

NIVEL
Nederlands instituut voor
onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres : Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
Bezoekadres : Otterstraat 118-124, Utrecht
Telefoon : 030 - 2729700
Fax : 030 - 2729729
Website : www.nivel.nl
: www.nivel.eu

Jaarboek 2009



Jaarboek 2009

ISBN 978-94-6122-013-4

www.nivel.nl

www.nivel.eu

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Voorwoord: Krijgen we in Nederland nu Amerikaanse toestanden?	6
Inleiding	8
<i>Interview: Surveillance van de Mexicaanse griep, Gé Donker</i>	9
1 Gezondheid en ziekte	11
1.1 Meer ADHD	11
1.2 Ziek van het nieuws	12
1.3 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	12
1.4 Dementie steeds belangrijker doodsoorzaak	13
1.5 Kinkhoest is tienerziekte geworden	14
1.6 Voor soa gewoon met je plasje naar de dokter	15
1.7 Voorspellen van functionele achteruitgang bij artrose	16
<i>Interview: Consumer Quality-index, Jany Rademakers</i>	17
2 Verwachtingen en ervaringen van patiënten	19
2.1 CQ-index mammacare op de internationale kwaliteitskaart	19
2.2 Online focusgroepgesprek goed alternatief	20
2.3 Cliënt wil betrouwbare en deskundige huishoudelijke hulp	21
2.4 Klager wil gehoord worden!	22
2.5 Oratie: ook migrant is klant in de gezondheidszorg	23
2.6 Apotheek scoort met service	24
<i>Interview: Project VOICE, Sandra van Dulmen</i>	26
3 De praktijk van de zorg	28
3.1 Ouderen met kanker onthouden weinig van de verstrekte informatie	28
3.2 Proefschrift over oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen in ziekenhuizen	29
3.3 Richtlijn voor plezier in de zorg voor mensen met dementie	30
3.4 Zonder verwijfsbrief andere fysiotherapiebehandelingen	31
3.5 Verpleegkundigen en verzorgenden staan steeds vaker voor dilemma's	32
3.6 Cursus helpt nierpatiënt bij grip op leven en werk	33
3.7 Praktijkondersteuner doet steeds meer astma en COPD-zorg	34
3.8 Communicatie rond cholesterolverlagers moet beter	36

Interview: Patiëntveiligheid, Cordula Wagner 37

4 Aanbod en organisatie van de zorg 39

- 4.1 Nieuwe technologie: alleen als de zorg er beter van wordt 39
- 4.2 Nederland loopt voorop met kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg 40
- 4.3 Wit-Rusland wil zichtbare huisarts 41
- 4.4 Huisartspraktijk groeit uit tot kleine gezondheidszorgorganisatie 43
- 4.5 Verbeter de veiligheid in het ziekenhuis per afdeling 44
- 4.6 Ziekenhuisbestuur moet kwaliteit zichtbaar stimuleren 45
- 4.7 Kwaliteit Oezbeekse eerste lijn krijgt gezicht 46
- 4.8 Ondersteuning voor psychische problemen in de huisartspraktijk 47
- 4.9 Britse huisarts verdient het best 47
- 4.10 Meer huisartsopleiders nodig 49

Interview: Evaluatie van de stelselwijziging, Roland Friele 50

5 Structuur en sturing van de zorg 52

- 5.1 Nederlander gaat vaker en langer naar de huisarts 52
- 5.2 Vijftig websites met keuze-informatie voor zorgconsumenten 53
- 5.3 Patiënten hebben ook plichten 54
- 5.4 Compensatie voor eigen risico nog onbekend 55
- 5.5 Kanttekeningen bij bekostiging van ketenzorg per ziekte 56
- 5.6a Nieuwe zorgwetten maken patiënt nog niet mondiger 57
- 5.6b Eerstelijnszorg in Nederland te versnipperd 57
- 5.7 Collectieve zorgverzekering 58
- 5.8 Openbaarheid verbetert prestaties zorgverzekeraars 59
- 5.9 Onbekwaam blijft onbevoegd in de gezondheidszorg 60
- 5.10 Evaluatie zorgverzekeringswet: solidariteit moet je goed organiseren 62

Interview: Participatiemonitor, Mieke Cardol 65

6 Uitkomsten 67

- 6.1 Australische Medische Schapenvacht voorkomt doorliggen 67
- 6.2 Proefschrift over onbedoelde schade in ziekenhuizen 68
- 6.3 Mantelzorg voor dementiepatiënten onverminderd zwaar 69
- 6.4 Jongere chronisch zieke of gehandicapte heeft vaak betaalde baan 70

6.5	Patiëntveiligheid in GGZ en Verslavingszorg	70
	<i>Interview: Evaluaties met de WHO in Oost Europa en verder, Wienke Boerma</i>	72
7	Verspreiding van NIVEL kennis en expertise	75
7.1	Verspreiding van NIVEL kennis	75
7.2	Externe lidmaatschappen, commissies, redacties	76
8	Publicaties	83
8.1	Internationale artikelen	83
8.2	Internationale boeken en boekbijdragen	90
8.3	NIVEL dissertaties	91
8.4	Overige dissertaties	92
8.5	Oraties	92
8.6	Nederlandse wetenschappelijke artikelen	93
8.7	Artikelen in vaktijdschriften	94
8.8	Nederlandse boeken en boekbijdragen	96
8.9	NIVEL rapporten	97
8.10	Gepubliceerde abstracts	100
8.11	Factsheets	102
8.12	Lezingen en posters	102
8.13	Digitale producten	112
9	Het bestuur en de Raad van Toezicht	113
10	Personele zaken	115

Krijgen we in Nederland nu Amerikaanse toestanden?

Vlak voor de invoering van de Zorgverzekeringswet werd me deze vraag gesteld door een journalist. De wedervraag was wat ik me daar dan bij zou moeten voorstellen. Dat kwam neer op een groot aantal onverzekerden, gebrek aan solidariteit, uit de hand lopende kosten en moordende concurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders. Zoals ik dat heb geleerd, heb ik hem beloofd met een kwartiertje terug te bellen. Dat gaf tijd om erover na te denken. En ik heb hem met een echt onderzoekersantwoord teruggebeld: nee en ja.

Waar zat het nee in? Het nee zat in een aantal krachtige garanties die in het nieuwe verzekeringsstelsel zijn ingebouwd en die nu juist dat soort Amerikaanse toestanden moeten voorkomen. De verzekeringsplicht aan de kant van de burgers, de plicht van verzekeraars om iedereen te accepteren zonder premiedifferentiatie, een identiek basispakket voor iedereen, de zorgplicht van zorgverzekeraars om voldoende zorg te contracteren dan wel te bemiddelen voor hun verzekerden, compensatie voor de hoge nominale premie voor minder draagkrachtigen en goed toezicht op de marktverhoudingen en de kwaliteit van zorg. Dat is inderdaad een mooie serie garanties die Obama bij de uitwerking en implementatie van zijn hervormingswet nog ingevoerd moet zien te krijgen. Waarom dan toch ook ja? Elk van deze garanties kan onder omstandigheden in het omgekeerde verkeren.

Ja, er is een verzekeringsplicht, maar zolang er geen goed systeem is om die af te dwingen zijn er onverzekerden en nog meer wanbetalers. Bij een zo hoge nominale premie ligt opportunisme op de loer. Daarnaast zijn er onder de onverzekerden mensen die het systeem niet begrijpen en voor wie extra aandacht nodig is.

Ja, verzekeraars moeten iedereen accepteren, maar risicoselectie is mogelijk via collectieve contracten en door de aanvullende verzekering. Het grootste deel van de verzekerden heeft een collectief contract, meestal via het werk. Daarbij is de premie een belangrijkere overweging dan de kwaliteit van zorg of van dienstverlening. Voor patiëntenorganisaties die patiënten verenigen wier aandoening niet wordt gecompenseerd in het vereveningssysteem, is het lastiger een aantrekkelijk collectief contract af te sluiten. Wisselen van basisverzekering met behoud van de aanvullende verzekering bij de oorspronkelijke verzekeraar wordt onaantrekkelijk gemaakt.

Ja, er is een identiek en veelomvattend basispakket voor iedereen. Maar wat zijn de opties als de kosten van de gezondheidszorg stijgen? Blijft het basispakket dan in stand of moeten er delen uit. Op het moment dat ik deze inleiding schrijf, zijn ambtelijke werkgroepen bezig om ideeën te genereren voor grote bezuinigingen op de collectieve uitgaven. Forse beperkingen van het basispakket doen daarbij ook de ronde. Beperking

van het basispakket versterkt het potentiële probleem van risicoselectie via de aanvullende verzekering.

Ja, er is een zorg- dan wel bemiddelingsplicht voor verzekeraars, maar de vormgeving daarvan hangt wel af van de opstelling van zorgverzekeraars. Profileren ze zich als sociale zorgverleners of als schadeverzekeraars? Stellen ze uiterst selectieve polissen op waarin alleen van een zeer beperkte set van aanbieders gebruik mag worden gemaakt, zoals in de Zekurpolis? Maken ze juist heel ruime polissen maar laten ze het aan de verzekeren over om hun zorg te vinden?

Ja, er is een zorgtoeslag voor mensen voor wie de nominale premie erg hoog is. Maar de zorgtoeslag kan verlaagd worden. Dat was een van de eerste opties die werd gehoord in de discussie over bezuinigingen op de collectieve lasten.

En ja, er is een NZa die toezicht houdt en die markten kan maken. Er is een IGZ die eisen aan de kwaliteit kan stellen. Maar aan de voorwaarden waaronder een gereguleerde markt kan werken, zoals transparantie en betrouwbare en begrijpelijke informatie voor patiënten, is op de meeste gebieden nog niet voldaan.

En dan tenslotte dat punt van de kosten. Vraaggestuurde zorg is een mooi idee, maar tegelijk ook te weinig doordacht. Gezondheidszorg is altijd tot op zekere hoogte aanbod gestuurd. Immers, zorgaanbieders weten meer over wat patiënten nodig hebben dan patiënten zelf. Dat is de bestaansgrond voor professionals in de zorg die niet voor niets een lange opleiding hebben. We kunnen van die professionals eisen dat ze patiëntgericht werken, maar dat is nog iets anders dan vraaggestuurd. Als er een ding duidelijk is uit decennia van onderzoek van de gezondheidszorg, dan is het wel dat macrobeheersing van kosten om sturing van aanbod vraagt. Er is geen reëel bestaand systeem van gezondheidszorg zonder aanbodsturing dat in staat is om de kosten te beheersen. 'A bed built is a bed filled'. Hier zit een groot spanningsveld tussen de huidige ideologie van vraagsturing en keuzevrijheid en de harde werkelijkheid van de wens van de overheid om de collectieve lasten te beperken.

Ondertussen is de hervormingswet in de Verenigde Staten aangenomen. Er komt een meer solidair verzekeringssysteem waarin onder meer bestaande ziekten niet meer worden uitgesloten en geen levenslange maxima aan de uit te keren kosten voor gezondheidszorg meer toegestaan zijn. In de aanloop van de stemming over de wet hoorde je in de VS: krijgen we nu Nederlandse toestanden? Waarbij gedacht werd aan vergaande rantsoenering, abortus en euthanasie. En waar wij het huidige Nederlandse systeem meer liberaal vinden dan wat we hadden, wordt Obama als communist afgeschilderd.

Prof. Dr. P. P. Groenewegen
Directeur

Inleiding

Bij onderzoek draait het om de inhoud. Daarom staat de inhoud van ons onderzoek centraal in dit jaarboek. U treft een bloemlezing aan van de resultaten van ons onderzoek uit 2009, met daarbij de verwijzingen naar de publicaties. Voor elk van deze publicaties geldt dat ze, via www.nivel.nl, voor iedereen toegankelijk zijn. Daarmee hopen we er aan bij te dragen dat iedereen kan beschikken over dezelfde inhoudelijke kennis over de gezondheidszorg.

Ons onderzoek betreft vrijwel de gehele gezondheidszorg. Het is verdeeld in zes onderzoeksdomeinen, die zijn weergegeven in bijgaand overzicht. Deze verdeling gebruiken we ook in dit jaarboek.



Maatschappelijke impact

Het NIVEL doet toepasbaar onderzoek. De daadwerkelijke toepassing in de praktijk wordt echter in grote mate bepaald door factoren die buiten dit onderzoek liggen. Toch kan de manier waarop het onderzoek wordt gedaan wel bijdragen aan die toepassing. In een zevental casus gaan we wat dieper in op die toepassing, soms op basis van de ervaringen met één enkele studie, vaker op basis van langduriger onderzoek.

Surveillance van de Mexicaanse griep: Gé Donker

Het NIVEL volgde het hele afgelopen jaar het vóórkomen en de verspreiding van de Mexicaanse griep, die uitgroeide tot een pandemie. De infrastructuur om de seizoensgriep te volgen bestaat al sinds 1970 en werd in de zomer ingezet voor surveillance van het pandemisch virus. Gé Donker over de griepsurveillance binnen de peilstations van de Continue Morbiditeits Registratie.

Waarom volgen wij de griep?

“Informatie over het verloop van een griep-epidemie is belangrijk. Iedere winter duikt het influenzavirus weer op en worden relatief veel mensen getroffen. Zwakkere en kwetsbare

mensen hebben een verhoogd risico op ernstige complicaties of sterfte. Daarom krijgen zij ieder seizoen een vaccin aangeboden. Anderen raken door ziekte tijdelijk arbeidsongeschikt of verzuimen school. Als je een beeld hebt van de besmettelijkheid, kun je tijdig maatregelen nemen, bijvoorbeeld scholen sluiten, de ziekenhuiscapaciteit verhogen of operaties uitstellen om intensive-carecapaciteit vrij te houden. Bij een pandemie is er een nieuw virus waartegen in de beginfase nog geen immuniteit of vaccin bestaat. In de vroege fase van een pandemie zijn alle maatregelen er daarom op gericht verspreiding van het virus zoveel mogelijk te voorkomen en zo tijd te winnen om een vaccin te ontwik-

kelen. In die fase is het nog belangrijker te zien hoe de verspreiding verloopt. Je weet dan of de maatregelen om de gevolgen beperkt te houden effect hebben.”

Hoe volg je een griep epidemie?

“Het NIVEL volgt de griep binnen de Continue Morditeits Registratie Peilstations. Dit is een steekproef van huisartsen in Nederland. Voor het volgen van de Mexicaanse griep is deze groep tijdelijk uitgebreid met een aantal praktijken uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. De huisartsen houden dagelijks bij hoeveel mensen zich met griepachtige verschijnselen bij de praktijk melden. Van een steekproef van die patiënten nemen ze een monster af voor laboratoriumonderzoek. Op basis van de door de huisartsen geregistreerde aantallen patiënten maken we een schatting van de landelijke verspreiding en met behulp van de steekproef van monsters weten we of het daadwerkelijk om griep gaat en om welke variant van het influenzavirus. De griepsurveillance in Nederland vindt plaats in samenwerking tussen het NIVEL dat de cijfers levert over het aantal mensen met griepachtige verschijnselen, en het RIVM en de afdeling Viro-

logie van het Erasmus Medisch Centrum die het virologisch onderzoek doen. Samen vormen deze drie het Nationaal Influenza Centrum.”

Wat leverde dit op bij de Mexicaanse griep?

“Wij leverden de wekelijkse stand van zaken over de verspreiding van de Mexicaanse griep onder de bevolking, met daarbij de bevestiging uit het laboratorium dat het in bijna alle gevallen inderdaad ging om het pandemisch virus. Al vóór het uitroepen van de pandemie zijn we begonnen de verspreiding te volgen. Normaal volgen we de griep alleen in de winter. Vorig jaar hebben we het hele jaar rond de griep gevolgd. De Mexicaanse griep bereikte in Nederland in oktober een epidemische omvang en in Nederland bleken vooral kleine kinderen en jongeren door de griep getroffen te worden, terwijl ouderen gespaard bleven. Het aantal mensen dat ziek is geweest, bleek achteraf niet meer dan bij een normale seizoensgriep. Zo was het NIVEL de informatiebron over de verspreiding van het – in de laboratoria aangetoond – pandemisch virus in Nederland.”

In het onderzoeksdomein Gezondheid en Ziekte staat de vraag naar de epidemiologie van ziektes centraal. Ongezondheid is één van de determinanten van zorggebruik.

1.1 Meer ADHD

Sinds 2003 krijgen ieder jaar meer kinderen de diagnose ADHD. Vooral jongens, maar ook meer meisjes, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in *Huisarts & Wetenschap*.

Meisjes met ADHD

Jongens krijgen veel vaker de diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) dan meisjes, maar bij zowel jongens als meisjes is de diagnose de laatste jaren vaker gesteld. “Dat nu ook steeds vaker meisjes de diagnose ADHD krijgen, is opvallend”, stelt NIVEL-onderzoeker Liset van Dijk. “Dat zie je ook in de medicatie. Het aantal meisjes met ADHD-medicatie stijgt gemiddeld per jaar met 25,5% en jongens met 14,1%. Door het veel grotere aantal jongens met ADHD blijft het absolute aantal jongens sterker stijgen.” Volgens cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen is in 2007 34% meer ADHD-medicatie voorgeschreven dan het jaar daarvoor. Er is de laatste jaren bovendien meer keus. Voor de behandeling van ADHD zijn nieuwe generieke varianten van methylfenidaat (Ritalin) beschikbaar gekomen, middelen in tabletvorm die maar één keer per dag worden ingenomen, en het nieuwe geneesmiddel atomoxetine.

Diagnose

De onderzoekers keken ook op grond van welke diagnoses kinderen ADHD-medicatie kregen voorgeschreven. Behandeling met ADHD-medicatie blijkt in 2007 meestal gestoeld op de diagnose ADHD (69,1%), en in veel mindere mate op ‘andere zorgen om het gedrag van het kind’ (12,4%) en ‘concentratiestoornissen’ (3,6%).

LINH

De onderzoekers baseren zich op gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Ze selecteerden gegevens uit 2002-2007, uit per jaar 38 tot 60 huis-

*Dijk, C. van; Zuidgeest, M.;
Dijk, L. van; Verheij, R. Huis-
artsenzorg in cijfers: stijging
behandeling ADHD bij kinde-
ren. Huisarts en Wetenschap,
vol. 51, (2008), nr. 13.*

*Meerhoff, T.J., Mosnier, A.,
Schellevis, F., Paget, W.J.
Progress in the surveillance
of respiratory syncytial virus
(RSV) in Europe: 2001-2008.
Eurosurveillance: 14, 2009,
nr. 40.*

Veen, P.M.H. ten; Morren, M.; IJzermans, C.J. *The influence of news-events on health after disaster: a longitudinal study in general practice. Journal of Traumatic Stress*, vol. 22, (2009), nr. 6.

Berg, B. van den, Yzermans, C.J., Velden, P.G. van der, Stellato, R.K., Brunekreef, B. *Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. Psychosomatics: 50*, 2009, nr. 1.

Maas, J., Verheij, R.A., Vries, S. de, Spreuwenberg, P., Groenewegen, P.P., Schellevis, F.G. *Morbidity is related to a green living environment. Journal of Epidemiology & Community Health: 63*, 2009, nr. 12.

artsenpraktijken, waar tussen de 17402 en 30899 kinderen van 6 tot 15 jaar waren ingeschreven. LINH telt 89 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 340.000 ingeschreven patiënten. Het gebruikt gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deze praktijken over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddel-voorschriften en verwijzingen.

1.2 Ziek van het nieuws

Rampnieuws in de krant of op televisie leidt tot gezondheidsklachten en meer bezoeken aan de huisarts, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *Journal of Traumatic Stress*.

Jaren na de vuurwerkramp in Enschede leiden nieuwsberichten over de oorzaak van de ramp tot meer gezondheidsklachten en bezoeken aan de huisarts dan in de week voor deze nieuwtjes. Zowel bij slachtoffers van de ramp als bij mensen uit een controlegroep. De controlegroep was samengesteld uit mensen die in Enschede woonden ten tijde van de ramp, maar niet aan de ramp waren blootgesteld.

De onderzoekers zochten ook naar effecten van internationale nieuwsberichten en vonden ook meer gezondheidsklachten in de week na de terroristische aanslagen op de Twin Towers in New York. Ze vonden geen verschillen in het zorggebruik en gezondheidsklachten tussen de slachtoffers en de controlegroep. Rampnieuws maakt kennelijk iedereen ziek.

Arrestatie, veroordeling en gaslek

Het nieuws over de arrestatie en later over de veroordeling van de verdachte leidden tot aantoonbaar meer gezondheidsklachten en bezoeken aan de huisarts, en ook berichten over een gaslek als mogelijke oorzaak van de ramp. Bij andere nieuwsberichten vonden de onderzoekers kleinere effecten of geen effect. Om de invloed van nieuwsberichten op zorggebruik en gezondheidsklachten na te gaan, vergeleken ze de huisartsgegevens in de weken voor en na elf 'lokale' en zes internationale nieuws-items. Voor het onderzoek verzamelden ze huisartsgegevens over een periode van vier jaar.

1.3 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) telt 89 geautomatiseerde huisartspraktijken met meer dan 340.000 ingeschreven patiënten. LINH gebruikt gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deze praktijken over contacten, verrichtingen, geneesmiddel-voorschriften en verwijzingen in combinatie met de

klacht of aandoening. Op de LINH-website (www.linh.nl) zijn hierover actuele gegevens te vinden.

Doelstelling

Het doel van het netwerk is landelijk, representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over 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 voor het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen;
- het beantwoorden van vraagstellingen voor het gezondheidszorgbeleid in het algemeen.

LINH-infrastructuur en expertise voor andere projecten

Gegevens uit LINH worden gebruikt in informatieproducten van onder meer het RIVM, CBS en het NIVEL zelf. Voorbeelden daarvan zijn VTV, de Zorgbalans, Statline en VAAM. Jaarlijks worden tientallen keren gegevens uit LINH verstrekt voor nadere analyses in vele onderzoeksprojecten.

Organisatie

De praktische uitvoering van het netwerk vindt plaats in samenwerking tussen het NIVEL en IQ healthcare. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zijn partners in het project.

1.4 Dementie steeds belangrijker doodsoorzaak

Per jaar overlijden in Nederland ongeveer 135.000 mensen. Ruim de helft overlijdt aan een chronische aandoening. Vooral het aantal mensen dat overlijdt aan de gevolgen van dementie zal nog sterk toenemen, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en het AMC in *BMC Palliative Care*.

Kanker is met ongeveer 40.000 overledenen veruit de meest voorkomende niet-acute doodsoorzaak. CVA (herseninfectie en hersenbloeding), COPD (chronische luchtwegaandoeningen), dementie en hartfalen zijn ook frequente niet-acute doodsoorzaken, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL en het AMC. De onderzoekers analyseerden de overlijdensregistraties van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De sterfte aan chronische aandoeningen blijkt tussen 1996 en 2006 met ongeveer 6% te zijn toegenomen.

Verheij R.A., Van Dijk C.E., Abrahamse H., Davids R., Van den Hoogen H., Braspenning J., Van Althuis T. Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009.

Dijk, C.E. van, Boer, M.R. de, Koppes, L.L., Roos, J.C., Lips, P., Twisk, J.W.R. Positive association between the course of vitamin D intake and bone mineral density at 36 years in men. Bone: 44, 2009, nr. 3.

Meerhoff, T.J., Paget, W.J., Kimpen, J.L., Schellevis, F. Variation of respiratory syncytial virus and the relation with meteorological factors in different winter seasons. Pediatric Infectious Disease Journal: 28, 2009, nr. 10.

Velden, L.F.J. van der; Francke, A.L.; Hingstman, L.; Willems, D.L. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. BMC Palliative Care, vol. 8, (2009), nr. 4.

Verkaik, R., Francke, A.L., Meijel, B. van, Ribbe, M.W., Bensing, J.M. *Comorbid depression in dementia on psychogeriatric nursing home wards: which symptoms are prominent? American Journal of Geriatric Psychiatry*: 17, 2009, nr. 7.

Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Meer, K. van der, Penninx, B.W.J.H., Bensing, J.M. *Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. Journal of Affective Disorders*: 119, 2009, nr. 1-3.

Donker, G.A. *Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 168 p.*

Donker, G.A., Deurenberg, R.H., Driessen, C., Sebastian, S., Nijs, S., Stobberingh, E.E. *The population structure of Staphylococcus Aureus among general practice patients from The Netherlands. Clinical Microbiology and Infection*: 15, 2009, nr. 2.

De Continue Morbiditeit Registratie (CMR) peilstations vormen een representatieve groep van 61 Nederlandse huisartsen in 45 praktijken. Hun patiën-

Dementie

Het aandeel patiënten dat in een ziekenhuis sterft is iets afgenomen, het aandeel dat sterft in een verpleeghuis is iets toegenomen. “Dat meer mensen sterven in verpleeghuizen hangt waarschijnlijk samen met de toename van het aantal mensen met dementie”, stelt NIVEL-onderzoeker Anneke Francke. “Binnen de chronische, uiteindelijk terminale aandoeningen vormt dementie de snelste ‘stijger’.” Het aantal mensen dat overleed aan de gevolgen van dementie steeg van 1996 tot 2006 met 75%. Het aantal mensen dat overleed aan AIDS nam af met 85%.

Palliatieve zorg

Voor de toekomst valt een verdere groei van de sterfte door chronische aandoeningen te verwachten. Waardoor steeds meer mensen een beroep zullen gaan doen op palliatieve zorg. Francke: “Daarbij is het belangrijk oog te hebben voor de snel groeiende groep van mensen met dementie. Mensen met dementie kunnen pijn of andere problemen vaak niet meer verbaal uiten. Dit betekent dat de palliatieve zorg nog meer moet investeren in zorgverleners met kennis over dementie.”

1.5 Kinkhoest is tienerziekte geworden

Het aantal gevallen van kinkhoest is de laatste jaren weer afgenomen. Opvallend is wel dat de piekleeftijd met de meeste gevallen van kinkhoest tegenwoordig tussen de 10 en 14 jaar ligt, terwijl die een paar jaar geleden nog tussen de 1 en 4 jaar lag.

Kinkhoest is voor ouderen geen gevaarlijke ziekte, maar zuigelingen kunnen eraan sterven. Daarom zit het vaccin sinds de jaren vijftig in de DKTP-prik. In 2001 en 2002 waren er ondanks de vaccinatie epidemieën van kinkhoest. De bacterie *Bordetella pertussis* die kinkhoest veroorzaakt bleek sinds de jaren vijftig veranderd, maar de vaccins niet. Ze beschermden daardoor niet meer voldoende tegen de ziekte. Sinds juli 2001 zijn de vaccinaties op 4-jarige leeftijd en sinds 2005 alle vaccinaties voor kinkhoest vervangen door een vernieuwd vaccin. Dat blijkt effectief, kinkhoest komt nu minder vaak voor.

Jongerenziekte

Kinkhoest is een tienerziekte geworden. De ziekte komt nu vooral voor in de leeftijdsgroep van 10 tot 14 jaar, zo blijkt uit onderzoek binnen de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) peilstations van het NIVEL, en niet in de leeftijdsgroep van 1 tot 4 jaar, tot voor kort de leeftijdsgroep waarin kinkhoest het meest voorkwam. NIVEL-onderzoeker, huisarts en epidemioloog Gé Donker: “Dat de piekleeftijd nu bij jonge

tieners ligt, is niet zo verwonderlijk als je bedenkt dat zij niet zijn gevaccineerd met het nieuwe vaccin. Zij zijn beschermd tegen de ‘oude’ bacterie, maar niet tegen de kinkhoest van nu. De ziekte gaat vanzelf over, maar het hoesten kan maanden aanhouden. Belangrijk is dat het nieuwe vaccin effectief blijkt voor de kinderen die daarmee gevaccineerd zijn.”

1.6 Voor soa gewoon met je plasje naar de dokter

Een geslachtsziekte bij mannen is goed vast te stellen met een urineonderzoek. Nu neemt de huisarts meestal slijm van de plasbuis af met een wattenstaafje, een pijnlijke en onplezierige ingreep. Wellicht dat urineonderzoek de drempel om met dit soort klachten naar de huisarts te gaan, kan verlagen, betogen onderzoekers van het RIVM, UMC Utrecht en NIVEL in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.

Er zijn in Nederland weinig gegevens over diagnose, oorzaken en voorkomen van urinebuisinfecties, in vaktaal urethritis. Toch komt jaarlijks 1 op de 500 mannen hiervoor bij de huisarts. Uit onderzoek binnen de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations van het NIVEL blijkt dat een derde van de mannen met urethritis gonorrhoe of chlamydia heeft. Bij mannen tussen 15 en 35 jaar is dat percentage 43%. Bij de anderen is geen ziekteverwekker te vinden. NIVEL-onderzoeker huisarts en epidemioloog Gé Donker: “Toch lijkt dit maar het topje van de ijsberg, bij mannen in een bepaalde leeftijdsgroep is de kans op soa groot. Mannen ervaren een drempel om voor een soa naar de huisarts te gaan, het is toch een onderwerp uit de taboesfeer.”

Test op soa

Urethritis komt meer voor in stedelijk gebied en in de leeftijdsgroep van 15 tot 35 jaar. 82% van de mannen met urethritis heeft ook afscheiding. Bij 10% van de mannen zonder afscheiding werd de urine getest, maar meestal werd een kweek genomen met een wattenstaafje. “Een eenvoudig eerste-straal-urine-onderzoek kan wellicht ook de drempel om naar de huisarts te gaan iets verlagen”, betoogt Donker, “waardoor we meer geslachtsziekten tijdig op het spoor komen.”

CMR

Het onderzoek is gebaseerd op gegevens van de Continue Morbiditeit Registratie (CMR) Peilstations van het NIVEL. Van 2004 tot 2007 vulden de peilstation-huisartsen bij meldingen van urinebuisinfecties ook vragenlijsten in over toegepaste diagnostiek en uiteindelijke diagnose.

tenpopulatie bestrijkt ongeveer 0,8% van de Nederlandse bevolking en is representatief naar regio en naar verdeling over stad en platteland. De peilstation-huisartsen rapporteren wekelijks (waardoor trends zeer snel zichtbaar worden) of op jaarbasis over het vóórkomen van een aantal ziekten, gebeurtenissen en verrichtingen die in routine-registraties ontbreken en daarin niet gemakkelijk zijn op te nemen. De CMR-peilstations bestaan sinds 1970.

Vriend, H.J.; Donker, G.A.; Bergen, J.E.A.M. van; Sande, M.A.B. van der; Broek, I.V.F. van den Urethritis bij de man in de huisartsenpraktijk: soa's vooral op jongere leeftijd. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol. 153, (2009), nr. A323.

Nielen, M., Schellevis, F., Verheij, R.A. The usefulness of a free self-test for screening albuminuria in the general population: a cross-sectional survey. BMC Public Health: 9, 2009, nr. 381.

Dijk, G.M. van. Course of limitations in activities in elderly patients with osteoarthritis of the hip or knee. Utrecht: NIVEL, 2009. 170 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Dijk, C.E. van, Boer, M.R. de, Koppes, L.L., Roos, J.C., Lips, P., Twisk, J.W.R. Positive association between the course of vitamin D intake and bone mineral density at 36 years in men. Bone: 44, 2009, nr. 3.

Brouwers, E.P.M., Terluin, B., Tiemens, B.G., Verhaak, P.F. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. Journal of Occupational Rehabilitation: 19, 2009, nr. 4.

Dijk, G.M. van, Veenhof, C., Lankhorst, G.J., Dekker, J. Limitations in activities in patients with osteoarthritis of the hip or knee: the relationship with body functions, comorbidity and cognitive functioning. Disability and Rehabilitation: 31, 2009, nr. 20.

1.7 Voorspellen van functionele achteruitgang bij artrose

Het functioneren van patiënten met artrose aan heup of knie gaat minder snel achteruit dan verwacht. In een periode van drie jaar blijft het relatief stabiel. Er zijn wel grote verschillen tussen patiënten. Met name bijkomende ziekten (comorbiditeit) blijken een belangrijke voorspeller van functionele achteruitgang. Dit stelt Gabriella van Dijk in het onderzoek waarop zij 26 oktober promoveert aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

Patiënten met artrose van heup of knie hebben vaak pijn en ondervinden allerlei beperkingen in het dagelijkse leven. Vooral bij oudere patiënten leidt de ziekte vaak tot problemen bij het lopen, traplopen, knielen en boodschappen doen, en daardoor bij het functioneren. Over veranderingen in de tijd is echter weinig bekend. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat problemen in het functioneren samenhangen met biomechanische, psychologische en klinische factoren. Maar onbekend is of deze factoren ook het beloop van het functioneren kunnen voorspellen. Gabriella van Dijk probeerde inzicht te krijgen in het beloop van het functioneren bij oudere patiënten met artrose van heup of knie en de factoren die dat beloop voorspellen. Zij volgde daarvoor met tests en vragenlijsten drie jaar lang 237 patiënten met artrose aan heup of knie uit ziekenhuizen en revalidatiecentra.

Voorspellers

“Drie jaar is eigenlijk te kort om achteruitgang vast te stellen. Beperkingen in activiteiten bleven gedurende drie jaar relatief stabiel. Maar er bestaan grote verschillen tussen patiënten. Sommigen verslechteren, anderen niet. Het is dus van groot belang voorspellende factoren te herkennen.” Van Dijk vond dat comorbiditeit, en een toename van pijn, vermindering van beweeglijkheid en spierkracht binnen een periode van één jaar, verslechtering van het functioneren na drie jaar voorspellen. Daarnaast speelt relatief slecht cognitief functioneren een kleine rol. Bij knieartrose is vitaliteit eveneens van invloed. Een lage vitaliteit, bijvoorbeeld ‘moe voelen’ en geen energie hebben, voorspelt verslechtering van het functioneren na drie jaar.

Met deze resultaten kunnen behandelaars het beloop bij individuele patiënten inschatten en de kwetsbaardere patiënten selecteren. Bovendien benadrukken de resultaten van dit onderzoek dat interventies ontwikkeld moeten worden waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met de artrose maar ook met de verschillende bijkomende ziekten van patiënten.

Verwachtingen en ervaringen van patiënten

Consumer Quality-index: Jany Rademakers

Patiëntenervaringen zijn een belangrijke bron van informatie over de kwaliteit van zorg. Het NIVEL ontwikkelt meetinstrumenten om deze patiëntenervaringen te meten. Jany Rademakers over de Consumer Quality-index (CQ-index).

Waarom dit onderzoek?

“De ontwikkeling van Consumer Quality index-vragenlijsten vloeit voort uit twee ‘stromen’. De eerste is de beweging naar ‘patiëntgerichte zorg’, waarbij de stem van patiënten nadrukkelijk wordt gehoord en de hulpverlening aansluit op hun wensen en behoeften. De tweede is het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. De overheid wil dat patiënten zelf actieve keuzes maken in de

zorg en de kwaliteit daarvan beïnvloeden doordat ze kiezen voor de beste zorgverleners. Voor zowel patiëntgerichte zorg als voor het goed functioneren van het zorgverzekeringsstelsel is informatie nodig over de ervaringen van patiënten met zorg die ze hebben gehad. Deze ervaringen kun je meten met de CQ-index.”

Hoe gaat dat in zijn werk?

“Heel belangrijk bij de ontwikkeling van de CQ-index is dat organisaties van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten van het begin af aan betrokken zijn bij de ontwikkeling van de vragenlijsten. Zodat wij weten dat de instrumenten die we ontwikkelen ook bruikbaar en valide zijn, en

dat al die betrokkenen ermee kunnen werken. Patiënten moeten een grote rol spelen in dat hele proces. Dus ook in het definiëren van wat belangrijke aspecten zijn in de zorg. Want wat patiënten belangrijk vinden kan anders zijn dan wat de arts belangrijk vindt. En deze perspectieven zijn in ieder geval complementair. Voor patiënten is het bijvoorbeeld niet alleen heel belangrijk dat een arts kundig is, maar ook dat deze vriendelijk is en aandacht heeft voor hun vragen.”

Wat kunnen we met de informatie uit de CQ-index?

“Voor patiënten levert de CQ-index informatie op waarmee ze kunnen kiezen voor een verzekeraar of zorgaanbieder.

Deze informatie is te vinden op vergelijkingssites als www.kiesBeter.nl. Verzekeraars krijgen informatie over de kwaliteit van hun dienstverlening en die van zorgaanbieders. Op basis daarvan kunnen ze hun dienstverlening verbeteren en zorgaanbieders contracteren. Zorgaanbieders kunnen met deze informatie zien op welke onderdelen van de zorg ze goed presteren en waar mogelijkheden liggen om hun kwaliteit te

verbeteren. En de overheid en inspectie ten slotte, kunnen deze informatie gebruiken bij het houden van toezicht. Voor hen is het belangrijk te weten welke aanbieders het goed en minder goed doen vanuit het perspectief van patiënten.”

Verwachtingen en ervaringen van patiënten

2

In het onderzoeksdomein Patiëntenervaringen en participatie staat het perspectief van patiënten – ook wel burgers, consumenten, verzekerden of cliënten – centraal. In dit onderzoeksdomein gaat het om hun visie op de zorg en om hun deelname aan de samenleving.

2.1 CQ-index mammacare op de internationale kwaliteitskaart

De CQ-index mammacare is een bruikbaar instrument om de ervaringen van borstkankerpatiënten met de zorg in kaart te brengen. De CQ-index haakt in op een wereldwijde trend, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *European Journal of Cancer*.

