
3.7	Mensen met COPD en een laag inkomen extra kwetsbaar	23
3.8	Kosten chronische ziekte en handicap voor patiënt	23
3.9	Patiënt tevredener met vrije toegang tot zorg	24
3.10	Patiëntenorganisaties en nieuwe medicijnen	25
4	In de praktijk	27
4.1	Zowel dokter als patiënt zoekt medische oplossing voor onverklaarbare klachten	27
4.2	Huisartsen vragen patiënten veel vaker om toestemming voor een behandeling	27
4.3	Effect telefonische follow-up na ontslag uit het ziekenhuis niet bewezen	28
4.4	Huisarts stuurt patiënt zelden 'het bos in'	28





4.5	Meer oudere huisartsen gaan waarnemen	29
4.6	Achtergrondstudie: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep	29
4.7	Vijf typen eters in verpleeg- en verzorgingshuizen	30
4.8	Computer hindert communicatie in de spreekkamer	31
4.9	Huisartspatiënt met psychische stoornissen beter geholpen dan in 2000	31
4.10	Huisarts moet zorg voor mensen met meerdere ziektes coördineren	32
5	Naar een betere kwaliteit	33
5.1	Wat is de Consumer Quality Index?	33
5.2	Nederlandse huisarts in internationaal perspectief	34
5.3	Handleiding voor vragenlijst patiëntveiligheidscultuur	34
5.4	Risico-indicatoren voor de GGZ beschikbaar	35
5.5	Nieuwe behandeling voor patiënt met artrose	35
5.6	Chronisch zieken gaan steeds vaker naar gespecialiseerde verpleegkundige	36
5.7	Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg	37
5.8	Met snoezelen meer mens	37
5.9	Effect kwaliteitsmanagementsysteem in verpleeghuizen moeilijk te bepalen	38
5.10	Verbeterinitiatieven in ziekenhuizen laten wisselende resultaten zien	39
5.11	Therapietrouw begint in de spreekkamer	39
6	Werken in de zorg	41
6.1	Opleidingen komen tijd tekort om medisch professional goed te leren managen	41
6.2	Tekort verloskundigen is opgelost	42
6.3	Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk gaan op een positievere wijze om met verpleeghuisbewoners met dementie dan verzorgenden die ontevreden zijn	42
6.4	Verpleegkundigen en verzorgenden missen waardering van hun directie	43
6.5	Gynaecoloog is steeds vaker vrouw	43
6.6	Ondanks verminderde vraag toch knelpunten in kraamzorg	44
7	Financiering, structuur en wetgeving	45
7.1	Sturing uit de eerstelijns	45
7.2	Intensivering donatiebeleid effectief	45
7.3	Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is nog lastig	46
7.4	Grieprik te duur voor Pool met hoog risico	47
7.5	Vraag vooral 45-plussers om orgaandonor te worden	47

7.6	Verzekerden zijn mobiel in het nieuwe stelsel: een vijfde (21%) is overgestapt	48
7.7	Minder zorggebruik door no-claim teruggaveregeling?	48
7.8	De rol van zorgkantoren en netwerken bij de realisatie van palliatieve terminale zorgvoorzieningen (PTZ)	48
7.9	Bereken zelf on-line de behoefte aan eerstelijnszorg in uw wijk of gemeente	49
7.10	Een kwart van de fysiotherapie-patiënten heeft geen verwijfsbriefje meer	50
7.11	Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar	50
7.12	Behandeling binnen eerstelijns-GGZ nog niet vanzelfsprekend	51
7.13	Massale overstap lijkt eenmalig	52
7.14	Ziek en gezond wisselen even vaak van zorgverzekeraar	52
7.15	Aantal hospices groeit snel	53
8	Bibliotheek en documentatie	55
9	Het NIVEL extern	59
9.1	Verspreiden van NIVEL kennis	59
9.2	Externe lidmaatschappen, commissies, redacties	59
10	Publicaties	65
10.1	Internationale artikelen	65
10.2	Internationale boeken en boekbijdragen	73
10.3	Dissertaties	75
10.4	Nederlandse wetenschappelijke artikelen	75
10.5	Artikelen in vaktijdschriften	77
10.6	Nederlandse boeken en boekbijdragen	79
10.7	NIVEL rapporten	80
10.8	Gepubliceerde abstracts	84
10.9	Factsheets	87
10.10	Lezingen en posters	88
10.11	Digitale producten	96
11	Het bestuur	99
12	Personele Zaken	101





Invoering Zorgverzekeringswet

De prijs voor ‘manager van het jaar’ ging in 2006 niet voor niets naar de Directeur Generaal Gezondheidszorg van het ministerie van VWS: Martin van Rijn. De vrijwel vlekkeloos verlopen invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW), tegen alle (ook door het NIVEL geuite) sombere verwachtingen is een managementprestatie van formaat. Uiteraard kende dit invoeringssucces vele vaders, vooral de verzekeringsadministraties en de belastingdienst draaiden op meer dan volle toeren, maar zowel de minister als de ambtenaren kunnen vooralsnog tevreden terugkijken. Echter, we gebruiken niet voor niets het woord ‘vooralsnog’. Of de Wet ook op termijn aan de verwachtingen zal voldoen, is namelijk de vraag.

De huidige premieopbrengsten zijn, zo stellen de zorgverzekeraars, niet kostendekkend. Zij komen, door de bank genomen, een 10 tot 15% tekort. Verzekeraars teren in op hun reserves. De verwachting is dat zij dit maximaal 3 jaar kunnen en willen volhouden. Daarna zal óf de premie voor het basispakket omhoog moeten, óf het pakket moeten worden ingekrompen, óf zullen er besparingen via de zorgaanbieders moeten worden gerealiseerd, óf, het meest waarschijnlijk, van alles een beetje. Pas een jaar of 3, 4 na de invoering van de Wet zullen we weten of deze ingrijpende verandering in de financiering van de gezondheidszorg aan zijn doel heeft beantwoord.

Fascinerend is overigens, zo blijkt uit onze evaluatie van de ZVW, dat heel Nederland ziekenfondspatiënt is geworden. Er zijn nauwelijks mensen te vinden (volgens het NIVEL panel 6%) die voor een eigen risico hebben gekozen (dat maakte, vergeleken met de situatie voor de invoering van de ZVW, ook nauwelijks iets uit qua premie). Zou de liberale minister dit echt hebben beoogd?

Het nieuwe kabinet en de nieuwe minister van VWS zullen vermoedelijk de ZVW hier en daar moeten en willen aanpassen (no claim-teruggave; als die vervangen zou worden door een eigen bijdrage dan geraken we overigens van de regen in de drup, maar dat ter zijde). De door het NIVEL verrichte monitoring van de gevolgen van de invoering van de Wet kan daarvoor gegevens leveren.

Spinozapremie voor onderzoek naar arts-patiënt communicatie

NIVEL-directeur Jozien Bensing kreeg de NWO-Spinozaprijs 2006 voor haar baanbrekende onderzoek op het gebied van de arts-patiënt communicatie. De prijs ter waarde van 1,5 miljoen euro zal worden besteed aan nieuw (promotie-)onderzoek naar de relatie tussen (kwaliteit van) de communicatie en biometrische uitkomstmaten en naar onderzoek waarin patiënten geleerd wordt hun inbreng in het consult te verbeteren.

Eén van de intrigerende resultaten van het communicatieonderzoek op het NIVEL is, dat de mondigheid van patiënten de afgelopen 15 jaar, in tegenstelling tot de verwachtingen, eerder is afgenomen dan toegenomen. De onderzoekers schrijven dit toe aan het feit dat artsen zich instrumenteler (technischer) zijn gaan opstellen. De toegenomen protocollering van het medisch handelen zal hier niet vreemd aan zijn.

Overigens is de bescheiden inbreng van de patiënt in het consult geen typisch Nederlands verschijnsel: in andere Europese landen is die inbreng even sterk, of eigenlijk even zwak.

Gestandaardiseerde evaluatie van de gezondheidszorg door zorggebruikers: de opmars van de CQ-index

Iedereen kent ze wel: de jaarlijkse lijstjes met de beste ziekenhuizen en iedereen weet ook dat er nauwelijks verband tussen de lijstjes is: ziekenhuizen die in het ene onderzoek in de top 5 staan, komen in een concurrerend lijstje niet boven de middelmaat uit en vice versa.

Verschillen in vraagstelling en methodologie en in ondervraagde groepen respondenten, zijn verantwoordelijk voor de optredende verschillen in uitkomsten. De chaotische indruk die een en ander maakt is schadelijk voor het aanzien en belang van het patiëntenperspectief.

Daarom hebben patiënten- en consumenten-organisaties, zorgverzekeraars en (tot op zekere hoogte) zorgaanbieders en onderzoekers de handen ineen geslagen om te komen tot een gestandaardiseerde en geprotocolleerde manier van het meten en vastleggen van ervaringen van zorggebruikers met de zorg.

Deze Consumer Quality – index (CQ-index) is door het NIVEL samen met de Universiteit van Amsterdam ontwikkeld en wordt op steeds grotere schaal toegepast. Het instrument bestaat uit een algemeen en een specifiek gedeelte. Dat specifieke gedeelte kan slaan op een onderdeel van de gezondheidszorg (apotheken, huisartsen, fysiotherapeuten, (afdelingen van) ziekenhuizen, specialismen) of op de zorg rond een bepaalde aandoening (diabetes, astma, COPD enzovoorts, enzovoorts). In hoog tempo

worden nieuwe instrumenten ontwikkeld om het hele terrein van de gezondheidszorg te kunnen bestrijken. Veel van dit werk is en wordt op het NIVEL gedaan en is terug te vinden in het jaarverslag.

2.1 Allochtonen hebben vaker astma en COPD

Astma, COPD en hooikoorts komen in Nederland vaker voor bij niet-westerse allochtonen. Vergeleken met autochtone Nederlanders lijden vooral Turkse mannen tussen 40 en 65 jaar vaker aan COPD, terwijl astma vaker voorkomt bij Surinamers en Antillianen. Op basis van een literatuuronderzoek en analyses van de Tweede Nationale Studie (NS2) werd gekeken hoe vaak astma, COPD en hooikoorts voorkomen onder Nederlanders en in Nederland wonende Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

Astma is een chronische ontsteking van de luchtwegen. Astmapatiënten hebben last van kortademigheid, benauwdheid, piepend ademhalen en hoesten. De klachten treden op in aanvallen, afgewisseld met klachtenvrije perioden. COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; chronische bronchitis en longemfyseem) is een chronische vernauwing van de luchtwegen die de ademhaling beperkt. Patiënten met COPD hebben last van kortademigheid, hoesten en het opgeven van slijm. De luchtwegvernauwing is altijd aanwezig en grotendeels onomkeerbaar. Terwijl astma vaak al ontstaat in de eerste levensjaren, komt COPD voornamelijk voor bij mensen van 45 jaar of ouder.

Astma en COPD zijn veel voorkomende ziekten: ruim een half miljoen Nederlanders heeft astma en meer dan 300 duizend mensen lijden aan COPD. Hoewel tien procent van de inwoners van Nederland behoort tot de niet-westerse allochtonen, was er toch weinig bekend over eventuele etnische verschillen in het vóórkomen van deze ziekten.

Roken is de belangrijkste risicofactor voor met name COPD, maar ook overgewicht kan een rol spelen. Uit de literatuurstudie blijkt dat Turkse mannen vaker roken dan Nederlandse, en dat ze ook minder bewegen en vaker te zwaar zijn. Opvallend is dat astma vaker voorkomt bij Surinamers en Antillianen, en dat zowel Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen vaker hooikoorts hebben dan autochtone Nederlanders. Mogelijk speelt een genetische aanleg daarbij een rol, maar ook verschillen in sociaal-economische status en sociaal-culturele factoren, zoals leefwijze en hygiëne, kunnen een verklaring vormen voor de gevonden gezondheidsverschillen.

*E.M. Zantinge, W.L.J.M. Devil-
lé, M. Heijmans. Allochtonen
met astma, COPD of hooi-
koorts in Nederland: wat is er
bekend? Utrecht: NIVEL, 2006*

Lees verder:

E.Uiters, W.L.J.M. Devillé, M. Foets, P.P. Groenewegen. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? European Journal of Public Health: 16, 2006, nr. 4, p. 388-393.

M. Tacken, R. Verheij,

J. Mulder, H. van den Hoogen,

J. Braspenning. Monitoring

griepvaccinatiecampagne

2005. Utrecht/Nijmegen:

NIVEL: WOK: Centre for

Quality of Care Research,

2006, 34 p.

Lees ook:

M. Kroneman, G.A. van Essen,

W.J. Paget. Influenza vacci-

nation coverage and reasons

to refrain among high-risk

persons in four European

countries. Vaccine: 24, 2006,

p. 622-628.

Volgens onderzoeker Else Zantinge is het belangrijk aandacht te besteden aan de etnische groepen met een verhoogd risico op astma, COPD of hooikoorts. Bij Turkse mannen zou het Astma Fonds of de overheid nog meer energie moeten steken in het terugdringen van roken. Ook overgewicht en onvoldoende beweging zijn een punt van zorg bij Turken, maar ook bij Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Volgens Zantinge is het de vraag of deze allochtone groepen zich voldoende bewust zijn van de leefstijlfactoren die mogelijk bijdragen aan het ontstaan of het verergeren van astma of COPD. Ook door voorlichting is daarom misschien winst te behalen.

2.2 Bijna een op de vijf Nederlanders gevaccineerd tegen griep

In het griepseizoen 2005/2006 werd 18% van alle Nederlanders ingeënt tegen griep. Van de risicopopulatie, 65-plussers en chronisch zieken, kreeg ruim driekwart (77%) een griepprik.

Dat blijkt uit onderzoek dat het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) heeft uitgevoerd in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM. Elk jaar registreert LINH hoeveel mensen in aanmerking komen voor de griepprik en hoeveel er daadwerkelijk die vaccinatie krijgen.

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van de gegevens van 61 huisartsenpraktijken. Bijna een kwart (23%) van de mensen in de huisartsenpraktijk behoort tot de risicogroep, die in aanmerking komt voor vaccinatie. Griep kan voor hen ernstige gevolgen hebben: van ziekenhuisopname tot overlijden.

In 2005 is de vaccinatiegraad iets toegenomen, terwijl de omvang van de risicopopulatie constant is gebleven. In de huisartsenpraktijken heeft het tijdelijke tekort aan spuiten niet geleid tot niet-vaccineren. Wel zijn sommige nabestellingen pas eind december geleverd. Opvallend is verder dat van de mensen van 65 jaar en ouder die verder geen medische indicatie hebben, de vaccinatiegraad relatief lager is dan in de andere doelgroepen; vooral 'jongere' ouderen komen minder vaak naar de praktijk voor een griepprik. Jaarlijks geeft de overheid miljoenen euro's uit aan de griepvaccinatiecampagne. Daarom wil zij weten hoeveel mensen via de campagne een griepprik krijgen en tot welke risicogroep de gevaccineerden behoren. Zo kan worden vastgesteld wat de vaccinatiegraad is in de diverse risicogroepen en in de totale bevolking. Het belang van informatie over het bereik van de griepvaccinatiecampagne wordt steeds groter. Mocht er een wereldwijde griepedemie (pandemie) uitbreken, dan is het belangrijk om te weten hoeveel mensen er zijn gevaccineerd tegen griep en wat het bereik is van de huidige vaccinatiecampagne.

2.3 *Dikkers doen zwaarder beroep op huisarts*

De huisarts zal het drukker krijgen en meer geneesmiddelen voorschrijven door het overgewicht onder de Nederlandse bevolking. Overgewicht komt steeds meer voor en zal nog blijven toenemen, waardoor er een groter beroep op de gezondheidszorg zal worden gedaan en de kosten zullen stijgen. Omdat veel mensen in Nederland in de loop van een jaar hun huisarts wel eens bezoeken, kan de huisarts een belangrijke rol spelen bij preventie.

Overgewicht hangt samen met hart- en vaatziekten en diabetes, en is daardoor een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid. In een onderzoeksgroep van bijna 9000 volwassenen uit 95 huisartspraktijken vond het NIVEL overgewicht (BMI \geq 30 kg/m²) bij 8,9 procent van de mannen en 12,4 procent van de vrouwen. Matig overgewicht (BMI 25-30 kg/m²) bij 42,2 procent en 30,4 procent. Mannen en vrouwen met overgewicht bezochten vaker hun huisarts dan anderen en kregen meer geneesmiddelen tegen onder meer hart- en vaatziekten, spier- en botziekten en stofwisselingsziekten. Ook mensen met matig overgewicht kregen meer geneesmiddelen voor deze aandoeningen.

2.4 *The 2004-2005 influenza season*

During the 2004-2005 season, 26 countries actively reported data to EISS and the scheme included 30 national reference laboratories, at least 12,000 sentinel physicians and covered a total population of 445 million inhabitants. The influenza season started in late December 2004 and first occurred in the southwest (Spain, United Kingdom and Ireland). Influenza activity then moved gradually east across Europe during January and early February 2005 and there was more of a south north movement during late February till late March. The intensity of clinical activity was in ten out of 23 countries (no data for three countries) higher than during the 2003-2004 season and lower or equal in the other 13 countries.

The highest consultation incidences were generally observed among children aged 0-14. The European Influenza Surveillance Scheme (EISS) has grown considerably over the last nine years and included 21 EU countries, Norway, Romania and Switzerland during the 2004-2005 season. Six new members joined the scheme: Austria and Finland at the start of the season and Cyprus, Estonia, Hungary and Greece at the end of it. By the end of the 2004-2005 season, all 25 EU countries were a member of EISS.

The EISS Co-ordination Centre is based at NIVEL in Utrecht, the Netherlands since 1999 and works in close collaboration with ECDC (www.ecdc.eu.int). Influenza is an important public health problem in Europe.

L. van Dijk, H.B. Otters, A.J. Schuit. Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey. BMC Family Practice: 7, 2006, nr. 43

K. van der Velden, J. Paget, A. Meijer, C. Brown, T. Meerhoff, A. Faassen. European Influenza Surveillance Scheme: annual report 2004-2005 influenza season. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

A. Meijer, W.J. Paget, T.J. Meerhoff, C.S. Brown, L.E. Meuwissen, J. van der Velden. *Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe, during the 2004-2005 winter. EuroSurveillance Quarterly: 11, 2006, nr. 4-6, p. 111-118.*

C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, C.C.C. Cohen-Bendahan, P.M.H. ten Veen. *Gevolgen van de vuurwerkramp Enschede voor de gezondheid: eindrapport van de monitoring in de huisartspraktijken Utrecht: NIVEL, 2006.*

Lees ook:

A.J.E. Dirkzwager, L. Grievink, P.G. van der Velden, C.J. IJzermans. *Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. British Journal of Psychiatry: 189, 2006, p. 144-149.*

Influenza surveillance networks in Europe have co-operated and shared information since the mid-1980s. They have done this as influenza is a communicable disease that spreads rapidly and efficiently; this means that it is beneficial for countries to be informed about influenza activity (clinical incidence and types/subtypes/strains) in neighbouring countries. Other benefits are that surveillance systems can learn from each other and initiate common surveillance and/or research projects. The threat of an influenza pandemic has further encouraged this collaboration. During a pandemic, EISS would provide rapid, open and detailed information on the epidemiological and virological spread of influenza in Europe.

2.5 NIVEL meet vijf jaar lang gezondheidseffecten van de vuurwerkramp

Rampen hebben niet alleen psychische maar ook fysieke lange-termijn gevolgen voor de betrokkenen. Slachtoffers van de vuurwerkramp in Enschede hadden vijf jaar na de ramp nog steeds vaker dan hun niet-getroffen stadsgenoten last van stressklachten, slaapproblemen, angststoornissen, depressies, rugpijn, maagpijn, hypertensie en diabetes.

De eerste 2 - 2,5 jaar speelden stressreacties, slaapproblemen, angst en nek-en schouderproblemen de grootste rol, daarna kwamen moeheid, malaise, depressie, rugproblemen en maag/darmproblemen duidelijk naar voren.

Dit blijkt uit het eindrapport van een reeks onderzoeken naar de lange termijn gevolgen van de Vuurwerkramp in Enschede (13 mei 2000) voor de gezondheid, zoals gemeten in de huisartspraktijk.

Bij de explosie van een vuurwerkopslagplaats in een Enschedese woonwijk vielen 23 doden, waaronder vier brandweerlieden, en bijna 1000 mensen raakten gewond. Een deel van het gebied rondom de opslag werd totaal verwoest; een ander deel zodanig beschadigd, dat de woningen alsnog zijn afgebroken. Hierdoor moesten veel bewoners noodgedwongen voor een lange tijd geëvacueerd worden naar andere woningen (ca. 1200). Het kabinet verklaarde de vuurwerkramp tot een nationale ramp.

2.6 Mensen met behandelde bijnierziekte blijven zich beroerd voelen

Negentig procent van de mensen met de ziekte van Addison, de ziekte van Cushing of het Adrenogenotaalsyndroom (AGS) is altijd moe. Dit is ruim tweemaal zoveel als in de algemene bevolking. Hoewel hun aandoening in medisch opzicht 'onder controle' is, is de kwaliteit van hun leven vaak verre van optimaal door gezondheidsklachten en de daaruit voortvloeiende sociale- en relationele problemen.

Daarnaast hebben ze vaak: pijn in gewrichten en spieren, ademhalingsproblemen, hinder van gezondheidsklachten bij het uitvoeren van hun werk, problemen in contacten

met partner, kinderen, familie of vrienden, stemmingsklachten, seksuele problemen. Het was al bekend dat de kwaliteit van leven van mensen met een van deze vier zeldzame bijnieraandoeningen verre van optimaal was, ook al is hun aandoening over het algemeen medisch onder controle. Het NIVEL heeft nu ook onderzocht tot welke problemen de aandoeningen leiden in het dagelijkse leven van de patiënten en hoe groot de omvang van de problemen is. Onderzoeker Monique Heijmans: “Er moet in de behandeling en begeleiding van deze patiënten meer aandacht komen voor de maatschappelijke en gezondheidsproblemen waar zij blijvend mee worstelen. Daarnaast moeten mensen vooral ook meer informatie krijgen over de mogelijkheden tot zelfmanagement, bijvoorbeeld hoe zij zelf veilig en doeltreffend in periodes van extra stress tijdelijk hun medicatie-dosis kunnen verhogen.”

Bij alle drie de aandoeningen is de aanmaak van hormonen vanuit de bijnierschors verstoord. Addison en AGS zijn niet te genezen maar wel te behandelen. De behandeling bestaat uit een levenslange substitutietherapie met corticosteroiden. Bij Cushing is genezing in principe wel mogelijk. Een Cushing-patiënt geldt in medisch opzicht als genezen wanneer het adenoom of de tumor die verantwoordelijk is voor de verstoorde hormoonproductie verwijderd is en er weer sprake is van een normale hormoonproductie. Toch voelen de meeste Cushingpatiënten zich niet genezen of blijven zij afhankelijk van substitutietherapie.

In de praktijk blijkt de genezing van mensen met de ziekte van Addison, Cushing of AGS vaak niet haalbaar, maar is de behandeling gericht op het bereiken van een maximale kwaliteit van leven.

2.7 Emotionele en gedragsproblemen bij kinderen zijn lastig te herkennen voor huisarts

Weinig kinderen met emotionele problemen of gedragsproblemen krijgen hulp van huisartsen of de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In een steekproef van ruim 2000 vier- tot achttienjarigen uit 104 huisartspraktijken en van 360 jeugdigen met emotionele en gedragsproblemen, onderzocht het NIVEL welke obstakels kinderen en adolescenten tegenkomen op weg naar zorg. De huisarts wordt slechts beperkt geraadpleegd voor emotionele en gedragsproblemen en herkent ze vaak niet, wat de toegang tot de gespecialiseerde zorg voor deze kinderen belemmert. De onderzoekers concluderen, dat de huisarts slechts in geringe mate fungeert als poortwachter naar de GGZ voor kinderen op de basisschoolleeftijd. De onderzoekers zien een rol weggelegd voor de school en aan de school verbonden hulpverleners in het opsporen van problemen en het bieden van hulp.

M.J.W.M. Heijmans, M. Rijken. De impact van de ziekte van Addison, AGS of het syndroom van Cushing op het dagelijks leven en de zorg: een onderzoek vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NIVEL, 2006.

M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J. van der Ende, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Change in children's emotional and behavioural problems over a one-year period. European Child and Adolescent Psychiatry: 15, 2006, nr. 3, p. 127-131.

2.8 Het nadeel van sporten

Sport is gezond. Meer lichaamsbeweging leidt tot minder gebruik van de gezondheidszorg, minder arbeidsverzuim en een hogere productiviteit. In totaal heeft dit een economische winst van 725 miljoen euro per jaar tot gevolg, zo heeft het ministerie van VWS berekend. De keerzijde van meer sport is echter meer sportblessures. Over de omvang daarvan is nog slechts weinig bekend.

Er wordt steeds meer gesport in Nederland. Het aantal sportletsels zal dan ook naar verwachting toenemen.

Vooraf vrouwen van middelbare en oudere leeftijd gaan steeds meer sporten. Dit zal naar verwachting leiden tot meer letsels op latere leeftijd. Huisartsen zien de meeste sportletsels waarvoor medische behandeling nodig is. Op verzoek van de Stichting Consument en Veiligheid heeft het NIVEL dan ook in 50 huisartsenpraktijken uitgezocht hoeveel sportletselpatiënten huisartsen zien.

De eerste conclusie van het onderzoek is dat mannen 2,5 maal zo vaak vanwege sportletsels naar de huisarts gaan als vrouwen (128 per 10.000 mannen per jaar versus 56 per 10.000 vrouwen per jaar). Op het platteland gaan mensen vaker met sportletsels naar de huisarts dan in de stad. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de afstand naar het dichtbijzijnde ziekenhuis, die op het platteland uiteraard groter is. Het aantal sportletsels is aanzienlijk lager in de zomer. Dit is logisch aangezien veel wedstrijdseizoenen en trainingen eindigen in mei.

Sportblessures komen op alle leeftijden voor, inclusief 85-plussers (18 per 10.000 mannen). De piek ligt bij meisjes in de leeftijd van 10-14 jaar (243 per 10.000) en bij jongens van 15-19 (435 per 10.000). Meer dan tweederde van alle sportletsels vindt plaats bij mensen jonger dan 30 jaar. Extrapolatie van de onderzoeksgegevens, die zijn gebaseerd op de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations leert dat huisartsen ongeveer 150.000 sportletsels per jaar behandelen.

2.9 Te veel mensen met COPD hebben te weinig lichaamsbeweging

Ruim een vijfde (21%) van de mensen met de luchtwegaandoening COPD heeft te weinig lichaamsbeweging. Terwijl dit landelijk acht procent is – beduidend minder – en het ministerie van VWS ernaar streeft dit gemiddelde nog terug te dringen tot zeven procent. Het merendeel van de mensen met COPD is 65+ en beweegt zich bijna alleen nog in huis. Sporten buiten de deur zou niet alleen goed zijn voor hun conditie, maar kan hen bovendien helpen tegen een sociaal isolement. Uit het onderzoek komt verder naar voren, dat de helft van de mensen met COPD die te weinig bewegen wél meer aan lichaamsbeweging zou willen doen. Maar het komt er niet van door hun veelal slechtere gezondheid en het ontbreken van passende voorzieningen en begelei-

G. Donker. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.

M. Heijmans. Te veel mensen met COPD bewegen te weinig. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

ding. Bovendien is sporten voor veel van hen te duur. “Er zijn dus voldoende aanknopingspunten voor verbetering”, stelt onderzoeker Monique Heijmans.

2.10 Vitamine G?

Vitamine G is goed voor ons. Groen en natuur in de leefomgeving hebben een weldadig effect op onze gezondheid, ons welbevinden en gevoel van veiligheid. Groen reduceert stress, verdrijft vermoeidheid en biedt uitzicht op een langer leven. Toch is de reikwijdte hiervan nog niet doorgedrongen tot de politiek en staat de groene ruimte steeds meer onder druk van de verstedelijking. Beleidsmakers zien de groene ruimte nog steeds meer als luxe, dan als basisbehoefte.

Om hier meer zicht op te krijgen is het NIVEL, samen met de Universiteit Utrecht en Wageningen Universiteit het Vitamine G-programma begonnen. Daarin wordt de relatie onderzocht tussen de hoeveelheid en soort groen in de leefomgeving, en gezondheid, welbevinden en gevoel van veiligheid. Daarnaast zoekt het programma naar de mechanismen hierachter: bijvoorbeeld, hoe reduceert groen stress? Hoe repareert het de aandacht? Vervolgens willen de onderzoekers hun resultaten vertalen naar aanbevelingen voor de politiek. Ze kijken zowel op macro- als microniveau, naar gegevens over heel Nederland en naar de verschillen in gezondheid tussen mensen uit achterstandswijken die wél of geen volkstuinje hebben.

P.P. Groenewegen, A.E. van den Berg, S. de Vries, R.A. Verheij. Vitamin G: effects of green space on health, well-being, and social safety. BMC Public Health: 6, 2006, nr. 149



3.1 Nederlander nog huiverig voor elektronisch patiëntendossier

Ruim een kwart van alle Nederlanders (28%) wil dat hun Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in de toekomst volledig gesloten blijft voor bepaalde zorgverleners. Meestal is dat de tandarts. Bijna eenderde (32%) van alle Nederlanders wil voor bepaalde zorgverleners bepaalde gegevens afschermen. Meestal zijn dat bijzonderheden in de privé-sfeer. 63% van de Nederlanders vindt dat er niets hoeft te worden afgeschermd.

De invoering van een landelijk EPD moet het koppelen en uitwisselen van medische gegevens die bij verschillende zorgverleners aanwezig zijn in de toekomst eenvoudiger maken. Zorgverleners vanuit het hele land kunnen dan via een goed beveiligd ‘Landelijk Schakelpunt’ het gehele virtuele dossier van hun patiënten raadplegen en zo de actuele en volledige medische informatie over een patiënt opvragen. Dit kan echter alleen als zij daartoe bevoegd zijn en als de patiënt de zorgverlener niet heeft uitgesloten van toegang. Twee onderdelen van het EPD, het medicatiedossier en het dossier voor de waarnemende huisarts zijn vanaf 1 januari 2007 beschikbaar, als alles loopt zoals gepland. Onlangs zijn de eerste grootschalige tests van start gegaan met alle ICT-systemen die een veilige gegevensoverdracht mogelijk moeten maken.

3.2 Patiënten slecht te spreken over de organisatie van de zorg

Hoewel patiënten over het algemeen heel positief zijn over de zorg die individuele hulpverleners geven, zijn ze minder te spreken over de organisatie van de zorg.

Voorals chronisch zieken lopen tegen afstemmingsproblemen aan.

Dit blijkt uit een literatuuronderzoek naar de ervaringen van patiënten dat het NIVEL uitvoerde als achtergrondstudie bij de “Staat van de gezondheidszorg, patiëntenrechten” van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). Het onderzoek is gebaseerd op eerder onderzoek onder in totaal 200.000 patiënten. Het onderzoek geeft een overzicht van wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met recht op verantwoorde zorg, het recht om te kiezen en het klachtrecht.

Een-vijfde tot een-derde van de chronisch zieken zegt dat ze tegenstrijdige informatie krijgen van de verschillende hulpverleners die bij hun behandeling betrokken

*J. de Jong, E. van der Schee.
Ruim een kwart van de bevolking wil gebruik maken van het recht om bepaalde zorgverleners de toegang tot hun elektronische patiënten dossier te ontfeggen. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.*

R.D. Friele, A.Albada, E.M. Sluijs. Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtstudie. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

R.D. Friele, E.M. Sluijs. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. BMC Health Services Research: 6, 2006, nr. 106.

zijn en dat de afstemming tussen hulpverleners niet voldoende is. Bijna de helft van de chronisch zieken zegt dat niemand de eindverantwoordelijkheid voor de zorg neemt. Deze voorbeelden wijzen op een verkokerde zorgorganisatie, die te weinig is georganiseerd vanuit het perspectief van de patiënt.

De ondervraagde patiënten signaleren ook onveilige situaties in de zorg, zoals het ontbreken van hun medische dossier bij spoedeisende hulpverlening, het ontbreken van afspraken rond het gebruik van verschillende medicijnen door chronisch zieken en het ontbreken van nazorginstructies bij ontslag uit het ziekenhuis.

Naast de ervaringen van mensen met verantwoorde zorg, werd in het onderzoek ook gekeken naar hoe mensen denken over het recht om te kunnen kiezen en hun ervaringen met het klachtrecht.

3.3 Vragenlijst ontwikkeld over hulpbehoefte van mantelzorgers van mensen met dementie

De meeste van de circa 200.000 mensen met dementie in Nederland wonen thuis. Dat kan mede dankzij de hulp van mantelzorgers: familie en mensen uit de naaste omgeving van de patiënt die vrijwillig extra zorg bieden. Ook voor mensen met dementie die in een zorginstelling wonen is de mantelzorger vaak belangrijk bij de dagelijkse zorg. Mantelzorg voor dementerenden is een zware taak. Om te voorkomen dat mantelzorgers afknappen, is het belangrijk dat zij ondersteund worden op de manier waar zij het meeste aan hebben. Om de zorg voor mensen met dementie en hun familieleden beter af te stemmen op de mantelzorgers en op de mensen met dementie zelf, is het belangrijk om te weten welke wensen en problemen er leven en welke hulp en ondersteuning familieleden nodig hebben bij hun zorg voor een naaste met dementie. Er is nu nog te weinig bekend over de ondersteuning (praktisch of mentaal) waaraan mantelzorgers voor mensen met dementie zélf het meeste behoefte hebben.

