



Jaarboek 2005



**Nederlands instituut voor
onderzoek van de gezondheidszorg**

Postadres : Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
Bezoekadres : Otterstraat 118-124, Utrecht
Telefoon : 030 - 2729700
Fax : 030 - 2729729
Web-site : www.Nivel.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding; koning, keizer, admiraal ...	7
2	Gezondheid en ziekten	11
2.1	Nieuwjaarsbrand Volendam werkt nog steeds door	11
2.2	Media-aandacht rond ramp leidt tot meer gezondheidsklachten	11
2.3	Huisarts kan nóg meer proberen te doen aan preventie van zelfmoord	12
2.4	Kanker gaat nooit meer echt over	13
2.5	Overzicht van de gezondheidseffecten van rampen op langere termijn	14
2.6	Geestelijke gezondheid Nederlanders achteruit	15
2.7	Minder somber dankzij huisbezoek	15
2.8	Lang niet altijd naar de huisarts vanwege vermoeidheid	16
2.9	Driekwart van de kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts	17
3	Wat vindt de patiënt ervan	19
3.1	Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar	19
3.2	Huisartsen vragen patiënten vaker om toestemming voor een behandeling	20
3.3	Bijna een kwart van de ziekenfondsverzekerden is niet op de hoogte van de invoering van de no claim regeling per 1 januari 2005.	20
3.4	Past de zorgindicatie bij chronisch zieken?	20
3.5	Ongelijke kansen voor chronisch zieken	21
3.6	Meeste astma- en COPD patiënten vinden huisarts deskundig	22
4	In de praktijk	23
4.1	Adviesgesprek over erfelijke kanker sluit nog onvoldoende aan bij de behoefte van de cliënt	23
4.2	Terminale Turkse en Marokkaanse patiënten gebruiken nauwelijks thuiszorg	24
4.3	Mantelzorger verdwaalt in hulpmiddelenwereld	24
4.4	Huisarts omarmt sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	25
4.5	Ergotherapie nuttig bij reuma en na beroerte	26
4.6	Probleemkinderen krijgen nauwelijks professionele hulp	27
4.7	Palliatieve zorg blijft groeien	28
4.8	Videonetwerken in de thuiszorg, de eerste peiling	29





5	Naar een betere kwaliteit	31
5.1	NIVEL zoekt nieuwe wegen ter verbetering van therapietrouw	31
5.2	Verpleeghuisbewoner wil nog veel meer dan op tijd naar wc	32
5.3	Patiënten willen betere follow-up	33
5.4	NIVEL evalueert hielprikprogramma	34
5.5	Van een goed verpleeghuis valt veel te leren	34
5.6	Huisartsen schrijven vaker nieuwe antidepressiva voor	36
6	Werken in de zorg	39
6.1	Medisch personeel gevangenis tevreden ondanks gestegen werkdruk	39
6.2	Stakingsbereidheid huisartsen in grote steden het grootst	40
6.3	Praktijkmanagement onderbelicht in huisartsopleiding	41
6.4	Gemiddelde werktijd verloskundigen blijft gelijk	42
6.5	NIVEL raamt aantal benodigde klinisch gerieters	43
6.6	Huidtherapeuten een sterk groeiende beroepsgroep	44
6.7	Patiënten met psychische problemen kosten de huisarts meer tijd.	45
6.8	Medisch specialisten en deeltijdwerk	45
7	Financiering, structuur en wetgeving	47
7.1	Minder naar de fysiotherapeut na afschaffen vergoeding	47
7.2	Veel chronisch zieken en gehandicapten lopen onnodig geld mis	47
7.3	Sterke eerste lijn loopt risico op versnippering	49
7.4	Er zijn helemaal niet zoveel mensen zonder huisarts	50
8	Bibliotheek en documentatie	53
9	Het NIVEL extern	57
9.1	Verspreiden van NIVEL kennis	57
9.2	Externe lidmaatschappen, commissies, redacties	58

10 Publicaties

- 10.1 Internationale artikelen
- 10.2 Internationale boeken en boekbijdragen
- 10.3 Dissertaties
- 10.4 Nederlandse wetenschappelijk artikelen
- 10.5 Artikelen in vaktijdschriften
- 10.6 Nederlandse boeken en boekbijdragen
- 10.7 NIVEL rapporten
- 10.8 Gepubliceerde abstracts
- 10.9 Factsheets
- 10.10 Lezingen en posters
- 10.11 Digitale produkten

11 Het bestuur

12 Personele Zaken

63

63

67

68

69

70

73

74

77

79

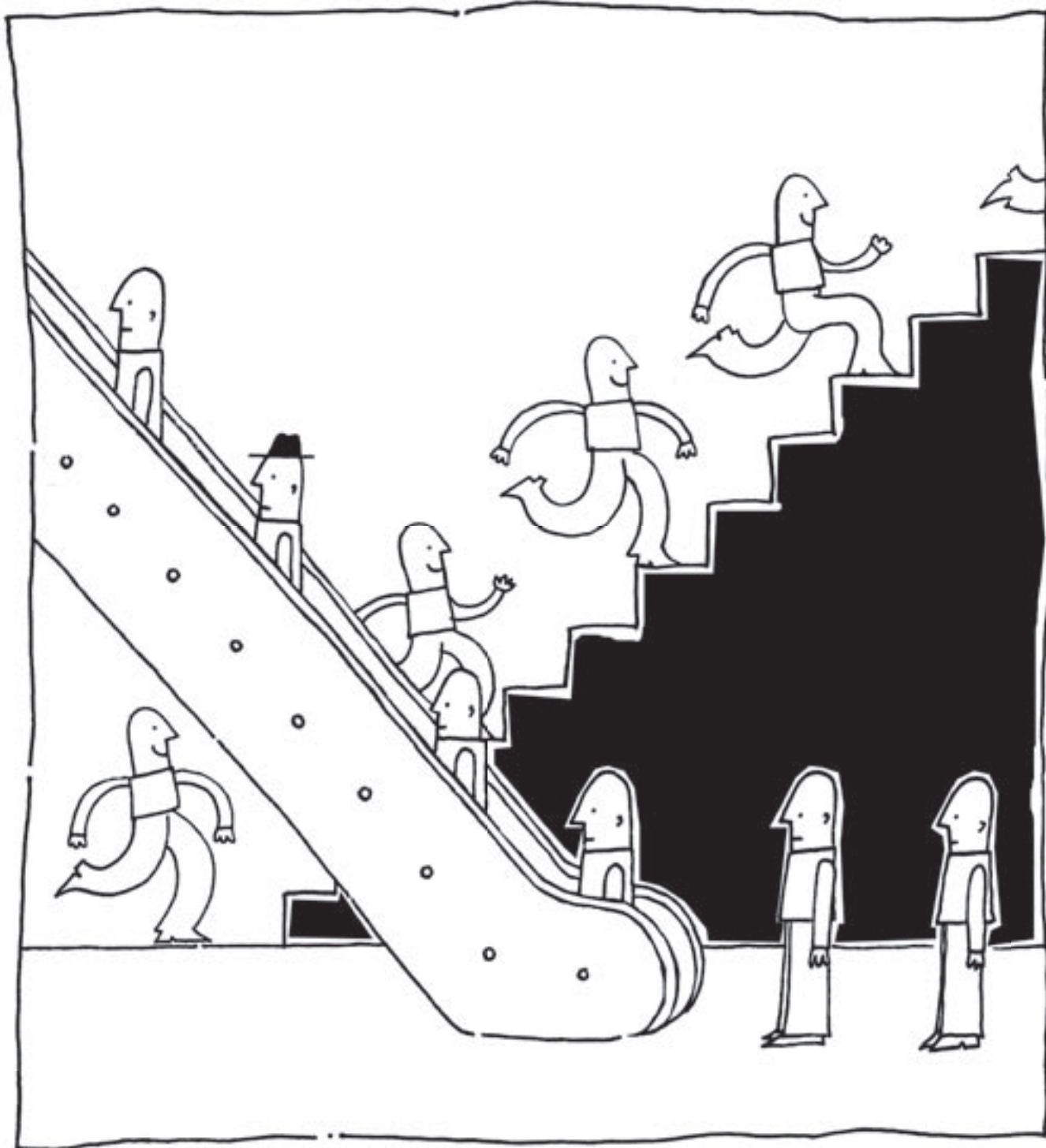
80

87

91

93





Koning, keizer, admiraal ...

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg met zijn scheiding tussen ziekenfondsfinanciering en particuliere verzekeringen beleefde in 2005 zijn laatste jaar. Het werd in november 1941 door de Duitse bezetters geïntroduceerd en heeft dus net zijn AOW niet gehaald.

Het systeem heeft heel wat stormen doorstaan; vlak na de oorlog moest het wedijveren met een door de Nederlandse regering in ballingschap bedachte NHS-achtige blauwdruk. De prominente plaats die in het 'Duitse' systeem was toegekend aan de sociale partners (in plaats van aan de Staat) gaf uiteindelijk de doorslag in de continuering van de door de Bezetter ingestelde zorgverzekering.

Het systeem beschikte over mechanismen om soepel te reageren op veranderende omstandigheden; door te schuiven met inkomensgrenzen bleef de proportie ziekenfonds-verzekerden door de jaren heen tamelijk stabiel. Door uitbreiding van de 'kring der verzekerden' en van het verstrekkingenpakket kon het zich aanpassen aan de gestegen welvaart; het lukte zelfs om bepaalde verstrekkingen, zoals tandheelkunde en fysiotherapie, weer uit het pakket te verwijderen.

Een dreigende 'tweedeling' van de samenleving in fondsverzekerden en particulier verzekerden, die verschillend behandeld werden heeft zich eigenlijk nauwelijks voorgedaan. Aparte spreekuren voor fondspatiënten en particulieren werden in de jaren zestig obsoleet door het de facto gelijk trekken van de tarieven¹ voor beide groepen verzekerden. Het basale gebrek aan solidariteit in het systeem, veroorzaakt door met inkomensverschillen samenhangende gezondheidsverschillen tussen de twee groepen verzekerden, werd gecompenseerd met wetgeving, waarvan de naam alleen al verwijst naar een hoog maakbaarheidsgehalte van de samenleving: de Wet MOOZ (Medeverzekering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden).

In de jaren tachtig was de toenmalige staatssecretaris Van der Reijden gedwongen de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor zelfstandigen op te heffen omdat particuliere verzekeraars gingen stunten met leeftijdsgerelateerde nominale premies: hoe

1 Nu ja, door het gelijk trekken van de effecten van de tarieven op de huisartseninkomens rekening houdend met verschillen in zorggebruik

jonger hoe goedkoper. Dit veroorzaakte een snelle verschuiving van ‘goede risico’s’ van het (vrijwillige) ziekenfonds naar de particuliere verzekering, die in zeer korte tijd de vrijwillige ziekenfondsverzekering onbetaalbaar maakte. Dat was een nuttige les in de tsunami-achtige effecten van risicoselectie door verzekeraars, als die daartoe in de gelegenheid worden gesteld.

Intussen liep de ene na de andere politieke poging stuk om de bestaande scheiding in ziekenfonds- en particulier verzekerden ongedaan te maken; staatssecretaris Hendriks zag uiteindelijk van zijn voornemen af in de jaren zeventig; staatssecretaris Simons moest 25 jaar later zijn ‘plan Simons’ intrekken.

Maar nu is het toch afgelopen met het oude stelsel; koning, keizer, admiraal ... verplicht verzekerd zijn we allemaal!

Lessen zijn geleerd uit het verleden; op een elegante manier worden verzekeraars ontmoedigd om louter goede risico’s te selecteren. Acceptatieplicht en verevening van risico’s zorgen ervoor dat het voor een verzekeraar aantrekkelijk wordt om (zelfs) een contract met een vereniging van chronisch zieken of een ouderenbond af te sluiten.

Er zitten een paar elementen in het nieuwe stelsel, die, vermoedelijk, de tand des tijds niet ongeschonden zullen doorstaan. Zo blijft het een vreemd rondpompen van geld om enerzijds tamelijk hoge nominale premies vast te stellen en anderzijds aan miljoenen mensen een zorgtoeslag uit te keren. Ook is het uit de premies gefinancierde douceurtje van (maximaal) 250 euro (de no-claim teruggave-regeling) voor ‘gezonden’ een zelden vertoonde vorm van omgekeerde solidariteit. De hoge nominale premie stimuleert bovendien het ontstaan van een bont samengestelde groep wanbetalers, waarmee zorgverzekeraars nog heel wat te stellen zullen krijgen.

Helaas valt het vrijvallen van risicokapitaal van particuliere zorgverzekeraars, omdat ze in het nieuwe stelsel minder financiële risico’s dragen en dus minder solvabel hoeven te zijn, niet meer terug te draaien. Das war einmal.

Nu de eerste stof van de administratieve chaos, veroorzaakt door onverwacht veel wisselingen van verzekeraar, is neergedaald, is het duidelijk dat de positie van collectieve onderhandelaars is versterkt. Vooral patiëntenverenigingen, die ook nog eens het lidmaatschapsgeld voor hun vereniging hebben mee-onderhandeld, hebben hun machtsbasis kunnen versterken op een voor hun leden uiterst vitaal gebied. Wie weet; wordt Nederland echt nog eens een gidsland in de tamelijk ouderwetse wereld van de sociale zekerheid.

Nivel-onderzoek in 2005

In het jaar 2006 zal veel aandacht worden besteed aan de permanente monitoring

van de stelselwijziging. Toch kan er ook over 2005 wel iets worden gezegd.

Het eerste punt betreft de fysiotherapie: per januari 2004 uit het ziekenfondspakket verwijderd; alleen chronisch zieken krijgen vanaf de tiende zitting de zorg vergoed. Dit blijkt al met al een zekere vraaguitval tot gevolg te hebben (6% in 2004 vgl met 2003).

In het nieuwe stelsel is ook de toegang tot de fysiotherapie vrijgegeven (de tarieven waren al vrij) en omvat vrijwel elke aanvullende verzekering een vergoeding voor de eerste serie zittingen. De vraaguitval uit 2004 zou hierdoor wel eens ruim kunnen worden gecompenseerd.

Bovendien telt een bezoek aan de fysiotherapeut niet mee voor de no-claim korting (de aanvullende verzekering valt daar namelijk buiten). Of dat nu echt veel zal uitmaken is de vraag; in 2005 bleek dat veel mensen dachten dat ook de kosten van het bezoek aan de huisarts afgetrokken zouden worden van de no-claim teruggave. Dat kan, zo schrijven de onderzoekers, het effect van de maatregel onbedoeld hebben versterkt.

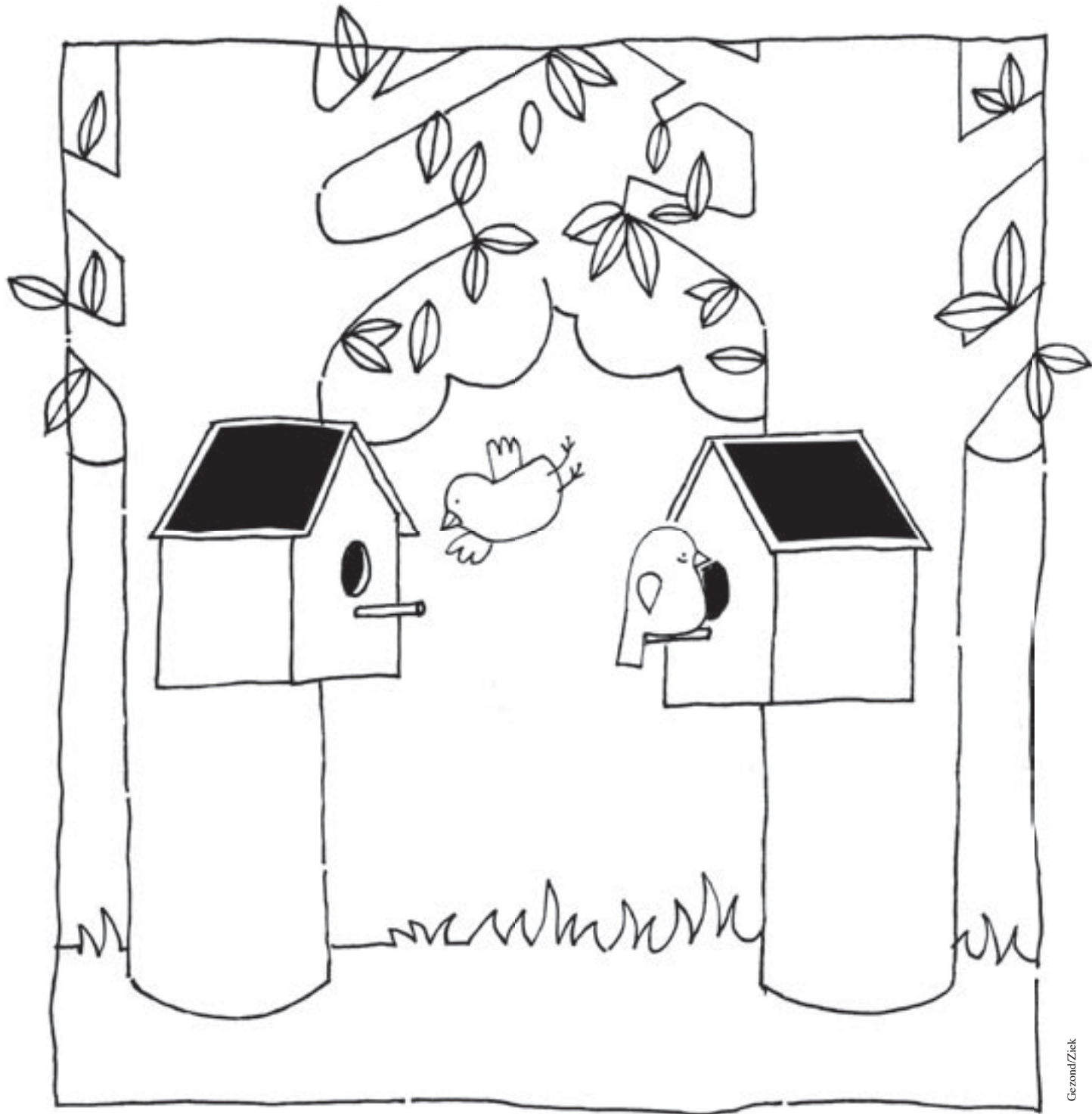
De eerste peilingen onder verzekerden, vlak voor het ingaan van de stelselwijziging, wijzen op de onverwachte kracht van de collectieve verzekeringscontracten. Het beperkt de keuzechaos en schept nieuwe krachts- en machtsverhoudingen in de gezondheidszorg, waarvan de effecten nog lang gevoeld zullen worden.