In de zorg staat tegenwoordig in veel landen ‘de patiënt centraal’. De kwaliteit van zorg moet daarom transparant zijn en ziekenhuizen moeten weten hoe tevreden hun patiënten zijn, zodat ze punten waarover patiënten ontevreden zijn, kunnen verbeteren. Daarvoor wordt inmiddels in veel landen frequent de patiënttevredenheid gemeten. Tegen deze achtergrond bezien is het internationaal vernieuwend om niet de tevredenheid van patiënten, maar hun concrete ervaringen te meten en deze af te zetten tegen het belang van die ervaringen. Dit kan met de zogenoemde Consumer Quality-index (CQ-index), die in Nederland inmiddels is uitgegroeid tot een standaard om patiëntenervaringen te meten.

Verbeterpunten

Ziekenhuizen kunnen met de vragenlijst concrete verbeterpunten in kaart brengen. Ze kunnen zich hier dan op richten om hun kwaliteit te verbeteren. Borstkankerpatiënten vinden bijvoorbeeld informatie over een second opinion belangrijk en in de praktijk hebben ze daar minder goede ervaringen mee. Een snelle afspraak na verwijzing of het snel beschikbaar komen van labuitslagen vinden patiënten ook belangrijk, maar kennelijk zijn de ervaringen van patiënten hiermee al redelijk positief in de meeste ziekenhuizen.

Op die punten valt er niet veel meer te verbeteren. Het gaat dus om de verhouding

*Damman, O.C.; Hendriks, M.; Sixma, H.J. Towards more patient centred healthcare: a new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. *European Journal of Cancer*, (2009).*

*Damman, O.C., Stubbe, J.H., Hendriks, M., Arah, O.A., Spreeuwenberg, P., Delnoij, D.M.J., Groenewegen, P.P. Using multilevel modeling to assess case-mix adjusters in consumer experience surveys in health care. *Medical Care*: 47, 2009, nr. 4.*

Damman, O.C., Hendriks, M., Rademakers, J., Delnoij, D., Groenewegen, P. How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. BMC Public Health: 9, 2009, nr. 423.

Tates, K.; Zwaanswijk, M.; Otten, R.; Dulmen, S. van; Hoogerbrugge, P.M.; Kamps, W.A.; Bensing, J.M. Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: examples from paediatric oncology. BMC Medical Research Methodology, vol. 9, (2009), nr. 15.

van het belang dat een patiënt hecht aan een aspect en hoe vaak dit aspect tot een negatieve ervaring leidt.

De vragenlijst

Het NIVEL blijft de CQ-index vragenlijsten regelmatig herzien. Ziekenhuizen die ermee aan de slag willen, kunnen de vragenlijst CQ-index Mammacare downloaden op de website van het Centrum Klantervaring Zorg. Maar ook andere partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen kunnen de vragenlijst gebruiken.

2.2 Online focusgroepgesprek goed alternatief

Online focusgroepgesprekken blijken goed bruikbaar om informatie te krijgen van moeilijk te bereiken groepen patiënten en over gevoelige onderwerpen, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL, UMC St Radboud en UMC Groningen in *BMC Medical Research Methodology*.

Focusgroepgesprekken zijn een beproefd middel om patiënten te bevragen. Hoe hebben ze de zorgverlening ervaren en hoe zouden ze het eigenlijk willen? Doorgaans moeten de patiënten samenkomen voor de gesprekken. Onderzoekers van het NIVEL onderzochten een nieuwe vorm: focusgroepgesprekken via internet. Ze vroegen kinderen met kanker, hun ouders en overlevers van kinderkanker naar hun ervaringen met de zorg en voorkeuren. Online dataverzameling biedt nieuwe mogelijkheden naast de traditionele face-to-face groepsgesprekken.

Controversieel

De nieuwe methode lijkt vooral geschikt voor respondenten die anders niet kunnen deelnemen aan zo'n groepsgesprek. Bijvoorbeeld door ziekte of een handicap. Of doordat ze te ver uit elkaar wonen door het land. Maar de methode is ook heel geschikt om een controversieel of gevoelig onderwerp te bespreken. Als ze elkaar niet zien, zeggen respondenten meer. "Op internet kun je meer jezelf zijn", stelt een van deelnemers. "Het is soms pijnlijk als je aan die moeilijke periode terugdenkt. Met vreemden is het nog moeilijker om uit je woorden te komen."

Anoniem

NIVEL-onderzoeker Kiek Tate: "De internetomgeving is anoniem. Daardoor kan iedereen evenveel inbrengen en krijg je minder sociaal wenselijke antwoorden." Online groepsgesprekken hebben meer voordelen. "Ook leeftijdsverschillen zijn minder storend als mensen niet bij elkaar aan tafel zitten. In ons onderzoek hadden de deelnemers

een week de tijd. Hierdoor konden ze zelf het tijdstip kiezen dat ze achter de computer gingen zitten en dat bood meer kans voor reflectie. Wij konden bovendien doorvragen, waardoor de deelnemers hun antwoorden nog konden nuanceren.”

Rijk en gedetailleerd

Daarnaast hebben online focusgroepgesprekken ook voor onderzoekers verschillende voordelen. Op deze manier krijgen ze data van mensen die ze anders niet hadden kunnen bevragen. Daarbij zijn de antwoorden vaak van een goede kwaliteit, onderzoekers krijgen rijke en gedetailleerde antwoorden en input over controversiële of gevoelige onderwerpen. Bovendien blijkt de methode kosteneffectief: de antwoorden zijn al getypt, dus de gesprekken hoeven niet meer uitgeschreven te worden.

2.3 Cliënt wil betrouwbare en deskundige huishoudelijke hulp

De ervaringen van cliënten met de huishoudelijke hulp zijn over het algemeen goed. De meeste huishoudelijke hulpen maken goed schoon, zijn hulpvaardig en beleefd, en respecteren de privacy. Maar afspraken met de zorgorganisatie over het beheer van de sleutel en de inspraak over wie de hulp geeft, kunnen beter.

Ervaringen

Cliënten waarderen de huishoudelijke hulp gemiddeld met een 8,3, maar er zijn er ook die de zorgaanbieder een onvoldoende geven. Tien procent van de cliënten zou de thuiszorgorganisatie waarschijnlijk of beslist niet aanbevelen bij vrienden of familie. De ervaringen van de respondenten werden gezamenlijk bekeken om een beeld te schetsen van de algemeen ervaren kwaliteit van de geleverde hulp bij het huishouden. Dit blijkt uit de CQ-index Hulp bij het Huishouden die is ontwikkeld met subsidie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van VWS.

Verbetering en tevredenheid

Voor verbetering vatbaar vinden cliënten praktische afspraken, zoals hoe de zorgaanbieder omgaat met de voordeursleutel. Cliënten willen ook graag meebeslissen van welke persoon zij hulp bij het huishouden krijgen. En ze willen dat er in overleg schriftelijke werkafspraken worden gemaakt. Het meest tevreden zijn ze over de beleefdheid van de huishoudelijke hulp, dat deze zich niet ongevraagd bemoeit met privé-zaken en hulpvaardig is. Bijvoorbeeld dat hij of zij iets extra's doet.

CQ-index

Met een CQ-index is de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten of cli-

Zwaanswijk, M.; Tate, K.; Dulmen, S. van; Hoogerbrugge, M.; Kamps, W.A.; Bensing, J.M. Young patients', parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: using online focus groups. BMC Pediatrics, vol. 7, (2007), nr. 35.

Peeters, J.M.; Rademakers, J. CQ-Index Hulp bij het Huishouden: meetinstrument-ontwikkeling. Kwaliteit van de hulp bij het huishouden vanuit het perspectief van cliënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2009. 139 p.

Albada, A., Triemstra, M. Patients' priorities for ambulant hospital care centres: a survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. Health Expectations: 12, 2009, nr. 1.

Wiegers, T.A. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth: 8, 2009, nr. 18.

enten op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. Op allerlei terreinen binnen de gezondheidszorg worden momenteel CQ-index vragenlijsten ontwikkeld. Want kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels en richtlijnen van de overheid of de beroepsgroepen, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van patiënten, cliënten of hun vertegenwoordigers. De systematiek van de CQ-index is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, met subsidie van Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw.

Valide

De CQ-index Hulp bij het Huishouden is een valide, betrouwbaar en bruikbaar meetinstrument om de kwaliteit van de hulp bij het huishouden te meten vanuit de beleving van de cliënt. Het gaat bij dit CQI-onderzoek dus niet zozeer om het meten van de tevredenheid, maar om wat cliënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de hulp. Bij het uittesten van de vragenlijst is ook gevraagd naar wat ze graag veranderd zouden zien. De CQ-index is vervolgens ook te gebruiken om veranderingen in de tijd te volgen. Daarnaast kan het management van thuiszorgorganisaties en schoonmaakbedrijven de vragenlijst gebruiken om de service aan te passen aan de wensen en behoeften van hun cliënten. De vragenlijst is ontwikkeld met de medewerking van ruim 2000 cliënten van 22 thuiszorgorganisaties die zich daarvoor zelf hadden aangemeld. Doordat deze organisaties mogelijk extra enthousiast bezig zijn met de kwaliteit van hun diensten, kan het beeld dat uit deze CQ-index naar voren komt iets te rooskleurig zijn.

2.4 Klager wil gehoord worden!

Slechts de helft van de patiënten die een klacht indienen bij een ziekenhuis of zorginstantie, heeft na de klachtenprocedure het gevoel dat hen recht is gedaan. De klager verwacht een snelle adequate reactie van de betrokken hulpverlener, maar deze laat meestal weinig van zich horen. Sinds 2004 is dit nog niet verbeterd.

Klachten in de gezondheidszorg variëren van klachten over bejegening of voorlichting tot klachten over ernstige medische fouten. Mensen die een klacht indienen bij de klachten- of zelfs tuchtcommissie, zijn daarover achteraf vaak nog steeds niet tevreden. Niet iedere klager eist overigens genoegdoening, veel mensen zijn al tevreden als er alleen al aandacht is voor hun klacht of hun verhaal. Maar daar ontbreekt het veelal aan, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd in samenwerking met

de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de slachtofferorganisaties Dimitri en NeVeMeDis. Het onderzoek is gesubsidieerd door het Fonds PGO.

Menselijkheid

“Eigenlijk zouden hulpverleners zelf het probleem al moeten oplossen, voordat er formeel een klacht wordt ingediend. Bijvoorbeeld in een gesprek”, stelt NIVEL-afdelingshoofd Roland Friele. “Eerlijkheid, openheid en menselijkheid van de hulpverlener, uitkomen voor wat er is misgegaan, of een aanbod doen voor herstel, kan veel formele klachten voorkomen. Opmerkelijk is dat zelfs nadat een klacht gegrond is verklaard, veel klagers nog niet tevreden zijn omdat de hulpverleners ook dan nog steeds niets van zich laten horen. Dit bleek ook al uit ons onderzoek uit 2004, sindsdien is daarin niet veel veranderd. Goed nieuws is wel dat ziekenhuisbesturen de laatste jaren vaker wat van zich laten horen.”

Gegronde en dan ...

Klagers tevreden stellen vereist maatwerk. Ze zijn vaker tevreden, als ze merken dat er goed naar ze wordt geluisterd of een protocol wordt aangepast. De meeste mensen die een klacht indienen, willen dat wat hen is overkomen anderen niet ook overkomt. Verder willen de meesten dat het probleem hoger in de organisatie terechtkomt, zodat het ziekenhuis of de zorginstantie er wel iets mee moet doen. Een klacht gegrond verklaren is dus niet genoeg, de organisatie moet er ook wat mee doen.

2.5 Oratie: ook migrant is klant in de gezondheidszorg

In de gezondheidszorg moet ook de migrant als klant worden behandeld, stelt hoogleraar Vluchtelingen en gezondheid Walter Devillé in zijn oratie op vrijdag 4 december aan de Universiteit van Amsterdam. Volgens hem zijn er ongewenste verschillen tussen allochtonen en autochtone Nederlanders in gezondheid en gebruik van gezondheidszorg.

Er zijn tal van signalen dat de kwaliteit en aansluiting van zorg en preventie voor migranten voor verbetering vatbaar zijn. De marktwerking in de gezondheidszorg moet leiden tot een sterkere positie van de patiënt als klant, dus ook van de migrant als klant, stelt prof. dr. Walter Devillé. Kwaliteitsinstrumenten en interventies om de gezondheid en zorg te verbeteren, moeten ook voor migranten effectief zijn en daarop wetenschappelijk worden getoetst. Zonder participatie van migranten is dit onmogelijk. “Gezondheidsvoorzieningen moeten beschikbaar zijn voor iedereen zonder enige vorm van discriminatie. Universele toegankelijkheid van de gezond-

Kruikemeier, S.; Coppen, R.; Rademakers, J.; Friele, R.D. Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2009. 122 p.

Albada, A., Triemstra, M. Patients' priorities for ambulant hospital care centres: a survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. Health Expectations: 12, 2009, nr. 1.

Soeteman, R.J.H., Yzermans, C.J., Spreuwenberg, P.M.M., Dorn, T., Kerssens, J.J., Bosch, W.J.H.M. van den, Zee, J. van der Does disaster affect immigrant victims more than non-immigrant victims in Dutch general practice: a matched cohort study. Journal of Public Health: 17, 2009, nr. 1, p. 27-32

Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P.P. *Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care: a systematic review. BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 76

Greuningen, M. van; Vervloet, M.; Hoek, L. van der; Dijk, L. van. *Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009. 100 p.*

Zuidgeest, M.G.P., Dijk, L. van, Spreeuwenberg, P., Smit, H.A., Brunekreef, B., Arets, H.G., Bracke, M., Leufkens, H.G.M. *What drives prescribing of asthma medication to children? A multilevel population-based study. Annals of Family Medicine*: 7, 2009, nr. 1.

heidszorg voor alle groepen in de maatschappij, ook voor de meer kwetsbare groepen, betekent niet alleen fysieke toegankelijkheid, maar eveneens toegankelijke informatie en cultureel-sensitieve en aanvaardbare diensten. Ook de migrant moet als klant kunnen vertrouwen op de gezondheidszorg.”

NIVEL-programmaleider Walter Devillé is per 1 november 2008 benoemd tot bijzonder hoogleraar Vluchtelingen en gezondheid aan de Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. De leerstoel is ingesteld vanwege de Stichting Pharos, het landelijke kennis- en adviescentrum over de gezondheid van vluchtelingen en nieuwkomers.

2.6 Apotheek scoort met service

Klanten zijn tevreden over de zorgverlening van de apotheek. Vooral bejegening en service vinden ze belangrijk. Klanten vinden de apotheek betrouwbaar en ze zijn tevreden over de zorgverlening, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd met subsidie van Miletus, een samenwerkingsverband van zorgverzekeraars.

Apotheken krijgen gemiddeld een 8,3. De laagste score is een 7, de hoogste een 8,8. Patiënten zijn het meest tevreden over de bejegening. Ze vinden vooral bejegening en goede service – is er een bezorgdienst, is de apotheek schoon, nemen de assistenten de tijd voor je – belangrijk. NIVEL-onderzoeker Liset van Dijk: “Deze uitkomsten zien er gemiddeld genomen goed uit voor apothekers.”

Medicijnbegeleiding

De begeleiding bij medicijngebruik scoort het laagst. Bijvoorbeeld vraagt de assistente of het patiënten lukt hun medicijnen te nemen. Hoe zijn de ervaringen met het geneesmiddel? “Dat doen apotheken over het algemeen niet zo veel volgens de ondervraagde patiënten”, stelt Van Dijk. “Misschien maakt onbekend ook onbemind. Als apothekers zich meer willen profileren op medicijnbegeleiding zullen ze dat in elk geval duidelijker moeten laten zien.”

Verschillen meten

Het onderzoek was specifiek gericht op het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische Zorg, dat wil zeggen: is met het meetinstrument een onderscheid te maken tussen verschillende apotheken.

De verschillen tussen apotheken blijken het grootst voor de geleverde service. Voor het onderzoek zijn de registraties van 68 apotheken gebruikt en van bijna 3000 patiënten.

CQ-index

Met een CQ-index is de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. De vragenlijst geeft inzicht in de ervaringen van patiënten met de zorg en wat zij belangrijk vinden. Op allerlei terreinen binnen de gezondheidszorg worden momenteel CQ-index vragenlijsten ontwikkeld. Want kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels en richtlijnen van de overheid of de beroepsgroepen, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van patiënten, cliënten of hun vertegenwoordigers. In alle sectoren van de gezondheidszorg is het belangrijk de kwaliteit zichtbaar te maken vanuit het perspectief van de cliënt. De CQ-index is hiervoor een geëigend instrument. De systematiek van de CQ-Index is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, de Stichting Miletus en ZonMw.

Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers, J. Measuring patients' experiences with rheumatic care: the Consumer Quality Index Rheumatoid Arthritis. Rheumatology International: 30, 2009, nr. 2.

De praktijk van de zorg

Project VOICE: Sandra van Dulmen

Tientallen ziekenhuizen in Nederland gebruiken een door het NIVEL ontwikkeld communicatiemodel en materiaal voor de voorlichting over chemotherapie aan patiënten met kanker. En dit worden er nog steeds meer. Het model is ontwikkeld binnen het project VOICE. Sandra van Dulmen over het project.

Waarom dit project?

“Omdat wij dachten dat de communicatie tussen oncologieverpleegkundigen en patiënten met kanker beter kon, deden we binnen het project VOICE specifiek onderzoek naar de communicatie in het voorlichtingsgesprek over chemotherapie. VOICE staat dan ook voor: Verpleegkundigen-Ouderen In ChemotherapiE.

De functie van een voorlichtingsgesprek is om patiënten informatie en instructies te geven over de behandeling (chemotherapie). En hoe ze daarmee om moeten gaan. Maar doordat er 82 verschillende onderwerpen de revue passeren, kan er onmogelijk sprake zijn van voorlichting. Niemand kan meer dan zeven dingen tegelijk onthouden. Door de ernst van de ziekte en vooral bij een ongunstige prognose spelen ook emoties een grote rol en dat staat het opnemen van informatie in de weg. Verpleegkundigen passen hun voorlichting echter niet aan. Ze geven ogenschijnlijk correct voorlichting aan de hand van de chemowijzer, maar vergeten daarbij vaak wie ze voor zich hebben. Voor een 65-plusser is het bijvoorbeeld niet van belang om over ver-

minderde vruchtbaarheid door chemotherapie te spreken. Wat ook voorkomt is dat verpleegkundigen informatie geven over andere chemotherapeutische behandelingen dan de patiënt krijgt voorgeschreven. Dus ze geven een overdaad aan overbodige informatie op een moment dat iemand toch al minder informatie kan opnemen dan normaal. We ontdekten dat oudere patiënten minder dan een kwart van de adviezen van de verpleegkundigen over chemotherapie onthouden. Per jaar krijgen dus tienduizenden mensen die weten dat ze een ernstige ziekte hebben voorlichting die grotendeels aan ze voorbijgaat. Als gevolg daarvan weten veel van hen niet hoe ze om moeten gaan met ernstige bijwerkingen en schiet ook de tijdsinvestering van zorgverleners zijn doel voorbij.”

Hoe ging dit onderzoek in zijn werk?

“In een aantal ziekenhuizen onderzochten we met onder meer video-observatie de voorlichting over chemotherapie. En we keken ook met welke vragen de patiënten zelf zitten. Op basis daarvan hebben we samen met het Nederlands Kanker Instituut en het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis een voorlichtingsmodel en training ontwikkeld, met een handleiding voor de oncologieverpleegkundige en voorlichtingsmateriaal

voor patiënten. Dit hebben we vervolgens in tien ziekenhuizen getest. Patiënten werden minder overvoerd en de gegeven informatie was meer op hun persoonlijke situatie toegesneden. Ze konden bovendien meer inbrengen, waren minder angstig en achteraf meer tevreden over het verloop van het gesprek.”

Wat levert dit patiënten en ziekenhuizen op?

“Tientallen Nederlandse ziekenhuizen gebruiken ons communicatiemodel al. De binnen het project ontwikkelde methode is eenvoudig toe te passen en de voorlichtingsbrochures en onderzoeksrapporten zijn gratis te downloaden op www.nivel.nl/voice. Veel ziekenhuizen zien het zelfs als handvat voor verbetering van de voorlichting aan een veel bredere groep patiënten dan alleen oudere patiënten met kanker. Het project resulteerde bovendien in tal van wetenschappelijke publicaties, presentaties en een proefschrift.”

Het onderzoeksdeel van dit project werd financieel mogelijk gemaakt door subsidie van KWF Kankerbestrijding, de implementatie door financiële steun van Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

Jansen, J. Communicating with older cancer patients: impact on information recall. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2009. 232 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Weert, J.M.C. van, Jansen, J., Bruijn, G.J. de, Noordman, J., Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M. QUOTE-chemo: a patient-centered instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes. European Journal of Cancer: 45, 2009, nr. 17.

In dit onderzoeksdomein staat de praktijk van de zorg centraal: de communicatie tussen patiënt en hulpverlener, therapietrouw en het voorschrijven van geneesmiddelen, maar ook preventie, veiligheid en sport.

3.1 Ouderen met kanker onthouden weinig van de verstrekte informatie

Oudere patiënten met kanker en patiënten met een slechtere prognose onthouden weinig van de gesprekken met hun arts of verpleegkundige. Als aandacht wordt besteed aan hun emoties herinneren patiënten zich meer, zo blijkt uit het onderzoek waarop NIVEL-onderzoeker Jesse Jansen 23 april promoveert aan de Universiteit Utrecht.

Patiënten met kanker kunnen weinig reproduceren van de gesprekken met hun arts of verpleegkundige. Met name patiënten die ouder zijn en patiënten met een slechtere prognose hebben hier moeite mee. Ouderen onthouden niet meer dan een kwart van de adviezen die verpleegkundigen geven tijdens een voorlichtingsgesprek over chemotherapie. Maar niet alleen leeftijd en prognose spelen een rol. Hoe meer wordt gesproken over de prognose en hoe meer informatie er wordt gegeven, hoe minder de patiënten onthouden. Als hun emoties worden genegeerd, onthouden patiënten ook minder. Als daarentegen emoties worden opgepikt, herinneren patiënten zich meer. Jesse Jansen: “Het is daarom belangrijk dat artsen en verpleegkundigen patiënten expliciet vragen naar hun behoefte aan informatie. Verder is het belangrijk te reageren op emotionele signalen en ervoor te zorgen dat de communicatie hierbij aansluit.”

Partner of kinderen

Ook de aanwezigheid van een partner of kinderen kan patiënten helpen bij het onthouden van de informatie. Hoewel ook naasten slechts een deel onthouden van wat er wordt gezegd, zijn dat deels andere dingen. Echter, consulten duren langer als een partner of kinderen erbij aanwezig zijn en patiënten die alleen naar het consult komen onthouden niet automatisch minder van het gesprek. Jansen: “Dit betekent

dat patiënten die graag iemand meenemen naar het consult, zeker gestimuleerd moeten worden om dit te doen. Patiënten die liever alleen naar het gesprek komen, hoeven echter niet te worden overtuigd toch iemand mee te nemen.”

Video-opnamen

Bij het onderzoek waren Australische en Nederlandse patiënten met verschillende vormen van kanker betrokken. De patiënten werd gevraagd naar de informatie die de specialist of verpleegkundige had gegeven tijdens het consult. Wat de patiënten zich uit de consulten herinnerden werd vergeleken met wat er op opnamen van de consulten te horen was.

3.2 Proefschrift over oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen in ziekenhuizen

Patiënten lopen in ziekenhuizen onbedoelde schade op als gevolg van de geleverde zorg. NIVEL-onderzoeker Marleen Smits promoveert op 23 november – in de week van de patiëntveiligheid – aan de Vrije Universiteit in Amsterdam op onderzoek naar de oorzaken van dit soort onbedoelde gebeurtenissen in Nederlandse ziekenhuizen.

Patiëntveiligheid

Uit eerder onderzoek van het NIVEL en EMGO⁺ is gebleken dat bij 5,7% van de ziekenhuisopnames bij een patiënt onbedoelde schade optreedt. Hiervan is 40% potentieel vermijdbaar. De percentages zijn gebaseerd op een landelijk onderzoek op basis van patiëntendossiers dat in 2007 is gepubliceerd. “Deze dossierstudie bood ook de gelegenheid om de oorzaken van de onbedoelde schade te onderzoeken”, stelt Marleen Smits. “Het is niet alleen belangrijk te weten hoe vaak het misgaat, maar ook waardoor. Om de patiëntveiligheid te verbeteren moeten de basisoorzaken worden aangepakt.”

Aan de hand van de patiëntendossiers beoordeelden artsen of de schade was veroorzaakt door menselijke, organisatorische, technische of met de individuele patiënt samenhangende factoren. Vaak speelden meerdere oorzaken tegelijkertijd een rol. Bij meer dan de helft van de gevallen van onbedoelde schade waren ‘menselijke’ oorzaken betrokken. Bijvoorbeeld wanneer de toestand van de patiënt verkeerd werd ingeschat of niet werd geverifieerd of alle noodzakelijke materialen en instrumenten aanwezig waren voor een procedure of ingreep.

PRISMA oorzakenanalyse

Op afdelingen Spoedeisende Hulp, chirurgie en interne geneeskunde is bovendien onderzoek gedaan op basis van meldingen van zorgverleners. Zorgverleners werd

*Bensing, J., Verheul, W.
Towards a better understanding of the dynamics of patient provider interaction: the use of sequence analysis. Patient Education and Counseling: 75, 2009, nr. 2.*

Smits, M. Unintended events in hospitals: causes and the role of patient safety culture. Utrecht: NIVEL, 2009. 224 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Smits, M., Groenewegen, P., Timmermans, D.R.M., Wal, G. van der, Wagner, C. *The nature and causes of unintended events reported at ten emergency departments. BMC Emergency Medicine: 9, 2009, nr. 16.*

Smits, M., Janssen, J., Vet, R. de, Zwaan, L., Timmermans, D., Groenewegen, P., Wagner, C. *Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes. International Journal for Quality in Health Care: 21, 2009, nr. 4.*

gevraagd alles te melden wat niet de bedoeling was, ongeacht of de patiënt er gevolgen van ondervond. De oorzaken van de onbedoelde gebeurtenissen werden onderzocht met PRISMA, een methode waarbij de gebeurtenis met een ‘oorzakenboom’ wordt uiteengegrafeld in basisoorzaken.

Dit bleek een betrouwbare methode. “Ziekenhuizen kunnen zelf met PRISMA aan de slag”, vertelt Smits.

Ook in dit onderzoek kwamen veel ‘menselijke’ oorzaken naar voren, maar in veel gevallen was dat in combinatie met oorzaken in de werkomgeving, zoals de techniek en organisatie. Smits: “Het is dus belangrijk om verbeteringen te richten op het systeem waarin mensen werken.

Met alleen extra trainingen of motivering van het personeel zal de patiëntveiligheid niet verbeteren. Gelukkig zie je dat ook terug in het veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’, waarin projectmatig de grotere risico’s worden aangepakt.”

Methode

De oorzaken van onbedoelde gebeurtenissen zijn onderzocht met een dossieronderzoek in 21 ziekenhuizen (7926 dossiers) en een onderzoek op basis van meldingen van medewerkers op 28 afdelingen in 19 ziekenhuizen (1885 meldingen). Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL en EMGO⁺ op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten, met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

3.3 Richtlijn voor plezier in de zorg voor mensen met dementie

Depressie bij dementerende verpleeghuisbewoners kan verminderen door invoering van een richtlijn voor verzorgenden. Dit blijkt uit onderzoek waarop NIVEL-onderzoeker Renate Verkaik 20 april promoveert aan de Universiteit Utrecht.

Op Nederlandse psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen is 85% van de bewoners dementerend en van hen is 19% depressief. Door depressie zijn bewoners somber en hebben ze meer zorg nodig. Renate Verkaik zocht naar een manier om depressie bij verpleeghuisbewoners met dementie te verminderen.

Ze kwam uit op een richtlijn voor verzorgenden, omdat zij bewoners dagelijks begeleiden. Samen met Verpleeghuis Waerthove ontwikkelde Verkaik de evidence-based richtlijn ‘Het begeleiden van mensen met dementie die depressief zijn’ (NIVEL/Waerthove, 2004). Vervolgens evalueerde Verkaik – samen met VUmc en Hogeschool INHolland – in negen Nederlandse verpleeghuizen invoering, gebruik en effecten van de richtlijn.

Beleving

Verzorgenden kunnen in de praktijk goed met de richtlijn overweg. Bewoners in verpleeghuizen waar gewerkt werd met de richtlijn werden in de meeste gevallen minder depressief.

Verkaik: “We hebben zelfs aanwijzingen dat hoe succesvoller de richtlijn is ingevoerd, hoe meer bewoners daar baat bij hebben.” Verzorgenden leren om systematisch in kaart te brengen welke ‘plezierige’ activiteiten het best bij bewoners passen, zoals luisteren naar favoriete muziek of wandelen in de tuin. Verzorgenden grijpen bijvoorbeeld terug op hobby’s van vroeger. Daarbij moeten ze wel rekening houden met de beperkingen die een bewoner nu heeft.

Samen zingen

Verkaik: “Het gaat vaak om hele kleine plezierige activiteiten, bijvoorbeeld samen zingen, een spelletje doen, nagels lakken... Maar ook dingen zoals samen naar het winkelcentrum of met een groepje naar het café, kunnen depressie bij dementie verminderen. Veel verzorgenden zeggen ook dat het niet altijd veel tijd hoeft te kosten. Veel kan gewoon al tijdens de dagelijkse zorg.

Soms kun je ook familie of vrijwilligers bij de activiteiten betrekken. Het gaat vooral om een andere insteek. Ben je bewust van wat een depressie voor een bewoner betekent en wat je daar als verzorgende aan kan doen.”

Het onderzoek is gefinancierd door ZonMw binnen het programma ‘Verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. Tussen weten en doen.’

3.4 Zonder verwijsbrief andere fysiotherapiebehandelingen

Steeds meer patiënten gaan zonder verwijzing naar de fysiotherapeut. Zij krijgen gemiddeld twee behandelingen minder en andere behandelingen en verrichtingen dan patiënten met een verwijzing.

Sinds voor behandeling door de fysiotherapeut geen verwijsbrief meer nodig is, komen steeds meer patiënten zonder tussenkomst van een arts bij de fysiotherapeut. In het eerste kwartaal van 2006 is dat een kwart van de patiënten. In het laatste kwartaal van 2007 is dit al 35%.

De stijging doet zich voor in alle patiëntencategorieën, zo blijkt uit onderzoek. Patiënten bij wie de klacht voor het eerst is opgetreden, patiënten met lage rugklachten, knieklachten en jongeren gaan het meest zonder verwijsbrief naar de fysiotherapeut.

Verkaik, R. Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline. Utrecht: NIVEL, 2009. 246 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Buijse, R., Friele, R.D. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. Journal of the American Geriatrics Society: 57, 2009, nr. 10.

Swinkels, I.C.S.; Kooijman, M.K.; Leemrijse, C.J. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Factsheet, NIVEL, 2009.

Swinkels, I.C.S.; Kooijman, M.K.; Leemrijse, C.J. Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut. Factsheet, NIVEL, 2009.

Leemrijse, C., Veenhof, C., Boer, M.E. de. The availability and use of allied health care in care homes in the Midlands, UK: commentaries. International Journal of Therapy and Rehabilitation: 16, 2009, nr. 4.

Veer, A.J.E. de; Francke, A.L. Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009. 56 p.

Minder en anders

Patiënten die zonder verwijzing bij de fysiotherapeut komen, krijgen meestal een andere behandeling dan verwezen patiënten. Ze krijgen gemiddeld twee behandelingen minder. Bij hen worden ook andere behandeldoelen gesteld. Zo is de behandeling vaker gericht op het verbeteren van de houding tijdens bewegen, zoals bukken en juist minder vaak op het handhaven van de houding tijdens stilstaan of zitten. Verder worden bij de patiënten zonder verwijzing andere verrichtingen toegepast. Er wordt bijvoorbeeld vaker gebruik gemaakt van manuele technieken. Bij de patiënten zonder verwijzing worden de behandeldoelen vaker volledig bereikt dan bij verwezen patiënten. NIVEL-onderzoeker Ilse Swinkels: "Patiënten, die zonder tussenkomst van een arts bij de fysiotherapeut komen, zijn misschien gemotiveerder om actief aan hun behandeling bij te dragen en de adviezen van de fysiotherapeut op te volgen, dan patiënten die zijn verwezen door een arts. Dit zou de verschillen in de behandeling en het resultaat kunnen verklaren."

LiPZ

Het onderzoek is verricht met gegevens van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ), een landelijk representatief registratienetwerk waarin fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en diëtisten maandelijks gegevens aanleveren.

3.5 Verpleegkundigen en verzorgenden staan steeds vaker voor dilemma's

Krappe indicaties en personeelstekort in de zorg stellen verpleegkundigen en verzorgenden steeds vaker voor dilemma's. Moeten ze zich houden aan de indicatie of de zorg geven die ze zelf nodig vinden? Of moeten ze hun vrije dag opgeven om de onderbezetting op te vangen?

De meerderheid (70%) van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat ze de laatste jaren steeds vaker voor morele dilemma's komt te staan, zo blijkt uit onderzoek in het Panel Verpleging en Verzorging. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (RVZ). Door krappe indicaties moeten verpleegkundigen en verzorgenden cliënten minder zorg bieden dan ze naar hun eigen maatstaven eigenlijk zouden willen. Meer dan de helft staat minstens één keer in de week voor dit dilemma (64% in de thuiszorg, en 47% in de verpleeg- en verzorgingshuizen). Eenderde van de verpleegkundigen en verzorgenden komt minstens wekelijks voor de vraag te staan om meer te gaan werken vanwege de onderbezetting of een vrije dag te laten schieten.

Oorzaken en oplossingen

Als oorzaken noemen de verpleegkundigen en verzorgenden de manier waarop de benodigde zorg geïndiceerd wordt, onderbezetting in het team zowel in aantal als in kwalificatieniveau, de toegenomen werkdruk en de toegenomen hoeveelheid administratieve handelingen. “Houd ik me aan afspraken en werktijden of besteed ik mijn tijd aan de cliënt. Daar komt het belangrijkste dilemma kort gezegd op neer”, stelt NIVEL-onderzoeker Anke de Veer. “Verpleegkundigen en verzorgenden zien een andere en ruimere indicatiestelling, betere ondersteuning en aansturing van het personeel in de zorginstellingen, en meer en beter opgeleid personeel als voornaamste oplossingen.”

Verschillen

De dilemma's verschillen tussen de zorgsectoren. Zo speelt de indicatiestelling vooral in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Verpleegkundigen in de algemene ziekenhuizen ervaren vooral dilemma's in de omgang met medische informatie en bij verschil van inzicht met de arts. Zij willen graag extra aandacht voor de samenwerking en communicatie met de artsen. In de thuiszorg zien verpleegkundigen en verzorgenden een vermindering van de administratie als één van de belangrijkste oplossingen. Anke de Veer: “De onlangs aangekondigde veranderingen in indicatiestelling waarbij de verpleegkundigen weer meer invloed krijgen op de indicatie, zijn dan ook een goede stap in de richting van het verminderen van dit soort dilemma's.”

3.6 Cursus helpt nierpatiënt bij grip op leven en werk

Nierpatiënten die positiever tegen hun ziekte aankijken en zich minder betutteld voelen, ervaren meer grip op hun leven en hebben vaker werk. Een cursus voor nierpatiënten helpt hen het leven meer in eigen hand te nemen.

Nierpatiënten werken minder vaak en zijn ook op andere terreinen minder actief dan gezonde mensen. Dialyse blijkt voor veel patiënten lastig te combineren met werk en andere activiteiten. Slechts een kwart heeft een betaalde baan.

Vaak verliezen patiënten hun werk al in de fase voorafgaand aan dialyse. Met subsidie van Nierstichting Nederland en Stichting Instituut Gak is samen met het Hans Mak Instituut onderzoek gedaan naar factoren die werk en dagelijks leven van mensen met nierziekte belemmeren. Vervolgens ontwikkelden de onderzoekers de cursus ‘Sterk door werk’ om nierpatiënten te helpen de ziekte in te passen in hun dagelijks leven.

Panel Verpleging & Verzorging. Het onderzoek is uitgevoerd onder de deelnemers aan het landelijke Panel Verpleging & Verzorging. Van de ruim 650 verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in algemene ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg hebben 412 personen schriftelijke vragen beantwoord.

De verpleegkundigen en verzorgenden zijn allemaal in loondienst en werken in de directe zorgverlening aan cliënten.

Berg, M. van den, Bakker, D. de, Westert, G., Zee, J. van der, Groenewegen, P.P. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? BMC Health Services Research: 9, 2009, nr. 39.

Perceptie en omgeving

“Nierpatiënten die positiever tegen hun ziekte aankijken, ervaren meer grip op hun leven en hebben vaker werk”, stelt NIVEL-onderzoeker Daphne Jansen. “Natuurlijk maakt het ook uit hoe ernstig de nierziekte is, maar dat is zeker niet de enige factor. Door praktijkvoorbeelden te geven hoe andere patiënten erin slagen actief te blijven, proberen we pessimistische ideeën en misvattingen weg te nemen en alternatieven te bieden. Tegelijkertijd moeten we onze aandacht ook richten op de omgeving. Zodat familie, artsen en werkgevers minder betuttelend worden en een patiënt meer ruimte bieden zijn leven in eigen hand te houden. Ze moeten een patiënt op een positieve manier vanuit zijn wensen ondersteunen. Ook nierpatiënten moeten in hun leven de dingen kunnen doen die ze graag willen.”