Daarom is een vragenlijst ontwikkeld die de wensen en problemen van mantelzorgers van dementerenden in kaart brengt. Mantelzorgers kunnen er ook op invullen hoe belangrijk hun wensen en problemen voor hen zijn, en of ze (meer) professionele ondersteuning zouden willen ontvangen. De vragenlijst kan ingevuld worden door iedereen die mantelzorg biedt aan een persoon met dementie. Vaak is de mantelzorger de partner van de dementerende, maar ook kinderen, andere familieleden, vrienden, kennissen en burens kunnen mantelzorg bieden.

Vrijwilligers van Alzheimer Nederland verspreiden de vragenlijst via bijeenkomsten voor groepen mantelzorgers, zoals informatie-markten, koffie-ochtenden, gespreksgroepen, of 'Alzheimer café's'. Zij lichten daar de vragenlijst toe, begeleiden indien nodig het invullen door de mantelzorgers en beantwoorden eventuele vragen. Alzhei-

mer Nederland analyseert en gebruikt de informatie uit de vragenlijsten om bij zorgaanbieders landelijk en regionaal aan te dringen op noodzakelijke verbeteringen. De vragenlijst is ontwikkeld met behulp van een klankbordgroep van deskundigen op het gebied van vragenlijstontwikkeling, deskundigen op het gebied van onderzoek naar mensen met dementie en vrijwilligers van Alzheimer Nederland. De vragenlijst is uitgetest door mantelzorgers van mensen met dementie en daarna aangepast aan de hand van hun bevindingen.

3.4 Wat vindt patiënt van ziekenhuisservicepunt?

Patiënten van ziekenhuis Bernhoven willen op de toekomstige servicepunten in Oss en Veghel vooral terecht kunnen voor een diagnose, een spreekuur met een specialist of gespecialiseerde verpleegkundige. Ouderen en chronisch zieken zien ook graag aanvullende voorzieningen zoals een hulpmiddelenruimte, een apotheek en een woonzorg-loket. Voor het ziekenhuis en zorgaanbieders betekent dit een unieke mogelijkheid voor samenwerking in een breed zorgsteunpunt. Zo kan nog beter worden ingespeeld op de wensen van ouderen en chronisch zieken in oostelijk Noord-Brabant. Als ziekenhuis Bernhoven in 2012 verhuist naar een nieuwe locatie in Uden-Noord, komen er ziekenhuisservicepunten op de huidige locaties in Oss en Veghel. Het ziekenhuis wil bij de invulling van deze servicepunten inspelen op de wensen en verwachtingen van ouderen en chronisch zieken. Daarom heeft het NIVEL bij een grote groep patiënten van ziekenhuis Bernhoven behoeften en wensen in kaart gebracht. Hieruit blijkt onder meer dat patiënten in Oss en Veghel – en dan vooral mensen zonder auto, mensen die verder weg wonen van het nieuwe ziekenhuis, mensen met een slechte gezondheid en ouders van chronisch zieke kinderen – de verhuizing van het ziekenhuis niet als een verbetering zien. Toch vindt ongeveer 90% van de patiënten in Oss en Veghel de inrichting van servicepunten een goed idee.

3.5 De helft van de Nederlandse bevolking zoekt wel eens naar gezondheids(zorg)-informatie op internet

Chronisch zieken en gehandicapten hebben minder vaak toegang tot internet dan de algemene Nederlandse bevolking. Een kwart van de ruim 700 geïnterviewde chronisch zieken en gehandicapten zoekt op internet naar gezondheids(zorg)informatie, met name over ziektesymptomen en beperkingen, en behandelingen. Ook gebruikt men internet voor het vergelijken van zorgverzekeringen, medische kosten en wachtlijsten, en voor het zoeken naar werkgerelateerde onderwerpen. Daarnaast zoekt men naar informatie over een gezonde leefstijl en een deel besluit op grond daarvan gezonder te gaan leven. Naast internet zijn er nog de traditionele informatiebronnen, zoals

K. van der Poel, A.P.A. van Beek. Wensen en problemen van mantelzorgers van mensen met dementie: een vragenlijst. Utrecht: NIVEL, 2006.

A. Albada, M. Triemstra. Ziekenhuis met servicepunten: wat willen patiënten van ziekenhuis Bernhoven? Utrecht: NIVEL, 2006.

*A. van den Brink-Muinen.
Gebruik van internet door
chronisch zieken en gehandi-
capten voor het zoeken naar
gezondheids(zorg)informatie.
www.nivel.nl: NIVEL, 2006.*

*M. Cardol, M. Vervloet, M. Rij-
ken. Participatie van mensen
met beperkingen 2005: basis-
meting participatiemonitor.
Utrecht: NIVEL, 2006.
Lees ook:
H. Calsbeek, M. Rijken,
M.J.T.M. Bekkers, J. Dekker,
G.P. van Berge Henegouwen.
School and leisure activities in
adolescents and young adults
with chronic digestive
disorders: impact of burdens of
disease. International Journal
of Behavioral Medicine: 13,
2006, nr. 2, p. 121-130.*

(huis)artsen, bijsluiters en folders. Chronisch zieken en gehandicapten die internet gebruiken maken ook vaker gebruik van deze oudere informatiebronnen (naast internet), met uitzondering van de huisarts, dan de niet-internetters. De groep chronisch zieken en gehandicapten die geen gebruik maakt van internet zal wellicht moeilijker te bereiken zijn in de toekomst. Dit pleit ervoor om informatie via de ‘traditionele’ informatiebronnen, zoals persoonlijk contact en schriftelijk informatiemateriaal, te handhaven. Zorgverleners, beleidsmakers en zorgverzekeraars moeten hun communicatiemiddelen hierop afstemmen.

3.6 Lichamelijke handicap belemmert deelname aan samenleving meer dan nodig is

Een groot deel van de mensen met lichamelijke beperkingen vindt een eigen manier om via werk, school, vrije tijd en sociale contacten te participeren in de samenleving. Toch kan dat nog beter.

Elke dag buiten komen is bijvoorbeeld voor het gros van de lichamenlijk gehandicapten vanzelfsprekend. Maar eenmaal buiten de deur, is komen waar je wezen wilt vaak lastig, door de aanwezigheid van drempels, steile hellingen of losse stoeptegels.

Begin 2007 treedt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Deze wet heeft tot doel om inwoners van alle Nederlandse gemeenten te ondersteunen bij hun participatie in de samenleving. Dat reikt van ondersteuning in het huishouden of bij de opvoeding van de kinderen, het creëren van een leefbare buurt, het oplossen van overlast tot het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligerswerk. De wet regelt dat mensen recht hebben op compensatie als zij beperkingen ondervinden op de in de wet genoemde gebieden. Het NIVEL zal jaarlijks de aard, kwantiteit en kwaliteit van de deelname aan de samenleving meten van mensen met een beperking zodat de gevolgen van het nieuwe beleid zichtbaar worden. De huidige basismetingsmeting betrof een schriftelijke enquête onder 2500 leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Voor mensen met beperkingen is deelname op het ene gebied makkelijker dan op het andere. Meestal lukt het wel om thuis een rol van betekenis te vervullen en heeft men voldoende ontmoetingen met anderen. Maar de kwaliteit van die contacten komt voor veel mensen niet overeen met hun wensen. Het blijkt dat contacten met andere mensen soms ingewikkeld zijn: mensen met lichamelijke beperkingen geven aan dat zij behoefte hebben aan meer respect, begrip, vertrouwen en eerlijkheid in hun sociale contacten. Zij willen gezien en gewaardeerd worden om wie zij zijn en niet vanwege hun lichamelijke beperkingen. Opname in sociale netwerken en hechte vriendschap is voor een deel van de mensen met lichamelijke beperkingen in Nederland nog lang niet vanzelfsprekend.

3.7 Mensen met COPD en een laag inkomen extra kwetsbaar

Mensen met COPD hebben gemiddeld een fors lager inkomen dan de algemene bevolking. Gezien de ziektelast, de lagere arbeidsparticipatie en hun vaak wat hogere leeftijd is de kans bovendien klein dat deze mensen zich nog aan deze ongunstige financiële situatie kunnen ontworstelen.

Het gemiddelde inkomen in 2005 van mensen met COPD ligt op € 1.190,- netto per maand tegen ruim € 1.650,- in de algemene bevolking. Er zijn, in vergelijking met de algemene bevolking, ook bijna twee keer zoveel mensen met COPD die van het sociaal minimum (€ 850,- netto per maand voor éénpersoons huishouden) moeten rondkomen (19% versus 10%).

Uit de literatuur is bekend dat mensen met een laag opleidings- en inkomensniveau (en dus een lage sociaal economische status) er gemiddeld een ongezondere levensstijl op nahouden. Dit verband werd binnen de groep mensen met COPD ook gevonden. Mensen met COPD en een inkomen rond het bestaansminimum hebben vaker overgewicht, bewegen minder en roken meer (mee). Zij hebben meer financiële problemen, hetgeen lidmaatschap van een club of andere ontspannende activiteiten moeilijker maakt. Mensen met COPD en een lage sociaal economische status hebben daarenboven meer problemen bij het vinden en het behouden van werk. Dit maakt hen extra kwetsbaar. Betaald werk draagt bij aan een gevoel van eigenwaarde en zorgt niet alleen voor inkomsten, maar ook voor sociale contacten.

Mensen met COPD en een inkomen rond het sociale minimum voelen zich ook eenzamer en hebben minder sociale contacten. Zij ervaren hun eigen gezondheid daarnaast als veel slechter dan patiënten met een hoger inkomen en voelen zich beperkter door hun ziekte. Dit betekent onder andere dat zij minder vaak bij iemand op bezoek gaan of bijvoorbeeld zelf boodschappen doen. Daarenboven hebben mensen met COPD en een lage sociaal economische status minder kennis van COPD en naar hun gevoel veel minder invloed op hun ziekte, die daardoor een grotere wissel trekt op hun gemoedstoestand en hun kwaliteit van leven. Zij zullen hierdoor ook meer moeite hebben om dagelijks met hun ziekte om te gaan.

Net als verschillende andere patiëntenorganisaties die zich richten op chronisch zieken, wil ook het Astma Fonds patiënten met een lage sociaal economische status meer centraal stellen in hun beleid.

3.8 Kosten chronische ziekte en handicap voor patiënt

Chronisch zieken en gehandicapten hebben minder inkomen dan de gemiddelde Nederlander. Daarbij geven ze vrijwel allemaal – bovenop de ziektekostenpremie – extra geld uit aan bijvoorbeeld onverzekerde zorg, hulpmiddelen, aanpassingen en

M.J.W.M. Heijmans. Mensen met COPD met een lage sociaal - economische status (een profielschets). www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

*M.J.E. Pannekeet-Helsen,
P.M. Rijken. Nationaal Panel
Chronisch Zieken en Gehandi-
capten: financiële situatie van
chronisch zieken en gehandi-
capten 2005/2006: interim-
rapportage. Utrecht: NIVEL,
2006.*

de eigen bijdrage voor de thuiszorg. Het NIVEL onderzocht welke kosten mensen met een chronische ziekte of handicap maken.

Gemiddeld hebben chronisch zieken en gehandicapten in 2006 een netto-inkomen van € 1.252,- per maand. Dit is inclusief zorgtoeslag en kinderbijslag, en na aftrek van de ziektekostenpremie. Ter vergelijking: in 2004 was dit € 1.658,- euro bij de algemene bevolking. Het inkomen van gehandicapten is gemiddeld nog zo'n € 165,- lager dan dat van somatisch chronisch zieken. In 2006 had een kwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap een netto huishoudinkomen van minder dan € 1.150,- per maand. Ter illustratie: dat is vergelijkbaar met het sociaal minimum voor samenwonenden onder de 65 jaar.

De ziektekosten van chronisch zieken en gehandicapten zijn hoog. Bijna 90% procent had in 2005 naast de premie voor de ziektekostenverzekering nog andere uitgaven vanwege zijn gezondheid: gemiddeld € 1.100,-. Voor het merendeel zijn dit specifieke kosten die samenhangen met de ziekte of handicap. Afgezien van de standaardkosten die iedere Nederlander heeft, gaf 80% van de chronisch zieken en gehandicapten gemiddeld bijna € 700,- uit aan bijvoorbeeld hulpmiddelen, aanpassingen en eigen bijdragen voor thuiszorg.

Vooral mensen met ernstige of meervoudige lichamelijke beperkingen en mensen met motorische beperkingen hebben een laag inkomen, terwijl ze veel kosten maken vanwege hun handicap of ziekte. Deze mensen komen daarom meestal in aanmerking voor inkomensondersteuning via compensatieregelingen, zoals de aftrek van buitengewone uitgaven bij hun belastingaangifte en – in bepaalde gevallen – ook voor bijzondere bijstand via de gemeenten. Momenteel wordt onderzocht of deze regelingen ook daadwerkelijk gebruikt worden door de beoogde doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten en of deze de extra uitgaven voldoende compenseren.

Het is daarnaast belangrijk dat wordt onderzocht hoe hoog de ziektekosten bij de algemene bevolking zijn. Dan wordt duidelijk hoe hoog de meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten nu precies zijn.

3.9 Patiënt tevredener met vrije toegang tot zorg

Patiënten in Europa vinden vrije toegang tot zorg belangrijk. Vooral als ze keuzevrijheid hebben voor bijvoorbeeld fysiotherapeut of medisch specialist, zijn ze positiever over hun huisarts. Dit gaat echter vooral over de organisatorische aspecten van de dienstverlening door de huisarts en staat los van het oordeel van de patiënten over de medische zorgverlening van de huisarts zelf.

In Europa bestaan grofweg twee modellen voor toegang tot de zorg. In het ene is de huisarts poortwachter en verwijst hij zonodig patiënten door. In het andere kunnen

patiënten direct aankloppen bij een specialist. Het NIVEL deed onderzoek in 18 Europese landen: de ‘oude’ EU-landen en Noorwegen, IJsland en Zwitserland. Hoe meer zorgverleners rechtstreeks toegankelijk zijn, hoe tevredener patiënten zijn met de huisartsenzorg. In Nederland beperkt de ontevredenheid van patiënten over de organisatie bij de huisarts zich vooral tot wachttijden (13% ontevreden), telefonische bereikbaarheid (11% ontevreden) en de mogelijkheid de huisarts aan de telefoon te krijgen (10% ontevreden). Doordat de lagere tevredenheid in poortwachterlanden vooral samenhangt met organisatorische aspecten en minder met de zorgverlening, lijkt het goed mogelijk dit met beleidsmaatregelen te verbeteren.

3.10 Patiëntenorganisaties en nieuwe medicijnen

Wat doen Europese patiëntenorganisaties om nieuwe medicijnen vergoed te krijgen voor hun achterban? Over de rol van patiëntenorganisaties bij het beschikbaar komen van nieuwe medicijnen is weinig bekend.

Het NIVEL deed een verkennend onderzoek naar de rol die patiëntenorganisaties in Nederland en omliggende landen in dit proces spelen. Het onderzoek werd toegespitst op patiëntengroepen waarvoor de laatste jaren nieuwe medicijnen op de markt kwamen, zoals patiënten met diabetes, hart- en vaatziekten, astma/COPD, multiple sclerose, de ziekte van Addison en Cushing, de ziekte van Parkinson en ADHD.

De Europese patiëntenorganisaties blijken hun belangenbehartigende rol divers in te vullen. De meeste beperken zich tot het deelnemen aan inspraakrondes en het schrijven van brieven aan instanties die over de vergoedingen beslissen. Af en toe levert dit verrassende resultaten op en worden nieuwe medicijnen of behandelingen inderdaad vergoed. Zodra het proces van belangenbehartiging ingewikkelder wordt, zijn er maar weinig patiëntenorganisaties die dat kunnen behappen. Vooral de grotere organisaties kunnen een mix aan activiteiten inzetten en zij boeken ook de beste resultaten.

Al bereiken de patiëntenorganisaties niet altijd hun doelen, de meeste zijn toch tevreden met de behaalde resultaten. Ze noemen een goede voorbereiding, samenwerking en regiefunctie als sleutel tot succes. Voor kleinere organisaties is het door hun geringe omvang moeilijker een rol van betekenis te spelen bij het beschikbaar komen van nieuwe medicijnen, maar ook hun inspanningen worden regelmatig beloond.

M.W. Kroneman, H. Maarse, J. van der Zee. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. Health Policy: 76, 2006, nr. 1, p. 72-79.

J. Noordman, L. van Dijk, R. Friele. Een nieuw medicijn? Hoe Europese patiëntenorganisaties een rol spelen bij het beschikbaar komen van nieuwe medicijnen. Utrecht: NIVEL, 2006.



4.1 Zowel dokter als patiënt zoekt medische oplossing voor onverklaarbare klachten

Patiënten met onverklaarbare klachten komen veel voor in de huisartspraktijk en zien regelmatig tal van specialisten, zonder resultaat. Meestal wordt aangenomen dat deze patiënten zelf de belangrijkste rol spelen in dit proces. Het is dan ook vrij nieuw dat een onderzoeksgroep uit Liverpool betoogt, dat juist de arts verantwoordelijk is voor het disproportioneel hoge aantal medische interventies in deze groep patiënten. In *The Lancet* zetten NIVEL-onderzoekers hier kanttekeningen bij. Zij stellen dat de artsen uit het onderzoek inderdaad veel medische interventies voorstelden, maar dat 70% ook niet-medische verklaringen opperde. Bovendien stelde ook 70% van de patiënten een medische behandeling voor. Het lijkt er dus op dat zowel dokter als patiënt medische oplossingen zoeken voor onverklaarbare klachten. Als van het begin af aan de nadruk alleen ligt op de lichamelijke oorzaken, dan blijft – als alle medische verklaringen zijn uitgesloten – een psychische verklaring voor patiënten toch een derde-rangs oplossing. De beste manier om met dit soort onverklaarbare klachten om te gaan, lijkt de NIVEL-onderzoekers daarom een uitgebreide biopsychologische aanpak vanaf het begin, waarin de biomedische weg en de psychosociale weg naast elkaar worden bewandeld. Dan geef je de patiënt het vertrouwen dat alle biomedische verklaringen worden onderzocht, terwijl het tegelijkertijd mogelijk is de psychosociale aspecten te bespreken.

4.2 Huisartsen vragen patiënten veel vaker om toestemming voor een behandeling

In ruim 20% van de huisartsconsulten vraagt de huisarts de patiënt expliciet om toestemming voor een behandeling of een verrichting. In 1987 gebeurde dat maar in één procent van de consulten. Toch is het ook nu formeel nog steeds te weinig: volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) moet een arts altijd toestemming vragen voor hij een geneeskundige handeling verricht. Voor het onderzoek zijn de patiënten en quêtes en de observaties van op video opgenomen huisartsconsulten gebruikt van huisartspatiënten van 18 jaar en ouder (1787

J.M. Bensing, P.F.M. Verhaak. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. Lancet: 367, 2006, nr. 9509, p. 452-454.

A. van den Brink-Muinen, A.M. van Dulmen, F.G. Schellevis, J.M. Bensing. Patiënten willen van hun huisarts meer informatie over bijwerkingen en andere behandelingsmogelijkheden dan ze nu krijgen. www.nivel.nl: NIVEL, 2005

Lees ook:

A. van den Brink-Muinen, S.M. van Dulmen, H.C.J.M. de Haes, A.P. Visser, F.G. Schellevis, J.M. Bensing. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expectations*: 9, 2006, nr. 4, p. 333-342.

P. Mistiaen, E. Poot. Telephone follow-up initiated by a hospital-based health professional for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 2006, nr. 4

J. Maas, R. Verheij. Bewegen, natuur en gezondheid: wat doet de huisarts ermee? Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

J. Maas, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen, S. de Vries, P. Spreeuwenberg. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology and Community Health*: 60, 2006, p.587-592.

consulten uit 2001 en 210 consulten uit 1987). De video-opnames zijn verzameld in het kader van de Eerste en de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

4.3 Effect telefonische follow-up na ontslag uit het ziekenhuis niet bewezen

Bij veel patiënten doen zich de eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis problemen voor. Met telefonische follow-up, een telefoontje van een arts of verpleegkundige, denken ziekenhuizen veel van deze problemen te ondervangen. Zo kan de patiënt nog extra informatie of advies krijgen, gerustgesteld worden en kan er een vinger aan de pols worden gehouden om symptomen te bestrijden en tijdig complicaties op het spoor komen.

Het NIVEL deed een systematische literatuurstudie. Daarin werden 33 onderzoeken naar de resultaten van telefonische follow-up bekeken, met in totaal 5110 patiënten. Telefonische follow-up blijkt in veel patiëntengroepen te worden toegepast en op verschillende manieren. Het NIVEL constateerde dat veel van de onderzoeken methodologisch zwak zijn en zag veel verschillende uitkomsten, waarvan er maar weinig in meerdere onderzoeken werden bevestigd.

Ook waren er geen noemenswaardige verschillen met controlegroepen. Hierdoor leveren de onderzoeken volgens het NIVEL geen onomstotelijk bewijs van positieve of negatieve effecten van telefonische follow-up na ontslag uit het ziekenhuis.

4.4 Huisarts stuurt patiënt zelden 'het bos in'

In een vijfde van de huisartsconsulten komt bewegen ter sprake, maar zelden of nooit geven huisartsen het advies om te gaan bewegen of sporten in de natuur. Dit blijkt uit onderzoek voor Staatsbosbeheer. "Dat huisartsen patiënten niet vaker de natuur in sturen is jammer," vindt onderzoeker Robert Verheij, "want er zijn sterke aanwijzingen dat bewegen in een groene buiten-omgeving gezonder is dan bewegen in de sport-schoon, of buiten sporten in de stad."

Uit het rapport "Natuur en gezondheid, invloed van natuur op sociaal, lichamenlijk en psychisch welbevinden" van de Gezondheidsraad en de RMNO uit 2004, blijkt dat er wetenschappelijke kennis is over de invloed van natuur op het herstel van stress.

Met name voor stressgerelateerde klachten zouden huisartsen dan ook kunnen adviseren om te gaan bewegen in een natuurlijke omgeving. Bewegen komt tijdens consulten waarin stressgerelateerde klachten worden besproken echter nog niet vaak aan de orde.

Voor dit onderzoek zijn 2784 video-opnames van huisartsconsulten geanalyseerd, in 564 opnames kwamen bewegen, houding of sporten ter sprake. Hiervan zijn 100

video-opnames bekeken om na te gaan in hoeverre huisartsen adviseren om te gaan bewegen in een groene omgeving. De video-opnames zijn gemaakt in 2001 in het kader van de Tweede nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in Huisartsenpraktijk (NS2).

4.5 Meer oudere huisartsen gaan waarnemen

Een toenemend aantal huisartsen werkt als waarnemer, in een huisartsenpost of in een huisartsenpraktijk. Onder deze waarnemers zitten verrassend veel oudere huisartsen die met hun praktijk waren gestopt. Er zijn in Nederland naar schatting tussen de 1000 en 1250 huisartsen als waarnemer actief. Een kwart van hen is gestopt met hun praktijk en blijkt nu, in deeltijd, als waarnemer te werken.

Een klein deel van deze groep is zelfs ouder dan 65 jaar. Een van de redenen om het huisartsenvak als waarnemer voort te zetten is de vrijheid en flexibiliteit die het waarnemen biedt. Daarnaast zegt ook een redelijk groot aantal dat men via het waarnemen hun registratie als huisarts wil behouden.

4.6 Achtergrondstudie: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep

Door de toename van het aantal mensen met diabetes is de vraag ontstaan hoe men in de toekomst adequate zorg aan deze groep kan blijven bieden. De diabetesverpleegkundige binnen een multidisciplinaire zorggroep (de diabeteszorggroep) zou hierbij een rol kunnen spelen, waarbij taakherschikking tot de mogelijkheden behoort. Het doel van het project was om een competentieprofiel op te stellen voor diabetesverpleegkundigen waarin taakherschikking een plaats krijgt. Dit competentieprofiel is beschreven en bevat de benodigde kennis-, gedrags- en vaardigheids-eisen voor de diabetesverpleegkundige nieuwe stijl.

Het competentieprofiel is ontwikkeld op basis van vooronderzoek waarvan deze achtergrondstudie een onderdeel is. Het doel van deze achtergrondstudie was om door middel van een literatuuronderzoek en een enquête inzicht te krijgen in de mogelijke rol van de diabetesverpleegkundige in de toekomst.

Uit het onderzoek bleek dat er momenteel nog weinig literatuur beschikbaar is over diabeteszorggroepen en de effectiviteit van de diabetesverpleegkundige hierbinnen. Uit de beschikbare literatuur werd wel duidelijk dat de inzet van een diabetesverpleegkundige ertoe leidt dat richtlijnen beter opgevolgd worden en dat de geleverde zorg van minimaal gelijkwaardige kwaliteit is als die van een arts. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de diabetesverpleegkundige over het algemeen geen behandelverantwoordelijkheid had.

M. Lugtenburg, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006.

H. Merten, C. Wagner. Achtergrondstudie: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

Vervolgens werd een enquête onder een steekproef van huisartsen, internisten, diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen (POH) uitgezet (N=274, respons 36%). Hieruit bleek dat een groot deel van de taken binnen de diabeteszorg ten tijde van het onderzoek door een arts uitgevoerd werd, daarnaast speelde de POH een belangrijke rol. Bij de deelnemende artsen was er voor de toekomstige situatie een bereidheid tot het verschuiven van taken richting de diabetesverpleegkundige, ook voor een aantal speciale handelingen. De POH houdt volgens de deelnemers ook in de toekomst een belangrijke rol binnen de diabeteszorg. Een opmerkelijk punt is dat de taakafbakening over het algemeen in 20% van de gevallen niet duidelijk is, de taak wordt hierbij door verschillende beroepsbeoefenaren uitgevoerd. Tot slot ziet men voor de patiënt ook een rol weggelegd bij de behandeling van zijn of haar diabetes.

4.7 Vijf typen eters in verpleeg- en verzorgingshuizen

Met subsidie van de landelijke cateraar Albron is onderzoek gedaan naar de voorkeuren van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen op het gebied van eten en drinken en ambiance. Dit onderzoek heeft geleid tot een indeling in vijf typen eters én tot de ontwikkeling van een vragenlijst, waarmee de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen in kaart gebracht kunnen worden. Eetprofielen zijn ‘typen eters’ onderscheiden aan de hand van gewoontes en voorkeuren op het gebied van eten en drinken.

Albron gaat de eetprofielen inzetten in de Beter Eten Monitor waardoor haar dienstverlening nog beter kan worden afgestemd op de wensen van cliënten in zorginstellingen. In die monitor verzamelt Albron gegevens over wat cliënten belangrijk vinden bij eten en drinken. De vijf onderscheiden eetprofielen luiden: de traditionele eter, de avontuurlijke eter, de gemakkelijke eter, de kritische eter en de dankbare eter. De traditionele eter eet het liefst wat hij van huis uit gewend is, hecht weinig belang aan een luxe maaltijd en houdt niet van gerechten uit de buitenlandse keuken in tegenstelling tot de avontuurlijke eter. De gemakkelijke eter lust bijna alles, vindt het fijn om samen met andere bewoners te eten, maar vindt een vriendelijke bediening belangrijk. Cliënten die kritisch en kieskeurig zijn wat eten en drinken betreft en een verfijnde smaak hebben horen tot het type kritische eter. De dankbare eter is daarentegen niet erg kritisch of kieskeurig, klaagt nooit over het eten, heeft geen verfijnde smaak en vindt eten vooral een gezellige aangelegenheid. Inzicht in typen eters van cliënten is essentieel om de zorg- en dienstverlening op dit gebied te verbeteren.

Dit sluit aan bij vraaggerichte zorg, waarbij het cliëntenperspectief centraal staat en de cliënt de mogelijkheid heeft om zelf te kiezen. Het past ook bij de huidige aandacht voor het verbeteren van de voedingstoestand van deze doelgroep. Door rekening te

J.M. Peeters, A.L. Francke, A.P.A. van Beek, P.M.M. Spreuwenberg, R.D. Friele. Ontwikkeling eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: NIVEL, 2006.

houden met verschillende typen eters, kan de kwaliteit van leven van cliënten worden verhoogd.

4.8 Computer hindert communicatie in de spreekkamer

De communicatie in de spreekkamer van de huisarts is zakelijker geworden dan zestien jaar geleden. Met evidence-based medicine en protocollen in het achterhoofd, communiceert de huisarts meer taakgericht. De computer is een communicatieve sta-in-de-weg en er lijkt geen sprake van een gelijkwaardiger relatie tussen huisarts en patiënt. De patiënt is nog geen actieve en kritische consument. Uiten patiënten hun zorgen nog wel binnen de moderne gezondheidszorg?

Onderzoekers van het NIVEL vergeleken videobanden van routine-huisartsbezoeken van patiënten met hoge bloeddruk uit 1986 en 2002. Er waren geen verschillen voor geslacht en leeftijd in de patiëntengroepen uit beide onderzoeksperiodes.

In tegenstelling tot de verwachtingen zagen de onderzoekers, dat de patiënten minder actief waren in de recentere huisartsbezoeken. Ze spraken minder, stelden minder vragen en uitten minder hun zorgen of ongerustheid. De huisartsen gaven meer medische informatie, maar spraken minder vaak hun zorg uit over de medische situatie van de patiënt. Ze zochten minder interactie en toonden minder betrokkenheid. De computer had ook een opmerkelijke rol. In 1986 had geen enkele huisarts nog een computer in de spreekkamer, de huisarts maakte aantekeningen en de patiënt vertelde door. In 2002 houden de artsen tijdens het consult de gegevens bij in de computer en stopt het spreken van de patiënten tot hij klaar is.

4.9 Huisartspatiënt met psychische stoornissen beter geholpen dan in 2000

Huisartsen hebben sinds 2000 meer mogelijkheden gekregen om patiënten met psychische stoornissen te helpen. Ze kunnen vaker een beroep doen op een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV), die de behandeling overneemt. Ook is de relatie met de gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg) sterk verbeterd, waardoor veel huisartsen makkelijker hun patiënten doorverwijzen. Dit blijkt uit onderzoek naar de aard, de omvang en het effect van de ‘consultatieregeling’ over de periode 2000 – 2005. Consultatie is het vragen van advies van de ene hulpverlener aan de andere hulpverlener over de behandeling van een patiënt.

Dit kan de vorm hebben van een driegesprek (consultatiegever, consultatievrager en patiënt), een tweegesprek (consultatiegever en patiënt), of van telefonisch overleg tussen consultatiegever en consultatievrager.

De consultatieregeling bestond uit een groot aantal door het Ministerie van VWS gefinancierde projecten, die de toegenomen vraag naar GGZ-hulp en de wachtlijsten

J.M. Bensing, F. Tromp, A.M. van Dulmen, A. van den Brink-Muinen, W. Verheul. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. BMC Family Practice: 7, 2006, nr. 62

P.F.M. Verhaak, J. Groenendijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw, C. van der Veen. GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis, J. Nuijen, A.C. Volkers. Patients with a psychiatric

disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. General Hospital Psychiatry: 28, 2006, nr. 2, p. 125-132.

F.G. Schellevis. Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

C. van Weel, F.G. Schellevis. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet: 367, 2006, nr. 9510, p. 550-551.

in de GGZ moesten oplossen. Dit zou moeten gebeuren door de eerstelijnszorg (huisartsen, Algemeen Maatschappelijk Werk en eerstelijnspsychologen) te ondersteunen bij het behandelen van mensen met psychische stoornissen, zonder dat de werkdruk van huisartsen betreffende patiënten met psychosociale en psychische problemen zou toenemen. VWS heeft het NIVEL gevraagd deze consultatieregeling te evalueren. Het NIVEL monitort de consultatieregeling al jaarlijks sinds 2000.

4.10 Huisarts moet zorg voor mensen met meerdere ziektes coördineren

Bijna een derde van alle chronisch zieken heeft twee of meer chronische aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit). Daarbij komt het geregeld voor dat de behandelrichtlijn voor de ene aandoening strijdig is met die voor de andere. Huisartsen zouden de zorg aan mensen met multimorbiditeit moeten gaan coördineren omdat zij het beste overzicht hebben over de aandoeningen en de betrokken behandelaars. Dat zegt François Schellevis, die benoemd is tot bijzonder hoogleraar bij de afdeling huisartsgeneeskunde van het VU Medisch Centrum. Zijn leerstoel, 'Multimorbiditeit in de huisartspraktijk', is een initiatief van het NIVEL, waar Schellevis leiding geeft aan het onderzoeksprogramma Huisartsenzorg. Met het uitspreken van de rede 'Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk' op 11 oktober 2006 heeft hij zijn ambt aanvaard.

Gegevens van een interview bij bijna 13.000 Nederlanders uit de Tweede Nationale Studie van het NIVEL laten zien dat 30% van de bevolking desgevraagd zegt aan twee of meer chronische aandoeningen te lijden. In de huisartspraktijk worden vergelijkbare percentages gevonden, en deze percentages zijn hoger naarmate de leeftijd toeneemt ("de ouderdom komt met gebreken"). Door de toename van het aantal ouderen in de bevolking en omdat die ouderen ook steeds ouder worden, de zogenaamde 'dubbele vergrijzing', zal het aantal mensen met multimorbiditeit alleen maar toenemen.

Mensen die lijden aan twee of meer ziekten zijn meestal onder behandeling of controle bij minstens twee behandelaars. Wanneer die verschillende behandelaars niet van elkaars handelen op de hoogte zijn, kan het zijn dat verschillende medicijnen of behandelingen elkaar dwarszitten of niet verdragen. Zo is regelmatige lichaamsbeweging bijvoorbeeld goed voor patiënten met artrose om verstijving van gewrichten tegen te gaan, maar als iemands lichamelijke conditie door hartfalen beperkt is, hoe kan hij dan aan z'n dagelijkse ommetje toekomen?