Naast deze eerste studies rond de veranderingen in het zorgstelsel biedt het jaarverslag veel informatie over zorgvraag en zorg aanbod. De (eind)rapportages van de gezondheidsgevolgen van respectievelijk de vuurwerkramp te Enschedé en de Nieuwjaarsbrand te Volendam laten zien dat deze gevolgen goed in kaart te brengen zijn door middel van de elektronisch medische dossiers uit de huisartspraktijk en dat zulke ingrijpende gebeurtenissen lange tijd hun invloed doen gelden. Nog steeds zijn sporen terug te vinden van de rampen; de aandacht en de nazorg kunnen nog niet verslappen.

Uit het Patiënten Panel Chronisch Zieken komt naar voren dat de maatschappelijke positie van chronisch zieken nog steeds te wensen overlaat hoewel men dikwijls aangeeft beter te willen deelnemen aan het arbeidsproces dan nu mogelijk is. Dat geldt zowel voor chronisch zieken die werken als voor hen die dat niet doen maar wel zouden willen.

Chronisch zieken zijn tevreden over de zorg die ze krijgen; al is er hier en daar een kritisch geluid; bijvoorbeeld over de afgenomen telefonische bereikbaarheid van de huisarts.

Uiteraard is nog veel meer te vinden in het jaarverslag; dit was slechts een handvol resultaten.



2.1 Nieuwjaarsbrand Volendam werkt nog steeds door

Jongeren die bij de Volendamse nieuwjaarsbrand in 2001 brandwonden hebben opgelopen, hebben nog steeds meer contact met hun huisarts, meer gezondheidsproblemen en een hoger geneesmiddelengebruik dan vóór de brand. Ook de ouders van bij de brand aanwezige jongeren gebruiken nog steeds meer geneesmiddelen en meer psychofarmaca dan hun leeftijdgenoten in Volendam.

Deze (derde) tussenrapportage beschrijft de periode van één jaar vóór de nieuwjaarsbrand tot en met 4,5 jaar erna. De nadruk ligt hierbij op een vergelijking van de meest recent onderzochte periode (juli 2004 t/m juni 2005) met de periode vóór de brand (januari t/m december 2000). In de nasleep van de Bijlmerramp bleek dat rampen niet alleen zorgen voor veel spanning en stress bij de getroffen en hun omgeving, maar ook op zowel korte als lange termijn problemen voor de gezondheid kunnen veroorzaken. Om de gezondheidszorg daar op een adequate manier op te kunnen laten reageren brengt het NIVEL in opdracht van het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport de nasleep van de brand in Volendam in kaart. Het onderzoek maakt gebruik van bestaande registraties van huisartsen en apotheken in Volendam. Dit heeft als voordeel dat veranderingen in de gezondheid van de Volendammers onderzocht kunnen worden zonder de individuele getroffen te belasten. Doordat deze gegevens regelmatig en systematisch worden verzameld, zijn ze ook beschikbaar voor de periode voorafgaand aan de ramp. Voor het onderzoek zijn de gegevens geanalyseerd van 286 bij de brand aanwezige jongeren met en zonder brandwonden (n=286), hun broers en zussen (n=303), hun ouders (n=499) en een Volendamse referentiegroep (n=3722).

2.2 Media-aandacht rond ramp leidt tot meer gezondheidsklachten

Media-aandacht naar aanleiding van een ramp kan wekenlang tot meer lichamelijk onverklaarde gezondheidsklachten en meer huisartsbezoek leiden. Nadat de eigenaren van SE Fireworks op 2 april 2002 werden vrijgesproken van schuld aan de vuurwerkramp in Enschede, verdubbelden de lichamelijk onverklaarde klachten van mensen die door deze ramp moesten verhuizen. Uit het onderzoek bleek ook dat de

T. Dorn, J.J. Kerssens, P.M.H. ten Veen, C.J. IJzermans. Gezondheidsproblemen en zorggebruik in Volendam, voor en na de Nieuwjaarsbrand: monitoring via de huisarts en apotheken: rapportage 2000 t/m halverwege 2005. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

D.J. den Ouden, A.J.E. Dirkzwager, C.J. IJzermans. Health problems presented in general practice by survivors before and after a fireworks disaster: associations with mental health care. Scandinavian Journal of Primary Health Care: 23, 2005, nr. 3, p. 137-141.

C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, J.J. Kerssens, P.M.H. ten Veen, Y.C.H. Luyten-de Thouars. Monitoring in de huisartspraktijk van de gezondheid van de getroffen van de Vuurwerkramp in Enschede: een tweede tussenrapportage. Utrecht: NIVEL, 2005. Lees ook; P. Vasterman, C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. Epidemiologic Reviews : 27, 2005, p. 107-114.

mensen die moesten verhuizen nog ruim vier jaar na de ramp tweemaal zo vaak met psychische problemen en lichamelijk onverklaarde klachten bij hun huisarts kwamen als Enschedeërs die niet door de ramp getroffen waren.

Ook hadden zij nog steeds meer contacten met hun huisarts dan mensen die niet waren getroffen en ook meer dan zij zelf voor de ramp hadden. Zij presenteerden in contacten na de ramp vooral meer psychische problemen en meer maag- en darmklachten, terwijl ook het aantal contacten voor chronische aandoeningen hoger lag. De resultaten van het onderzoek zijn van belang in het kader van het verlenen van adequate nazorg aan de getroffen.

Deze monitoring wordt uitgevoerd met 30 geautomatiseerde huisartspraktijken vanaf 2001, waarbij ook gegevens beschikbaar zijn van vóór de ramp. De monitoring loopt door tot vijf jaren na de ramp. De participerende huisartsen verzamelen op continue basis gegevens over problemen, aandoeningen en aantallen contacten.

2.3 Huisarts kan nóg meer proberen te doen aan preventie van zelfmoord

Veel mensen die zelfmoord plegen of daartoe een poging doen, zijn al voor een depressie onder behandeling bij hun huisarts. Toch praten ze vooraf maar zelden met hun huisarts over het feit dat ze met de gedachte aan zelfmoord rondlopen. Huisartsen zouden daarom beter zelf met ze over dit onderwerp kunnen beginnen, om mensen die het risico op suïcide lopen nog eerder te kunnen herkennen en beter te kunnen helpen. Een huisarts zou bijvoorbeeld elke depressieve patiënt de drie volgende vragen kunnen stellen: Hoe lang bent u al depressief? Hebt u nog zin in het leven? En hebt u wel eens gedacht aan zelfmoord? Zo zijn patiënten met zelfmoordgedachtes eerder te herkennen en sneller door te verwijzen naar de psychiater.

Sinds 1983 is het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen in Nederland substantieel gedaald. De oorzaak van deze daling is onbekend. Een mogelijke verklaring is de poortwachtersrol van de huisarts in de behandeling van depressieve patiënten. Het voorschrijven van antidepressiva door Nederlandse huisartsen en het aantal patiënten dat zij doorverwijzen naar de gespecialiseerde GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) is de laatste decennia sterk gestegen. Van de mensen die zelfmoord plegen of daartoe een poging doen heeft 60% de medische diagnose depressie. Van hen werd 91% door de huisarts behandeld met een antidepressivum en zonodig doorverwezen naar de GGZ. Het NIVEL houdt de suïdecijfers al bij sinds 1979 en publiceert deze ieder jaar. De officiële CBS-cijfers van suïcides volgen dezelfde dalende trend als de NIVEL-cijfers, maar liggen ca. 20% hoger, omdat een deel van de zelfmoorden zich buiten het gezichtsveld van de huisarts afspeelt.

Een gemiddelde huisarts verliest één keer in de 4 á 5 jaar een patiënt door zelfmoord.

Als er in de voorafgaande 30 dagen geen contact met de huisarts geweest is, zegt 7% van de huisartsen achteraf de zelfmoord voorzien te hebben, 3% voorzag de zelfmoordpoging. Als ze de patiënt in die periode wél gesproken hebben, zegt achteraf 31% van de huisartsen dat ze de zelfmoord voelden aankomen, bij zelfmoordpogingen is dat 22%. Als de huisartsen, voorzover ze dat al niet uitputtend hebben gedaan, dat voorgevoel zouden omzetten in daden, zouden ze mogelijk een grotere rol kunnen spelen in de preventie van suïcide.

2.4 Kanker gaat nooit meer echt over

Mensen die ooit kanker hebben gehad lijken in veel opzichten op mensen met chronische aandoeningen wat betreft hun vermoeidheid, hun medische consumptie en hun maatschappelijke situatie (werk en inkomen). Ex-kankerpatiënten zijn op al deze aspecten beter vergelijkbaar met chronisch zieken dan met gezonde personen. Dit blijkt uit het onderzoek naar de zorg- en maatschappelijke situatie van mensen met kanker in Nederland. Het gaat hierbij om alle mensen die hetzij recent, hetzij in een ver verleden gediagnosticeerd zijn met een vorm van kanker. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt dankzij mevrouw B. Dunzelman-Kamphuys, die in 2003 de Muntendamprijs van KWF Kankerbestrijding ontving en deze prijs beschikbaar stelde aan de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten-organisaties (NFK). Op dit moment bedraagt de gemiddelde vijfjaarsoverleving van alle vormen van kanker tezamen ongeveer 50% en deze overlevingskans stijgt nog steeds (bron: KWF Kankerbestrijding, 2004). De situatie van ex-kankerpatiënten, de door hen ervaren gezondheidsklachten en de gevolgen die dit heeft voor hun dagelijks functioneren, zijn derhalve belangrijke thema's voor wetenschap en beleid.

Enkele resultaten uit het rapport:

- Van de mensen die ooit kanker hebben gehad heeft 20 tot 40% zodanig last van vermoeidheid dat dit een flinke aanslag doet op hun dagelijks functioneren.
- Mensen die ooit kanker hebben gehad zijn gemiddeld genomen qua vermoeidheid vergelijkbaar met mensen die aan een hartaandoening of aan een chronische aandoening van het bewegingsapparaat lijden.
- Enkele studies bevatten aanwijzingen dat artsen de ernst van de vermoeidheidsklachten en de impact van deze klachten op het dagelijks functioneren van mensen met kanker onderschatten.
- Ook op de lange termijn leidt de ziekte kanker nog geregeld tot een zorgvraag aan de huisarts.
- Het gebruik van medische zorg door ex-kankerpatiënten vertoont gelijkenis met dat van groepen chronisch zieken.

R.L. Marquet, A.I.M. Bartelds, A.J.F.M. Kerkhof, F.G. Schellevis, J. van der Zee. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. BMC Family Practice: 6, 2005, nr. 45

A. de Jong, M. Rijken. Zorg- en maatschappelijke situatie van mensen met kanker in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005.

M. Rijken, M. van Kerkhof,
J. Dekker, F.G. Schellevis.
Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. Quality of Life Research: 14, 2005, nr. 1, p. 45-55.
P.F.M. Verhaak, M.J.W.M. Heijmans, L. Peters, M. Rijken.
Chronic diseases and mental disorder. Social Science & Medicine: 60, 2005, nr. 4, p. 789-797.

- Op dit moment ontvangen ruim 22.000 mensen een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanwege kanker. Van hen is 70% volledig arbeidsongeschikt verklaard en 30% gedeeltelijk. Deze percentages zullen waarschijnlijk veranderen als gevolg van de strengere herkeuringen die momenteel plaatsvinden.
- Bij de nieuwe Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), die in 2006 in plaats komt van de WAO, bepalen zowel de omvang als de duur van de arbeidsongeschiktheid of men voor een bepaalde uitkering in aanmerking komt. De verwachting is dat deze wet grote gevolgen zal hebben voor de inkomenspositie van mensen die kanker krijgen.

Het NIVEL onderzoek is verricht door middel van een 'quickscan' van literatuurbestanden en databanken. Daarnaast zijn secundaire analyses uitgevoerd op enkele beschikbare databestanden: NS2, het Patiëntenpanel Chronisch Zieken en het UWV (Uitvoering Werknemersverzekeringen).

2.5 Overzicht van de gezondheidseffecten van rampen op langere termijn

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor rampen: hoe kan men zich erop voorbereiden, hoe kan de schade zo beperkt mogelijk gehouden worden, wat zijn de gezondheidseffecten op langere termijn en welke vorm van hulp is daarvoor nodig? Tot op heden is er nog weinig bekend over de lange-termijn effecten van rampen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid. Binnen het NIVEL wordt de gezondheid van getroffenen van de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam gedurende een aantal jaren gevolgd. In aanvulling op deze twee onderzoeken, is een bibliografie gemaakt met daarin een overzicht van wat er tot dusver bekend is over de lange-termijn gezondheidsgevolgen van rampen. Dit overzicht is bedoeld om onderzoekers, beleidsmakers en andere betrokkenen (zoals huisartsen of psychiaters) te informeren over de huidige stand van zaken en om ondersteuning te bieden bij het opstellen van richtlijnen voor adequate interventies en hulpverlening. De bibliografie biedt een overzicht van wetenschappelijk onderzoek dat in de periode 1990 tot en met 2003 is gepubliceerd. In totaal worden 139 studies beschreven, de rampen die in deze studies aan bod komen vonden in 38 verschillende landen plaats. Er is een onderverdeling gemaakt in verschillende soorten rampen: natuur-rampen (zoals aardbevingen, overstromingen, tornado's en vulkaanuitbarstingen), terroristische aanslagen en rampen die het gevolg zijn van menselijk falen (zoals vliegtuigongelukken, explosies of nucleaire rampen).

Het meeste onderzoek naar rampen gaat over mogelijke psychische gezondheidsgevolgen. Zo zijn er veel studies verricht naar het voorkomen van posttraumatische stress, angst en/of depressie na rampen. Veel minder is bekend over de mogelijke

lichamelijke gevolgen, al komen in een aantal studies vermoeidheid, aandoeningen van de luchtwegen en problemen met het bewegingsapparaat naar voren.

In de bibliografie worden een aantal aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek naar de gezondheidsgevolgen van rampen. Zo is het belangrijk dat toekomstig onderzoek meer gebruik maakt van solide onderzoeksdesigns, zoals het vergelijken van de gezondheidsproblemen van getroffenen met die van een controlegroep, of het gebruik maken van reeds voor de ramp bestaande registratiegegevens (bijvoorbeeld elektronische medische dossiers van huisartsen).

2.6 Geestelijke gezondheid Nederlanders achteruit

Vergeleken met 1987 hebben meer Nederlanders naar eigen zeggen psychische problemen. Die toename is vooral te wijten aan een toename van psychische problemen onder laag opgeleiden, arbeidsongeschikten en werklozen. Desondanks vindt ruim driekwart van de bevolking de eigen gezondheid over het algemeen goed.

Het aantal personen dat op een vragenlijst naar psychische problematiek (de General Health Questionnaire of GHQ) boven de drempelwaarde scoort is toegenomen van 16,8% (in 1987) naar 22,8% (in 2001). Toch is het aantal personen in de bevolking dat zegt een goede gezondheid te hebben, sinds 1987 nauwelijks veranderd. Wel is het zo dat vergeleken met 1987 minder vrouwen, ziekenfondsverzekerden, laag- en middelbaar opgeleiden en werklozen hun gezondheid als goed inschatten.

Een derde van de Nederlanders zegt ooit een periode te hebben doorgemaakt dat zij angstig of bezorgd waren, een kwart zegt ooit somber of depressief te zijn geweest. De meeste mensen die ooit gedurende twee weken angstig/bezorgd, of somber/depressief waren zijn tussen de 25 en 64 jaar. Meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden en meer vrouwen dan mannen hadden ooit last van de hierboven genoemde klachten. Deze gegevens komen uit de Tweede Nationale Studie.

2.7 Minder somber dankzij huisbezoek

Het NIVEL heeft een methode ontwikkeld om somberheid te bestrijden bij mensen die dement zijn en nog in hun eigen huis wonen en bij de naaste die voor hen zorgt (de mantelzorgers, meestal de partner of een dochter). Een verpleegkundige van de lokale thuiszorg of GGZ-instelling komt daartoe zesmaal op huisbezoek, en helpt hen bij het verzinnen en (weer) ondernemen van activiteiten waar zij samen of apart plezier aan beleven.

De eerste ervaringen met deze methode van psychosociale begeleiding zijn zeer positief. Met name de mantelzorgers zeggen zich er beter door te kunnen ontspannen en zich minder somber te voelen.

C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, E. Breuning. Long-term health consequences of disaster: a bibliography. Utrecht: NIVEL, 2005.

P.F.M. Verhaak, N. Hoeymans, A.A. Garssens, G.P. Westert. Mental health in the population and in general practice: 1987-2001. British Journal of General Practice: 55, 2005, nr. 519, p. 770-775.

R. Verkaik, A. Francke, M. Lahr, M. Zuidervaart. Huisbezoeken 'voorkom somberheid bij geheugenproblemen': handboek voor hulpverlener en mantelzorger. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

R. Verkaik, J.C.M. van Weert, A.L. Francke. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry: 20, 2005, p. 301-314.

Volgens berekeningen van de Gezondheidsraad wonen in Nederland ongeveer 180.000 mensen van 65 jaar en ouder die lijden aan dementie. De meesten van hen wonen nog thuis met hun partner en/of andere familieleden. Familieleden van dementerenden (zoals overigens voor iedere zwaar chronisch zieke patiënt) hebben een zware taak, waarbij weinig tijd en energie overblijft voor ontspanning. Uit onderzoek is bekend dat veel dementerenden en hun naaste familie last hebben van somberheid en dat tot 50% van hen zelfs aan een lichte of zware vorm van depressie leidt. Ook is bekend dat, door preventie van somberheid, de mantelzorgers het zorgen voor de persoon met dementie langer vol kunnen houden. Dit is niet alleen goedkoper voor de samenleving, maar ook plezieriger voor de patiënt. Het project is gebaseerd op het begeleidingsprogramma 'Behavior Therapy-Pleasant Events' dat in de Verenigde Staten op de dagbehandeling van ziekenhuizen wordt uitgevoerd. Onderzoeker Renate Verkaik: "In Nederland gaan de meeste mensen met dementie echter niet naar een vorm van dagopvang, zeker niet in de eerste fasen van de ziekte. Daarom hebben we het programma vertaald naar de Nederlandse thuiszorgsituatie."