Stappenplan

De cursus wordt gegeven aan groepen patiënten die worden voorbereid op dialyse of al dialyseren en hun eventuele partners, als aanvulling op bestaande begeleiding zoals patiëntenvoorlichting en beweegprogramma's. De cursus is erop gericht de opvattingen over de nierziekte en de behandeling positief te beïnvloeden en voorziet ook in een praktisch stappenplan om – ondanks de beperkingen door de ziekte – aan het werk te blijven en andere activiteiten te blijven doen. Bijvoorbeeld door te leren duidelijke en realistische doelen te stellen en aan de slag te gaan met voorstellen voor aanpassing van de werksituatie of de tijdsbesteding. De cursus wordt vanaf komend najaar aangeboden in dialysecentra. Het NIVEL zal de resultaten evalueren.

Grip

“Behoud van werk is een belangrijk thema van de cursus. Er is nog weinig structurele aandacht voor psychologische factoren, zoals persoonlijke opvattingen en de rol van de omgeving. Terwijl die wel een rol spelen bij leven en werken met een nierziekte”, verklaart Daphne Jansen. “We verwachten dat patiënten door de cursus gaan zien dat er ook nog veel mogelijk is en dat zij leren hoe zij hun werk en vrijetijdsbesteding kunnen blijven doen op een manier die bij hen past. Zo houden ze grip op hun leven. Of patiënten hierdoor ook daadwerkelijk vaker aan het werk blijven moet blijken uit de evaluatie.”

3.7 Praktijkondersteuner doet steeds meer astma en COPD-zorg

Het percentage mensen met astma of chronisch obstructieve longziekte (COPD) dat contact heeft met de praktijkondersteuner van de huisarts is de laatste jaren

Jansen, D.L.; Heijmans, M.J.W.M.; Boeschoten, E.W.; Rijken, P.M. Bevordering van arbeidsparticipatie en autonomie van nierpatiënten. Utrecht: NIVEL, 2009. 113 p.

enorm gestegen. In 2003 had slechts 4% van de mensen met astma en 6% van de mensen met COPD contact met de praktijkondersteuner, in 2006 was dat 30% en 42%.

In diezelfde periode daalde het aantal contacten met de huisarts van gemiddeld zes naar vierenhalf voor mensen met astma en van 6,5 naar circa vijf voor mensen met COPD. Dit blijkt uit onderzoek naar de zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD, dat sinds 2001 jaarlijks wordt uitgevoerd met financiële ondersteuning van het Astma Fonds, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Of de daling in het aantal contacten met de huisarts een gevolg is van de toename van het contact met de praktijkverpleegkundige is overigens op dit moment nog niet duidelijk.

Tevreden

Verder blijkt dat mensen met astma en COPD ook zeer tevreden zijn over de zorg die zij krijgen van de praktijkondersteuner. Deze wordt door patiënten als toegankelijker ervaren dan bijvoorbeeld de huisarts of de longarts. Ook geven patiënten aan dat de praktijkondersteuner meer tijd voor hen heeft. Een inventarisatie van de behoefte aan informatie van mensen met astma of COPD liet zien dat beide patiëntengroepen meer informatie willen over het gebruik en de werking van medicijnen en hoe ze kunnen omgaan met benauwdheid. Twintig tot 25% van de mensen met astma of COPD vindt deze informatie niet bij de huisarts of longarts maar wel bij de praktijkondersteuner: 94 tot 99% van de patiënten krijgt voorlichting over medicijnen en uitleg over behandeldoelen van de praktijkondersteuner.

Afstemming

De praktijkondersteuner lijkt dus met succes een deel van de chronische zorg voor mensen met astma of COPD van de huisarts over te nemen. Een punt van aandacht is wel dat één op de vijf patiënten met astma en COPD aangeeft dat de informatie die zij van een praktijkondersteuner krijgen soms tegenstrijdig is met de informatie van andere zorgverleners. Met name de informatie rond zelfzorg en leefregels wijkt in de ogen van de patiënten nogal eens af van de informatie die zij krijgen van bijvoorbeeld de huisarts of longarts. Dit kan voor patiënten verwarrend werken en hen onzeker maken ten aanzien van zelfzorgtaken, aldus Monique Heijmans, onderzoeker bij het NIVEL. Bij de zorg voor mensen met astma en COPD zijn veel zorgverleners betrokken waarbij een zekere taakverdeling noodzakelijk is. Maar hierdoor wordt samenwerking en afstemming wel steeds belangrijker.

Heijmans, M.J.W.M.; Spreewenberg, P.; Rijken, P.M. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001 - 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 117 p.

NPCG

Het onderzoek is verricht door middel van schriftelijke enquêtes onder een representatieve groep van circa 1000 mensen met astma of COPD van 15 jaar en ouder uit het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL.

3.8 Communicatie rond cholesterolverlagers moet beter

Er moet verbetering komen in de communicatie tussen arts en patiënt over het belang van goed medicijngebruik. Artsen en patiënten moeten tijdens het consult nadrukkelijker bespreken of de therapie die ze zijn overeengekomen ook wordt nageleefd. Het NPCF en NIVEL presenteren twee nieuwe ‘handreikingen’.

Het NIVEL observeerde de communicatie over medicijngebruik en therapietrouw in 22 consulten waarin de huisarts een cholesterolverlager voorschreef. De noodzaak van inname en de te verwachten bijwerkingen kwamen slechts in een minderheid van de consulten ter sprake. Ook een juist gebruik van de cholesterolverlager en het belang van therapietrouw werden nauwelijks genoemd.

Op basis hiervan presenteert de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) twee ‘handreikingen’, een voor de patiënt en een voor de zorgverlener. De handreikingen hebben de titel *Praten over cholesterolverlagers* en dienen ter ondersteuning van een goede communicatie over cholesterolverlagers onder andere om therapietrouw te bevorderen.

“Therapieontrouw is een probleem van grote omvang”, aldus Atie Schipaanboord, directeur beleid en innovatie van de NPCF. “Onderzoeken laten zien dat de huisarts in de spreekkamer maar weinig woorden wijdt aan medicijngebruik en therapietrouw. Communicatie over geneesmiddelen en het gebruik ervan is een belangrijk aanknopingspunt om de therapietrouw te verbeteren. De handreikingen bieden een concrete ondersteuning in die communicatie.”

De handreikingen bevatten onderwerpen die in een consult aan bod zouden moeten komen om goed medicatiegebruik te bevorderen. Patiënten en zorgverleners kunnen de handreiking downloaden via de webwinkel op www.npcf.nl

Vervloet, M.; Dijk, L. van; Schoen, T.; Dulmen, S. van. Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers. Utrecht: NIVEL, 2009.

Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G., Verheij, R.A. Inter-practice variation in diagnosing hypertension and diabetes mellitus: a cross-sectional study in general practice. BMC Family Practice: 10, 2009, nr. 6.

Aanbod en organisatie van de zorg

Patiëntveiligheid: Cordula Wagner

De Nederlandse ziekenhuizen werken inmiddels aan een veiligheidsmanagementsysteem om de veiligheid van patiënten te verbeteren en onbedoelde schades te voorkomen. Dit naar aanleiding van een groot dossieronderzoek en onderzoek naar de oorzaken van onbedoelde schades in ziekenhuizen.

Cordula Wagner over patiëntveiligheidsonderzoek.

Waarom dit onderzoek?

“De medische en verpleegkundige beroepsgroepen wilden inzicht in aard, ernst en omvang van de schade in de zorg. Wij konden alleen maar schattingen met een ruime marge maken, geba-

seerd op buitenlandse cijfers. De medici wilden weten hoe Nederland er voorstond. Ze wilden de oorzaken weten en wat ze eraan zouden kunnen doen. Dus hoe vaak komt het voor, waarom en wat kun je eraan doen?”

Hoe ging dat in zijn werk?

“We hebben bijna 8000 dossiers onderzocht uit 21 ziekenhuizen. De helft van patiënten die uit het ziekenhuis zijn ontslagen en de helft van patiënten die in het ziekenhuis zijn overleden. Voor het onderzoek naar de oorzaken van incidenten hebben we bovendien meldingen geanalyseerd. Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken hebben we een aantal verbetertra-

jecten ontwikkeld en geëvalueerd. Die evaluaties lopen nog. Daar is bijvoorbeeld een teamtraining en een training voor arts-assistenten uit voortgekomen.”

Wat hebben deze onderzoeken opgeleverd?

“In het dossieronderzoek kwamen we uit op 30.000 patiënten per jaar met onbedoelde schade en 1735 gevallen van potentieel vermijdbare sterfte. De kans op schade bleek groter bij complexe en ingrijpende behandelingen, en bleek vaak een samenspel van factoren, onvolledige dossiers of diagnostische fouten. Dit dossieronderzoek heeft binnen de zorg een gevoel van urgentie opgeleverd. Daardoor hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Orde van Medisch Specialisten, het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland het veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ opgesteld, waaraan bijna alle Nederlandse ziekenhuizen meedoen. Met als doel de potentieel vermijdbare schade in 2013 tot de helft te reduceren. Spin off van ons onderzoek is bijvoorbeeld een meetinstrument

om de veiligheidscultuur op afdelingen te meten, dat inmiddels in de ziekenhuizen wordt gebruikt voor het veiligheidsprogramma. De methodiek van het dossieronderzoek is ook vereenvoudigd en medisch specialisten krijgen nu trainingen om daarmee in hun eigen ziekenhuis dossiers te onderzoeken. Met de trainingen voor arts-assistenten wordt patiëntveiligheid geïntroduceerd in de opleiding tot medisch specialist.”

Aanbod en organisatie van de zorg

In het onderzoeksdomein Aanbod en organisatie van de zorg staan de verschillende zorgverleners en de organisaties waarbinnen ze werken centraal. Het onderzoek binnen dit domein is gericht op aanbieders en locaties van zorg, op hun onderlinge netwerken en samenwerking, bijvoorbeeld binnen ziekenhuizen, verpleeghuizen of huisartsenposten.

4.1 Nieuwe technologie: alleen als de zorg er beter van wordt

Nieuwe technologieën kunnen de kwaliteit van de zorg verhogen. Bij de introductie ervan gaan echter regelmatig dingen mis: de techniek hapert of de technologie sluit niet aan bij de dagelijkse praktijk. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden het daarom belangrijk bij de keuze en introductie van nieuwe technologieën te worden betrokken.

Slimmer werken

De mogelijkheden voor technologische toepassingen in de verpleging en verzorging nemen toe. Variërend van ICT zoals elektronische dossiers, tot tilsystemen en doekjes om cliënten zonder water en zeep te wassen. De ontwikkelingen op dit gebied gaan door en met het toenemend tekort aan personeel en de oplopende kosten zoeken beleidsmakers steeds meer naar voor de zorg geëigende technologieën. Door werkprocessen slimmer te maken en de efficiency te vergroten moeten we in de toekomst meer kunnen doen met evenveel of zelfs minder mensen. Maar hoe kijken verpleegkundigen en verzorgenden zelf tegen nieuwe technologieën aan? Willen ze ermee werken? En waar zien zij kansen?

Kwaliteit en werkdruk

De verpleegkundigen en verzorgenden in het Panel Verpleging & Verzorging van het NIVEL vinden dat nieuwe technologieën vooral moeten bijdragen aan betere zorg voor de cliënt, zo blijkt uit een peiling begin 2009. Daarnaast is het – vooral voor verzorgenden in thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen – een aanwinst als het werken in de zorg er lichter door wordt of de werkdruk vermindert. Arbeids- en kostenbesparing vinden ze minder belangrijk. Ze willen zelf pas een nieuwe technolo-

Het Panel Verpleging & Verzorging wordt gecoördineerd door het NIVEL met financiële ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Doel is om de deelnemers regelmatig te bevragen over beleidsrelevante onderwerpen binnen hun werk.

Veer, A.J.E. de; Francke, A.L. Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging. Utrecht: NIVEL, 2009. 72 p.

Veer, A.J.E. de; Francke, A.L. Technologie moet kwaliteit van zorg dienen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, vol. 119, (2009), nr. 10.

Weert, J.C.M. van, Bensing, J.M. Estimulación multisensorial (snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. Informaciones Psiquiátricas: 2009, nr. 195-196.

gie gaan gebruiken als ze overtuigd zijn van de gunstige effecten op de kwaliteit van de zorg en op hun eigen werkdruk.

Meedenken

Ruim driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat de instelling waar ze werken openstaat voor nieuwe technologieën. Maar het merendeel wordt te weinig betrokken bij de introductie ervan. Verpleegkundigen en verzorgenden zien wel tal van voorbeelden van geslaagde vernieuwingen.

Van nieuwe infuuspompen en beademingsapparatuur tot ‘droogwassen’ en elektronische weegschalen. En van het op afstand monitoren van medische gegevens tot het elektronisch ontsluiten van deuren. Meest noemen ze de elektronische dossiers, bewegingsmelders zoals ‘signalerende’ bedmatten – die bijvoorbeeld aan de zusterspost doorgeven wanneer een patiënt opstaat – en videocommunicatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In het onderzoeksrapport wordt op deze verschillende technologieën dieper ingegaan.

Panel Verpleging & Verzorging

Het Panel Verpleging & Verzorging bestaat uit bijna 1000 verpleegkundigen en verzorgenden uit algemene ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, de psychiatrie, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en uit de thuiszorg. Aan het onderzoek werkten 685 panelleden mee.

4.2 Nederland loopt voorop met kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg

De kwaliteit van palliatieve zorg wordt inzichtelijk. Om de kwaliteit van palliatieve zorg voor patiënten en de begeleiding van naasten te meten, is een set indicatoren ontwikkeld en getoetst op haalbaarheid en bruikbaarheid. Nederland loopt daarmee voorop in Europa.

Palliatieve zorg is de zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en uiteindelijk aan hun ziekte zullen overlijden.

Deze zorg wordt onder meer gegeven door de thuiszorg, huisartsen, ziekenhuizen of verpleeg- of verzorgingshuizen en binnen specifieke palliatieve terminale zorgvoorzieningen. Door de uiteenlopende en vaak complexe zorgbehoefte is palliatieve zorg in principe multidisciplinair, waarbij professionals en vrijwilligers vaak samenwerken. Behalve voor lichamelijke zorg is in de palliatieve fase ook aandacht nodig voor psychosociale en spirituele behoeften en problemen, en de begeleiding van naasten.

Kwaliteit meten

Met subsidie van ZonMw is in samenwerking met EMGO⁺ en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, een indicatorenset ontwikkeld om de kwaliteit van de palliatieve zorg inzichtelijk te maken. Er is nu een set van 33 indicatoren voorhanden voor de kwaliteit van de zorg aan patiënten en 10 indicatoren voor de kwaliteit van de begeleiding van naasten. Kwaliteitsindicatoren worden veelal uitgedrukt in een getal of percentage en geven indicaties van de kwaliteit van zorg en van eventuele verbeterpunten. Voorbeelden van indicatoren zijn het percentage patiënten met matige of ernstige pijn en de mate waarin patiënten positief zijn over de deskundigheid van hun zorgverleners. Dit is in Europa de eerste set met uitgewerkte kwaliteitsindicatoren voor alle settings waar palliatieve zorg aan volwassen patiënten wordt gegeven.

Ervaringen van patiënten en nabestaanden

De indicatorenset is op haalbaarheid en bruikbaarheid getest bij patiënten en nabestaanden op 14 locaties. De bruikbaarheid en haalbaarheid bleken over het algemeen goed te zijn. In een tweede project is een CQ-index (Consumer Quality Index) voor de palliatieve zorg ontwikkeld. Met dit meetinstrument is het mogelijk kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van zowel patiënten als nabestaanden te meten, wat informatie oplevert waarmee zorgaanbieders hun kwaliteit kunnen verbeteren. Tijdens het project bleken bijvoorbeeld de nazorg voor en evaluatiegesprekken met de familie verbeterpunten.

Handleiding

Voor zorgaanbieders die met de indicatorenset willen gaan werken is een praktische handleiding beschikbaar.

4.3 Wit-Rusland wil zichtbare huisarts

Wit-Rusland kent een sterk gecentraliseerd gezondheidszorgsysteem, met weinig ruimte voor lokale ontwikkelingen, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd op initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Wit-Rusland is op weg naar een sterkere eerste lijn. De resultaten zijn gepubliceerd in een WHO-rapport.

De afgelopen jaren is het gezondheidszorgsysteem in Wit-Rusland langzaam veranderd. Zonder betrokkenheid van non-gouvernementele organisaties, probeert de overheid de gezondheidszorg te ontwikkelen tot een systeem met een sterkere eerste lijn waarin de huisarts een spilfunctie heeft. Van een eerstelijnszorg gebaseerd op huisartsen zoals wij die in Nederland kennen is nu nog nauwelijks sprake. Slechts

Brandt, H.E.; Francke, A.L.; Pasmaan, H.R.W.; Claessen, S.J.J.; Putten, M.J.A. van der; Deliens, L. Indicatoren voor palliatieve zorg: ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorgverlening. Utrecht: NIVEL, 2009. 92 p.

Claessen, S.J.J.; Francke, A.L.; Sixma, H.; Brandt, H.E.; Putten, M.J.A. van der; Veer, A.J.E. de; Deliens, L. Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2009. 142 p.

Francke, A.L.; Claessen, S.J.J.; Deliens, L. Kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg: praktische handleiding voor zorgaanbieders. Utrecht: NIVEL, 2009. 52 p.

één op de tien artsen is huisarts en de training en opleiding zijn nog niet toereikend om hun aantal snel te laten toenemen. Als noodmaatregel werken basisartsen verplicht tijdelijk als huisarts, zonder dat zij de daarvoor vereiste vaardigheden hebben opgedaan. De onderzoekers adviseren zo snel mogelijk de specialisatie tot huisarts grootschaliger op te zetten.

Jonge huisartsen

De huisarts zou in de toekomst in Wit-Rusland een rol als coördinator en poortwachter kunnen gaan vervullen, waardoor bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de gezondheidszorg sterk kan verbeteren. Over de huisartsen die er zijn, waren patiënten doorgaans tevreden. Vooral met de behandeling, minder met de wachttijden, zo blijkt uit het onderzoek. Vooral de jongopgeleide huisartsen maken het verschil. De dienstverlening van de jongere huisartsen is breder en zij verwijzen minder dan oudere en traditionelere huisartsen. Verder vonden patiënten dat de praktijken goed bereikbaar waren tijdens kantooruren, behalve voor telefonisch advies. De bereikbaarheid buiten kantooruren kan beter en vooral ook veel efficiënter. NIVEL-onderzoeker Wienke Boerma: “Bij gebrek aan enige vorm van telefonische voorselectie van klachten, worden in de avond en nacht en gedurende de weekenden op ieder wissewasje ambulances afgestuurd.”

Methode

Voor het onderzoek maakten de onderzoekers gebruik van een door het NIVEL ontwikkeld evaluatie-instrument voor eerstelijnsgezondheidszorg. De methode biedt een structureel overzicht van de sterke en zwakke kanten van de eerstelijnszorg van een land, met zowel aandacht voor het gevoerde beleid als voor de stem van artsen en patiënten. Beleidsmakers en politici kunnen het gebruiken als uitgangspunt voor hun beleid. Voor het onderzoek in Wit-Rusland pasten de onderzoekers het instrument toe in de regio's Minsk en Vitebsk. De WHO zet het instrument in voor de evaluatie van de eerste lijn in steeds meer landen. Zo doet het NIVEL er voor de WHO momenteel onderzoek mee naar de eerste lijn in Kazachstan, Oekraïne en Servië. Begin 2010 verschijnen de publicaties hierover. Eerder deed het NIVEL al soortgelijk onderzoek in Rusland, Turkije, Slovenië en Oezbekistan.

Voor meer informatie over het NIVEL-onderzoek voor de WHO, zie ook de terugblik bij gelegenheid van het afscheid van de voormalig Regional Director van WHO Europa, Marc Danzon: ‘Matching services to New Needs: 10 Years of the Regional Office for Europe of the World Health Organization’.

Boerma, W.G.W.; Pellny, M.; Wieggers, T.A.; Kringos, D.S.; Rusovich, M. Evaluation of the organizational model of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk. Copenhagen: WHO, 2009. 137 p.

4.4 Huisartspraktijk groeit uit tot kleine gezondheidszorgorganisatie

Om de gezondheidszorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden, is een sterke eerstelijnsgezondheidszorg van groot belang. Huisartsen en andere zorgverleners moeten daarom steeds meer gaan samenwerken: in de wijk en in de zorg voor specifieke aandoeningen.

Per 2010 wil de minister van VWS de zorg voor diabetes, COPD, hartfalen en hart- en vaatziekten anders gaan bekostigen. Zorgverleners moeten daarop anticiperen. Voor het ZonMw-programma Op één lijn is in kaart gebracht wat er al is aan samenwerkingsvormen en -verbanden.

Huisartsen, fysiotherapeuten, andere eerstelijns zorgverleners en eerstelijnsorganisaties kunnen bij ZonMw subsidie aanvragen voor samenwerkingsprojecten. NIVEL-afdelingshoofd Dinny de Bakker: “Er is een enorme variëteit aan organisatorische samenwerkingsvormen in de eerste lijn.

Geen gezondheidscentrum is hetzelfde. In het ene werken veel meer verschillende soorten hulpverleners dan in het andere.”

Samenwerking

Er is samenwerking binnen de wijk en daarnaast rond aandoeningen zoals diabetes of COPD. In de wijk vinden we gezondheidscentra en medische centra waar huisartsen met een apotheker, fysiotherapeuten, diëtiste en gespecialiseerd verpleegkundigen of andere zorgverleners samenwerken, maar ook bijvoorbeeld huisartspraktijken met meerdere huisartsen. Voor de zorg rond een aandoening zoals diabetes, COPD of hartfalen werken huisartsen samen met gespecialiseerd verpleegkundigen en andere zorgverleners in zorggroepen, die vaak ook samenwerken met ziekenhuizen. De Bakker: “Tussen deze vormen van samenwerking zit wel een spanningsveld. Ze kunnen op elkaar aansluiten, maar het kan ook versnipperend werken als je voor de chronische zorg ergens anders naartoe moet dan voor bijvoorbeeld een verstuipte enkel.”

Schaalvergroting

Er is sprake van schaalvergroting in de eerste lijn op verschillende niveaus. De Bakker: “Op ieder van die niveaus is daarmee efficiencywinst te behalen en kan de kwaliteit omhoog, maar de meerwaarde van samenwerking is nauwelijks aan te tonen doordat er zoveel variatie is.

Wij pleiten er daarom voor kansrijke ontwikkelingen breder toe te passen, zodat die hun bestaansrecht kunnen bewijzen.”

Hopman, E.P.C.; Batenburg, R.; Bakker, D.H. de. Organiserische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning. Utrecht: NIVEL, 2009. 81 p.

4.5 Verbeter de veiligheid in het ziekenhuis per afdeling

De Nederlandse evenknie van een Amerikaanse vragenlijst om de patiëntveiligheids-cultuur in ziekenhuizen te meten, meet echt de cultuur op een afdeling. Iedere ziekenhuisafdeling kan ermee aan de slag, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en EMGO⁺ in *Quality and Safety in Health Care*.

In de VS is een vragenlijst (HSOPS) ontwikkeld om de patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen te meten. De Nederlandse versie van de vragenlijst, COMPaZ, kent 11 ‘dimensies’ van patiëntveiligheidscultuur. Dimensies zijn onder meer de samenwerking op de afdeling en met andere afdelingen, de bereidheid incidenten te melden, de betrokkenheid van het management, feedback over incidenten, open communicatie – durft een medewerker een onveilige situatie aan te kaarten – en de informatieoverdracht tijdens dienstwisselingen. De vragenlijst wordt afgenomen bij individuele medewerkers op een ziekenhuisafdeling. Maar geeft de vragenlijst inderdaad informatie over de veiligheidscultuur op de afdeling of meet hij de meningen van individuele medewerkers?

Afdelingscultuur

De vragenlijst meet de afdelingscultuur zo blijkt uit onderzoek met multilevelanalyse. NIVEL-onderzoeker Marleen Smits zocht met deze vorm van analyse naar ‘clustering’ op ziekenhuisafdelingen en in ziekenhuizen. “Als de vragenlijst inderdaad de veiligheidscultuur meet op een afdeling, dan moeten de antwoorden van medewerkers van dezelfde afdeling clusteren. Met andere woorden: de antwoorden van medewerkers van afdeling A moeten meer op elkaar lijken, dan op de antwoorden van medewerkers van andere afdelingen.”

Voor elk van de 11 dimensies bleek dat zo te zijn, de vragenlijst meet dus afdelingscultuur en niet alleen individuele meningen.

Aanbevelingen en onderzoek

De onderzoekers bevelen aan in te steken op afdelingsniveau om de patiëntveiligheidscultuur te veranderen. Het onderzoek maakt deel uit van het Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederlandse ziekenhuizen dat is geïnitieerd door de Orde van Medisch Specialisten met financiële steun van het Ministerie van VWS. Voor het onderzoek zijn de vragenlijsten afgenomen bij 1889 medewerkers van 19 ziekenhuizen en 87 afdelingen (ongeveer vier per ziekenhuis). De Nederlandse vragenlijst COMPaZ is via www.vmszorg.nl op te vragen. De auteurs hebben er ook een handleiding bij geschreven, ook deze is via de site op te vragen.

Smits, M.; Wagner, C.; Spreewen-berg, P.; Wal, G. van der; Groenewegen, P.P. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. Quality & Safety in Health Care, vol. 18, (2009), nr. 4.

4.6 Ziekenhuisbestuur moet kwaliteit zichtbaar stimuleren

Samenhang tussen kwaliteitsmaatregelen én het leiderschap van ziekenhuisbestuurders zijn bepalend voor de mate waarin medisch specialisten, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals landelijke kwaliteitsnormen volgen. Dat blijkt uit onderzoek waarop Michel Dückers op 9 september 2009 promoveert aan de Universiteit Utrecht.

Van 2004 tot 2008 is een landelijk verbeterprogramma uitgevoerd, gericht op organisatieontwikkeling en kwaliteitsverbetering binnen ziekenhuizen. Het was een ‘gelaagd’ programma, dat wil zeggen dat in onderlinge samenhang maatregelen zijn ingezet op sector-, ziekenhuis- en afdelingsniveau. Michel Dückers onderzocht hoe het programma is uitgevoerd en met welk effect. Hij beschrijft hoe het dagelijks handelen van professionals door het programma wordt afgestemd op landelijke kwaliteitsnormen. “Opvallend is dat de combinatie van landelijke kwaliteitsnormen, diverse verbetermaatregelen en externe druk inderdaad lijken bij te dragen aan een meer systematisch kwaliteitsmanagement binnen ziekenhuizen. Samenhang tussen de maatregelen op de verschillende niveaus blijkt heel belangrijk. De concrete invulling van het kwaliteitsmanagement hangt sterk af van het leiderschap van ziekenhuisbestuurders.”

Leiderschap

Dit leiderschap komt deels tot uiting in de mate waarin Raden van Bestuur kwaliteitsnormen vaststellen, daarover afspraken maken met afdelingen en de naleving periodiek controleren. “Regelmatige controle of afdelingen aan normen voldoen, stimuleert afdelingen goede werkwijzen over te nemen en deze te blijven toepassen”, verklaart Dückers. “Daarbij is ook heel belangrijk dat de Raad van Bestuur voor de medewerkers zichtbaar verbetering stimuleert. Medisch specialisten nemen vaker deel in verbeterprojecten als zij en hun collega’s ervaren dat de bestuurder verbetering stimuleert. Uit het onderzoek blijkt bovendien dat het ene ziekenhuis projecten aantoonbaar beter ondersteunt dan het andere.”

Breder patroon

Het onderzochte programma past binnen een complex van overheidsmaatregelen en bouwt daarop voort. In het programma zijn kwaliteitsnormen en goede voorbeelden benoemd. Geleidelijk wordt de druk op ziekenhuizen opgevoerd om goed te presteren. “Deze koers lijkt vruchten af te werpen”, stelt Dückers. “Sinds 1995 zijn kwaliteitsystemen steeds verder ontwikkeld. Nu is het zaak vast te stellen of hierdoor kwaliteit van zorg en veiligheid voor patiënten in ziekenhuizen inderdaad zijn verbeterd.”

Dücker, M.L.A. Changing hospital care: evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme. Utrecht: NIVEL, 2009. 208 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Dücker, M.L.A.; Makai, P.; Vos, L.; Groenewegen, P.; Wagner, C. Longitudinal analysis on the development of hospital quality management systems in the Netherlands. International Journal for Quality in Health Care, vol. 21, (2009), nr. 5.

Dücker, M.L.A., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P.P. Exploring the black box of quality improvement collaboratives: modelling relations between conditions, applied changes and outcomes. Implementation Science: 4, 2009, nr. 74.

Dücker, M.L.A., Stegeman, I., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Sanders, K., Groenewegen, P.P. Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of clinicians in improvement projects. Health Policy: 91, 2009, nr. 3.

4.7 Kwaliteit Oezbeekse eerste lijn krijgt gezicht

De eerstelijnszorg wordt in Oezbekistan vooral centraal aangestuurd. Op papier zien de kwaliteitsvoorzieningen er goed uit. Nu moet de praktijk volgen, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL dat is uitgevoerd op initiatief van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De resultaten zijn gepubliceerd in een WHO-rapport.

In Oezbekistan is kwaliteitsverbetering in de eerstelijnszorg een nationale prioriteit. Het ministerie van Volksgezondheid heeft tal van wetten, standaarden, regels en procedures ontwikkeld om de kwaliteit te beheersen en verbeteren. Punt van aandacht is nu de verdere invoering van een breed pakket van eerstelijns zorgvoorzieningen. “Zoals gebruikelijk in landen die eens tot de Sovjet Unie behoorden, wordt de gezondheidszorg van boven af door de overheid aangestuurd met weinig inbreng van uitvoerenden. Bij kwaliteit van zorg is het juist belangrijk dat artsen, verpleegkundigen en anderen daar letterlijk werk van maken. Het zal dus nog een toer worden om het kwaliteitsbeleid ook echt te laten werken”, aldus Wienke Boerma die het onderzoek in Oezbekistan leidde.

Centrale aansturing

Huisartspraktijken in Oezbekistan worden geleid door een manager. Dit is een arts die verantwoordelijk is voor meerdere praktijken. De centrale aansturing in Oezbekistan betekent ook dat er bij beleidsvorming weinig ruimte is voor inbreng van niet-gouvernementele organisaties, zoals huisartsen- en patiëntenorganisaties. Voor een adequaat functionerende eerste lijn zouden deze organisaties meer ruimte moeten krijgen.

Instrument

Het Oezbeekse ministerie van volksgezondheid verklaarde in een overeenkomst met de WHO kwaliteitsbeheersing en verbetering in de eerste lijn tot een nationale prioriteit. In 2007 vroeg de WHO haar Collaborating Centre NIVEL hiervoor een kwaliteitsmanagementinstrument te ontwikkelen. Dit instrument is onder meer getest in drie provincies (Fergana, Syrdarya en Tashkent). Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit diverse bronnen. Op nationaal niveau werden statistische en andere gegevens verzameld, en gestructureerde interviews gehouden met experts zoals vertegenwoordigers van het ministerie en artsorganisaties. Verder werden vragenlijsten verspreid onder zorgmanagers en huisartsen. Het rapport biedt handvatten en gerichte aanbevelingen om de zorgkwaliteit in de Oezbeekse eerstelijnszorg beter te managen.

De aanbevolen strategieën kunnen ook voor beleidsmakers en huisartsen in andere landen relevant zijn.

Boerma, W.G.W.; Kringos, D.S.; Verschuuren, M.; Pellny, M.; Baymirova, L. Primary care quality management in Uzbekistan. Kopenhagen: WHO, 2008. 91 p.

Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Pellny, M. Measuring mechanisms for quality assurance in primary care systems in transition: test of a new instrument in Slovenia and Uzbekistan. Quality in Primary Care: 17, 2009, nr. 3.

4.8 Ondersteuning voor psychische problemen in de huisartspraktijk

Consulenten geestelijke gezondheid kunnen een welkome aanvulling zijn in de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum voor patiënten met psychische of psychosociale klachten. Patiënten zijn tevreden en de consulenten verwijzen niet overmatig door naar de tweede lijn.

Bij de huisarts ligt de aandacht vaak sterk op de somatiek. Daardoor komen psychische aspecten te weinig over het voetlicht. Onder meer doordat huisartsen hiervoor geen tijd vrij kunnen maken of zich onvoldoende competent achten. Gespecialiseerde praktijkondersteuners of consulenten geestelijke gezondheid kunnen hier wellicht uitkomst bieden. In Gezondheidscentrum Groningen West hebben bij wijze van proef twee consulenten geestelijke gezondheid in een jaar tijd ongeveer 200 patiënten naar hun tevredenheid en die van de huisarts opgevangen en zo nodig naar verdere psychische hulp geleid, zonder dat dit leidde tot overmatige doorverwijzing naar de GGZ. Dit blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd met subsidie van zorgverzekeraar Menzis.

Nieuwe structuur

Het project was een initiatief van zorgverzekeraar Menzis en geestelijke gezondheidszorgaanbieder Lentis. Een consulent geestelijke gezondheid van Lentis werd toegevoegd aan het eerstelijns team in Gezondheidscentrum West van Menzis. Patiënten kwamen via triage door de assistente of een huisarts bij de consulent. Doel van het project was een nieuwe structuur en samenwerking te ontwikkelen tussen eerste en tweedelijns GGZ, en inzicht te krijgen in de inhoud, communicatie en logistiek rond psychische en psychosociale problemen. Door de inzet en aansturing van de consulent moet een patiënt sneller op de juiste plaats van behandeling aankomen.

4.9 Britse huisarts verdient het best

Terwijl de Europese en ook de Nederlandse huisarts de laatste twintig jaar (gecorrigeerd voor inflatie) minder is gaan verdienen, steeg het inkomen van de Engelse huisarts flink. Hij werd de best betaalde huisarts in Europa, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en de Universiteit Maastricht in *BMC Health Services Research*.

Inkomensverschillen nemen toe

De Engelse huisarts heeft in de periode 2000-2005 een enorme inkomensstijging doorgemaakt en is daarmee de best betaalde huisarts in Europa geworden. De Europese huisartsen zijn, gecorrigeerd voor inflatie, in de jaren tachtig en negentig minder

Noordman, J.; Verhaak, P. 'Psychische gezondheid in de eerste lijn'. De inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL, 2009. 64 p.

Verhaak, P.F.M., Prins, M.A., Spreeuwenberg, P., Draisma, S., Balkom, T.J.L.M. van, Bensing, J.M., Laurant, M.G.H., Marwijk, H.W.J. van, Meer, K. van der, Penninx, B.W.J.H. Receiving treatment for common mental disorders. General Hospital Psychiatry: 31, 2009, nr. 1.

gaan verdienen. Vanaf 1995 gaat het inkomen weer omhoog. De Belgische huisartsen verdienen het minst, de Duitse en sinds 2005 de Engelse het meest. De Nederlandse huisartsen werden tot 1990 beter betaald, maar gingen in 1995 fors achteruit. Tussen 2000 en 2005 zijn ze wel weer flink in inkomen vooruit gegaan en ze zitten nu op het Europese gemiddelde. Ook de verschillen in inkomen tussen de huisartsen in de verschillende Europese landen zijn ten opzichte van 1975 toegenomen. De kloof tussen de best verdienende huisarts en de Belgische huisarts – die nog steeds onderaan staat in de inkomensrangorde – is groter dan ooit.

Inkomsten, praktijkkosten en omzet

Onderzoekers van het NIVEL en de Universiteit Maastricht keken naar de inkomensontwikkeling tot 2005 van huisartsen in acht Europese landen: Nederland, Duitsland, België, Denemarken, Zweden, Finland, Frankrijk en Engeland. In de landen waar de huisarts zelfstandig ondernemer is (Nederland, Duitsland, België, Frankrijk en Engeland) gaat de helft van de omzet op aan praktijkkosten, ongeacht de hoogte van de omzet. De andere helft is inkomen. Het aantal patiënten per huisarts kan tussen de landen aanzienlijk variëren. Franse huisartsen hebben gemiddeld 622 patiënten, Nederlandse 2500. Per patiënt verdienen huisartsen in België het minst en in Duitsland met ruim drie keer zoveel, het meest. In landen met relatief veel huisartsen zijn de inkomsten per uur lager. De Belgen hebben het laagste uurinkomen, de Denen met ongeveer drie keer zoveel het hoogste.

Wat is het succes van de Engelse huisartsen

Herzieningen van het gezondheidszorgsysteem, zoals in Frankrijk, Engeland en de stelselwijziging in Nederland, zijn vaak van invloed op het inkomen van de huisartsen. In Engeland is een begin gemaakt met het belonen van huisartsen op kwaliteit en samenstelling van de patiëntenpopulatie in de praktijk. Terwijl vroeger werd gekeken naar algemene bevolkingskarakteristieken, wordt nu voor de financiering van huisartsen gekeken naar hun patiëntenpopulatie. Er wordt rekening gehouden met het aantal ouderen en chronisch zieken in de praktijk, of de praktijk in de stad of op het platteland ligt, of in een achterstandsgebied.

Preventie

De Engelse huisartsen worden verder extra beloond voor preventie: het aantal vaccinaties, uitstrijkjes voor baarmoederhalskanker, enzovoort. Negentig procent van de Engelse huisartsen voldoet aan die nieuwe beloningscriteria, wat bijdraagt aan hun hoge inkomen. NIVEL-onderzoeker Madelon Kroneman: “Kennelijk is in Engeland een kwa-

Kroneman, M.W.; Zee, J. van der; Groot, W. Income development of general practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Services Research, vol. 9, (2009), nr. 26.

liteitsslag gemaakt of is de lat te laag gelegd waardoor alle huisartsen de gestelde doelen kunnen halen. De toename in inkomen is op dit moment onderwerp van discussie in Engeland, waardoor te verwachten is dat het inkomen niet verder zal stijgen. De Engelse huisartsen zijn bij de wijziging van het financieringssysteem in ieder geval heel succesvol geweest in de onderhandelingen over hun inkomen. Of dit ook in de Nederlandse situatie het geval is, moet nog blijken uit de evaluatie van het nieuwe zorgstelsel.”