5.1 Wat is de Consumer Quality Index?

De CQ Index (CQI) is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van ervaringen van klanten met de zorg. Het NIVEL ontwikkelde samen met de Afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC een systematiek voor de Consumer Quality Index. Dit is een ‘familie’ van vragenlijsten voor het meten van ervaringen van klanten met de zorg. Metingen met de Consumer Quality Index leveren bijvoorbeeld input voor de website www.kiesbeter.nl. Consumenten kunnen zo de ervaringen van anderen gebruiken bij hun keuze voor een zorgverzekeraar, en verzekeraars kunnen die ervaringen benutten bij de inkoop van zorg. De informatie op de site is ook waardevol voor toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, en voor instellingen en beroepsbeoefenaren die de kwaliteit van hun zorg en dienstverlening willen verbeteren.

Inmiddels zijn vijf vragenlijsten ontwikkeld. Deze vragenlijsten meten de ervaringen van consumenten/patiënten met: zorgverzekeraars, diabeteszorg, staaroperaties, heup- of knieoperaties, fysiotherapie. De vragenlijst over ervaringen met de zorgverzekeraars is al twee achtereenvolgende jaren gebruikt om de prestaties van zorgverzekeraars in kaart te brengen voor de website www.kiesbeter.nl. Van de andere vier vragenlijsten zijn nu ook de onderzoeksrapporten beschikbaar.

Het NIVEL is ook betrokken bij de ontwikkeling van een groot aantal nieuwe CQ Index vragenlijsten en werkt daarbij samen met andere onderzoeksinstituten. Naast de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC zijn dat onder meer het NIZW (rond gehandicaptenzorg), het Trimbosinstituut (rond geestelijke gezondheidszorg) en ARGO Rijksuniversiteit Groningen.

Momenteel zijn vragenlijsten in ontwikkeling over: ziekenhuiszorg; verpleging, verzorging en thuiszorg; gehandicaptenzorg; geestelijke gezondheidszorg; huisartsenzorg; eerstelijnszorg; geboortezorg; farmacie; mammacare en reuma. Vragenlijsten over hernia en spataderen zijn in voorbereiding.

Op 6 december 2006 is het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit centrum zorgt ervoor dat de ervaringen van klanten met de gezondheidszorg systematisch en

- W. Brouwer, H. Sixma, M. Triemstra, D. Delnoij. *Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006. 100 p.

- T. Gelsema, D. Delnoij, M. Triemstra. *Kwaliteit van zorg rondom een totale heup- of knieoperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling en validatie*. Utrecht: NIVEL, 2006. 70 p.

- D.D. van Sonsbeeck, D.M.J. Delnoij, M.H.M. Triemstra. *Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2006. 56 p.

- D. Delnoij, H. Sixma. *Naar een `CAHPS organisatie` in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2006. 42 p.

betrouwbaar worden gemeten en openbaar worden gemaakt. Voor al zijn onderzoeken gebruikt het centrum de CQ Index.

5.2 Nederlandse huisarts in internationaal perspectief

Het boek *Morbidity, Performance and Quality in Primary Care* biedt een bloemlezing van de onderzoeksresultaten van de 'Tweede Nationale Studie naar Ziekten en verichtingen in de huisartspraktijk' voor een internationaal publiek. Het boek behandelt zes thema's: de gezondheid van de bevolking, ongelijkheid in gezondheid, gebruik van zorg, kwaliteit van zorg, communicatie, organisatie en werkdruk. De Tweede Nationale Studie werd uitgevoerd onder 400.000 patiënten, die samen anderhalf miljoen huisarts-patiëntcontacten hadden en aan wie 2,1 miljoen recepten zijn voorgeschreven in 2001.

Wereldwijd staat de eerstelijnsgezondheidszorg opnieuw in de belangstelling. Niet alleen vanwege de wens de kosten in de gezondheidszorg te drukken, maar ook vanwege de relatie tussen de levensverwachting en een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. De internationale belangstelling voor de Nederlandse situatie komt ruim aan bod. In verschillende hoofdstukken zetten experts uit de hele wereld de Nederlandse huisarts in internationaal perspectief.

5.3 Handleiding voor vragenlijst patiëntveiligheidscultuur

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Om de patiëntveiligheidscultuur te meten is door het NIVEL en het EMGO Instituut van VUmc het meetinstrument COMPaZ (Cultuur Onderzoek onder Medewerkers over de Patiëntveiligheid in Ziekenhuizen) ontwikkeld. De patiëntveiligheidscultuur is belangrijk bij het optreden van incidenten: worden ze gemeld? Hoe wordt ermee omgegaan? In een cultuur waarin incidenten kunnen worden gemeld zonder erop afgerekend te worden, is het mogelijk ervan te leren. Structuurveranderingen zijn doorgaans niet effectief als niet ook wordt ingezet op verandering van de patiëntveiligheidscultuur, zo is bekend uit onderzoek.

De onderzoekers maakten nu ook een handleiding voor gebruikers van COMPaZ. Naast een beschrijving van de inhoud van de vragenlijst, gaan ze in op de manier waarop deze en de resultaten in de praktijk zijn te gebruiken. De resultaten kunnen aanwijzingen opleveren op welke gebieden de patiëntveiligheidscultuur niet optimaal is en richting geven aan verbeterinterventies om de juiste randvoorwaarden te creëren voor patiëntveilige zorg.

G. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. xii, 296 p.

M. Smits, I. Christiaans-Dingelhoff, C. Wagner, G. van der Wal. Handleiding COMPaZ: cultuur onderzoek onder medewerkers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit Medisch Centrum, EMGO Instituut, 2006. 16 p.

5.4 Risico-indicatoren voor de GGZ beschikbaar

Uit literatuur onderzoek blijkt dat er bruikbare risico-indicatoren bestaan, waarmee de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderbouwd en efficiënt toezicht kan houden op de care- en cure sector van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

Voor de GGZ-care-sector waren al risico-indicatoren beschikbaar, maar deze zijn nu verder verfijnd. Tevens zijn er risico-indicatoren voor gebruik in de GGZ-cure-sector geformuleerd. Risico-indicatoren (ook wel prestatie-indicatoren of kwaliteitsindicatoren genoemd) worden steeds vaker gebruikt om de kwaliteit van - bijvoorbeeld - gezondheidszorg meetbaar te maken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil risico-indicatoren gaan gebruiken om zorginstellingen te identificeren die mogelijk minder verantwoorde zorg leveren. Het gaat om indicatoren voor (risico's op) tekortkomingen in de zorgverlening. Deze tekortkomingen kunnen zich uiten door vermijdbare schade, ongemak of ontevredenheid bij de cliënt.

Het gebruik van risico-indicatoren maakt deel uit van de nieuwe werkwijze van de IGZ. Tot nu toe bezocht men alle zorginstellingen één keer in de twee tot vier jaar voor een algemene inspectie. De vernieuwing van de werkwijze bestaat uit een systeem van Gelaagd en Gefaseerd Toezicht (GGT). Hierbij sturen de zorginstellingen jaarlijks zelf hun informatie, over de door de IGZ gekozen risico-indicatoren, naar de inspectie. Op basis hiervan legt de IGZ toezichtbezoeken af bij instellingen waar cliënten mogelijk een verhoogd risico lopen op ongewenste uitkomsten. Indien van toepassing geeft de Inspectie aanwijzingen voor verbetering en neemt repressieve maatregelen indien de instellingen hun zorg niet verbeteren.

5.5 Nieuwe behandeling voor patiënt met artrose

Mensen die door artrose (gewrichtsslijtage) van de heup of knie weinig meer kunnen, hebben meer baat bij de zogenaamde 'GRADIT-behandeling' dan bij de standaardbehandeling volgens de richtlijn fysiotherapie. GRADIT is er op gericht om patiënten stapsgewijs hun activiteiten te laten opvoeren. Fysiotherapeuten kunnen bij artrose-patiënten die lichamelijk slecht functioneren beter kiezen voor die nieuwe behandeling. Dat blijkt uit het promotieonderzoek dat Cindy Veenhof op 14 september heeft verdedigd aan de Vrije Universiteit. Veenhof onderzocht bij 200 patiënten met artrose van heup of knie of zij op de lange termijn meer baat hebben bij GRADIT dan bij een behandeling volgens de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Ruim 650.000 Nederlanders hebben last van artrose, de meest voorkomende vorm van reuma in Nederland (www.reumafonds.nl). In 2001 stond artrose samen met

S. Tuijn, C. Wagner. Risico-indicatoren voor de GGZ: het gefaseerd en gelaagd toezicht in de GGZ-care en GGZ-cure. Utrecht: NIVEL, 2006.

C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

C. Veenhof, A.J.A. Köke, J. Dekker, R.A. Oostendorp, J.W.J. Bijlsma, M.W. van Tulder, and C.H.M. van den Ende. Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee: a randomized clinical trial. Arthritis and Rheumatism: 55, 2006, nr. 6, p.925-934.

migraine en hoge bloeddruk bovenaan de lijst van zelf-gerapporteerde chronische aandoeningen (Tweede Nationale Studie, 2001). Vergrijzing, overgewicht en te weinig beweging zullen naar verwachting in de toekomst leiden tot een forse toename van het aantal artrose-patiënten. Bij artrose gaat het gewrichtskraakbeen in kwaliteit achteruit en op den duur kan het zelfs verdwijnen. Dat leidt tot pijnklachten, gewrichtsstijfheid, spierzwakte, beperkingen in het dagelijks leven en een inactieve levensstijl. Die inactiviteit kan de klachten vervolgens nog eens versterken. Onder ouderen is het de meest voorkomende gewrichtsaandoening, maar er zijn in Nederland naar schatting ook 25.000 jonge patiënten (25 tot 44 jaar).

De belangrijkste doelen bij het behandelen van artrose zijn het controleren van de pijn, het verbeteren van het functioneren en het verminderen van beperkingen. Normaalgesproken bestaat de behandeling bij de fysiotherapeut uit oefentherapie om spieren te versterken, ‘huiswerk oefeningen’ en informatie en advies.

Hoewel die aanpak op de korte termijn effectief is, blijkt het vasthouden van het behandelingseffect op de lange termijn altijd lastig. Gebrekkige therapietrouw (mensen doen hun huiswerk oefeningen na een poosje niet meer) is daarbij waarschijnlijk de boosdoener.

5.6 Chronisch zieken gaan steeds vaker naar gespecialiseerde verpleegkundige

Ongeveer één op de drie mensen met een chronische ziekte of handicap bezocht in 2004 een gespecialiseerde verpleegkundige, zoals een diabetes- of longverpleegkundige. Dit aantal is tussen 1999 en 2004 gestegen van 14% naar 30% in 2004. De huisarts heeft het hierdoor niet minder druk gekregen. Een gespecialiseerde verpleegkundige leert mensen omgaan met hun chronische ziekte en met hun beperkingen in het dagelijks leven, en richt zich daarbij op zelfmanagement en op zelfredzaamheid. Mensen met meer dan één chronische ziekte (comorbiditeit) maakten altijd al vrij veel gebruik van de gespecialiseerde verpleegkundige; vooral het aantal mensen met maar één chronische ziekte dat naar een gespecialiseerd verpleegkundige gaat, is dan ook toegenomen (van 8% naar 26%).

Dit heeft er overigens niet toe geleid dat chronisch zieken en gehandicapten minder contact hebben met hun (huis)arts. Onderzoeker Hilly Calsbeek: “Blijkbaar is er sprake van extra zorg; kennelijk is daar behoefte aan. Maar door de aandacht die de gespecialiseerde verpleegkundige bijvoorbeeld besteedt aan een gezonde leefstijl, secundaire preventie en therapietrouw, zou dat op termijn wel eens tot minder doktersbezoek kunnen leiden.” Of het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen sinds 1999 is gestegen en of er op dit moment te weinig, te veel of precies genoeg gespecialiseerde verpleegkundigen zijn, is niet bekend.

Dit blijkt uit een groot onderzoek naar de zorgbehoefte en het zorggebruik van de ruim 2 miljoen mensen met een chronische ziekte of een handicap. Een belangrijk doel van dit onderzoek is het zichtbaar maken van trends en ontwikkelingen in hun zorg- en leefsituatie ten behoeve van beleidsmakers.

Het NIVEL verzamelt deze gegevens al sinds 1997 en brengt elk jaar een rapport uit: in de even jaren over de zorg, in de oneven jaren over de maatschappelijke situatie. Dit is de zevende keer. Dit jaar zijn voor het eerst niet alleen chronisch zieken maar ook mensen met een lichamelijke beperking bij het onderzoek betrokken, dit zal voortaan steeds gebeuren.

5.7 Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg

Veel GGD-en hanteren eigen methodes om gegevens te verzamelen waarmee de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg kan worden gemeten. Dat betekent dat de gegevens die nu verzameld worden onderling niet gemakkelijk te vergelijken zijn door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hierdoor is het voor de inspectie vrijwel onmogelijk om zich een goed en eenduidig oordeel te vormen.

Openbare gezondheidszorg is wat vroeger 'volksgezondheid' heette en in het buitenland 'public health' genoemd wordt. Hieronder vallen de GGD-en en de instellingen die de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar uitvoeren. Het NIVEL heeft in het kader van dit onderzoek, samen met de Inspectie, een set indicatoren ontwikkeld waarmee de GGD-en voortaan op een eenduidige manier hun kwaliteitsgegevens kunnen verzamelen. Met die gegevens kan de Inspectie verantwoord, en met minder menskracht, op meer inspectie-objecten toezien dan nu het geval is. De eerste inventariserende fase van het gelaagd en gefaseerd toezicht, waarin de zorginstellingen gegevens moeten aanleveren op basis van door de Inspectie aangegeven indicatoren, zal daardoor efficiënter en effectiever worden.

De indicatoren zijn ontwikkeld door middel van literatuuronderzoek naar bestaande indicatoren, en bijeenkomsten met experts. Vervolgens zijn ze getest bij vier GGD-en en 2 instellingen voor het uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg. De indicatoren hebben vooral een signaalfunctie: zij geven inzicht in hoe het gesteld is met de openbare gezondheidszorg in een bepaalde regio. Dit kan leiden tot een inspectiebezoek als een instelling onder de norm zit. Dat laatste kan overigens een legitieme reden hebben. De IGZ zal zorgdragen voor verdere implementatie van de set indicatoren.

5.8 Met snoezelen meer mens

Snoezelen tijdens de 24-uurszorg verbetert de zorg voor bewoners en voor verzorgenden. Demente verpleeghuisbewoners die op een afdeling wonen waar tijdens de

H. Calsbeek, P. Spreeuwenberg, M.J.W. van Kerkhof, P.M. Rijken. Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2006.

R. Coppen, H.J. Sixma, D.M.J. Delnoij. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006.

J.C.M. van Weert, B.M. Janssen, A.M. van Dulmen, P.M.M. Spreeuwenberg, J.M. Bensing, M.W. Ribbe. Nursing assistants' behavior during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hours dementia care. Journal of Advanced Nursing: 53, 2006, nr. 6, p. 656-668.

C. Wagner, K. Klein Ikink, G. van der Wal, P. Spreeuwenberg, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen. Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes. Health Policy: 75, 2006, nr. 2, p. 230-240.

verzorging wordt gesnoezeld, zijn minder apathisch, minder depressief, minder agressief en minder opstandig. De verzorgenden hebben meer vertrouwen in eigen kunnen en vinden het gemakkelijker met gedragsproblemen van bewoners om te gaan. Snoezelen is een manier van contact maken door de zintuigen aangenaam te prikkelen. Dat kan door iemand zijn lievelingsmuziek te laten horen, lekkere geuren (zoals zeep, koffie of dennentakjes) te laten ruiken of een zachte trui of knuffel te laten aanraken. Snoezelen doet geen beroep op de cognitieve vermogens van demente ouderen. Ze worden niet gecorrigeerd of betutteld, maar in hun waarde gelaten. Het NIVEL onderzocht de effecten van snoezelen in zes verpleeghuizen verspreid over heel Nederland. Anderhalf jaar na de introductie van snoezelen bleek de zorg verbeterd vergeleken met zes controleafdelingen, die de gangbare zorg bleven leveren. De verzorgenden konden zich beter verplaatsen in de bewoners en pasten hun gedrag meer aan de behoeften van de bewoners aan. Ze konden makkelijker contact maken met dementerende bewoners, en genegenheid en warmte tonen.

5.9 Effect kwaliteitsmanagementsysteem in verpleeghuizen moeilijk te bepalen

Urine-incontinentie, doorligwonden, katheters, beperkte mobiliteit van patiënten en gedragsproblemen, komen in het ene verpleeghuis meer voor dan in het andere. Hebben verpleeghuizen met een kwaliteitsmanagementsysteem betere klinische resultaten en minder van dit soort ongewenste uitkomsten dan verpleeghuizen zonder zo'n systeem?

Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat de verschillen in uitkomsten grotendeels worden veroorzaakt door verschillen tussen de patiënten en tot bepaalde hoogte ook door verschillen tussen de verpleeghuizen.

Geslacht, dementie en afhankelijkheid verklaren al bijna de helft van de verschillen tussen patiënten en 72% van de verschillen tussen verpleeghuizen. Maar dit betekent ook dat ongeveer de helft van de ongewenste uitkomsten niet hieruit is te verklaren. De grootte van het verpleeghuis, de betrokkenheid van een cliëntenraad en de implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem kunnen nog een klein deel hiervan verklaren en lijken tot een significante afname van het aantal ongewenste uitkomsten te leiden. Maar de helft van de ongewenste uitkomsten blijft onverklaarbaar. Het NIVEL deed onderzoek in 65 verpleeghuizen, een vijfde van de Nederlandse verpleeghuizen. De onderzoekers vroegen in 1994/1995 alle Nederlandse verpleeghuizen naar de ontwikkeling van kwaliteitsmanagementsystemen. In 1998 vroegen ze dit opnieuw aan de verpleeghuizen die eerder hadden gereageerd, waardoor ze konden vergelijken op ongewenste uitkomsten.

5.10 Verbeterinitiatieven in ziekenhuizen laten wisselende resultaten zien

In de acht Sneller Beter ziekenhuizen zijn meer dan honderd verbeterprojecten opgestart, gericht op patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek. Van de 113 projecten heeft tot nu toe één op de vijf aanzienlijke verbeteringen voor patiënten bereikt. Bij de overige zijn kleine verbeteringen of verslechtingen gemeten. Of er zijn nog geen resultaten bekend, bijvoorbeeld omdat de projecten een langere looptijd hebben. Verbeterinitiatieven in ziekenhuizen hebben de meeste kans van slagen als verpleegkundigen en artsen ook de tijd krijgen om de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Het niet slagen van projecten heeft te maken met het ontbreken van tijd, middelen en steun, en in sommige situaties met risico's die medewerkers ervaren. Verder is het demotiverend voor verpleegkundigen en artsen als bereikte kostenbesparingen niet opnieuw mogen worden ingezet om de zorg nog verder te verbeteren.

In de eerste acht ziekenhuizen van Sneller Beter zijn 113 verbeterprojecten opgestart. De projecten zijn gericht op patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek. Gestreefd wordt naar een vermindering van het aantal doorligwonden, medicatiefouten en infecties, en naar het verkorten van de ligduur, doorstroomtijd, wachttijd voor een bezoek aan de polikliniek en het verhogen van de productiviteit van de operatiekamers. Stuk voor stuk projecten waarmee veel winst voor patiënten is te behalen. Hoe nu verder? Voor het succes van Sneller Beter is het nodig dat meer projecten hun doelstellingen halen en, minstens zo belangrijk, dat de bereikte successen ook worden vastgehouden. Dit vraagt om blijvende aandacht in ziekenhuizen. Ziekenhuizen zullen tijd en middelen vrij moeten blijven maken om verbeteringen te kunnen doorvoeren en vast te houden. Mogelijke bezuinigingen in ziekenhuizen kunnen een bedreiging zijn voor die ruimte.

Sneller Beter is een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

5.11 Therapietrouw begint in de spreekkamer

Al decennialang lukt het niet de therapietrouw van patiënten te verbeteren. Terwijl daarmee volgens de Wereldgezondheidsorganisatie meer winst te behalen is voor de volksgezondheid dan met de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Niet iedere patiënt slikt trouw de pillen die de arts hem voorschrijft. Soms willens en wetens, meestal per ongeluk. Bij gebrekkige 'therapietrouw' hebben medicijnen minder effect; levensverwachting en kwaliteit van leven van patiënten dalen en de kosten van de gezondheidszorg stijgen. Ondanks talrijke pogingen de therapietrouw van patiënten te verbeteren, is dit de afgelopen decennia niet gelukt.

M.C. M. Dückers, M. de Bruijn, C. Wagner. Evaluatie sneller beter pijler 3: de implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

C. Wagner, L. Gulacsi, E. Takacs, M. Outinen. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. BMC Health Services Research: 6, 2006, nr. 50.

E. Sluijs, S. van Dulmen, L. van Dijk, D. de Ridder, R. Heerdink, J. Bensing. Patient adherence to medical treatment: a meta review. Utrecht: NIVEL, 2006.

In een rapport uit 2003 noemt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verbetering van therapietrouw van groter belang voor de volksgezondheid dan de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. In dit onderzoek is gezocht naar effectieve ingrepen om de therapietrouw van patiënten te bevorderen en naar de theorie daarachter. Ze toetsten hun bevindingen aan een forum van internationale experts.

Juist de simpele oplossingen blijken het meest effectief. Bijvoorbeeld de dosering voor een dag in één pil, wordt minder vergeten dan drie pillen over de dag. Ook een eenvoudige reminder via een sms'je kan heel effectief zijn. "Je moet oplossingen zoeken voor specifieke patiëntengroepen", stelt Liset van Dijk. "Voor diabetespatiënten ligt het anders dan voor patiënten met depressie. Patiënten met depressie stoppen vaker in een vroeg stadium met hun medicijnen, bijvoorbeeld al na één of twee recepten. Daar moet je dus vroeg bij zijn."

Inzichten uit de verschillende disciplines moeten bovendien worden gecombineerd. Nu werken medici, farmaceuten, sociologen en technici vaak nog apart aan strategieën om de therapietrouw te verbeteren, terwijl ze met elkanders bevindingen hun voordeel kunnen doen. "De verschillende disciplines moeten de handen ineen slaan, en oplossingen bieden die voor alle betrokkenen handig zijn", verklaart Sandra van Dulmen. "Therapietrouw is niet alleen de verantwoordelijkheid van de patiënt. Het is een probleem dat ook de huisarts aangaat, de apotheker en de industrie."

6.1 Opleidingen komen tijd tekort om medisch professional goed te leren managen

Apothekers, dierenartsen, fysiotherapeuten, huisartsen, medisch specialisten, tandartsen en verloskundigen: vrijwel allemaal moeten ze leren managen. Alle onderzochte opleidingen voor de zeven bovengenoemde beroepsgroepen bieden managementonderwijs aan. Maar hoewel dat aanbod in de afgelopen jaren is toegenomen, blijken de opleidingen het lastig te vinden om voor dit onderwerp zoveel tijd in het onderwijsrooster vrij te maken als zij eigenlijk zouden willen.

Het onderzoek had als doel het aanbod aan managementonderwijs binnen reguliere opleidingen voor professionals in de gezondheidszorg te inventariseren, en na te gaan óf verbeteringen gewenst zijn en zo ja welke. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van oktober 2005 tot en met mei 2006, en bestond uit analyse van de informatie in de studiegidsen, interviews met onderwijsdirecteuren of -coördinatoren van de verschillende opleidingen en gesprekken met vertegenwoordigers van de onderzochte beroepsgroepen.

Alle opleidingen van de zeven onderzochte beroepsgroepen bieden managementonderwijs aan. Louter op basis van de studiegidsen bleek het niet mogelijk om volledig inzicht te krijgen in wat er nu precies wordt aangeboden. Ook cijfers over de werkelijke studielast worden niet altijd verstrekt. Dit maakt een vergelijking tussen de beroepsgroepen vrijwel onmogelijk. Daar komt nog bij dat een aantal opleidingen bezig is met een curriculumherziening.

Professionals in de gezondheidszorg hebben steeds vaker taken waarvoor managementvaardigheden noodzakelijk zijn. Dat komt vooral door veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg, door nieuwe wetgeving en doordat de (para)medische beroepsgroepen steeds meer moeten samenwerken.

In 2005 bleek uit onderzoek van het NIVEL dat de Nederlandse huisartsenopleidingen hun studenten onvoldoende voorbereiden op het runnen van een eigen praktijk. Er werd volgens de huisartsen-in-spe te weinig aandacht besteed aan zaken als praktijkvoering, zelfstandig ondernemerschap, leiding geven, ICT, financiële administratie en het onderhandelen met zorgverzekeraars. Naar aanleiding hiervan is

H. Hofhuis, S. van der Meulen-Arts, L. Hingstman. Managementonderwijs in de opleidingen voor professionals in de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006.

onderzocht wat andere medische beroepsgroepen voor managementvaardigheden willen meekrijgen vanuit de opleiding.

6.2 Tekort verloskundigen is opgelost

Door het grote tekort aan verloskundigen begin deze eeuw was de werkdruk zo hoog dat verloskundigen in veel gevallen te weinig tijd hadden om een bevalling goed te begeleiden. Dit probleem is opgelost. In 2001 besteedden verloskundigen 3 uur aan een bevalling, in 2004 was dat toegenomen tot viereneenhalf uur.

Als reactie op het grote tekort aan verloskundigen heeft de minister van Volksgezondheid in 2000 de opleidingscapaciteit verhoogd van 120 naar 160 (en in 2001 nog eens naar 220). Daarnaast werd het tarief verhoogd en de normpraktijk met 20% verlaagd, waardoor een verloskundige met minder bevallingen toch hetzelfde inkomen kon verdienen. De grote zorg van de overheid was dat de thuisbevalling in gevaar zou komen door het tekort aan verloskundigen. Dit zou (kunnen) leiden tot het verdwijnen van het unieke Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening, waar verloskundigen 70 tot 80 procent van de begeleiding tijdens de zwangerschap verzorgen en waar nog steeds zo'n 30% van de vrouwen thuis bevalt, én tot een flinke kostenstijging van de verloskundige zorg.

De vraag of al deze overheidsmaatregelen het gewenste resultaat hebben gehad, staat centraal in de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Onderzoeker Trees Wiegens concludeert dat dit inderdaad het geval is, al heeft een daling van het geboortecijfer (207.000 geboorten in 2000, 195.000 in 2004) ook meegespeeld bij de vermindering van de werkdruk van de verloskundigen. Het aantal werkzame verloskundigen is tussen 2001 en 2005 met 28% toegenomen naar 2080.

6.3 Verzorgenden die tevreden zijn met hun werk gaan op een positievere wijze om met verpleeghuisbewoners met dementie dan verzorgenden die ontevreden zijn

Hun werkhouding is niet alleen bewonersgericht, zij maken ook meer gebruik van non-verbale communicatiemogelijkheden, zoals aankijken en lachen, die belangrijk zijn in de omgang met mensen met dementie. Verzorgenden die hun werk (te) druk vinden, veel werkstress ervaren en het werk weinig afwisselend vinden, laten een minder positieve omgang zien met de demente bewoners voor wie zij zorgen. Dit betekent dat de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden door te investeren in de arbeidsomstandigheden van zorgverleners. Deze conclusies zijn gebaseerd op analyses van 228 video-opnames van ochtendzorg aan demente verpleeghuisbewoners uit de databank communicatie van het NIVEL en vragenlijsten naar werkbeleving van de deelnemende verzorgenden.

T.A. Wiegens, B.M. Janssen. Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

B.M. Janssen, T.A. Wiegens. Strengths and weaknesses of midwifery care from the perspective of women. Evidence Based Midwifery: 4, 2006, nr. 2, p.53-59.

J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing. Arbeids- tevredenheid van verzorgenden weerspiegelt zich in de omgang met demente verpleeghuisbewoners. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

6.4 Verpleegkundigen en verzorgenden missen waardering van hun directie

Ongeveer de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat zij geen of weinig waardering vanuit hun directie krijgen. De minste waardering ervaren verzorgenden in verpleeghuizen en verpleegkundigen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en algemene ziekenhuizen. Verzorgenden in de verzorgingshuizen ervaren de meeste waardering vanuit de directie. Dit blijkt uit de monitorpeiling van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden.

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn verder relatief tevreden en betrokken bij de organisatie waar zij werken. Zij noemen drie factoren die het beroep aantrekkelijker kunnen maken:

- meer waardering vanuit de organisatie (directie) (66 procent)
- meer bij- en nascholingsmogelijkheden (60 procent)
- verlaging van de werkdruk (55 procent).

6.5 Gynaecoloog is steeds vaker vrouw

Vrouwelijke medisch specialisten zijn sterk in opkomst. Bij de gynaecologen groeit het aandeel vrouwen het sterkst. In 2006 was nog 37% vrouw, in 2020 wordt dat 63%. Van de gynaecologen onder de veertig was vorig jaar al 73% vrouw. Deze snelle toename aan vrouwelijke gynaecologen komt naar voren uit een onderzoek van de arbeidsmarkt voor gynaecologen. In deze arbeidsmarktmonitor wordt twee- of driejaarlijks de aansluiting tussen vraag en aanbod geïnventariseerd, zodat in een zo vroeg mogelijk stadium kan worden ingespeeld op dreigende overschotten of tekorten aan gynaecologen.

Over een paar jaar zijn er iets meer gynaecologen nodig dan eerder geraamd. Het NIVEL schat de benodigde opleidingsplaatsen op 53 of 54. Dat is 8 meer dan de 46 uit de raming van het Capaciteitsorgaan (Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen). De benodigde instroom wordt onder meer beïnvloed door de verschuivende verhouding tussen het aantal vrouwelijke en mannelijke gynaecologen. Vrouwelijke gynaecologen werken iets meer in deeltijd dan hun mannelijke collega's, waardoor een iets hogere instroom nodig zal zijn om dit te compenseren.

Ook de groei van de zorgvraag blijft een onzekere factor voor de 'vraag' naar gynaecologen. De groei wordt nu geraamd op 1 procent per jaar, terwijl die de laatste jaren 2 procent was. Blijft de groei ook de komende jaren 2 procent, dan moeten er ongeveer 20 assistenten meer in de opleiding instromen. Het is dus belangrijk om de groei van de zorgvraag nauwlettend te blijven volgen.

D.M. de Jongh, A.J.E. de Veer, F.J.J. Bolle, J.T.C.M. de Kruif. De aantrekkelijkheid van het beroep 2005: een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL, AVVV, LEVV, 2006.

L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Monitor arbeidsmarkt gynaecologen 2006. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

J. de Jong, P. Heiligers, P.P. Groenewegen, L. Hingstman. Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? Health Policy: 78, 2006, nr. 2-3, p. 235-248.

6.6 Ondanks verminderde vraag toch knelpunten in kraamzorg

De vraag naar kraamzorg daalt, omdat er minder kinderen geboren worden. Toch zijn er knelpunten in de kraamzorg.

De vraag naar kraamzorg zal in de komende jaren teruglopen omdat er minder kinderen geboren worden. Ook de gemiddelde duur van de kraamzorg neemt af. Zo blijkt uit de productiegegevens van de jaren 2004 en 2005 van de respondenten dat de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg inclusief partusassistentie (zorg tijdens de bevalling) is gedaald van 43,05 uur in 2004 naar 41,60 uur in 2005 per bevalling. Het totaal aantal werkzame kraamverzorgenden is ook teruggelopen, van naar schatting 10.000 op 31 december 2004 tot ongeveer 9.000 op 30 april 2006.

Het gebruik van een indicatie protocol, of dat nu het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg of een ander indicatie protocol is, heeft volgens de meeste kraamzorgaanbieders uit dit onderzoek (34 van de 42) tot gevolg gehad dat de gemiddelde zorgduur voor kraamzorg is afgenomen. De zorgverzekeraars zijn wat terughoudender in hun antwoorden: drie (van de acht) respondenten geven aan dat gebruik van een indicatie protocol volgens hen geen invloed heeft gehad op de gemiddelde zorgduur, twee geven aan dat de gemiddelde zorgduur erdoor is gedaald en drie hebben (nog) geen mening daarover.

Een gevolg van de dalende gemiddelde zorgduur is dat het steeds moeilijker wordt om roosters te maken die zowel tegemoet komen aan de wens van de kraamvrouw om een vaste kraamverzorgende over de vloer te hebben als aan de wens van de kraamverzorgende om fulltime of bijna fulltime te werken.

Vrijwel alle kraamzorgaanbieders uit dit onderzoek (41 van de 42) geven aan dat de kraamzorgveiling financiële gevolgen heeft. Het bijhouden van de kraamzorgveiling kost namelijk veel tijd die lang niet altijd leidt tot daadwerkelijke zorg. De veranderingen in de zorgtoewijzing en de bepaling van de zorgomvang hebben er toe geleid dat kraamzorginstellingen minder geneigd zijn om grote arbeidscontracten voor kraamverzorgenden aan te bieden. Dit maakt het beroep van kraamverzorgende, vooral voor jonge verzorgenden, minder aantrekkelijk.

T.A. Wieggers. Monitor Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg. Utrecht: NIVEL, 2006.

Lees ook:

T.A. Wieggers. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. Journal of Neonatal Nursing: 12, 2006, nr. 5, p.163-171.

7.1 Sturing uit de eerstelijns

Veel beleidsmakers in Europa zijn het erover eens dat een sterke eerstelijnszorg goed is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en beheersing van de kosten. De eerstelijnszorg kan het overgrote deel van de gezondheidsproblemen die zich aandienen oplossen en een coördinerende rol vervullen, bijvoorbeeld wanneer meerdere zorgverleners zijn betrokken bij een patiënt. Over hoe de eerste lijn moet worden versterkt, lopen de opvattingen echter uiteen. Dat ligt aan de grote verscheidenheid aan stelsels van gezondheidszorg in Europa. De toegang tot de zorg is bijvoorbeeld heel verschillend geregeld en ook de wijze van financiering en betaling lopen sterk uiteen. Toch is er een groeiende bereidheid om bij ingrepen in de gezondheidszorg te leren van ervaringen over de grens, waar zich immers vaak dezelfde vraagstukken voordoen. Het boek *Primary care in the driver's seat* beschrijft de verscheidenheid aan eerstelijnsstelsels in Europa. Ook toont het boek hoe het coördinerend vermogen van de eerste lijn kan worden vergroot, prikkels om de zorg efficiënter en meer patiëntgericht te maken, en welke verschuivingen er optreden in de taken van professionals in de eerstelijnszorg.