Ook in Nederland is het in de zorg voor thuiswonende dementerenden nog helemaal niet gebruikelijk dat de hulpverlener op huisbezoek komt. Meestal worden er elders groepsbijeenkomsten georganiseerd. Ook de intake voor hulp vindt zelden thuis plaats. Verkaik: "Het voordeel van zo'n huisbezoek is dat de verpleegkundige de mensen samen ziet in hun huiselijke situatie. Dan krijg je een veel beter beeld van wat er voor zo'n koppel speelt. Ook komen deze mensen door schaamte en angst vaak niet zo gemakkelijk de deur meer uit." Bij deze huisbezoeken zijn de unieke mogelijkheden, voorkeuren en beperkingen van de persoon met dementie en diens naaste altijd het uitgangspunt voor de geboden hulp. Kortom: maatwerk.

De huisbezoeken zijn beschreven in twee handboeken: één voor de hulpverlener en één voor de mantelzorger. Ze worden samen in één ringband uitgegeven en kunnen ook worden gedownload op www.nivel.nl. In de handboeken staan onder andere ideeën voor plezierige activiteiten en tips hoe deze te realiseren zijn. De huisbezoeken kunnen gegeven worden door verpleegkundigen van thuiszorg- en GGZ-instellingen met ervaring in het begeleiden van mensen met dementie en hun mantelzorgers en kunnen worden ingepast in bestaande ketenzorgprogramma's voor deze doelgroep.

2.8 Lang niet altijd naar de huisarts vanwege vermoeidheid

Ruim een derde van de bevolking heeft last van ernstige of minder ernstige vermoeidheid, slechts 6% hiervan bespreekt de moeheidsproblemen met de huisarts.

Degenen die met moeheid naar de huisarts gaan, komen vaker dan gemiddeld bij de huisarts, ook vanwege andere gezondheidsklachten of chronische aandoeningen. Meestal gaat moeheid vanzelf over, maar soms wordt moeheid een belangrijk probleem: voor patiënten, voor artsen en voor de gezondheidszorg. Het aantal Nederlanders dat zich naar eigen zeggen vermoeid voelt is sinds 1987 toegenomen, en het aantal personen dat de huisarts consulteert in verband met moeheid is bijna verdubbeld sinds 1987. Er was weinig bekend over in hoeverre moeheid leidt tot huisartsenbezoek en de invloed daarvan op het beroep dat ze doen op de gezondheidszorg. Dit onderzoek geeft antwoord op deze vragen.

Niet iedereen die in een enquête een gezondheidsklacht rapporteert vindt deze klacht voldoende ernstig om mee naar de huisarts te gaan. Hoger opgeleiden en personen met betaald werk zeggen vaker dat zij moe zijn, maar gaan hiermee minder vaak naar de huisarts dan lager opgeleiden en personen zonder betaald werk.

Uit het onderzoek blijkt voorts dat mensen die de huisarts consulteren vanwege hun moeheid, twee keer zo vaak bij de huisarts komen als mensen die zeggen dat ze niet moe zijn. Hoe langer hun moeheid duurt, hoe vaker mensen in een jaar de huisarts consulteren voor allerlei klachten. Ongeveer 6% van degenen die met vermoeidheid de huisarts consulteren zijn drie maanden of langer moe en 3% is een half jaar of langer moe; zij komen tot twee tot drie keer zo vaak bij de huisarts als mensen die niet moe zijn. Dit betekent dat huisartsen elke week wel patiënten met deze klacht op hun spreekuur zien. Moeheid is geen geïsoleerd gezondheidsprobleem.

Wie moe zegt te zijn, heeft vaker een chronische ziekte, meldt meer gezondheidsklachten dan gemiddeld en heeft vaker een slechtere lichamelijke en geestelijke gezondheid. Mensen die met moeheid de huisarts consulteren komen ook vaker bij de huisarts in verband met andere gezondheidsklachten, zoals hoofdpijn of buikpijn. Uit het onderzoek bleek dat de kans op zelfrapportage van moeheid samenhangt met de leefsituatie (bijvoorbeeld het hebben van kinderen onder de 6 jaar), maar ook met voedingsgewoonten. Mensen die vaak en veel alcohol drinken en personen die regelmatig snacks tussen de maaltijden dooreten zeggen vaker dat zij moe zijn. Personen die meer dagen per week tenminste een half uur bezig zijn met fietsen, klussen, tuinieren, sporten of andere inspannende activiteiten zijn minder vaak moe dan zij die minder vaak inspannend bezig zijn.

2.9 Driekwart van de kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts

Driekwart van de kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts.

Door de toenemende vergrijzing staat de ouderenzorg tegenwoordig sterk in de belangstelling. Dit onderzoek laat zien dat de huisarts nog steeds ook een belangrijke

M. Cardol, J. Bensing, P. Verhaak, D. de Bakker. Moeheid: determinanten, beloop en zorg. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

A.M. Aalto, M. Heijmans, J. Weinman, A.R. Aro. Illness perceptions in coronary heart disease: sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. Journal of Psychosomatic Research: 58, 2005, nr. 5, p. 393-402.

M.W. van der Linden, L.W.A. van Suijlekom-Smit, F.G. Schellevis, J.C. van der Wouden. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: het kind in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

M. Cardol, P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker, P. Spreeuwenberg, L. van Dijk, W. van den Bosch. The shared help seeking behavior within families: a retrospective cohort study. British Medical Journal: 339, 2005, nr. 7496, p. 882-884.

rol heeft bij klachten en aandoeningen van kinderen. Het onderzoek geeft een up-to-date inzicht in de algemene gezondheidsproblemen bij kinderen, de problemen waarmee ze naar de huisarts gaan, de medicatie en de verwijzingen naar andere hulpverleners. Kortom: een rapport vol actuele referentiegegevens over de gezondheid van kinderen en de rol van de huisarts voor kinderen met gezondheidsproblemen. Het onderzoek is gebaseerd op interviews bij een aselechte steekproef van ruim 2700 kinderen jonger dan 18 jaar en op gegevens over contacten met de huisarts van bijna 80.000 kinderen gedurende één jaar.

3.1 Collectief aanbod nodigt uit tot wisselen van zorgverzekeraar

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

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

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

Ook onder de mensen die nog twijfelen, speelt bij meer dan een derde een aanbod voor een collectieve verzekering een rol. Van de twijfelaars zegt ongeveer de helft (49,6%) dat zij het aanbod van hun eigen verzekeraar weliswaar goed vinden, maar dat een andere zorgverzekeraar mogelijk een nog beter aanbod heeft. Andere redenen om te twijfelen zijn dat men ook een aantrekkelijk aanbod heeft ontvangen voor een collectieve verzekering (36,6% van de twijfelaars), dat men de premie te hoog vindt (27,3%), dat men de dekking te uitgebreid (13,5%) of juist te beperkt (6,4%) vindt.

Programmaleider Diana Delnoij concludeert over de redenen van mensen die echt

*D. Delnoij, E. van de Schee.
Collectief aanbod nodigt uit tot
wisselen van zorgverzekeraar.
www.nivel.nl (onderzoek uitge-
voerd in 2005)*

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

*E. van der Schee, D. Delnoij.
Door gebrekkige kennis over
no-claim wellicht minder huis-
artsenbezoek. Utrecht: NIVEL,
2005.*

van plan zijn om over te stappen of met deze gedachte spelen het volgende: “De motivatie om over te stappen lijkt vooral ingegeven door financiële overwegingen en niet door kwaliteitsverschillen. Consumenten twijfelen vooral wanneer zij een goedkoper collectief aanbod gekregen hebben.”

3.2 Huisartsen vragen patiënten vaker om toestemming voor een behandeling

In ruim 20% van de huisartsconsulten vraagt de huisarts de patiënt expliciet om toestemming voor een behandeling of een verrichting. In 1987 gebeurde dat maar in één procent van de consulten. Toch is het ook nu formeel nog steeds te weinig: volgens de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) moet een arts altijd toestemming vragen voor hij een geneeskundige handeling verricht. Voor het onderzoek zijn de patiëntenenquête en de observaties van op video opgenomen huisartsconsulten gebruikt van huisartspatiënten van 18 jaar en ouder (1787 consulten uit 2001 en 210 consulten uit 1987). De video-opnames zijn verzameld in het kader van de Eerste en de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

3.3 Bijna een kwart van de ziekenfondsverzekerden is niet op de hoogte van de invoering van de no claim regeling per 1 januari 2005.

Mensen zijn in beperkte mate op de hoogte van de invoering en de inhoud van de no claim regeling. In het Consumentenpanel Gezondheidszorg dacht 41% van de ziekenfondsverzekerden dat de huisarts onder de regeling valt. De misvatting van de consumentenpanelleden dat de no claim regeling ook geldt voor huisartsen kan -paradoxaal genoeg - het effect van de regeling versterken. De no claim regeling zou dus, door de gebrekkige kennis van verzekerden over de regeling, als onbedoeld effect kunnen hebben dat mensen minder snel naar de huisarts gaan. Dat weinig mensen op de hoogte zijn van de regeling kan ertoe leiden dat deze zijn uitwerking, zijnde aanzetten tot het maken van afwegingen rond zorggebruik, mist.

3.4 Past de zorgindicatie bij chronisch zieken?

Rond de 90% van de chronisch zieke cliënten is tevreden over de aansluiting tussen hun zorgbehoeften en de geïndiceerde zorg, en ook over de aansluiting tussen de geïndiceerde zorg en de verleende thuiszorg. De feitelijke aansluiting hiertussen is echter veel geringer: rond de 30%, respectievelijk 60%.

Uit het onderzoek bleek ook dat vrouwen en ouderen ‘risicogroepen’ vormen: zij hebben in de praktijk vaker een slechte aansluiting. Mantelzorgers zorgen ervoor dat het leeuwendeel van de zorgbehoeften van de cliënten bevredigd wordt, méér dan

de professionele thuiszorg. Toch lijken chronisch zieken de inzet van de mantelzorg onder te waarderen.

Het onderzoek toont aan dat er het nodige te verbeteren valt aan de feitelijke aansluitingen binnen de hele keten: van (thuis)zorg nodig hebben, via de indicatiestelling, tot aan het krijgen van thuiszorg toe. Toch lijken cliënten zelf in hoge mate tevreden. Het onderzoek is verricht door middel van telefonische interviews met 402 chronisch zieken, die een indicatie hadden voor thuiszorg. Daarnaast zijn de indicatiebesluiten en thuiszorgdossiers van deze cliënten gescreend. Ook zijn de indicatieorganen, thuiszorgorganisaties en zorgkantoren via een schriftelijke enquête ondervraagd.

3.5 Ongelijke kansen voor chronisch zieken

Ruim 40% van de chronisch zieken geeft aan dat zij maatschappelijk niet zo kunnen functioneren als zij zouden willen. Problemen op het gebied van werk worden als het meest ernstig ervaren. Maar één op de drie chronisch zieken in de leeftijd van 15-65 jaar heeft een betaalde baan, terwijl dat in de algemene bevolking twee op drie is. Sinds 1 december 2003 geldt de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (WGBH/CZ). Die wet zegt dat mensen met een chronische ziekte of handicap gelijke kansen moeten hebben op werk, beroepsonderwijs en openbaar vervoer. Het onderzoek laat nu zien dat er nog veel werk te verzetten valt. Ondanks diverse maatregelen van de overheid om de arbeidsdeelname van chronisch zieken te ondersteunen, is het percentage dat betaald- of vrijwilligerswerk verricht sinds 2001 niet gestegen.

Bijna 60% van de chronisch zieken ervaart problemen op het gebied van werk en onderwijs. Zij worden belemmerd door lichamelijke beperkingen, pijn, doordat ze niet goed kunnen lopen, of doordat ze snel moe worden. Werkgevers kunnen daar bijvoorbeeld wat aan doen door het aanpassen van de werkplek, en door ze andere taken en meer rustpauzes te geven. Ook zouden ze meer deeltijdbanen kunnen creëren. Iemand die een paar uur per dag wordt behandeld krijgt dan toch de kans om te werken.

Meer dan de helft van de chronisch zieken geeft daarnaast aan dat ze niet kunnen gaan en staan waar ze willen. Oudere chronisch zieken hebben vooral moeite om zich te verplaatsen in en om het huis. Het percentage dat daarvoor een hulpmiddel bezit blijft ver achter bij het percentage dat beperkingen ervaart. Zo heeft maar ongeveer één op de tien chronisch zieke 65-plussers een loophulpmiddel, terwijl 50 tot 80% moeite heeft met lopen. Onderzoeker Monique Heymans: "Huisartsen en specialisten zouden alerter moeten zijn op de behoefte aan hulpmiddelen." Dat geldt

M. Algera. All you need is... home care: matches between home care needed, indicated and delivered: a study among chronic patients. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005. (Proefschrift Universiteit Maastricht)

M.J.W.M. Heijmans, P. Spreewenberg, P.M. Rijken. Patienten Panel Chronisch Zieken: kerngegevens maatschappelijke situatie 2004. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

P.F.M. Verhaak, M.J.W.M. Heijmans, L. Peters, M. Rijken. Chronic diseases and mental disorder. Social Science & Medicine: 60, 2005, nr. 4, p. 789-797.

overigens voor alle 65-plussers, aangezien boven de 65 chronisch zieken en mensen uit de algemene bevolking nauwelijks verschillen in de mate waarin zij beperkingen ervaren.

3.6 Meeste astma- en COPD patiënten vinden huisarts deskundig

Zo'n 70% van mensen met astma of COPD zei in 2002 dat hun huisarts voldoende deskundig was over hun eigen aandoening, 30% vond die deskundigheid onvoldoende. Astma en COPD-patiënten zijn daarmee bijna net zo tevreden over hun huisarts als de algemene bevolking. Samen met mensen met diabetes denken ze gunstiger over de deskundigheid van de huisarts dan mensen met kanker, neurologische aandoeningen, spijsverteringsaandoeningen chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, en overige chronische aandoeningen. Van deze andere groepen chronisch zieken vindt minder dan de helft dat de huisarts specifieke deskundigheid over hun eigen aandoening bezit. De mensen met astma en COPD zijn zowel vergeleken met andere groepen chronisch zieken als met de algemene bevolking.

Uit het onderzoek blijkt dat er volgens mensen met astma en COPD ook nog wel wat te verbeteren valt aan de huisartsenzorg die zij krijgen:

- Een ruime meerderheid zegt dat hun huisarts geen afspraken met ze gemaakt heeft over wat zij moeten doen in geval van nood. Dergelijke afspraken kunnen met het oog op zelfzorg wel van groot belang zijn. Mensen met astma en COPD vinden het ook erg belangrijk dat die afspraken worden gemaakt.
- Een deel zegt dat de huisarts er steeds minder goed voor zorgt dat zij, indien nodig, binnen twee weken bij een specialist terecht kunnen.
- Een deel zegt dat de huisarts minder goed telefonisch bereikbaar is geworden. 90% van de mensen met astma en 95% van de mensen met COPD heeft minstens eenmaal per jaar contact met de huisarts. Bij de algemene bevolking (vanaf 15 jaar) is dit 76%.

Het onderzoek is verricht door middel van schriftelijke enquêtes onder een representatieve groep van 400 mensen met astma en 400 mensen met COPD. Hoe astma- en COPD-patiënten de kwaliteit van de huisartsenzorg ervaren wordt gemeten met de QUOTE-vragenlijst (Quality of care through the patients eyes). Over het proces van zorgverlening door de huisarts en de organisatie van de huisartsenzorg zijn aan de leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten 20 uitspraken voorgelegd waarvan zij konden aankruisen in hoeverre zij het daarmee eens waren. De uitkomsten werden vergeleken met de ervaringen van de gehele bevolking (vanaf 12 jaar) zoals bekend uit de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.

M.J.W.M. Heijmans, P. Spreewenberg, P.M. Rijken. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD: trends en ontwikkelingen over de periode 2001-2004. Utrecht: NIVEL, 2005.

4.1 Adviesgesprek over erfelijke kanker sluit nog onvoldoende aan bij de behoefte van de cliënt

Mensen die erfelijkheidsadvies vragen omdat er kanker in hun familie voorkomt, willen in het eerste consult vooral informatie over het risico op kanker dat zijzelf of hun familieleden lopen. Cliënten krijgen veel informatie van de adviesgever (klinisch geneticus of genetisch consulent), maar hoe zij zelf hun risico op kanker inschatten wordt slechts in 15% van deze consulten besproken.

Doel van erfelijkheidsadvisering is cliënten voorlichten over de mogelijke risico's die zij lopen, zodat zij goed geïnformeerd kunnen kiezen voor preventiemogelijkheden die het best bij hen passen, bijvoorbeeld het laten doen van DNA-onderzoek of het opstarten van extra controles naar kanker.

Pieterse: "Zo'n eerste adviesgesprek duurt zo'n drie kwartier en is vaak eenrichtingsverkeer. De adviesgever probeert er lang niet altijd achter te komen of de informatie wel aankomt bij de cliënt en aansluit bij diens behoeftes en ideeën. Er wordt nauwelijks gepraat over wat de cliënt zelf denkt dat het risico op kanker is." Na het eerste gesprek hadden de cliënten aanzienlijk meer kennis en waren ze duidelijk minder angstig. In het algemeen waren zij tevreden over de mate waarin aan hun behoefte was voldaan.

Uit het onderzoek van Pieterse blijkt ook dat niet alle cliënten voorafgaand aan het adviesgesprek evenveel behoefte zeggen te hebben aan emotionele steun. Na afloop zijn veel van hen echter toch niet helemaal tevreden over de emotionele steun die ze hebben gekregen. Arwen Pieterse: "Zo'n gesprek maakt blijkbaar meer angst en emoties los dan men vooraf inschat. Ook hier vraagt de adviesgever niet altijd naar." Het onderzoek is uitgevoerd onder 200 cliënten die als eerste van hun familie verwezen waren voor erfelijkheidsadvisering in verband met kanker naar de afdeling Medische Genetica van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht). Het onderzoek is verricht door middel van video-opnames en vragenlijsten bij 200 volwassenen, waarvan ruim de helft (56%) zelf geen kanker had of had gehad. Kanker is, na hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. Bij ongeveer 5% van veel voorkomende vormen van kanker, zoals borst- en darm-

A.H. Pieterse. Counselees' needs and their reflection in cancer genetic counselling: an analysis of the initial consultation = Behoeften van adviesvragers en de weerspiegeling tijdens erfelijkheidsadvisering vanwege erfelijke kanker. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2005. (Proefschrift universiteit Utrecht)

kanker, speelt erfelijke aanleg een grote rol. Door de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van DNA-onderzoek is het steeds vaker mogelijk de mogelijke aanleg voor het krijgen van kanker te onderzoeken.