4.10 Meer huisartsopleiders nodig

De komende tien tot vijftien jaar vertrekt meer dan de helft van de huisartsopleiders. Jonge huisartsopleiders moeten die lacune opvullen. Vooral in de regio Amsterdam is daarvoor nauwelijks voldoende capaciteit.

Elk jaar komen er meer eerstejaars studenten geneeskunde. De minister van VWS besloot de instroom in de huisartsenopleiding in 2009 te verhogen tot 598 huisartsen-in-opleiding. De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH), financier van de huisartsen- en verpleeghuisartsen-in-opleiding, moet zorgen dat daarvoor voldoende opleiders en praktijkplekken zijn. De komende tien tot vijftien jaar vertrekt echter meer dan de helft van de huisartsopleiders vanwege pensionering. Er moeten dus nieuwe opleiders komen en er moet vooral ook gekeken worden waar. Met subsidie van SBOH is in kaart gebracht in welke regio's er hoeveel huisartsenopleiders gaan stoppen, en hoeveel jonge niet-opleiders daar praktijk voeren. Zij zijn immers de potentiële vervangers. In Midden-Nederland zit het wel goed. Maar in Amsterdam, met twee universiteiten, is het probleem nijpender. Daar moet vrijwel iedere jonge huisarts opleider worden en dan zijn het er nog maar net genoeg.

Deeltijd

Een groot aantal huisartsen werkt in deeltijd en vindt het daardoor lastig om opleider te zijn, wat het potentieel aan opleiders verkleint. Daarbij voorziet ook een aantal huisartsen in de begeleiding van snuffelstages en coschappen. Zij vinden dat leuk om te doen, maar deze huisartsen kunnen daardoor niet ook nog een assistent opleiden tot huisarts. Hoeveel huisartsen investeren in snuffelstages en coschappen is niet goed geregistreerd en moeilijk in harde cijfers om te zetten. Maar het kost huisartsen veel tijd. De onderzoekers vroegen opleiders en jonge niet-opleiders ook wat er te verbeteren valt en te wensen is voor het opleiderschap. Daaruit kwam naar voren dat huisartsen graag zelf inbreng willen in het selecteren van assistenten huisartsgeneeskunde die in de praktijk komen werken en dat zij een realistische vergoeding willen krijgen. Die gewenste realistische vergoeding is overigens niet veel hoger dan de huidige vergoeding.

Kroneman, M.W., Zee, J. van der, Groot, W. Income development of general practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. BMC Health Services Research: 9, 2009, nr. 26.

Heiligers, P.J.M.; Schepman, S.M.; Kenens, R.J. Werving opleiders en docenten huisartsgeneeskunde. Utrecht: NIVEL, 2009. 83 p.

Structuur en sturing van de zorg

Evaluatie van de stelselwijziging: Roland Friele

Samen met het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam evalueerde het NIVEL de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en de Wet marktordening gezondheidszorg. De effecten van de wetten zijn nog pril. De evaluatie wijst op successen en op ontwikkelingen die vragen om aandacht. Nu is de politiek aan zet, volgens Roland Friele.

Waarom deze evaluatie?

“Het is een wettelijke verplichting wetten te evalueren en het is ook verstandig dat te doen. Als een wet eenmaal is afgekondigd, is het namelijk nog niet klaar. Zo’n marathoninterventie als de stelselwijziging heeft altijd onverwachte effecten

en die kunnen heel groot zijn. De stelselwijziging zet een cascade van processen in gang. Patiënten kiezen op de zorgverzekeringsmarkt een zorgverzekeraar. Daarop gaan zorgverzekeraars voor hun patiënten zorg inkopen en dat zouden patiënten dan kunnen merken op de zorgverlenersmarkt. Een evaluatie kan ongewenste effecten zichtbaar maken, waardoor je kan bijsturen. Ook al is dit na vier jaar een vrij vroege evaluatie.”

Hoe ging dat in zijn werk en wat waren jullie bevindingen?

“De invoering van zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet marktordening is heel soepel verlopen. Wij hebben in Nederland nu een heel

solidair en compleet zorgverzekeringsstelsel. Iedereen betaalt voor eenzelfde polis dezelfde premie, hoe ziek of hoe oud je ook bent. Het basispakket is behoorlijk uitgebreid. En mensen met een laag inkomen krijgen – weliswaar op een wat omslachtige manier – compensatie. Samen met juristen, economen en bestuurskundigen van de Erasmus Universiteit hebben we deze wetten geëvalueerd. We hebben daarvoor veel betrokkenen geïnterviewd, onderzoek van de NIVEL-panels en andere bronnen op een rijtje gezet en gekeken hoe de instrumenten in de wetten zijn toegepast. Een voorbeeld van zo'n instrument is het vereveningsmechanisme in de Zorgverzekeringswet. Volgens dit mechanisme krijgen verzekeraars compensatie voor verzekeren van wie op voorhand bekend is dat ze veel zorgkosten zullen maken, omdat ze bijvoorbeeld een chronische ziekte hebben. Dit is ervoor bedoeld te voorkomen dat verzekeraars vooral gezonde mensen gaan verzekeren. Volgens de economen uit Rotterdam is die verevening nog niet perfect. Bij de Wet marktordening ontbreekt in de geliberaliseerde delen van de zorg een instrument om de totale kosten te beheersen. Verder valt op dat het in het stelsel voornamelijk vooral over geld gaat en veel minder over kwaliteit. Het is wel zichtbaar wat een polis kost,

maar niet wat voor soort zorg je krijgt. Terwijl een van de doelstellingen was de kwaliteit te verbeteren. De incentives in het stelsel zijn nu vooral gericht op kosten en minder op kwaliteit. Het is belangrijk dat dit in balans komt. Daar ligt een belangrijke taak voor verzekeraars, die zijn nu echt aan zet.”

Wat levert deze wetsevaluatie de 'zorggebruiker' op?

“Onze evaluatie kwam eind van het jaar uit en kan dienen als basis voor de politieke discussie over de stelselherziening. We hebben er inleidingen over gehouden in Nederland en ook in het buitenland. Want het buitenland kijkt mee. Veel landen denken na over een stelselwijziging. Wij hebben in de evaluatie een aantal dingen netjes uitgezocht, op basis waarvan de politiek beslissingen kan nemen. Er hoeft geen discussie meer te worden gevoerd over wat wel en niet waar is: nu ligt vast hoe het in Nederland loopt met de stelselherziening. En vervolgens is de politiek aan zet. Er is een reactie op gekomen van de minister en de discussie die nu gevoerd gaat worden, is een politieke discussie.”

In dit onderzoeksdomein staan vragen rond de structuur en de sturing van de zorg centraal. Het onderzoek in dit domein geeft inzicht in de manier waarop de structuur van het gezondheidszorgsysteem verandert en hoe beleid doorwerkt in de praktijk en vice versa.

5.1 Nederlander gaat vaker en langer naar de huisarts

De Nederlander bezocht in 2007 vaker de huisarts. Na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet zijn vooral voormalig particulier verzekerden vaker naar de huisarts gegaan dan voormalig ziekenfondsverzekerden.

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 is ook de financiering van de huisartsenzorg veranderd. Deze is vastgelegd in het zogenoemde Vogelaar-akkoord en bestaat uit een vergoeding voor inschrijving bij een huisarts, en een vergoeding voor consulten en verrichtingen. In het eerste jaar na invoering van de nieuwe systematiek declareerden huisartsen meer verrichtingen dan verwacht, terwijl patiënten niet vaker de huisarts bezochten dan voorheen. Huisartsen gingen kennelijk anders declareren en brachten bijvoorbeeld ook – conform de nieuwe regeling – de lange consulten dubbel in rekening.

Meer consulten

In het tweede jaar na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet stijgt het aantal declaraties nog steeds, maar nu door een hogere consultfrequentie, zo blijkt uit onderzoek dat is gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De huisarts zag zijn patiënten gemiddeld vaker dan voorheen. Dit wordt voor een deel verklaard doordat voormalig particulier verzekerden vaker de huisarts hebben bezocht. Voor 2006 kregen zij daarvoor een rekening gepresenteerd, sinds 2006 is de huisartsenzorg voor hen opgenomen in het basispakket.

Betere zorg

“De drempel om de huisarts te raadplegen is kennelijk lager geworden. De con-

*Dijk, C.E. van; Verheij, R.A.;
Hoogen, H. van den; Bakker,
D.H. de. Bekostiging van de
huisartsenzorg: eindrapportage.
Utrecht: NIVEL, 2009.
51 p.*

*Berg, M.J. van den, Bakker,
D.H. de, Spreeuwenberg, P.,
Westert, G.P., Braspenning,
J., Zee, J. van der, Groenewegen,
P.P. Labour intensity of
guidelines may have a greater
effect on adherence than GPs'
workload. BMC Family
Practice: 10, 2009, nr. 74.*

sultduur was in Nederland aan de korte kant en sluit nu meer aan bij die in de ons omringende landen”, stelt NIVEL-afdelingshoofd Dinny de Bakker. “Je kunt dus voorzichtig concluderen dat de nieuwe zorgverzekeringwet op dit punt heeft geleid tot beter toegankelijke zorg.”

LINH

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH telt 89 geautomatiseerde huisartspraktijken met bijna 340.000 ingeschreven patiënten. LINH gebruikt gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van deze praktijken over aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddel-voorschriften en verwijzingen.

5.2 Vijftig websites met keuze-informatie voor zorgconsumenten

Hoe presenteren websites keuze-informatie voor consumenten in de zorg? Dit blijkt overal in de wereld anders te gaan. Maar er zijn ook overeenkomsten.

Over de hele wereld presenteren websites keuze-informatie over de zorg voor consumenten. De Verenigde Staten lopen daarin voorop, en in Europa vooral Nederland en Engeland. Over ziekenhuizen en zorgverzekeraars is de meeste informatie te vinden, over bijvoorbeeld fysiotherapeuten veel minder. De presentatie van de informatie op de sites verschilt sterk, maar er zijn ook overeenkomsten. Ze gebruiken bijvoorbeeld bijna allemaal tabellen met aanbieders en keuzeaspecten. Verder zijn de meeste sites gelaagd opgebouwd met doorklikmogelijkheden naar specifiekere informatie. Veel websites bieden eerst al selectiemogelijkheden op bijvoorbeeld regio, om de informatie behapbaar en relevant te maken. Het NIVEL maakte een overzicht. De onderzoekers namen zo'n 50 internationale websites met keuze-informatie voor consumenten onder de loep. Op deze manier was dit nog niet eerder gedaan. Het onderzoek werd uitgevoerd voor het RIVM.

www.kiesBeter.nl

“Er wordt veel keuze-informatie op het web gezet. Maar we zijn nog op zoek naar de manier waarop dit het beste kan worden gedaan”, stelt NIVEL-onderzoeker Olga Damman. “Met dit onderzoek wilden we kijken hoe keuze-informatie in binnen- en buitenland wordt gepresenteerd, en wat we daarvan kunnen leren.” Keuze-informatie in de zorg is een belangrijke pijler voor het Nederlandse gezondheidszorgbeleid. Via websites zoals www.kiesBeter.nl, www.independer.nl en www.consumentenbond.nl wordt dit soort informatie openbaar gemaakt. De gedachte is dat goed geïnfor-

Zantinge, E.M., Verhaak, P.F.M., Bakker, D.H. de, Meer, K. van der, Bensing, J.M. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. BMC Family Practice: 10, 2009, nr. 60.

Damman, O.C.; Rademakers, J. Keuze-informatie in de zorg: een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet. Utrecht: NIVEL, 2008. 190 p.

meerde, kritische consumenten zorgaanbieders en zorgverzekeraars stimuleren om kwaliteit en efficiëntie te verbeteren. Vooralsnog is onduidelijk of en hoe consumenten keuzes maken met behulp van de informatie.

Begrijpelijker

Uit eerder NIVEL-onderzoek is bekend dat consumenten het moeilijk vinden om keuze-informatie te gebruiken. Keuze-informatie kan wel begrijpelijker worden als deze eenvoudiger wordt gepresenteerd: in hooguit drie sterren, staafdiagrammen en op alfabetische volgorde. Ook uit psychologisch onderzoek is bekend dat de manier waarop informatie gepresenteerd wordt, invloed heeft op wat mensen ermee doen. En dat sommige presentatiewijzen consumenten beter ondersteunen dan andere. De vraag hoe die kennis toegepast zou moeten worden voor het maken van websites met keuze-informatie is echter nog niet eenduidig te beantwoorden. Er blijken dan ook veel verschillende manieren te worden gebruikt om keuze-informatie te presenteren.

5.3 Patiënten hebben ook plichten

Niet alleen artsen, ook patiënten hebben plichten en verantwoordelijkheden. Patiënten willen die verantwoordelijkheid nemen en een actievere rol spelen bij hun behandeling.

Sinds 1995 zijn de rechten en plichten van patiënt en behandelaar vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Vooral de rechten van de patiënt hebben veel aandacht gekregen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) brengt ook meer de plichten en verantwoordelijkheden van patiënten onder de aandacht. In het in 2007 verschenen 'Signalement' wordt 'goed patiëntschap' teruggebracht tot drie verantwoordelijkheden: patiënten moeten zich houden aan algemeen geldende omgangsvormen, als verzekerden hun zakelijke verplichtingen nakomen, en meewerken aan de behandeling. Volgens de RVZ is het naleven van deze verantwoordelijkheden nog niet vanzelfsprekend. Met subsidie van de RVZ is de mening van de algemene bevolking over hun plichten en verantwoordelijkheden als patiënt onderzocht.

Plicht

Uit het NIVEL-onderzoek blijkt dat mensen zich bewust zijn van hun plichten en verantwoordelijkheden als patiënt. Het merendeel van de mensen (97%) wil juist betrokken worden bij beslissingen over de behandeling. En de meerderheid (80%) vindt dat hulpverleners hen daarvoor voldoende informatie geven. Veel mensen

(50%) vinden dat patiënten ook zelf actief naar informatie moeten vragen, deze ook zelf moeten opzoeken en de hulpverlener ook actief alle benodigde informatie moeten verstrekken. De meeste mensen (88%) vinden bovendien dat patiënten ook zelf verantwoordelijk zijn voor de resultaten van de behandeling. Als patiënten bijvoorbeeld behandelvoorschriften niet nakomen, mag dit van bijna de helft van de mensen gevolgen hebben. Of ze hier ook nog zo over denken als ze werkelijk patiënt zijn, is moeilijk te onderzoeken.

Consumentenpanel

Het onderzoek is gebaseerd op peilingen in januari 2006 en in februari 2008 binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Beide peilingen leverden ongeveer 1100 bruikbare vragenlijsten op. Het Consumentenpanel bestaat uit 2800 mensen en is representatief voor de Nederlandse bevolking. De panelleden worden sinds oktober 2005 regelmatig bevraagd over het zorgstelsel.

5.4 Compensatie voor eigen risico nog onbekend

Ruim tweederde van de algemene bevolking en de helft van de chronisch zieken en gehandicapten weet niet wat de regeling voor compensatie van het eigen risico aan zorgkosten inhoudt, en waar ze recht op heeft. Dit blijkt uit peilingen door het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten van het NIVEL.

Per 1 januari 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van 150 euro per jaar. Mensen moeten sindsdien de eerste 150 euro aan zorgkosten zelf betalen. Mensen die altijd hoge zorgkosten maken, door bijvoorbeeld een chronische ziekte of handicap, worden financieel gecompenseerd zodat ze niet meer aan eigen risico betalen dan de gemiddelde Nederlander. Wie in aanmerking komen voor compensatie bepaalt het ministerie van VWS. In 2008 waren dat bijvoorbeeld mensen die in de jaren daarvoor meer dan 180 dagdoseringen van bepaalde geneesmiddelen kregen voorgeschreven of die verbleven in een verpleeghuis, psychiatrisch ziekenhuis, of instelling voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten.

Voorlichting

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) handelt de compensatie automatisch af op basis van farmaciebestanden van zorgverzekeraars en van eigen bestanden met personen die in instellingen verblijven. De compensatie hoeft dus niet te worden aangevraagd. “De helft van de chronisch zieken en gehandicapten kent de regeling

Maat, M. van der; Jong, J. de. Hoe kijken patiënten zelf tegen hun plichten en verantwoordelijkheden aan? Factsheet, NIVEL, 2009.

Het Consumentenpanel bestaat uit 2800 mensen en is representatief voor de Nederlandse bevolking. De panelleden worden sinds oktober 2005 regelmatig bevraagd over het zorgstelsel. Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaat uit ruim 3500 zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking van 15 jaar en ouder.

*Reitsma-van Rooijen, M.;
Jong, J. de Compensatie eigen
risico is nog onbekend.
Factsheet, NIVEL, 2009.*

niet, maar krijgt waarschijnlijk wel compensatie als ze daar recht op heeft”, stelt NIVEL-onderzoeker Judith de Jong. “Op zich is het natuurlijk niet erg dat mensen de regeling niet kennen, zolang ze de compensatie wel krijgen. Bij regelingen die mensen zelf moeten aanvragen is kennis belangrijker.” Toch lijkt voorlichting over de regeling geen overbodige luxe, volgens De Jong. Mensen die geen compensatie krijgen en denken er toch voor in aanmerking te komen, kunnen de compensatie namelijk ook zelf aanvragen. Echter, een groep mensen die niet weet wat de regeling inhoudt, vraagt deze nu wel aan terwijl ze er geen recht op heeft, blijkt uit cijfers van het CAK. Dit betekent voor het CAK onnodige extra uitvoeringskosten.

5.5 Kanttekeningen bij bekostiging van ketenzorg per ziekte

Onderzoekers van het NIVEL plaatsen kanttekeningen bij de bekostiging van ketenzorg voor afzonderlijke ziekten van patiënten. Deze manier van financiering kan het integrale en persoonsgerichte karakter van de eerstelijnszorg onder druk zetten, betogen zij in *Medisch Contact*.

De bekostiging van ketenzorg – zogenoemde functionele bekostiging – moet de multidisciplinaire samenwerking stimuleren waardoor chronisch zieken beter af zijn en de zorg goedkoper wordt. De minister van VWS overweegt deze financieringsvorm in te voeren voor de zorg voor diabetes mellitus, COPD (chronisch obstructieve longziekte), hartfalen en bij risico op hart- en vaatziekten. Functionele bekostiging houdt in dat de zorg voor bijvoorbeeld diabetespatiënten apart wordt gefinancierd en dat zorgverzekeraars een contract kunnen sluiten met groepen zorgaanbieders voor de zorgverlening. De meeste patiënten met diabetes mellitus, COPD, hartfalen en een risico op hart- en vaatziekten worden in de huisartsenpraktijk behandeld.

Isoleren

LINH-projectleider Robert Verheij: “Je kunt de zorg voor één ziekte niet zomaar isoleren uit de huisartsenzorg. Hoe zit het bijvoorbeeld met de financiering als een diabetespatiënt bij de huisarts komt met griep, die mogelijk vraagt om een aanpassing van de diabetesbehandeling? In een land als Duitsland, waar de huisarts een veel zwakkere positie heeft, kan zo’n systeem wel positieve effecten hebben. Het is de vraag of het in Nederland waar de huisarts een belangrijke integrerende rol speelt in de zorg wel zin heeft.”

Kleine groep

De fragmentatie van de zorg wordt hiermee versterkt als je kijkt vanuit het perspec-

tief van de patiënt, met het risico dat je de individuele diabetespatiënt juist minder goed behandelt, stelt Verheij. Het gaat bovendien maar om een relatief kleine groep, een klein deel van de totale patiëntenpopulatie bij de huisarts en dan ook nog voor verschillende chronische ziekten. Een aanzienlijk deel van de patiënten met één van deze chronische ziekten heeft ook andere chronische ziekten, bijvoorbeeld diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

5.6a Nieuwe zorgwetten maken patiënt nog niet mondiger

De wetswijzigingen van de afgelopen jaren die het zorgstelsel moesten veranderen, leveren nog niet altijd de gewenste resultaten op. Dat concludeert hoogleraar Roland Friele in zijn inaugurele rede ‘Wet en werkelijkheid in de gezondheidszorg’ op vrijdag 18 september aan de Universiteit van Tilburg.

Roland Friele was onder meer betrokken bij de evaluatie van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst uit 1995, waarin staat dat een arts of verpleegkundige niets mag doen zonder dat de patiënt geïnformeerd is en toestemming heeft gegeven. Deze ‘informed consent’ blijkt nog lang geen gemeengoed.

De Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg hebben op hun beurt nog niet geleid tot een echte kiezende consument: consumenten kiezen vooral een goedkope zorgverzekering, maar op hun invloed op de kwaliteit van de zorg hebben we nog weinig zicht. Keuzeprocessen gaan in ieder geval anders dan verwacht, concludeert Friele. Onderzoek naar de Wet klachtrecht cliënten zorgsector ten slotte toonde aan dat meer dan de helft van de klagers bij een klachtencommissie in een ziekenhuis vindt dat hen geen recht is gedaan.

Aan de hand van het evaluatieonderzoek van deze zorgwetten laat Friele zien dat juridisch en sociaal-wetenschappelijk onderzoek gecombineerd moeten worden om wetgeving op een goede manier te evalueren en, uiteindelijk, bij te sturen.

Roland Friele is met ingang van 1 juli 2008 benoemd tot bijzonder hoogleraar bij Tranzo, het wetenschappelijk centrum op het gebied van zorg en welzijn van de UvT. De leerstoel van Friele behelst de sociaal-wetenschappelijke aspecten van wet- en regelgeving in de zorg. De leerstoel is ingesteld door het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

5.6b Eerstelijnszorg in Nederland te versnipperd

De eerstelijnsgezondheidszorg zou beter georganiseerd moeten worden. Dat concludeert hoogleraar Dinny de Bakker in zijn inaugurele rede ‘Naar een sterke eerste

Dijk, C. van; Rijken, M.; Bakker, D. de; Verheij, R.; Groenewegen, P.; Schellevis, F. Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact, vol. 64, (2009), nr. 22.

Friele, R.D. Wet en werkelijkheid in de gezondheidszorg. Utrecht/Tilburg: NIVEL, Universiteit van Tilburg, 2009.

Bakker, D.H. de. Naar een sterke eerste lijn: specialisatie in generalistenland? Utrecht/Tilburg: NIVEL, Universiteit van Tilburg, 2009.

Bakker, D.H. de, Groenewegen, P.P. Primary health care in the Netherlands: current situation and trends. Italian Journal of Public Health: 7, 2009, nr. 2.

lijn: specialisatie in generalistenland?’ op vrijdag 18 september aan de Universiteit van Tilburg.

De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland is de laatste decennia veranderd. Volgens hoogleraar Dinny de Bakker zijn de positieve resultaten daarvan: een steeds professioneler organisatie van de zorg buiten kantooruren, professionele en goed toegankelijke fysiotherapie, betere ondersteuning voor chronisch zieken en een sterkere eerstelijns GGZ. In feite is steeds meer specialisatie ontstaan.

De Bakker vraagt zich echter af in hoeverre dit ten koste is gegaan van de generalistische benadering, waarin de zorg wordt afgestemd op het totaal aan behoeften van een patiënt. De samenwerking binnen de eerstelijnszorg varieert in grote mate en een visie erop ontbreekt, aldus De Bakker.

Hij pleit voor eerstelijnssteams op wijkniveau en daarnaast voor een regionale organisatiestructuur waarin praktijkoverstijgende zaken worden geregeld, zoals acute zorg en contractering van zorg voor chronisch zieken. De Bakker zal de komende jaren onderzoek doen naar de voorwaarden voor zo’n ordening.

Dinny de Bakker is met ingang van 1 juli 2008 benoemd tot bijzonder hoogleraar bij Tranzo, het wetenschappelijk centrum op het gebied van zorg en welzijn van de UvT. De Bakkers leerstoel behelst de structuur en organisatie van de eerstelijnszorg. De leerstoel is ingesteld door het NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

5.7 Collectieve zorgverzekering: werkgever kijkt vooral naar de prijs, patiëntenvereniging ook naar kwaliteit

Bij het afsluiten van contracten voor collectieve zorgverzekeringen, letten patiëntenverenigingen het meest op zorginhoudelijke aspecten. Werkgevers meer op keuzemogelijkheden. Impulsen om de kwaliteit te verbeteren lijken vooral van patiëntenverenigingen te moeten komen.

De zorgverzekeraars concurreren ook bij de collectieve zorgverzekeringen nog steeds voornamelijk op de prijs en minder op de kwaliteit, zo blijkt uit onderzoek naar de keuzes en onderhandelingen voor de collectieve zorgverzekeringen voor 2009. Ruim 90% van de collectiviteiten vond korting op de premie van basis en aanvullende verzekering belangrijk bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Vergeleken met wat collectiviteiten zouden kunnen betekenen voor de kwaliteit van de zorg, gebeurt er weinig, volgens NIVEL-onderzoeker Judith de Jong. “Er wordt nauwe-

lijks onderhandeld, meestal worden oude contracten verlengd. Terwijl het voor de werking van het systeem – voor verbetering van de kwaliteit, voor de betaalbaarheid – van belang is dat collectiviteiten blijven onderhandelen over de inhoud van het contract. Met het nieuwe zorgstelsel moesten verzekerden immers invloed krijgen op de hoogte van de premie én op de kwaliteit van zorg.”

Hogere kortingen

“Werkgevers lukt het wel om veel mensen deel te laten nemen aan een collectief contract”, vertelt De Jong. “Bijna driekwart van de mensen met een collectieve verzekering is lid van een werkgeverscollectief. Slechts 2 procent is echter lid van een patiëntencollectief, waardoor patiëntenverenigingen minder gewicht in de schaal kunnen leggen en het moeilijker voor ze is om iets te veranderen.” Werkgevers leggen meer nadruk op aspecten die te maken hebben met keuzemogelijkheden, zoals verschillende aanvullende verzekeringen en vrije keuze van zorgaanbieder. Zij krijgen ook hogere kortingen.

5.8 Openbaarheid verbetert prestaties zorgverzekeraars

Het nieuwe zorgstelsel en publicatie van vergelijkende kwaliteitsinformatie gaat in Nederland samen met betere prestaties van de zorgverzekeraars, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en het Centrum Klantervaring Zorg in *BMC Health Services Research*.

De zorgverzekeraars zijn het beter gaan doen. Er bestaat minder onduidelijkheid over wanneer consumenten moeten bijbetalen voor de zorg, de bejegening van klanten is verbeterd, de informatie is duidelijker. Verzekerden beoordelen de verzekeraars in het algemeen positiever dan voorheen. Dit blijkt uit een vergelijking van de prestaties van de zorgverzekeraars over de afgelopen vier jaar. Voor de vergelijking gebruikten de onderzoekers de zogenoemde Consumer Quality Index (CQ-index). In een landelijk onderzoek zijn de prestaties van de verzekeraars volgens hun verzekerden naast elkaar gezet. Opmerkelijk is dat de verzekeraars naar elkaar zijn toegroeid. De onderlinge verschillen zijn kleiner geworden doordat de verzekeraars die voorheen onder gemiddeld presteerden, meer vooruit zijn gegaan dan verzekeraars die al gemiddeld of bovengemiddeld presteerden.

Angst voor reputatieschade

NIVEL-onderzoeker Michelle Hendriks: “De verzekeraars zijn niet naar elkaar toegroeid doordat verzekerden massaal overstapten. Maar het openbaar publiceren

Maat, M. van der; Jong, J.D. de. De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, 2009. 80 p.

Hendriks, M.; Spreeuwenberg, P.; Rademakers, J.; Delnoij, D.M.J. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. BMC Health Services Research, vol. 9, (2009), nr. 167.

Jong, J.D. de, Groenewegen, P.P., Spreeuwenberg, P., Westert, G.P., Bakker, D.H. de Do decision support systems influence variation in prescription? BMC Health Services Research: 9, 2009, nr. 20.

van hun prestaties, op bijvoorbeeld www.kiesBeter.nl, en de ingevoerde marktwerking lijken genoeg druk te geven voor zorgverzekeraars om hun prestaties op te krikken. Drie mogelijke drijfveren voor zorgverzekeraars zijn de angst om klanten te verliezen, de angst voor reputatieschade, en dat ze uit zichzelf niet slecht willen presteren. Welke van deze drie het belangrijkste is, is niet bekend. Aannemelijk lijkt dat vooral angst voor reputatieschade en de angst om klanten te verliezen een rol spelen.”

Telefonisch onbereikbaar

De prestaties zijn beter, maar nog niet op alle punten, stelt Hendriks. “Jammer genoeg, blijven verbeterpunten uit het oude stelsel, nog steeds bestaan. De telefonische bereikbaarheid is niet verbeterd.

Onzekerheid over bijbetaling wordt weliswaar minder, maar is nog niet verdwenen. Dit zijn dan ook belangrijke dingen om op te letten als iemand een zorgverzekeraar gaat kiezen. Voor de zorgverzekeraars bieden deze punten een kans om zich te onderscheiden.”

CQ-index

Met een CQ-index is de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten of cliënten op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen. Op allerlei terreinen binnen de gezondheidszorg worden momenteel CQ-index vragenlijsten ontwikkeld. De systematiek van de CQ-index is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, met subsidie van Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw. De CQ-index wordt beheerd door het Centrum Klantervaring Zorg.

5.9 Onbekwaam blijft onbevoegd in de gezondheidszorg

De medische zorg ontwikkelt zich snel. Met als neveneffect dat steeds meer professionals in de gezondheidszorg taken uitvoeren die zijn voorbehouden aan artsen.

De medische technologie ontwikkelt zich in rap tempo waardoor taken binnen de zorg verschuiven. Er ontstaan nieuwe beroepen met eigen taken en bestaande beroepen krijgen nieuwe taken. Wie wat mag doen, ligt vast in de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Volgens deze wet mogen de verschillende zorgverleners allerlei taken verrichten behalve de risicovolle handelingen die staan beschreven in de lijst met voorbehouden handelingen. Deze handelingen mogen alleen worden uitgevoerd door een beperkte groep zorgverleners. De lijst

met voorbehouden handelingen moet de veiligheid van patiënten waarborgen. De lijst is de afgelopen jaren echter niet aangepast aan de veranderde werkelijkheid en loopt daardoor achter op de ontwikkelingen.

Overdragen

Inmiddels zijn er nieuwe beroepsgroepen werkzaam in de gezondheidszorg die zelfstandig handelingen verrichten of zouden willen verrichten die vooralsnog aan artsen zijn voorbehouden.

Om deze ontwikkeling een wettelijke basis te geven en verdere ontwikkelingen mogelijk te maken is het belangrijk dat de lijst met voorbehouden handelingen wordt aangepast, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd samen met de afdeling Sociale geneeskunde van het AMC. Daarbij wordt voorgesteld de uitbreiding van de zelfstandige bevoegdheid niet te beperken tot artikel 3 beroepen, zoals verpleegkundigen, maar onder voorwaarden ook uit te breiden tot bepaalde artikel 34 beroepen: paramedici.

Daarnaast dient een experimenteerartikel in de wet te worden opgenomen, om op bescheiden schaal en met een goed evaluatieprotocol, ervaring te kunnen opdoen met bijvoorbeeld het werk van de klinisch technoloog – een nieuw beroep – die vanuit de techniek in de gezondheidszorg werkzaam wil zijn.

Risico's

Artsen zijn bevoegd voorbehouden handelingen te verrichten, maar dragen ze ook vaak over. De wet biedt die ruimte, maar stelt ook dat alleen mensen die daartoe bekwaam zijn een handeling mogen uitvoeren. Sjef Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht van het AMC: "Punt van zorg bij de overdracht van voorbehouden handelingen is dat de arts moet checken of iemand bekwaam is, om te borgen dat alleen mensen die bekwaam zijn die handelingen uitvoeren. Daar liggen risico's. Zorgorganisaties worden steeds ingewikkelder, waardoor een arts niet altijd zelf de bekwaamheid kan vaststellen.

Daar ligt een verantwoordelijkheid voor de individuele beroepsbeoefenaar, maar ook voor de Raad van Bestuur van een zorginstelling, zoals een ziekenhuis. Zij moeten zorgdragen voor inzicht in en aanwezigheid van de benodigde competenties op een afdeling. Verder komt uit onze gesprekken met mensen die in de gezondheidszorg werken het signaal naar voren dat door verschraling in de zorg er niet altijd een bekwaam iemand aanwezig is, zodat een handeling niet kan worden verricht, of uiteindelijk wordt verricht door iemand die daartoe niet bekwaam is. Dat is gevaarlijk."

Dute, J.C.J.; Verkaik, R.; Friele, R.D.; Gevers, J.K.M. Voorbehouden handelingen tegen het licht: de regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009. 106 p.

5.10 Evaluatie zorgverzekeringswet: solidariteit moet je goed organiseren

Zijn de prille gevolgen van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en de Wet marktordening gezondheidszorg conform wat deze wetten beogen, of nemen de veranderingen een ongewenste richting waarop de overheid moet reageren? Een evaluatie van de wetten door onderzoekers van het NIVEL en het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam wijst op successen en op ontwikkelingen die vragen om aandacht.

De eerste kiemen voor de stelselwijziging in de gezondheidszorg zijn al in de vorige eeuw gelegd. In het nieuwe stelsel moeten een grotere rol voor de verzekeraars en gereguleerde concurrentie de gezondheidszorg betaalbaar houden, en een goede kwaliteit en toegankelijkheid garanderen. Prof. dr. ir. Roland Friele (NIVEL): “Vanwege de complexiteit van de beoogde veranderingen is van te voren niet goed in te schatten welke effecten zo’n stelselwijziging heeft. Je verwacht een cascade van vervolgeffecten: bijvoorbeeld dat verzekeraars met elkaar concurreren door selectief zorg in te kopen en dit dan duidelijk maken aan hun verzekerden, die op hun beurt dan weer kiezen tussen verzekeraars mede op grond van de kwaliteit van de ingekochte zorg. Het idee is dat op deze manier de patiënt invloed krijgt op de kwaliteit van zorg. Maar zodra het eerste effect anders uitpakt, en verzekeraars bijvoorbeeld alleen maar concurreren op de prijs van de polis, dan krijg je verderop in de cascade andere vervolgstappen. Daarom moeten we prille veranderingen nu al volgen. Dat is dan ook de kern van deze evaluatie. De vraag stond centraal of de prille gevolgen aansluiten bij wat de wet beoogt of juist niet. In dat geval zou het beleid moeten reageren. Dat betekent ook dat de evaluatie nog geen antwoord geeft op de vraag of de stelselwijziging als geheel een succes is, maar wel of er ontwikkelingen gaande zijn, die aandacht behoeven.”

Drie wetten

De onderzoekers evalueerden drie wetten: de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en de Wet marktordening gezondheidszorg. De invoering op met name de zorgverzekeringsmarkt is soepel verlopen. Met vooral concurrentie op de prijs. Er zijn ook aanwijzingen dat zorgverzekeraars door informatie over de kwaliteit van hun service – via ondermeer www.kiesBeter.nl of www.independer.nl – hun servicekwaliteit zijn gaan verbeteren, een eerste begin van werking van het nieuwe systeem. Wat nog niet werkt is de zorginkoop. Dat is de volgende stap die moet worden gezet. Friele: “De zorginkoop op basis van kwaliteit en prijs moet nog grotendeels op gang komen. Daarnaast speelt het individuele keuzegedrag van consumenten (nog) maar

nauwelijks een rol. Die keuzes genereren dus nog nauwelijks druk om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het vergroten van de transparantie van de zorg zal hier maar ten dele een oplossing voor zijn. Misschien dat patiëntenorganisaties hierin een rol zouden kunnen spelen.”

Acceptatieplicht

De onderzoekers signaleren verschillende knelpunten die vragen om een antwoord van de overheid. De imperfectie van het vereveningssysteem in de Zorgverzekeringswet is zo'n knelpunt. Verzekeraars hebben voor de basisverzekering acceptatieplicht, ze moeten iedereen accepteren tegen hetzelfde tarief. Maar niet iedereen is gelijk en heeft gelijke gezondheidsrisico's. Een verzekeraar dekt natuurlijk liever kleine risico's. Om risicoselectie door verzekeraars te voorkomen is er een systeem van verevening in het leven groepen waardoor verzekeraars geld toe krijgen voor grotere risico's. Dat systeem is nog niet goed uitgekristalliseerd. Prof. dr. Wynand van de Ven (iBMG): "Solidariteit moet je goed organiseren. Voor de duurzaamheid van het stelsel moet hard gewerkt worden aan een beter vereveningssysteem. Dat is nodig om te voorkomen dat individuele verzekeraars aan ongewenste risicoselectie gaan doen." Mr.dr. Bert Hermans: "Het is ook belangrijk om het vereveningssysteem te verbeteren vanuit de houdbaarheid van het systeem in Europees-rechtelijk perspectief. Het risico is groot dat het verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een onvolkomen vereveningssysteem Europees-rechtelijk niet houdbaar zal blijken te zijn."