7.2 Intensivering donatiebeleid effectief

Het geïntensiverde donatiebeleid werpt vruchten af, zo blijkt uit de derde evaluatie van de Wet op de orgaandonatie. Rond de invoering van deze wet in 1998 was het aantal donaties gedaald: vergeleken met andere landen zakte Nederland van voorloper weg naar de onderste regionen. Inmiddels is Nederland weer opgeklommen tot de middenmoot.

Nog steeds zijn er onvoldoende organen om aan de vraag te voldoen. Ook de komende jaren zal de vraag groter blijven dan het aanbod. Er is vooral een groot tekort aan nieren. De kleine groep patiënten die wacht op een donororgaan, blijft afhankelijk van de grote groep Nederlanders die voor hun zaak gewonnen moet worden. Onder meer om het aanbod aan donororganen te vergroten is in 1998 de Wet op de orgaandonatie (Wod) van kracht geworden. Vanaf 2000 heeft het Minis-

R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat?: organizational reform in European primary care. Maidenhead/New York: Open University Press, 2006. 251 p.

R.D. Friele, G.A. Blok, J.K.M. Gevers, R. Coppen, M.C. Smit. Derde evaluatie Wet op de Orgaandonatie. Den Haag: ZonMw, 2006.

Lees ook:

M. Smits, B. van den Borne, A.J. Dijker, R.M. Ryckman. Increasing Dutch adolescents' willingness to register their organ donation preference: the

*effectiveness of an education
programma delivered by kid-
ney transplantation patients.
European Journal of Public
Health: 16, 2006, nr. 1, p. 106-
110.*

*M. Speet, A.L. Francke, A.
Courtens, L.M.G. Curfs. Zorg
rondom het levenseinde van
mensen met een verstandelijke
beperking: een inventariserend
onderzoek. Utrecht: NIVEL,
2006.*

terie van VWS zich ingezet om het aanbod te verhogen via een breed palet aan maatregelen, zoals voorlichting, campagnes, nabestaandencontact en beleid in ziekenhuizen. Geconcludeerd kan worden dat de achterstand in het aantal donoren die rond de introductie van de Wod was opgelopen inmiddels weer is ingelopen. Met name grote publiekscampagnes en scholing van bij orgaandonatie betrokken professionals blijken effectief te zijn.

7.3 Palliatieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is nog lastig

Mensen met een verstandelijke beperking die ongeneeslijk ziek zijn, vallen wat gezondheidszorg betreft vaak tussen wal en schip. De reguliere zorgverlening weet niet goed raad met de communicatieve en cognitieve beperkingen van mensen met een verstandelijke beperking, terwijl in de gehandicaptenzorg vaak elementaire kennis ontbreekt van zorg rondom het levenseinde (palliatieve zorg).

Samenwerking en kennisuitwisseling tussen zorgsectoren is noodzakelijk om die versnippering van know-how tegen te gaan, zodat ook mensen met een verstandelijke beperking goede palliatieve zorg kunnen krijgen.

Er zijn in Nederland ruim 110.000 mensen met een verstandelijke beperking. Zij functioneren intellectueel duidelijk beneden het gemiddelde en hebben daarnaast beperkingen op bijvoorbeeld het gebied van sociale vaardigheden of zelfredzaamheid. Mensen met verstandelijke beperkingen worden ouder dan vroeger, daardoor krijgen zij vaker dan voorheen chronische ziekten, zoals kanker, en hebben ze vaker palliatieve zorg nodig. Niet alleen de professionals in de verstandelijk gehandicaptensector, maar ook reguliere zorgverleners worden daardoor vaker geconfronteerd met terminaal zieke mensen met een verstandelijke beperking. Immers: steeds meer mensen met een verstandelijke beperking wonen tegenwoordig min of meer zelfstandig in een gewone woonwijk in plaats van op een beschermd instellingsterrein. Deze mensen maken gebruik van de reguliere gezondheidszorg en hebben veelal een eigen huisarts; zij hebben niet altijd de beschikking over een gespecialiseerde arts voor verstandelijk gehandicapten (avg).

De zorg aan terminaal zieke mensen met een verstandelijke beperking zorgt echter voor allerlei problemen, die soms zeer praktisch van aard zijn. Reguliere zorgverleners weten bijvoorbeeld niet goed hoe ze met een persoon met een verstandelijke beperking kunnen communiceren over diens naderende dood, of over wensen rondom het levenseinde. Net als uit eerder NIVEL onderzoek, bleek dat er onder zorgverleners relatief veel behoefte is aan bijscholing op het terrein van zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête onder 58 artsen, 73 leidinggevenden en 40 cliëntenraden. Ook zijn er focusgroepen georganiseerd en een expertmeeting gehouden.

7.4 Griep prik te duur voor Pool met hoog risico

De vaccinatiegraad tegen de griep onder mensen met een hoog risico is in Spanje bijna vier keer zo hoog als in Polen. Veel Polen vinden de griep prik te duur. Er bestaan duidelijke verschillen in vaccinatiegraad tegen de griep tussen Spanje, Duitsland, Zweden en Polen. In Spanje zijn de meeste ouderen (67%) gevaccineerd. In Polen (18%) de minste. Zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL in een groep van een kleine tienduizend mensen gelijkmatig verdeeld over de vier landen. In alle vier de landen was de vaccinatiegraad onder ouderen hoger dan in andere hoog-risicogroepen. Van de hoog-risicogroepen onder de 65 jaar wordt in Polen slechts 10% gevaccineerd en in Spanje 30%. Als redenen om zich niet te laten vaccineren noemt ruim een derde in de verschillende landen de eigen goede weerstand. In Duitsland denken veel mensen dat ze niet voor de griep prik in aanmerking komen en vergeet een kwart zich te laten vaccineren. Opmerkelijk is dat in Polen de kosten van vaccinatie voor een kwart van de mensen reden zijn om van vaccinatie af te zien. De onderzoekers bepleiten zoveel mogelijk praktische barrières uit de weg te ruimen voor de vaccinatiecampagnes. Ze adviseren een driestappenplan met een uitgebreide informatiecampagne, persoonlijke uitnodigingen aan mensen uit de hoog-risicogroepen om zich te laten vaccineren en speciaal in Polen, overheidsmaatregelen om de financiële lasten van vaccinatie weg te nemen.

7.5 Vraag vooral 45-plussers om orgaandonor te worden

De overheid heeft het voornemen geformuleerd om aan ongeveer 800.000 Nederlanders die niet in het donorregister zijn geregistreerd een uitnodiging te sturen om zich alsnog te laten registreren. De bevolkingsgroep in de leeftijd van 45 tot 49 jaar lijkt de meest voor de hand liggende groep om een mailing van het donatieformulier aan te richten, gevolgd door de leeftijdscategorie 50-54 jaar. Deze conclusie is gebaseerd op drie verschillende gegevens. Allereerst op gegevens over de bereidheid van mensen, die zich niet hebben geregistreerd als donor, om zich alsnog te laten registreren. Deze bereidheid is bij mensen tussen de 25 en 65 jaar ongeveer gelijk. Onder mensen boven de 65 jaar neemt deze bereidheid af. Daarnaast blijken huidige donoren vooral voort te komen uit de leeftijdscategorie 45-49 jaar, gevolgd door de categorie 50-54 jaar. Tenslotte blijkt uit cijfers van het donorregister dat in de leeftijdscategorie 45-49 jaar bijna 800.000 niet geregistreerden voorkomen. Er speelt ook nog een andere overweging: de toename van het aantal donoren zal langduriger zijn als een relatief jonge groep wordt aangeschreven, vergeleken met een oudere groep. Het effect van een mailing in de leeftijdscategorie 45-49 jaar zal

M. Kroneman, G.A. van Essen, J. Paget. Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries. Vaccine: 24, 2006, p. 622-628.

R.D. Friele, R. Coppen. Een effectieve donormailing: vooral personen tussen 45 en 49 jaar. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

*Lees ook:
R.D. Friele, R. Coppen, R.L. Marquet, J.K.M. Gevers. Explaining differences between hospitals in number of organ donors. American Journal of Transplantation: 6, 2006, nr. 3, p. 239-243.*

J. de Jong, D. Delnoij, P.P. Groenewegen. Verzekerdenmobilititeit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

J.D. de Jong, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen. Minder zorggebruik door de no-claimteruggaveregeling? www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

P. Mistiaen, A.L. Francke. De rol van zorgkantoren en netwerken bij de realisatie van palliatieve terminale zorgvoorzieningen. Utrecht: NIVEL, 2006.

een duur hebben van ongeveer 15 jaar. Na die periode zullen de geregistreerden uit deze leeftijdsgroep een leeftijd bereiken waarin minder vaak tot orgaandonatie wordt overgegaan.

7.6 Verzekerden zijn mobiel in het nieuwe stelsel: een vijfde (21%) is overgestapt

Dit blijkt uit cijfers van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Belangrijkste reden om over te stappen is een collectief aanbod, dit wordt door 57% van de overstappers genoemd. Jongeren stappen, net als in het oude stelsel, vaker over dan ouderen. Toch blijken ook veel ouderen in het nieuwe stelsel te zijn gewisseld. Momenteel is meer dan de helft (55%) van de verzekerden collectief verzekerd. Een collectieve verzekering via de werkgever komt het meeste voor; 78% van de collectief verzekerden is via de werkgever verzekerd. Mobiliteit van verzekerden is een belangrijke pijler in het nieuwe stelsel. De toekomst zal uitwijzen of verzekerden mobiel blijven en wat de invloed van collectiviteiten hierop is.

7.7 Minder zorggebruik door no-claim teruggaveregeling?

Een groot deel van de bevolking (97%) zegt dat de mogelijkheid om geld terug te krijgen van hun zorgverzekeraar (de no-claim regeling) bij hen niet heeft geleid tot minder zorggebruik. Cijfers over het feitelijke zorggebruik laten wel een daling zien in het aantal nieuwe verwijzingen door de huisarts van mensen die met de no-claim regeling te maken hebben. Het is echter de vraag of deze daling een effect is van de no-claim regeling of dat deze daling veroorzaakt wordt door schommelingen in verwijscijfers die zich altijd voordoen. Mensen verwachten vooral dat andere mensen minder vaak naar de dokter zullen gaan door de no-claim regeling. Zelf denken ze dat de no-claim regeling geen invloed op hun zorggebruik zal hebben. Ze gaan immers niet onnodig naar de dokter.....

7.8 De rol van zorgkantoren en netwerken bij de realisatie van palliatieve terminale zorgvoorzieningen (PTZ)

Zorgkantoren verschillen onderling in de mate waarin zij samenwerken met de netwerken palliatieve zorg bij de realisatie en planning van palliatieve terminale zorgvoorzieningen.

Palliatieve zorg geniet brede maatschappelijke belangstelling; het is een explosief groeiende sector. Op dit moment is er echter nog sprake van een ongelijke spreiding van PTZ-bedden over de verschillende zorgkantorregio's. Niet alleen het aantal bedden verschilt per regio. Uit het onderzoek blijkt dat de verschillende zorgkantoren hun activiteiten en de samenwerking met de netwerken op verschillende manieren organi-

seren, en dat niet objectief wordt vastgesteld of vraag en aanbod in evenwicht zijn. Ook er is geen sprake van een door alle zorgkantoren en in alle zorgregio's gedeelde visie op de realisatie en planning van palliatieve zorg, laat staan van een uitgekristalliseerd beleid. Tot praktische problemen leidt dit overigens niet. Het huidige aanbod aan PTZ-voorzieningen wordt over het algemeen als voldoende beschouwd, zowel door de vertegenwoordigers van zorgkantoren als die van netwerken. Het NIVEL beveelt aan een methode te ontwikkelen om de PTZ behoefte objectief te peilen. Het onderzoek is verricht door middel van e-mail vragenlijsten en telefonische interviews onder 25 vertegenwoordigers van zorgkantoren en van netwerken palliatieve zorg.

7.9 Bereken zelf on-line de behoefte aan eerstelijnszorg in uw wijk of gemeente

Hoeveel huisartsenzorg zou er moeten zijn in een nieuwe wijk met veel jonge gezinnen? En hoeveel in een wijk met veel allochtonen? Hoeveel fysiotherapeuten zijn nodig in een gemeente met veel ouderen? En wat is daar de verwachte behoefte aan thuiszorg? Op dit soort vragen kan iedereen met een internetaansluiting nu zelf het antwoord uitrekenen met de on-line Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM). Het doel van de VAAM is dat er bij de inrichting van de eerstelijnszorg in een wijk of regio meer rekening wordt gehouden met de vraag van patiënten/consumenten. Deze eerste versie van de VAAM (hij wordt in de komende jaren nog verfijnd en uitgebreid) is ontwikkeld door het NIVEL in opdracht van de NPCF en met subsidie van het Ministerie van VWS.

De VAAM levert beleidsondersteunende informatie, waarmee het aanbod aan eerstelijnszorg en de zorgvraag van de bevolking op lokaal niveau (per gemeente of per postcodegebied) op elkaar afgestemd kunnen worden. Eerst moeten gegevens worden ingevoerd over het aantal inwoners en de samenstelling van de bevolking (qua leeftijd, geslacht en etniciteit) van het gebied waarover men de zorgvraag wil berekenen. Zulke gegevens zijn - ook via het internet - te vinden in de gemeentelijke basisadministratie, of bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (In de VAAM-handleiding wordt uitgelegd hoe dit gedaan moet worden). De VAAM schat vervolgens hoeveel huisartsenzorg, tandartsenzorg, paramedische zorg, eerstelijnspsychologie er nodig is en hoeveel uren thuiszorg (uitgesplitst naar huishoudelijke hulp, en verpleging en verzorging) jaarlijks gevraagd worden. De geografische schaal waarvoor het instrument in eerste instantie is ontwikkeld is 10.000 tot 15.000 inwoners. Naast kwantitatieve berekeningen worden op basis van gehouden focus-groepgesprekken en literatuur ook kwalitatieve aandachtspunten voor specifieke doelgroepen aangegeven.

Lees ook:

S.D. Borgsteede, C. Graaf-land-Riedstra, L. Delliens, A.L. Francke, J.T.M. van Eijk, D.L. Willems. Good end-of-life care according to patients and their GPs. British Journal of General Practice: 56, 2006, nr. 522, p. 20-26.

W. Brouwer, H. Sixma, D. Del-noij, S. van der Meulen-Arts. Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM): versie 2006. Utrecht: NIVEL, 2006.

7.10 Een kwart van de fysiotherapie-patiënten heeft geen verwijfsbriefje meer

In de eerste twee maanden van 2006 heeft bijna een kwart van alle fysiotherapie-patiënten geen huisarts of medisch specialist meer geraadpleegd om een verwijzing te vragen naar de fysiotherapeut.

Dat zijn er meer dan op grond van eerder onderzoek werd verwacht. Fysiotherapiebezoek zonder tussenkomst van een verwijzer en dus zonder verwijfsbriefje (rechtstreekse toegang), is toegestaan sinds 1 januari 2006. Niet alle zorgverzekeraars vergoeden die rechtstreekse toegang, of zij doen dit alleen onder bepaalde omstandigheden. Bij hen verzekerde patiënten maken dan ook wat minder gebruik van deze mogelijkheid: van deze fysiotherapie-patiënten komt slechts 20.9% zonder tussenkomst van een verwijzer bij de fysiotherapeut. Andere groepen patiënten maken juist meer dan gemiddeld gebruik van de mogelijkheid voor rechtstreekse toegang. De patiënten zonder verwijfsbriefje zijn over het algemeen jonger en hoger opgeleid, ze hebben vaker rug- of nekklachten, klachten die nog niet zo lang bestaan of klachten waarvan zij reeds eerder last hebben gehad.

Hoewel patiënten dus op grote schaal gebruik maken van de mogelijkheid om op eigen houtje naar de fysiotherapeut te gaan, heeft dit vooralsnog niet geleid tot de door sommigen verwachte grote toename van het fysiotherapiebezoek. Sterker nog, het aantal fysiotherapie-bezoekers lijkt zelfs in de eerste twee maanden van 2006 iets lager te liggen dan het jaar daarvoor. Onderzoeker dr. C. Leemrijse: “Mogelijk hebben mensen een bezoek aan de fysiotherapeut uitgesteld, bijvoorbeeld omdat ze nog twijfelden over een overstap naar een nieuwe zorgverzekeraar.”

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Dit is een landelijk representatief netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken en praktijken voor oefentherapie Cesar en Mensendieck (oefentherapie C/M), waarbinnen reguliere fysiotherapeuten en oefentherapeuten C/M gegevens registreren over de zorg die zij aan hun patiënten leveren. Sinds begin 2006 registreren ook extramuraal werkzame diëtisten zorggerelateerde gegevens voor LiPZ. De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) zal de effecten van de rechtstreekse toegang tot de fysiotherapeut blijven volgen.

7.11 Collectief aanbod nodig uit tot wisselen van zorgverzekeraar

Meer dan de helft van de Nederlanders zegt niet van zorgverzekeraar te gaan veranderen: 46,1% accepteert het aanbod van zijn of haar zorgverzekeraar voor de nieuwe polis; 6,9% blijft wel, maar wil een andere dan de aangeboden polis omdat de dekking daarvan te uitgebreid is en/of de premie te hoog. 8,6% zegt al te hebben besloten om over te stappen naar een andere verzekeraar. Ruim de helft van de overstappers doet dit

*I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse,
D. de Bakker. Bijna een kwart
van de patiënten gaat recht-
streeks naar de fysiotherapeut.
www.nivel.nl: NIVEL, 2006.*

omdat zij een aantrekkelijk aanbod voor een collectieve verzekering hebben gekregen. Middelbaar en hoog opgeleide consumenten zeggen significant minder vaak dat zij al besloten hebben, dan laag opgeleiden; 38,3% van de consumenten twijfelt nog. Het percentage consumenten dat aangeeft over te zullen stappen ligt duidelijk hoger dan het percentage ziekenfondsverzekerden dat onder het oude stelsel jaarlijks van verzekeraar wisselde. Dat schommelde al jaren rond de 3%.

De consumenten die op dit moment zeggen te over te stappen naar een andere verzekeraar geven daarvoor als belangrijkste redenen op dat zij een aantrekkelijk aanbod voor een collectieve verzekering hebben gekregen (57,6% van de overstappers). Daarnaast is een veel genoemde reden dat zij de premie te hoog vinden (42,4%). Vervolgens werd door 17,8% een te beperkte dekking genoemd, 11,8% noemde ontevredenheid over de service van de eigen verzekeraar als een reden om over te willen stappen. Het verband tussen veranderen van zorgverzekeraar en collectief verzekerd zijn wat nu sterk aanwezig lijkt, bestond in het verleden niet.

7.12 Behandeling binnen eerstelijns-GGZ nog niet vanzelfsprekend

Psychische en sociale problemen worden nog niet vaker binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeld. Terwijl dit wel de inzet is van de overheid. Huisartsen en maatschappelijk werk verwijzen nog steeds veel naar de ambulante GGZ.

De vraag naar psychische en sociale hulpverlening neemt steeds meer toe, met name in de tweede lijn. Om ervoor te zorgen dat de ambulante GGZ niet dichtslibt, streeft de overheid sinds acht jaar naar versterking van de eerstelijns-GGZ. Mensen met lichtere psychische of sociale problemen moeten zoveel mogelijk binnen de eerste lijn worden behandeld. En volgens de wetenschappelijke literatuur is dit ook de voorkeur van patiënten. De ambulante GGZ – RIAGGs, poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen, zelfstandig gevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen, die gespecialiseerde zorg bieden bij zwaardere psychische problemen – kan worden ontlast als huisartsen meer verwijzen binnen de eerste lijn.

De vraag bij de huisarts naar psychische hulp is de afgelopen jaren gelijk gebleven. Huisartsen zijn niet meer naar maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen gaan verwijzen, en de tussenkomst van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de huisartspraktijk – meestal gedetacheerd vanuit de ambulante GGZ – blijft onverminderd populair.

Wel zijn de laatste jaren meer eerstelijnspsychologen geregistreerd. De capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk (AMW) nam toe en vervolgens weer af tot het oude niveau.

*D. Delnoij, E. van der Schee.
Collectief aanbod nodigt uit tot
wisselen van zorgverzekeraar.
Utrecht: NIVEL, 2006.*

M.J. Emmen, P.F.M. Verhaak. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Utrecht: NIVEL, 2006.

J. de Jong, M. Hendriks, D. Delnoij, P. Groenewegen. Massale overstap van zorgverzekeraar in 2006 lijkt eenmalig: dit jaar wisselt 5% van de bevolking. www.nivel.nl: NIVEL, 2006.

Het NIVEL vond wel regionale verschillen in capaciteit aan hulpverleners en aanbod van psychische problemen en verwijfsstromen, en stelt voor het capaciteitsbeleid aan de regionale situatie aan te passen. In het noorden en westen worden bijvoorbeeld meer cliënten doorverwezen naar de ambulante GGZ en in het zuiden meer naar de huisarts.

7.13 Massale overstap lijkt eenmalig

Naar verwachting zullen dit jaar veel minder mensen overstappen naar een andere zorgverzekeraar dan vorig jaar. Wij schatten het totale percentage overstappers in 2007 op 5%. Van de mensen tot en met 39 jaar zal naar verwachting echter 11% overstappen. Deze voorspellingen zijn gemaakt op basis van een peiling in het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Het percentage overstappers dat wordt voorspeld voor 2007 is vergelijkbaar met het percentage overstappers in het oude ziekenfondssysteem. Voor mensen tot en met 39 jaar ligt het voorspelde percentage overstappers wel hoger dan in het oude ziekenfondssysteem. Eind november had 12% van de bevolking nog geen beslissing genomen ten aanzien van het wisselen van zorgverzekeraar. Een gebrek aan informatie lijkt hieraan ten grondslag te liggen. Een collectief aanbod en de aanvullende verzekering worden als belangrijke redenen benoemd om te wisselen van zorgverzekeraar. Tevredenheid met de dekking en service zijn redenen om te blijven. Dit blijkt ook uit een peiling onder verzekerden van één van de grote zorgverzekeraars. De premie lijkt dit jaar een minder belangrijke rol te spelen bij de keuze om te wisselen van verzekeraar dan vorig jaar.

7.14 Ziek en gezond wisselen evenveel van zorgverzekeraar

Chronisch zieken en gehandicapten veranderen niet minder van zorgverzekeraar dan de algemene bevolking. Van beide groepen stapte begin 2006 ongeveer een vijfde over. Er zijn wel verschillen in het zoeken naar een geschikte zorgverzekeraar. Verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar zijn vaker jong, vrouw of hoog opgeleid, ze voelen zich gezond en wonen vaker in het oosten of westen van Nederland. De enige factor die verschil maakt voor het wisselen van zorgverzekeraar tussen de algemene bevolking, en chronisch zieken en gehandicapten is de 'ervaren' gezondheid. Chronisch zieken en gehandicapten die hun gezondheid als slecht of matig ervaren, stapten minder vaak over dan deze categorie verzekerden uit de algemene bevolking. Terwijl chronisch zieken en gehandicapten die hun gezondheid als zeer goed of uitstekend ervaren – bijvoorbeeld mensen die hun chronische ziekte goed onder controle hebben – juist vaker overstapten.

NIVEL-onderzoeker Judith de Jong: "Dat deze groep vaker overstapt, hangt wellicht

samen met de verruimde acceptatie die veel zorgverzekeraars dit jaar hanteerden.” Het bezit van hulpmiddelen lijkt een belemmering te vormen om over te stappen. Verzekerden met een hulpmiddel wisselden minder dan gemiddeld. “Hulpmiddelen kunnen eigendom zijn van een zorgverzekeraar”, verklaart De Jong. “Een verzekerde krijgt ze in bruikleen. Als hij overstapt, moet de nieuwe verzekeraar de hulpmiddelen overnemen. Het is onduidelijk of verzekerden zich hierdoor al bij voorbaat laten weerhouden of dat het werkelijk erg lastig of zelfs ondoenlijk is om over te stappen als je hulpmiddelen hebt.”

7.15 Aantal hospices groeit snel

Eind jaren negentig telde Nederland ongeveer 40 palliatieve zorgvoorzieningen, nu zijn dat er al zo'n 230: bijna zes keer zoveel. Ook de verpleeg- en verzorgingshuizen begeven zich steeds meer op de 'markt' van het huiselijk sterven. Palliatieve zorgvoorzieningen bieden terminale patiënten een huiselijke omgeving waarin ze worden verzorgd en kunnen sterven. De laatste twee jaar groeide het aantal palliatieve zorgvoorzieningen met 40 procent en er zijn er nog zo'n 40 in oprichting. Dit is opmerkelijk omdat veel zorgverleners en de overheid palliatieve zorg vooral zien als reguliere zorg die wordt verleend door bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleegkundige. In 2005 overleden ongeveer 4000 terminale patiënten in een palliatieve zorgvoorziening. Dat is ongeveer 5% van alle mensen die dat jaar overleden.

Uit ander onderzoek is bekend dat driekwart van de Nederlanders bij voorkeur thuis wil sterven. Voor terminale patiënten die niet thuis kunnen of willen sterven, zijn er verschillende voorzieningen. Ze kunnen terecht in een hospice, een 'bijna-thuis-huis' of een palliatieve unit in een verpleeg- of verzorgingshuis. Deze bieden allemaal een huiselijke omgeving, maar de organisatie van de zorg is verschillend. Zo heeft een hospice verpleegkundigen in vaste dienst, terwijl een bijna-thuis-huis werkt met vrijwilligers die worden aangestuurd door een betaalde coördinator. Huisarts en thuiszorg bezoeken de patiënten in de bijna-thuis-huizen regelmatig.

Over het algemeen hebben de verschillende palliatieve zorgvoorzieningen een kwaliteitsbeleid. De meeste werken volgens richtlijnen en hebben ook een werkplan of jaarverslag. Al zijn er mogelijk wel verschillen in de werkelijke kwaliteit van de zorg. Onderzoeker Anneke Francke: “Daar moet meer onderzoek naar worden gedaan. Hoe is de kwaliteit van zorg in de instelling waar mensen sterven? Waar krijg je de beste zorg? Het publiek moet daar informatie over kunnen vinden.”

Inzicht in die kwaliteit is ook belangrijk omdat ruim de helft (57%) van de palliatieve zorgvoorzieningen zegt te kampen met financiële problemen. Mede door de sterke groei maakt 26% zich zorgen over de concurrentie. De groei gaat ondertussen

J.D. de Jong, P.P. Groenewegen. Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel: een vergelijking van het zoek- en wisselgedrag van chronisch zieken en gehandicapten en de algemene bevolking. Utrecht: NIVEL, 2006.

P. Mistiaen, L. van Ruth, A.L. Francke. Monitor palliatieve zorg: rapport 2006 en bevindingen over drie jaar monitor. Utrecht: NIVEL, 2006.

gestaag door. Het aantal hospices en bijna-thuis-huizen blijft voorlopig nog toenemen en ook steeds meer verpleeg- en verzorgingshuizen beginnen kleine palliatieve units. “Wij zien het aantal palliatieve zorgvoorzieningen nog steeds toenemen”, constateert Francke. “Toch is er in de regio’s vrijwel nooit behoefte-onderzoek gedaan. We weten dus niet of de groei aansluit bij de behoefte.”

De paradox van het digitale informatielandschap

De primaire taak van de afdeling Bibliotheek en Documentatie is ondersteuning van het onderzoek van het NIVEL. De informatievoorziening is nauw verweven met de onderzoekslijnen van het NIVEL.

De digitalisering van informatie en de daarmee gepaard gaande toename van kennis en informatie over de gezondheidszorg heeft geleid tot de paradoxale situatie dat het steeds lastiger is om juist die kennis te vinden die men nodig heeft.

De overgang van papieren naar digitale informatie(dragers) is in een stroomversnelling geraakt. Om een antwoord te vinden op de omvang en versnippering van digitale informatie is een aantal jaren geleden het collectievormingsprofiel omgezet naar een informatievoorzieningsprofiel. De kern van dit profiel is dat de bibliotheek onderzoekers anything, anywhere en anytime informatie kan leveren ongeacht waar de informatie is opgeslagen. Stond voorheen de eigen collectie centraal, steeds meer komt de nadruk te liggen op de bibliotheek als verwijspunt naar informatie die elders is opgeslagen. Dit betekent het leveren van producten en diensten die toegang geven tot informatie relevant voor NIVEL-onderzoek, zodat onderzoekers de beschikking hebben over de meest recente inzichten en gegevens.

Informatie op maat

Het informatieplatform op het intranet vormt het centrum van de informatievoorzieningen aan de onderzoekers. Hier wordt de toegang naar interne en externe literatuur- en databestanden, fulltext tijdschriften, zoekmachines, websites en andere elektronische informatiebronnen die de gehele range van de onderzoekslijnen bestrijken goed gestructureerd aan de onderzoekers aangeboden.

Onderzoeksinformatie op maat wordt gerealiseerd in de thematische onderzoeksdoSSIERS eveneens terug te vinden op het informatieplatform. In deze onderzoeksdoSSIERS wordt de wetenschappelijke basisinformatie per onderzoeksgebied geclusterd op kennisorganisaties, op lopend en afgesloten wetenschappelijk onderzoek, de belangrijkste Nederlandstalige en buitenlandse tijdschriften, beleidsinformatie en op recent verschenen literatuur.

Voor de vulling van de onderzoeksdoossiers wordt gebruik gemaakt van de genoemde informatiebronnen op het intranet, het goed ontsloten bestand met websites en de NIVEL-catalogus. Met toepassing van software en zoekstrings wordt de meest recente informatie zoveel mogelijk automatisch gegenereerd. Nieuw toegevoegd zijn de volgende doossiers: Overheid en Beleid. In dit doossier is de toegang gerealiseerd tot portals en websites van de overheid en met name VWS. In het EU-doossier wordt de gezondheidszorgliteratuur op de verschillende beleidsterreinen van de EU toegankelijk gemaakt. Ook zijn ingangen gemaakt naar achtergrondinformatie over voor het NIVEL-onderzoek belangrijke ontwikkelingen binnen het EU-beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Er is een start gemaakt met het doossier chronisch zieken. Deze doossiers worden in toenemende mate in samenwerking met terzake deskundige onderzoekers gerealiseerd. Op deze manier kan de signalering naar andere onderzoekers verzorgd worden.

Verder is een aantal nieuwe elektronische attenderingsproducten ontwikkeld. Onderzoekers worden dagelijks via het intranet geattendeerd op ontwikkelingen op het brede terrein van de gezondheidszorg en/of nieuw verschenen publicaties in de digitale rubrieken 'Zorgnieuws' en 'Uitgelicht' op het intranet. Daarnaast zijn voor geselecteerde groepen onderzoekers verschillende nieuwsbrieven ontwikkeld: overzicht van recente beleidsinformatie; oproepen voor het indienen van onderzoeksvorstellen zowel nationaal als in EU-verband.

De NIVEL-catalogus

Binnen de informatievoorzieningen op het intranet is de NIVEL-catalogus nog steeds een belangrijke bron van informatie naar literatuur die op papier en/of elektronisch intern beschikbaar is. De catalogus geeft toegang tot publicaties met betrekking tot alle onderzoeksgebieden van het NIVEL. De opgenomen publicaties die steeds meer fulltext toegankelijk zijn, zijn naast auteur, woord uit titel/abstract ontsloten door middel van thesaurustermen en een basisclassificatie. Ook het bestand met goed ontsloten websites maakt integraal onderdeel uit van de catalogus.

Door deze ontsluitingsystematiek fungeert de catalogus ook als bronbestand voor vele producten: thematische literatuurbestanden als Kwaliteitszorg, Verpleging & Verzorging, Rampen, Sentinel, Publicat (bestand met alle NIVEL-publicaties toegankelijk via de NIVEL-site), de onderzoeksdoossiers op het intranet, elektronische attenderingsproducten voor een individuele onderzoeker of een groep onderzoekers.

De catalogus is in 2006 gegroeid met circa 2250 titels.

Toegang tot NIVEL-publicaties

Het bestand met NIVEL-publicaties is een gezamenlijke activiteit van de bibliotheek, het Kenniscentrum van het NIVEL en de afdeling projectbeheer. In dit bestand worden alle NIVEL-publicaties opgenomen. Dit bestand heeft meerdere functies. Bijhouden van het publicatietraject, genereren van de publicatie overzichten voor de wetenschappelijke en maatschappelijke jaarproductie en het toegankelijk maken van de publicaties voor de buitenwereld. De publicaties zijn voorzien van de standaard metadata als auteur, titel, abstract en verrijkt met thesaurustermen en worden zoveel mogelijk fulltext ter beschikking gesteld.

Ten behoeve van de internationale NIVEL-website zijn Engelstalige thesaurustermen ontwikkeld die het navigeren en het terugvindbaar maken van o.a. publicaties moeten optimaliseren.

Reviews en literatuuronderzoek

Ter ondersteuning van onderzoekers bij het uitvoeren van reviews en literatuuronderzoek ten behoeve van onderzoeksprojecten worden uitgebreide searches gedaan in Nederlandse en buitenlandse databases. In 2006 zijn over de volgende onderwerpen searches uitgevoerd: Health Services Research, onderdeel van een Europees project SPHERE; voorbereidende searches voor Home Care in Europe, eveneens een Europees project; Health and Culture; Pijnbestrijding bij dementie; Patiëntenrecht vanuit patiëntenperspectief; Orgaandonatie (Wetsevaluatie) en Continuïteit binnen de huisartsenzorg.