4.2 Terminale Turkse en Marokkaanse patiënten gebruiken nauwelijks thuiszorg

Bijna de helft van de huisartsen die een terminale Turkse of Marokkaanse patiënt niet naar de thuiszorg heeft verwezen, heeft daar achteraf spijt van. De huisartsen denken dat thuiszorg de mantelzorgster ontlast zou hebben en dat de verzorging van de stervende beter zou zijn verlopen.

Turkse en Marokkaanse terminale patiënten krijgen maar zelden thuiszorg. Bijna altijd is de, soms maandenlange, zorg voor de stervende in handen van één vrouwelijke familielid. Die raakt daardoor vaak overbelast.

Huisartsen en thuiszorgmedewerkers zien taal- en cultuurbarrières als oorzaak voor het karige thuiszorggebruik. Naasten van de stervenden geven aan dat hun voorkeur voor zorg door de eigen familie de belangrijkste barrière is. Onderzoeker Fuusje de Graaf: “Huisartsen, transferverpleegkundigen en indicatiestellers zouden niet direct van zorg af moeten zien als de Turkse en Marokkaanse mannen zeggen dat thuiszorg niet nodig is. Ze moeten eerst bekijken of de vrouw die de zorg gaat geven daarbij misschien ondersteuning nodig heeft om de patiënt waardig te verzorgen en te voorkomen dat zij zelf overbelast raakt.” Wanneer er wel thuiszorg is, zijn bijna alle huisartsen, tweederde van de betrokken thuiszorgmedewerkers en driekwart van de thuiszorgcliënten tevreden over die zorg. Wel vindt 70% van de huisartsen en bijna 60% van de thuiszorgmedewerkers het moeilijk om met Turkse en Marokkaanse patiënten en hun naasten afspraken te maken over de benodigde zorg in de terminale fase, omdat het in die families niet gebruikelijk is het naderende einde met de patiënt te bespreken. De helft van de thuiszorgmedewerkers en huisartsen vindt het daarbij moeilijk om in te spelen op de manier waarop in Turkse en Marokkaanse families de taken verdeeld zijn tussen mannen en vrouwen.

4.3 Mantelzorger verdwaalt in hulpmiddelenwereld

Mantelzorgers zijn niet altijd op de hoogte van het bestaan van hulpmiddelen die zij goed zouden kunnen gebruiken bij het verzorgen van hun naasten. Hierdoor komen zij niet altijd zelf op het idee om een voor hen geschikt hulpmiddel te gebruiken. Ook weten zij niet altijd waar een bepaald hulpmiddel te krijgen is of hoe zij het vergoed kunnen krijgen.

Dat komt onder andere doordat de informatie over hulpmiddelen versnipperd is over tal van hulpverleners en instanties. Hierdoor worden hulpmiddelen soms niet of te

F.M. de Graaff, T.J. van Hasselt, A.L. Francke. Thuiszorg voor terminale Turkse en Marokkaanse patiënten: ervaringen en opvattingen van naasten en professionals. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

A.L. Francke, D.L. Willems. Terminal patients' awareness of impending death: the impact upon requesting adequate care. Cancer Nursing: 28, 2005, nr. 3, p. 241-247.

laat aangevraagd, of voldoen ze bij nader inzien niet in de specifieke situatie, zodat ze uiteindelijk niet gebruikt worden. Ook ontbreekt de instructie bij en de nazorg na aflevering van een hulpmiddel vaak.

Dit blijkt uit onderzoek waarin belemmerende factoren voor het gebruiken van hulpmiddelen door mantelzorgers en oplossingen daarvoor werden geïnventariseerd. Naar aanleiding van het onderzoek is een overzicht gemaakt van een aantal websites waar informatie over hulpmiddelen voor mantelzorgers te vinden is.

Uit het onderzoek bleek ook dat zorgverleners die hulpmiddelen voorschrijven soms zelf onvoldoende op de hoogte zijn van de vele mogelijkheden op dat gebied. Ook voelen ze zich niet altijd automatisch verantwoordelijk voor het begeleiden van de keuze voor het meest bruikbare hulpmiddel, voor de daadwerkelijke aanvraag of aanschaf, of voor het juiste gebruik. Onderzoeker Chantal Leemrijse:

“In veel gevallen moet het initiatief voor het krijgen van het juiste hulpmiddel van de mantelzorger en diens naaste komen. Die moeten zich dan ook vooral niet te bescheiden opstellen.”

Er zijn enkele hulpmiddelen die bijna iedereen wel kent, zoals het hoog/laag bed, of de beugels aan de muur van het toilet of de douche. Maar de ‘drempelhulp’ (een schuin oplopend plaatje, van bijvoorbeeld hout of aluminium, waardoor een rollator of rolstoel gemakkelijk over drempels kan rijden) is onbekend bij 62% van de mantelzorgers. Van het ‘belmatje’ (dat zorgt dat er een bel gaat als de cliënt uit bed stapt) heeft ruim 80% van de mantelzorgers nog nooit gehoord.

4.4 Huisarts omarmt sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

Huisartsen dragen patiënten met psychische problemen steeds vaker ter consultatie over aan een in de huisarts-praktijk gedetacheerde sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Zo’n consultatie is een tijdelijke behandeling met de bedoeling een behandeladvies te krijgen waar de huisarts mee verder kan. SPV-en verzorgen inmiddels ongeveer tweederde tot driekwart van de consultaties. Huisartsen verwijzen steeds minder mensen ter consultatie naar een psychiater of psycholoog. Dat betekent dat de subsidieregeling van het Ministerie van VWS, ter bevordering van dit soort consultaties in de eerstelijnszorg, succes gehad heeft. 70% van de consultatieve projecten die met deze subsidie werden gefinancierd zullen dan ook worden voortgezet als reguliere zorg, vergoed door de zorgverzekeraars.

In 1997 constateerde de Minister van VWS dat het aantal hulpvragen op het gebied van psychische problematiek toenam. Het beleid is sindsdien gericht op een sterkere, meer samenhangende eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarbij patiënten sneller de zorg krijgen die zij nodig hebben. Sinds 1999 wordt als onderdeel van

J. Bos, C. Leemrijse. ‘Help de informele hulp’: een inventarisatie van belemmerende factoren voor het gebruiken van hulpmiddelen door mantelzorgers en oplossingen daarvoor. Utrecht: NIVEL, 2005.

P.F.M. Verhaak, J. Groenendijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw, C. van der Veen. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2000-2004). Utrecht: NIVEL, 2005.

dit beleid, via de regeling Consultatiegelden, jaarlijks geld beschikbaar gesteld door VWS om consultatie-initiatieven te subsidiëren in de vorm van projecten. Vanuit de gedachte dat de consultatie vooral gericht moet zijn op meer opvang van psychische problemen in de eerstelijns GGZ een pluspunt. In de beginperiode van de regeling was het percentage verwijzingen bijna een derde van alle eerste contacten, drie jaar later is dat gedaald tot minder dan 20%. In het onderzoek werd gebruik gemaakt van de registratie van ongeveer 100.000 consultatieve contacten en enquêtes onder projectleiders van ongeveer 100 projecten.

4.5 Ergotherapie nuttig bij reuma en na beroerte

Mensen die door reuma of na een beroerte moeite hebben met gewone dagelijkse handelingen, zoals zich aankleden, werken of hun hobby beoefenen, hebben baat bij ergotherapie. Door die handelingen te trainen, aan te passen of te vereenvoudigen, worden ze minder afhankelijk van de hulp van anderen. Bovendien is de kans op vereenzaming minder groot, doordat ze hun vroegere activiteiten weer oppakken. Aan de hand van een literatuurstudie is de effectiviteit van ergotherapie onderzocht bij ouderen, bij reuma-patiënten, bij mensen die een beroerte hebben gehad, en bij patiënten met een progressieve neurologische aandoening (zoals Parkinson, multiple sclerose, of de ziekte van Huntington) en kinderen met spasticiteit (cerebrale parese).

Ergotherapie wordt voorgeschreven bij patiënten die door een meestal chronische aandoening moeite hebben met hun gewone dagelijkse bezigheden. Van bijvoorbeeld de 32.000 mensen die jaarlijks in Nederland een beroerte krijgen, heeft na een jaar 66% van de overlevenden problemen met zelfstandig functioneren. Driekwart van de overlevenden heeft problemen met een zinvolle tijdsbesteding.

De ergotherapeut kijkt dan wat de patiënt belangrijk vindt: wat wil hij of zij weer kunnen doen? Samen met de patiënt wordt er gezocht naar oplossingen om die alledaagse handeling weer mogelijk te maken. De aanpak kan bestaan uit het opnieuw leren om iets te doen, leren om iets op een andere manier te doen, of leren om hulpmiddelen erbij te gebruiken. Wat mensen belangrijk vinden is uiteraard heel divers. “Het kan gebeuren dat je met iemand de keuken in gaat om ze opnieuw te leren een ei te bakken, of dat je met iemand gaat oefenen hoe hij of zij weer les kan gaan geven”, vertelt Steultjens.

Nederland telt ongeveer 2.500 ergotherapeuten. Onbekend was echter welke patiëntengroepen baat hebben bij hun werkzaamheden en welke aanpak het meest effectief is. Uit het promotie-onderzoek van Steultjens komt nu naar voren dat ergotherapie

effectief blijkt te zijn bij ouderen, bij reuma-patiënten, en bij mensen die een beroerte hebben gehad. Meer in het bijzonder blijkt dat aanwijzingen voor het zo min mogelijk belasten van gewrichten, zoals het met twee handen optillen van een kopje, het meeste effect hebben bij reuma. Bij dementie en na een beroerte blijkt vooral strategietraining effectief: zorg er bijvoorbeeld voor dat je alles wat je voor een bepaalde activiteit nodig hebt alvast op volgorde klaarlegt. Bij ouderen blijken ook advies en instructie over het gebruik van hulpmiddelen, zoals steunen op het toilet, en bewustmaking van onveilige situaties erg belangrijk. Er zijn nog geen uitspraken te doen over de effectiviteit van ergotherapie bij patiënten met progressieve neurologische aandoeningen en kinderen met spasticiteit. Daarvoor is er ofwel nog te weinig onderzoek gedaan, of zijn de beschikbare studies van een te slechte kwaliteit. De aanbeveling die uit het promotieonderzoek naar voren komt is dan ook om te gaan bekijken welke specifieke aanpak het meest effectief is bij die patiëntengroepen.

4.6 Probleemkinderen krijgen nauwelijks professionele hulp

Van kinderen (4-11 jaar) met emotionele problemen en gedragsproblemen komt maar 15% terecht bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals de RIAGG of de kinderpsychiatrie. Kinderen die wel hulp van de professionele GGZ krijgen, zijn daar vaak terechtgekomen via de school.

Dit blijkt uit onderzoek door Marieke Zwaanswijk, naar de wegen die kinderen en jongeren moeten afleggen om hulp te krijgen bij psychische problemen. Zwaanswijk is op 13 mei 2005 op haar onderzoek gepromoveerd aan de Universiteit Utrecht. Al langer is bekend dat twintig procent van de kinderen in Nederland emotionele of gedragsproblemen heeft, 7% heeft die zelfs in ernstige mate. Hoewel zulke problemen het functioneren thuis en op school ernstig kunnen belemmeren, maakt maar een kleine minderheid van de kinderen gebruik van de professionele geestelijke gezondheidszorg. Zwaanswijk onderzocht hoe dit komt.

Sommige ouders blijken in staat te zijn om zonder hulp van buitenaf de problemen van hun kind het hoofd te bieden. Maar in ongeveer de helft van de gevallen, redden de ouders het niet alleen. Toch krijgen veel van deze ouders geen hulp bij de problemen van het kind, ofwel omdat ze zelf niet aan de bel trekken, of omdat anderen, zoals de school of de huisarts, niet op de hulpvraag ingaan. Maar 13% van de ouders klopt aan bij de huisarts. Ruim een kwart doet een beroep op de leerkracht of op familieleden en vrienden.

Uit het onderzoek blijkt dat de school en aan school gerelateerde hulpverleners (zoals schoolartsen en schoolpsychologen) een belangrijke rol spelen bij het herken-

E.M.J. Steultjens, Efficacy of Occupational Therapy the state of the art. NIVEL, 2005.(Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam)

Lees ook;

M.J. Steultjens, J. Dekker, L.M. Bouter, C.J. Leemrijse, C.H.M. van den Ende. Evidence of the efficacy for occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clinical Rehabilitation: 19, 2005, nr. 3, p. 247-254.

M. Zwaanswijk. Pathways to care: help-seeking for child and adolescent mental health problems = Wegen naar zorg: het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen. Utrecht: NIVEL, 2005. (Proefschrift Universiteit Utrecht)

nen en het doorverwijzen van kinderen naar de gespecialiseerde geestelijke hulpverlening. Dit is vooral het geval voor kinderen in de basisschoolleeftijd. De huisarts blijkt nauwelijks een rol te spelen in dit proces. Dat komt omdat ouders niet de neiging hebben om de psychische problemen van hun kind bij de huisarts op tafel te leggen. Als zij naar de huisarts gaan, is dat meestal vanwege lichamelijke problemen. Dit maakt het voor de huisarts lastig om psychische problemen als zodanig te herkennen. Slechts een op de zeven kinderen en een op de acht adolescenten die volgens hun ouders of leerkrachten emotionele problemen of gedragsproblemen hadden, kreeg ook een psychologische diagnose van de huisarts. Zwaanswijk onderzocht ook hoe het zit met de professionele psychische hulp voor jongeren (12-17 jaar) met emotionele en gedragsproblemen. In het hulpzoekproces van jongeren met problemen als angst, depressie en teruggetrokkenheid, is de rol van de school niet zo groot, terwijl de rol van de huisarts hier iets meer uitgesproken is. Het onderzoek van Zwaanswijk is verricht voordat de recente hervormingen in de jeugdgezondheidszorg plaatsvonden. Na invoering van de Wet op de Jeugdzorg per 1 januari 2005 verwijst in principe niet langer de huisarts, maar het Bureau Jeugdzorg kinderen naar de GGZ. Het is nog niet bekend wat voor invloed deze wet heeft op het zoeken en vinden van hulp door (ouders van) kinderen met psychische problemen.

4.7 Palliatieve zorg blijft groeien

Het aantal palliatieve terminale zorg (PTZ)-voorzieningen in Nederland (hospices, bijna-thuis-huizen en palliatieve units in verpleeg- verzorgingshuizen) groeit nog steeds. Ook maken steeds meer patiënten er gebruik van. Er waren in 2004 190 PTZ-voorzieningen, in 2005 waren dat er 250 met minstens 800 bedden. Daarnaast zijn er nog zeker zo'n 50 PTZ-voorzieningen in oprichting. Er is nu ook een landelijk dek-kend aanbod van consultatievoorzieningen waar zorgverleners een beroep op kunnen doen voor advies omtrent palliatieve zorg bij specifieke patiënten. Dat blijkt uit het tweede van een reeks jaarlijkse monitoronderzoeken. Het onderzoek volgt gedurende drie jaar het aanbod, het gebruik, de organisatie en de financiering van de palliatieve terminale zorgvoorzieningen, de consultatievoorzieningen, en de afdelingen palliatieve zorg bij de Integrale Kankercentra. De gegevens worden verzameld door op drie momenten - voorjaar 2004, 2005 en 2006 - schriftelijke vragenlijsten te sturen aan deze instellingen. Vanaf de jaren '90 nam de maatschappelijke en politieke belangstelling voor palliatieve zorg aan terminale patiënten sterk toe. Belangrijke redenen hiervoor waren de

vergrijzing van de bevolking en de toegenomen aandacht voor menswaardig sterven. Sinds medio jaren '90 voert het Ministerie van VWS een stimuleringsbeleid op het terrein van palliatieve zorg. Mede daardoor is de palliatieve zorg in een stroomversnelling geraakt. Het palliatieve zorglandschap in Nederland is nog volop in ontwikkeling. Mensen die terminaal ziek zijn en niet thuis kunnen of willen worden verzorgd, kunnen voor palliatieve terminale zorg terecht in een hospice of 'bijna-thuis-huis' of een palliatieve unit in een verpleeg- of verzorgingshuis. Hier worden niet alleen lichamelijke klachten als pijn, kortademigheid, of obstipatie bestreden, mensen worden ook begeleid bij het afscheid nemen van het leven en hun dierbaren, en er is aandacht voor levensbeschouwelijke vragen als 'Heb ik het allemaal wel goed gedaan?'.

In 2004 zijn ca. 5000 mensen overleden in een PTZ-voorziening. Dat is ca. 7% van het geschatte aantal mensen dat jaarlijks mogelijk behoefte heeft aan palliatieve zorg. Het gemiddelde bezettingspercentage in PTZ-voorzieningen was in 2004 circa 63%, maar met grote variatie tussen instellingen. Net als in 2004 valt ook in 2005 op dat de PTZ-voorzieningen ongelijkmatig verspreid zijn over het land. Het percentage PTZ-voorzieningen dat financiële problemen heeft is in 2004 gedaald van 75% naar 56%. Vooral de 'bijna thuis huizen' en hospices, die als zelfstandige organisaties opereren hebben financiële problemen. De regionale consultatievoorzieningen palliatieve zorg, waar professionals een beroep op kunnen doen als ze advies willen omtrent palliatieve zorg bij specifieke patiënten, krijgen steeds duidelijker vorm. In 2004 zijn bijna 6000 consultaties verleend.

Ook de afdelingen palliatieve zorg van de Integrale Kankercentra die vanaf 1 januari 2004 actief zijn, ondernemen volop activiteiten, onder andere op het gebied van deskundigheidsbevordering. Het aantal professionals dat deelneemt aan activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering (zoals congressen, themabijeenkomsten en symposia, cursussen, intervisie) is toegenomen in 2004. De afstemming tussen de Integrale Kankercentra en de al bestaande Netwerken Palliatieve Zorg is een punt van aandacht.

4.8 Videonetwerken in de thuiszorg, de eerste peiling

Het inzetten van audiovisuele verbindingen tussen thuiszorgkantoor en het huis van de cliënt (videonetwerken) is een goed en kansrijk initiatief, mits dat gebeurt in overleg met de cliënt en mits er duidelijke gebruiksinstructies zijn.

Zorg via een videonetwerk is in de meeste gevallen aanvullend op de reguliere zorg thuis (face-to-face contact).

Om de voortgang van de invoering van videonetwerken in de thuiszorg te volgen

P. Mistiaen, T. van Hasselt, A.L. Francke. Monitor palliatieve zorg: rapport 2005. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

A.L. Francke, D.L. Willems. Terminal patients' awareness of impending death: the impact upon requesting adequate care. Cancer Nursing: 28, 2005, nr. 3, p. 241-247.