Sturingsinstrument

Een knelpunt in de Wet marktordening is de beheersing van de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg. In geliberaliseerde delen van de markt heeft de overheid geen directe instrumenten om op eventueel te hard stijgende kosten in te grijpen. Als de overheid dat wel zou doen, dan smoort dat iedere ondernemingszin in de kiem. Vanwege de liberalisering zou de overheid die markten hun gang moeten laten gaan. Dat is lastig als de kosten toch erg sterk stijgen. Het mechanisme dat voor overheidsingrijpen in de plaats moet komen, namelijk regulering van prijzen en volume via de zorgverzekeraars, is nog niet volledig tot ontwikkeling gekomen. Daarbij speelt bovendien dat de financiële huishouding in de gezondheidszorg niet altijd even transparant is, wat het sturen lastig maakt. Prof. dr. Erik Schut (iBMG): "Als eenmaal besloten is een deelmarkt te liberaliseren, dan is het belangrijk dat deze deelmarkt de kans krijgt zich te ontwikkelen. Je kan daar wel een termijn, van bijvoorbeeld drie jaar, op zetten. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverzekeraars en

Friele, R.D. Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2009. 177 p.

Ven, W.P.M.M. van de; Schut, F.T.; Hermans, H.E.G.M.; Jong, J.D. de; Maat, M. van der; Coppen, R.; Groenewegen, P.P.; Friele, R.D. Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 2009. 222 p.

zorgkantoren een grotere verantwoordelijkheid krijgen als het gaat om het bewaken van de kosten. Zij onderhandelen immers met de zorgaanbieders over de prijzen en volumes.”

NZa

Het toezicht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is nog volop in ontwikkeling. De NZa hanteert twee toezichtstijlen. Een stijl gericht op leren en een stijl gericht op handhaven. “Het kost de NZa nu nog veel moeite om de handhavende stijl in te zetten. Daarin is de NZa nog niet slagvaardig”, stelt prof. dr. Roland Bal (iBMG). “De lerende stijl gaat de NZa goed af. Dus niet direct overgaan tot sancties, maar wel direct een gesprek voeren met bijvoorbeeld een ziekenhuisbestuur. Dat is in de beginfase van de overgang naar marktwerking een verstandige strategie, hoewel er wel meer verantwoording over mag worden afgelegd. Het is belangrijk dat de NZa nu ook de stijl die gericht is op handhaven slagvaardiger gaat hanteren.”

Uitkomsten

Participatiemonitor: Mieke Cardol

Patiëntenverenigingen, gemeenten en het Ministerie van VWS gebruiken informatie uit onderzoek naar de participatie in de samenleving van mensen met een beperking. Dit werkt door en mensen met lichamelijke of verstandelijke beperking merken dit indirect. Mieke Cardol over de participatiemonitor.

Waarom dit onderzoek?

“Participatie staat voor meedoen in de samenleving. In hun handelingen laten mensen zien dat ze deel uitmaken van de samenleving. Participatie is belangrijk voor het persoonlijk welbevinden en daarbij gaat het om wat je doet, maar ook wat je daarvan vindt. Ook voor de samenleving

is het belangrijk dat mensen meedoen. Want ‘meedoen’ gaat over of mensen werken, contact hebben met elkaar, een opleiding volgen of vrijwilligerswerk doen: dat mensen niet op een eiland leven, maar met elkaar. Daarom zijn we in 2005 met dit onderzoek begonnen. En het onderzoek is alleen maar belangrijker geworden omdat in 2007 de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking is getreden.”

Hoe gaat dat onderzoek in zijn werk?

“We willen de participatie op de voet volgen. Dus elk jaar leggen we vragen voor aan panels van mensen met een lichamelijke beperking, en mensen met een verstandelijke beperking en

hun naasten omdat zij weer andere informatie kunnen geven. Sinds dit jaar onderzoeken we ook de participatie van ouderen. Bij mensen met een verstandelijke beperking verzamelen we de informatie met interviews omdat vragenlijsten voor hen lastiger zijn te beantwoorden. Participatie hebben we gedefinieerd als wat doe je en wat vind je ervan? Op basis van internationale wetenschappelijke literatuur hebben we negen indicatoren vastgesteld. Die zijn allemaal even belangrijk. We zeggen bijvoorbeeld niet dat werk belangrijker is dan sociale contacten. De scores op die negen indicatoren kunnen we omzetten in één cijfer, waardoor we elk jaar kunnen evalueren hoe dit cijfer zich ontwikkelt. Maar we kijken ook naar veranderingen per indicator of per groep, ingedeeld naar bijvoorbeeld leeftijd, ernst van de beperking, of woonvorm: alleen of met meerdere mensen. Sinds 2009 hebben we het onderzoek uitgebreid naar de algemene bevolking. Aan hen stellen we precies dezelfde vragen, waardoor we de participatie kunnen vergelijken. Daardoor kunnen we de resultaten nog beter interpreteren.”

Wat levert dit op?

“In eerste instantie levert ons onderzoek het Ministerie van VWS informatie op om het beleid te toetsen. Bijvoorbeeld over groepen die achterblijven in participatie, juist meer zijn gaan participeren of over knelpunten. Ook patiëntenverenigingen gebruiken onze gegevens in discussiestukken en in hun beleid, bijvoorbeeld de Gehandicaptenraad. En sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning zien we dat onze cijfers steeds meer worden gebruikt door gemeenten. Zij gebruiken onze resultaten als referentiekader om te kunnen vergelijken. Dus burgers met een beperking merken alleen indirect iets van ons onderzoek, via patiëntenverenigingen, gemeenten en het beleid van VWS.”

De opbrengsten van de gezondheidszorg zijn zichtbaar op verschillende niveaus. Voor patiënten, het microniveau, gaat het om gezondheid, maatschappelijke participatie en hun oordelen over het zorgaanbod. Voor zorgaanbieders en instellingen, het mesoniveau, gaat het om hun scores op prestatie-indicatoren, de uitkomsten van hun zorgprocessen. Op macroniveau gaat het om de bijdrage van het gezondheidszorgsysteem aan het bereiken van de systeemdoelen volksgezondheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

6.1 Australische Medische Schapenvacht voorkomt doorliggen

De Australische Medische Schapenvacht kan doorliggen na opname in het verpleeghuis voorkomen, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*.

Doorliggen (decubitus) komt veel voor in Nederlandse verpleeghuizen. Als patiënten bedlegerig zijn, kunnen wonden ontstaan op de plaatsen met grote druk. Van de patiënten die op een Australische Medische Schapenvacht lagen, kreeg 9% decubitus. In de controlegroep die de gebruikelijke zorg kreeg, was dit 15%. Het doorliggen verminderde dus met 40%.

Wassen

De landelijke richtlijn decubitus ontraadt het gebruik van schapenvachten. Natuurlijke schapenvachten zijn niet goed te wassen en geven problemen met de hygiëne, en synthetische schapenvachten verminderen de druk niet. De Australische Medische Schapenvacht heeft deze nadelen niet. Deze is speciaal ontwikkeld om doorliggen tegen te gaan. De vacht is zo geprepareerd dat deze meerdere malen op 80 graden is te wassen met behoud van de natuurlijke drukregulerende eigenschappen. NIVEL-onderzoeker Patriek Mistiaen: “Uit ons onderzoek blijkt dat deze schapenvacht decubitus kan helpen voorkomen. Bovendien vinden de meeste patiënten de vacht comfortabel en zouden ze deze ook aanbevelen aan anderen. Al met al is het te overwegen de Australische Medische Schapenvacht aan te bevelen in de decubitusrichtlijnen.”

*Mistiaen, P.; Francke, A.;
Achterberg, W.; Ament, A.;
Halfens, R.; Huizinga, J.; Post,
H.; Spreuwenberg, P. Australische medische schapenvacht effectief bij de preventie van stuitdecubitus. Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde, (2009), nr. 5.*

Methode

Voor het onderzoek zijn twee groepen van elk bijna 300 patiënten vanaf hun opname in het verpleeghuis 30 dagen gevolgd. Eén groep kreeg een Australische Medische Schapenvacht. De andere groep kreeg de gebruikelijke behandeling. De patiënten werden dagelijks gecontroleerd op decubitus aan de stuit, de meest voorkomende doorligplek. Daarnaast vulden de patiënten uit de eerste groep na afloop van het onderzoek een vragenlijst in over het comfort van de schapenvacht.

6.2 Proefschrift over onbedoelde schade in ziekenhuizen

Alle ziekenhuizen hebben goede en minder goede afdelingen en moeten aan de slag om de patiëntveiligheid te vergroten. De meeste zijn daar al intensief mee bezig. Marieke Zegers promoveert op 3 juni aan VU medisch centrum op de resultaten en methodologische verantwoording van het dossieronderzoek uit 2007 naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen.

“Verbeteren van patiëntveiligheid begint met inzicht in de aard en omvang van onbedoelde schade”, vertelt Marieke Zegers. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) onderscheidt vijf stappen in een cyclus om de patiëntveiligheid te vergroten. In deze cyclus bevindt Nederland zich bij stap vier: het implementeren van veiligheidsprogramma's. Het dossieronderzoek naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, dat door de Orde van Medisch Specialisten is geïnitieerd, was stap één en heeft de basis gelegd voor belangrijke verbeteringen.

Zorggerelateerde schade

Uit het landelijk dossieronderzoek uit 2007 naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen blijkt dat in 5,7% van de ziekenhuisopnames onbedoelde schade werd gevonden. Van deze onbedoelde schade werd 40% beoordeeld als potentieel vermijdbaar. Ook blijkt uit het onderzoek dat de omvang van onbedoelde schade sterker verschilt tussen ziekenhuisafdelingen, dan tussen ziekenhuizen onderling. Marieke Zegers: “Dit betekent dat elk ziekenhuis goede en minder goede afdelingen heeft en dat dus alle ziekenhuizen aan de slag moeten om de patiëntveiligheid te vergroten.”

Veiligheidsprogramma

Als reactie op de resultaten van het landelijk dossieronderzoek is vanaf januari 2008 het veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ in de ziekenhuizen van start gegaan. Het programma is geïnitieerd door de brancheorganisaties van verpleegkundigen, medisch specialisten en ziekenhuizen om de omvang van potentieel vermijd-

bare schade te halveren. Marieke Zegers: “Omdat de omvang van onbedoelde schade verschilt tussen ziekenhuisafdelingen is het belangrijk naast ziekenhuisbrede verbeterinitiatieven ook verbeterinitiatieven op te zetten die inspelen op afdelingspecifieke problemen. Dit kan bijvoorbeeld met de tien specifieke thema’s uit het veiligheidsprogramma.”

Methode

Het dossieronderzoek is in 21 ziekenhuizen uitgevoerd door het EMGO⁺ en het NIVEL. Er zijn 7926 dossiers van ziekenhuisopnames uit 2004 systematisch beoordeeld door getrainde artsen en verpleegkundigen. Het onderzoek is een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten en is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

6.3 Mantelzorg voor dementiepatiënten onverminderd zwaar

Mantelzorg voor dementiepatiënten blijft onverminderd zwaar: 64% van de mantelzorgers is matig belast door de zorg voor hun naaste met dementie. 18% is ernstig belast, wat risico’s oplevert voor de gezondheid van zowel de mantelzorger als de patiënt.

Tweederde van de 230.000 mensen met dementie woont thuis en is vaak sterk afhankelijk van mantelzorg. De situatie van mantelzorgers is de afgelopen jaren niet verbeterd, zo blijkt uit onderzoek dat in samenwerking met Alzheimer Nederland is uitgevoerd. Belasting en problemen van mantelzorgers waren in 2008 nauwelijks veranderd ten opzichte van een peiling uit 2006.

24-uurs zorg

Mantelzorgers blijken vooral problemen te ondervinden door: gedrags- en stemmingsproblemen van de patiënt, zoals boosheid, achterdocht, tegendraads zijn, ontremming en lusteloosheid; overbelasting, door de 24-uurs zorg die iemand met dementie nodig heeft; en weerstand tegen opname, waardoor opname wordt uitgesteld. Mantelzorgers hebben vooral behoefte aan meer informatie, advies en professionele ondersteuning. Voor het onderzoek inventariseerde het NIVEL de wensen en ervaren problemen van 1526 mantelzorgers van mensen met dementie.

Overbelasting

“De problematiek is schrijnend”, stelt Gea Broekema, algemeen directeur van Alzheimer Nederland. “Uit het onderzoek blijkt dat mensen ondanks de problemen uit liefde en genegenheid de zorg op zich nemen. Maar dit pakt vaak slecht uit. Mensen blijven

Zegers, H.W.M. Adverse events among hospitalised patients: results and methodological aspects of a record review study. Utrecht: NIVEL, 2009. 207 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Zwaanswijk, M.; Beek, S. van; Peeters, J.; Spreuwenberg, P.; Francke, A. Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Factsheet, NIVEL, 2009.

Zwaanswijk, M.; Peeters, J.; Spreuwenberg, P.; Beek, S. van; Francke, A. *Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de peilingen met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. Factsheet, NIVEL, 2009.*

Brink-Muinen, A. van den; Rijken, P.M.; Spreuwenberg, P.; Heijmans, M.J.W.M. *Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008 (Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten). Utrecht: NIVEL, 2009. 105 p.*

Campen, C. van, Cardol, M. *When work and satisfaction with life do not go hand in hand: health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. Social Science & Medicine: 69, 2009, nr. 1.*

voor hun geliefde zorgen, ook als het punt bereikt wordt dat dit gezondheidsrisico's oplevert. Niet alleen voor henzelf, maar ook voor de patiënt, als de mantelzorger door de overbelasting de zorg niet meer goed kan uitvoeren.”

6.4 Jongere chronisch zieke of gehandicapte heeft vaak betaalde baan

In 2007 had 37% van de mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking betaald werk voor minimaal 12 uur per week. Dat is een lichte stijging ten opzichte van 2005 (34%) en 2006 (35%). De jongeren werken zelfs evenveel als hun leeftijdgenoten zonder beperking.

Betaald werk is voor veel mensen, ook voor chronisch zieken of gehandicapten, een belangrijke manier om mee te doen in de maatschappij.

Een betaalde baan geeft het gevoel ‘erbij te horen’ en nuttig te zijn, en biedt bovendien de mogelijkheid op zelfstandigheid door een eigen inkomen. De overheid heeft zich tot doel gesteld meer mensen met een chronische ziekte of beperking aan het werk te helpen en te houden, bijvoorbeeld via intensieve begeleiding bij ziekteverzuim en reïntegratietrajecten.

Onderzocht is of dit beleid chronisch zieken en (lichamelijk) gehandicapten vaker betaald werk heeft opgeleverd.

Bemoedigend

NIVEL-onderzoeker Atie van den Brink: “De redelijk hoge arbeidsparticipatie onder jongeren met een chronische ziekte of beperking tot veertig jaar, laat zien dat er ook voor deze groep kansen zijn om deel te nemen aan de samenleving.

Onder de jongeren met een chronische ziekte is de arbeidsparticipatie zelfs gestegen ten opzichte van twee jaar geleden. Het is te hopen dat de economische recessie deze stijging niet meteen teniet doet.”

Onderzoek

Voor het onderzoek analyseerde het NIVEL vragenlijstgegevens over de maatschappelijke situatie van ruim 2500 chronisch zieke en gehandicapte deelnemers van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG).

6.5 Patiëntveiligheid in GGZ en Verslavingszorg

Ook in GGZ en Verslavingszorg gaat het soms onbedoeld mis. Het Trimbos-instituut en het NIVEL hebben een eerste stap gezet naar patiëntveiligheidsonderzoek in deze sector.

Veiligheidsonderzoek is al langer geaccepteerd en ingevoerd in de ziekenhuizen. In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is dat nog niet het geval. Via het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit in de GGZ/VZ van ZonMw werd subsidie gegeven voor een eerste verkennend onderzoek, analoog aan eerder onderzoek naar de omvang van onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen.

Triggers

Met het project Onbedoelde Schade is een systematische ingang gevonden om veiligheid te onderzoeken en bespreekbaar te maken. Vooraf is een speciale ‘triggerlijst’ voor de GGZ/VZ ontworpen. Deze bestaat uit zestien concrete aanwijzingen voor ‘onbedoelde schade’. Op basis van deze lijst zijn dossiers in twee fasen gescreend: eerst door verpleegkundigen en vervolgens door psychiaters.

Opvallende triggers zijn: dwangmaatregelen tijdens opname, verkeerd medicijngebruik, onopgemerkte somatische aandoeningen en onterecht ontslag uit de instelling. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat incidenten met onveiligheid in alle fases van de keten voorkomen: tijdens de diagnostiek, de behandeling, het ontslag en de nazorg.

Onbedoelde schade

Voor het onderzoek ‘Patiëntveiligheid in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg’ werden in verschillende fasen dossiers beoordeeld van drie geïntegreerde GGZ-instellingen en één psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Na zorgvuldige screening bleek uiteindelijk bij zes van de 181 dossiers sprake van onbedoelde schade door de zorg. Het verkennende onderzoek is te kleinschalig om er conclusies aan te verbinden voor de GGZ/VZ sector in zijn geheel. Om in deze sector serieus te werken aan verbeteringen in de patiëntveiligheid, is meer inzicht en vervolgonderzoek noodzakelijk, stellen de onderzoekers.

Peeters, M.; Langelaan, M.; Kok, I.; Wagner, C. Patiëntveiligheid in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade. Utrecht: NIVEL, Trimbos-Instituut, 2009. 86 p.

Zegers, M., Bruijne, M.C. de, Wagner, C., Hoonhout, L.H.F., Waaijman, R., Smits, M., Hout, F.A.G., Zwaan, L., Christiaans-Dingelhoff, I., Timmermans, D.R.M., Groenewegen, P.P., Wal, G. van der Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. Quality & Safety in Health Care: 18, 2009, nr. 4.

Evaluaties met de WHO in Oost Europa en verder: Wienke Boerma

In een toenemend aantal landen evalueert het NIVEL de eerstelijnsgezondheidszorg met een instrument dat voor dit doel samen met de WHO is ontwikkeld. Wienke Boerma over deze evaluaties.

Waarom deze projecten?

“Veel voormalige Oostbloklanden, inclusief die in Centraal Azië, zitten 20 jaar na de val van de Berlijnse muur nog steeds in een proces van transformatie van de gezondheidszorg, maar weten niet altijd goed waar ze nu zitten. Beleid is niet altijd samenhangend en wat er in de praktijk van terecht komt wordt niet onderzocht. Tegen deze achtergrond ontstond er bij de WHO, die deze landen adviseert over voornamelijk de eer-

stelijnszorg, behoefte aan een instrument om de stand van zaken op een systematische manier in kaart te brengen. Als ‘Collaborating Centre’ van de WHO werd het NIVEL in 2006 gevraagd een dergelijk instrument te ontwikkelen.”

Hoe gaan deze evaluaties in hun werk?

“Op basis van eigen deskundigheid, bestudering van de literatuur en inbreng van vele deskundigen ontwikkelde het NIVEL een evaluatie-instrument voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Een voorlopige versie werd in 2007 en 2008 getest in Turkije en Rusland en sinds 2008 wordt het instrument ingezet in een toenemend aantal landen. Deze evaluaties voeren we uit in nauwe samenwerking met ministeries, veldpartijen en

onderzoekers in die landen. In alle gevallen tot nu toe konden we op basis van de resultaten concrete aanbevelingen doen over knelpunten en prioriteiten voor verdere ontwikkeling van de eerstelijnszorg. Landen en zorgsystemen verschillen, zowel in structuur als ontwikkeling en prioriteiten. Bij elke evaluatie zoeken we een balans tussen de uniformiteit van het instrument en een zinvolle en valide toepassing. We moeten ook rekening houden met de aard en de mogelijkheden van het lokale instituut waarmee we samenwerken. Een evaluatie verloopt meestal in een periode van een klein jaar waarin we vier bezoeken aan het betreffende land brengen. Daarbij informeren we uitgebreid alle betrokkenen, we leggen site visits af, passen vragenlijsten aan en laten ze vertalen, bereiden het veldwerk voor, inclusief het trainen van veldwerkers en bereiden de data entry voor. Het NIVEL schrijft het conceptrapport, dat vervolgens ginds wordt besproken. Rond het eindrapport organiseren de WHO en het betreffende ministerie doorgaans gezamenlijk een beleidsconferentie. De evaluatie voorziet in het verzamelen van gegevens op drie niveaus. Op landelijk niveau geeft een groep experts uitgebreid antwoord op vragen over beleid, regelgeving en financiering; workforce en opleiding voor de eerste lijn; orga-

nisaties van beroepsbeoefenaren; en de posities van patiënten. Daarnaast zijn er surveys onder huisartsen en hun patiënten, die informatie opleveren over de taken en positie van de eerste lijn (vooral huisartsen) en de ervaringen en oordelen van patiënten.”

Wat levert dit die landen op?

“Wij geven vaak een extra impuls aan een ontwikkelingsproces. Als wij ergens neerstrijken en uitleggen waar we voor komen, zien we al dat de belangstelling voor problemen van eerstelijnszorg stijgt. Die neemt nog verder toe als er een conceptrapport op tafel ligt waarin de knelpunten duidelijk staan beschreven. Tijdens beleidsconferenties rond het eindrapport, tenslotte, ontstaan vaak levendige discussies tussen partijen. Dit soort van directe gedachtewisseling tussen ‘stakeholders’ is nog lang niet overal gemeengoed.”

Informatie over deze evaluaties is te vinden op www.nivel.eu/who

Andere internationale projecten die door het NIVEL worden gecoördineerd

PHAMEU

(Primary Health Care Activity Monitor for Europe)

Het doel van het PHAMEU-project is het ontwikkelen van een informatiesysteem over de stand van zaken en ontwikkelingen van eerstelijns zorgsystemen in Europa. Subsiëring: Public Health Action Programme van de Europese Commissie

EURHOMAP

(Mapping professional home care in Europe)

Het EURHOMAP-project behelst het samenstellen van een overzicht van de fase van ontwikkeling, het aanbod en het gebruik van professionele thuiszorg in alle lidstaten van de Europese Unie. Subsiëring: Public Health Action Programme van de Europese Commissie

HSREPP

(Health services research into European policy and practice)

Het HSREPP-project heeft tot doel om de bijdrage van gezondheidszorgonderzoek aan het gezondheidszorgbeleid in Europa te inventarise-

ren, te evalueren en waar mogelijk te versterken. Dit mondt uit in een internationale conferentie waaraan onderzoekers en beleidsmakers deelnemen. Subsiëring: 7e Kaderprogramma van de Europese Commissie

APRES

(The appropriateness of prescribing antibiotics in primary health care in Europe with respect to antibiotic resistance)

Het doel van het APRES-project is het vaststellen van de resistentie tegen antibiotica van bacteriën die in de algemene populatie voorkomen in negen Europese landen teneinde aanbevelingen te kunnen doen over optimalisering van het voorschrijven van antibiotica door eerstelijns artsen. Subsiëring: 7e Kaderprogramma van de Europese Commissie

Verspreiding van NIVEL kennis en expertise

7.1 Verspreiding van NIVEL kennis

De statutaire doelstelling van de Stichting NIVEL luidt: ‘het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over structuur en functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, mede in relatie tot andere maatschappelijke sectoren.’

Op de volgende bladzijden treft u een uitgebreid overzicht van alle publicaties van NIVEL medewerkers; zoals proefschriften, artikelen in vakbladen en in wetenschappelijke tijdschriften. Over ieder NIVEL onderzoek verschijnt een openbare publicatie. Om de verspreiding van deze kennis nog meer te bevorderen voert het NIVEL een actief verspreidingsbeleid.

In de pers

Resultaten van NIVEL-onderzoek verschenen ook in 2009 regelmatig in de pers. Het aantal knipsels lag met 440 iets lager dan de vorige jaren, maar veel hoger dan de jaren daarvoor. Vergeleken met andere instituten behoort het NIVEL nog steeds tot de hoger scorende organisaties in overheidsdocumenten en in de nationale dagbladen. In 2009 kwam het NIVEL onder meer spraakmakend in het nieuws met onderzoek naar dementie, onverklaarbare klachten en het onderzoek van Jozien Bensing dat uitgebreid werd besproken in Trouw.

De verspreiding van NIVEL onderzoek via kranten is belangrijk voor het NIVEL, omdat hierdoor veel meer mogelijk geïnteresseerden in ons onderzoek kunnen worden bereikt en omdat een bericht in een krant vaak een wat andere, soms grotere, impact heeft dan een rapport dat iemand toegestuurd krijgt.

Via de bibliotheek

De bibliotheek draagt er zorg voor dat van elk NIVEL onderzoek een publicatie op de NIVELsite te vinden is. Ook voor Engelstalige publicaties in wetenschappelijke tijdschriften geldt dat er vrijwel altijd een full-text versie beschikbaar is via de NIVELsite.

Via de website

Eind 2008 was een volledig vernieuwde NIVELsite gereed. Op deze site is de NIVEL expertise veel toegankelijker gemaakt en wordt ook tegemoetgekomen aan het feit dat mensen op heel verschillende manieren informatie zoeken: sommigen doen dit gestructureerd anderen juist veel associatiever.

7.2 Externe lidmaatschappen, commissies, redacties**Prof. Dr. D.H. de Bakker**

- Bijzonder hoogleraar Structuur en organisatie van de eerstelijnszorg, Universiteit Tilburg
- Voorzitter Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging
- Lid subcommissie Screening en preventieve interventie van Zon Mw programma Preventie
- Lid adviescommissie Zorggegevens RIVM

Dr. R. Batenburg

- Universitair hoofddocent Organisatie en Informatie, Faculteit Betawetenschappen, Departement Informatica, Universiteit Utrecht
- Voorzitter Redactie Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken
- Editorial member International Journal of Organizational Design and Engineering
- Editorial member International Journal of Electronic Health Care
- Lid VENI selectiecommissie 2009 (NWO/EW)
- Mede-organisator en sessievoorzitter Tweede Nationale Arbeidsmarkt Dag en 25-jaar jubileum Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken (14 oktober 2009, SER, Den Haag)
- Associate editor 17th European Conference on Information Systems (ECIS, 8-10 June, 2009, Verona, Italy)

Prof. Dr. J.M. Bensing

- Hoogleraar Gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht
- Lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW)
- Lid Hollandsche Maatschappij van Wetenschappen
- Lid Gezondheidsraad (lid Praesidium)
- Vice-voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Erasmus Universiteit Rotterdam
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Jeroen Bosch Ziekenhuis

- Lid Raad van Toezicht TNO
- Lid Raad van Toezicht Consumentenbond
- Vice-voorzitter Bestuur Utrechts Universiteitsfonds
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health (P&H)
- Lid Bestuur American Academy for Communication in Health Care
- Voorzitter Deelprogramma 3, Screening en Preventieve interventies van het ZonMw Preventieprogramma
- Lid brede kadercommissie 'Preventie' ZonMw
- Lid Nederlands-Vlaamse Accreditatiecommissie (NVAO)
- Lid Advisory Board, 2008-2014, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)
- Lid KNAW-commissie: 'is er nog toekomst voor de peer review?'
- Lid Commissie Gezondheidsraad: 'tussen hoop en hype'
- Lid beoordelingscommissie RAAK Pro, Stichting Kennis Ontwikkeling HBO (SKO)
- Lid werkgroep Conferences & Visiting Professors Programma, KNAW
- Lid programmacommissie 'Nieuwe instrumenten voor de gezondheidszorg', NWO
- Lid werkgroep 'Gezondheidsonderzoek Hogescholen', RGO
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG)
- Lid externe adviesgroep NEMESIS-2, Trimbos instituut
- Lid klankbordgroep (thema 'Health'), Zevende kaderprogramma (KP7)
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH (European Association for Communication in Health Care)
- Lid Wetenschappelijke Commissie AACH-conferentie in Miami
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH-conferentie Verona
- Jurylid Societal Impact Award (Vrije Universiteit Amsterdam)
- Jurylid Jozien Bensing Young Researcher Award EACH
- Jurylid George Engel Research Award (American Academy Physician and Patient)
- Lid jury studenten scriptieprijs, 2008, Universiteit Utrecht
- Lid adviesraad 'Patient Education and Counseling'
- Lid editorial board Journal of Communication in Health Care
- Lid redactie The Open Health Services and Policy Journal
- STIVORO – ambassadeur

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)

Prof. Dr. W.L.J.M. Devillé

- Bijzonder hoogleraar UvA Faculteit Mens- en Gedragwetenschappen; PHAROS leerstoel 'Vluchtelingen en Gezondheid'
- Lid redactie Medische Antropologie
- Voorzitter EUPHA Section on migrant Health
- Voorzitter Scientific Committee 3rd Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe
- Vice-voorzitter Managementteam HOME network (Health of Migrants in Europe)
- Lid Programmacommissie EUPHA 2010
- Lid Expertadviesgroep Agis Zorgverzekeringen
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Majda Lamkaddem (vervolgonderzoek migranten en asielzoekers UvA)

Dr. G. A. Donker

- Lid commissie vrouw en huisartsgeneeskunde NHG
- Lid standaardautorisatiescommissie NHG
- Lid Wetenschappelijke beoordelingscommissie Stichting Stoffels-Hornstra
- Lid Gezondheidsraadcommissie autisme
- Lid wetenschappelijke commissie Registratie Netwerk Groningen (RNG)
- Lid expertgroep Gezondheidsonderzoek na rampen, CGOR, RIVM
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Eburn Abarshi (levenseinde-onderzoek VU)
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Susanne Claessen (palliatieve zorg onderzoek VU)

Dr. Ir. L. van Dijk

- Lid Landelijke Taakgroep Goed Medicijngebruik
- Bestuurslid 'Volksgezondheid en wetenschap'
- Lid Werkgroep Prescriptierugkoppeling DGV
- Lid WHO International Collaborative Center Pharmapolicy
- Lid Begeleidingscommissie project 'Oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen' (IVO)

Dr. A.M. van Dulmen

- Bestuurslid European Association for Communication in Healthcare (EACH)
- Lid redactie Patient Education & Counseling
- Jurylid ASW Meesterprijs
- Lid adviesgroep voor SIA RAAK Publiek project Oog voor Communicatie
- Lid Scientific and Planning Committee International Conferences on Communication in Healthcare Miami 2009, Verona 2010

Prof. Dr. A.L. Francke

- Bijzonder hoogleraar ‘Verpleging en Verzorging in de Laatste Levensfase’ bij de afdeling Sociale Geneeskunde EMGO+/VUMC
- Voorzitter van de stuurgroep ‘Richtlijn Verpleegkundige Verslaglegging’, een project van het LEVV
- Lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrinkprijs, Jeltje de Bosch-Kemper Stichting
- Lid werkgroep ‘Kanker in de eerste lijn’ van de Signaleringscommissie Kanker van het KWF
- Lid programmacommissie European Nursing Congress 2010
- Lid redactieraad Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift
- Lid begeleidingscommissie van onderzoek van Trimbos-instituut ‘Palliatieve zorg in de GGZ’
- Lid begeleidingscommissie van onderzoek van EMGO-VUmc naar ‘Quality-of-life instruments in late-stage dementia’
- Lid begeleidingscommissie van een project van de Vrije Universiteit Brussel over de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg in Vlaanderen

Prof Dr. Ir. R.D. Friele

- Bijzonder hoogleraar Sociaal wetenschappelijke aspecten van wet- en regelgeving in de zorg, Universiteit Tilburg
- Lid directeurenoverleg congres Kennis beter delen 2010

Prof. Dr. P.P. Groenewegen

- Hoogleraar ‘Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg’ aan de Universiteit Utrecht
- Lid Gezondheidsraad
- Lid Beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg Gezondheidsraad
- Lid commissie Toponderzoek ZonMW
- Lid subcommissie Implementatie van het programma Doelmatigheid, ZonMW

- Lid Executive Committee European Forum for Primary Care
- Redactielid BMC Health Services Research
- Redactielid Quality in Primary Care
- Voorzitter Commissie Praktijk Diseasemanagement Chronische Ziekte, ZonMw
- Lid Raad van Toezicht METS Center
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad Centrum Klantervaring Zorg
- Lid Wetenschappelijke Adviescommissie VTV
- Lid Wetenschappelijke Adviescommissie Zorgbalans

Dr. M.J.W.M. Heijmans

- Lid adviesgroep Revisie medische consumptie POLS, CBS
- Lid Expert Group ‘Adaptation to chronic illness’, onderzoeksschool Psychology & Health
- Lid Werkgroep Psychosociaal Onderzoek bij Nierpatiënten (PON)

Dr. M. Hendriks

- Secretaris van de Wetenschappelijke Advies Raad CKZ
- Lid Wetenschappelijke Ontwikkel Groep CKZ
- Lid begeleidingscommissie onderzoek ‘Het gebruik van Consumer Quality Index informatie voor cliënten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg’ van het Trimbos-instituut
- Lid projectgroep Zichtbare Zorg ggz/vz voor ontwikkeling CQ-index voor geestelijke gezondheidszorg

Dr. C.J. IJzermans

- Lid expertgroep Gezondheidsonderzoek na rampen, CGOR, RIVM
- Lid sectie Nazorg, Centrum voor Gezondheid & Milieu, RIVM
- Lid Begeleidingscommissie Stepped Care na ernstige gebeurtenissen, Trimbos

Dr. J. D. de Jong

- Lid redactie Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen
- Vice president EUPHA sectie Health Services Research

Dr J.J.D.J.M. Rademakers

- Lid Wetenschappelijke ontwikkelgroep CKZ/Miletus
- Lid Commissie Regelgeving Onderzoek (COREON) van de FMWV - VvE
- Lid begeleidingscommissie onderzoek ‘Vervolg slachtofferbehoeften’, WODC/ Ministerie van Justitie

- Lid klankbordgroep Healthy Inclusion, Verwey Jonker instituut
- Lid klankbordgroep ‘Goed patiëntschap’, Universiteit Groningen
- Lid begeleidingscommissie Psychosociale gevolgen na abortus, Universiteit Utrecht
- Lid External Faculty Graduate School University of Maine
- Lid Editorial Board Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology

Dr. P.M. Rijken

- Coördinator Expert Group ‘Adaptation to chronic illness’, onderzoeksschool Psychology and Health
- Lid Diabetes Expert Netwerk, Nederlandse Diabetes Federatie
- Lid Werkgroep Psychosociaal Onderzoek bij Nierpatiënten (PON)

Prof. Dr. F.G. Schellevis

- Hoogleraar Multimorbiditeit in de huisartspraktijk afdeling Huisartsgeneeskunde / EMGO Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg VUmc Amsterdam
- Lid opleidingscommissie Care-onderzoeksschool
- Lid Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde-Research
- Lid wetenschappelijke adviesraad ‘Revue Pratiques et Organisation des Soins’
- Lid Conseil Scientifique de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- Lid van de Autorisatiecommissie van het Nederlands Huisartsen Genootschap
- Lid van de Advisory Board van de European General Practice Research Network
- Lid van de Beleidsadviescommissie Zorg voor chronische aandoeningen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging
- Lid Nederlandse adviesraad van het Cochrane Primary Care Field

Dr. H.J.M. Sixma

- Lid Wetenschappelijke ontwikkelgroep CKZ/ Miletus

Dr. C. Veenhof

- Lid redactie Jaarboek fysiotherapie/kinesitherapie
- Lid van Erkenningscommissie (jeugd) Interventie, deelcommissie 4 Gezondheidsbevordering en preventie voor volwassenen en ouderen
- Lid van werkgroep zelfmanagement reumatische aandoeningen
- Lid van begeleidingscommissie van het onderzoek “Kwaliteits en Doelmatigheidsbevordering door ‘Pay for Performance’ bij eerstelijns fysiotherapie”
- Lid van Platform Monitoren Sportblessures

- Lid landelijke werkgroep Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen (SWORA)

Dr. A.J.E. de Veer

- Lid AGORA werkgroep palliatieve zorg in de verstandelijk gehandicaptensector

Dr. P.F.M. Verhaak

- Lid Editorial Board Patient Education and Counseling
- Bestuurslid Algemeen Bestuur NESDA (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst)

Dr. R.A. Verheij

- Lid Landelijk Overleg Huisartsen Registraties
- Lid vereniging voor eHealth; commissie onderzoek
- Lid expertgroep de landelijke soa & hiv surveillance (RIVM)
- Lid expertgroep Duurzame Stad (Planbureau voor de Leefomgeving)
- Toehoorder werkgroep Adequaate Registreren (NHG)

Prof. Dr. C. Wagner

- Hoogleraar Patiëntveiligheid in de Gezondheidszorg, VU medisch centrum, Amsterdam
- Lid 'Community of Practice', ZonMW
- Lid Bestuurscommissie kwaliteit en veiligheid, VenVN
- Lid ESQH; European Society of Quality in Healthcare
- Advisor EUNETPaS; European Network on Patient Safety
- Advisor LINNEUS; Learning from international networks about errors and understanding safety in primary care

Dr. T.A. Wieggers

- Bestuurslid European Perinatal School
- Lid International Collaborative Research Group ESMEE
- Lid Taakgroep Transparantie van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte

8.1 Internationale artikelen

- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B., Donker, G., Echteld, M., Block, L. van den, Deliens, L. General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. *Journal of Pain and Symptom Management*: 38, 2009, nr. 4, p. 568-577
- Albada, A., Dulmen, S. van, Otten, R., Bensing, J.M., Ausems, M.G.E.M. Development of E-Info geneca: a website providing computer-tailored information and question prompt prior to breast cancer genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*: 18, 2009, nr. 4, p. 326-338
- Albada, A., Triemstra, M. Patients' priorities for ambulant hospital care centres: a survey and discrete choice experiment among elderly and chronically ill patients of a Dutch hospital. *Health Expectations*: 12, 2009, nr. 1, p. 92-105
- Albada, A., Ausems, M.G.E.M., Bensing, J.M., Dulmen, S. van Tailored information about cancer risk and screening: a systematic review. *Patient Education and Counseling*: 77, 2009, nr. 2, p. 155-171
- Asten, L. van, Lubben, M. van der, Wijngaard, C. van den, Pelt, W. van, Verheij, R., Jacobi, A., Overduin, P., Meijer, A., Luijt, D., Claas, E., Hermans, M., Melchers, W., Rossen, J., Schuurman, R., Woffs, P., Boucher, C., Schirm, J., Kroes, L., Leenders, S., Galama, J., Peeters, M., Loon, A. van, Stobberingh, E., Schutten, M., Koopmans, M. Strengthening the diagnostic capacity to detect Bio Safety Level 3 organisms in unusual respiratory viral outbreaks. *Journal of Clinical Virology*: 45, 2009, nr. 3, p. 185-190
- Bakker, D.H. de, Groenewegen, P.P. Primary health care in the Netherlands: current situation and trends. *Italian Journal of Public Health*: 7, 2009, nr. 2, p. 128-135
- Bensing, J., Verheul, W. Towards a better understanding of the dynamics of patient provider interaction: the use of sequence analysis. *Patient Education and Counseling*: 75, 2009, nr. 2, p. 145-146
- Berg, B. van den, Yzermans, C.J., Velden, P.G. van der, Stellato, R.K., Brunekreef, B. Risk factors for unexplained symptoms after a disaster: a five-year longitudinal study in general practice. *Psychosomatics*: 50, 2009, nr. 1, p. 69-77
- Berg, M. van den, Bakker, D. de, Westert, G., Zee, J. van der, Groenewegen, P.P. Do list size and remuneration affect GPs' decisions about how they provide consultations? *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 39
- Berg, M.J. van den, Bakker, D.H. de, Spreeuwenberg, P., Westert, G.P., Braspenning, J., Zee, J. van der, Groenewegen, P.P. Labour intensity of guidelines may have a greater effect on adherence than GPs' workload. *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 74
- Biermans, M.C.J., Theuns-Lamers, E.H.M., Spreeuwenberg, P., Verheij, R.A., Wouden, J.C. van der, Vries-Robbé, P.F. de, Zielhuis, G.A. The decreasing incidence of adenotonsillar problems in Dutch general practice: real or artefact? *British Journal of General Practice*: 59, 2009, nr. 569, p. e368-e375
- Biermans, M.C.J., Spreeuwenberg, P., Verheij, R.A., Bakker, D.H. de, Vries Robbé, P.F. de, Zielhuis, G.A.