Samenwerking met andere organisaties

De bibliotheek onderhoudt en beheert in wisselende samenstelling samen met een aantal andere bibliotheken van onderzoeksinstituten op het gebied van de gezondheidszorg (Trimbos-instituut, Prismant, LEVV en CBO) twee literatuurbestanden. Het literatuurbestand Kwaliteitszorg bevatte eind 2006 11.650 titels. Het literatuurbestand *Verpleging & Verzorging* bevatte ultimo 2006 21.850 titels.

Bovengenoemde instituten werken ook samen in het project Thesaurus Gezondheidszorg (TG). In een continu proces worden de trefwoorden op elkaar afgestemd waarmee een doelmatige en uniforme toegang gecreëerd wordt tot de gezondheidszorgliteratuur. De zesde editie van de TG die in 2005 voorzien was is uiteindelijk in 2006 gepubliceerd. In de tussenliggende periode is de thesaurus verslaving en verslavingszorg van het Trimbos-instituut door middel van concordantie in de TG geïntegreerd. Deze nieuwe editie van de TG is ook elektronisch in licentie voor derden beschikbaar. De elektronische versie wordt gebruikt voor het toegankelijk maken

van bibliotheekcollecties, maar ook steeds meer in kennisdatabanken en intranettoepassingen.

Toegankelijk voor iedereen

De NIVEL bibliotheek is één van de weinige bibliotheken op het domein van de gezondheidszorg die nog voor iedereen vrij toegankelijk is. De catalogus is te raadplegen via de website van het NIVEL. Hiermee is de bibliotheekcollectie met ruim 72.000 titels van boeken, rapporten, beleidsnota's, jaarverslagen, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal direct toegankelijk voor de buitenwereld.

9.1 *Verspreiden van NIVEL kennis*

In de pers

Onderzoek van het NIVEL verschijnt met een zekere regelmaat in de pers: het aantal knipsels in 2006 (404) was vrijwel gelijk aan dat van de voorgaande jaren. Een vergelijking met andere instituten laat zien dat het NIVEL nog steeds tot de hoger scoorden behoort in www.overheid.nl, de krantenbank (nationale dagbladen) en opmaat (een website met overheidspublicaties). In 2006 is het NIVEL met één onderwerp groot en spraakmakend in de pers gekomen: de Spinozaprijs van Jozien Bensing.

Internet

Het aantal bezoekers van de NIVEL site blijft stijgen. Bezoekers blijken op de site vooral te zoeken naar resultaten van NIVEL onderzoek. Daarbij valt op dat ‘nieuws’ van voorgaande jaren in een aantal gevallen nog steeds veelvuldig wordt geraadpleegd. Kennelijk heeft dit NIVEL-onderzoek een lange halfwaardetijd. Daarnaast blijkt veel NIVEL informatie zich snel via andere websites op het internet te verspreiden: een NIVEL nieuwsbericht wordt vele malen door andere websites overgenomen. Veel van deze sites, bijvoorbeeld www.nu.nl en www.artsennet.nl, hebben een groter bereik dan de NIVEL site. Hierdoor zeggen bezoekcijfers aan de NIVEL site steeds minder over de mate waarin via internet kennis van het NIVEL wordt verspreid.

9.2 *Externe lidmaatschappen, commissies, redacties*

Prof. dr. J.M. Bensing

- Hoogleraar Gezondheids-psychologie Universiteit Utrecht
- Lid Gezondheidsraad
- Lid Raad van Toezicht Erasmus Medisch Centrum
- Lid Raad van Toezicht Erasmus Universiteit Rotterdam
- Lid Raad van Toezicht Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Lid Bestuur Utrechts Universiteitsfonds

- Lid Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO)
- Lid Raad van Toezicht Nationaal Regie-Organ Genomics
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW)
- Bestuurslid Sociaal Wetenschappelijke Raad (SWR);
- RIVM: Wetenschappelijke Advies Commissie VTV-2006
- Jurylid Dr. Hendrik Muller Prijs
- Voorzitter Bestuur Onderzoeksschool Care
- Voorzitter Programmacommissie GGZ (ZonMw)
- Lid externe evaluatiecommissie programma DoelmatigheidsOnderzoek (ZonMw)
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH (European Association for Communication in Healthcare)
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH-conferentie Basel
- Jurylid George Engel Research Award (American Academy Physician and Patient)
- Jurylid CaRe dissertation Award
- Lid redactieraad 'International Journal of Psychiatry in Medicine'
- Lid adviesraad 'Patient Education and Counseling'

Prof. dr. J. van der Zee

- Bijzonder Hoogleraar Universiteit Maastricht: Faculteit gezondheidswetenschappen, leerstoel onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg
- Directie Onderzoeksschool CaRe: programma onderzoek kwaliteit en organisatie van de gezondheidszorg
- Redactieraad Journal of Health Services Research & Policy
- Jeltje de Bosch Kemper Stichting, lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrink prijs
- KNGF; lid commissie onderzoeksbegeleiding
- Redactieraad Italian Journal of Public Health
- Lid federatieraad Nederlands Public Health Federatie (NPHF)
- Lid bestuur Stichting Praktijkvoering Huisartsen (SPH)

Dr. D.H. de Bakker

- Lid CBS-Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken
- Lid International Editorial Board Health & Place
- Lid opvolgingscomité Resoprim, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, afdeling Epidemiologie te Brussel
- Lid Wetenschappelijke Advies Commissie VTV-2006, RIVM
- Lid Klankbordgroep Zorgbalans, RIVM

- Voorzitter begeleidingscie onderzoek penitentiair ziekenhuis (WODC)
- Lid expertgroep onderzoek 'Naar een passend pakket' (RAND iov CVZ)
- Lid werkgroep APG Model, Agis

Dr. 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)

Dr. D.M.J. Delnoij

- Lid dagelijks bestuur Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie (IWZ)
- EUPHA
 - . Voorzitter sectie Health Services Research
 - . Lid Executive Council
 - . Lid Scientific Committee
- Lid ZonMw regiegroep Consumenteninformatie
- Lid Wetenschappelijke Advies Groep Stichting Miletus

Dr. W.L.J.M. Devillé

- Lid werkgroep 'Allochtonen en Kanker' van de Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding
- Lid redactie Medische Antropologie
- Lid ZonMw kwaliteitscommissie Allochtonen in de Gezondheidszorg
- Voorzitter EUPHA Sectie Migrant Health

Dr. G. A. Donker

- Nederlands Huisarts Genootschap:
 - . Lid werkgroep vrouw en huisartsgeneeskunde
 - . Lid standaardautorisatiescommissie

Dr. ir. C.E.M.J. van Dijk

- Bestuurslid 'Volksgezondheid en wetenschap'
- Themacoördinatie Gezondheid voor de Dag van de Sociologie
- Lid VWS klankbordgroep Programma Farmacoketenontwikkeling

Dr. A.M. van Dulmen

- Bestuurslid EACH (European Association for Communication in Healthcare)

- Lid redactie Patient Education & Counseling
- Lid ZonMw commissie Complementaire behandelwijzen
- Jurylid ASW Meesterprijs

Dr. A.L. Francke

- Docent zorgkunde, Medisch-Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel
- Lid Honor Society of Nursing, Utrecht
- Jeltje de Bosch Kemper Stichting, lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrink prijs
- Lid werkgroep ZonMw onderzoeksprogramma Verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen
- Lid van de redactieraad van Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift

Dr. ir. R.D. Friele

- Lid redactieadviesraad tijdschrift Klachtenmanagement
- Voorzitter begeleidingscommissie procesevaluatie doorverwijzing politie naar Slachtofferhulp, WODC - Lid voorbereidingscommissie congres Kennis beter delen 4

Prof. dr. P.P. Groenewegen

- Hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg', Universiteit Utrecht
- ZON MW:
 - . Lid commissie Toponderzoek
 - . Lid subcommissie Implementatie van het programma Doelmatigheid
- Lid referentencollege NWO-MaGW
- Lid initiatiefgroep European Forum for Primary Care
- Redactielid BMC Health Services Research

Dr. C.J.J.M. IJzermans

- Lid wetenschappelijke advies Commissie Nieuwjaarsbrand Volendam
- Lid expertgroep Gezondheidsonderzoek na rampen, CGOR, RIVM
- Lid commissie 'Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen' CGOR, RIVM

Prof. dr. F.G. Schellevis

- Hoogleraar Multimorbiditeit in de huisartspraktijk afdeling Huisartsgeneeskunde/ EMGO Instituut VUmc Amsterdam
- Lid Coreon (Commissie Regelgeving en Onderzoek van de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen)

- Lid commissie Gezondheidsraad Comorbiditeit bij ouderen
- Lid Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde-Research
- Lid redactiecommissie Huisarts & Wetenschap
- Lid wetenschappelijke adviesraad 'Revue Pratiques et Organisation des Soins
- Lid Conseil Scientifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Dr. P.M. Rijken

- Lid European Society of Health Psychology

Dr. H.J.M. Sixma

- Lid Wetenschappelijke Advies Groep Stichting Miletus

Dr. P.F.M. Verhaak

- Lid Editorial Board Patient Education and Counseling

Dr. R.A. Verheij

- Secretaris stuurgroep Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)
- Lid begeleidingscommissie Monitor Seksuele en Reproductieve Gezondheid (Rutgers NISSO groep)
- Lid werkgroep Cijfers van de Nierstichting
- Lid Gezondheidsraad adviesgroep Stiltegebieden
- Lid voorbereidingscommissie internationaal congres Urban Health

Dr. C. Veenhof

- Lid werkveldcommissie Fysiotherapiewetenschap Academie Gezondheidszorg, Universiteit Utrecht
- Lid landelijke werkgroep Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen (SWORA)
- Lid werkgroep Interdisciplinaire Zorg Reumatische aandoeningen (WIZR)
- Lid redactie Jaarboek fysiotherapie/kinesithérapie
- Lid van Platform Monitoren Sportblessures

Dr. C. Wagner

- Lid jury "Beste kwaliteitsonderzoek in de gezondheidszorg", Raad voor de Accreditatie, 2006
- Lid kernteam Platform Patientveiligheid, 2006



10.1 Internationale artikelen

- A.M. Aalto, A.R. Aro, J. Weinman, M. Heijmans, K. Manderbacka, M. Elovainio. Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease: one year follow-up study. *Quality of Life Research*: 15, 2006, nr. 8, p. 1307-1322.
- T. Albreht, D.M.J. Delnoij, N. Klazinga. Changes in primary health care centres over the transition period in Slovenia. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 3, p. 238-243.
- A. Avendano, H.C. Boshuizen, F.G. Schellevis, J.P. Mackenbach, F.J. van Lenthe, G.A.M. van den Bos. Disparities in stroke preventive care in general practice did not explain socioeconomic disparities in stroke. *Journal of Clinical Epidemiology*: 59, 2006, nr. 12, p. 1285-1294.
- F.C. Bakker, T.G.M. Sandfort, I. Vanwesenbeeck, H. van Lindert, G.P. Westert. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: findings from a Dutch population survey. *Social Science & Medicine*: 63, 2006, nr. 8, p. 2022-2030.
- J.M. Bensing, P.F.M. Verhaak. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet*: 367, 2006, nr. 9509, p. 452-454.
- J.M. Bensing, F. Tromp, A.M. van Dulmen, A. van den Brink-Muinen, W. Verheul. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 62
- M.J. van den Berg, M. Cardol, F.J.M. Bongers, D.H. de Bakker. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 58
- J.E.A.M. van Bergen, J.J. Kerssens, F.G. Schellevis, T.G. Sandfort, T.J. Coenen, P.J. Bindels. Prevalence of STI related consultations in general practice: results from the second Dutch National Survey of General Practice. *British Journal of General Practice*: 56, 2006, nr. 523, p. 104-109.
- C. Bode, D.T.D. de Ridder, J.M. Bensing. Preparing for aging: development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on practice coping theory. *Patient Education and Counseling*: 61, 2006, nr. 2, p. 272-278.
- F.J.M. Bongers, F.G. Schellevis, C. Bakx, W.J.H.M. van den Bosch, J. van der Zee. Treatment of heart failure in Dutch general practice. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 40
- S.D. Borgsteede, L. Deliens, A. Francke, W.A.B. Stalman, D.L. Willems, J.T.M. van Eijk, G. van der Wal. Defining the patients population: one of the problems for palliative care research. *Palliative Medicine*: 20, 2006, nr. 1, p. 63-68.
- S.D. Borgsteede, C. Graafland-Riedstra, L. Deliens, A.L. Francke, J.T.M. van Eijk, D.L. Willems. Good end-of-life care according to patients and their GPs. *British Journal of General Practice*: 56, 2006, nr. 522, p. 20-26.
- H.A. Borquez, T.A. Wieggers. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*: 22, 2006, nr. 4, p. 339-347.

- W.E. van den Brandhof, A.I.M. Bartelds, M.P.G. Koopmans, Y.T.H.P. van Duynhoven. General practitioner practices in requesting laboratory tests for patients with gastroenteritis in the Netherlands, 2001- 2002. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 56
- A. van den Brink-Muinen, A.M. van Dulmen, H.C.J.M. de Haes, A.P. Visser, F.G. Schellevis, J.M. Bensing. Has patients' involvement in the decision-making process changed over time? *Health Expectations*: 9, 2006, nr. 4, p. 333-342.
- E.P.M. Brouwers, B. Terluin, B.G. Tiemens, P.F.M. Verhaak. Patients with minor mental disorders leading to sickness absence: a feasibility study for social workers' participation in a treatment programme. *British Journal of Social Work*: 36, 2006, nr. 1, p. 127-138.
- E.P.M. Brouwers, B.G. Tiemens, B. Terluin, P.F.M. Verhaak. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry*: 28, 2006, nr. 3, p. 223-229.
- H. Calsbeek, M. Rijken, M.J.T.M. Bekkers, J. Dekker, G.P. van Berge Henegouwen. School and leisure activities in adolescents and young adults with chronic digestive disorders: impact of burden of disease. *International Journal of Behavioral Medicine*: 13, 2006, nr. 2, p. 121-130.
- H. Calsbeek, M. Rijken, J. Dekker, G.P. van Berge Henegouwen. Disease characteristics as determinants of the labour market position of adolescents and young adults with chronic digestive disorders. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*: 18, 2006, nr. 2, p. 203-209.
- M. Cardol, P.P. Groenewegen, P. Spreeuwenberg, L. van Dijk, W.J.H.M. van den Bosch, D.H. de Bakker. Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialisation and selection. *Social Science & Medicine*: 63, 2006, nr. 4, p. 920-932.
- M. Cardol, W.J.H.M. van den Bosch, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen, L. van Dijk, D.H. de Bakker. All in the family: headaches and abdominal pain as indicators for consultation patterns in families. *Annals of Internal Medicine*: 4, 2006, nr. 6, p. 506-511.
- V.M.H. Coupé, C. Veenhof, M.W. van Tulder, J. Dekker, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende. The cost-effectiveness of a behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip and/or knee. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 66, 2006, nr. 2, p. 215-221.
- J.G.M. Deckers, J. Paget, F. Schellevis, D.M. Fleming. European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Family Practice*: 23, 2006, nr. 2, p. 151-158.
- J.G.M. Deckers, F.G. Schellevis, D.M. Fleming. WHO diagnostic criteria as a validation tool for the diagnosis of diabetes mellitus: a study in five European countries. *European Journal of General Practice*: 12, 2006, nr. 3, p. 108-113.
- D.M.J. Delnoij, G. ten Asbroek, O. Arah, J. de Koning, P. Stam, A. Poll, B. Vriens, P. Schmidt, N.S. Klazinga. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 6, p. 652-659.
- G.M. van Dijk, J. Dekker, C. Veenhof, C.H.M. van den Ende. CARPA STUDY GROUP. The course of functional status and pain in osteoarthritis of hip and knee: a systematic review of the literature. *Arthritis and Rheumatism*: 55, 2006, nr. 5, p. 779-785.
- L. van Dijk, H.B. Otters, A.J. Schuit. Moderately overweight and obese patients in general practice: a population based survey. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 43
- H.C. Dijkerman, M.C. Smit. Interference of grasping

- observation during prehension, a behavioural study. *Experimental Brain Research*: 2006, nr. 8
- A.J.E. Dirkzwager, J.J. Kerssens, C.J. IJzermans. Health problems in children and adolescents before and after a man-made disaster. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*: 45, 2006, nr. 1, p. 94-103.
 - A.J.E. Dirkzwager, L. Grievink, P.G. van der Velden, C.J. IJzermans. Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. *British Journal of Psychiatry*: 189, 2006, p. 144-149.
 - M. Donkervoort, J. Dekker, B. Deelman. The course of apraxia and ADL functioning in left hemisphere stroke patients treated in rehabilitation centres and nursing homes. *Clinical Rehabilitation*: 20, 2006, nr. 12, p. 1085-1893.
 - T. Dorn, C.J. IJzermans, J.J. Kerssens, P.M.M. Spreeuwenberg, J. van der Zee. Disaster and subsequent health care utilization: a longitudinal study among victims, their family members, and control subjects. *Medical Care*: 44, 2006, nr. 6, p. 581-589.
 - A. Drogendijk, A.J.E. Dirkzwager, L. Grievink, P.G. van der Velden, F. Marcelissen, R.J. Kleber. The correspondance between persistent self-reported posttraumatic problems and general practitioners' reports after a major disaster. *Psychological Medicine*: 26, 2006
 - H.J. van Duijn, M.M. Kuyvenhoven, F.G. Schellevis, T.J.M. Verheij. Views on respiratory tract symptoms and antibiotics of Dutch general practitioners, practice staff and patients. *Patient Education and Counseling*: 61, 2006, nr. 3, p. 342-347.
 - S. van Dulmen, A. Finset, W. Langewitz, C. Zimmermann, M. Peltenburg, A. Visser, J. Bensing. Five years of EACH (European Association for Communication in Healthcare). *Patient Education and Counseling*: 62, 2006, nr. 3, p. 379-384.
 - M.J. Emmen, E. Peters, L.D. Elving, S.J.H. Bredie, H. Wollersheim, G. Bleijenberg, G.M. Schippers. A brief behavioral feedback intervention in hospital outpatients with a high cardiovascular risk. *Patient Education and Counseling*: 60, 2006, nr. 1, p. 32-40.
 - C.H.M. van den Ende, E.M.J. Steultjens, L.M. Bouter, J. Dekker. Clinical heterogeneity was a common problem in Cochrane reviews of physiotherapy and occupational therapy. *Journal of Clinical Epidemiology*: 59, 2006, nr. 9, p. 914-919.
 - M. Fischer, A. Visser, B. Voerman, B. Garssen, G. van Andel, J. Bensing. Treatment decision making in prostate cancer: patients' participation in complex decisions. *Patient Education and Counseling*: 63, 2006, nr. 3, p. 308-313.
 - S.R. Florentinus, R. van Hulst, M. Kramer, L. van Dijk, E.R. Heerdink, H.G.M. Leufkens, P.P. Groenewegen. Which pharmacists contribute to high-level pharmacotherapy audit meetings with general practitioners? *Annals of Pharmacotherapy*: 40, 2006, nr. 9, p. 1640-1646.
 - S.R. Florentinus, P.C. Souverein, F.A.M.G. Griens, P.P. Groenewegen, H.G.M. Leufkens, E.R. Heerdink. Linking community pharmacy dispensing data to prescribing data of general practitioners. *BMC Medical Informatics and Decision Making*: 3, 2006, nr. 6
 - R.D. Friele, R. Coppens, R.L. Marquet, J.K.M. Gevers. Explaining differences between hospitals in number of organ donors. *American Journal of Transplantation*: 6, 2006, nr. 3, p. 239-243.
 - R.D. Friele, E.M. Sluijs. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 106
 - A.A.M. Gerritsen, I. Bramsen, W. Devillé, L.H.M. van Willigen, J.E. Hovens, H.M. van der Ploeg. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 4, p. 394-399.

- A.A.M. Gerritsen, I. Bramsen, W. Devillé, L.H.M. van Willigen, J.E. Hovens, H.M. van der Ploeg. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 41, 2006, nr. 1, p. 18-26.
- C. Geusgens, C. van Heugten, M. Donkervoort, E. van den Ende, J. Jolles, W. van den Heuvel. Transfer of training effects in stroke patients with apraxia: an exploratory study. *Neuropsychological Rehabilitation*: 16, 2006, nr. 2, p. 213-229.
- L. Grievink, P.G. van der Velden, C.J. IJzermans, J. Roorda, R.K. Stellato. The importance of estimating selection bias on prevalence estimates, shortly after a disaster. *Annals of Epidemiology*: 16, 2006, nr. 10, p. 788.
- J.J. Groenendijk, I.C.S. Swinkels, D. de Bakker, J. Dekker, C.H.M. van den Ende. Physical therapy management of low back pain has changed. *Health Policy*: 2006.
- P.P. Groenewegen, A.E. van den Berg, S. de Vries, R.A. Verheij. Vitamin G: effects of green space on health, well-being, and social safety. *BMC Public Health*: 6, 2006, nr. 149.
- P.P. Groenewegen. Trust and the sociology of the professions. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 1, p. 3-4.
- E. Hak, M.M. Rovers, M.M. Kuyvenhoven, F.G. Schellevis, T.J.M. Verheij. Incidences of GP diagnosed respiratory tract infections according to age, gender and high-risk co-morbidity: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Family Practice*: 23, 2006, nr. 3, p. 291-294.
- H. Hofhuis, C.H.M. van den Ende, D. de Bakker. Effects of visitation among allied health professionals. *International Journal for Quality in Health Care*: 18, 2006, nr. 6, p. 397-402.
- J.L. Hoving, H.C.W. de Vet, B.W. Koes, H. van Mameren, W.L.J.M. Devillé, D.A.W.M. van der Windt, W.J.J. Assendelft, J.J.M. Pool, R.J.P.M. Scholten, I.B.C. Korthals-de Bos, L.M. Bouter. Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: long-term results from a pragmatic randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*: 22, 2006, nr. 4, p. 370-377.
- B.M. Janssen, T.A. Wiegens. Strengths and weaknesses of midwifery care from the perspective of women. *Evidence Based Midwifery*: 4, 2006, nr. 2, p.53-59.
- J. de Jong, P. Heiligers, P.P. Groenewegen, L. Hingstman. Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy*: 78, 2006, p. 235-248.
- J.D. de Jong, G.P. Westert, R. Lagoe, P.P. Groenewegen. Variation in hospital length of stay: do physicians adapt their length of stay decisions to what is usual in the hospital where they work? *Health Services Research*: 41, 2006, nr. 2, p. 374-394.
- J.D. de Jong, P. Heiligers, P.P. Groenewegen, L. Hingstman. Part-time and full-time medical specialists, are there differences in allocation of time? *BMC Health Services Research*: 3, 2006, nr. 6
- S. Koning, R.S.A. Mohammedamin, J.C. van der Wouden, L.W.A. van Suijlekom-Smit, F.G. Schellevis, S. Thomas. Impetigo: incidence and treatment in Dutch general practice in 1987 and 2001: results from two national surveys. *British Journal of Dermatology*: 154, 2006, p. 239-243.
- M. Kroneman, G.A. van Essen, J. Paget. Influenza vaccination coverage and reasons to refrain among high-risk persons in four European countries. *Vaccine*: 24, 2006, p. 622-628.
- M.W. Kroneman, H. Maarse, J. van der Zee. Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*: 76, 2006, nr. 1, p. 72-79.

- M. Kuyvenhoven, G. van Essen, F. Schellevis, T. Verheij. Management of upper respiratory tract infections in Dutch general practice: antibiotic prescribing rates and incidences in 1987 and 2001. *Family Practice*: 23, 2006, nr. 2, p. 175-179.
- W.Y. Kwok, M.C.E. de Kwaadsteniet, M. Harmsen, L.W.A. van Suijlekom-Smit, F.G. Schellevis, J.C. van der Wouden. Incidence rates and management of urinary tract infections among children in Dutch general practice: results from a nation-wide registration study. *BMC Pediatrics*: 6, 2006, nr. 10.
- C.J. Leemrijse, G.M. Plas, H. Hofhuis, C.H.M. van den Ende. Compliance with the guidelines for acute ankle sprain for physiotherapists is moderate in the Netherlands: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*: 52, 2006, nr. 4, p. 293-298.
- M. Lugtenberg, P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman. Internal medicine specialists' attitudes towards working part-time: a comparison between 1996 and 2004. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 126.
- J. Maas, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen, S. de Vries, P. Spreeuwenberg. Green space, urbanity and health: how strong is the relation? *Journal of Epidemiology & Community Health*: 60, 2006, nr. 7, p. 587-592.
- R.L. Marquet, A.I.M. Bartelds, S.P. van Noort, C.E. Koppeschaar, J. Paget, F.G. Schellevis, J. van der Zee. Internet-based monitoring of influenza-like illness (ILI) in the general population of the Netherlands during the 2003-2004 influenza season. *BMC Public Health*: 6, 2006, nr. 242.
- T.J. Meerhoff, D. Fleming, A. Smith, A. Mosnier, A.B. van Gageldonk-Lafeber, W.J. Paget. EISS RSV TASK GROUP. Surveillance recommendations based on an exploratory analysis of respiratory syncytial virus reports derived from the European Influenza Surveillance System. *BMC Infectious Diseases*: 6, 2006, nr. 128.
- A. Meijer, C. Brown, O. Hungnes, B. Schweiger, M. Valette, S. van der Werf, M. Zambon. Programme of the community network of reference laboratories for human influenza to improve influenza surveillance in Europe. *Vaccine*: 24, 2006, nr. 44-46, p. 6717-6723.
- A. Meijer, W.J. Paget, T.J. Meerhoff, C.S. Brown, L.E. Meuwissen, J. van der Velden. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe, during the 2004-2005 winter. *EuroSurveillance Quarterly*: 11, 2006, nr. 4-6, p. 111-118.
- A. Meijer. Importance of rapid testing to combat the global threat of bird flu. *Expert Review of Molecular Diagnostics*: 6, 2006, nr. 1, p. 1-4.
- A. Meijer, T.J. Meerhoff, L.E. Meuwissen, J. van der Velden, W.J. Paget. Very little influenza activity in Europe up until the end of 2005. *Eurosurveillance Weekly*: 11, 2006, nr. 1.
- A. Meijer. Two fatal human infections with avian influenza H5, Turkey, January 2006. *Eurosurveillance Weekly*: 11, 2006, nr. 1.
- A. Meijer, J.M. Falcão, J.C. de Jong, J. Kyncl, T.J. Meerhoff, L.E. Meuwissen, A. Nicoll, J. van der Velden, W.J. Paget. Clinical influenza activity in Europe is still low, with influenza B virus being dominant: an update from EISS. *Eurosurveillance Weekly*: 11, 2006, nr. 2.
- L.E. Meuwissen, A.C. Gorter, A.D.M. Kester, J.A. Knottnerus. Does a competitive voucher program for adolescents improve the quality of reproductive health care? A simulated patient study in Nicaragua. *BMC Public Health*: 6, 2006, nr. 204.
- S.G.M. Meuwissen, A.C. Gorter, J.A. Knottnerus. Perceived quality of reproductive care for girls in a competitive voucher programme. A quasi-experimental intervention study, Managua, Nicaragua. *International Journal for Quality in Health Care*: 18, 2006, nr. 1, p. 35-42.
- P. Mistiaen, E. Poot. Telephone follow-up initiated by

a hospital-based health professional for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews: 2006, nr. 4.

- R.S.A. Mohammedamin, J.C. van der Wouden, S. Koning, S.P. Willemsen, R.M.C. Bernsen, F.G. Schellevis, L.W.A. van Suijlekom-Smit, B.W. Koes. Association between skin diseases and severe bacterial infections in children: case-control study. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 52.
- R.S.A. Mohammedamin, J.C. van der Wouden, S. Koning, M.W. van der Linden, F.G. Schellevis, L. van Suijlekom-Smit, B.W. Koes. Increasing incidence of skin disorders in children? A comparison between 1987 and 2001. *BMC Dermatology*: 6, 2006, nr. 4.
- A.D. Mohangoo, M.W. van der Linden, F.G. Schellevis, H. Raat. Prevalence estimates of asthma or COPD from a health interview survey and from general practitioner registration: what's the difference. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 1, p. 101-105.
- J. Nuyen, P.M. Spreeuwenberg, A.T.F. Beekman, P.P. Groenewegen, G.A.M. van den Bos, F.G. Schellevis. Cerebrovascular risk factors and subsequent depression in older general practice patients. *Journal of Affective Disorders*: 99, 2006, nr. 1-3, p. 73-81.
- J. Nuyen, F.G. Schellevis, W.A. Satariano, P.M. Spreeuwenberg, M.D. Birkner, G.A.M. van den Bos, P.P. Groenewegen. Comorbidity was associated with neurologic and psychiatric diseases: a general practice-based controlled study. *Journal of Clinical Epidemiology*: 59, 2006, nr. 12, p. 1274-1284.
- S. Nys, T. van Merode, A.I.M. Bartelds, E.E. Stobberingh. Antibiotic treatment and resistance of unselected uropathogens in the elderly. *International Journal of Antimicrobial Agents*: 27, 2006, nr. 3.
- S. Nys, T. van Merode, A.I.M. Bartelds, E.E. Stobberingh. Urinary tract infections in general practice

patients: diagnostic tests versus bacteriological culture. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*: 57, 2006, nr. 5, p. 955-958.

- C. Ouwehand, D.T.D. de Ridder, J.M. Bensing. Situational aspects are more important in shaping proactive coping behaviour than individual characteristics: a vignette study among adults preparing for ageing. *Psychology and Health*: 21, 2006, nr. 6, p. 809-825.
- W.J. Paget. Europe's preparedness for an influenza pandemic: commentary. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 2, p. 121.
- W.J. Paget, A. Meijer, J.M. Falcão, J.C. de Jong, J. Kyncl, T.J. Meerhoff, L.E. Meuwissen, A. Nicoll, J. van der Velden. Seasonal influenza activity for 2005-2006 season seems to be ending in most European countries. *Eurosurveillance Weekly*: 11, 2006, nr. 4.
- A. Pieterse, S. van Dulmen. Counselees' needs and their reflection in cancer genetic counselling: summary of the thesis written by Arwen Pieterse and successfully defended by her on 16 November 2005. *Patient Education and Counseling*: 61, 2006, nr. 1, p. 165-166.
- A.H. Pieterse, S. van Dulmen, S. van Dijk, J.M. Bensing, M.G. Ausems. Risk communication in completed series of breast cancer genetic counseling visits. *Genetics in Medicine*: 8, 2006, nr. 11, p. 688-696.
- A.H. Pieterse, A.M. van Dulmen, F.A. Beemer, M.G.E.M. Ausems, J.M. Bensing. Tailoring communication in cancer genetic counselling through individual video-supported feedback: a controlled pretest-posttest design. *Patient Education and Counseling*: 60, 2006, nr. 3, p. 326-335.
- T. Plochg, D.M.J. Delnoij, W.V.G. Hogervorst, P. van Dijk, S. Belleman, N.S. Klazinga. Local health systems in 21st century: who cares? An exploratory study on health system governance in Amsterdam. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 5, p. 559-567.
- T. Plochg, D.M.J. Delnoij, N.S. Klazinga. Linking up

- with the community: a fertile strategy of a university hospital? *International Journal of Integrated Care*: 6, 2006, nr. 2, p. lit. opgn.
- T. Plochg, D.M.J. Delnoij, N.P.C. Hoogedoorn, N.S. Klazinga. Collaborating while competing? The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 37.
 - T.G.M. Sandfort, F. Bakker, F.G. Schellevis, I. Vanwesenbeeck. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *American Journal Public Health*: 96, 2006, nr. 6, p. 1119-1125.
 - E. van der Schee, P.P. Groenewegen, R.D. Friele. Public trust in health care in the Netherlands: a performance indicator? *Journal of Health Organization and Management*: 20, 2006, nr. 5, p. 468-476.
 - E.M.A. Smets, A.H. Pieterse, C.M. Aalfs, M.G.E.M. Ausems, A.M. van Dulmen. The Perceived Personal Control (PPC) questionnaire as an outcome of genetic counseling: reliability and validity of the instrument. *American Journal of Medical Genetics: Part A*: 140, 2006, nr. 8, p. 843-850.
 - M. Smits, B. van den Borne, A.J. Dijker, R.M. Ryckman. Increasing Dutch adolescents' willingness to register their organ donation preference: the effectiveness of an education programme delivered by kidney transplantation patients. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 1, p. 106-110.
 - R.J.H. Soeteman, C.J. Yzermans, J.J. Kerssens, A.J.E. Dirkzwager, G.A. Donker, W.J.H.M. van den Bosch, J. van der Zee. The course of post-disaster health problems of victims with pre-disaster psychological problems as presented in general practice. *Family Practice*: 23, 2006, nr. 3, p. 378-384.
 - G.E. van Son, D. van Hoeken, A.I.M. Bartelds, E.F. van Furth, H.W. Hoek. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*: 39, 2006, nr. 7, p. 565-569.
 - G.E. van Son, D. van Hoeken, A.I.M. Bartelds, E.F. van Furth, H.W. Hoek. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*: 189, 2006, nr. 12, p. 562-563.
 - M.J. Sorbi, M.L. Peters, D.A. Kruise, C.J.M. Maas, J.J. Kerssens, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing. Electronic momentary assessment in chronic pain (I): pain and psychological pain responses as predictors of pain disability. *Clinical Journal of Pain*: 22, 2006, nr. 1, p. 55-66.
 - M.J. Sorbi, M.L. Peters, D.A. Kruise, C.J.M. Maas, J.J. Kerssens, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing. Electronic momentary assessment in chronic pain (II): pain and psychological pain responses as predictors of pain disability. *Clinical Journal of Pain*: 22, 2006, nr. 1, p. 67-81.
 - J.N. Struijs, C.A. Baan, F.G. Schellevis, G.P. Westert, G.A.M. van den Bos. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: impact on medical health care utilization. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 84.
 - M.A.J.B. Tacken, J.C.C. Braspenning, R.P.M.G. Hermens, P.M.M. Spreeuwenberg, H.J.M. van den Hoogen, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, R.P.T.M. Grol. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 7, p. 1-8.
 - H. Tähepöld, A. van den Brink-Muinen, H.I. Maaros. Patient expectations from consultation with family physician. *Croatian Medicine Journal*: 47, 2006, nr. 1, p. 148-154.
 - B.J. Thoolen, D.T. de Ridder, J.M. Bensing, K.J. Gorter, G.E. Rutten. Psychological outcomes of patients with screen-detected type 2 diabetes: the influence of time since diagnosis and treatment intensity. *Diabetes Care*: 29, 2006, nr. 10, p. 2257-2262.