J.T. Bos, D.M. de Jongh, A.L. Francke. Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg: verslaglegging van de eerste peiling. Utrecht: NIVEL, 2005.
Lees ook;
Desan, Instituut Werk en Stress, NIVEL, TNO Management Consultants. Brancherapport: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PriceWaterhouseCoopers, 2005.

is een monitorstudie uitgevoerd. Deze werd in het eerste monitorjaar gesubsidieerd door het Ministerie van VWS en de WoonzorgStimuleringsregeling. Dit eerste monitorjaar zijn de voortgang en stand van zaken van de invoering van videonetwerken binnen vijf thuiszorgorganisaties in Nederland onderzocht.

Uit het onderzoek blijkt dat de invoering van videonetwerken in dit prille stadium om verschillende redenen nog moeizaam is. Ten eerste zijn er technische problemen waar alle thuiszorgorganisaties tegenaan lopen, zowel met reeds geïnstalleerde apparatuur als met nieuw aan te schaffen en te installeren apparatuur. Daarnaast wordt het videonetwerk op dit moment nog voornamelijk gebruikt voor kortdurende contacten op vaste momenten geïnitieerd door de zorgcentralist. De onderzoekers verwachten dat na verloop van tijd de technische problemen overwonnen zullen zijn en dat cliënten dan zelf contact zullen zoeken met de zorgcentralist.

Videonetwerken in de thuiszorg zijn audiovisuele computerverbindingen waarmee thuiszorgcliënten via camera en beeldscherm (tv of computer) vanuit hun eigen huis contact kunnen hebben met medewerkers van de zorgcentrale van de thuiszorg ('zorgcentralisten') elders. De cliënt kan daarmee zelf verbinding maken, 24 uur per dag. Bij sommige systemen kan de zorgcentralist ook contact opnemen met de cliënt. Wanneer deze de oproep beantwoordt komt het daadwerkelijke contact tot stand. De thuiszorg staat onder druk: door de toenemende vergrijzing neemt de vraag naar zorg toe, terwijl tegelijkertijd het aanbod aan zorg gelijk blijft of afneemt. Het ontwikkelen en inzetten van videonetwerken voor thuiszorgcliënten kan bijdragen aan het handhaven van een goede kwaliteit en kwantiteit van de (thuis)zorg in de toekomst. Contact via het videonetwerk kan gedeeltelijk het huisbezoek door de verpleegkundige van de thuiszorg vervangen en daardoor het zorggebruik verminderen.

5.1 NIVEL zoekt nieuwe wegen ter verbetering van therapietrouw

Waarom neemt ongeveer de helft van de mensen die medicijnen moeten gebruiken, deze medicijnen niet vaak genoeg of niet op de juiste manier in? Waarom is dat zo moeilijk te beïnvloeden? Welke individuele aanpak helpt bij welke individuele patiënt? Welke aanpak helpt helemaal niet? Kan de patiënt zelf een grotere rol krijgen bij een trouwer medicijngebruik?

Het NIVEL is in opdracht van ZonMw bezig met de afronding van een grootschalig onderzoek naar therapietrouw. Therapietrouw is wereldwijd een probleem van grote omvang. Door het niet opvolgen van therapeutische adviezen, krijgen vele patiënten niet de maximale effecten van hun behandeling, wat nadelige gevolgen heeft voor hun kwaliteit van leven en gezondheidstoestand. Ook al wordt dit probleem reeds lang onderkend en is het onderwerp van vele interventiestudies, de resultaten van deze studies zijn over het algemeen vrij teleurstellend. Een probleem in het vele onderzoek naar therapietrouw is de gebrekkige theoretische onderbouwing van veel interventies. Bovendien lijken de huidige theorieën ontoereikend om therapietrouw te beïnvloeden. Nieuwe invalshoeken zijn nodig en nieuwe wegen waarin patiënten zelf een veel belangrijker plaats krijgen dan tot op heden het geval is. Het therapietrouw-onderzoek bestaat uit een theoretisch en een empirisch deel. In het theoretische deel worden de resultaten van 15 jaar onderzoek naar therapietrouw op een rijtje gezet. Dit onderzoek is een 'review van reviews'. De resultaten zullen gebaseerd zijn op ruim 1300 klinische trials naar de effectiviteit van maatregelen of interventies om therapietrouw te vergroten. Voorjaar 2006 worden de resultaten gepubliceerd. Het onderzoek kan leiden tot - hopelijk veelbelovende - vernieuwingen in de theorie en de praktijk van het therapietrouw-onderzoek. Over deze vernieuwingen zal (de komende maanden) eerst de mening van een groot aantal internationale therapietrouw-experts worden gevraagd. Het uiteindelijke doel van het theoretische deelonderzoek is te bepalen welke interventies effectief zijn om therapietrouw te verbeteren (evidence based) en welke interventies bewezen ineffectief zijn. Ruim de helft van de interventies heeft namelijk geen effect en is in feite een verspilling van tijd, geld en moeite. Dat blijkt uit de eerste resultaten van ons onderzoek.

NIVEL. NIVEL zoekt nieuwe wegen ter verbetering van therapietrouw. www.nivel.nl, 2005. Actueel bericht van 23 november 2005.

R.M.A. van Nispen, A.P.A. van Beek, C. Wagner. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek: deelrapport I. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P. Spreeuwenberg, J.M. Bensing, M.W. Ribbe. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. International Psychogeriatrics: 17, 2005, nr. 3, p. 407-425.

5.2 Verpleeghuisbewoner wil nog veel meer dan op tijd naar wc

Bewoners van verpleeg- en verzorghuizen willen zelf beslissen wanneer ze douchen en naar de wc gaan. Maar net zo belangrijk voor hun kwaliteit van leven zijn de contacten met kinderen en familie, en een zinvolle dagbesteding. Ook hieraan zou binnen de zorginstelling aandacht moeten worden besteed, om tegemoet te komen aan de wensen van de bewoners.

Aan 174 bewoners van vijf zorginstellingen is gevraagd wat zij belangrijk vinden in hun leven. De uitkomsten van het onderzoek zijn gebruikt bij de ontwikkeling van het visiedocument ‘Op weg naar normen voor Verantwoorde zorg’ dat Arcares begin juni samen met andere organisaties presenteerde.

Uit het onderzoek komt naar voren dat bewoners van verpleeghuizen meer inspraak willen hebben in hun dagindeling. Ze zijn vaak afhankelijk van de verzorgenden bij het opstaan, wassen, toiletbezoek, het eten van maaltijden, en het naar bed gaan. Onderzoeker Sandra van Beek: “De wensen van de bewoners zijn heel divers, maar de zorg is uniform. Nu staat er vaak op een lijst: dinsdag om kwart voor acht wordt u gewassen.” Ook vinden bewoners de woonruimte vaak te klein, en hebben ze moeite met het gebrek aan privacy wanneer ze hun kamer moeten delen met een ander. Familie, en met name kinderen en kleinkinderen zijn heel belangrijk voor de meeste bewoners. Mensen zonder kinderen, of van wie de kinderen niet vaak genoeg langskomen, voelen zich vaak eenzaam, zeker als zij geen aansluiting vinden bij hun medebewoners. Een van de ondervraagde bewoners van een verzorgingshuis zei bijvoorbeeld: “De kinderen komen minder vaak dan toen ik nog thuis woonde. Ze denken zeker dat ik hier niet meer alleen ben...”. Van Beek: “Je haalt mensen weg uit hun vertrouwde omgeving, waardoor ook contacten met oude burens grotendeels wegvallen, en plaatst ze tussen andere oude – en vaak zieke – mensen. Dat gaat niet altijd zomaar goed, en daar moet je dus aandacht aan besteden.”

Bewoners vinden het dan ook belangrijk om hun familie goed te kunnen ontvangen wanneer zij dat willen, en zouden graag de mogelijkheid hebben om hun bezoek mee te kunnen nemen naar een aparte ruimte. Zeker mensen die een kamer moeten delen, hebben behoefte aan een plek om rustig met familie te kunnen praten. Informele contacten met verzorgenden spelen ook een belangrijke rol. Zo merkte een van de verpleeghuisbewoners op: “Soms is het fijn als iemand een arm om je heen slaat. De verpleging heeft hier veel voor je over. Ze leven echt met je mee. Laatst was ik een keer heel beroerd en toen kreeg ik een kus op mijn wang. Ze lieten mij voelen dat ze er echt 100 % voor me waren.”

Tenslotte zeggen bewoners nog steeds nuttig te willen zijn, en een betekenis te willen hebben voor anderen. “Veel mensen hebben het gevoel geen bijdrage meer te

leveren aan de maatschappij. Er is relatief weinig aandacht binnen de zorginstelling voor de sociale rollen die mensen vroeger speelden”, zegt van Beek. “Sommige bewoners maken zichzelf daarom nuttig door hun buurman/vrouw te helpen en nieuwe bewoners wegwijs te maken. Uit het onderzoek blijkt dat ouderen in het algemeen niet gewend zijn hun wensen duidelijk te uiten en dus niet snel zullen ‘overvragen’. Het is daarom van het grootste belang dat verzorgenden de wensen en behoeften van bewoners goed in kaart brengen om de zorg daarop te kunnen afstemmen.”

In de nieuwe normen voor Verantwoorde zorg, die door alle partijen onderschreven worden, wordt aandacht besteed aan deze cultuuromslag.

5.3 Patiënten willen betere follow-up

Patiënten zijn over het algemeen erg positief over de zorg die zij krijgen van artsen, verpleegkundigen en thuiszorginstellingen. Ze zijn echter minder goed te spreken over de aandacht die deze zorgverleners hebben voor wat er met hun patiënten gebeurt wanneer die de spreekkamer of het ziekenhuis hebben verlaten.

Het onderzoek is gebaseerd op 27 vanaf 1995 uitgevoerde Nederlandse studies onder in totaal 66.000 patiënten, waaronder verschillende groepen chronisch zieken. In al die studies is aan patiënten gevraagd wat hun ervaringen zijn met de gezondheidszorg in het algemeen, wat zij belangrijke aspecten van de zorg vinden en wat daarmee hun ervaringen zijn. De afzonderlijke studies lieten al zien wat er voor specifieke patiëntengroepen verbeterd zou moeten worden in de Nederlandse gezondheidszorg. Het NIVEL heeft hieruit een consistent beeld gestedilleerd van de zaken waar veel patiënten, ongeacht hun aandoening, tegenaan lopen. Hieruit blijkt dat onderstaande zaken, die volgens patiënten heel belangrijk zijn, vaak niet goed zijn geregeld:

- Eén op de drie patiënten vindt dat het na verwijzing door de huisarts te lang (langer dan 14 dagen) duurt voor ze bij een medisch specialist terecht kunnen.
- Een kwart van de mensen die na ontslag uit het ziekenhuis thuiszorg nodig hadden, zegt dat er op dat moment geen thuiszorg voor ze beschikbaar was.
- Een kwart van de chronisch zieken die verschillende medicijnen gebruiken, zegt dat hun arts niet met ze heeft gepraat over de vraag hoe je die verschillende medicijnen moet combineren.
- Ruim de helft van de chronisch zieken zegt dat hun huisarts of hun medisch specialist nooit met ze heeft gesproken over de vraag wat zij moeten doen in geval van nood.

M. Smit, R. Friele. De agenda van de patiënt. Utrecht: NIVEL, 2005.

*A. van der Putten, T. Wiegers.
Evaluatie van het functioneren
van het hielprikprogramma:
de neonatale screening op
phenylketonurie, congenitale
hypothyreoïdie en het adreno-
genitaal syndroom. Utrecht:
NIVEL, 2005.*

5.4 NIVEL evalueert hielprikprogramma

Het hielprikprogramma is een goed lopend en strak geregisseerd screeningsprogramma voor pasgeborenen. De betrokkenen zijn over het algemeen tevreden met de uitvoering van de screening. In Nederland worden pasgeborenen op drie aandoeningen getest: phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyreoïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS). Alledrie de aandoeningen kunnen, indien ze niet vroegtijdig onderkend en behandeld worden, levensbedreigend zijn en leiden tot de dood of tot ernstige verstandelijke en/of motorische beperkingen bij het kind.

De drie screeningen zijn gecombineerd in één screeningsprogramma: het zogenaamde 'hielprikprogramma'. Het doel daarvan is het vroegtijdig onderkennen en behandelen van de beschreven aandoeningen om de daarmee gepaard gaande gevolgen te verkleinen. De feitelijke uitvoering van de hielprik is per regio anders: in Gelderland en Zuid-Holland gebeurt het door verloskundigen en verloskundig-actieve huisartsen, in de drie Noordelijke provincies en in Zeeland door speciale screeningsmedewerkers, en in de rest van het land door medewerkers van de thuis- of kraamzorg, zoals wijkverpleegkundigen en kraamverpleegkundigen.

Voor het onderzoek werd een literatuurstudie verricht en zijn 14 interviews gehouden met vertegenwoordigers van de entadministraties, de screeningslaboratoria, de Landelijke Vereniging van Entadministraties (LVE) en TNO Kwaliteit van Leven. Daarnaast zijn 53 telefonische enquêtes afgenomen bij uitvoerenden en leidinggevendenden die betrokken zijn bij het hielprikprogramma. Door de coördinatoren van het programma wordt het ontbreken van een vergoeding voor de uitvoerenden als een bezwaar gezien, met name voor de zelfstandige beroepsbeoefenaren: de verloskundigen en huisartsen. Hierdoor hebben de entadministraties ook geen mogelijkheden tot sturing of tot het opleggen van sancties als de richtlijnen niet worden nageleefd. De uitvoerenden zijn over het algemeen erg gemotiveerd en betrokken. Over de voorlichting aan ouders verschillen ze van mening, zowel wat betreft de inhoud als wat betreft het tijdstip waarop die gegeven wordt. De uitvoerenden hebben zelf soms behoefte aan meer informatie, bijvoorbeeld over de uitslag van de screening, en hoe vaak een aandoening waarvoor gescreend wordt (in hun regio) eigenlijk voorkomt.

5.5 Van een goed verpleeghuis valt veel te leren

De ene verpleeg- of verzorgingshuisafdeling zorgt veel beter voor de demente ouderen die er wonen, dan de andere. Er zijn grote verschillen in veiligheid, sfeer en in de mogelijkheden voor bewoners om zich even terug te trekken (autonomie). Daardoor valt er veel te verbeteren.

Onderzoeker Sandra van Beek: “Hoe je woont in het verpleeg- of verzorgingshuis is heel belangrijk. Uit dit onderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn tussen zorginstellingen in kwaliteit van zorg. Gemiddeld scoren de onderzochte afdelingen in verzorgingshuizen beter dan afdelingen in verpleeghuizen, maar er zijn grote uitschieters in beide groepen: er zijn goede en minder goede afdelingen in verpleeghuizen, en goede en minder goede afdelingen in verzorgingshuizen. Niet alle verpleeg- en verzorgingshuizen beschikken echter over dezelfde randvoorwaarden, zoals de beschikbaarheid van goed opgeleid personeel, om de zorg optimaal aan te laten sluiten bij de behoeften van de bewoners.”

De bereidheid van de onderzochte afdelingen om van de goede afdelingen te leren blijkt echter groot. Eenderde van de afdelingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt, heeft naar aanleiding van speciaal voor hen georganiseerde best-practice bijeenkomsten, verbeteringen gepland of uitgevoerd.

Uit het onderzoek blijkt dat sfeer samenhangt met de drukte op de afdeling. Op afdelingen waar medewerkers een hoge werkdruk ervaren is de sfeer minder goed. Op alle onderzochte afdelingen wordt de sfeer als niet erg goed beoordeeld door de NIVEL onderzoekers.

De verschillen in geboden autonomie zijn grotendeels terug voeren op de bouw van de zorginstellingen. In verzorgingshuizen hebben bewoners vrijwel altijd hun eigen kamer/appartement. Op afdelingen in verpleeghuizen delen bewoners vaak de kamer met andere bewoners en zijn de kamerdeuren soms overdag afgesloten als de bewoners in de huiskamer verblijven. Hierdoor hebben bewoners vrijwel geen ruimte om zich terug te trekken. Ook kunnen mensen bij verhuizing naar een verpleeghuis maar weinig persoonlijke eigendommen meenemen.

Voor de veiligheid van bewoners is het belangrijk dat er altijd voldoende toezicht is; voor het gevoel van veiligheid van de bewoners is het belangrijk dat dat toezicht voor hen zichtbaar is. De veiligheid is met name in de namiddag minder goed op afdelingen in verpleeghuizen dan op afdelingen in verzorgingshuizen. Dit hangt gedeeltelijk samen met het moment van overdracht van de dag-dienst naar de avond-dienst. Tijdens die overdracht is het personeel niet voor de bewoners zichtbaar aanwezig. In verzorgingshuizen is de zorg vaak anders georganiseerd, bijvoorbeeld door het organiseren van een activiteit op dat tijdstip, waardoor er wel personeel zichtbaar aanwezig is.

Er blijken eveneens grote verschillen te bestaan in de gezondheidstoestand van bewoners voor wat betreft de aanwezigheid van decubitus, problemen met voedselinname en problemen in het psychosociaal welbevinden. Deze verschillen vallen echter grotendeels weg wanneer men corrigeert voor de zorgbehoefte van bewoners.

*A.P.A. van Beek, C. Wagner,
D.H.M. Frijters, P.M.M.
Spreeuwenberg, P.P. Groene-
wegen, M.W. Ribbe. Kwaliteit
van zorg voor ouderen met
psychogeriatrische problemen
in verpleeg- en verzorgingshui-
zen. Utrecht: NIVEL, 2005.*

Het onderzoek is uitgevoerd in verpleeg- en verzorgingshuizen in vier regio's: West-Brabant, Rotterdam, Amsterdam en de regio Stedendriehoek. Het onderzoek is uitgevoerd op 37 afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. De afdelingen bestonden uit gesloten afdelingen in verpleeg- en verzorgingshuizen en huiskamerprojecten in verzorgingshuizen. Per instelling kon één afdeling aan het onderzoek deelnemen. Bij het onderzoek waren 502 bewoners met psychogeriatrische problemen, 37 afdelingshoofden en 474 medewerkers betrokken. Informatie over de sfeer, veiligheid en autonomie is verkregen door middel van observaties. Andere kenmerken van de afdeling en gegevens over de gezondheidstoestand van bewoners zijn verzameld door middel van interviews met de afdelingshoofden, dossieronderzoek en diverse vragenlijsten onder medewerkers. Als onderdeel van het onderzoek observeerden de onderzoekers elk van de 37 onderzochte afdelingen voor demente ouderen gedurende drie dagen, op verschillende momenten van de dag. Alle bezochte afdelingen kregen individuele feedback waarin zij werden vergeleken met andere onderzochte afdelingen in hun regio. Daarnaast is aan de hand van regionale best-practice bijeenkomsten een lijst opgesteld met 5 praktische punten waarmee de sfeer op de afdeling kan worden verbeterd.