Striking trends in the incidence of health problems in the Netherlands (2002-05): findings from a new method for record linkage in general practice. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. 3, p. 290-296

- Boer, F., Smit, C., Morren, M., Roorda, J., Yzermans, J. Impact of a technological disaster on young children: a five-year postdisaster multiinformant study. *Journal of Traumatic Stress*: 22, 2009, nr. 6, p. 516-524
- Boot, C.R.L., Meijman, F.J., Dulmen, S. van Beliefs about the causes of health complaints: a study in primary care. *Health Communication*: 24, 2009, nr. 4, p. 346-350
- Borgsteede, S.D., Deliens, L., Zuurmond, W.W.A., Schellevis, F., Willems, D.L., Wal, G. van der, Eijk, J.T.M. van Prescribing of pain medication in palliative care: a survey in general practice. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 18, 2009, nr. 1, p. 16-23
- Bot, C.M.A. de, Moed, H., Schellevis, F.G., Groot, H. de, Wijk, R.G. van, Wouden, J.C. van der Allergic rhinitis in children: incidence and treatment in Dutch general practice in 1987 and 2001. *Pediatric Allergy and Immunology*: 20, 2009, nr. 6, p. 571-576
- Broker, L.E., Hurenkamp, G.J.B., Riet, G. ter, Schellevis, F.G., Grundmeijer, H.G., Weert, H.C. van Upper gastrointestinal symptoms, psychosocial comorbidity and health care seeking in general practice: population based case control study. *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 63
- Brouwers, E.P.M., Terluin, B., Tiemens, B.G., Verhaak, P.F. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*: 19, 2009, nr. 4, p. 323-332
- Bulc, M., Kersnik, J., Boerma, W., Pellny, M. Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu = Primary health care quality management project. *Zdravstveno Varstvo*: 48, 2009, nr. 1, p. 1-19
- Campen, C. van, Cardol, M. When work and satisfaction with life do not go hand in hand: health barriers and personal resources in the participation of people with chronic physical disabilities. *Social Science & Medicine*: 69, 2009, nr. 1, p. 56-60
- Ciancio B.C., Meerhoff, T.J., Kramarz, P., Bonmarin, I., Borgen, K., Boucher, C.A., Buchholz, U., Buda, S., Dijkstra, F., Dudman, S., Duwe, S., Hauge, S.H., Hungnes, O., Meijer, A., Mossong, J., Paget, W.J., Phin, N., Sande, M. van der, Schweiger, B., Nicoll, A. Oseltamivir-resistant influenza A(H1N1) viruses detected in Europe during season 2007-8 had epidemiologic and clinical characteristics similar to co-circulating susceptible A(H1N1) viruses. *Eurosurveillance*: 14, 2009, nr. 46, p. 13-20
- Claessen, S.J.J., Hazes, J.M.W., Huisman, M.A.M., Zeben, D. van, Luime, J.J., Weel, A.E.A.M. Use of risk stratification to target therapies in patients with recent onset arthritis: design of a prospective randomized multicenter controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*: 10, 2009, nr. 71
- Damman, O.C., Hendriks, M., Sixma, H.J. Towards more patient centred healthcare: a new Consumer Quality Index instrument to assess patients' experiences with breast care. *European Journal of Cancer*: 45, 2009, nr. 9, p. 1569-1577
- Damman, O.C., Hendriks, M., Rademakers, J., Delnoij, D., Groenewegen, P. How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health*: 9, 2009, nr. 423
- Damman, O.C., Stubbe, J.H., Hendriks, M., Arah, O.A., Spreeuwenberg, P., Delnoij, D.M.J., Groenewegen, P.P. Using multilevel modeling to assess case-mix adjusters in consumer experience surveys in health care. *Medical Care*: 47, 2009, nr. 4, p. 496-503
- Dekker, J., Dijk, G.M. van, Veenhof, C. Risk factors for

functional decline in osteoarthritis of the hip or knee. *Current Opinion in the Rheumatology*: 21, 2009, nr. 5, p. 520-524

- Dijk, C.E. van, Boer, M.R. de, Koppes, L.L., Roos, J.C., Lips, P., Twisk, J.W.R. Positive association between the course of vitamin D intake and bone mineral density at 36 years in men. *Bone*: 44, 2009, nr. 3, p. 437-441
- Dijk, C.E. van, Innis, S.M. Growth-curve standards and the assessment of early excess weight gain in infancy. *Pediatrics*: 123, 2009, nr. 1, p. 102-108
- Dijk, G.M. van, Veenhof, C., Lankhorst, G.J., Dekker, J. Limitations in activities in patients with osteoarthritis of the hip or knee: the relationship with body functions, comorbidity and cognitive functioning. *Disability and Rehabilitation*: 31, 2009, nr. 20, p. 1685-1691
- Dijkstra, F., Donker, G.A., Wilbrink, B., Gageldonk-Lafeber, A.B. van, Sande, M.A.B. van der Long-time trends in influenza-like illness and associated determinants in the Netherlands. *Epidemiology and Infection*: 137, 2009, nr. 4, p. 473-479
- Donker, G.A., Deurenberg, R.H., Driessen, C., Sebastian, S., Nijs, S., Stobberingh, E.E. The population structure of *Staphylococcus Aureus* among general practice patients from The Netherlands. *Clinical Microbiology and Infection*: 15, 2009, nr. 2, p. 137-143
- Dückers, M., Makai, P., Vos, L., Groenewegen, P., Wagner, C. Longitudinal analysis on the development of hospital quality management systems in the Netherlands. *International Journal for Quality in Health Care*: 21, 2009, nr. 5, p. 330-340
- Dückers, M.L.A., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P.P. Exploring the black box of quality improvement collaboratives: modelling relations between conditions, applied changes and outcomes. *Implementation Science*: 4, 2009, nr. 1, p. 74
- Dückers, M.L.A., Stegeman, I., Spreeuwenberg, P., Wagner, C., Sanders, K., Groenewegen, P.P. Consensus

on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of clinicians in improvement projects. *Health Policy*: 91, 2009, nr. 3, p. 306-313

- Florentinus, S.R., Heerdink, E.R., Dijk, L. van, Griens, F., Groenewegen, P.P., Leufkens, H.G.M. Is new drug prescribing in primary care specialist induced? *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 6
- Friesema, I.H.M., Koppeschaar, C.E., Donker, G.A., Dijkstra, F., Noort, S.P. van, Smalenburg, R., Hoek, W. van der, Sande, M.A.B. van der Internet-based monitoring of influenza-like illness in the general population: experience of five influenza seasons in the Netherlands. *Vaccine*: 27, 2009, nr. 45, p. 6353-6357
- Gageldonk-Lafeber, A.B. van, Bogaerts, M.A.H., Verheij, R., Sande, M.A.B. van der Time trends in primary-care morbidity, hospitalization and mortality due to pneumonia. *Epidemiology and Infection*: 137, 2009, nr. 10, p. 1472-1478
- Gardarsdottir, H., Egberts, A.C.G., Dijk, L. van, Sturkenboom, M.C.J.M., Heerdink, E.R. An algorithm to identify antidepressant users with a diagnosis of depression from prescription data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 18, 2009, nr. 1, p. 7-15
- Geffen, E.C.G. van, Gardarsdottir, H., Hulsten, R. van, Dijk, L. van, Egberts, T., Heerdink, E.R. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the general practitioner's prescription? *British Journal of General Practice*: 59, 2009, nr. 559, p. 81-87
- Gerritsen, A.A.M., Devillé, W.L. Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health*: 9, 2009, nr. 109
- Gerwen, M.A.G. van, Schellevis, F.G., Lagro-Janssen, A.L.M. Management of urinary incontinence in general practice: data from the Second Dutch National Survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*: 15, 2009, nr. 2, p. 341-345

- Ghotb Razmjou, R., Willemsen, S.P., Koning, S., Oranje, A.P., Schellevis, F., Wouden, J.C. van der Determinants of regional differences in the incidence of impetigo. *Environmental Research*: 109, 2009, nr. 5, p. 590-593
- Gijssen, R., Jochemsen, H., Dijk, L. van, Caspers, P. Frequency of ill-founded off-label prescribing in Dutch general practice. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 18, 2009, nr. 1, p. 84-91
- Graaff, F.M. de, Francke, A.L. Barriers to home care for terminally ill Turkish and Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliative Care*: 8, 2009, nr. 3
- Gress, S., Baan, C.A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarela, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Lente, E.J. van, Vrijhoef, B. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care - position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*: 17, 2009, nr. 1, p. 75-86
- Haes, H. de, Bensing, J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. *Patient Education and Counseling*: 74, 2009, nr. 3, p. 287-294
- Hendriks, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., Delnoij, D.M.J. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 167
- Heuvel, A. van den, Aarendonk, D., Groenewegen, P.P., Maeseneer, J. de The European Forum for Primary Care and the European Commission consultation process on the European workforce for health: some emerging messages. *Quality in Primary Care*: 17, 2009, nr. 5, p. 307-309
- Hoonhout, L.H.F., Bruijne, M.C. de, Wagner, C., Zegers, M., Waaijman, R., Spreeuwenberg, P., Asscheman, H., Wal, G. van der, Tulder, M.W. van Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 27
- Hoopman, R., Terwee, C.B., Devillé, W., Knol, D.L., Aaronson, N.K. Evaluation of the psychometric properties of the SF-36 health survey for use among Turkish and Moroccan ethnic minority populations in the Netherlands. *Quality of Life Research*: 19, 2009, nr. 6, p. 753-764
- Jellema, P., Windt, D.A.W.M. van der, Schellevis, F.G., Horst, H.E. van der Accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care: systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*: 30, 2009, nr. 7, p. 695-706
- Jong, J.D. de, Groenewegen, P.P., Spreeuwenberg, P., Westert, G.P., Bakker, D.H. de Do decision support systems influence variation in prescription? *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 20
- Kadam, U.T., Schellevis, F.G., Lewis, M., Windt, D.A.W.M. van der, Vet, H.C. de, Bouter, L.M., Croft, P.R. Does age modify the relationship between morbidity severity and physical health in English and Dutch family practice populations? *Quality of Life Research*: 18, 2009, nr. 2, p. 209-220
- Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Pellny, M. Measuring mechanisms for quality assurance in primary care systems in transition: test of a new instrument in Slovenia and Uzbekistan. *Quality in Primary Care*: 17, 2009, nr. 3, p. 165-177
- Kroneman, M., Zee, J. van der, Groot, W. Income development of general practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. The calculation of the Belgian general practitioner revised. (Comments) *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 26
- Kroneman, M.W., Zee, J. van der, Groot, W. Income development of general practitioners in eight European countries from 1975 to 2005. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 26

- Krul, M., Wouden, J.C. van der, Schellevis, F.G., Suijlekom-Smit, L.W.A. van, Koes, B.W. Foot problems in children presented to the general practitioner: a comparison between 1987 and 2001. *Family Practice*: 26, 2009, nr. 3, p. 174-179
- Krul, M., Wouden, J.C. van der, Schellevis, F.G., Suijlekom-Smit, L.W.A., Koes, B.W. Musculoskeletal consequences in overweight and obese children. *Annals of Family Medicine*: 7, 2009, nr. 4, p. 352-356
- Leemrijse, C., Veenhof, C., Boer, M.E. de The availability and use of allied health care in care homes in the Midlands, UK: commentaries. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*: 16, 2009, nr. 4, p. 223-224
- Maarsingh, O.R., Dros, J., Weert, H.C. van, Schellevis, F.G., Bindels, P.J., Horst, H.E. van der Development of a diagnostic protocol for dizziness in elderly patients in general practice: a Delphi procedure. *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 12
- Maas, J., Spreeuwenberg, P., Winsum-Westra, M. van, Verheij, R.A., Vries, S. de, Groenewegen, P.P. Is green space in the living environment associated with people's feelings of social safety? *Environment and Planning A*: 41, 2009, nr. 7, p. 1763-1777
- Maas, J., Verheij, R.A., Vries, S. de, Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P.P., Schellevis, F.G. Morbidity is related to a green living environment. *Journal of Epidemiology & Community Health*: 63, 2009, nr. 12, p. 967-973
- Maas, J., Dillen, S.M.E. van, Verheij, R.A., Groenewegen, P.P. Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health and Place*: 15, 2009, nr. 2, p. 586-595
- Makai, P., Klazinga, N., Wagner, C., Boncz, I., Gulácsi, L. Quality management and patient safety: survey results from 102 Hungarian hospitals. *Health Policy*: 90, 2009, nr. 2-3, p. 175-180
- Maur, W. in der, Walbeek, W. van, Batenburg, R. A framework for integrating IT governance and business/IT alignment principles. *International Journal of Business Innovation and Research*: 3, 2009, nr. 5, p. 555-573
- Meerhoff, T.J., Paget, W.J., Kimpen, J.L., Schellevis, F. Variation of respiratory syncytial virus and the relation with meteorological factors in different winter seasons. *Pediatric Infectious Disease Journal*: 28, 2009, nr. 10, p. 860-866
- Meerhoff, T.J., Mosnier, A., Schellevis, F., Paget, W.J. Progress in the surveillance of respiratory syncytial virus (RSV) in Europe: 2001-2008. *Eurosurveillance*: 14, 2009, nr. 40, p. 14-18
- Meeuwesen, L., Brink, A. van den, Hofstede, G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education and Counseling*: 75, 2009, nr. 1, p. 58-66
- Meijer, A., Lackenby, A., Hungnes, O., Lina, B., Werf, S. van der, Schweiger, B., Opp, M., Paget, J., Kasstele, J. van de, Hay, A., Zambon, M. Oseltamivir-resistant influenza virus A (H1N1), Europe, 2007/08 season. *Emerging Infectious Diseases*: 15, 2009, nr. 4, p. 552-560
- Morren, M., Dulmen, S. van, Ouwerkerk, J., Bensing, J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: a systematic review. *European Journal of Pain*: 13, 2009, nr. 4, p. 354-365
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., Pfaff, H. Analyzing the 'nature' and 'specific effectiveness' of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*: 74, 2009, nr. 3, p. 339-346
- Nielen, M., Schellevis, F., Verheij, R.A. The usefulness of a free self-test for screening albuminuria in the general population: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*: 9, 2009, nr. 381
- Nielen, M.M.J., Schellevis, F.G., Verheij, R.A. Inter-

practice variation in diagnosing hypertension and diabetes mellitus: a cross-sectional study in general practice. *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 6

- Nijrolder, I., Windt, D. van der, Vries, H. de, Horst, H. van der Diagnoses during follow-up of patients presenting with fatigue in primary care. *Canadian Medical Association Journal*: 181, 2009, nr. 10, p. 683-687
- Nijrolder, I., Windt, D. van der, Horst, H. van der Prediction of outcome in patients presenting with fatigue in primary care. *British Journal of General Practice*: 59, 2009, nr. 561, p. e101-e109
- Ouweland, C., Ridder, D.T.D. de, Bensing, J.M. Who can afford to look to the future? The relationship between socio-economic status and proactive coping. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. 4, p. 412-417
- Paget, J. The influenza pandemic and Europe: the social impact and public health response. *Italian Journal of Public Health*: 6, 2009, nr. 3, p. 257-259
- Pasman, H.R.W., Brandt, H.E., Deliens, L., Francke, A.L. Quality-indicators for palliative care: a review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*: 38, 2009, nr. 1, p. 145-156
- Peters, M.J.L., Nielen, M.M.J., Raterman, H.G., Verheij, R.A., Schellevis, F., Nurmohamed, M.T. Increased cardiovascular disease in patients with inflammatory arthritis in primary care: a cross-sectional observation. *Journal of Rheumatology*: 36, 2009, nr. 9, p. 1866-1868
- Posma, E.R., Weert, J.C.M. van, Jansen, J., Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M. Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: an evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*: 8, 2009, nr. 1
- Potting, C., Mistiaen, P., Poot, E., Blijlevens, N., Donnelly, P., Achterberg, T. van A review of quality assessment of the methodology used in guidelines and systematic reviews on oral mucositis. *Journal of Clinical Nursing*: 18, 2009, nr. 1, p. 3-12
- Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Meer, K. van der, Penninx, B.W.J.H., Bensing, J.M. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*: 119, 2009, nr. 1-3, p. 163-171
- Roede, B.M., Bresser, P., Prins, J.M., Schellevis, F., Verheij, T.J.M., Bindels, P.J.E. Reduced risk of next exacerbation and mortality associated with antibiotic use in COPD. *European Respiratory Journal*: 33, 2009, nr. 2, p. 282-288
- Sandfort, T.G.M., Bakker, F., Schellevis, F., Vanwesenbeeck, I. Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Archives of Sexual Behavior*: 38, 2009, nr. 2, p. 253-263
- Smits, M., Wagner, C., Spreeuwenberg, P., Wal, G. van der, Groenewegen, P.P. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Quality & Safety in Health Care*: 18, 2009, nr. 4, p. 292-296
- Smits, M., Groenewegen, P., Timmermans, D.R.M., Wal, G. van der, Wagner, C. The nature and causes of unintended events reported at ten emergency departments. *BMC Emergency Medicine*: 9, 2009, nr. 16
- Smits, M., Janssen, J., Vet, R. de, Zwaan, L., Timmermans, D., Groenewegen, P., Wagner, C. Analysis of unintended events in hospitals: inter-rater reliability of constructing causal trees and classifying root causes. *International Journal for Quality in Health Care*: 21, 2009, nr. 4, p. 292-300
- Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, M., Marwijk, H. van, Penninx, B., Wensing, M., Grol, R. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*: 31, 2009, nr. 5, p. 460-469
- Soeteman, R.J.H., Yzermans, C.J., Spreeuwenberg,

- P.M.M., Dorn, T., Kerssens, J.J., Bosch, W.J.H.M. van den, Zee, J. van der Does disaster affect immigrant victims more than non-immigrant victims in Dutch general practice: a matched cohort study. *Journal of Public Health*: 17, 2009, nr. 1, p. 27-32
- **Tates, K., Zwaanswijk, M., Otten, R., Dulmen, S. van, Hoogerbrugge, P.M., Kamps, W.A., Bensing, J.M.** Online focus groups as a tool to collect data in hard-to-include populations: examples from paediatric oncology. *BMC Medical Research Methodology*: 9, 2009, nr. 15
 - **Tattersall, M.H.N., Dear, R.F., Jansen, J., Shepherd, H.L., Devine, R.J., Horvath, L.G., Boyer, M.J.** Second opinions in oncology: the experiences of patients attending the Sydney Cancer Centre. *Medical Journal of Australia*: 191, 2009, nr. 4, p. 209-212
 - **Terluin, B., Brouwers, E.P.M., Marwijk, H.W.J. van, Verhaak, P.F.M., Horst, H.E. van der** Detecting depressive and anxiety disorders in distressed patients in primary care: comparative diagnostic accuracy of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 58
 - **Thoolen, B.J., Ridder, D. de, Bensing, J., Gorter, K., Rutten, G.** Beyond good intentions: the role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management. *Psychology & Health*: 24, 2009, nr. 3, p. 237-254
 - **Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P.P.** Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care: a systematic review. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 76
 - **Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., deMulder, P., Achterberg, T. van** Nurse-patient communication in cancer care: does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*: 18, 2009, nr. 10, p. 1060-1068
 - **Veen, P.M.H. ten, Morren, M., IJzermans, C.J.** The influence of news-events on health after disaster: a longitudinal study in general practice. *Journal of Traumatic Stress*: 22, 2009, nr. 6, p. 505-515
 - **Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Buijse, R., Friele, R.D.** The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*: 57, 2009, nr. 10, p. 1881-1886
 - **Velden, L.F.J. van der, Francke, A.L., Hingstman, L., Willems, D.L.** Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. *BMC Palliative Care*: 8, 2009, nr. 4
 - **Velden, P.G. van der, Yzermans, J.C.** Long-term effects of the terrorist attack in Beslan on adolescent survivors. (Comment) *Journal of Clinical Psychiatry*: 70, 2009, nr. 6, p. 934
 - **Venmans, L.M.A.J., Gorter, K.J., Rutten, G.E.H.M., Schellevis, F.G., Hoepelman, A.I.M., Hak, E.** A clinical prediction rule for urinary tract infections in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care. *Epidemiology and Infection*: 137, 2009, nr. 2, p. 166-172
 - **Verhaak, P.F.M., Prins, M.A., Spreeuwenberg, P., Draisma, S., Balkom, T.J.L.M. van, Bensing, J.M., Laurant, M.G.H., Marwijk, H.W.J. van, Meer, K. van der, Penninx, B.W.J.H.** Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry*: 31, 2009, nr. 1, p. 46-55
 - **Verkaik, R., Francke, A.L., Meijel, B. van, Ribbe, M.W., Bensing, J.M.** Comorbid depression in dementia on psychogeriatric nursing home wards: which symptoms are prominent? *American Journal of Geriatric Psychiatry*: 17, 2009, nr. 7, p. 565-573
 - **Ververs, T., Dijk, L. van, Yousofi, S., Schobben, F., Visser, G.H.A.** Depression during pregnancy: views on

antidepressant use and information sources of general practitioners and pharmacists. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 119

- Waal, B.M.E. de, Batenburg, R. Design decisions in workflow management and quality of work. *International journal of Information Systems and Change Management*: 3, 2009, nr. 4, p. 359-374
- Weert, J.C.M. van, Bensing, J.M. Estimulación multisensorial (snoezelen) integrada en la asistencia de la demencia a largo plazo. *Informaciones Psiquiátricas*: 2009, nr. 195-196, p. 33-50
- Weert, J.M.C. van, Jansen, J., Bruijn, G.J. de, Noordman, J., Dulmen, A.M. van, Bensing, J.M. QUOTE-chemo: a patient-centered instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patient's eyes. *European Journal of Cancer*: 45, 2009, nr. 17, p. 2967-2976
- Weevers, H.A., Beek, A.J. van der, Brink-Muinen, A. van den, Bensing, J., Boot, C.R.L., Mechelen, W. van Communication about work between general practitioners and patients consulting for musculoskeletal disorders. *Quality in Primary Care*: 17, 2009, nr. 3, p. 197-203
- Wetering, R. van de, Batenburg, R. A PACS maturity model: a systematic meta-analytic review on maturation and evolvability of PACS in the hospital enterprise. *International Journal of Medical Informatics*: 78, 2009, nr. 2, p. 127-140
- Wiegiers, T.A. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*: 8, 2009, nr. 18
- Wijnen-Meijer, M., Cate, O.T.J. ten, Rademakers, J.J.D.J.M., Schaaf, M. van der, Borleffs, J.C.C. The influence of a vertically integrated curriculum on the transition to postgraduate training. *Medical Teacher*: 31, 2009, nr. 11, p. 528e-532e
- Zantinge, E.M., Verhaak, P.F.M., Bakker, D.H. de,

Meer, K. van der, Bensing, J.M. Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Family Practice*: 10, 2009, nr. 60

- Zegers, M., Bruijne, M.C. de, Wagner, C., Hoonhout, L.H.F., Waaijman, R., Smits, M., Hout, F.A.G., Zwaan, L., Christiaans-Dingelhoff, I., Timmermans, D.R.M., Groenewegen, P.P., Wal, G. van der Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Quality & Safety in Health Care*: 18, 2009, nr. 4, p. 297-302
- Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers, J. Measuring patients' experiences with rheumatic care: the Consumer Quality Index Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology International*: 30, 2009, nr. 2, p. 159-167
- Zuidgeest, M.G.P., Dijk, L. van, Spreuwenberg, P., Smit, H.A., Brunekreef, B., Arets, H.G., Bracke, M., Leufkens, H.G.M. What drives prescribing of asthma medication to children? A multilevel population-based study. *Annals of Family Medicine*: 7, 2009, nr. 1, p. 32-40
- Zwaan, L., Thijs, A., Wagner, C., Wal, G. van der, Timmermans, D.R.M. Design of a study on suboptimal cognitive acts in the diagnostic process, the effect on patient outcomes and the influence of workload, fatigue and experience of physician. *BMC Health Services Research*: 9, 2009, nr. 65

8.2 *Internationale boeken en boekbijdragen*

- Batenburg, R., Constantiou, I. A European study of E-business maturity and ICT-benefits: is there a conditional relationship? In: S. Newell; E. Whitley; N. Pouloudi; J. Wareham; L. Mathiassen (Eds.) *Proceedings of the 17th European Conference on Information Systems*, Verona, Italy, June 8-10, 2009
- Boerma, W.G.W., Pellny, M., Wiegiers, T.A., Kringos,

- D.S., Rusovich, M. Evaluation of the organizational model of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk. Copenhagen: WHO, 2009. 137 p.
- Boerma, W.G.W., Pellny, M., Wiegers, T.A., Kringos, D.S., Rusovich, M. [Evaluation of the organizational model of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk.] Copenhagen: WHO, 2009. 137 p. Russische versie van: W.G.W. Boerma; M. Pellny; T.A. Wiegers; D.S. Kringos; M. Rusovich. Evaluation of the organizational model of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk. Copenhagen: WHO, 2009.
 - DeVries, R., Wiegers, T.A., Smulders, B., Teijlingen, E. van The Dutch obstetrical system: vanguard of the future in maternity care. In: R.E. Davis-Floyd; L. Barclay; B-A. Daviss; J. Tritten. Birth models that work. Berkeley: University of California Press, 2009. p. 3-25
 - Koedijk, F.D.H., Vriend, H.J., Veen, M.G. van, Coul, E.L.M. op de, Broek, I.V.F. van den, Sighem, A.I. van, Verheij, R.A., Sande, M.A.B. van der Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008. Bilthoven: RIVM, 2009
 - Koopman, G., Batenburg, R. Early user involvement and participation in employee self-service application deployment: theory and evidence from four Dutch governmental cases. In: T.V. Bondarouk; H.J.M. Ruël; E. Oiry; K.Guiderdoni-Jourdan (Eds.). Handbook of Research on E-Transformation and Human Resources Management Technologies. Hershey: IGI Publishers, 2009. p. 56-77
 - Kringos, D.S., Boerma, W., Spaan, E., Pellny, M., Son, I., Korotkova, A. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation: a survey-based pilot project in two rayons of the Moscow oblast. Copenhagen: WHO, 2009. 92 p.
 - Plomp, M., Batenburg, R. Procurement maturity, alignment and performance: a Dutch hospital case comparison. In: M.L. Markus; J.F. Hampe; J. Gricar; A. Pucihar; G. Lenart (Eds.). Conference Proceedings of the 22th Bled eConference, 14-17 June 2009, Bled, Slovenia. p. 203-219
 - Silvius, A.J.G., Batenburg, R. Future development of project management competences. In: Proceedings of the 42nd Hawaii International Conference on System Sciences, Waikoloa, 5 January 2009. p. 1-10
 - Velden, P.G. van der, Yzermans, C.J., Grievink, L. Enschede fireworks disaster. In: Y. Neria; S. Galea; F.H. Norris. Mental health and disasters. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 473-496
 - Waal, B. de, Batenburg, R. Do users go with the new workflow? From user participation to quality of work during WFM deployment. In: S. Newell; E. Whitley; N. Pouloudi; J. Wareham; L. Mathiassen (Eds.). Proceedings of the 17th European Conference on Information Systems 'Information Systems in a Globalising World. Challenges, Ethics and Practices', Verona, Italy, June 8-10, 2009.
 - Yzermans, C.J., Berg, B. van den, Dirkwager, A.J.E. Physical health problems after disasters. In: Y. Neria; S. Galea; F.H. Norris. Mental health and disasters. New York: Cambridge University Press, 2009. p. 67-93

8.3 NIVEL dissertaties

- Bongers, F.J.M. General practice in 1987 and 2001: changes in morbidity and intervention. Findings from the two Dutch National Surveys of General Practice. Utrecht: NIVEL, 2009. 504 p. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Dijk, G.M. van Course of limitations in activities in elderly patients with osteoarthritis of the hip or

knee. Utrecht: NIVEL, 2009. 170 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

- Dückers, M.L.A. Changing hospital care: evaluation of a multi-layered organisational development and quality improvement programme. Utrecht: NIVEL, 2009. 208 p. Proefschrift Universiteit Utrecht
- Jansen, J. Communicating with older cancer patients: impact on information recall = De invloed van communicatie op het reproduceren van informatie door oudere patiënten met kanker. Utrecht: NIVEL, 2009. 232 p. Proefschrift Universiteit Utrecht
- Nuijen, J. Depression and comorbidity: general practice-based studies on occurrence and health care consequences. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit Amsterdam, 2009. 216 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Smits, M. Unintended events in hospitals: causes and the role of patient safety culture. Utrecht: NIVEL, 2009. 224 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Soeteman, J.H. Health problems of Enschede residents in the aftermath of the fireworks disaster: a longitudinal study with a pre-disaster assessment in general practice. Utrecht: NIVEL, 2009. 179 p. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Verkaik, R. Depression in dementia: development and testing of a nursing guideline. Utrecht: NIVEL, 2009. 246 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Zegers, H.W.M. Adverse events among hospitalised patients: results and methodological aspects of a record review study. Utrecht: NIVEL, 2009. 207 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

8.4 Overige dissertaties

- Biermans, M.C.J. Epidemiologic surveillance based on electronic medical records in general practice.

Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2009. 163 p. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

- Liseckiene, I. Family practice in Lithuania during ten years of primary health care reform: task profiles, job satisfaction and patients' attitudes. Kaunas: Institute for Biomedical Research of Kaunas University of Medicine, 2009. 165 p.
- Maiorova, T. The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2009. 137 p. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Nielen, M.M.J. Preclinical rheumatoid arthritis. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2009. 143 p. Proefschrift Vrije Universiteit.
- Nijrolder, I. Fatigue in primary care: course, prognosis and diagnoses. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2009. 140 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Spies-Dorgelo, M.N. Hand and wrist problems in general practice: diagnosis and prognosis. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2009. 149 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Uitterhoeve, R.J. Nurse responsiveness to emotional cues of cancer patients: development of a training program. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2009. 176 p. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.

8.5 Oraties

- Bakker, D.H. de Naar een sterke eerste lijn: specialisatie in generalistenland? Utrecht/Tilburg: NIVEL, Universiteit van Tilburg, 2009. 32 p. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar "Structuur en organisatie van de gezondheidszorg, inzonderheid de eerstelijnszorg" aan de Universiteit van Tilburg.
- Devillé, W. Diversiteit in de Nederlandse Gezondheidszorg: de migrant als klant. Rede uitgesproken bij de

aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar “Vluchtelingen en gezondheid” aan de Universiteit van Amsterdam. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Universiteit van Amsterdam, 2009.

- Friele, R.D. Wet en werkelijkheid in de gezondheidszorg. Utrecht/Tilburg: NIVEL, Universiteit van Tilburg, 2009. 24 p. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar “Sociaal wetenschappelijke aspecten van wet- en regelgeving in de gezondheidszorg” aan de Universiteit van Tilburg.