- E. Uiters, L. van Dijk, W. Devillé, M. Foets, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen. Ethnic minorities and prescription medication: concordance between self-reports and medical records. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 115.
- E. Uiters, W.L.J.M. Devillé, M. Foets, P.P. Groenewegen. Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differs? *European Journal of Public Health*: 16, 2006, nr. 4, p. 388-393.
- C. Veenhof, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende, G.M. van Dijk, M.F. Pisters, J. Dekker. Psychometric evaluation of osteoarthritis questionnaires: a systematic review of the literature. *Arthritis Care and Research*: 55, 2006, nr. 3, p. 480-492.
- C. Veenhof, A.J.A. Köke, J. Dekker, R.A. Oostendorp, J.W.J. Bijlsma, M.W. van Tulder, C.H.M. van den Ende. Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip and/or knee: a randomized clinical trial. *Arthritis Care and Research*: 55, 2006, nr. 6, p. 925-934.
- C. Veenhof, T.J. van Hasselt, A.J.A. Köke, J. Dekker, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende. Active involvement and long-term goals influence longterm adherence to behavioural graded activity in patients with osteoarthritis: a qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*: 52, 2006, nr. 4, p. 273-278.
- P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis, J. Nuijen, A. Volkers. Patients with a psychiatric disorder in general practice: determinants of general practitioners' psychological diagnosis. *General Hospital Psychiatry*: 28, 2006, nr. 2, p. 125-132.
- P.F.M. Verhaak, S.A. Meijer, A.P. Visser, G. Wolters. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*: 23, 2006, nr. 4, p. 414-420.
- B. Voerman, M. Fischer, A. Visser, B. Garssen, G. van Anandel, J. Bensing. Features of members of a prostate cancer patients' association. *Journal of Men's Health and Gender*: 3, 2006, nr. 4, p. 379-389.
- B. Voerman, M. Fischer, A. Visser, B. Garssen, G. van Anandel, J. Bensing. Health-related quality of life in Dutch men with prostate cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*: 24, 2006, nr. 2, p. 49-64.
- C. Wagner, L. Gulácsi, E. Takacs, M. Outinen. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Services Research*: 6, 2006, nr. 1
- C. Wagner, K. Klein Ikkink, G. van der Wal, P. Spreeuwenberg, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen. Quality management systems and clinical outcomes in Dutch nursing homes. *Health Policy*: 75, 2006, nr. 2, p. 230-240.
- C. van Weel, F.G. Schellevis. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*: 367, 2006, nr. 9510, p. 550-551.
- J.C.M. van Weert, B.M. Janssen, A.M. van Dulmen, P.M.M. Spreeuwenberg, J.M. Bensing, M.W. Ribbe. Nursing assistants' behavior during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hours dementia care. *Journal of Advanced Nursing*: 53, 2006, nr. 6, p. 656-668.
- T.A. Wieggers. Adjusting to motherhood maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*: 12, 2006, nr. 5, p. 163-171.
- E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, D.H. de Bakker, K. van der Meer, J.M. Bensing. Does the attention general practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC Family Practice*: 7, 2006, nr. 71.
- M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J. van der Ende, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Change in children's emotional and behavioural problems over a one-year period.

European Child and Adolescent Psychiatry: 15, 2006, nr. 3, p. 127-131.

10.2 *Internationale boeken en boekbijdragen*

- M. van den Berg, E. Kolthof, D. de Bakker, J. van der Zee. The workload of general practitioners in the Netherlands: 1987 and 2001. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 147-154.
- M. van den Berg, E. Kolthof, D. de Bakker, J. van der Zee. Professionalisation of the practice assistant enables task delegation: 1987-2001. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 163-169.
- A. de Boer, M. de Klerk, M. Cardol, G. Westert. Social networks and receiving informal care. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 135-143.
- W.G.W. Boerma, C.A. Dubois. Mapping primary care across Europe. In: R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 22-49.
- W.G.W. Boerma, A. Rico. Changing conditions for structural change in primary care. In: R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary car in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 50-67.
- W.G.W. Boerma. Coordination and integration in European primary care. In: R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 3-21.
- J. Braspenning, F. Schellevis, R. Grol. Assessment of primary care by clinical quality indicators. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 195-204.
- A. van den Brink-Muinen, S. van Dulmen, J. Bensing. Have gender preference and communication patterns changed? In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 177-186.
- M. Calnan, J. Hutten, H. Tiljak. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 85-104.
- M. Cardol, D. de Bakker, G. Westert. The activities of general practitioners: are they still gatekeepers? In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 108-114.
- W. Devillé, E. Uiters, G. Westert, P. Groenewegen. Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 85-96.
- L. van Dijk. Prescription in Dutch general practice. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 115-124.
- M. Droomers, H. van Lindert, G. Westert. A matter of disparities: risk groups for unhealthy lifestyle and poor

- health. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 57-66.
- S. van Dulmen, J. Bensing. Communication in general practice. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 170-176.
 - D. Fleming, F. Schellevis, M. van der Linden, G. Westert. A comparison of disease prevalence in general practice in the Netherlands and in England & Wales. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 45-56.
 - S. Gress, D.M.J. Delnoij, P.P. Groenewegen. Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. In: R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. p. 184-200.
 - F. Groenhof, C.W. Bettink, L. van Dijk, W.J. van der Veen, B. Meyboom-de Jong. Adherence to pharmaceutical advice in the guidelines of the Dutch College of General Practitioners. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 219-225.
 - L. Jabaaij. The Dutch health care system: how are we organised? In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 19-25.
 - J. de Jong, P. Groenewegen, G. Westert. Medical practice variation: does it cluster within general practitioners practices? In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 125-134.
 - M. van der Linden, F. Schellevis, G. Westert. Morbidity in the population and in general practice. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 35-44.
 - H. Otters, F. Schellevis. Child health and general practitioners' management, 1987-2001. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 67-73.
 - R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in Europe primary care. Berkshire: Open University Press, 2006. 251 p.
 - F. Schellevis, G. Westert. The design of the second Dutch National Survey of General Practice. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 10-18.
 - H. Sixma, P. Spreeuwenberg. Quality of general practitioner care from the patients' perspective: facts, trends and differences. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 211-218.
 - L. van der Velden, L. Hingstman. The supply of general practitioners in the Netherlands. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 256-264.
 - P. Verhaak, A. Volkers, J. Nuyen. Patients with a psychiatric diagnosis in general practice: (co)morbidity and

contacts. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 74-84.

- R. Verheij, J. van der Zee. Collecting information in general practice: 'just by pressing a single button'? In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 265-272.
- G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. xii, 296 p.
- G. Westert, F. Schellevis, J. van der Zee. General practice in the Netherlands: major findings from the second Dutch National Survey of General Practice. In: G.P. Westert, L. Jabaaij, F.G. Schellevis. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006. p. 3-9.

10.3 *Dissertaties*

NIVEL dissertatie

- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. Utrecht: NIVEL, 2006. 206 p.

Overige dissertaties

- L.E.M.M. Meuwissen. Improving sexual and reproductive health care for poor and underserved girls: impact of a voucher program on access and quality of primary care in Nicaragua. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2006. 206 p.
- M. Verschuuren. Quality adjusted life years and trade off exercises: exploring methodology and validity. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2006. 126 p.

10.4 *Nederlandse wetenschappelijk artikelen*

- A. Bartelds, R. van Gageldonk-Lafeber, M.L. Heijnen, M. Peeters, S. van der Plas, B. Wilbrink. ARI-EL: case-controlonderzoek naar acute respiratoire infecties in de Eerste Lijn. Huisarts en Wetenschap: 49, 2006, nr. 5, p. 244-247.
- M.J. Fischer, B. Voerman, A.P. Visser, B. Garssen, G. van Andel, J. Bensing. De zorg voor mannen met prostaatkanker in het ziekenhuis: tevredenheid van patiënten met de behandeling, informatie en emotionele steun. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 84, 2006, nr. 1, p. 43-49.
- A. Francke, R. Verkaik. Begeleiding van mensen met dementie die depressief of apathisch zijn: de ontwikkeling en evaluatie van twee evidence based richtlijnen voor verzorgenden. Verpleegkunde: 12, 2006, nr. 1, p. 53-61.
- A.L. Francke, A.J.E. de Veer, W.P. Achterberg, M.W. Ribbe. Pijn bij dementie: een systematische literatuur-search over de geprotocolleerde behandeling en begeleiding van pijn. Vox Hospitii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde: 31, 2006, nr. 6, p. 190-194.
- A.A.M. Gerritsen, W. Devillé, F.A.H. van der Linden, I. Bramsen, L.H.M. van Willigen, J.E.J.M. Hovens, H.M. van der Ploeg. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 150, 2006, nr. 36, p. 1983-1989.
- P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker. Naast monitoren ook aandacht voor mechanismen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 84, 2006, nr. 7, p. 384-385.
- J. Heideman, M. Laurant, N. van Lin, P. Verhaak, M. Wensing, R. Grol. De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 84, 2006, nr. 1, p. 22-28.

- J. IJzermans, G. Donker, J. Kerssens, A. Dirkzwager, R. Soeteman, P. ten Veen. Gezondheidsproblemen voor en na de vuurwerkcramp: een longitudinaal onderzoek in Enschedese huisartspraktijken. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 2, p. 294-299.
- L. Jabaaij, H. Schers, T. van Essen, L. Goudswaard, F. Schellevis. Altijd dezelfde huisarts? Een onderzoek naar wens en waardering van patiënten. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 13, p. 655-659.
- J.D. de Jong, P.P. Groenewegen, E. van der Schee. Consumenten en de stelselwijziging. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 84, 2006, nr. 5, p. 288-291.
- H. Kedde, G. Donker. Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen: gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 8, p. 410-414.
- R.J. Kenens, T. de Jong, D.H. de Bakker. Huisartsenposten en spoedvisites in Holland Noord: een modelmatige analyse van aanrijdtijden. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 84, 2006, nr. 3, p. 168-173.
- M.W. Kroneman, J.A.M. Maarse, J. van der Zee. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 5, p. 248-253.
- L.M.A.J. Muller, K.J. Gorter, E. Hak, W.L. Goudswaard, F.G. Schellevis, I.M. Hoepelman, G.E.H.M. Rutten. Toegenomen risico op infectie bij patiënten met diabetes mellitus type 1 of 2. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 150, 2006, nr. 10, p. 549-553.
- H. Otters, H. van der Wouden, F. Schellevis, L. van Suijlekom-Smit, B. Koes. Verwijzing van kinderen naar de specialist: een vergelijking tussen 1987 en 2001. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 7, p. 348-353.
- M.F. Pisters, C.H.M. van den Ende, J.F. de Groot, C. Veenhof. Het fysiotherapeutisch handelen bij atrose aan heupen/of knie: patiëntenprofielen in de praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 116, 2006, nr. 6, p. 143-149.
- G.F. Rimmelzwaan, J.C. de Jong, G.A. Donker, A. Meijer, R.A.M. Fouchier, A.D.M.E. Osterhaus. Het influenzaseizoen 2005/'06 in Nederland en de vaccin-samenstelling voor het seizoen 2006/'07. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 150, 2006, nr. 40, p. 2209-2214.
- F. Schellevis. Medisch-ethische toetsing van observationeel onderzoek: een grijs gebied. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 3, p. 135-136.
- R. Soeteman. Mij mankeert niets: ervaringen van huisartsen tijdens en na een ramp. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 6, p. 299-303.
- E. Steultjens, J. Dekker, L. Bouter, C. van den Ende. Ergotherapie: een effectief en goedkoop middel om vallen te voorkomen en ouderen hun zelfstandigheid te laten behouden. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 10, p. 490-495.
- Z.H. Tiessen-Raaphorst, J.J. Kerssens, D.H. de Bakker, G.C.W. Wendel-Vos, F.G. Schellevis, N.H.M.J. van Veldhoven, M.P.J. de Wit. Sporters bewegen meer en voelen zich gezonder. De relatie tussen sport, lichamelijke activiteiten en gezondheid. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 84, 2006, nr. 7, p. 387-393.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, A. de Kruijf, F. Bolle. Vrijheidsbeperkingen in de thuiszorg: een inventarisatie onder verpleegkundigen en verzorgenden. *Verpleegkunde*: 21, 2006, p. 254-264.
- R. Verheij, P.P. Groenewegen. De maatschappelijke opbrengst gezondheid en zorg in de grote steden. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 84, 2006, nr. 5, p. 266-267.

- A. Volkers, L. van Dijk, A. de Jong, D. de Bakker. Welke overwegingen heeft de huisarts om antidepressiva voor te schrijven? *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 5, p. 239-244.

10.5 Artikelen in vaktijdschriften

- D. de Bakker. LINH-cijfers: hoe 'community-based' werkt de huisarts? *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 6, p. 293.
- J. Bensing, W. Oortwijn. De maatschappelijke waarde van wetenschappelijk onderzoek. *Kwaliteit in Beeld*: 2006, nr. 2, p. 7-8.
- M. van den Berg, A. Simkes. LINH-cijfers: praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 8, p. 397.
- H. te Brake, J. Lieshout, R. Verheij. Grootgebruikers in de huisartsenpraktijk, een last voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 12, p. 597.
- A. van den Brink-Muinen, C.A.J. Ketelaars, C. Wagner. Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 116, 2006, nr. 6, p. 40-43.
- A. van den Brink-Muinen. Niet alleen internet. *Medisch Contact*: 61, 2006, nr. 12, p. 491.
- H. Calsbeek, H. te Brake. Minder huisartsenzorg voor chronisch zieken. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 11, p. 537.
- H. Calsbeek. Voedselallergie: gevolgen voor het dagelijks leven van jongeren. *CaraVisie*: 19, 2006, nr. 2, p. 7-8.
- M. Cardol, W. van den Bosch, P. Groenewegen, L. van Dijk, D. de Bakker. Continuïteit in gezinnen: van gezinsgeneeskunde in 1968 naar contextgeneeskunde in 2006. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 5, p. 280.
- D. Delnoij. Klantervaringen in de zorg meten met CQ Index. *Kwaliteit in Beeld*: 2006, nr. 6, p. 4-6.
- F. Dijkstra, A.B. van Gageldonk-Lafeber, P. Brandsema, M. du Ry van Beest Holle, A. Meijer, I.M. van der Lubben, B. Wilbrink, M.A.B. van der Sande. Respiratoire infectieziekten in het jaar 2005/2006. *Infectieziekten Bulletin*: 17, 2006, nr. 11, p. 390-397.
- M. Hendriks, M. Vervloet, L. van Dijk. Informatie en bejegening kunnen nog veel actiever: diabetes check patiënt merkt toename FPZ nauwelijks op. *Pharmaceutisch Weekblad*: 141, 2006, nr. 5, p. 178-181.
- H. van der Horst, F. Schellevis. Hoe zoekt u efficiënt in de literatuur? (2): de naald in de hooiberg zoeken. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 11, p. 554-556.
- L. Jabaaij. Diensten de deur uit: huisartsen verkopen meer ANW-diensten aan een waarnemer. *Medisch Contact*: 61, 2006, nr. 46, p. 1840-1842.
- J. de Jong. Voorbehoud van patiënten voor inzage in EPD geldt niet voor huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 9, p. 441.
- J. de Jong, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen. No-claimregeling werkt niet: vooral anderen zouden onnodige zorg gebruiken. *Medisch Contact*: 61, 2006, nr. 29/30, p. 1204-1205.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Rubriek 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': cijfers uit de registratie van eerste lijnsfysiotherapeuten: de stand van zaken per 1 januari 2005. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 116, 2006, nr. 4, p. 102.
- S. Koning, L. Jabaaij. LINH-cijfers: meer impetigo, vooral in landelijk en Zuid-Nederland. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 2, p. 61.
- E. Lammers. NIVEL onderzoekt belevingswereld verstandelijk gehandicapten: waar stopt het werk van de huisarts en waar begint het werk van de arts verstandelijk gehandicapten? *Huisarts in Nederland*: 17, 2006, nr. 3, p. 32-33.
- C. Leemrijse, D. de Bakker. Dieetadvies uit de AWBZ: aanloopproblemen de moeite waard? *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*: 61, 2006, nr. 4, p. 107-112.

- C. Leemrijse, L. Jabaaij. LINH-cijfers: mannen zijn vaker te dik maar gaan minder vaak naar de diëtist. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 7, p. 341.
- C. Leemrijse, M. Plas, E. Steultjens, M. Dorgelo, E. van den Ende. Overzicht stand van zaken en effectonderzoek in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie*: 78, 2006, nr. 10, p. 290-299.
- M. Lugtenberg, L. van der Velden, L. Hingstman. Waarnemers waargenomen: huisartsenzorg ondersteund door meer dan 1000 waarnemers. *Medisch Contact*: 61, 2006, nr. 42, p. 1662-1665.
- R. Marquet, F. Schellevis, G. Donker. Slachtoffers van geweld zijn grootverbruikers van de huisartsenzorg. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 10, p. 489.
- S. Moonen, F. Schellevis, T. Lagro-Janssen. LINH-cijfers: utero-vaginale prolaps: geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 1, p. 5.
- M.C. Poortvliet, I.M.E. Heesbeen, A.P.A. van Beek. Werken aan kwaliteit van leven in de ouderenzorg. *Kwaliteit in Beeld*: 2006, nr. 3, p. 4-6.
- P. Poortvliet, A. de Veer, F. Bolle. Deskundigheidsbeoordeling alleen is niet genoeg. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 116, 2006, nr. 11/12, p. 44-45.
- F. Schellevis, H. van der Horst. Hoe zoekt en beoordeelt u medische literatuur? (1): bewijskracht van medisch-wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 10, p. 498-500.
- F. Schellevis, H. van der Horst. Hoe zoekt en beoordeelt u medische literatuur?(3): een vraag over bijwerkingen. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 13, p. 672-673.
- F. Schellevis, L. Jabaaij. Continuïteit en verhuizende patiënten. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 2, p. 104.
- H. van Schrojenstein Lantman-de Valk, L. Jabaaij. LINH-cijfers: mensen met verstandelijke beperkingen vragen meer zorg van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 4, p. 181.
- M. Speet, A.L. Francke, A. Courtens, L.M.G. Curfs. Knelpunten in de zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking: een empirische studie. *NTZ: Ned.Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*: 32, 2006, nr. 3, p. 143-156.
- I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse. Gevolgen directe toegang voor de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut: directe toegang fysiotherapie populair. *Fysiopraxis*: 15, 2006, nr. 11, p. 24-29.
- I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse. De mogelijkheden van het LiPZ-netwerk. *Stimulus*: 25, 2006, nr. 1, p. 5-15.
- I.C.S. Swinkels, D.D. van Sonsbeeck, D. de Bakker, C. Leemrijse. Oefentherapeut Cesar of Mensendieck behandelt relatief meer patiënten met hyperventilatie, spanningshoofdpijn of surmenage dan de reguliere fysiotherapeut. *Beweegreden*: 2, 2006, nr. 9, p. 12-15.
- I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Behandelingen fysiotherapie gestabiliseerd: veel oefentherapeuten C/M blijven in de min. *Beweegreden*: 2, 2006, nr. 2, p. 14-15.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, A. de Kruif, F. Bolle. Vrijheidsbeperkende interventies door verpleegkundigen. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 116, 2006, nr. 4, p. 30-33.
- L. van der Velden, L. Jabaaij, L. Hingstman. Deeltijdwerken heeft effect op de bereikbaarheid. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 13, p. 684.
- L. van der Velden, L. Jabaaij, L. Hingstman. Huisartsen tussen 40 en 50 jaar meest honkvast. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 13, p. 649.
- P. van der Velden, P. van Loon, J. IJzermans, R. Kleber. Psychosociale zorg direct na een ramp. *Psycholoog*: 41, 2006, nr. 12, p. 658-663.
- R. Verheij, H. van der Hoogen. LINH-cijfers: vooral kinderen op de huisartsenpost: een verkenning van de mogelijkheden van een registratienetwerk van huisartsenposten. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 5, p. 233.

- R. Verheij, H. te Brake. LINH-cijfers: als de blaadjes vallen...: meteorologische omstandigheden en depressie in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 3, p. 117.
- A. Volkers, L. van Dijk. Deskundigheid huisarts door omstandigheden beperkt: antidepressiva en benzodiazepinen bij niet-volwassenen in de huisartspraktijk. *Pharmaceutisch Weekblad*: 141, 2006, nr. 22, p. 767-769.
- J. van Weert, S. van Dulmen, J. Bensing. Tevreden verzorgenden bejegenen demente bewoner positiever. *Tijdschrift voor Verzorgenden*: 39, 2006, nr. 6, p. 31-33.
- T.A. Wiegers. Zes jaar na de millenniumcrisis. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 31, 2006, nr. 9, p. 31-32, 34.
- M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J. van der Ende, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Obstakels op de weg naar zorg. *Kind en Adolescent*: 27, 2006, nr. 3, p. 144-156.

10.6 *Nederlandse boeken en boekbijdragen*

- J.M. Bensing, M. Heijmans, M. Cardol. Vermoeidheid: een probleem om (niet) bij stil te staan. In: A. Weel, I. van den Bold, J. van der Gulden, M. Kelder. *Onverklaarde chronische klachten: verklaring, behandeling en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 47-64.
- A.L. Francke, R. Verkaik, M. Lahr, M. Zuidervaat. Huisbezoeken voor depressieve mensen met dementie en hun mantelzorgers. In: A. Francke, Y.-Heijnen-Kaales, J. Ravensbergen, H. Rosendal. *Handboek Zorgvernieuwing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2000-. p. C 6-1-C 6-16.
- P. Mistiaen, C. Wagner. Smetten. In: R.J.G. Halfers, M.A.P. Janssen, J.M.M. Meijers. *Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*, 2006. Maastricht: Universiteit, 2006. p. 103-118.
- P.M. Rijken, C.E.M.J. van Dijk, R.M. van Nispen, F.G. Schellevis. Zeldzame aandoeningen en huisartsenzorg. In: J.N. Keeman, P.W. de Leeuw, J.A. Mazel, F.G. Zitman. *Het medisch jaar 2005*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 225-238.
- H. Sixma. Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van gebruikers van zorgvoorzieningen. In: A.M. Evers, U.W. Nabitz, P.G.J.J. Stevens, H.H.M. Vinkenburg, N.W.S. van der Hoeft. *Handboek kwaliteit van zorg*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg: 1991-. p. C 10.1-1 - C 10.1-23.
- S.M. Smorenburg, J. Kievit, J.J.E. van Everdingen, C. Wagner. Wat is patiëntveiligheid? In: J.J.E. van Everdingen, S.M. Smorenburg, W. Schellekens, A. Molendijk, J. Kievit, W.H. van Harten, A.J. Mintjes-de Groot. *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 3-13.
- S.M. Smorenburg, C. Wagner. Trigger tool en statusonderzoek: instrumenten voor het detecteren van adverse events. In: J.J.E. van Everdingen, S.M. Smorenburg, W. Schellekens, A. Molendijk, J. Kievit, W.H. van Harten, A.J. Mintjes-de Groot. *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006. p. 237-239.
- A.H.M. Triemstra, H.J. Sixma, G.A.M. van den Bos. Kwaliteit van de zorg: het perspectief van patiënten. In: *Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en zorg. p. 207-214.
- P. Verhaak. Eerstelijnspsychologen: wetenschappelijk onderzoek. In: E. Lamers, F. Bosch, L. Hinderink, C. Verschuren. *Handboek psychologie in de eerste lijn: kortdurende behandeling van veel voorkomende problemen*. Amsterdam: Harcourt Publishers, 2006.

10.7 NIVEL rapporten

- Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten: jaarverslag 2005. Utrecht: NIVEL, 2006. 32 p.
- Working Group Neuromodulation. Handboek neuromodulatie. Enschede: Stichting Landelijk Kwaliteitssysteem Neuromodulatie, 2006. 59 p. Bevat CD-Rom.
- A. Albada, M. Triemstra. Ziekenhuis met servicepunten: wat willen patiënten van ziekenhuis Bernhoven? Utrecht: NIVEL, 2006. 102 p.
- R. van den Berg, A. Riepema. Thesaurus Gezondheidszorg (6e editie). Utrecht: NIVEL, 2006. 310 p.
- A. van den Brink-Muinen. Gebruik van internet door chronisch zieken en gehandicapten voor het zoeken naar gezondheids(zorg)informatie. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- W. Brouwer, H. Sixma, M. Triemstra, D. Delnoij. Kwaliteit van zorg rondom een staaroperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2006. 100 p.
- W. Brouwer, H. Sixma, D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts. Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM): versie 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 94 p.
- H. Calsbeek, P. Spreeuwenberg, M.J.W. van Kerkhof, P.M. Rijken. Kernegegevens Zorg 2005: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2006. 156 p.
- M. Cardol, M. Vervloet, M. Rijken. Participatie van mensen met beperkingen 2005: basismeting participatiemonitor. Utrecht: NIVEL, 2006. 101 p.
- R. Coppen, H.J. Sixma, D.M.J. Delnoij. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006. 80 p.
- O.C. Damman, M. Hendriks, D.M.J. Delnoij, P. Spreeuwenberg. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2006. 86 p.
- W. Davidse, D. Somai, R. Perenboom, R. Verheij, D. de Bakker, L. van Dijk. Doelmatig voorschrijven nieuwe geneesmiddelen: off label voorschrijven van cox-2 remmers als casus. Leiden: TNO, 2006. 161 p.
- D. Delnoij, H. Sixma. Naar een 'CAHPS organisatie' in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2006. 42 p.
- G.A. Donker. Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland 2005. Utrecht: NIVEL, 2006. 198 p.
- M. Dückers, M. de Bruijn, C. Wagner. Evaluatie sneller beter pijler 3: de implementatie van verbeterprojecten in de eerste acht ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2006. 198 p.
- M.J. Emmen, P.F.M. Verhaak. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Utrecht: NIVEL, 2006. 73 p.
- E.A.M. Franssen, M.W.M.M. Ruijten, P.A. van der Meijden, W.J.E. Verra, C.J. IJzermans. Handreiking gezondheidsonderzoek na rampen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2006. 70 p.
- R.D. Friele, G.A. Blok, J.K.M. Gevers, R. Coppen, M.C. Smit. Derde evaluatie Wet op de Orgaandonatie. Den Haag: ZonMw, 2006. 209 p.
- R.D. Friele, A. Albada, E.M. Sluijs. Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtstudie. Utrecht: NIVEL, 2006. 120 p. Achtergrondstudie in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor de Staat van de Gezondheidszorg 2006.
- T. Gelsema, D. Delnoij, M. Triemstra. Kwaliteit van zorg rondom een totale heup- of knieoperatie vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling en validatie. Utrecht: NIVEL, 2006. 70 p.
- F. de Graaff, E. Singer, W. Devillé. Onderzoek diversiteit en ouderbetrokkenheid in kindercentra. Utrecht: NIVEL, 2006. 116 p.

- J. Groenendijk, K. Sok, P. Verhaak. Ontwerp en validering van een gemeenschappelijke formulierenset voor informatie-uitwisseling binnen de 1e-lijns GGZ en met de 2de-lijns GGZ. Utrecht: NIVEL, 2006. 58 p.
- M.J.W.M. Heijmans, M. Rijken. De impact van de ziekte van Addison, AGS of het syndroom van Cushing op het dagelijks leven en de zorg: een onderzoek vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NIVEL, 2006. 140 p.
- M.J.W.M. Heijmans. Mensen met COPD met een lage sociaal-economische status (een profielschets). www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P.P. Groenewegen. Integratie deeltijdwerken internisten: fase 1: meningen over de organisatie van deeltijd werken: fase 2: arbeidsproductiviteit van maatschappen met en maatschappen zonder deeltijders. Utrecht: NIVEL, 2006. 52 p.
- P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P.P. Groenewegen. Integratie deeltijdwerken radiologen: fase 1: meningen over de organisatie van deeltijd werken: fase 2: arbeidsproductiviteit van maatschappen met en maatschappen zonder deeltijders. Utrecht: NIVEL, 2006. 51 p.
- P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P.P. Groenewegen. Integratie deeltijdwerken chirurgen: fase 1: meningen over de organisatie van deeltijdwerken: fase 2: arbeidsproductiviteit van maatschappen met en maatschappen zonder deeltijders. Utrecht: NIVEL, 2006. 52 p.
- P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P.P. Groenewegen. Integratie deeltijdwerk medisch specialisten: verantwoording, methoden en conclusies. Utrecht: NIVEL, 2006. 103 p.
- M. Hendriks, D.M.J. Delnoij, P.P. Groenewegen. Het VGZ Verzekerdenpanel: achtergronddocument en basisgegevens 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 41 p.
- H. Hofhuis, S. van der Meulen-Arts, L. Hingstman. Managementonderwijs in de opleidingen voor professionals in de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006. 145 p.
- C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, C.C.C. Cohen-Bendahan, P.M.H. ten Veen. Gevolgen van de vuurwerkkramp Enschede voor de gezondheid: eindrapport van de monitoring in de huisartspraktijken. Utrecht: NIVEL, 2006. 140 p.
- J.D. de Jong, P.P. Groenewegen. Wisselen van zorgverzekeraar in het nieuwe stelsel: een vergelijking van het zoek- en wisselgedrag van chronisch zieken en gehandicapten en de algemene bevolking. Utrecht: NIVEL, 2006. 84 p.
- J.D. de Jong, P.J.M. Heiligers, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P.P. Groenewegen. De organisatie van maatschappen met deeltijders en maatschappen zonder deeltijders. Utrecht: NIVEL, 2006. 127 p.
- D.M. de Jongh, A.J.E. de Veer, F.J.J. Bolle, J.T.C.M. de Kruijf. De aantrekkelijkheid van het beroep 2005: een peiling onder het Panel verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL, AVVV, LEVV, 2006. 108 p.
- A. Keijser, E. Sluijs, C. Wagner. Tabellenboek kwaliteitsystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2005. Utrecht: NIVEL, 2006. 178 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten: peiling 1 januari 2004. Utrecht: NIVEL, 2006. 6 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten: peiling 1 januari 2004. Utrecht: NIVEL, 2006. 6 p.
- R.J. Kenens, H. Hofhuis, L. Hingstman. Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning. Utrecht: NIVEL, 2006. 58 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 1 januari 2005. Utrecht: NIVEL, 2006. 6 p.

- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 1 januari 2005. (samenvatting) Utrecht: NIVEL, 2006. 2 p.
- M. Lugtenberg, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006. 56 p.
- J. Maas, R. Verheij. Bewegen, natuur en gezondheid: wat doet de huisarts ermee? Utrecht: NIVEL, 2006. 24 p.
- P.A. van der Meijden, J. Roorda, C.J. IJzermans, P.G. van der Velden, L. Grievink. STUURGROEP GGVE. Gezondheidsmonitoring getroffen en vuurwerkkramp Enschede: bestuurlijk en organisatorisch verslag, onderzoeksverslag. Enschede: GGD Regio Twente, 2006. 125 p.
- H. Merten, C. Wagner. Achtergrondstudie: de rol van de diabetesverpleegkundige binnen de diabeteszorggroep. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- P. Mistiaen, L. van Ruth, A.L. Francke. Monitor palliatieve zorg: rapport 2006 en bevindingen over drie jaar monitor. Utrecht: NIVEL, 2006. 133 p.
- P. Mistiaen, A.L. Francke. De rol van zorgkantoren en netwerken bij de realisatie van palliatieve terminale zorgvoorzieningen. Utrecht: NIVEL, 2006. 56 p.
- J. Muysken, R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 32 p.
- J. Muysken, R. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 37 p.
- M. Nielen, J. Blom, M. Triemstra. Gevolgen van deelname aan het opsporingsprogramma voor Familiaire Hypercholesterolemie: ervaringen met het opsporingsprogramma en het afsluiten van verzekeringen. Utrecht: NIVEL, 2006. 59 p.
- M. Nielen, F. Schellevis, D. de Bakker, J. IJzermans, G. Donker, R. Verheij, G. Westert. Surveillance van acute veranderingen in morbiditeit en mortaliteit: mogelijkheden van registraties in de Nederlandse huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006. 38 p.
- M.M.J. Nielen, F.G. Schellevis, R.A. Verheij. Preventie van chronische nierinsufficiëntie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006. 39 p.
- J. Noordman, L. van Dijk, R. Friele. Een nieuw medicijn? Hoe Europese patiëntenorganisaties een rol spelen bij het beschikbaar komen van nieuwe medicijnen. Utrecht: NIVEL, 2006. 60 p.
- M. Pannekeet-Helsen, M. Rijken, L. Kok, P. Hop. Aftrek buitengewone uitgaven 2005 door chronisch zieken en gehandicapten (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten). Utrecht: NIVEL, 2006. 45 p.
- M.J.E. Pannekeet-Helsen, P.M. Rijken. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten: financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2005/2006: interim-rapportage. Utrecht: NIVEL, 2006. 58 p.
- J.M. Peeters, A.L. Francke, A.P.A. van Beek, P.M.M. Spreeuwenberg, R.D. Friele. Ontwikkeling eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: NIVEL, 2006. 73 p.
- J.M. Peeters, A.L. Francke, A.P.A. van Beek, R.D. Friele. Eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen: handleiding en vragenlijst. Utrecht: NIVEL, 2006. 29 p.
- K. van der Poel, A.P.A. van Beek. Wensen en problemen van mantelzorgers van mensen met dementie: een vragenlijst. Utrecht: NIVEL, 2006. 12 p.
- K. van der Poel, A.P.A. van Beek. Ontwikkeling vragenlijst "Wensen en problemen van mantelzorgers van mensen met dementie". www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- M.C. Poortvliet, A.P.A. van Beek, M.E. de Boer, D.L. Gerritsen, C. Wagner. Het vaststellen van kwaliteit van leven bij cliënten in de ouderenzorg. Utrecht: NIVEL, 2006. 63 p.
- M.T.E. Puts, D.J.H. Deeg, N. Hoeymans, W.J. Nusselder, F.G. Schellevis. Verschuivingen in de tijd in

- beperkingen en chronische ziekten. Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, 2006. 65 p.
- I. Rupp, A. Smulders, N.S. Klazinga, D. Delnoij, P. Spreeuwenberg. Ervarenlijst diabetes: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Amsterdam: AMC-UvA Afdeling Sociale Geneeskunde, 2006. 123 p.
 - F.G. Schellevis. Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartspraktijk. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk vanwege het NIVEL aan de faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit / VU Medische Centrum op 11 oktober 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 28 p.
 - E. Sluijs, S. van Dulmen, L. van Dijk, D. de Ridder, R. Heerdink, J. Bensing. Patient adherence to medical treatment: a meta review. Utrecht: NIVEL, 2006. 142 p.
 - E. Sluijs, A. Keijser, C. Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005. Utrecht: NIVEL, 2006. 58 p.
 - M. Smits, I. Christiaans, C. Wagner, G. van der Wal. Handleiding COMPaZ: cultuur onderzoek onder medewerkers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, VU Medisch Centrum, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, 2006. 16 p.
 - D.D. van Sonsbeeck, D.M.J. Delnoij, M.H.M. Triemstra. Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2006. 56 p.
 - M. Speet, A.L. Francke, A. Courtens, L.M.G. Curfs. Zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking: een inventariserend onderzoek. Utrecht: NIVEL, 2006. 72 p.
 - K.F.J. Spijkers, J.E. van den Bosch, C.J. IJzermans. Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening: op weg naar een benchmark. Utrecht: NIVEL, 2006. 69 p.
 - V. Struben, C. Wagner. IZEP: ontwikkeling patiëntveiligheidscultuur (inclusief actie- en scoreformulier). www.nivel.nl: NIVEL, 2006. 4 p.
 - V. Struben, C. Wagner. Ontwikkeling van een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheids cultuur (IZEP).www.nivel.nl: NIVEL, 2006.
 - V. Struben, C. Wagner. Handleiding IZEP: instrument voor Zelf Evaluatie van de Patiëntveiligheidscultuur. www.nivel.nl: NIVEL, 2006. 34 p.
 - I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Jaarboek LiPZ 2004: deel 1: beroepsgroep fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 2006. 69 p.
 - I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Jaarboek LiPZ 2004: deel 2: beroepsgroep Oefentherapie Cesar. Utrecht: NIVEL, 2006. 67 p.
 - I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Jaarboek LiPZ 2004: deel 3: beroepsgroep Oefentherapie Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 2006. 71 p.
 - I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, C. Veenhof. LiPZ-folder fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck. Utrecht: NIVEL, 2006. 6 p.
 - M. Tacken, R. Verheij, J. Mulder, H. van den Hoogen, J. Braspenning. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2005. Utrecht/Nijmegen: NIVEL, Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, WOK: Centre for Quality of Care Research, 2006. 34 p.
 - S. Tuijn, C. Wagner. Risico-indicatoren voor de GGZ: het gefaseerd en gelaagd toezicht in de GGZ-care en GGZ-cure. Utrecht: NIVEL, 2006. 112 p.
 - L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Monitor arbeidsmarkt gynaecologen 2006. Utrecht: NIVEL, 2006. 55 p.
 - P.F.M. Verhaak, J. Groenendijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw, C. van der Veen. GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2006. 52 p.
 - C. Wagner, M. Dückers, M. de Bruijn. De goede dingen goed doen: resultaten en verspreiding van grootschalige

- ingezette verbeteracties. Utrecht: NIVEL, 2006. 11 p.
- T.A. Wiegers, B.M. Janssen. Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2006. 112 p.
 - T.A. Wiegers. Monitor Kraamzorg II: verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg. Utrecht: NIVEL, 2006. 73 p.
 - E.M. Zantinge, W.L.J.M. Devillé, M. Heijmans. Allochtonen met astma, COPD of hooikoorts in Nederland: wat is er bekend? Utrecht: NIVEL, 2006. 76 p.

10.8 Gepubliceerde abstracts

Abstracts gepubliceerd in European Journal of Public Health; 16, 2006, nr. suppl. 1:

- T. Albrecht, D. Delnoij. Methods of evaluation, elements of input and policy support.
- D. de Bakker, P. Spreeuwenberg. How community based is general practice?
- M.J. van den Berg, G.P. Westert, P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker, J. van der Zee. Remuneration, workload, and allocation of time in general practice.
- A. van den Brink-Muinen, M. Rijken. Does trust in health care influence the use of complementary and alternative medicine by chronically ill patients?
- A. Clarke, M. Gatineau, O. Grimaud, I. Lebis, S. Devaux, M. Thorogood, P. Durando, S. Tarkowski, R. Adany, D. Hunter, D. Delnoij. Public health research literatures their coverage and gaps in Europe.
- D.M.J. Delnoij, M. Hendriks, W. Brouwer, P. Spreeuwenberg. Differences between insurance organizations: do consumers perceive differences in important areas?
- W. Devillé, M. Lamkaddem, A.A.M. Gerritsen, H.M. van der Ploeg. Differences in health care use between asylum seekers and refugees.
- W. Devillé, S. Goosen. Health services for asylum seekers and refugees in Europe: consequences for policymaking.
- W. Devillé, E. Uiters, G.P. Westert, P.P. Groenewegen. Differences in perceived health and primary care use between migrants and natives in the Netherlands.
- L. van Dijk, S. van Dulmen, E. Sluijs, R. Heerdink, D. de Ridder, J. Bensing. Self-reported intentional and unintentional non-adherence to medication in a general practice population.
- G.A. Donker, S. Nys, C. Driessen, R.H. Deurenberg, E.E. Stobberingh. Prevalence of antibiotic-resistant *S.aureus* among general practice patients.
- P.P. Groenewegen, J. van der Zee. The Dutch health insurance reform.
- P.P. Groenewegen, J.D. de Jong, D.M.J. Delnoij. The Dutch health insurance law: the accumulation of 30 years of reform thought.
- P. Heiligers, J. de Jong, P. Groenewegen. Social networks and performance.
- M. Hendriks, P.P. Groenewegen, D.M.J. Delnoij. Choosing a health plan: are Dutch consumers loyal to their health insurer?
- J.D. de Jong, P.P. Groenewegen, M. Rijken. The Dutch health insurance reform: consumer mobility.
- M. Lamkaddem, W. Devillé, P.P. Groenewegen, M. Foets. Changes in self-reported health status and health care use of Moroccan and Turkish migrants in The Netherlands 2001-2005.
- C. Leemrijse. Effects of direct access to physiotherapy in The Netherlands in 2006.
- R.L. Marquet, A.I.M. Bartelds, S.P. van Noort, C.E. Koppeschaar, W.J. Paget, F.G. Schellevis, J. van der Zee. Use of the internet for monitoring of influenza-like illness (ILI).
- L.E. Meuwissen, I. Wienand, T.H. Kistemann, W.J. Paget, H. Uphoff. Mapping influenza-activity in Europe.

- M.M.J. Nielen, F.G. Schellevis, R.A. Verheij. Usefulness of data from primary care for real-time surveillance of diseases.
- I. Swinkels, C. Leemrijse, C. Veenhof, D. de Bakker. Access to physiotherapy after Dutch reimbursement changes in the period 2004–2005.
- R. Verheij, F. Schellevis, J. van der Zee. Ideas on a pan-European primary care based information system.
- A. Volkers, L. van Dijk. Off-label and unlicensed prescribing of psychotropics in children in Dutch general practice (2004).
- T.A. Wiegens. Organization and workload of midwifery care in the Netherlands.
- E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, J.J. Kerssens, J.M. Bensing. Is the general practitioner's sensitivity to their patients' psychological problems related to their workload?
- J. van der Zee, D.M. Fleming. The potential of electronic medical records for health service management.
- J. van der Zee. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs.

Elders gepubliceerde abstracts

- M. van den Berg, M. Cardol, F. Bongers, D. de Bakker. Changing patterns of home visiting in general practice. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 181.
- H. te Brake, R. Verheij. Depression in the general practice: do weather conditions influence incidences? *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 234.
- H. Calsbeek, M.J.E. Pannekeet-Helsen, P.M. Rijken. Long-term effects on social participation: a five year follow-up study of the impact of IBD in adolescents and young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*: 13, 2006, nr. suppl., p. 122.
- M. Cardol, W. van den Bosch, D. de Bakker, P. Groenewegen. Shared care seeking behaviour within families. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 24.
- G.M. van Dijk, J. Dekker, C. Veenhof, C.H.M. van den Ende. The course of functional status and pain in osteoarthritis of hip or knee: a systematic review of the literature (the CARPA-study). *Annals of the Rheumatic Diseases*: 65, 2006, nr. suppl. 2, p. 409.
- G.M. van Dijk, C. Veenhof, J. Dekker. Comorbidity and functioning in elderly (potential) rehabilitation patients with osteoarthritis of hip or knee: results from the CARPA-study. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 65, 2006, nr. suppl. 2, p. 408.
- L. van Dijk, D. Somai, E. Heerdink, S. van Dulmen, E. Sluijs, D. de Ridder, J. Bensing. Adherence to chronic medication in Dutch primary care. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 15, 2006, nr. suppl. 1, p. S200.
- A.J.E. Dirkzwager, P.F.M. Verhaak. Characteristics of patients with persistent medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*: 61, 2006, nr. 3, p. 397.
- G. Donker, A. van Gageldonk-Lafeber, M. Heijnen, A. Bartelds. A case-control study of acute respiratory tract infection in general practice. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 224.
- G.A. Donker. Antibioticaresistentie van uropathogenen bij vrouwen vanaf 70 jaar. *Huisarts en Wetenschap*: 49, 2006, nr. 6, p. 319.
- A.B. van Gageldonk-Lafeber, M.L.A. Heijnen, A.I.M. Bartelds, M.F. Peeters, S.M. van der Plas, B. Wilbrink. A case-control study on acute respiratory tract infections in general practitioner patients in the Netherlands. *European Journal of Epidemiology*: 21, 2006, nr. suppl. 1, p. 99.
- M. Gieteling, H. van der Wouden, F. Schellevis, M. Berger. Children with abdominal pain in Dutch general practice. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 73.
- M. Heijmans, C.R. Boot. Suffering from chronic illness and still working: the importance of illness perceptions.

- Psychology and Health: 21, 2006, nr. suppl. 1, p. 66.
- Ph. Heiligers, J. de Jong. Social networks, performance and satisfaction in medical practice. Abstractbook 6th P&H Conference, p.75, section 11: work and wellbeing, Rolduc, Kerkrade.
 - L. Jabaaij, F. Schellevis. Continuity of care and moving patients. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 216.
 - D. Jansen, M. Heijmans, M. Rijken. Illness/treatment perceptions and overprotection as determinants of labour participation in renal patients. *Psychology and Health*: 21, 2006, nr. suppl. 1, p. 71-72.
 - U. Kadam, F.G. Schellevis, D. van der Windt, H.C. de Vet, P.R. Croft, L.M. Bouter. Validations of new measures of morbidity severity using routine consultations in English and Dutch general practice. *European Journal of Epidemiology*: 21, 2006, nr. suppl.1, p. 113.
 - T. van Merode, J. Koeijers, S. Nys, A. Bartelds, E. Stobberingh. Urinary tract infections in pre- and postmenopausal women, a different approach for general practitioners? *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 231.
 - J. Nuijen, F. Schellevis, W.A. Satariano, P. Spreeuwenberg, M.D. Birkner, G.A.M. van den Bos, P. Groenewegen. Comorbidity in neurological and psychiatric disease: a general practice based study. *Journal of Clinical Epidemiology*: 21, 2006, nr. suppl., p. 136.
 - S. Nys, J. Koeijers, A. Bartelds, G. Donker, E. Stobberingh. Antibiotic treatment and resistance of unselected uropathogens in elderly women. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 232.
 - S. Nys, E. Nulens, F. van Tiel, G. Donker, E. Stobberingh. Antibiotic resistance and prevalence of PVL-positive staphylococcus aureus in the nose of unselected patients attending general practitioners in the Netherlands. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 62.
 - M.J.E. Pannekeet-Helsen, H. Calsbeek, P.M. Rijken. Influence of environmental and personal factors on social participation: a five year follow-up study in adolescents and young adults with IBD. *International Journal of Behavioral Medicine*: 13, 2006, nr. suppl., p. 123.
 - M.T.E. Puts, D.J.H. Deeg, N. Hoeymans, W.J. Nusselder, F.G. Schellevis. Verschuivingen in de tijd in chronische ziekten en beperkingen. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 84, 2006, nr. 3, p. 74.
 - F. Schellevis. Mental health problems in a range of European countries. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 245.
 - F.G. Schellevis, J. Nuyen, W.A. Satariano, P.M. Spreeuwenberg, G.A.M. van den Bos, P.P. Groenewegen. Comorbidity in neurological and psychiatric diseases: a population based controlled study. *European Journal of Epidemiology*: 21, 2006, nr. suppl.1, p. 136.
 - F.G. Schellevis, J.G. Deckers, W.J. Paget, D.M. Fleming. European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 235.
 - I. Stirbu, A.E. Kunst, F. Vlems, O. Visser, V. Bos, W. Devillé, H.G.J. Nijhuis, J.W.W. Coebergh. Cancer mortality among migrants in the Netherlands: convergence towards the native dutch population. *European Journal of Epidemiology*: 21, 2006, nr. Suppl. 1, p. 88.
 - C. Veenhof, T.J. van Hasselt, A.J.A. Köke, J. Dekker, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende. Factors influencing the success of behavioral graded activity in patients with OA of hip and /or knee: a qualitative study. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 65, 2006, nr. suppl. 2, p. 409.
 - C. Veenhof, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende, G.M. van Dijk, M.F. Pisters, J. Dekker. Psychometric evaluation of osteoarthritis questionnaires: a systematic review of the literature. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 65, 2006, nr. suppl. 2, p. 409.
 - C. Veenhof, A.J.A. Köke, J. Dekker, R.A. Oostendorp,

- J.W.J. Bijlsma, M.W. van Tulder, C.H.M. van den Ende. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip and/or knee: a randomized clinical trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 65, 2006, nr. suppl. 2, p. 409.
- P.F.M. Verhaak, A. Dirkzwager, S.A. Meijer. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*: 61, 2006, nr. 3, p. 377.
 - J. van Weert, J. Jansen, S. van Dulmen, T. Heeren, J. Bensing. Communication with elderly patients preceding chemotherapy: are the patients' needs met? *Critical Reviews in Oncology/Hematology*: 60, 2006, nr. suppl., p. S10-S11.
 - E.M. Zantinge, P.F. Verhaak, D.H. de Bakker, K. van der Meer, J.M. Bensing. The general practitioner's workload and the detection of their patients' psychological problems. *Occhio Clinico*: 2006, nr. suppl. 6, p. 22.

10.9 Factsheets

- H. Calsbeek. Beperkt aantal chronisch zieken heeft problemen met zorgverzekeraar. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- O. Damman, M. Hendriks, D. Delnoij. Ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- D. Delnoij, E. van der Schee. Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2006
- G. Donker. Geen verhoogde sterfte in huisartspraktijk tijdens eerste en tweede hittegolf. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- R.D. Friele, R. Coppen. Een effectieve donormailing: vooral personen tussen 45 en 49 jaar. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- M. Heijmans. Te veel mensen met COPD bewegen te weinig. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- L. Jabaaij, A. Timmermans, J. Dekker, D. de Bakker, F. Schellevis. Jonge kinderen? Zorggebruik van de ouders is hoger dan van leeftijdsgenoten. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J. de Jong, D. Delnoij, P.P. Groenewegen. Verzekerdenmobiliteit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J. de Jong, E. van der Schee. Ruim een kwart van de bevolking wil gebruik maken van het recht om bepaalde zorgverleners de toegang tot hun elektronische patiënten dossier te ontzeggen. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J. de Jong, M. Hendriks, D. Delnoij, P. Groenewegen. Massale overstap van zorgverzekeraar in 2006 lijkt eenmalig: dit jaar wisselt 5% van de bevolking. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J. de Jong, D. Delnoij, P.P. Groenewegen. Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J.D. de Jong, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen. Minder zorggebruik door de no-claimteruggaveregeling? www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Bijna een kwart van de patiënten gaat rechtstreeks naar de fysiotherapeut. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Fysiotherapie gestabiliseerd, veel oefentherapeuten C/M blijven in de min. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, M. Lamers, A. de Kruif. Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden en vakbonden: verwachtingen en ervaringen: deelrapportage Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, februari 2006. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, M. Lamers, A. de Kruif. Scholing door verpleegkundigen en verzorgenden: deelrapportage Panel Verpleegkundigen van Verzorgenden, februari 2006. www.nivel.nl: NIVEL, 2006

- L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Huisartsen in Overijssel: 2000-2015. www.nivel.nl: NIVEL, 2006
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing. Arbeidstevredenheid van verzorgenden weerspiegelt zich in de omgang met demente verpleeghuisbewoners. www.nivel.nl: NIVEL, 2006

10.10 Lezingen en posters

- D.H. de Bakker. How community based is general practice? EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- J.M. Bensing. Hoe te sturen, hoe te kiezen? RGO, Den Haag, 26 januari 2006.
- J.M. Bensing. Hoe meet je de maatschappelijke impact van onderzoek. Congres Kennis Beter Delen III. Veldhoven, 23 maart 2006.
- J.M. Bensing. Bridging the gap with communication; the worlds of evidence-based medicine en patient-centered medicine. 4th German Congress for Shared Decision Making Heidelberg, 30 maart 2006.
- J.M. Bensing. The influence of patients' anxiety on the medical consultation, EACH-congres. Basel, 5-8 september 2006.
- J.M. Bensing. The value of sequential analysis for the study of critical events in health care communication. EACH-congres. Basel, 5-8 september 2006.
- J.M. Bensing. Bridging the gap between evidence-based and patient-centred medicine. Cancer Event Day, Bern, 16 november 2006.
- J.M. Bensing. Writing a grant proposal for applied research. Universiteit Utrecht, Utrecht, 26 april 2006.
- J.M. Bensing. Effective communication as a vehicle for improving health and quality of life for with chronic illness. Congres Therapeutic Patient Education 2006/DAWN, Florence, 28 april 2006.
- J.M. Bensing. The Medical Perspective. Congres Therapeutic Patient Education 2006/DAWN, Florence, 28 april 2006.
- M.J. van den Berg. Remuneration, workload and allocation of time in general practice. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- M.J. van den Berg. 'Payment of GPs and specialists for ambulatory services in the Netherlands' bij: "Internationaler Expierntenworkshop Vergutungsformen für ärztliche Leistungen im Europäischen Vergleich" 30 juni 2006, Siegburg, Duitsland.
- M.J. van den Berg. 'Het meten van prestaties in de huisartspraktijk' Symposium 'verantwoording van kwaliteit in zorg: wie bepaalt de norm en de vorm?' 13 december 2006, Zwolle.
- W.G.W. Boerma. Quality features and evidence on added value of health centres in the Netherlands. Georgian delegation at NIVEL. 28 maart 2006.
- W.G.W. Boerma. Attributes of a successful primary care integration process. Bishkek (Kyrgystan), 11 mei 2006 (Workshop 'Integration of services in primary care').
- W.G.W. Boerma. Research in primary care: use and conditions. Kiev, 23 mei 2006.
- W.G.W. Boerma. Challenges for primary care in Europe (keynote). Sao Paulo (Brazil), 16 juni 2006.
- W.G.W. Boerma. General practice in health care systems of Western Europe; knowing the past, being prepared for the future. Conference of the Danske Regioner; Copenhagen, 10 oktober 2006.
- W.G.W. Boerma, V. Rousovich, F.S. Schellevis, K. Egorov. Different pathways leading to primary care. The case of Lithuania and Belarus. Conference The future of primary care. Utrecht, 12 oktober 2006.
- W.G.W. Boerma. Research in Family Practice in Ukraine; purposes and getting started. Slotconferentie Matra project Coordination of education in Family Medicine in Ukraine. Odessa, 19 december 2006.
- A. van den Brink-Muinen: Does trust in health care influence the user of complementary and alternative medicine by chronically ill patients. EUPHA congres,

- Montreux, 16-18 november 2006.
- H. te Brake. Depressie en het weer. Posterpresentatie op NHG wetenschapsdag. Groningen, 16 juni 2006.
 - H. Calsbeek. Knowledge and attitudes towards genetic testing, a two-years follow up study in patients with asthma, diabetes mellitus and cardiovascular disease. Congres Genomics & Society, towards a socially robust science? Amsterdam, 20-21 april 2006.
 - H. Calsbeek. Long-term effects on social participation: a five year follow-up study of the impact of IBD in adolescents and young adults. 9th International Congress of Behavioral Medicine. Bangkok, 29 november-2 december 2006 (poster).
 - D.M.J. Delnoij, M. Hendriks, W. Brouwer, P.P. Groenewegen. Differences between insurance organisations: do consumers perceive differences in important areas? Presentatie in workshop EUPHA congres, Montreux, november 2006.
 - D.M.J. Delnoij. CAHPS-QUOTE: Een gestandaardiseerde methodiek voor het verzamelen, verwerken en rapporteren van klantervaringen. Symposium bij ZN. Zeist, 12 januari 2006.
 - D.M.J. Delnoij. CAHPS-QUOTE: Een gestandaardiseerde methodiek voor het verzamelen, verwerken en rapporteren van klantervaringen. Symposium van de IGZ. Utrecht, 20 maart 2006.
 - D.M.J. Delnoij. CAHPS-QUOTE: Een gestandaardiseerde systematiek voor het meten en rapporteren van ervaren kwaliteit van zorg. Symposium ter lancering van de CQ Index. Den Haag, 7 juni 2006.
 - W.L.J.M. Devillé. Gastdocent epidemiologie op de 'Amsterdam Masters in Medical Antropology', Amsterdam, 13, 14 en 20 februari 2006.
 - W.L.J.M. Devillé. "EU Data Protection Directive and Health Statistics: problems to solve?". Invitational Expert Meeting "Health-ID Management in Europe", op uitnodiging van VWS, Schiphol-Oost, 21 maart 2006.
 - W.L.J.M. Devillé. Epidemiology and Health care Practice. European Congres of Epidemiology, Utrecht, 1 juli 2006 (poster).
 - W.L.J.M. Devillé. Gastcolleges "Diversiteit naar geslacht, sociaal-economische status en etniciteit" voor het keuzeblok "Diversiteit in ziekte, preventie en zorg" en voor bijeenkomsten Meet the Expert voor 5de jaars studenten geneeskunde in het blok 'Geneeskunde en Maatschappij' aan het UUMC op 10 april, 12 mei, 15 september, 8 oktober, 10 november 2006.
 - W.L.J.M. Devillé. The carousel of migration: consequences for European urban health (care) als voorzitter van de EUPHA section on Migrant Health op de Annual Business and Technical meeting. Op uitnodiging van het WHO European Healthy cities Networks, Turku, Finland 19-22 oktober.
 - W.L.J.M. Devillé. Differences in health care use between asylum seekers and refugees, EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006 (poster).
 - W.L.J.M. Devillé. Contextual factors on immigrant's status: a discussion. Workshop on Health Inequalities, Belgische Vereniging voor Volksgezondheid, Brussel, 15 december 2006. (Discussant op uitnodiging).
 - C.E.M.J. van Dijk. Indicators from general practice databases: some examples from the Netherlands. Bijeenkomst van de Euro-Med-Stat group, Brussel, 16 januari 2006.
 - C.E.M.J. van Dijk. Farmaceutische zorg. Wat doet het NIVEL op dit terrein? Directie GMT van het ministerie van VWS, Den Haag, 14 februari 2006.
 - C.E.M.J. van Dijk. Off-label voorschrijven in de huisartsenpraktijk. Congres Utrechtse Studentenvereniging voor Farmacie, Utrecht, 14 november 2006.
 - C.E.M.J. van Dijk. Self-reported intentional and unintentional non-adherence to medication in general practice population. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006 (poster).

- G.M. van Dijk. Comorbidity en functioneren bij oudere patiënten met artrose van heup of knie, KNGF-jaarcongres, Amsterdam, 10-11 november.
- G.M. van Dijk. Comorbidity en functioneren bij oudere patiënten met artrose van heup of knie. NVR-najaarsdagen, Veldhoven, 21-22 september (poster).
- G.M. van Dijk. Comorbidity and functioning in elderly patients with knee or hip osteoarthritis. EULAR congres, Amsterdam, 23 juni 2006 (poster)
- G.M. van Dijk. The course of functional status and pain in osteoarthritis of hip or knee: a review. EULAR congres, Amsterdam, 23 juni 2006 (poster).
- G.M. van Dijk. Psychological comorbidity and functioning in elderly (potential) rehabilitation patients with osteoarthritis of hip or knee: results from the CARPA-study. 6th P&H Conference, Rolduc, Kerkrade, 8-10 mei 2006.
- A.J.E. Dirkwager. Symposium: ‘Wijzer door onderzoek? Symposium over tien jaar veteranenonderzoek’, Veteraneninstituut, Doorn, 7 december 2006.
- G.A. Donker: Prevalence of antibiotic resistant *Staphylococcus aureus* among general practice patients, EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006. (poster)
- A.M. van Dulmen. Patient Communication: Theories, Realities and Figures About Patient Compliance. National Congress on Health Promotion and Health Education, Marmaris, 11 november 2006.
- A.M. van Dulmen. Tabula Rasa – Onderzoek naar therapietrouw door NIVEL en Universiteit Utrecht. SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Utrecht, 18 mei 2006.
- A.M. van Dulmen. How stress-provoking are simulated bad news consultations for medical students? Symposium Psychophysiology and professional stress. Brussel, 9 mei 2006.
- A.M. van Dulmen. Pursuing self-care; the influence of positive communication on self-care in patients with minor ailments in general practice. EACH congres Basel, 5-8 september 2006.
- A.L. Francke. Videonetwerken in de thuiszorg. NIWZ conferentie over communicatietechnologie in de thuiszorg. Utrecht, 12 april 2006.
- A.L. Francke. Voorkeuren voor eten en drinken van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Symposium “Kracht van Aandacht” over eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen, Utrecht, maart 2006.
- A.L. Francke. Quality collaboratives in the care sector. ZonMW, Den Haag, april 2006.
- R.D. Friele. Health consumer groups and health policy in the Netherlands. Inleiding ESF workshop “Health consumer groups and health policy”, Wenen, 17-19 februari 2006.
- F. de Graaff. Strategies for including parents Ya_ Döneminde Alternatif Egitim Modelleri Sempozyumu Diyarbakir, Turkije, 3-4 juni 2006.
- P.P. Groenewegen. A chain of trust: the governance of relationships in the professions. Conferentie Gesellschaft für Soziologie, Kassel, 10 oktober 2006.
- P.P. Groenewegen. The Dutch health insurance reform: the accumulation of 30 years of thought. EUPHA congres, Montreux, 15-18 november 2006.
- P.P. Groenewegen, J. van der Zee. The Dutch health insurance reform. EUPHA congres, Montreux, 15-18 november 2006.
- J. Hansen. Veranderingen in de positie en het aanzien van gezondheidsprofessionals in de ogen van burgers. Dag van de sociologie, Tilburg, 8 juni 2006
- Ph. Heiligers. Social networks and performance, EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006. (poster)
- Ph. Heiligers. Social networks, performance and satisfaction in medical practice. 6th P&H Conference, Rolduc, Kerkrade, 8-10 mei 2006.

- M. Hendriks. Choosing a health plan: are Dutch consumers loyal to their health insurer? EUPHA conferentie, Montreux, 16 november 2006.
- J.L.M. van den Heuvel. Professional autonomy or anarchy. Jaarcongres van de Europese Divisie van de International Association of Dental Research, Dublin, 15 december 2006.
- J.L.M. van den Heuvel. Oral care for greying populations in industrialized countries. Jaarcongres FDI/World Dental Federation, Shenzhen, 22 september 2006.
- W.M.P. Hooijman, Kinderen verwezen naar de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar of Mensendieck. KNGF congres, Amsterdam, 10-11 november 2006.
- C.J.J.M. IJzermans. Trauma at the dike: longitudinal consequences of a discotheque fire in a former fishing village for the health of adolescent burn victims, their brothers and sisters, peers and parents, as presented in general practice. Invitational conference 'Physical symptoms after disasters', WTC Amsterdam, 20 januari 2006.
- C.J.J.M. IJzermans. Nut en noodzaak van een benchmark Spoedeisende Medische Hulpverlening in opgeschaalde situaties. Invitational conference VWS 'Fail to prepare is prepare to failure', Utrecht, maart 2006.
- C.J.J.M. IJzermans. The London bombings: health protection lessons from London and other international incidents. Health Protection Agency, London, 30 november 2006.
- M. Heijmans. Suffering from chronic illness and still working: the importance of illness perceptions. 20th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Warschau, 30 augustus-2 september 2006.
- D.L. Jansen. Illness/treatment perceptions and overprotection as determinants of labour participation in renal patients. 20th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Warschau, 30 augustus-2 september 2006. (poster)
- J.D. de Jong. The Dutch health insurance reform: consumer mobility. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- J.D. de Jong. Consumentenpanel Gezondheidszorg. Mogelijkheden voor onderzoek onder de algemene bevolking. Presentatie bij de NPCF, Utrecht, 26 juni 2006.
- D.S. Kringos. Socio-economic inequality in utilisation of preventive care services. 5th International conference on health economics, management and policy, Athene, 5-7 juni 2006.
- M. Lamkaddem. Changes in self-reported health status and health care use of Moroccan and Turkish migrants in The Netherlands 2001-2005. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006. (poster)
- Ch. Leemrijse. Wie maken er gebruik van directe toegang fysiotherapie? Presentatie KNGF congres, Amsterdam, 10-11 november 2006.
- Ch. Leemrijse: Effects of direct access to physiotherapy in The Netherlands in 2006. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- J. Maas. The use of nature's health benefits in general practice. ASEM 2nd Symposium on Urban Forestry COST E39 2nd Research Conference, Copenhagen, 28-30 juni 2006.
- R.L. Marquet: Use of the internet for monitoring of influenza-like illness (ILI). EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- P.J.M.L. Mistiaen. Concurrentie en samenwerking in de palliatieve zorg. NPTN-congres, Lunteren, 17 mei 2006.
- P.J.M.L. Mistiaen. Is de EBRO-aanpak de state-of-the-art methodologie? VIKC refereer bijeenkomst richtlijnontwikkeling, Utrecht, 4 september 2006.
- P.J.M.L. Mistiaen. Prevalentie van smetten in Nederlandse gezondheidszorginstellingen 2006. 9e congres Landelijk Prevalentie-onderzoek Zorgproblemen, Utrecht, 19 september 2006.

- M. Morren. Effectiveness of situational feedback to the self-management of low back pain using innovative communication technology. Slotconferentie ZonMw/ Pijnprogramma 3, Nieuwegein, 7 december 2006. (poster)
- M.M.J. Nielen. Usefulness of data from primary care for real-time surveillance of diseases. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- L.E.M.M. Meuwissen. Mapping influenza-activity in Europe. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- W.J. Paget. Unusual influenza activity in Europe during the 2005-2006 winter. 11th EPIET Scientific Seminar, Menorca, 12-14 oktober 2006.
- W.J. Paget. Dimension internationale de la surveillance épidémiologique et virologique de la grippe. Journées de veille sanitaire, Paris, 29-30 november 2006.
- M.J.E. Pannekeet-Helsen. Influence of environmental and personal factors on social participation: a five year follow-up study in adolescents and young adults with IBD. 9th International Congress of Behavioral Medicine, Bangkok, 29 november-2 december 2006.
- P.M. Rijken. Identification and compensation of chronically ill patients with high illness related costs. CaRe-onderzoeksdag, Nijmegen, 16 juni 2006.
- P.M. Rijken. Chronic illness: Loss of health and income, loss of subjective well-being? 20th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Warschau, 30 augustus-2 september 2006.
- F.S. Schellevis. Het concept Comorbiditeit. Invitational Conference ZonMw Den Haag, 1 juni 2006.
- F.S. Schellevis. Workshop Comorbiditeit. NHG-Wetenschapsdag, Groningen, 16 juni 2006.
- F.S. Schellevis. Onderzoek naar comorbiditeit. Invitational Conference ZonMw Den Haag, 10 oktober 2006.
- F.S. Schellevis. Je gaat het pas zien als je het door hebt: multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk [Oratie]. Vrije Universiteit, Amsterdam, 11 oktober 2006.
- F.S. Schellevis. Une étude nationale de la médecine générale aux Pays-Bas. IRDES, Parijs, 21 november 2006.
- F.S. Schellevis, W.G.W. Boerma. General practice in nearby continental Europe. Huisarts-nascholing, Taunton (UK), Somerset, 23 februari 2006.
- F.S. Schellevis, L. Jabaaij. Continuïteit in de huisartsenzorg: nog steeds actueel? Bijeenkomst voor genodigden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) naar aanleiding van het 50-jarig bestaan van het NHG.
- F.S. Schellevis. De huisarts-registratienetwerken in Europese landen. WONCA- congres, Florence, 28-30 augustus 2006.
- F.S. Schellevis. De vergelijkbaarheid op Europees niveau van gegevens over psychische problemen zoals ontleend aan elektronische medische dossiers van huisartspraktijken die deelnemen aan een registratienetwerk. WONCA- congres, Florence, 28-30 augustus 2006.
- H.J.M. Sixma. Patiëntenfeedback met vragenlijsten. ZonMw congres Kennis Beter Delen III, Eindhoven, 23 maart 2006
- H.J.M. Sixma, R. Coppen. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. IGZ Invitational Conference Indicatoren OGZ. Utrecht, 19 mei 2006
- H.J.M. Sixma. Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM). NPCF Invitational Conference, Utrecht, 22 juni 2006
- M. Speet. Towards a panel of people with intellectual disability and their (legal) representatives. 2nd IASSID European congress, Maastricht, 3-5 augustus 2006.
- M. Speet. Zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking: een inventariserend onderzoek (keynote). Congres van Agora over levens-eindezorg van verstandelijk gehandicapten. Bunnik, maart 2006.