5.6 Huisartsen schrijven vaker nieuwe antidepressiva voor

Steeds meer mensen met een depressie of angststoornis krijgen van hun huisarts een recept voor antidepressiva. Vooral de nieuwste middelen (de specifieke serotonine heropname-remmers of SSRI's) zijn populairder geworden. Huisartsen vinden dat deze SSRI's effectief zijn en dat ze minder bijwerkingen hebben dan de oudere antidepressiva (de tricyclische antidepressiva of TCA's).

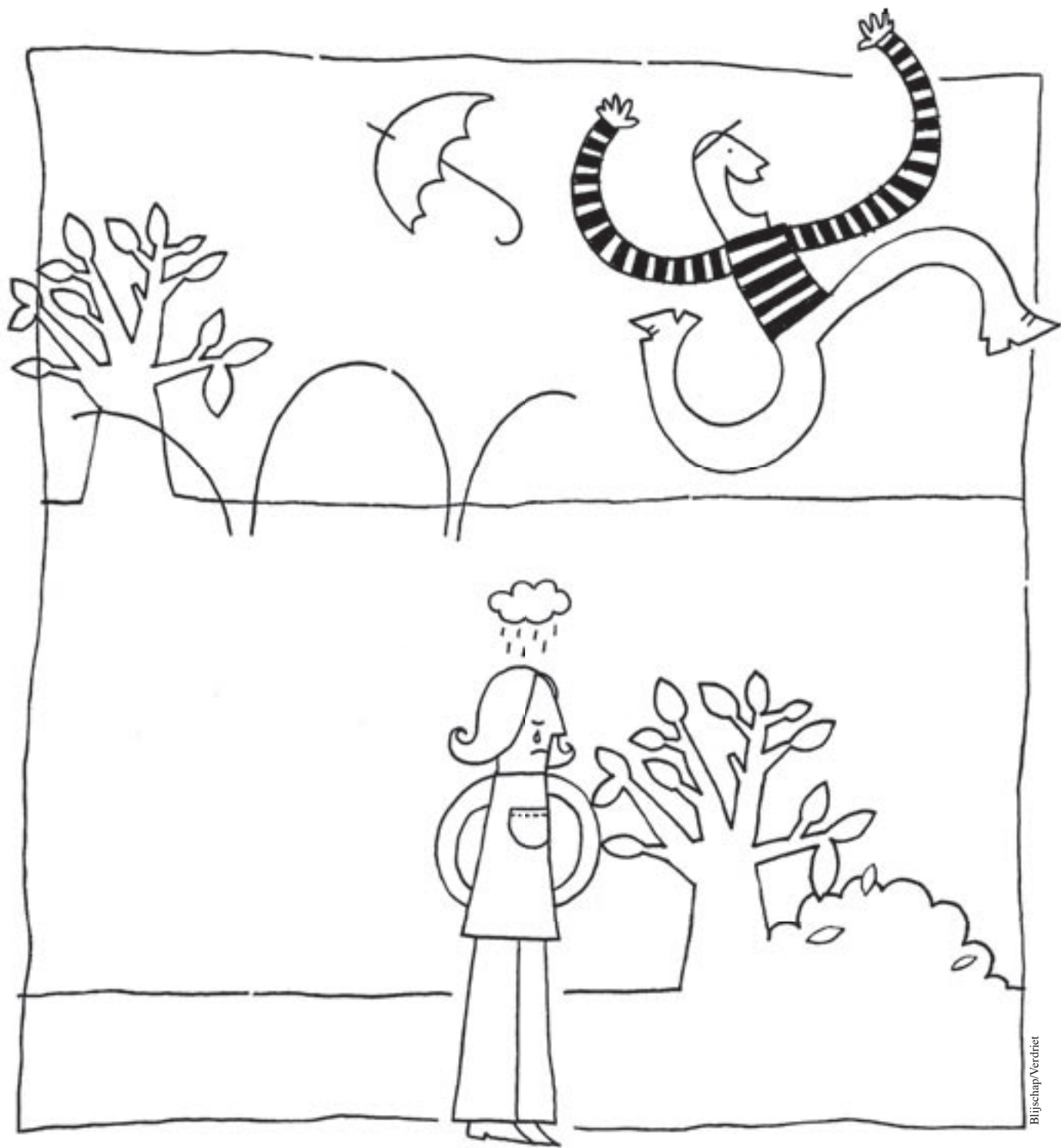
Het voorschrijven van antidepressiva door huisartsen is sneller toegenomen dan dat van andere geneesmiddelen: tussen 1997 en 2000 was de toename jaarlijks 12%, daarna is de groei afgezwakt: van 9% in 2001 via 4,5% in 2002 naar 4% in 2003. Het aantal huisartspatiënten met een depressie lijkt daarentegen de afgelopen vijftien jaar eerder afgenomen dan toegenomen. Het NIVEL heeft onderzocht waardoor het gebruik van antidepressiva en de groei daarin te verklaren is. De oorzaak blijkt vooral het gegroeide vertrouwen van de huisarts in het nut en de werking van antidepressiva. Druk vanuit de patiënt of de farmaceutische industrie spelen minder sterk een rol. Uit het onderzoek blijkt ook dat het gebruik van antidepressiva nog veel hoger zou zijn als huisartsen potentiële gebruikers vaker zouden herkennen. Bij eenderde van de patiënten met een depressie of angststoornis constateert de huisarts geen enkele psychosociale problematiek. Omgekeerd blijkt dat slechts in 6% van de gevallen een patiënt ten onrechte depressief of angstig wordt bevonden door de huisarts. In het verleden waren deze cijfers niet veel anders.

De farmaceutische industrie lijkt geen doorslaggevende rol te spelen in het aantal antidepressivarecepten dat de huisartsen uitschrijven. Huisartsen die zich vaker via de farmaceutische industrie laten informeren over geneesmiddelen schrijven weliswaar relatief vaker nieuwe antidepressiva voor, maar hun totale aantal voorschriften voor antidepressiva ligt niet hoger dan gemiddeld. Huisartsen die vaker richtlijnen (zoals de NHG standaarden) raadplegen, schrijven wel minder antidepressiva voor. Huisartsen blijken evenmin een sterke druk van hun patiënten te ervaren om antidepressiva voor te schrijven. Ze kijken dan ook vooral naar de vermoedelijke baat die een patiënt erbij zal hebben, bijvoorbeeld op basis van antidepressiva-gebruik in het verleden. Als een patiënt zelf om antidepressiva vraagt, staat de huisarts hier wel voor open. Patiënten lijken echter net zo vaak een andere oplossing dan pillen te willen, bijvoorbeeld een verwijzing naar een psycholoog. Ondanks hun stijgende populariteit zijn antidepressiva geen eenvoudig te gebruiken geneesmiddelen. Volgens de richtlijnen moeten ze na het verdwijnen van de klachten nog een half jaar geslikt worden, maar uit het onderzoek blijkt dat bijna de helft van de patiënten (45,4%) ze korter dan zes maanden gebruikt. Dit komt onder andere vanwege de bijwerkingen. Juist in het begin zijn deze het heftigst, terwijl de patiënt dan nog geen positief effect voelt. Onderzoeker Liset van Dijk: “Patiënten zijn vaak niet op de hoogte van deze bijwerkingen. Dit pleit voor betere communicatie tussen arts en patiënt.”

A. Volkers, A. de Jong, D. de Bakker, L. van Dijk. Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2005.

Lees ook;

J. Nuyen, A.C. Volkers, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis, P.P. Groenewegen, G.A.M. van den Bos. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of somatic and psychiatric co-morbidity. Psychological Medicine: 35, 2005, nr. 8, p. 1185-1195.



6.1 Medisch personeel gevangenis tevreden ondanks gestegen werkdruk

De gezondheidszorg in een huis van bewaring of een gevangenis is bewerkelijk. Artsen en verpleegkundigen noemen de werkdruk hoog, maar zijn wel tevreden over hun werk. “Boeiend” en “afwisselend” zijn termen die veel worden genoemd. Dit blijkt uit onderzoek in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) naar de werkbelasting, de omstandigheden die die werkbelasting bepalen, de werkomstandigheden en de werktevredenheid van medische diensten in penitentiaire inrichtingen. De bevindingen van het onderzoek vormen de basis voor een nieuw tarief voor de artsenzorg in de inrichtingen.

Het aantal ‘zorgcontacten’ van gedetineerden is veel hoger dan in de buitenwereld. Een gedetineerde heeft gemiddeld bijna 19 keer per jaar contact met een penitentiair verpleegkundige en 6,6 keer per jaar met een geneeskundige. Dat laatste is ongeveer twee keer zo vaak als een patiënt buiten de gevangenis zijn of haar huisarts ziet. Een deel van de gedetineerden heeft ernstige aandoeningen zoals drugsverslaving, hiv/aids, of psychische stoornissen. Ook heeft een deel van de gedetineerden al voor zij in de gevangenis belanden een achterstand in medische zorg, zoals verwaarloosde botbreuken en slecht verzorgde tanden.

Het is echter vooral het gedrag van gedetineerden dat door veel van de ondervraagden als verzwarend wordt ervaren. Gedetineerde patiënten gedragen zich volgens hen in ruim een vijfde van de contacten dwingend of claimend, manipulatief en soms ook agressief. Ze simuleren vaak gezondheidsklachten. Soms bezoeken ze de medische dienst uit verveling, of willen ze niet alleen een medische behandeling, maar bijvoorbeeld ook bepaalde privileges, zoals een eenpersoonscel of dokterstestemming om niet te hoeven werken. Volgens de penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen is dit gedrag, en daardoor de ervaren werklast, toegenomen door het versoberde beleid (meerdere gedetineerden op één cel, die minder tijd buiten de cel mogen doorbrengen). Overigens is niet onderzocht in hoeverre deze indruk op objectieve feiten berust.

Ondanks de hoge werklast blijken de verpleegkundigen en geneeskundigen in penitentiaire medische teams een hoge mate van werktevredenheid en bevreugheid te

*J.H.M. te Brake, D.M. de Jong,
D.H. de Bakker, W.L.J.M.
Devi  . De werkbela  ing van
de medische dienst in peniten-
tiaire inrichtingen. Utrecht:
NIVEL, 2005.*

ervaren en komt burn-out weinig voor. Dit heeft volgens henzelf te maken met de afwisseling in het werk, het werken in een team, de interessante pati  ntenpopulatie en de specifieke medische problematiek. De verpleegkundigen zijn bovendien erg te spreken over de zelfstandigheid van hun werk. Minder tevreden zijn ze over de promotiemogelijkheden, het inkomen en het gedrag van de gedetineerde pati  nten. Afdelingshoofd Dinny de Bakker: "Ondanks hun werkomstandigheden is hun subjectieve werklast niet hoger dan in de gewone gezondheidszorg. Dat lijkt misschien vreemd, maar het zijn natuurlijk mensen die bewust voor dit werk gekozen hebben. Omdat ze met andere verpleegkundigen en artsen in een team willen werken en omdat het zo afwisselend is. Claimend en soms ook agressief gedrag nemen ze op de koop toe."

Gedetineerden in penitentiaire inrichtingen hebben hetzelfde recht op gezondheidszorg als iedere Nederlander. Daarom zijn er binnen de penitentiaire inrichtingen medische diensten aanwezig die eerstelijnszorg bieden. De dienst bestaat vooral uit penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen.

In veel gevallen vervullen de artsen hun aanstelling bij DJI naast het voeren van een reguliere huisartsenpraktijk. Het Gevangeniswezen is in de afgelopen 20 jaar sterk gegroeid. In 2003 waren er 14.000 plaatsen in penitentiaire inrichtingen, ongeveer 3,5 keer meer dan 20 jaar geleden. Cijfers van DJI geven aan dat op dit moment het aantal gevangenen zelfs boven de 17.000 ligt.

Het onderzoek is uitgevoerd binnen 17 penitentiaire inrichtingen in Nederland, onder 126 verpleegkundigen en 36 geneeskundigen. Om de objectieve werkbela  ing vast te kunnen stellen zijn gedurende twee weken al hun contacten (in totaal waren dat er 5602) met gedetineerden geregistreerd en hebben zij met tijdschrijfformulieren hun dagelijkse tijdsbesteding bijgehouden. Daarnaast is de subjectieve werkbeleving vastgesteld door interviews en een vragenlijstonderzoek. De respons was buitengewoon hoog (88%).

6.2 Stakingsbereidheid huisartsen in grote steden het grootst

Van de Nederlandse huisartsenpraktijken doet 68% de deur dicht op 26, 27 en 28 mei. In totaal gaat het naar schatting om 3000 van de 4500 huisartsenpraktijken. Op 19 mei 2005 besloot de ledenvergadering van de LHV tot een algehele staking op woensdag 26, donderdag 27 en vrijdag 28 mei. De ledenvergadering werd bezocht door zo'n 200 huisartsen. Zij gaven aan dat de steun voor de staking in hun regio groot tot heel groot was. Het NIVEL onderzocht hoe groot die steun precies is door op 20 mei een telefonische peiling uit te voeren onder een landelijke, representatieve steekproef waaraan 263 huisartsenpraktijken deelnamen.

De peiling wijst uit dat ongeveer 3000 van de 4500 huisartspraktijken zegt dicht te gaan. Dit is 68% van de praktijken (95%-betrouwbaarheidsinterval tussen 62 en 73%). Van nog eens 20% zal een deel dat eveneens doen; in die praktijken moet eerst nog overleg plaatsvinden. Slechts 12% zegt open te blijven.

Van de stakende praktijken geeft het grootste deel (73%) aan dat de praktijk van woensdag tot en met vrijdag dichtgaat, en vaak ook nog de dinsdag ervoor. Die dinsdag vindt een protestbijeenkomst plaats op het Malieveld.

In verstedelijkte gebieden is de stakingsbereidheid het grootst. Daar geeft 88% aan zeker te zullen staken, terwijl in plattelandsgebieden minder dan 60% aangeeft dicht te gaan (zie tabel 2). Solo-, duo- of meermanspraktijken verschillen niet en ook tussen regio's zijn er nauwelijks verschillen.

6.3 Praktijkmanagement onderbelicht in huisartsopleiding

Huisartsen in opleiding (HAIO's) en recent afgestudeerde huisartsen zijn tevreden over de kwaliteit van de huisartsopleiding. Wel vindt een grote meerderheid van de ondervraagden dat de opleiding onvoldoende of volstrekt onvoldoende voorbereidt op het runnen van een eigen praktijk. Het betreft zaken als praktijkvoering, zelfstandig ondernemerschap, leiding geven, ICT, financiële administratie en het onderhandelen met zorgverzekeraars.

Over de begeleiding die zij tijdens hun opleiding krijgen zijn de ondervraagden wel tevreden. De huisartsopleider die de huisartsstage begeleidt krijgt gemiddeld een 7.8. De begeleiding door huisartsbegeleiders en gedragswetenschappers tijdens de terugkomdagen krijgt gemiddeld een ruime 7. Het onderzoek is gesubsidieerd door de LOVAH (Landelijke organisatie van aspirant huisartsen: opdrachtgever en subsidiënt), de SBOH (werkgever van huisartsen in opleiding) en de LHV (Landelijke huisartsenvereniging).

Uit het onderzoek blijkt ook dat de huisartsen-in-opleiding vinden dat het niet altijd lukt om tijdens stages en terugkomdagen voldoende ervaring op te doen en te leren over alle patiëntengroepen. Ook zou er volgens hen meer aandacht moeten zijn voor het aanleren van medische vaardigheden, de organisatie van de zorg, maatschappelijke aspecten van de zorg en kwaliteitszorg. Er zijn in Nederland acht huisartsopleidingen. In het onderzoek zijn de uitkomsten van deze opleidingen op een groot aantal aspecten vergeleken. Voor elk van deze aspecten is een Top 3 van huisartsopleidingen gemaakt. Een overzicht van deze top 3-en staat in het rapport.

Het onderzoek is verricht door middel van schriftelijke vragenlijsten aan alle HAIO's die in september 2004 in dienst waren van de SBOH en aan alle huisartsen die hun opleiding in 2003 hebben afgerond.

R. Verheij. Grootste stakingsbereidheid huisartsen in grote steden. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.

*H.Hofhuis, L. van der Velden,
L. Hingstman. Kwaliteit van
de huisartsopleiding vanuit
het perspectief van huisartsen
in opleiding en pas afgestudeerde huisartsen. Utrecht:
NIVEL, 2005.*

*T.A. Wieggers, B.M. Janssen.
Monitor verloskundige zorg-
verlening: rapportage vierde
meting, najaar 2004. Utrecht:
NIVEL, 2005.*

De resultaten van dit onderzoek kunnen dienen als uitgangspunt voor de verdere verbetering van de kwaliteit van de huisartsopleiding. Elk van deze huisartsopleidingen heeft de eigen cijfers gekregen, zodat ze plannen kunnen maken voor de verbetering van hun kwaliteit. Ook kan het rapport gebruikt worden als nul-meting, indien men besluit de komende jaren de tevredenheid van HAIO's met de kwaliteit van de opleiding te monitoren.

6.4 Gemiddelde werktijd verloskundigen blijft gelijk

Het aantal gewerkte uren per verloskundige ligt net als in voorgaande jaren gemiddeld iets onder de 30 uur per week. Dit blijkt uit de jaarrapportage van de Monitor Verloskundige Zorgverlening, de vierde en laatste van een reeks van jaarlijkse inventarisaties van de verloskundige zorg in Nederland.

Er hebben meer dan tweehonderd verloskundigen in eerstelijns verloskundige praktijken aan meegewerkt. Uit het onderzoek blijkt ook dat de gemiddelde verloskundige 50,8 uur per week bereikbaarheidsdienst heeft en dat iets minder dan de helft van de gewerkte uren (43%) binnen die dienst vallen en de rest erbuiten. Daardoor is een verloskundige gemiddeld 62 uur per week direct bij haar werk betrokken. In vergelijking met het vorige jaar besteden verloskundigen bijna een uur meer tijd aan directe cliëntenzorg per cliënt (prenatale zorg, zorg tijdens de bevalling en postnatale zorg), met name omdat meer tijd besteed is aan het begeleiden van de bevalling. In het kader van de behoefteraming voor de gehele verloskundige keten, die als onderdeel van deze Monitor verloskundige zorgverlening gepland staat voor 2005, is ook gekeken naar de wensen van de vierdejaars studenten verloskundige ten aanzien van o.a. praktijkvorm, werktijden, taken en aanvullende opleiding. Vijftig procent van hen verwacht binnen vijf jaar en zestig procent binnen tien jaar, een functie te hebben als zelfstandig gevestigd verloskundige. Tweederde van de studenten wil beginnen met fulltime werken, maar rond hun dertigste denken de meesten parttime te gaan werken. Bijna de helft van hen heeft belangstelling voor een echoscopieopleiding.