8.6 Nederlandse wetenschappelijke artikelen

- Burdorf, A., Pluijm, S.M.F., Langeveld, C.H., Bensing, J.M., Bouter, L.M., Maas, P.J. van der, Mackenbach, J.P. Het zichtbaar maken van de maatschappelijke impact van gezondheidsonderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 153, 2009, nr. 7, p. 304-309
- Donker, G., Velden, P. van der, Kerssens, J., Yzermans, J. Sporadisch huisartsbezoek na een ramp: een probleem? Een longitudinaal onderzoek door koppeling van EPD en vragenlijsten. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 2, p. 69-73
- Groenewegen, P.P., Bensing, J.M. Ruimte voor gezondheidszorgonderzoek. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 87, 2009, nr. 8, p. 332-333
- Hout, E., Friele, R.D., Legemaate, J. De burger als klager in het tuchtrecht voor de gezondheidszorg: weinig klachten, mogelijk door geringe kennis van tuchtrechtstelsel. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 153, 2009, nr. A 548
- IJzermans, J. Onderzoek voor en na rampen. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 87, 2009, nr. 7, p. 286-287
- Jabaaij, L., Njoo, K., Visscher, S., Hoogen, H. van den, Tiersma, W., Levelink, H., Verheij, R. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 5, p. 240-246
- Krul, M., Wouden, J.C. van der, Schellevis, F.G., Suijlekom-Smit, L.W.A. van, Koes, B.W. Klachten van het bewegingsapparaat bij kinderen met overgewicht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 153, 2009, nr. A641
- Langelaan, M., Boer, M.R. de, Nispen, R.M.A. van, Wouters, B., Moll, A.C., Rens, G.H.M.B. van Revalidatie bij visuele beperkingen: invloed op kwaliteit van leven. *Wetenschappelijke Tijdschrift voor Ergotherapie*: 2009, nr. 1, p. 6-9
- Leemrijse, C., Swinkels, I. Vier behandeluren niet voor alle groepen cliënten toereikend: resultaten LiPZ-registratie 2006 en 2007 door vrijgevestigde diëtisten. *Nederlands Tijdschrift voor Voeding & Diëtetiek*: 64, 2009, nr. 1, p. 20-22
- Meuwissen, L.E., Bakker, D.H. de “Consumer Quality-index huisartsenzorg” meet patiëntervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 153, 2009, nr. A 180
- Mistiaen, P., Francke, A., Achterberg, W., Ament, A., Halfens, R., Huizinga, J., Post, H., Spreeuwenberg, P. Australische medische schapenvacht effectief bij de preventie van stuitdecubitus. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*: 2009, nr. 5, p. 186-190
- Pisters, M.F. Langetermijneffect van oefentherapie bij mensen met artrose. Speelt therapietrouw een mediserende rol? *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 119, 2009, nr. 1, p. 24-25
- Sande, M.A.B. van der, Hoek, W. van der, Hooiveld, M., Donker, G.A., Steenbergen, J.E. van, Boven, M. van, Wallinga, J. Bestrijding van de nieuwe influenza A (H1N1). II: epidemiologie en niet-medicamenteuze maatregelen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 153, 2009, nr. 25, p. 1228-1232
- Schellevis, F.G. Nuttig advies over gegevens voor gezondheidsonderzoek: te weinig aandacht voor ge-

vensbehoefte beleidsmakers. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 153, 2009, nr. A71

- Soeteman, R. Slachtoffers en sporadisch spreekuurbezoek. Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 2, p. 68
- Vriend, H.J., Donker, G.A., Bergen, J.E.A.M. van, Sande, M.A.B. van der, Broek, I.V.F. van den Urethritis bij de man in de huisartsenpraktijk: soa's vooral op jongere leeftijd. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 153, 2009, nr. A323
- Wagner, C., Zegers, M., Bruijne, M.C. de Patiëntveiligheid: onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 153, 2009, nr. 8, p. 327-333
- Zantinge, E.M., Seesing, F.M., Tol, F.E., Raats, C.J.I., Spreuwenberg, P.M.M., Dulmen, A.M. van 'Gezamenlijk Medisch Consult': samen naar de dokter. Ervaringen van patiënten en zorgverleners. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 153, 2009, nr. A 828
- Zwaanswijk, M., Quak, E.S., Bouwman, J., Zantinge, E.M., Verhaak, P.F.M., Bakker, D.H. de Validiteit van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM): overeenstemming met populatiegegevens uit gezondheidspeilingen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 87, 2009, nr. 6, p. 272-278

8.7 Artikelen in vaktijdschriften

- Batenburg, R., Holland, C., Velde, R. de Wordt de nieuwe ambtenaar nu écht een knoppendrukker... of toch niet? A+O magazine: 2009, nr. 23, p. 16-17
- Batenburg, R., Holland, C., Plomp, M., Velde, R. de ICT en arbeid: workshops aan de winkel! A+O magazine: 2009, nr. 23, p. 12-13
- Batenburg, R., Berg, B. van den, Holland, C., Plomp, M., Velde, R. de Web 2.0: geen flauwekul voor toekomstige gemeenten. A+O magazine: 2009, nr. 23, p. 12-13

- Brink-Muinen, A. van den Huisartsenzorg in cijfers: chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten terughoudender over orgaandonatie. Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 1, p. 5
- Dijk, C. van, Rijken, M., Bakker, D. de, Verheij, R., Groenewegen, P., Schellevis, F. Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact: 64, 2009, nr. 22, p. 973-976
- Dijk, C. van, Verheij, R., Schellevis, F. Huisartsenzorg in cijfers: polyfarmacie bij ouderen. Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 7, p. 315
- Donker, G., Haar, E. van der Huisartsenzorg in cijfers: waterpokken: vaccinatie invoeren of niet? Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 4, p. 165
- Dückers, M., Beek, S. van, Wagner, C. Checklist voor implementatie van verbeterprojecten. Kwaliteit in Zorg: 19, 2009, nr. 5, p. 12-14
- Francke, A.L., Ruth, L. van, Mistiaen, P.J.M.L. Medicatie voorschrijven door verpleegkundigen ook veilig. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 119, 2009, nr. 4, p. 28-30
- Geffen, K. van, Boheemen, C. van, Dijk, L. van, Hulten, R. van, Bouvy, M. Afschaffing vergoeding heeft beperkt effect: slechts 1 op 10 stopt na benzomaatregel. Pharmaceutisch Weekblad: 144, 2009, nr. 49, p. 28-31
- Heesbeen, I., Beek, S. van, Vissers, A. Een evaluatie van zorginhoudelijke indicatoren in de VV&T. Kwaliteit in Zorg: 2009, nr. 6, p. 10-14
- Heijmans, M. Huisartsenzorg in cijfers: astma- en COPD- patiënt zeer tevreden met praktijkondersteuner huisarts. Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 8, p. 373
- Heiligers, P., Velden, L. van der, Hingstman, L. Huisartsenzorg in cijfers: de opkomst van de HIDHA'S. Huisarts en Wetenschap: 52, 2009, nr. 9, p. 425
- Hingstman, L., Kenens, R.J. Oefentherapeuten: aantallen, samenstelling en geografische spreiding. Beweegreden: 5, 2009, nr. 4, p. 24-27

- Hingstman, L., Kenens, R. Huisartsenzorg in cijfers: achterstandswijken zijn impopulair bij huisartsen. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 11, p. 521
- Hoogen, P. van den, Cardol, M., Rijken, M. Gewoon meedoen is niet vanzelfsprekend. *Impuls*: 2009, nr. 1-2, p. 16-17
- Klerk, M. de, Marangos, A.M., Cardol, M. De eerste ervaringen van mensen met lichamelijke beperkingen met de Wmo. *Sociaal Bestek*: 71, 2009, nr. 3, p. 28-31
- Loermans, M., Jong, J. de Veel mensen zijn bereid om voor zorg naar het buitenland te gaan. *VGE-infobulletin*: 2009, nr. 1, p. 16
- Marquet, R., Donker, G. Huisartsenzorg in cijfers: praten over suïcidegedachten. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 6, p. 267
- Noordman, J., Verheij, R., Verhaak, P. Taakdelegatie aan doktersassistenten en praktijkondersteuners. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*: 2009, nr. 4, p. 107-112
- Opstelten, W., Visscher, S., Lieshout, J. van Huisartsenzorg in cijfers: a chat about CHADS. Over de antitrombotische behandeling bij atriumfibrilleren. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 13, p. 625
- Peeters, J. Onderzoek naar verschillen in ziekteverzuim zorgsector: streng en warm verzuimbeleid. *Arbo*: 2009, nr. 4, p. 32-34
- Peeters, J., Nederkoorn, A. Cliënten en de kwaliteit van hun huishoudelijke hulp: CQ-index Hulp bij het Huishouden is klaar. *WMO Magazine*: 5, 2009, nr. 10, p. 22-25
- Pelt, L. van Marieke Zegers over het patiëntveiligheids-onderzoek: “de ziekenhuizen werkten goed mee”. *OK Management*: 2009, nr. 3, p. 18-19
- Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J. de Huisartsenzorg in cijfers: onterecht bezoek aan de huisartsenpost? *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 12, p. 569
- Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J. de Huisartsenzorg in cijfers: de huisarts, 24/7? *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 10, p. 477
- Rijken, M. Een stevig fundament voor zelfmanagement. *HMF: Health Management Forum*: 2009, nr. 4, p. 6-8
- Schellevis, F.G. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk. *Bijblijven*: 25, 2009, nr. 3, p. 25-30
- Son, G.E. van, Donker, G., Hoek, H.W. Huisartsenzorg in cijfers: eetstoornissen: trend en samenhang met verstedelijking. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 3, p. 121
- Tates, K. Consultvoering met kinderen vraagt om helder gesprekskader! *Tijdschrift voor Psychomotorische Kindertherapie en Educatie*: 2009, nr. 1, p. 3-7
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Werken als zelfstandige, of toch maar niet? *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 119, 2009, nr. 7-8, p. 34-35
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Technologie moet kwaliteit van zorg dienen. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 119, 2009, nr. 10, p. 34-36
- Velden, P.G. van der, IJzermans, C.J., Stom, F.S.M. Van pandemie tot bioterrorisme: complexe gevolgen besmettingsrampen vragen betere voorbereiding. *Medisch Contact*: 64, 2009, nr. 5, p. 202-206
- Visscher, S., IJzermans, J. Huisartsenzorg in cijfers: voorgeschiedenis van een heupfractuur. *Huisarts en Wetenschap*: 52, 2009, nr. 5, p. 217
- Vos, L., Dückers, M.L.A., Wagner, C. Blijft het vlieg-wiel draaien? Resultaten van een follow-up meting. *Best Practices Zorg*: 2, 2009, nr. 2, p. 35-40
- Wagtendonk, I. van, Wagner, C. Patiëntveiligheid gebaat bij reduceren van medicatiefouten en samenwerking: een onderzoek naar incidenten op afdelingen chirurgie. *Kwaliteit in Zorg*: 19, 2009, nr. 4, p. 20-25
- Zegers, M., Bruijne, M.C. de, Wagner, C. Zonder inzicht geen verbetering: verbeteren van patiëntveiligheid begint met inzicht in de aard en omvang van onbedoelde schade. *Kwaliteit in Zorg*: 2009, nr. 3, p. 14-17

8.8 Nederlandse boeken en boekbijdragen

- Berger-van Sijl, M., Verheij, R., Dijk, C.E. van, Voorpis, L.E. Waarvoor gaan we naar de huisarts? In: Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009. p. 43-54
- Blanken, H., Zon, R. van, Maas, J., Verheij, R. Eindadvies 'Natuur op Recept': communicatiestrategie. Utrecht/Nijmegen: NIVEL, NovioConsult, 2009. 18 p.
- Coppen, R., Jong, J.D. de, Friele, R.D. De WMG en de versterking van de positie van de consument door keuze-informatie. In: R.D. Friele (Red.). *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMW, 2009. p. 87-119
- Delnoij, D. Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2008: van wetenschap naar praktijk. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2009. 43 p.
- Dute, J.C.J., Verkaik, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M. Voorbehouden handelingen tegen het licht: de regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2009. 106 p.
- Friele, R.D. (Red.) *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw, 2009. 177 p.
- Geraets, J.J.X.R., Nieuwboer, A., Nijs, J., Veenhof, C., Wilgen, C.P. van *Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie 2009*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009. 306 p.
- Hermans, H.E.G.M., Friele, R.D. Kostenbeheersing. In: R.D. Friele (Red.). *Evaluatie Wet Marktordening Gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMW, 2009. p. 49-86
- IJzermans, C.J., Nijrolder, I. Advisering over (na-) zorg na rampen: de positie van het Centrum voor Gezondheid & Milieu bij het RIVM. Bilthoven: RIVM, 2009. 58 p.
- Leeuw, J.R.J. de, Simkens, A.B.M., Baar, M.E. van, Balen, F.A.M. van, Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Dijk, F.S. van, Boons, A.N.A.M., Hermsen, L., Schrijvers, A.J.P. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk. Introductie van de Physician Assistant: gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, 2009. 124 p.
- Maas, J., Verheij, R. Netwerk- en actorenanalyse voor de gezondheidszorg. In: H. Blanken; R. van Zon; J. Maas; R. Verheij. Eindadvies 'Natuur op Recept': communicatiestrategie. Utrecht/Nijmegen: NIVEL, NovioConsult, 2009. p. 1-17
- Maas, J., Verheij, R., Breuning, N. State-of-the-art Natuur en gezondheid. In: H. Blanken; R. van Zon; J. Maas; R. Verheij. Eindadvies 'Natuur op Recept': communicatiestrategie. Utrecht/Nijmegen: NIVEL; NovioConsult, 2009. p. 1-26
- Monteiro, S.P., Vervloet, M., Pan, L., Dijk, L. van, Gier, J.J. de Campagne 'Geneesmiddelen in het verkeer': voormeting onder huisartsen en apothekers. Groningen/ Utrecht: Rijksuniversiteit Groningen, NIVEL, 2009. 44 p.
- Peeters, J.M., Francke, A.L. Zorg op afstand in de thuiszorg. In: M.A.T.A.M. Knegtel; H.J. van der Moer; J.P.J. Singelenberg; B. Stoelinga; J.C.H.M.G. Strik; P. Swenker. *Handboek Wonen en Zorg: lokaal integraal ouderenbeleid*. Den Haag: VUGA. 1995- (aanvulling 58, april 2009
- Schellevis, F.G., Wind, A.W. Patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. In: H.G.L.M. Grundmeijer; K. Reenders; G.E.H.M. Rutten (Reds.). *Het geneeskundig proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2009. p. 329-341
- Ven, W.P.M.M. van de, Schut, F.T., Hermans, H.E.G.M., Jong, J.D. de, Maat, M. van der, Coppen, R., Groenewegen, P.P., Friele, R.D. *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMw, 2009. 222 p.
- Swinkels, I., Leemrijse, C. Het resultaat van zorg: zijn

fysiotherapeuten en patiënten het eens? In: J.J.X.R. Geraets; A. Nieuwboer; J. Nijs; C. Veenhof; C.P. van Wilgen. Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009. p. 175-188

- Veer, A.J. de, Francke, A.L., Poortvliet, E.P. Betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden bij besluiten rond het levenseinde. In: I. Deliëns; M.A. Echteld; B.D. Onwuteaka-Philipsen. Palliatieve Zorg. Medische en verpleegkundige praktijk in Nederland en België. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009. p. 145-150
- Wilgen, P. van, Veenhof, C. Het gebruik van meetinstrumenten in de fysiotherapeutische praktijk en de toepassing bij patiënten met artrose. In: J.J.X.R. Geraets; A. Nieuwboer; J. Nijs; C. Veenhof; C.P. van Wilgen. Jaarboek Fysiotherapie Kinesitherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009. p. 117-127

8.9 NIVEL rapporten

- Nationaal Panel Chronisch Zieken Jaarverslag 2008 Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2009. 39 p.
- Beek, A.P.A. van, Spreeuwenberg, P.M.M., Groenewegen, P.P. Innovaties in de zorg: een evaluatie van 17 kleinschalige dementie-projecten in zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2009. 48 p.
- Beljouw, I. van, Verhaak, P. Onbehandelde angst en depressie: naar een identificatie van risicogroepen. Verslag van een onderzoeksproject. Utrecht: NIVEL, 2009. 18 p.
- Beljouw, I.M.J. van, Verhaak, P.F.M. Afhandeling van sociale hulpvragen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2009. 45 p.
- Boer, D. de, Veenhof, C., Delnoij, D. CQ Index Fysiotherapie, versie 2.3: psychometrische eigenschappen en discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2009. 91 p.
- Brandt, H.E., Francke, A.L., Pasman, H.R.W., Claessen, S.J.J., Putten, M.J.A. van der, Deliëns, L. Indicatoren voor palliatieve zorg: ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorgverlening. Utrecht: NIVEL, 2009. 92 p.
- Brink-Muinen, A. van den, Rijken, P.M., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M.J.W.M. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008 (Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten). Utrecht: NIVEL, 2009. 105 p.
- Brink-Muinen, A. van den, Rijken, P.M., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M.J.W.M. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008 (Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten). Samenvatting. Utrecht: NIVEL, 2009. 14 p.
- Claessen, S.J.J., Francke, A.L., Sixma, H., Brandt, H.E., Putten, M.J.A. van der, Veer, A.J.E. de, Deliëns, L. Op weg naar een CQ-index Palliatieve Zorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2009. 142 p.
- Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., Hoogen, H. van den, Bakker, D.H. de Bekostiging van de huisartsenzorg: eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2009. 51 p.
- Donker, G.A. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 168 p.
- Francke, A.L., Claessen, S.J.J., Deliëns, L. Kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg: praktische handleiding voor zorgaanbieders. Utrecht: NIVEL, 2009. 52 p.
- Greuning, M. van, Vervloet, M., Hoek, L. van der, Dijk, L. van Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009. 100 p.
- Hansen, J., Schepman, S. Op de huid: inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie. Utrecht: NIVEL, 2009. 79 p.
- Heijmans, M., Zuidgeest, M., Sixma, H., Rademakers,

- J. CQI Ketenzorg COPD: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van ketenzorg bij COPD vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2009. 98 p.
- Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001 - 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 117 p.
 - Heiligers, P.J.M., Schepman, S.M., Kenens, R.J. Werving opleiders en docenten huisartsgeneeskunde. Utrecht: NIVEL, 2009. 83 p.
 - Hingstman, L., Velden, L. van der, Schepman, S.M. Mobiliteit van bedrijfsartsen. Utrecht: NIVEL, 2009. 31 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2009. Utrecht: NIVEL, 2009. 35 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 40 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten: peiling 1 januari 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 8 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2009. Utrecht: NIVEL, 2009. 40 p.
 - Hooiveld, M., Yzermans, C.J., Bakker, D. de, Schellevis, F. Intensivering van de virologische diagnostiek bij de influenza surveillance via huisartspraktijken: een haalbaarheidsstudie Utrecht: NIVEL, 2009. 34 p.
 - Hopman, E.P.C., Batenburg, R., Bakker, D.H. de Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een verkenning. Utrecht: NIVEL, 2009. 81 p.
 - Hopman, E.P.C., Bakker, D.H. de, Wiegers, T.A., Zantinge, E.M. Een inventarisatie van knelpunten en mogelijkheden bij de inzet van stoppen-met-roken interventies. Utrecht: NIVEL, 2009. 65 p.
 - Jansen, D.L., Cardol, M., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M.J.W.M. Preventie en gezond gedrag bij mensen met astma / Preventie en gezond gedrag bij mensen met COPD. Utrecht: NIVEL, 2009. 80 p.
 - Jansen, D.L., Heijmans, M.J.W.M., Boeschoten, E.W., Rijken, P.M. Bevordering van arbeidsparticipatie en autonomie van nierpatiënten. Utrecht: NIVEL, 2009. 113 p.
 - Kenens, R.J., Hingstman, L. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 1 januari 2008. Utrecht: NIVEL, 2009. 6 p.
 - Kenens, R.J., Hingstman, L. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten: peiling 1 januari 2009. Utrecht: NIVEL, 2009. 6 p.
 - Kinds, E., Koopman, L., Triemstra, M., Rademakers, J. CQ-index Rughernia: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van rugherniazorg vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2009. 117 p.
 - Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C., Bakker, D. de Jaarcijfers 2008 en trendcijfers 2003-2008 oefentherapie Mensendieck (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl/lipz: NIVEL, 2009
 - Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C., Veenhof, C. Jaarcijfers 2008 en trendcijfers 2003-2008 fysiotherapie (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl/lipz: NIVEL, 2009
 - Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C., Bakker, D. de Jaarcijfers 2008 en trendcijfers 2003-2008 oefentherapie Cesar (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl/lipz: NIVEL, 2009
 - Koopman, L., Bloemendal, E., Rademakers, J. CQ-index Rughernia. Onderzoek naar het discriminerend vermogen: kwaliteit van rugherniazorg vanuit het perspectief van patiënten met rughernia. Utrecht: NIVEL, 2009. 74 p.
 - Koopman, L., Rademakers, J. CQ-index Spataderen: onderzoek naar het discriminerend vermogen. Ervaren kwaliteit van zorg bij spataderen vanuit het perspectief van patiënten. Utrecht: NIVEL, 2009. 86 p.

- Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J., Friele, R.D. Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2009. 122 p.
- Leemrijse, C.J., Pisters, M.F. Quick scan kwaliteit en veiligheid van ambulante zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: NIVEL, 2009. 40 p.
- Leemrijse, C.J., Ooms, L., Veenhof, C. Evaluatie van kansrijke Bewegingprogramma's om lichaamsbeweging in de bevolking te bevorderen: fase 2. Utrecht: NIVEL, 2009. 219 p.
- Maat, M. van der, Jong, J.D. de De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel. Utrecht: NIVEL, 2009. 80 p.
- Nielen, M.M.J., Bakker, D.H. de, Schellevis, F.G. Toezicht op preventie in de zorg: een verkenning. Utrecht: NIVEL, 2009. 54 p.
- Noordman, J., Verhaak, P. 'Psychische gezondheid in de eerste lijn'. De inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL, 2009. 64 p.
- Peeters, J.M., Rademakers, J. CQ-Index Hulp bij het Huishouden: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de hulp bij het huishouden vanuit het perspectief van cliënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2009. 139 p.
- Peeters, J.M., Francke, A.L. Monitor Zorg op afstand: verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Peeters, J.M., Rademakers, J. Ervaringen van cliënten met de Hulp bij het Huishouden: rapportage resultaten van de pilot CQ-index Hulp bij het Huishouden. Utrecht: NIVEL, 2009. 30 p.
- Peeters, M., Langelaan, M., Kok, I., Wagner, C. Patiëntveiligheid in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade. Utrecht: NIVEL, Trimbos Instituut, 2009. 86 p.
- Reitsma-van Rooijen, M., Damman, O.C., Sixma, H.J., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J. CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht: NIVEL, 2009. 190 p.
- Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J.D. de Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel, 2009. Utrecht: NIVEL, 2009. 49 p.
- Schepman, S.M., Heiligers, P.J.M. De waarde van de klinische geriatrie volgens huisartsen en mantelzorgers. Utrecht: NIVEL, 2009. 66 p.
- Sixma, H., Spreeuwenberg, P., Zuidgeest, M., Rademakers, J. CQ-Index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL, 2009. 108 p.
- Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Jaarcijfers 2008: diëtetiek. Gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. www.nivel.nl/lipz: NIVEL, 2009. 38 p.
- Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Leemrijse, C.J. Verantwoording wijziging in analyses basisrapportage: fysiotherapie 2003-2007. www.nivel.nl/lipz: NIVEL, 2009. 29 p.
- Tacken, M., Mulder, J., Hoogen, H. van den, Tiersma, W., Donkers, J., Verheij, R., Braspenning, J. Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008: extra tabellen. Utrecht/Nijmegen: LHV, NHG, NIVEL, IQ Healthcare, 2009. 8 p.
- Tacken, M., Mulder, J., Hoogen, H. van den, Tiersma, W., Donkers, J., Verheij, R., Braspenning, J. Monitoring Nationaal Programma Grieppreventie 2008. Utrecht/Nijmegen: LHV, NHG, NIVEL, IQ Healthcare, 2009. 38 p.

- Tol, F., Meulmeester, M., Dulmen, S. van Patiënt aan zet in de huisartsenpraktijk: evaluatie van distributie en gebruik van een ‘patiënten’ boekje voor zowel patiënt als huisarts. Utrecht: NIVEL, NPCF, 2009. 38 p.
- Veen, P.M.H. ten, Spreeuwenberg, P., Visscher, S., IJzermans, C.J. Gezondheidsproblemen in de regio IJmond, zoals geregistreerd door de huisarts. Utrecht: NIVEL, 2009. 67 p.
- Veenema, T., Wiegiers, T., Devillé, W. Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor illegalen in Nederland: een update. Utrecht: NIVEL, 2009. 153 p.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Morele dilemma’s in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009. 56 p.
- Veer, A.J.E. de, Boer, D. de, Spreeuwenberg, P., Brandt, H.E., Schellevis, F.G., Francke, A.L. Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport “Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd”. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Lonkt het perspectief van het werken als zelfstandige in de zorg? Resultaten van de peiling onder de leden van het Panel Verpleging en Verzorging. www.nivel.nl: NIVEL, 2009. 30 p.
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging. Utrecht: NIVEL, 2009. 72 p.
- Vervloet, M., Dijk, L. van, Schoen, T., Dulmen, S. van Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers. Utrecht: NIVEL, 2009
- Zuidgeest, M., Ooms, L., Boheemen, C. van, Vervloet, M., Dijk, L. van Evaluatie van het programma Farmaco Keten Ontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2009. 95 p.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P.F.M. Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. Utrecht: NIVEL, 2009. 90 p.
- Zwijnenberg, N., Hendriks, M., Boer, D. de, Spreeuwenberg, P., Zegers, M., Rademakers, J., Delnoij, D.M.J. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009. Utrecht: NIVEL, 2009

8.10 Gepubliceerde abstracts

- Abarshi, E., Echteld, M., Block, L. van den, Donker, G., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. Transition between care settings at end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. SMW: Schweizerische Medizinische Wochenschrift: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 43
- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B., Donker, G., Echteld, M., Block, L. van den, Deliens, L. GP awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. SMW: Schweizerische Medizinische Wochenschrift: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 43
- Abarshi, E., Echteld, M., Block, L. van den, Donker, G., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. Transition between care settings at end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. European Journal of Public Health: 19, 2009, nr. Suppl. 1, p. 55
- Boerma, W.G.W., Wiegiers, T.A., Kringos, D.S., Pellny, M. Evaluation of the organization and provision of primary care services in Belarus: application of the WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET). European Journal of Public Health: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 75
- Dijk, L. van, Jong, J.D. de, Spreeuwenberg, P.M.M., Berg, M. van den, Westert, G.P., Bakker, D.H. de Adherence to prescription guidelines in general practice: inter-doctor variation and trends over time. Pharmacoepidemiology and

- Drug Safety: 18, 2009, nr. suppl. 1, p. S 146
- Donker, G.A., Alphen, J.E. van, Marquet, R.L. The impact of the euthanasia act on the number of requests for euthanasia and physician assisted suicide. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 110
 - Donker, G., Alphen, J. van, Marquet, R. The impact of the euthanasia act on the number of requests for euthanasia and physician assisted suicide. *Swiss Medical Weekly*: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 69
 - Dulmen, S. van Research on the value of communication of person-centered care outcomes. Second Geneva Conference 'Person-Centered Medicine. From Concepts to Practice', May 28-29, 2009.
 - Heiligers, P.J.M., Emmerik, H. van Gender differences in motives and career choice of medical students. 14th EAWOP Conference on Psychology and Health, 13-16 May 2009, Santiago de Compostella.
 - Heijmans, M., Jansen, D., Rijken, M., Grootendorst, D., Dekker, F., Boeschoten, E., Kaptein, A.A. Illness and treatment perceptions of ESRD patients: different stages, different perceptions? *Psychology & Health*: 24, 2009, nr. suppl. 1, p. 203
 - Jansen, D., Rijken, M. The impact of social support and overprotection on dialysis patients' labour participation, autonomy and self-esteem. *Psychology & Health*: 24, 2009, nr. suppl. 1, p. 217
 - Jong, J. de, Groenewegen, P.P., Westert, G.P. Explaining medical practice variation: social organization and institutional mechanisms. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 14
 - Jong, H. de, Klungel, O., Dijk, L. van, Vandebriel, R., Leufkens, H., Cohen Tervaert, J.W., Lovenren, H. van Use of statins and the risk of rheumatoid arthritis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 18, 2009, nr. suppl. 1, p. S 126
 - Koopmans, G.T., Foets, M., Devillé, W. Migrants use of complementary health care in relation to regular mental health care in the Netherlands. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 123-124
 - Korteweg, H.A., Bokhoven, I. van, Grievink, L., Yzermans, J. Rapid health and needs assessments after disasters. *Prehospital and Disaster Medicine*: 24, 2009, nr. suppl. 1, p. s24
 - Kringos, D., Boerma, W. Capturing the complexity of European primary care systems in a European monitoring instrument. *Swiss Medical Weekly*: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 59
 - Kringos, D.S., Boerma, W.G.W. Measuring the strength of primary care systems in Europe. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 64
 - Kruikemeier, S., Coppens, R., Friele, R.D. Patients' experience on complaint handling; a comparison between Complaint Committees and Disciplinary Boards. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 128-129
 - Leemrijse, C.J., Ooms, L., Veenhof, C. Evaluating promising intervention to stimulate physical activity in the population. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 14
 - Nielen, M., Assendelft, P., Drenthen, T., Hombergh, P. van den, Dis, I. van, Schellevis, F. Prevention of cardiovascular diseases, diabetes mellitus and chronic kidney diseases in general practice. *Swiss Medical Weekly*: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 20
 - Son, G. van, Hoeken, D. van, Furth, E. van, Donker, G., Hoek, H. Outcome of eating disorders in a primary care-based study. *SMW: Schweizerische Medizinische Wochenschrift*: 139, 2009, nr. suppl. 175, p. S 71
 - Veenhof, C., Dekker, J. Obese and non-obese patients with osteoarthritis: a comparison of functioning and outcome. *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 149
 - Verheij, R.A., Kleijer, S.J., Dijk, L. van, Schellevis, F.G. Mass media and GP statin prescribing. *European Journal*

- of Public Health: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 32
- Weber, D., Dijk, C. van, Spreeuwenberg, P., Kuyvenhoven, M., Dijk, L. van Variation in children's consultation behaviour in the Netherlands: a longitudinal study (2001-2005). *European Journal of Public Health*: 19, 2009, nr. suppl. 1, p. 14
 - Wijngaard, C.C. van den, Schimmer, B., Nagelkerke, N.J.D., Vellema, P., Donker, G.A., Koopmans, M.P.G. Q fever outbreaks: a syndromic approach for detection of hidden clusters. *Advances in Disease Surveillance*: 2009, nr. 6
 - Yzermans, J. How well are healthcare institutions prepared for disasters? *Prehospital and Disaster Medicine*: 24, 2009, nr. suppl. 1, p. s106

8.11 Factsheets

- Dijk, C. van, Verheij, R., Schellevis, F. Hooikoorts in de huisartsenpraktijk: kosten en verleende zorg. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Dijk, C. van, Verheij, R. Sterilisatie: contacten en uitvoering binnen de huisartsenpraktijk. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J. Eén op de vijf patiënten vindt oefentherapeut zonder verwijzing. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Maat, M. van der, Jong, J. de Hoe kijken patiënten zelf tegen hun plichten en verantwoordelijkheden aan? www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J. de Compensatie eigen risico is nog onbekend. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Leemrijse, C.J. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Swinkels, I.C.S., Kooijman, M., Leemrijse, C.J. Steeds

meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut. www.nivel.nl: NIVEL, 2009

- Vos, L., Jong, J. de Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%: ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Zwaanswijk, M., Peeters, J., Spreeuwenberg, P., Beek, S. van, Francke, A. Motieven en belasting van mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de peilingen met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- Zwaanswijk, M., Beek, S. van, Peeters, J., Spreeuwenberg, P., Francke, A. Advies en informatie direct vanaf beginfase belangrijk voor mantelzorgers van mensen met dementie: resultaten van de laatste peiling met de monitor van het Landelijk Dementieprogramma. www.nivel.nl: NIVEL, 2009

8.12 Lezingen en posters

- Albada, A. Web-based tailored information and question prompt for enhancing counselee participation and outcome. A RCT in breast cancer genetic counselling. Bijeenkomst Masterclass Prof. Ph. Butow, Utrecht, 23 april 2009.
- Albada, A. Counselees' use and evaluation of a website providing computer-tailored information prior to breast cancer genetic counselling. E-health Conference, Enschede, 28 mei 2009 (poster).
- Albada, A. Web-based tailored information and question prompt for enhancing counselee participation and outcome. A RCT in breast cancer genetic counselling. Bijeenkomst Masterclass Prof. J. Prochaska, Amsterdam, 19 november 2009.
- Albada, A. Counselees' use and evaluation of a computer-tailored intervention prior to breast cancer genetic counselling. International Conference on Communication in Health Care (ICCH), Miami, oktober 2009.

- Bakker, D. de Toekomst van de POH-functie. Conferentie over de Toekomst van de POH-functie, Tiel, 12 mei 2009.
- Bakker, D.H. de Doorontwikkeling van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM). Bijeenkomst Zorgbelang, NPCF, Utrecht, 3 december 2009.
- Bakker, D.H. de Gebiedsgerichte gezondheidszorg: waarom en hoe. Informatiebijeenkomst 'Projectstart Ondersteuning Gebiedsgerichte Gezondheidszorg Noord-Holland', Alkmaar, 2 december 2009.
- Bakker, D.H. de Doorontwikkeling Vraag Aanbod Analyse Monitor. Projectraad VEP, NPCF, Utrecht, 9 september 2009.
- Bakker, D.H. de Samenwerking tussen huisarts en specialist. Bijeenkomst Huisartsenkring Vijfherenlanden en Beatrixziekenhuis, Gorinchem, 27 juni 2009.
- Bakker, D.H. de Functionele bekostiging. Dag van Advies, georganiseerd door Vereniging van Adviserend Geneeskundigen en CVZ, Amsterdam, 12 november 2009.
- Bakker, D.H. de 'Organisatorische samenwerkingsverbanden in de eerste lijn'. Derde Nationale Congres Eerste Lijn 'Kleinschaligheid op grote Schaal', Almere, 6 november 2009 (workshop).
- Bakker, D.H. de Samenwerking in de eerste lijn. Gezondheidscentrum i.o. Drunen, Drunen, 10 oktober 2009.
- Bakker, D.H. de Organisatiemodellen voor regionale samenwerking in de Eerste Lijn. Congres 'Zorggroepen in Breder Regionaal Perspectief', Utrecht, 1 december 2009.
- Bakker, D.H. de Wat kan de VAAM betekenen voor de huisartsenposten? ALV, Vereniging van Huisartsenposten Nederland (VHN), Utrecht, 24 november 2009.
- Batenburg, R. Do users go with the new workflow? From user participation to quality of work during WFM deployment. 17th European Conference on Information Systems, Verona, 8-10 juni 2009.
- Batenburg, R. A European study of E-business maturity and ICT-benefits. Is there a conditional relationship? 17th European Conference on Information Systems, Verona, 8-10 juni 2009.
- Batenburg, R. Procurement maturity, alignment and performance. A Dutch hospital case comparison. The 22th Bled eConference, Bled, 14-17 juni 2009.
- Batenburg, R. Gemeente 2.0. HR-festival A+O Fonds Gemeenten 'Werkelijk Grenzeloos', 12 maart 2009 (workshop).
- Batenburg, R. Bepaalt ICT het werk of andersom? HR-festival A+O Fonds Gemeenten 'Werkelijk Grenzeloos', 12 maart 2009 (workshop).
- Batenburg, R. Future development of project management competences. 42nd Hawaii International Conference on System Sciences, Waikoloa, 5 januari 2009.
- Beek, A.P.A. van Innovaties in de zorg, een evaluatie van 17 kleinschalige dementieprojecten in zorginstellingen. Onderzoekresultaten en praktijkvoorbeeld. Congres 'Probleemgedrag in de Ouderenzorg', Amersfoort, 15 december 2009.
- Beek, A.P.A. van Evaluatie kleine projecten dementie. Effectmeting bij cliënten. Congres 'Hoofdzaken', georganiseerd door Innovatiefonds Zorgverzekeraars, Utrecht, 22 januari 2009.
- Beek, S. van Informal caregivers in the Netherlands. Experienced problems and needs for professional help. 19th Congress Alzheimer Europe, Brussel, 29 juni 2009.
- Beljouw, I.M.J. van Untreated anxiety and depression. Reasons and determinants. NESDA Dag, Amersfoort, 2 juni 2009 (poster).
- Bensing, J. 'Research Ethics'. Vna (Zwitserland), 26 augustus 2009 (workshop).
- Bensing, J. Patient and companion recall of medical information. International Conference on Communication in Healthcare (ICCH), Miami, 4-7 oktober 2009.

- Bensing, J. Over de spanning tussen evidence based medicine en patient centered medicine. KNAW, Amsterdam, 12 oktober 2009.
- Bensing, J. Het placebo-effect in de gezondheidszorg. De Nacht van Descartes, Studium Generale, Utrecht, 24 september 2009.
- Bensing, J.M. Communicatie tussen arts en patiënt. Symposium Cliëntenraad van het Meander Medisch Centrum, Amersfoort, 23 februari 2009.
- Bensing, J.M. Adherence, how to break the conspiracy of silence. The role of communication. CF Centrumdag, Brussels, 27 januari 2009.
- Bensing, J.M. The silent healer. The role of communication in the placebo effect. International Conference on Communication in Healthcare (ICCH), Miami, 4-7 oktober 2009.
- Bensing, J.M. Spinoza-lezing. Studiekring, Haafden, 2009.
- Bensing, J.M. Consensus Meeting Communication Skill Training, Cappel, 4 mei 2009.
- Boer, D. de To what extent do patient-given global rating of quality of care reflect process, structure or outcome aspects of care? ISQUA, Dublin, 12-14 oktober 2009.
- Boer, D. de De CQ-index, wat kunt u ermee? Congres voor Cliëntenraden van Zorgorganisatie Laurens, Rotterdam, 3 april 2009.
- Boerma, W. PCET in Belarus, suggested policy action. Stakeholders Meeting, Minsk, 17 maart 2009.
- Boerma, W. NIVEL's activiteiten voor WHO Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies. Bijeenkomst NIVEL Bestuur, Utrecht, 3 maart 2009.
- Boerma, W. NIVEL's activities with WHO Europe, in particular the Primary Care Evaluation Tool. Bijeenkomst voor Evaluatie VWS-WHO Euro Partnership, Den Haag, 7 april 2009.
- Boerma, W. Primary Care Evaluation Tool in Belarus. First presentation of results. Stakeholders Meeting, Minsk, 17 maart 2009.
- Boerma, W. Governance, regulation and management in primary care. Policy Round Table, Tallinn, 21 april 2009.
- Boerma, W. Primary care systems in transition. Yesterday, today, tomorrow. International Conference of the Association of GP/FM in South-Eastern Europe, Ohrid (FYR of Macedonia), 19 juni 2009.
- Boerma, W. Gate keeping as a means to improve coordination in health care systems. International Seminar, Talavera de la Reina, 8-10 februari 2009.
- Bossen, D. Ervaringen van fysiotherapeuten met directe toegang fysiotherapie. Fysiocongres, Amsterdam, 13 november 2009.
- Coppen, R. The potential tension between the safeguarding role of organ donation legislation and the need to increase the availability of donor-organs through organ donation legislation. EAHL 2009 Conference 'Learning Lessons and Making Differences. Improving the Future of Health Law in Europe', Edinburg (UK), 15-16 oktober 2009.
- Damman, O.C. Consumer participation in the development of public CQI information. CaRe Onderzoeksschooldag, 5 juni 2009.
- Damman, O.C. CQI gegevens voor zorgconsumenten. Bijeenkomst voor de Vereniging van Samenwerkende Ziekenhuizen en Stichting Miletus, 21 april 2009.
- Damman, O.C. Assessing quality improvement potential from the patient's perspective. The Consumer Quality Index Breast Care. ISQUA, Dublin, 12-14 oktober 2009.
- Devillé, W. Migrants use of complementary health care in relation to regular mental health care in the Netherlands. 17th European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz (Polen), 25-28 november 2009.
- Dijk, L. van Verbetering van therapietrouw. Gebruik van Real Time Medication Monitoring (RTMM).

- VU-Symposium 'Spuiten of Slikken', Amsterdam, 21 mei 2009.
- Dijk, L. van Formularia en het volgen van richtlijnen. Symposium NHG, Utrecht, 19 januari 2009.
 - Dijk, L. van Current use of statins and the risk of rheumatoid arthritis. 25e ICPE Conference, Providence, 2 augustus 2009 (poster).
 - Dijk, L. van Richtlijnen, goed (om) te volgen? Bijeenkomst Directie Markt en Consument van het ministerie van VWS, Den Haag, 15 oktober 2009.
 - Dijk, L. van Therapietrouw bij chronische aandoeningen. Symposium ter gelegenheid van de promotie van Mascha Ten, Universiteit van Amsterdam, 18 november 2009.
 - Dijk, L. van Variation in children's consultation behaviour in the Netherlands. A longitudinal study (2001-2005). 2nd Joint European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz, 25-28 november 2009.
 - Dijk, L. van Evaluatie Reclamebesluit Geneesmiddelen. Jaarvergadering van de Commissie Reclame Geneesmiddelen, Woerden, 3 februari 2009.
 - Dijk, L. van Van je familie moet je het hebben. De rol van context in geneesmiddelenonderzoek. Minisymposium ter gelegenheid van de ondertekening van het samenwerkingscontract tussen NIVEL en UU Farmacie, Utrecht, 18 maart 2009.
 - Dijk, L. van Van je familie moet je het hebben. Onderzoek naar de relatie tussen psychische klachten van de ouders en die van hun kinderen. Dag van de Sociologie, Amsterdam, 11 juni 2009.
 - Dijk, L. van Factoren die therapietrouw beïnvloeden. Bijeenkomst Nascholing bij Continuïng Nurse Education, 22 september 2009.
 - Dijkum, C. van The communication between GP and patient represented in a continuous non linear simulation model. Conference of the European Survey Research Association, 30 juni 2009.
 - Donker, G. The impact of the euthanasia act on the number of requests for euthanasia and physician assisted suicide. 15th Wonca Europe Conference, Basel, 16-19 september 2009.
 - Donker, G. Transition between care settings at end of life in the Netherlands Results from a nationwide study. 15th Wonca Europe Conference, Basel (Zwitserland), 16-19 september 2009.
 - Donker, G. GP awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. 15th Wonca Europe Conference, Basel (Zwitserland), 16-19 september 2009.
 - Donker, G. Outcome of eating disorders in a primary care-based study. 15th Wonca Europe Conference, Basel (Zwitserland), 16-19 september 2009.
 - Donker, G.A. Q fever outbreak. A syndromic approach for detection of hidden cluster. Eighth Annual Conference of the International Society for Disease Surveillance 'Biosurveillance across Disciplines. Advancing Health Threat Awareness and Public Health Protection', Miami, 2-4 december 2009.
 - Dulmen, A.M. van Transcript versus video. Comparison of the efficiency and reliability of coding clinical communication behaviors. Seventh EACH-workshop on Sequential Analysis, 13-14 februari 2009.
 - Dulmen, S. van Samen naar de dokter: resultaten van onderzoek naar meerwaarde van gezamenlijke medische consulten. Symposium 'Samen naar de Dokter', Nieuwegein, 11 juni 2009.
 - Dulmen, S. van Research on the value of communication for patient outcome. Second Geneva Conference on Person-centered Medicine, Genève, 28-29 mei 2009.
 - Dulmen, S. van Cortisol as indicator of stress in doctor-patient interaction. International Conference on Communication in Healthcare (ICCH), Miami, 4-7 oktober 2009.