- V.M.D. Struben. Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen: gebruik IZEP. Utrecht, Zwolle, Isala Kliniek, RvB VMS project, april 2006
- V.M.D.Struben. Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen: gebruik IZEP. Utrecht, NH Hotels, coördinatoren VMS project, april 2006.
- V.M.D. Struben. Ontwikkeling en functioneren IZEP. Openingsconferentie PV te Rotterdam, juni 2006
- I.C.S. Swinkels. Access to physiotherapy after Dutch reimbursement changes in the period 2004-2005, EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006. (poster)
- I.C.S. Swinkels. Cijfers in de eerstelijns gezondheidszorg. Conferentie VvOCM 'Zorg in beweging', Ede, 12 december 2006.
- I.C.S. Swinkels. Spanningsklachten vaker bij oefentherapie C/M dan bij fysiotherapie. KNGF-congres 2006 Amsterdam 10-11 november 2006 (poster) .
- H. Tates. Online focus group methodology as a tool for collecting data in paediatric oncology. EACH-congres. Basel, 5-8 september 2006.
- H. Tates. Online focus group methodology as a tool for collecting data in paediatric oncology. Werkgroep PPI, Utrecht, 7 maart 2006 .
- H. Tates. Online Focus Group Methodology as Data Gathering Strategy in Paediatric Oncology. 11th World Congress on Internet in Medicine, Toronto, 14-19 oktober 2006.
- H. Tates. Communicatie en rolafbakening in de kinderoncologie. Een analyse vanuit verschillende perspectieven. Najaarsbijeenkomst KWF, Utrecht, 2 november 2006.
- H. Tates. Groepsgesprekken via internet: dé toekomst? Symposium Participatief onderzoek met kinderen, Erasmus MC, Rotterdam, 14 november 2006.
- A.H.M. Triemstra, H.J.M. Sixma. Van kwaliteitsoordelen naar consumenteninformatie. De resultaten van de cliëntenraadpleging Z-org Benchmark Thuiszorg 2004 vertaald naar keuze-informatie. Presentaties voor leden van Z-Org. Bunnik/ Rosmalen/ Zwolle, 15 februari/21 februari /7 maart 2006.
- E. Uiters. Ethnic differences in Health care utilisation. 5th International Conference on Urban Health. Amsterdam, 25-28 oktober 2006.
- E. Uiters, M. Foets, W.L.J.M. Devillé, P.P. Groenewegen. De rol van culturele factoren bij etnische verschillen in zorggebruik . Kennisnetwerk Cultuur en gezondheid, Den Haag, 22 november 2006.
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. Symposium Paul Dieppe, VUmc Amsterdam, 13 januari 2006.
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. 6th P&H Conference, Rolduc, Kerkrade, 8-10 mei 2006.
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. EULAR congres, Amsterdam, 23 juni 2006 (poster).
- C. Veenhof. Psychometric evaluation of osteoarthritis questionnaires: a systematic review of the literature. EULAR congres, Amsterdam, 23 juni 2006 (poster).
- C. Veenhof. Factors influencing the success of behavioral graded activity in patients with oa of hip and/or knee: a qualitative study . EULAR congres, Amsterdam, 23 juni 2006 (poster).
- C. Veenhof. Factoren van invloed op het succes van gedragsmatige oefentherapie bij patiënten met artrose. KNGF-jaarcongres, Amsterdam, 10-11 november 2006.
- C. Veenhof. Factoren van invloed op het succes van gedragsmatige oefentherapie bij patiënten met artrose. NVR-najaarsdagen, Veldhoven, 21-22 september 2006.
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. KARMA Study Days, Amsterdam, 16-17 oktober 2006.

- C. Veenhof. Oefentherapie bij artrose: the state of the art. Artrose: the state of the art 2006, Rotterdam, 31 oktober 2006.
- C. Veenhof. Nederland vergrijst: kansen voor de fysiotherapeut? RGF-dag: Wijs met grijs, Lochem, 1 november 2006.
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip or knee. 9th International Congress of Behavioral Medicine. Bangkok, 29 november-2 december 2006.
- C. Veenhof. Factors influencing the success of behavioral graded activity in patients with oa of hip and/or knee: a qualitative study. 9th International Congress of Behavioral Medicine. Bangkok, 29 november-2 december 2006 (poster).
- C. Veenhof. Het effect van gedragsmatige oefentherapie bij patiënten met artrose van heup of knie. Congres van Nederlandse Behavioral Medicine Federatie, Utrecht, 8 december 2006.
- P.F.M. Verhaak. De verworvenheden van 5 jaar versterking 1e lijns GGZ. ZonMw congres: Kennis Beter Delen III, Veldhoven, 23 maart 2006.
- P.F.M. Verhaak. Mental disorder in the population and in general practice; A study in 10 European Countries. Conference on Culture and International Mental Health, Manchester, 6-7 juli 2006.
- P.F.M. Verhaak. Chronic Presentation of Medical Unexplained Symptoms in Primary Care. 26th European conference on psychosomatic research, Dubrovnik, 26-30 september 2006.
- P.F.M. Verhaak. Vraag-Aanbod Analyse Monitor. Werkconferentie van ROS Noord-Holland Noord. Enkhuizen, 1 november 2006.
- P.F.M. Verhaak. Pijn Stoornis: Prevalentie, beloop en consequenties in termen van functionele beperkingen, medische consumptie en kosten. Conferentie Programma Pijn. Nieuwegein, 7 december 2006 (poster).
- P.F.M. Verhaak. Ratio en emotie in de huisartsgeenkskunde. Jaarlijkse landelijke bijeenkomst van de Balintvereniging. Nieuwegein, 8 december 2006.
- P.F.M. Verhaak. Angst en depressie in de huisartspraktijk: signaleren van risicogroepen. Symposium van het Nationaal Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie. Amersfoort, 14 december 2006.
- R.A. Verheij. Monitoring farmers' health through general practice: 1989 and 2001 compared. 16th International Congress of Agricultural Medicine and Rural Health. Lodi (Italy), 18-21 juni 2006.
- R.A. Verheij. Van weekstaat tot HIS: vergelijkbaarheid van morbiditeitsgegevens uit de papieren registraties en elektronische registratie. Bijeenkomst van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations. Utrecht, 14 januari 2006.
- R.A. Verheij. Naar een landelijke infrastructuur voor het verzamelen van routinematig in huisartsenposten vastgelegde gegevens? Invitational conference. Utrecht, NIVEL, 10 mei 2006.
- R.A. Verheij. Urban health and the availability of green space. Congres Urban and Regional Studies, Roskilde, september 2006.
- A.C. Volkers. Off-label and unlicensed prescribing of psychotropics in children in Dutch general practice (2004). EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006. (poster).
- W. Verheul. Patients with medically unexplained symptoms in general practice: What do they find important and what actually happens during the consultation? EACH-congres. Basel, 5-8 september 2006.
- W. Verheul. De communicatie tussen arts en patiënt bij medisch onverklaarbare klachten. Academisch Café van het Utrechts Universiteitsfonds, Amsterdam, 12 juni 2006.
- W. Verheul. Psychologische aspecten van therapietrouw. VU symposium 'Trouw met Pillen', Amsterdam 21 juni 2006.

- W. Verheul. The Influence of the medical consultation on (shifts in) patients' anxiety level. 6th P&H Conference, Rolduc, Kerkrade, 8-10 mei 2006.
- R. Verkaik. Omgaan met depressie bij ouderen met dementie. Workshop op 9e Leo Cahn symposium in de Reehorst . Ede, 20 november 2006.
- M. Vervloet. Geneesmiddelen in het verkeer. Lezing voor de projectgroep Geneesmiddelen in het verkeer. VWS, Den Haag, 5 oktober 2006.
- C. Wagner. De rol van de diabetesverpleegkundige. Utrecht, LEVV, februari 2006.
- C. Wagner. Ketenkwaliteit en diabeteszorg. Utrecht, HKZ, april 2006.
- C. Wagner. Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen: gebruik COMPaZ. Utrecht, NH Hotels, coördinatoren VMS project, juni 2006.
- C. Wagner. Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen: gebruik COMPaZ. Zwolle, Isala Kliniek, RvB VMS project, juni 2006.
- C. Wagner. Nationaal kwaliteitsbeleid: een overzicht en ontwikkelingen. Oogziekenhuis Rotterdam, juni 2006.
- C. Wagner. Resultaten SBp3 en vliegwielevaluatie. Presentatie voor RvB van 14 ziekenhuizen. Utrecht, 14 september 2006.
- C. Wagner. Evaluatie VIM. VIM coördinatoren en projectteams van 8 ziekenhuizen. Maarsen, 26 september 2006.
- C. Wagner. Ontwikkeling en functioneren IZEP. Projectleidersbijeenkomst ZonMw. Den Haag, 2 november 2006.
- C. Wagner. Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid. Slotbijeenkomst beoordelaars dossierstudie naar adverse events. Amsterdam, 21 november 2006.
- C. Wagner. De veiligheidscultuur in Nederlandse ziekenhuizen. VIM congres KNMG. Utrecht, 24 november 2006.
- C. Wagner. Evaluation of the "Sneller Faster" program, ZonMw, Den Haag
- J.C.M. van Weert. Communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten. Theoretische achtergronden, de meerwaarde van video-onderzoek en het nut van onderzoeksresultaten voor de praktijk. Seminar Verplegingswetenschap UMC. Utrecht, 12 januari 2006.
- J.C.M. van Weert. Veranderprocessen en het nut van communicatie-onderzoek voor de praktijk. Avans Hogeschool. Breda, 11 april 2006.
- J.C.M. van Weert. Ouderen met kanker. Welke informatie wordt belangrijk gevonden en wat wordt onthouden? Expert-meeting voor oudere patiënten met kanker en hun naasten. Utrecht, 28 april 2006.
- J.C.M. van Weert. Educating older patients about chemotherapy: what they want is what they get? 6th P&H Conference, Rolduc, Kerkrade, 8-10 mei 2006.
- J.C.M. van Weert. Voorlichting aan ouderen met kanker. Expert-meeting voor experts op het gebied van ouderen, communicatie en kanker. Utrecht, 16 mei 2006.
- J.C.M. van Weert. Are older cancer patients' needs met during nursing consultations preceding chemotherapy? EACH-congres. Basel, 5-8 september 2006.
- J.C.M. van Weert. Hoe kan voorlichting aan oudere patiënten met kanker met behulp van de behandelwijzer chemotherapie verbeterd worden? Kaderbijeenkomst voor verpleegkundigen. Utrecht, 11 september 2006.
- J.C.M. van Weert. Assessment and intervention of mental health in Dutch nursing homes. Congres Quality Care in Geriatric Psychiatry. Keulen, 21-23 september 2006.
- J.C.M. van Weert. Vier presentaties: In gesprek over chemotherapie. Eindhoven, Catharina Ziekenhuis, Den Bosch, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Amsterdam, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Utrecht, Mesos Medisch Centrum, allen in oktober 2006.
- J.C.M. van Weert. Communication with elderly patients preceding chemotherapy: Are the patients' needs met? Geriatric Oncology: Cancer in Senior Adults. Den Haag, 2-4 november 2006.

- Th.A. Wiegens. Ontwikkelingen in de kraamzorg n.a.v. onderzoek 'Monitoring Kraamzorg II; verkenning van de toekomstige vraag naar kraamzorg'. ActiZ, Bunnik, 11 oktober 2006.
- Th.A. Wiegens. The Future of Primary Health Care in Europe Organisation and workload of midwifery care in the Netherlands. The Future of Primary Health Care in Europe. Utrecht, 12-13 oktober 2006.
- Th.A. Wiegens. Organisation and workload of midwifery care in The Netherlands. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.(poster)
- J. van der Zee: conditions for primary care research. Symposium "Avenir de la recherche en médecine générale en France", Parijs, 24 maart 2006.
- J. van der Zee. The use of medical recording in General Practice as a tool for studying urban/rural health and health care utilization differences. 16th International Congress of Agricultural Medicine & Rural Health, Lodi, 18-21 juni 2006.
- J. van der Zee: Is primary health care consumer proof? The Future of primary health care in Europe, Utrecht, 12-13 oktober 2006.
- J. van der Zee. Conditions for research in General Practice in Europe. International meeting on health sentinel networks, Léon, 19-20 oktober 2006.
- J. van der Zee: Bismarck or Beveridge: a beauty contest between Dinosaurs. EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- E.M. Zantinge. The general practitioners' workload and the detection of their patients' psychological problems. WONCA- congres, Florence, 28-30 augustus 2006.
- E.M. Zantinge. Is the General Practitioner's sensitivity to patients psychological problems related to their workload? EUPHA congres, Montreux, 16-18 november 2006.
- M. Zwaanswijk, Patients' and parents' communication

and role preferences in paediatric oncology. EACH-congres.Basel, 5-8 september 2006 (poster).

10.11 Digitale produkten

(digitale artikelen, - rapporten en -factsheets staan in de betreffende rubrieken vermeld)

Sites

R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL

< <http://www.nivel.nl/beroepenindezorg>>

De beroepenregistraties verzamelt op continue basis gegevens over aantal, samenstelling en spreiding van verschillende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg: werkzame en pas afgestudeerde huisartsen, verloskundigen, ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten-Mensendieck extramuraal werkzame fysiotherapeuten.

Op basis van de gegevens in de registratiesystemen worden een aantal producten geleverd:

- statistischen overzichten
 - spreidingskaarten
 - basisgegevens voor wetenschappelijk onderzoek
 - steekproefkader voor wetenschappelijk onderzoek
- De site bevat cijfers uit recente peilingen en jaarreeksen.

J. de Jong, D. Delnoij. Consumentenpanel Gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL

<<http://www.nivel.nl/consumentenpanel>>

Doel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg.

De uitkomsten van de Consumentenpanel-peilingen worden gebruikt ter ondersteuning van het beleid gericht op versterking van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. De uitkomsten van recente en oudere

peilingen zijn op de site per onderwerp gerangschikt en worden kort omschreven. Uitgebreidere publicaties op basis van de peilingen zijn veelal in PDF-formaat te downloaden.

R.A. Verheij, L. Jabaaij, H. Abrahamse, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland 2005. Utrecht: LINH 2006, <<http://www.nivel.nl/linh>>

Het doel van LINH is representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. De informatie uit LINH dient voor onderbouwing van het landelijk beleid van beroepsgroep en overheid; wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen; en het beantwoorden van vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid in het algemeen. Naast cijfers over o.a. verwijzen, contacten, aandoeningen en voorschrijven in 2004, biedt de site trendcijfers 1997-2004 en een literatuuroverzicht van verdiepingstudies op basis van de verzamelde gegevens.

A.J.E. de Veer, A.L.Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel Verplegende & Verzorgenden, Utrecht: NIVEL <<http://www.nivel.nl/panelvenv>>

Doel van het Panel is op landelijk niveau informatie verzamelen over de meningen en ervaringen van verpleegkundigen over beroepsinhoudelijke onderwerpen. De uitkomsten van de peilingen onder het panel worden gebruikt om naar de politiek en de landelijke koepelorganisaties aan te geven hoe het werk van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker gemaakt kan worden. Voorbeelden van onderwerpen die aan bod zijn gekomen zijn functiedifferentiatie, de kwaliteit van zorg, en de zorg rondom een overlijden.

De site geeft een overzicht van de uitgevoerde peilingen en de resultaten daarvan.

C. Wagner, M. Geurts. European research Network on Quality Management in Health Care. <<http://www.nivel.nl/enqual>>

Deze Engelstalige site ondersteunt een netwerk van Europese onderzoekers op het gebied van kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. De site geeft een overzicht van gehouden workshops (presentaties). De lijst met deelnemende landen geeft toegang tot de CV's van individuele onderzoekers in het netwerk.

I.C.S. Swinkels, D. de Bakker. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg 2005, Utrecht 2006: <<http://www.nivel.nl/lipz/>>

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een net-werk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en praktijken voor oefentherapie-Mensendieck. Het doel van het LiPZ-project is een representatieve, continue informatie-verzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld over vijf elementen van het zorgproces, te weten patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie. De site bevat de jaarcijfers van 2004 en meerjarencijfers. Daarnaast biedt de site een overzicht over publicaties als jaarboeken, factsheets artikelen en columns.

F.G. Schellevis, G.P. Westert. De Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. <<http://www.nivel.nl/nationalestudie/>>

De tweede nationale studie is een vervolg op de eerste nationale studie. Het doel van beide onderzoeken is om

te voorzien in de behoefte aan actuele, nationaal representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. De beantwoording van de vraagstellingen is gegroepeerd rond zes onderzoeksthema's: gezondheid en ziekte, gebruik van zorg, verschillen in gezondheid en gebruik van zorg, kwaliteit van de huisartsenzorg, huisarts-patiënt communicatie en organisatie van de huisartsenzorg. De site geeft per thema een overzicht over de veelheid van informatie die in de studie is verzameld en over de op basis hiervan verschenen publicaties.

Dossiers op www.nivel.nl:

- A. Francke, P. Mistiaen. Palliatieve Zorg
<<http://www.nivel.nl/palliatief>>
Informatie over vraag, aanbod, gebruik van en behoefte aan palliatieve zorg; Antwoorden op veel gestelde vragen; informatie over beleidsontwikkelingen op het terrein van palliatieve zorg.
- T. Meerhoff, J. Paget. Griep
<<http://www.nivel.nl/griep>>
Informatie over griep en griepvaccinatie; in het griepseizoen wordt wekelijks de griepactiviteit in Nederland gerapporteerd. Links.
- P. Verhaak. Eerstelijns GGZ
<<http://www.nivel.nl/eerstelijnsGGZ>>
Informatie over vraag naar en aanbod in de eerstelijns GGZ.
- L. van Dijk. Farmazorg
<<http://www.nivel.nl/farmazorg>>
Informatie over NIVEL-onderzoek op het gebied van voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.
- J. de Jong. Stelselwijziging
<http://www.nivel.nl/stelselwijziging>
Informatie over NIVEL-onderzoek op het gebied van de Stelselwijziging.

Bijdragen aan andere sites

R.A. Verheij, F.S. Schellevis, L. Hingstman, D.H. de Bakker. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Huisartsenzorg, 11 september 2006

I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Eerstelijnszorg\ Paramedische zorg\ Fysiotherapie, 11 december 2006.

J.M. Peeters, A.L.Francke: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Verpleging en verzorging, 26 juni 2006.

Het NIVEL werkt in een krachtenveld waarin het ministerie van VWS, de financiers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepelorganisaties en de patiëntenverenigingen ieder hun rol spelen. Bij de samenstelling van het bestuur is hiermee rekening gehouden. In het bestuur hebben dan ook personen zitting uit kringen van het veld, het beleid (te weten financiers en consumenten) en de wetenschap. Op deze manier wordt zowel de onafhankelijkheid van het instituut gewaarborgd en blijft het NIVEL verbonden met zijn draagvlak: de instellingen ten behoeve waarvan het onderzoek wordt gedaan.

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 2006 vier keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 2006.

Samenstelling Algemeen Bestuur NIVEL per 31 december 2006

Leden

Mw. dr. E. Borst-Eilers*

F.B.M. Sanders*

Dr. J.H. Hagen*

Voorzitter

Secretaris

Penningmeester

Leden uit de kring van zorgaanbieders

Mw. drs J. Bont

Mw. J. Boetes, MBA

Dr. N.L.U. van Meeteren

Voorgedragen door:

Landelijke Huisartsen Vereniging

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Koninklijk Nederlands Genootschap
voor Fysiotherapie

Orde van Medisch Specialisten

Arcares (Brancheorganisatie Verpleging
en Verzorging)

Dr. R.M. Valentijn

Drs. J.H.W.P. Stienen

*Leden uit de kring van verzekeraars/
consumenten*

Drs. M.A.J.M. Bos

Ir. B.F. Dessing

Dr. R. Luijk

Mw. drs. I. van Bennekom- Stompedissel

Voorgedragen door:

Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland

Consumentenbond

Nederlandse Patiënten/Consumenten
Federatie

Leden uit de kring van de wetenschap

Prof.dr. E. Schadé*

Prof.dr. E.C. Klasen

A.E. Timmermans, arts

Voorgedragen door:

UvA / AMC Hoogleraar huisartsgenees-

kunde, voorgedragen door staf NIVEL

lid Raad van Bestuur Leids Universitair

Medisch Centrum (LUMC) voorgedragen

door staf NIVEL

Nederlands Huisartsen Genootschap

Adviseurs

Drs. H.J. Smid

Mw. G.C. Rijninks-van Driel

Mw. drs. J.M.M. Willemse

Mw. dr.ir. L. van Dijk

ZonMw

Koninklijke Nederlandse Organisatie van

Verloskundigen

Verpleegkundigen en Verzorgenden

Nederland

Ondernemingsraad NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Wetenschappelijk personeel

Directie

Bensing, prof.dr. J.M.

Zee, prof.dr. J. van de

Afdelingshoofden

Groenewegen, prof.dr. P.P.

Friele, dr.ir. R.D.

Bakker, dr. D.H. de

Programmaleiders

Delnoij, dr. D.M.J.

Rijken, dr. P.M.

Devillé, dr. W.L.J.M.

Schellevis, prof.dr. F.G.

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

Verhaak, dr. P.F.M.

Dulmen, dr. A.M. van

Veenhof, dr. C.

Francke, dr. A.L.

Wagner, dr. C.

Hingstman, dr. L.

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

Onderzoekers

Albada, drs. A.

Brouwer, drs. W.

Arkema, dr. J.M.S.

Bruijn, drs. M. de

Beek, drs. A.P.A. van

Calsbeek, dr. H.

Berg, drs. M.J. van den

Cardol, dr. M.

Bekke, drs. S.C.G. ter

Coppen, mr. drs. R.

Boerakker, drs. I.W.R.

Damman, drs. O.C.

Boerma, dr. W.G.W.

Dijk, drs. G.M. van

Bongers, F., huisarts

Dirkzwager, dr. A.J.E.

Bos, drs. J.T.

Donker, dr. G.A.

Bosch, drs. J.E. van den

Dorn, drs. T.

Brake, dr. H. te

Dückers, drs. M.L.A.

Brandt, dr. H.E.

Elzen, dr. A. van den

Brink-Muinen, dr. A. van den

Emmen, dr. M.J.

Fassaert, drs. T.J.L.
 Gelsema, drs. T.I.
 Graaff, drs. F.M. de
 Hansen, dr. J.H.H.I.
 Heijmans-Rigeaux, dr. M.
 Heiligers, dr. Ph.
 Hendriks, dr. M.
 Heuvel, drs. J.L.M.van den
 Hofhuis, dr. E.H.
 Jabaaij, dr. L.
 Jansen, drs. J.
 Jansen, drs. D.L.
 Jongh, drs. D.M. de
 Jong, drs. J.D. de
 Kaldenhoven, drs. S.
 Kenens, drs. R.J.
 Kerssens, dr. J.J.
 Kringos, drs. D.S.
 Kroneman, dr. ir. M.W.
 Lamkaddem, drs. M.
 Leemrijse, dr. Ch.
 Lugtenburg, drs. M.
 Maas, drs. J.
 Marquet, dr. R.L.
 Meerhoff, drs. T.J.
 Meiberg, drs. A.E.
 Meijer, dr. S.A.
 Merten, drs. H.
 Meuwissen, dr. L.E.M.M.
 Mistiaen, drs. P.J.M.L.
 Morren, drs. M.
 Muysken, J.
 Nielen, drs. M.M.J.
 Noordman, drs. J.
 Nuijen, drs. J.
 Nuijen, drs. T.
 Paget, dr. W.J.
 Pannekeet-Helsen, dr. M.J.E.
 Peeters, dr. J.M.
 Peters, drs. L.
 Pieterse, dr. A.W.
 Poel, drs. K.A. van der
 Poortvliet, drs. M.C.
 Prins, drs. M.A.
 Rupp, dr.I.
 Ruth, drs. L.M. van
 Schee, drs. E van der
 Sixma, dr. H.J.M.
 Slottje, dr P.
 Sluijs, dr. E.M.
 Smit, drs. M.C.
 Smits, drs. M.
 Sonsbeeck, drs. D.D. van
 Speet, drs. M.
 Spijkers, drs. K.F.J.
 Steen, dr.ir. J.T. van der
 Struben, drs. V.M.D.
 Stubbe, dr. J.H.
 Swinkels, drs. I.C.S.
 Tates, dr. H.
 Triemstra, dr. A.H.M.
 Veenhof, dr. C.
 Veer, dr. A.J.E. de
 Velden, dr. L.F.J. van der
 Verheij, dr. R.A.
 Verheul, drs, W.
 Verkaik, drs. R.
 Verschuuren, drs.M.
 Vervloet, drs. M.
 Volkers, dr. A.C.
 Vugts, drs. C.J.
 Weert, dr. J.C.M. van
 Wegman, dr. A.C.M.
 Wiegers, dr. Th.A.

Wijnands, drs. J.M.
Wolters, drs. I.
Zantinge, drs. E.M.

Zegers, drs. H.W.M.
Zuidgeest, drs. M.
Zwaanswijk, dr. M.

Kenniscentrum

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

Jongkind, ir. L.F.
Otten, drs. R.N.
Visser, Th.
Winckers, drs. M.

Wetenschappelijk onderzoeksondersteuning

Systeembeheer

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

Research medewerkers

Abrahamse, H.P.H.
Broek, drs. R.W. van den
Davids, R.N.
Gravestein, J.V.

Kerkhof, ing. M.J.W. van
Pasveer, drs. D.
Spreeuwenberg, drs. P.M.M.
Veen, drs P.M.H. ten

Veldwerkcoördinatoren

Pisters, drs. M.

Vuur, drs. P. bij 't

Videotheek

Groot, drs. J. de
Kruijsdijk, R.A.J.T. van

Seuntjens, drs. M.M.

Medewerkers enquêtekamer

Hermans, drs. I.M.J. (coördinator)

Baarle, J.M. van

Medewerkers data-entry

Dussenbroek, A.M. (coördinator)

Hoekstra, J.

Administratieve medewerkers registratiesystemen

Franke-Kasteleijn, A.

Scheepmaker, A.F.

Secretariaten

Brink, H.W.M. van den
 Brouwer-van Beurden, M.W.
 Faassen, A.
 Geelkerken-van Wijk, M. van
 Heshusius-van Valen, M.
 Karamat Ali, I.M.

Kimmelaar, M.A.M.
 Leeuwe, M.E. van
 Saya, D.
 Stoeten-Verbeek, K.M.
 Well, C.J.M. van

Overige projectondersteuning

Beek, K.E.C. van
 Brok, H.M.
 Brouwer, R.M.
 Dufourné, W.

Hooijman, W.M.P.
 Ouwerkerk, J.W.
 Stegeman, I.
 Zoelen-Bouwman, P.S. van

Bibliotheek en documentatie

Berg, R. van den (Hoofd)
 Breuning, E.

Carlier, A.V.
 Schoonmade, L.J.

Algemeen ondersteunend en beheerspersoneel**Hoofd algemene zaken**

Berg, W. van den

Projectbeheer

Bosman, ir. J.M. (hoofd)

Vonk, ir. E.

Financiële administratie

Blokland, E.A.M. van
 Philipse, M.P.

Vlug-Scheenstra, I.B.

Personeelszaken

Hilst-Huijgen, A.C. van der
 Rooseboom-Schinkel, drs. E.E.

Kamphuis, mr. S.A.

Salarisadministratie

Kerkman-Pouw, A.

Directiesecretariaat

Wegen, M. van der

Koff, A.H.M. de

Beheer

Kraus, dr. E.

Spruit, W.L.

Automatisering

Contente Lopes, A.J.

IJsselsteijn, R.

Kantine

Cornelissen, M.M.J.

Emmerik, J. van

Goris-Puyk, M.

Koolen-Hazendonk, A.

Receptie

Beijers-de Boer, A.

Houthuijzen-Bachmann, H.

Snoek-van Dorp, A.

EUPHA

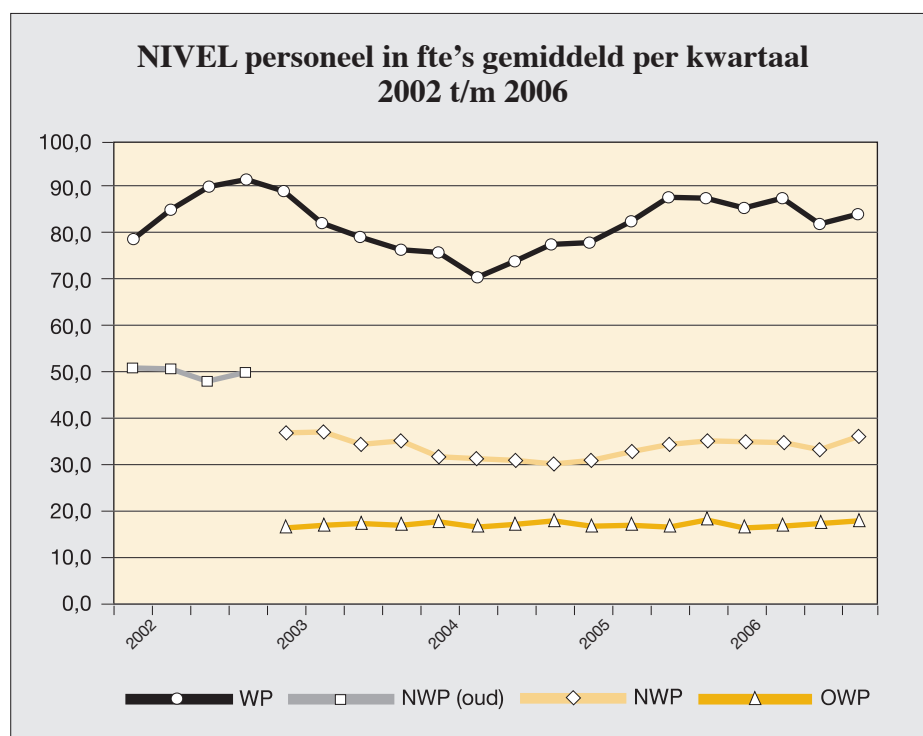
Zeegers Paget, dr.mr. D.

Wageningen, drs. G.M.J. van

Gemiddelde formatie

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde personeelsbezetting van het NIVEL per kwartaal over de afgelopen 5 jaar. Het wetenschappelijke personeel en het ondersteunend wetenschappelijke personeel heeft zich vanaf de tweede helft van 2005 min of meer gestabiliseerd. Ook het niet wetenschappelijk personeel is min of meer constant gebleven.

Figuur 1: NIVEL personeel in fte's gemiddeld per kwartaal



In tabel 1 wordt over de periode 2002 tot en met 2006 een overzicht van de formatie per functie in aantallen medewerkers gegeven. De peildatum is steeds 31 december. Het aantal personeelsleden op deze peildatum is zeker geen afspiegeling van de gemiddelde bezetting zoals die door het hele jaar heen is geweest.

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

	2002	2003	2004	2005	2006
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	13	11	10	10	10
Onderzoekers > 6 ancienniteitsjaren*	39	37	39	40	46
Onderzoekers	55	33	39	44	36
Onderzoeksondersteuning	50	53	52	57	70
Kenniscentrum**	9	8	8	9	10
Niet wetenschappelijk personeel	22	22	24	26	24
Totaal	193	169	177	191	201

* tot 2005 werden tot deze categorie de onderzoekers vanaf schaal 10.7 gerekend, vanaf 2005 wordt uitgegaan van schaal 10.6. Dit heeft een verschuiving tussen de categorie onderzoekers en onderzoekers >6 ancienniteitsjaren tot gevolg.

** Vanaf 2003 wordt de bibliotheek meegenomen in de categorie kenniscentrum, voorheen viel de bibliotheek onder de categorie managementondersteuning.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuimcijfers van het NIVEL zit ruim onder het cijfer wat landelijk geldt voor organisaties in de niet commerciële dienstverlening (2005: 4%). In 2006 is er een lichte stijging waar te nemen t.o.v. 2005, maar het blijft nog steeds een laag niveau. De meldingsfrequentie is 0,9 ziekmelding per medewerker per jaar.

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

	totaal verzuim percentage
2002	4,1%
2003	4,6%
2004	3,8%
2005	2,6%
2006	2,9%

Omvang subsidies

In figuur 2 is de omvang van de subsidies van het NIVEL weergegeven voor de periode 2002-2006. De omzet is licht gestegen t.o.v. 2005.

Figuur 2: Omvang subsidies NIVEL 2002-2006