In 2000 heeft het ministerie van VWS, naar aanleiding van de grote onrust die ontstaan was over de hoge werkdruk en het dreigend tekort aan verloskundige zorgverleners, verschillende maatregelen genomen om de eerstelijns verloskundige zorg te bevorderen en de werkdruk van verloskundigen te verlichten. Om vast te kunnen stellen of die maatregelen het gewenste effect hebben en daadwerkelijk bijdragen aan het in stand houden van de thuisbevalling en het Nederlandse systeem van (eerstelijns) verloskundige zorgverlening, is aan het NIVEL gevraagd jaarlijks de invloed van die maatregelen te meten.

6.5 NIVEL raamt aantal benodigde klinisch geriater

Op dit moment zijn er ca. 122 klinisch geriater werkzaam in Nederland. Er bestaan grote regionale verschillen in het aantal klinisch geriater per 100.000 65-plussers. In de regio Zeeland zijn er 1,3 fte klinisch geriater per 100.000 65-plussers beschikbaar, in de regio het Gooi is deze dekkingsgraad het hoogst: 11,7 fte per 100.000 65-plussers. Klinisch geriater zijn medisch specialisten die in algemene of psychiatrische ziekenhuizen werken en die deskundig zijn op het terrein van ouderdomsziekten. Om het aanbod aan klinisch geriater in heel Nederland op het niveau te krijgen van de regio's waar momenteel het ruimste aanbod voorhanden is, zou het aantal klinische geriater meer dan verdubbeld moeten worden.

Groei van het vak lijkt om een aantal redenen aannemelijk. Allereerst is groei te verwachten om het specialisme in alle regio's en ziekenhuizen in voldoende mate aan te kunnen bieden, (de zogenaamde on vervulde vraag). Daarnaast neemt het aantal ouderen en ook het aantal oudste ouderen de komende tijd sterk toe. Als laatste is er sprake van emancipatie van de ouderen, de ouderen en hun naasten zijn zich bewuster van mogelijke behandeling en zorg.

Uit het onderzoek blijkt ook dat het gebruik van klinisch geriatrie zorg vergroot kan worden, indien meer huisartsen hun patiënten naar een klinisch geriater doorverwijzen. Momenteel verwijst ongeveer eenderde van de huisartsen geen patiënten naar een klinisch geriater. Dit verwijzingsverdrag van huisartsen heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de klinische geriatrie een relatief jong vak is, dat de functie nog niet in ieder ziekenhuis beschikbaar is (slechts in 60 % van de Nederlandse ziekenhuizen is een geriatrie behandelmodaliteit aanwezig) en ook is de inhoud van het vak nog niet in alle gelederen algemeen bekend.

Uit LINH-cijfers blijkt dat er een zekere overlap is tussen de verwijzingsprofielen van de patiënten die thans verwezen worden naar de klinisch geriater en enkele andere medisch specialismen (zoals psychiaters en internisten). Of horizontale substitutie tussen medisch specialismen zal optreden laat zich slecht voorspellen.

Daarnaast is er sprake van verticale substitutie, waarbij een overheveling van taken plaatsvindt met andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen. In een beperkt aantal poliklinieken zijn speciale dementieverpleegkundigen aangesteld. Er zijn echter geen aanwijzingen dat deze vorm van verticale substitutie sterk zal toenemen en in die zin tot grote veranderingen zal leiden in het benodigde aantal klinisch geriater. Uit het onderzoek blijkt ook dat directies van algemene ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen het aantal klinisch geriater graag willen uitbreiden. In de algemene ziekenhuizen waar op dit moment nog geen geriater werkzaam is wil meer dan de helft van de directies (56%) een geriater aantrekken. Over vijf jaar verwachten de

*J. Hansen, L.F.J. van der
Velden, L. Hingstman. Behoeft-
teraming klinisch gerieters
2004-2015/2020. Utrecht:
NIVEL, 2005.*

responderende directies in totaal 96 extra fte nodig te hebben, hetgeen ongeveer een verdubbeling van het huidige aantal fte is. Deze groei is sterker dan louter op basis van bevolkingsprognoses kan worden verwacht. Blijkbaar gaan zij uit van een onvervulde vraag, die een uitbreiding van het aantal klinisch gerieters noodzakelijk maakt.

Het onderzoek is verricht door middel van vier verschillende schriftelijke enquêtes: onder klinisch gerieters (N = 104), onder klinisch gerieters in opleiding (N = 47), onder afdelingen klinische geriatrie (N = 41) en onder directies van ziekenhuizen en APZ/GGZ-instellingen (N = 111). Daarnaast is gebruik gemaakt van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) voor een beeld van het doorverwijsgedrag van huisartsen.

6.6 Huidtherapeuten een sterk groeiende beroepsgroep

In Nederland zijn 209 huidtherapeuten werkzaam, waarvan 99% vrouw is. Het aantal werkzame huidtherapeuten is in de afgelopen tien jaar met bijna 55% toegenomen. Het grootste deel van huidtherapeuten (75%) heeft een eigen praktijk. De instroom in de opleiding huidtherapie is in de afgelopen jaren sterk gestegen. De vraag die in dit onderzoek beantwoord moest worden is of deze instroom zich verhoudt tot ontwikkelingen in de vraag naar huidtherapeutische zorg.

Of er voldoende aanbod is om aan een eventuele toenemende vraag te kunnen voldoen, vormt niet het grote probleem. In de afgelopen jaren is de instroom in de opleiding aanzienlijk verhoogd. Om deze groeispurt in de hand te houden is vanaf 2004 een fixus toegepast en is de instroom verlaagd van 135 naar 100 personen per jaar. Indien de instroom in de komende jaar op dit peil blijft gehandhaafd betekent dat in 2015 in totaal 759 huidtherapeuten beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt. Dat wil zeggen drie maal zo veel als in 2004.

Om in de toekomst te voorkomen dat er overschotten aan huidtherapeuten gaan ontstaan zal bij de huidige instroom in de opleiding van 100 personen per jaar het zorggebruik in de komende tien jaar moeten verdrievoudigen.

Dit blijkt uit onderzoek naar de vraag of de huidige instroom (100 personen) zich verhoudt tot ontwikkelingen in de vraag naar huidtherapeutische zorg. Huidtherapie is ontstaan in de jaren zeventig toen een plastisch chirurg, een huidarts en een schoonheidsspecialiste ontdekten dat zij, door hun kennis te combineren, geheel nieuwe behandelings-mogelijkheden konden creëren voor patiënten met huidproblemen.

De huidtherapeut is een zelfstandige beroepsbeoefenaar binnen de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg, die op verwijzing van een (huis)arts patiënten met een

zieke huid of beschadigde huid behandelt, bijvoorbeeld om pijn of zwelling te verminderen. De patiëntenpopulatie bestaat voornamelijk uit vrouwen (82%). Huidtherapeuten geven met name manuele lymfedrainage/oedeemtherapie, maar meten ook borstprotheses en elastische kousen aan. Ook epilatie en licht- en lasertherapie worden door veel huidtherapeuten gegeven. Huidtherapeut is een beschermde titel net als fysiotherapeut. Per 10 oktober 2002 is het beroep als artikel 34-beroep in de wet BIG opgenomen. In september 2001 is de vierjarige HBO-opleiding huidtherapie van start gegaan.

6.7 Patiënten met psychische problemen kosten de huisarts meer tijd.

Op jaarbasis besteedt een huisarts meer tijd aan patiënten die in dat jaar wel eens een psychisch probleem gepresenteerd hebben dan aan mensen die uitsluitend lichamelijke diagnoses krijgen. Dit heeft de volgende oorzaken. Een consult over psychische problemen duurt op zich al 1,4 keer zo lang als een consult over een puur lichamelijk probleem. Bovendien komt een patiënt die wel eens een psychisch probleem heeft gehad 1,8 keer zo vaak per jaar bij de huisarts en heeft hij of zij 1,9 keer zoveel diagnoses per jaar. Daarnaast komen patiënten die wel eens een psychisch probleem hebben gehad ook vaker bij de huisarts met puur lichamelijke problemen. Deze getallen liggen nog hoger voor de patiënten wier psychische problemen als depressie, angst of slaapstoornis benoemd werden en iets lager voor patiënten met relatieproblemen of stress. Bij al deze analyses is gecontroleerd voor leeftijd en geslacht van de patiënten.

Huisartsen hebben er in 14% van de contacten over psychische problemen last van dat ze niet genoeg tijd hebben, terwijl dat in 4% van de contacten over lichamelijke problemen zo is. Deze bevindingen zijn afkomstig uit analyses van de contacten die gedurende een jaar geregistreerd zijn in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en van de video-opnames die in het kader van die studie gemaakt zijn bij 142 huisartsen.

6.8 Medisch specialisten en deeltijdwerk

In 2004 werkte 30% van de internisten, 18% van de chirurgen en 28% van de radiologen in deeltijd. Zij werken per week gemiddeld tussen de 35 en de 40 uur, in plaats van de 46 tot 52 uur die een voltijd werkende medisch specialist per week maakt. Dit blijkt uit het eerste deel van een onderzoek naar deeltijdwerk onder medisch specialisten. Het doel van het onderzoek is het ondersteunen van het realiseren van deeltijd werken.

Vragen die in dit eerste deel beantwoord worden, zijn o.a.: wat vinden voltijds- en

C.J. Vugts, L. Hingstman, L.F.J. van der Velden. Arbeidsmarkt monitor huidtherapeuten. Utrecht: NIVEL, 2005.

Zantinge EM, Verhaak PFM, Kerssens JJ, Bensing JM. The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared. British Journal of General Practitioners 2005, 55, 8, 609–614.

J. de Jong, P. Heiligers, L. Hingstman. Tabellenboek: integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken. Utrecht: NIVEL, 2005.

deeltijdwerkende chirurgen, internisten en radiologen van de verschillende manieren om deeltijdwerken in hun vakgebied te organiseren?

Wat zien zij als de consequenties van deeltijdwerk, bijvoorbeeld voor de onderlinge samenwerking binnen de maatschap, voor de patiëntenzorg, voor de carrière van de deeltijdwerker?

In het vervolgonderzoek zullen onder meer de consequenties van deeltijdwerken voor de productiviteit, tevredenheid en de organisatie van het werk aan bod komen.

7.1 Minder naar de fysiotherapeut na afschaffen vergoeding

Het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut is in 2004 met gemiddeld 6,1% gedaald ten opzichte van 2003. Vanaf 1 januari 2004 wordt fysiotherapie door de basisverzekering van het ziekenfonds alleen nog maar vergoed aan mensen met bepaalde chronische aandoeningen. Zij moeten wel de eerste negen zittingen zelf betalen.

De daling van de vraag naar fysiotherapie die in de eerste twee maanden van 2004 werd (NIVEL factsheet 'Daling vraag naar fysiotherapie'; Swinkels & van den Ende, 2004) geconstateerd, is in de rest van het jaar iets bijgetrokken. Per praktijk verschilt de daling nogal, er zijn ook praktijken waarbij het aantal zittingen gelijk is gebleven of zelfs is toegenomen.

Het aantal bezoeken aan oefentherapeuten Cesar of Mensendieck is in 2004 niet meetbaar gedaald.

Nadere analyses moeten uitwijzen of de daling bij fysiotherapeuten vooral plaatsvindt bij specifieke patiëntgroepen. Behandelingen die langer duren dan negen zittingen blijven vergoed voor mensen met bepaalde chronische aandoeningen (de zogenaamde 'lijstpatiënten'). Of er bij hen ook sprake is van een daling is nog niet onderzocht. Deze gegevens zijn afkomstig uit onderzoek met behulp van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Het onderzoek is verricht in opdracht van het ministerie van VWS. LiPZ is een landelijk representatief netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapie en oefentherapiepraktijken die gegevens registreren over de zorg die zij aan hun patiënten leveren. Er deden 34 praktijken voor fysiotherapie, 19 praktijken voor oefentherapie Cesar en 17 praktijken voor oefentherapie Mensendieck aan het onderzoek mee. Zij hebben gegevens van 442.971 zittingen aangeleverd. De meetperiode was 01-01-2003 tot en met 31-12-2004.

7.2 Veel chronisch zieken en gehandicapten lopen onnodig geld mis

Zestig procent van de chronisch zieken en gehandicapten die over 2004 volgens berekening recht hadden op belastingaftrek wegens buitengewone uitgaven (BU), heeft deze aftrekregeling niet benut. De meest voorkomende reden hiervoor is dat men meent niet in aanmerking te komen voor de regeling.

I. Swinkels, D. van Sonsbeeck, D. de Bakker. Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. www.nivel.nl, NIVEL 2005.

Lees ook;

I.C.S. Swinkels, R.H. Wimmers, P.P. Groenewegen, W.J.H. van den Bosch, C.H.M. van den Ende. What factors explains the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain: a multilevel analysis. BMC Health Services Research: 24, 2005, nr. 5.

Bijna 70% van de chronisch zieken en gehandicapten weet dat ziektekosten kunnen worden afgetrokken als buitengewone uitgaven bij het doen van belastingaangifte. Toch maakt maar de helft van deze groep (35% van het totaal) daar gebruik van. Ruim een vijfde doet helemaal geen belastingaangifte, ook niet via een T-biljet, en maakt daardoor geen gebruik van deze aftrekmogelijkheid. Van de mensen die wel belastingaangifte doen, voert niet iedereen deze aftrekpost op. Van de mogelijkheid om bij de gemeente waarin zij wonen bijzondere bijstand (BB) aan te vragen heeft in 2004 slechts 5% van de chronisch zieken en gehandicapten gebruik gemaakt. De regeling Bijzondere Bijstand is specifiek bedoeld voor mensen met een laag inkomen die kosten hebben voortkomend uit bijzondere omstandigheden.

In januari 2004 is een aantal bezuinigingen doorgevoerd op het ziekenfondspakket en op de AWBZ-verzekerde thuiszorg. De Tweede Kamer heeft daarbij haar bezorgdheid uitgesproken over de gevolgen die deze maatregelen zouden kunnen hebben voor de financiële situatie van kwetsbare groepen, zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen. Als reactie hierop heeft het kabinet besloten tot uitbreiding van de bestaande compensatiemogelijkheden. Het gaat hierbij om:

- Aanpassing van de Regeling Buitengewone Uitgaven (BU) met het oog op een betere fiscale compensatie van chronisch zieken en gehandicapten.
- Uitbreiding van de financiële middelen van gemeenten voor uitvoering van de Bijzondere bijstand, invoering van de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (TBU) voor hen die hun buitengewone uitgaven onvoldoende via de BU kunnen verzilveren.
- Het terugdringen van het niet-gebruik van de verschillende vergoedings- en compensatieregelingen onder rechthebbenden door middel van voorlichtingscampagnes.

Tweeëntwintig procent van de huishoudens van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke handicap heeft in 2005 een netto inkomen van minder dan €1100 en bijna 40% zit onder de €1300. Het netto inkomen van gehandicapten ligt gemiddeld circa €100 lager dan dat van chronisch zieken.

Het onderzoek is verricht door middel van enquêtes onder 3611 leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van 25 jaar en ouder. Dit is een landelijk representatief panel van circa 4.000 mensen met een medisch gediagnosticeerde somatische chronische aandoening en/of matige of ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. Het NPCG heeft tot doel om mensen met een chronische ziekte of handicap zich te laten uitspreken over hun ervaringen en behoeften op het gebied van de (gezondheids-)zorg en in hun dagelijks leven. Het NPCG vormt een belangrijk instrument om vraagsturing in het beleid gericht op mensen met een chronische ziekte of handicap daadwerkelijk gestalte te geven.

*M.J.E. Pannekeet-Helsen,
P.M. Rijken. Nationaal Panel
Chronisch Zieken en Gehandicapten: financiële situatie van
chronische zieken en gehandicapten 2004/2005: interim
rapportage. Utrecht: NIVEL,
2005.*

7.3 Sterke eerste lijn loopt risico op versnippering

De eerstelijnszorg in Nederland presteert goed. Toch zijn er zorgen voor de toekomst. De vraag naar eerstelijnszorg neemt sterk toe, terwijl het aanbod van met name huisartsenzorg en mogelijk ook de thuiszorg daarbij achterblijft. Taakdelegatie heeft de beste papieren om capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. Daarnaast bestaat er een risico op versnippering van de eerstelijnszorg. Samenwerking wordt daarom steeds belangrijker. Dit concluderen het RIVM en het NIVEL in het rapport *Op één lijn* dat aan Minister Hoogervorst is aangeboden.

Nederland heeft een goed presterende eerstelijnszorg die nationaal en internationaal wordt geprezen vanwege haar doelmatigheid. Van de zorgvragen in de bevolking wordt 98% volledig in de eerste lijn afgehandeld. De huisartsen heeft als poortwachter een spilfunctie in de eerstelijnszorg, die verder bestaat uit apothekers, fysiotherapeuten en oefentherapeuten, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen, thuiszorg en spoedeisende eerste hulp (SEH).

De komende jaren zal de vraag naar zorg toenemen. De bevolking groeit, wordt ouder en chronische ziekten, zoals astma, diabetes en hart- en vaatziekten komen steeds meer voor. Patiënten met chronische ziekten maken relatief veel gebruik van zorg en bij de behandeling zijn vaak meerdere disciplines betrokken. De vraag naar huisartsenzorg zal tussen nu en 2020 met 13 tot 20% toenemen, de vraag naar thuiszorg met 24 tot 31%. Het RIVM en het NIVEL verwachten niet dat de vraagtoename kan worden afgeremd. Wel valt door preventie nog veel gezondheidswinst te behalen, maar omdat mensen dan langer zelfstandig blijven wonen neemt de druk op de eerste lijn eerder toe dan af.

Op dit moment is er geen tekort aan huisartsenzorg. Het aanbod van huisartsen neemt echter onvoldoende toe (met 11,5%) om aan de toekomstige vraag naar huisartsenzorg te voldoen. Ook het aanbod aan thuiszorg zal waarschijnlijk ontoereikend zijn. Dit betekent dat er maatregelen nodig zijn om ook in de toekomst aan de vraag van patiënten te blijven voldoen. In het onderzoek zijn deze geïnventariseerd. De onderzoekers verwachten het meest van taakdelegatie en praktijkondersteuning. Dit heeft in het recente verleden zowel geleid tot kwaliteitsverbetering als tot een efficiëntere praktijkvoering.