- Dulmen, S. van Stimulating self-management in irritable bowel syndrome through web-based interactive technology. International Conference on Communication in Healthcare (ICCH), Miami, 4-7 oktober 2009.
- Dulmen, S. van Verpleegkundige voorlichting aan oudere patiënten over chemotherapie. Integraal Kankercentrum Rotterdam, Ridderkerk, 16 januari 2009.
- Dulmen, S. van Using Verona-CoDES to measure cue-response behavior in oncology nursing consultations. Seventh EACH-Workshop on Sequential Analysis, Verona (Italië), 13-14 februari 2009.
- Dulmen, S. van Medicatie, therapietrouw en grijze haren. Workshop NHG-Congres, 10 december 2009.
- Francke, A. Presentatie over de kwaliteitsindicatoren Palliatieve Zorg. Landelijke Platform Palliatieve Zorg, Utrecht, 12 november 2009.
- Francke, A. Presentatie over de kwaliteitsindicatoren Palliatieve Zorg. Bijeenkomst voor verschillende VWS-directies, Den Haag, 7 juli 2009.
- Francke, A. Palliatieve zorg, kenmerken en behoeften van zorggebruikers. Symposium van de Huisartsenpost Rijnmond, 11 juni 2009.
- Francke, A. Behoeften en wensen van mantelzorgers met dementie. Expertmeeting 'Ervaringen en Wensen van Mantelzorgers van Mensen met Dementie', Utrecht, 22 juni 2009.
- Francke, A. Presentatie over de kwaliteitsindicatoren Palliatieve Zorg. ZonMw-Programmacommissie Palliatieve Zorg, Den Haag, 10 december 2009.
- Friele, R.D. Introduction on regulated competition in health care in the Netherlands. Expertengesprach 2009 Bundesärztekammer, Berlijn, 29 oktober 2009.
- Friele, R.D. The role of complaints handling in regaining complainants' trust in health care, an empirical analysis. EAHL 2009 Conference 'Learning Lessons and Making Differences. Improving the Future of Health Law in Europe', Edinburg (UK), 15-16 oktober 2009.
- Groenewegen, P. Capaciteit en planning van huisartsen in Nederland, terugblik en vooruitblik. Symposium 10 jaar Capaciteitsorgaan 'De Varkenscyclus voorbij?', Utrecht, 14 december 2009.
- Groenewegen, P.P. Workforce planning in Nederland. Symposium 'Towards an Evidence-based Workforce Planning in Health Care', Brussel, 25 april 2009.
- Groenewegen, P.P. The future of public health. Integrating prevention and curative health services. Symposium 'The Future of Public Health', tijdens World Health Summit Charité 300 years, Berlin, 14 oktober 2009.
- Groenewegen, P.P. Education, occupation, organisation. The dynamics of new occupations in health care. 8th Annual Symposium International Network Health Policy and Reform, Krakow, 1-4 juli 2009.
- Groenewegen, P.P. Problemen in de gezondheidszorg en geïntegreerde Eerstelijns. Presentatie in de VWS-Kenniskamer, Utrecht, 3 februari 2009.
- Groenewegen, P.P. Green paper on the EU Health Workforce seen from a research perspective. Invitational Conference over Green Paper, Utrecht, 25 februari 2009.
- Groenewegen, P.P. Onderzoek kleine projecten dementie. Mini symposium 'Evaluatie Kleine Projecten Dementie', Utrecht, 25 juni 2009.
- Groenewegen, P.P. Onderzoek kleine projecten dementie. Congres Hoofdzaken georganiseerd door Innovatiefonds Zorgverzekeraars, Utrecht, 22 januari 2009.
- Groenewegen, P.P. Research seminar Vitamine G. Bijeenkomst georganiseerd op het NIVEL, Utrecht, 19 februari 2009.
- Groenewegen, P.P. Functionele bekostiging van de Eerste Lijn. Zorgpoort, Den Haag, 5 maart 2009.
- Hansen, J. General Practice in the Netherlands. A patient centred primary care model? Bijeenkomst voor delegatie Danish Regions, Utrecht, 27 maart 2009.

- Hansen, J. Monitoren van multidisciplinaire samenwerking in de Eerste Lijn. LOVE, Domus Medica, Utrecht, 2 april 2009.
- Heijmans, M. Mensen met astma of COPD. Trends over de periode 2001 - 2008. Bijeenkomst Astma Fonds, Leusden, 29 februari 2009.
- Heiligers, P. Transparency in Dutch CAM practices. A comparison between CAM and GP physicians. XIth European Conference ENOP 2009 'On Organizational Psychology and Human Services Work', Lissabon, 22-24 oktober 2009.
- Heiligers, P. Deeltijd werken en de individuele maat. Internistendagen, Maastricht, 23 april 2009.
- Heiligers, P.J.M. Gender differences in motives and career choice of medical students. EAWOP-Conference on Psychology and Health, Santiago de Compostella, 13-16 mei 2009 (poster).
- Hoogen, P. van den Leeftijdsgebonden aspecten van maatschappelijke participatie bij mensen met een chronische ziekte. Bijeenkomst voor de Commissie Maatschappelijke Participatie van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Utrecht, 8 september 2009.
- IJzermans, C.J. Lichamelijk onverklaarde klachten na rampen en incidenten. Symposium 'Lichamelijk Onverklaarde Klachten'. Medische Milieukunde, Bilthoven, januari 2009.
- IJzermans, J. Non-specific physical symptoms in relation to the actual and perceived exposure to EMF (Electromagnetic Fields) and the underlying mechanisms. International Symposium ISSE, Dublin, juni 2009.
- IJzermans, J. Non-specific physical symptoms and distance to powerlines and base stations and underlying mechanisms. International Symposium ISSE, Dublin, juni 2009.
- Jansen, D. Bevordering van arbeidsparticipatie en autonomie van nierpatiënten. Bijeenkomst Werkgroep Psychosociaal Onderzoek bij Nierpatiënten, Utrecht, 13 oktober 2009.
- Jansen, D. The impact of social support and overprotection on dialysis patients' labour participation, autonomy and self-esteem. 23rd European Health Psychology Society (EHPS) Conference 'From Knowledge to Interventions', Pisa, 23-26 september 2009 (poster).
- Jansen, D.L. Omgaan met COPD blijft ook in 2009 voor velen een opgave. Congres COPD Ketenzorg, Utrecht, 20 november 2009 (poster).
- Janssen, J.C.J.A. Methoden voor het meten van patiëntveiligheid. De waarde van verschillende methodieken. Conferentie, Amsterdam, 3 juni 2009.
- Jong, J. de Het verklaren van variatie in medisch handelen. Sociale organisatie en institutionele mechanismen. Tranzo Zorgsalon 'Variatie in Medisch Handelen Verklaard', Tilburg, 21 april 2009.
- Jong, J. de NIVEL gebruikerspanels: Consumentenpanel Gezondheidszorg & Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten., Zeist, 28 mei 2009.
- Jong, J.D. de Meten van maatschappelijk draagvlak pakketadviezen. Expert Meeting, Leiden, 19 november 2009.
- Jong, J.D. de Explaining medical practice variation. NIVEL bezoek Amerikaanse sociologen, Utrecht, maart 2009.
- Jong, J.D. de The budget method. Expertmeeting PrePA, Leiden, 19 november 2009.
- Jong, J.D. de The Dutch health insurance system. Relations between health insurers, insured/ patients and providers. Deutsche Artztekammer, Berlijn, oktober 2009.
- Jong, J.D. de The Dutch health insurance system. Some (un)intended consequences. Bijeenkomst NIVEL bezoek Zwitserse delegatie, mei 2009.
- Jong, J.D. de Explaining medical practice variation.

Social organization and institutional mechanisms. 2nd Joint European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz, 25-28 november 2009.

- Jong, J.D. de The Dutch health insurance system. Some (un)intended consequences. Deutsche Artztekammer, Berlijn, oktober 2009.
- Koopman, L. CQ-index mammacare. Ontwikkeling en discriminerend vermogen. Onderzoekersforum Centrum Klantervaring Zorg 'Het discriminerend Vermogen van de CQ-Index', 21 april 2009.
- Korteweg, H.A. Rapid health and needs assessments after disasters. 16th World Congress for Disaster and Emergency Medicine, Victoria, 12-15 mei 2009.
- Kringos, D. Mapping coordination and integration of interdisciplinary primary care in the Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU). Annual Scientific Meeting, St. Andrews, Schotland, 8-10 juli 2009.
- Kringos, D. Capturing the complexity of European primary care systems in a European monitoring instrument. 15th Wonca Europe Conference, Basel, 16-19 september 2009.
- Kruikemeier, S. Patients' experience on complaint handling A comparison between complaint committees and disciplinary boards. 17th European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz (Polen), 25-28 november 2009 (poster).
- Langelaan, M. International Forum on Quality of Care. International Forum on Quality of Care, Berlijn, 8-11 april 2009.
- Leemrijse, C.J. Evaluating promising interventions to stimulate physical activity in the population. 2nd Joint European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz, 25-28 november 2009 (poster).
- Leemrijse, C.J. Directe toegang in Nederland.

Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie Gent, Gent, 23 april 2009.

- Meerhoff, T. Successful expansion of influenza surveillance to 53 countries of the WHO Euro Region. European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE), Stockholm, 26-28 oktober 2009.
- Mensink, M.O. Geen consensus over standaardisatie voor overdracht van operatiekamer naar recovery. NVA Anesthesiologendagen 2009, Maastricht, 14-15 mei 2009 (poster).
- Merten, H. Patient safety and complex care. CaRe-dag, Maastricht, 5 juni 2009.
- Mistiaen, P. Effectiviteit van decubituspreventie met de Australische Medische Schapenvacht in het verpleeghuis. Congres Nederlandse Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde, Utrecht, 2009.
- Mistiaen, P. The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin in the prevention of sacral pressure ulcers in nursing home patients. A randomized controlled trial. 12th EPUAP-meeting, Amsterdam, 4 september 2009.
- Mistiaen, P. De Australische Medische Schapenvacht gewikt en gewogen. Congres ZonMw '10 jaar Doelmatigheid', Utrecht, 12 november 2009.
- Nielen, M. Prevention of cardiovascular diseases, diabetes mellitus and chronic kidney diseases in general practice. 15th Wonca Europe Conference, Basel, 16-19 september 2009.
- Noordman, J. A method to evaluate and improve the communication skills of physicians. AACH Conference 'Communication in Health Care', Miami, 4-7 oktober 2009.
- Peeters, J. CQ-index hulp bij het huishouden. WMO Congres 'Welzijn Nieuwe Stijl', Amsterdam, 24 september 2009.
- Peeters, P. Monitor Zorg op afstand. 2e E-Health Congres, Universiteit Twente, 28 mei 2009.

- Pisters, M.F. Graded activity bij mensen met artrose aan de heup en/of knie. Zinvol of onzin? Pijneducatie Congres, Ede-Wageningen, 16 december 2009.
- Pisters, M.F. Lange termijn effect van oefentherapie bij mensen met artrose. Gedragsgeoriënteerde graded activity versus de KNGF-richtlijn artrose heup-knie. KNGF Congres, Amsterdam, 13-14 november 2009.
- Pisters, M.F. Physical activity and exercise adherence in physical therapy exercise treatment in patients with osteoarthritis of hip or knee. APTA congress, Baltimore, 10-14 juni 2009 (poster).
- Rademakers, J. De integratie van uitkomstmaten in de CQ-index. Bijeenkomst door het Centrum Klantervaring Zorg georganiseerd over Patient Reported Outcome Measures (PROM's), 7 april 2009.
- Rademakers, J. Measuring patients experiences with quality of health care. International Forum on Quality and Safety in Health Care, Berlijn, 18 maart 2009.
- Rademakers, J. Measuring quality of care from the patients perspective. Results from the CQ Index. Annual Research Meeting van de Academy of Health, Chicago, 30 juni 2009.
- Rademakers, J. Demand driven health care. The new role of consumers in the Dutch health care system. Bijeenkomst voor delegatie van de Bundesärztekammer uit Duitsland, 25 maart 2009.
- Rijken, M. Ketenzorg vanuit het perspectief van mensen met een chronische ziekte. Zorgplaza Congres 'Eén Zorg Ontketend', Den Haag, 28 november 2009.
- Schellevis, F. Het gebruik van het EPD voor onderzoek naar morbiditeit en zorggebruik in de CMR Peilstations Nederland. Jubileumbijeenkomst Huisartsenpeilpraktijken, Leuven, 17 oktober 2009.
- Schepman, S. Maakt de POH het verschil in de huisartsenpraktijk? Arbeidsdeling tussen kwaliteit en werklust? De invloed van de POH op de werklust en kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Conferentie van het Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken (TvA) en de Stichting Nederlandse Arbeidsmarkt Dag 'Arbeid in Crisis? Terugkijken en Vooruitzien', Den Haag, 14 oktober 2009.
- Sixma, H. CQI-ziekenhuisopname. Ontwikkeling en discriminerend vermogen. CKZ-Onderzoekersforum 'Het Discriminerend Vermogen van de CQ-Index', Utrecht, 21 april 2009.
- Sixma, H. CQ-Index, history and backgrounds. Julius Centrum/Picker Institute/RAVU, Utrecht, 5 juni 2009.
- Smits, M. COMPaZ Onderzoek naar de patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. Canisius Wilhelmina Ziekenhuizen, Nijmegen, 12 februari 2009.
- Swinkels, I.C.S. Direct access to physical therapy in the Netherlands. International Summit 'Direct Access and Advanced Scope of Practice in Physical Therapy', Washington DC, 22 oktober 2009.
- Swinkels, I.C.S. Direct access to physical therapy in the Netherlands. Forum Physiotherapie-Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit, Berlijn, 29 mei 2009.
- Tate, K. Online groeps gesprekken als methode van data verzamelen. Regioplan Beleidsonderzoek, Amsterdam, 11 juni 2009.
- Tate, K. 'You cannot possibly memorise all I am going to tell you, but I have to say it to you'. Information disclosure and informed consent in paediatric oncology. Seventh Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine & Ethics (COMET), Cardiff, 25-27 juni 2009.
- Tate, K. Overdracht van operatiekamer naar recovery. Discrepantie tussen zelfrapportage en video-observatie. NVA Anesthesiologendagen 2009, Maastricht, 14-15 mei 2009 (poster).
- Triemstra, A.H.M. Epilepsieconsulenten. Een evaluatie door het NIVEL. Presentatie voor Adviesraad en Stuurgroep, Houten, 9 maart 2009.
- Triemstra, M. Epilepsieconsulenten. Een evaluatie door

- het NIVEL. Bijeenkomst Adviesraad en Stuurgroep, Houten, 18 november 2009.
- Veenhof, C. Meerwaarde van georganiseerde sport in de strijd tegen bewegingsarmoede. Kick-off Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, Setting Sport, Aalsmeer, 12 januari 2009.
 - Veenhof, C. Obese and non-obese patients with osteoarthritis : a comparison of functioning and outcome. 2nd Joint European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz, 25-28 november 2009.
 - Veer, A.J.E. de Richtlijn Refluxziekte bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking. ZonMW Congres 'Slagkracht en Succes. Uitkomsten Tussen Weten en Doen', Utrecht, 4 juni 2009.
 - Verhaak, P. Het zorgonderzoek binnen NESDA. NESDA Dag, Amersfoort, 2 juni 2009.
 - Verhaak, P. Hoe passen stepped care en collaborative care binnen het patiëntenperspectief? Onderzoeksdag 'Stepped Care Collaborative Care', Utrecht, 20 mei 2009.
 - Verhaak, P. Medisch onverklaarbare klachten in de huisartspraktijk. Bijeenkomst van de Society of Psychosomatic Medicine, Bergen op Zoom, 11 juni 2009.
 - Verhaak, P. Are Dutch doctor-patient encounters becoming more business like? AACH Conference Communication in Health Care, Miami, 4-7 oktober 2009 (poster).
 - Verheij, R. Media and health service utilisation. Rural Wonca, Kreta, juni 2009.
 - Verheij, R.A. Mass media and GP statin prescribing. 2nd Joint European Public Health Conference 'Human Ecology and Public Health', Lodz, 25-28 november 2009.
 - Verheul, W. Patient physiologic arousal to observed and actual encounters. International Conference on Communication in Healthcare (ICCH), Miami, 4-7 oktober 2009.
 - Verkaik, R. The effects of introducing a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents. 9th International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases 'Advances, Concepts and new Challenges', Praag, 11-15 maart 2009 (poster).
 - Verkaik, R. Dementie en depressie. Ontwikkeling en evaluatie van een richtlijn voor verzorgenden. Congres Evidence Based Practice 2009, Utrecht, 3 december 2009.
 - Verkaik, R. Dementie en depressie. Richtlijn voor plezierige activiteiten in de zorg voor dementerende ouderen. Congres Probleemgedrag in de ouderenzorg van CCE UNH, Amersfoort, 15 december 2009.
 - Verkaik, R. Plezier voor mensen met dementie. Ontwikkeling en evaluatie van een richtlijn voor verzorgenden. ZonMW Congres 'Slagkracht en Succes. Uitkomsten Tussen Weten en Doen', Utrecht, 4 juni 2009.
 - Verkaik, R. Begeleiding bij depressie en dementie. ZonMW Congres 'Slagkracht en Succes. Uitkomsten Tussen Weten en Doen', Utrecht, 4 juni 2009.
 - Verkaik, R. Richtlijn voor begeleiding van verpleeghuisbewoners met depressie en dementie. ZonMW Congres 'Slagkracht en Succes. Uitkomsten Tussen Weten en Doen', Utrecht, 4 juni 2009.
 - Vervloet, M. Evaluation of the effects of Real Time Medication Monitoring (RTMM) on improving medication adherence in diabetes type 2 patients in the Netherlands. WHO Winter Meeting, Utrecht, 9 januari 2009.
 - Vervloet, M. ICT-innovatie in de medicatieketen. Conferentie 'De Medicatieketen & ICT', Nieuwegein, 11 september 2009 (workshop).
 - Wagner, C. Werken bij het NIVEL. Carrière dag Gezondheidswetenschappen, Amsterdam, 12 maart 2009.
 - Wagner, C. Methoden voor het meten van patiëntveiligheid. Conferentie 'Methoden voor het Meten van

- Patiëntveiligheid', Amsterdam, 3 juni 2009.
- Wagner, C. Onbedoelde schade bij snijdende specialisten. Refereeravond Snijdende Specialismen, KNO, OK, Anesthesiologie, Leiden, 2 juni 2009.
 - Wagner, C. Toepasbaarheid resultaten COMPaZ Veiligheidsprogramma, Utrecht, 1 september 2009
 - Wagner, C. Monitor zorggerelateerde schade. Raad WOK, Utrecht, 30 september 2009
 - Wagner, C. Results of better faster. ISQUA Conference, Dublin, 12 oktober 2009
 - Wagner, C. From idea to paper. Let's talk about research! International Workshop of the Society in Europe for Simulation applied to Medicine (SESAM), Amsterdam, 6-8 april 2009 (workshop).
 - Wagner, C. Waarheen, waarvoor? Een evaluatie van enkele zorginhoudelijke indicatoren. Meet- en Verbeterdag ActiZ, Bussum, 15 september 2009.
 - Wagner, C. Onbedoelde schade in ziekenhuizen. Nederlandse Vereniging van Internisten (NVI), Utrecht, 1 juli 2009
 - Wagner, C. Development of QMS in the Netherlands. ISQUA Conference, Dublin, 13 oktober 2009
 - Wagner, C. Patientveiligheid in Nederland. Kennispoort Verloskunde, 10 december 2009.
 - Wagner, C. Onderzoek en patiënt veiligheid. Expeditie Patiënt Veiligheid, Nationaal Congres VMS, Rotterdam, 24 november 2009.
 - Wagner, C. Patiëntveiligheidsonderzoek. Medisch Stafconvent VUmc, Leiden, 12 februari 2009.
 - Wagner, C. 'Vergelijking Nederland-Duitsland' Openingspresentatie Nefrology Sprintmeeting, Amsterdam, 29 maart 2009.
 - Wagner, C. Deepening our understanding of QMS. DUQUe Invitational Conference, Amersfoort, 10 november 2009.
 - Wagner, C. Usability of patient safety culture measures. ESQH workshop, Dublin, 10 oktober 2009.
 - Weert, J. van Voorlichting-op-maat aan ouderen met kanker. De effecten van een nieuwe voorlichtingsstructuur op het vervullen van informatiebehoeften. Congres Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie, Utrecht, 20 maart 2009.
 - Weert, J. van QUOTE-chemo. A patient-centered instrument to measure quality of communication preceding chemotherapy treatment through the patients' eyes. Congres International Communication Association, Chicago, 21-25 mei 2009.
 - Weert, J. van Ouderen en Kanker: het effect van het implementeren van een nieuwe voorlichtingsstructuur op het vervullen van informatiebehoeften. Etmaal van de Communicatie, Nijmegen, 12-13 februari 2009.
 - Wiegers, T. Maternity care assistants (MCA) in the Netherlands. The Canadian Association of Midwives 9th Annual General Meeting, Conference & Exhibit, Winnipeg, Manitoba, 4-6 november 2009.
 - Wiegers, T. CQ-Index. Kennispoort Verloskunde Conferentie 2009, Utrecht, 10 december 2009.
 - Yzermans, C.J. How well are healthcare institutions prepared for disasters? 16th World Congress for Disaster and Emergency Medicine, Victoria, 12-15 mei 2009.
 - Zegers, M. Resultaten voorbereidingsstudie panel van mensen met kanker. NPK-Stuurgroep, Utrecht, september 2009.
 - Zegers, M. Voorbereiding en opzet van een panel van mensen met kanker. CaRe dag, Maastricht, juni 2009.
 - Zuidgeest, M. Pretesting and the development of patient experience information. Seminar with Dr. Gordon Willis' van de Universiteit Utrecht, Department of Methodology and Statistics, Utrecht, 24 juni 2009.
 - Zwaanswijk, M. Resultaten van de tweede landelijke peiling. Expertmeeting 'Ervaringen en Wensen van Mantelzorgers van Mensen met Dementie', Utrecht, 22 juni 2009.

- Zwijnenberg, N.C. Bewerking gegevens staaroperaties en heup- en knieoperaties tot keuze-informatie. Klankbordgroepbijeenkomst, Utrecht, 3 november 2009.

8.13 Digitale producten

Nivel internetsites waarop cijfers uit de gegevensverzamelingen van het NIVEL worden gepubliceerd

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

R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/beroepeninzorg>>

De beroepenregistraties verzamelen op continue basis gegevens over aantal, samenstelling en spreiding van verschillende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

M. Reitsma-van Rooijen, J.D. de Jong. 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.

R.A. Verheij, C.E. van Dijk, H. Abrahamse, R. Davids, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.nivel.nl/linh>>

Het doel van LINH is representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren.

A.J.E. de Veer, A.L.Francke. Het Panel Verpleging & Verzorging, Utrecht: NIVEL,

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

Doel van het Panel is op landelijk niveau informatie verzamelen over de meningen en ervaringen van werkenden in de verpleging en verzorging over beroepsinhoudelijke onderwerpen, plezier in het werk, en groeimogelijkheden.

I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker, C. Veenhof. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg.

Utrecht: NIVEL,

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

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar, praktijken voor oefentherapie Mensendieck en praktijken voor diëtetiek.

F.G. Schellevis, G.P. Westers. De Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL,

<<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.

A. van den Brink-Muinen, L. Lemmens, M.Heijmans, M. Cardol, M. Rijken. Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), Utrecht: NIVEL,

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

Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) verzamelt gegevens over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische aandoening of handicap.

Het Bestuur en de Raad van Toezicht

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. Hiermee heeft het NIVEL bij de samenstelling van zijn Algemeen Bestuur van oudsher rekening gehouden. Omdat directie en voorzitter reeds enige tijd signalen ontvingen waaruit kon worden afgeleid dat de huidige structuur van het NIVEL-Bestuur niet meer aan de eisen van de tijd tegemoet kwam, is na een rondgang langs de zittende bestuursleden en uitgebreid vooronderzoek besloten de bestaande bestuursstructuur te wijzigen. Per juni 2009 is het Algemeen Bestuur als orgaan opgeheven, het Dagelijks Bestuur is omgevormd tot een Raad van Toezicht die toeziet op het besturen van de stichting door de directie. Om de voor het instituut zo belangrijke binding met het veld te behouden, is een Maatschappelijke Adviesraad in het leven geroepen die de directie adviseert over het onderzoeksprogramma en de relatie tussen onderzoek, beleid en veld.

Het Algemeen Bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar drie keer bijeen geweest. Het Dagelijks Bestuur kwam in 2009 twee keer bijeen. De Raad van Toezicht kwam in het verslagjaar drie keer bijeen, de Maatschappelijke Adviesraad eenmaal.

Samenstelling Algemeen Bestuur NIVEL tot 8 juni 2009

Leden

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers*
W. Geerlings *

Voorzitter/voormalig minister van VWS
Penningmeester/secretaris

Leden uit de kring van zorgaanbieders

Mevrouw dr. J. Bont
Drs. C.M.A. van der Togt

Voorgedragen door:

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
ActiZ (fusie LVT en ARCARES - nu 1 zetel)

Dr. H. Kiers

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Leden uit de kring van verzekeraars/consumenten

Dr. P.F. Hasekamp
 Dr. E. Casteleijn
 Mevrouw A. Schipaanboord

Voorgedragen door:

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
 Consumentenbond
 Nederlandse Patiënten en Consumenten
 Federatie (NPCF)

Leden uit de kring van de wetenschap

A.E. Timmermans, arts
 Prof.dr. E. Schadé*
 Mw. prof.dr. J. van Doorne-Huiskes
 Prof.dr. E.C. Klasen

Voorgedragen door:

Nederlands Huisartsen Genootschap
 (NHG)
 Staf NIVEL, UvA / AMC Hoogleraar
 Huisartsgeneeskunde
 Staf NIVEL, emeritus Hoogleraar
 Sociologie Universiteit Utrecht
 Staf NIVEL, lid Raad van Bestuur Leids
 Universitair Medisch Centrum (LUMC),
 tevens decaan

ADVISEURS

Dr. E.P. Beem
 Mw. drs. J.M.M. Willemse
 Mw. G.C. Rijninks-Van Driel
 Mw. dr. M. Cardol

ZonMw
 Verpleegkundigen & Verzorgenden
 Nederland (V&VN)
 Koninklijke Nederlandse Organisatie van
 Verloskundigen (KNOV)
 Ondernemingsraad NIVEL (OR)

Samenstelling Raad van Toezicht NIVEL vanaf 8 juni 2009 tot 31 december 2009

Mevrouw dr. E. Borst-Eilers*
 W. Geerlings
 Prof.dr. E. Schadé

Voorzitter
 Vice-voorzitter
 Lid

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Wetenschappelijk personeel

Directie

Groenewegen, prof. dr. P.P.

Afdelingshoofden

Bakker, prof. dr. D.H. de

Friele, prof. dr. ir. R.D.

(adjunct directeur onderzoek)

Rademakers, dr. J.J.D.J.M.

Schellevis, prof. dr. F.G.

Honorary research fellow

Bensing, prof. dr. J.M.

Programmaleiders

Batenburg, dr. R.S.

Devillé, prof. dr. W.L.J.M.

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

Dulmen, dr. A.M. van

Francke, prof. dr. A.L.

Jong, dr. J.D. de

Rijken, dr. P.M.

Verhaak, dr. P.F.M.

Veenhof, dr. C.

Wagner, prof. dr. C.

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

Onderzoekers

Albada, drs. A.

Beek, drs. A.P.A. van

Bekkema, drs. N.

Beljouw, drs. I.M.J. van

Berg, drs. M.J. van den

Bes, drs. R.E.

Bijnen, drs. E.M.E. van

Bloemendal, drs. E.

Boer, dr. D. de

Boerma, dr. W.G.W.

Boheemen, drs. C.A.M. van

Bongers, drs. M.L.

Borst, drs. J. de

Bossen, drs. D.

Botje, drs. D.

Brink-Muinen, dr. A. van den

Brok, drs. W.L.J.E. den

Butalid, drs. L.

- Claessen, drs. S.J.J.
 Cardol, dr. M.
 Coppen, mr. drs. R.
 Damman, drs. O.C.
 Dijk, drs. C.E. van
 Donker, dr. G.A.
 Donselaar, drs. C.G.
 Dückers, dr. M.L.A.
 Dusseljee, drs. J.C.E.
 Genet, drs. N.A.
 Greuningen, drs. M. van
 Groen-van Dorsten, drs. P.S.
 Haastert, drs. C.J.M. van
 Hansen, dr. J.H.H.I.
 Heijmans-Rigeaux, dr. M.J.W.M.
 Heiligers, dr. Ph.
 Hendriks, dr. M.C.P.
 Hingstman, dr. L.
 Hofhuizen, drs. C.J.M.
 Hoogen, dr. P.C.W. van den
 Hooiveld, dr. ir. M.
 Hopman, drs. E.P.C.
 Houtum, drs. L. van
 Jabaaij, dr. L.
 Jansen, drs. D.L.
 Janssen, drs. J.C.J.A.
 Jetten, drs. P.
 Kaldenhoven, drs. S.G.W.J.
 Kalf, ir. R.R.J.
 Kooijman, drs. M.K.
 Koopman, dr. L.
 Korteweg, drs. H.A.
 Kringos, drs. D.S.
 Kroezen, drs. M.
 Kroneman, dr. ir. M.W.
 Kruikemeier, drs. S.
 Lamkaddem, drs. M.
 Langelaan, dr. M.
 Leemrijse, dr. Ch.
 Lubberding, drs. S.
 Maat, drs. M.J.P. van der
 Marquet, dr. R.L.
 Meerhoff, drs. T.J.
 Merten, drs. H.
 Meulenkamp, drs. T.M.
 Meuwissen, dr. L.E.M.M.
 Mistiaen, dr. P.J.M.L.
 Nielen, dr. M.M.J.
 Nijrolde, dr. I.
 Noord, drs. I. van
 Noordman, drs. J.
 Oerlemans, drs. S.
 Ooms, drs. L.
 Oosterhuis, drs. T.
 Paget, dr. J.W.
 Peeters, dr. J.M.
 Peters, drs. L.
 Pisters, drs. M.F.
 Prins, drs. M.A.
 Reitsma-van Rooijen, dr. P.M.
 Ruizendaal, drs. W.A.
 Sanches, drs. S.A.
 Schäfer, drs. W.L.A.
 Schepman, drs. S.M.
 Sibma, drs. T.S.
 Sixma, dr. H.J.M.
 Smits, dr. M.
 Spies-Dorgelo, dr. M.N.
 Swinkels, dr. I.C.S.
 Tates, dr. H.
 Tol, ir. J.
 Triemstra, dr. A.H.M.
 Veenema, drs. T.
 Veer, dr. A.J.E. de

Velden, dr. L.F.J. van der
 Verheij, dr. R.A.
 Verheul, drs. W.
 Verkaik, dr. R.
 Versnel, drs. N.
 Vervloet, drs. M.
 Victoor, drs. A.
 Visscher, dr. S
 Vliet, drs. L.M. van
 Vos, drs. L.

Kenniscentrum

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

Wagtendonk, drs. I.H. van
 Wendel, dr. S.
 Wiegers, dr. Th.A.
 Wolters, drs. I.
 Zantinge, dr. E.M.
 Zegers, dr. H.W.M.
 Zuidgeest, drs. M.
 Zwaanswijk, dr. M.
 Zwijnenberg, drs. N.C.

Otten, drs. R.N.
 Snippe, drs. H.W.
 Winckers, drs. M.L.J.J.

Wetenschappelijke onderzoeksondersteuning

Researchmedewerkers

Abrahamse, H.P.H.
 Broek, drs. R.W. van den
 Davids, R.N.
 Gravestein, J.V.
 Hoek, L.S. van der
 Kenens, drs. R.J.

Loomans, drs. D.S.E.
 Pasveer, drs. D.
 Piepenbrock, drs. R.J.
 Spreeuwenberg, drs. P.M.M.
 Veen, drs. P.M.H. ten

Veldwerkcoördinatoren

Gier M.W.R. de

Schoenmakers, drs. E.H.

Videotheek

Kruijdsdijk, drs. R.A.J.T. van

Medewerkers enquêtekamer

Hermans, drs. I.M.J. (coördinator)

Baarle, J.M. van

Medewerkers data-entry

Dussenbroek, A.M. (coördinator) Snoek-van Dorp, J.M.B.
Hoekstra, J.

Administratieve medewerkers registratiesystemen

Franke-Kasteleijn, A. Scheepmaker, A.F.

Secretariaten

Brink, H.W.M. van den Karamat Ali, I.M.
Brouwer-van Beurden, M.W. Leeuwe, M. van
Faassen, A. Saya, D.
Geelkerken-van Wijk, M. van Well, C.J.M. van
Heshusius-van Valen, M.

Overige projectondersteuning

Beek, K.E.C. van Parren, drs. J.C.M.
Brok, H.M. Zoelen-Bouwman, P.S. van
Juffermans, drs. J.

Bibliotheek en documentatie

Berg, R. van den (Hoofd) Schoonmade, drs. L.J.
Carlier-Delgrange, A.V.

Algemeen ondersteunend en beheerspersoneel**Hoofd algemene zaken (1 januari 2009 tot en met 31 mei 2009)**

Berg, W. van den

Adjunct directeur bedrijfsvoering (vanaf 15 juni 2009)

Roos, drs. M.

Projectbeheer

Bosman, ir. J.M. (hoofd)

Financiële administratie

Blokland, E.A.M. van Vlug-Scheenstra, I.B. (administrateur)
Philipse, M.P.

Personeelszaken

Rooseboom-Schinkel, drs. E.E.
(personeelsfunctionaris)

Hilst-Huijgen, A.C. van der

Salarisadministratie

Kerkman-Pouw, A.

Directiesecretariaat

Boersma, M.K.
Bouwhuijsen, I. van den
Haverkamp, E.J.M.

Kamphuis, mr S.A. (directiesecretaris)
Wedman, M.W.

ICT en Facilitaire Service

Bik, M.P.J. (hoofd)
Beijers-de Boer, A.
Contente Lopes, A.J.
Echtelt-Cornelissen, M.M.J. van
Emmerik-Teunissen, J.M.M. van
Goris-Puyk, M.

Houthuijzen-Bachmann, H.
Koolen-Hazendonk, J.M.C.
Kuik-Voorn, A.M. van
Spruit, W.L.
Valkonet-Wammes, P.A.J.M.

EFPC

Aarendonk, drs. D.F.

EUPHA

Barnhoorn, dr. F.

Zeegers, dr. mr. D.

Formatie per functie

In tabel 1 wordt over de periode 2005 tot en met 2009 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

	2005	2006	2007	2008	2009
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	10	10	11	10	11
Onderzoekers > 6 anciënniteitsjaren	40	46	42	41	45
Onderzoekers	44	36	31	36	47
Onderzoeksondersteuning	57	70	63	64	69
Kenniscentrum	9	10	9	9	9
Niet wetenschappelijk personeel	26	24	24	23	25
Totaal	191	201	185	188	211

Ziekteverzuim

Het NIVEL heeft een stabiel ziekteverzuimcijfer dat ruim onder het landelijk gemiddelde zit. De verzuimfrequentie (aantal ziekmeldingen per medewerker per jaar) is van 1,0 de afgelopen jaren, gedaald naar 0,6 in 2008 waarmee het op een bijzonder laag niveau zit.

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

Totaal verzuimpercentage

2005	2,7%
2006	3,1%
2007	3,2%
2008	2,4%
2009	2,8%

Omvang subsidies

In figuur 1 is de omvang van de subsidies van het NIVEL weergegeven voor de periode 2004-2009. De omzet is gestegen t.o.v. 2008. Dit is in overeenstemming met de hogere personele bezetting. De instellingssubsidie is toegenomen doordat er in 2009 VWS-projecten aan zijn toegevoegd.

Figuur 1: Omvang subsidies NIVEL 2004-2009