De onderzoekers waarschuwen voor verlies aan samenhang in de eerstelijnszorg. Door taakdelegatie en herschikking krijgen patiënten immers met meerdere zorgverleners te maken. Bovendien werken steeds meer hulpverleners in deeltijd, en zijn er nieuwe organisatievormen bijgekomen zoals huisartsenposten en diabetesdiensten. Met name voor chronisch zieken, die in getal sterk zullen toenemen, kan deze versnippering problemen veroorzaken.

*D.H. de Bakker, J.J. Polder,
E.M.. Sluijs, H.F. Treurniet,
N. Hoeymans, L. Hingstman,
M.J.J.C. Poos, R. Gijsen, D.J.
Griffioen, L. van der Velden.
Op één lijn: toekomstverken-
ning eerstelijnszorg 2020.
Bilthoven/Utrecht: Rijksinsti-
tuut voor Volksgezondheid en
Milieu/NIVEL, 2005.*

Vanwege deze ontwikkelingen wordt samenwerking steeds belangrijker. Succesvolle voorbeelden hiervan zijn ketenzorg voor chronisch zieken, de samenwerking tussen huisartsenposten en de spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen, en de geïntegreerde eerstelijns psychologische zorg. Volgens de onderzoekers is er geen uniform model voor de toekomstige organisatie van de eerste lijn. Per plaats of regio moeten daarover afspraken worden gemaakt. Het bekostigingssysteem dient de samenwerking te bevorderen. De verdere ontwikkeling van elektronisch patiënten-dossier is onontbeerlijk om overzicht en samenhang in de eerste lijn te behouden. Verbreding tot een multidisciplinair dossier is daarbij gewenst.

7.4 Er zijn helemaal niet zoveel mensen zonder huisarts

Minder dan 1 op de 1000 ziekenfondsverzekerden heeft geen eigen huisarts. Dat zijn naar schatting een kleine 10.000 ziekenfondsverzekerden: lang niet zoveel mensen als werd gevreesd. Blijkbaar is het aantal mensen dat geen huisarts kan vinden kleiner dan verwacht. Lokaal, met name in jonge nieuwbouwwijken en in de binnensteden, kan het echter nog wel moeilijk zijn om een huisarts te vinden. In nieuwe wijken zijn vaak nog onvoldoende huisartsen en in de binnensteden zijn huisartsenpraktijken vaker gesloten voor nieuwe patiënten.

Dit blijkt uit onderzoek naar aanleiding van signalen dat steeds meer ziekenfondsverzekerden geen huisarts konden vinden. In Nederland zijn ongeveer twee op de drie personen ziekenfonds verzekerd, in totaal zijn dat ongeveer 10,5 miljoen mensen. Door VWS werd in maart 2003 aangenomen dat er naar schatting 500.000 personen waren die niet stonden ingeschreven bij een huisarts.

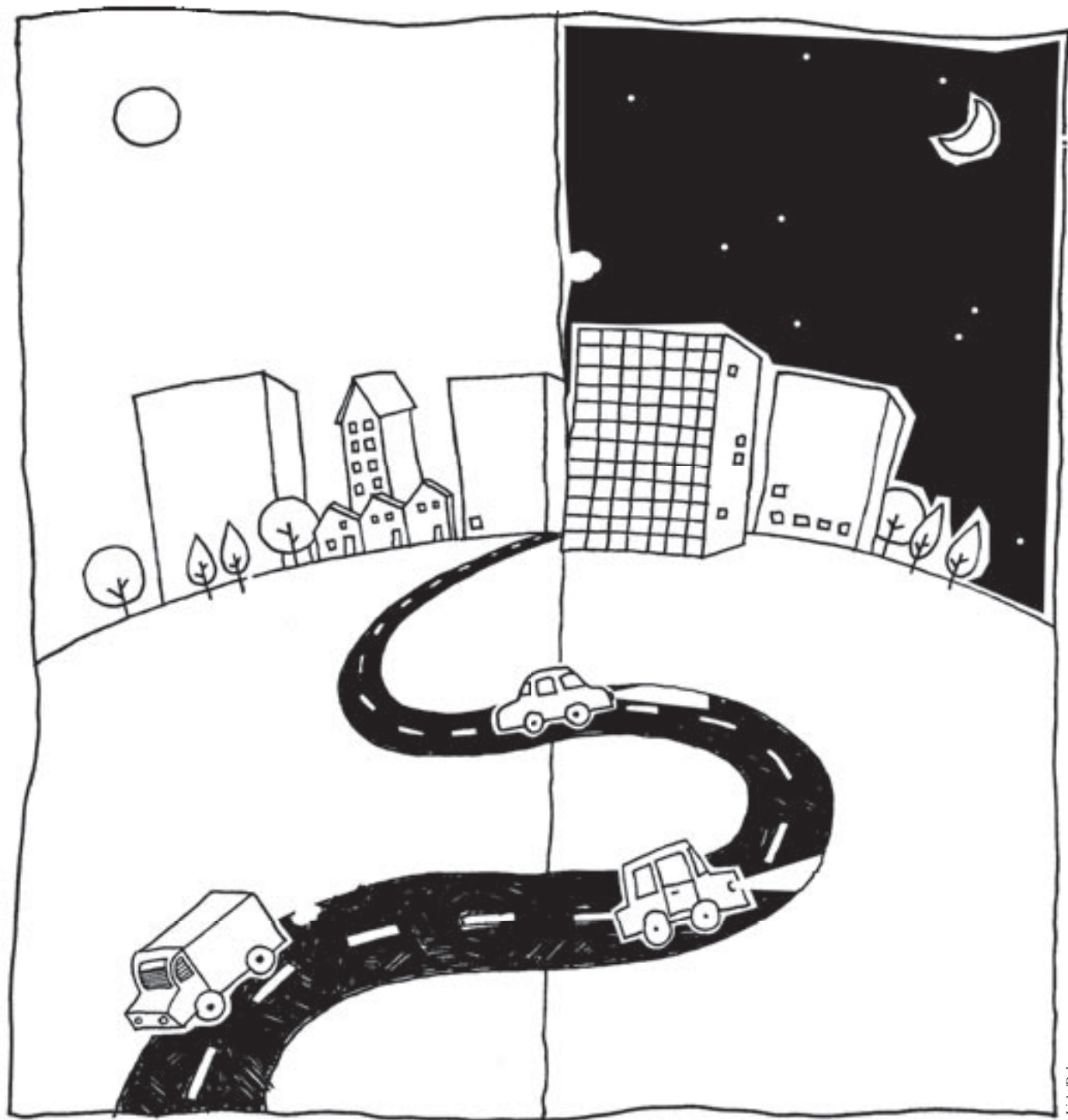
De bestanden van vier grote zorgverzekeraars zijn onderzocht. Gemiddeld 1,1 % van de ingeschreven ziekenfondsverzekerden stond daarin als NONI (= niet op naam ingeschreven bij de huisarts) vermeld. Uit een aselechte steekproef van deze NONI's bleek echter dat het gros (ca. 90% van 252 repondenten) wel degelijk bij een huisarts ingeschreven stond. Deze mensen zijn niet huisarts-loos en waren in de meeste gevallen ook nooit huisarts-loos geweest. Mensen die nu nog wel zonder huisarts zitten kunnen terecht bij een willekeurige huisarts, een huisartsenpost of de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis. Uit het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de spoedeisende hulpafdelingen en huisartsenposten in min of meerdere mate te maken heeft met hulpverlening aan NONI's. Huisartsenpraktijken verlenen ook zorg aan NONI's, maar minder vaak.

Betekent dit nu dat er geen huisartsentekort meer is? Uit cijfers van de Tweede Nationale studie blijkt dat de Nederlandse huisarts steeds efficiënter is gaan werken. Als onderdeel hiervan is ook de triage door assistenten toegenomen.

Dit zijn maatregelen die er kennelijk toe hebben bijgedragen dat het aantal mensen zonder huisarts beperkt is gebleven. Daarnaast is de opleidingscapaciteit van de huisartsenopleiding de laatste jaren fors uitgebreid. Tenslotte is er sprake van regionale verschillen: in sommige regio's blijft het voor patiënten lastiger om een huisarts te vinden dan in andere regio's.

Voor het onderzoek zijn vragenlijsten ingevuld door 105 huisartsen, 55 huisartsenposten, 76 spoedeisende hulpafdelingen en 252 ziekenfondsverzekerden die volgens hun zorgverzekeraars niet bij een huisarts ingeschreven stonden. Een beperking van het onderzoek is dat alleen gegevens van ziekenfondsverzekerden zijn meegenomen. Verzekeraars hebben geen gegevens over particulier verzekerden. Bij het nieuwe zorgstelsel, dat in 2006 ingevoerd zal worden, zullen de verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden verdwijnen. Particulieren moeten dan ook op naam worden ingeschreven bij de huisarts. Dit zou betekenen dat ongeveer 5 miljoen mensen bij de verzekeraar hun huisarts moeten opgeven. Op dit moment is onbekend hoeveel particulier verzekerden geen huisarts hebben.

M.C. Poortvliet, M. Lamkadem, W. Devillé. Niet op naam ingeschreven (NONI) bij de huisarts: inventarisatie en gevolgen voor ziekenfondsverzekerden. Utrecht: NIVEL, 2005.



E-science en e-resources

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

Wetenschappelijke informatie in de vorm van onderzoeksrapporten, adviezen, beleidsnota's etc., worden steeds meer fulltext en vrij toegankelijk gepubliceerd op de websites van voor NIVEL-onderzoek belangrijke organisaties en onderzoeksinstituten. Dit geldt eveneens voor artikelen van wetenschappelijke tijdschriften, al geldt hierbij de beperking dat voor een groot deel van de tijdschriften een geautoriseerde toegang nodig is.

De kern van het informatievoorzieningenbeleid is er op gericht om onderzoekers snel van betrouwbare en zonodig actuele informatie te voorzien.

Hiertoe worden in de eerste plaats functionaliteiten als interne en externe literatuur- en databestanden, fulltext tijdschriften, zoekmachines, websites en andere elektronische informatiebronnen die de gehele range van de onderzoekslijnen bestrijken goed gestructureerd via het informatieplatform op het intranet aan de onderzoekers aangeboden. In de tweede plaats is een start gemaakt met thematisch geordende (elektronische) basisinformatie op de verschillende onderzoeksgebieden. In deze onderzoeksdoSSIERS wordt de wetenschappelijke informatie per onderzoeksgebied geclusterd op kennisorganisaties, op lopend en afgesloten wetenschappelijk onderzoek, de belangrijkste Nederlandstalige en buitenlandse tijdschriften, beleidsinformatie en op recent verschenen literatuur. Voor de vulling van de onderzoeksdoSSIERS wordt gebruik gemaakt van de genoemde informatiebronnen op het intranet, het goed ontsloten bestand met websites en de NIVEL-catalogus. Met toepassing van software en zoekstrings wordt de meest recente informatie zoveel mogelijk automatisch gegenereerd. Het dossier verstandelijk gehandicapten is inmiddels afgerond en wordt via het intranet aangeboden. Binnen de informatievoorzieningen op het intranet is de NIVEL-catalogus een belangrijke bron van informatie naar literatuur die op papier en/of elektronisch beschikbaar is. De catalogus geeft toegang tot publicaties met betrekking tot alle onderzoeksgebieden van het NIVEL: onderzoeksrap-

porten, beleidsnota's, overheidsdocumenten, handboeken, statistische rapporten, tijdschriftartikelen (voornamelijk Nederlandstalig) en ander documentatiemateriaal. De opgenomen publicaties die steeds meer fulltext toegankelijk zijn, zijn naast auteur, woord uit titel/abstract ontsloten door middel van thesaurustermen en een basisclassificatie. Ook het bestand met goed ontsloten websites maakt integraal onderdeel uit van de catalogus. Door deze ontsluitingssystematiek fungeert de catalogus ook als bronbestand voor vele producten: thematische literatuurbestanden als Kwaliteitszorg, Verpleging & Verzorging, Rampen, Sentinel, Publicat (bestand met alle NIVEL-publicaties toegankelijk via de NIVEL-site), de onderzoeksdoossiers op het intranet, elektronische attenderingsproducten voor een individuele onderzoeker of een groep onderzoekers.

De catalogus is in 2005 gegroeid met circa 2800 titels.

Thematische presentatie van informatie

Door de versnippering van informatie kan het voor mensen die rond een bepaald thema informatie zoeken tijdrovend zijn om snel en doelmatig de gewenste informatie bij elkaar te krijgen. Daarom heeft de bibliotheek een aantal thematische collecties aangelegd en toegankelijk gemaakt, vaak in samenwerking met andere bibliotheken.

Literatuurbestand Kwaliteitszorg

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het NIVEL, Prismant en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Het bestand wordt elke twee maanden ge-updated met de nieuw opgenomen titels betreffende de kwaliteit van zorg in de catalogi van de participerende instituten. Het bestand bevatte eind 2005 ca. 11.250 titels. Het bestand is toegankelijk via de websites van de participerende instituten. Het bestand is ruim 6000 keer geraadpleegd.

Literatuurbestand Verpleging & Verzorging

Het literatuurbestand is een samenwerkingsproduct van het NIVEL, Prismant en het LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging) op het terrein van de verpleging en verzorging. De opbouw van het bestand is in 1995 gestart. Elke twee maanden worden nieuw opgenomen titels op het brede terrein van verpleging en verzorging vanuit de catalogi van de participerende instituten aan het bestand toegevoegd. Ultimo 2005 bevatte het bestand ruim 21.500 titels.

Reviews en bibliografieën

In nauwe samenwerking met onderzoekers worden reviews en bibliografieën samengesteld. In 2005 is rond het thema "Lange termijneffecten van rampen" een biblio-

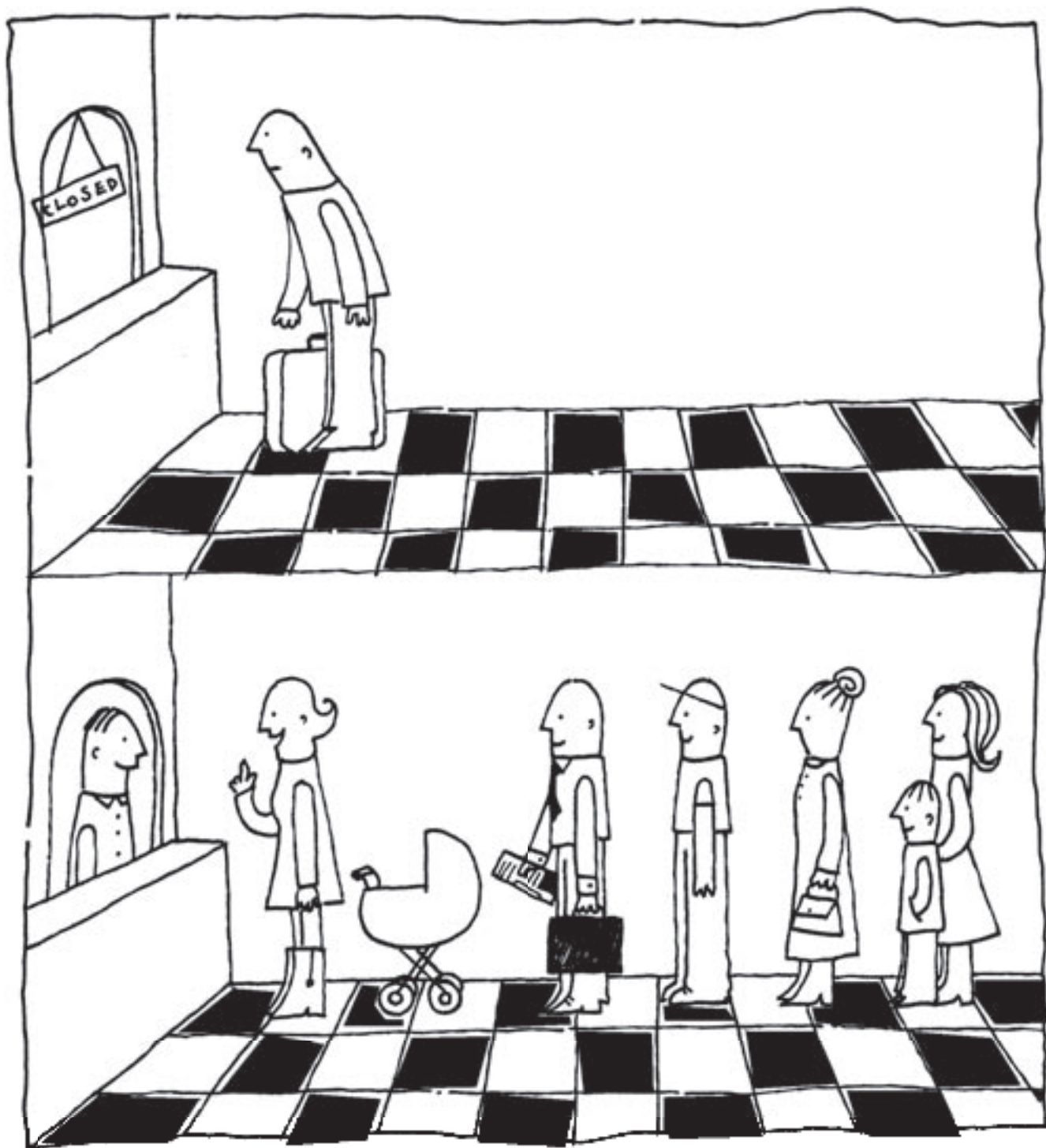
grafie gepubliceerd: “Long-term health consequences of disasters: a bibliography”. Verder is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan ten behoeve van het onderzoek naar het gebruik van zelfzorggeneesmiddelen: “Negatieve effecten van normaal en verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen: een literatuurstudie”. Dit is eveneens gedaan voor “Zorg en maatschappelijke situatie van (ex-)kankerpatiënten in Nederland”. De werkzaamheden voor het review “Migranten: toegankelijkheid en gebruik van zorgvoorzieningen” zijn afgerond. Dit review maakt onderdeel uit van een dissertatie die in de tweede helft van 2006 verdedigd wordt. Eveneens zijn de werkzaamheden afgerond voor het review “Compliance”. De literatuursearces voor Health Services Research, onderdeel van een Europees project, zijn nog niet afgerond.

Thesaurus Gezondheidszorg

De Thesaurus Gezondheidszorg (TG) is een samenwerkingsproduct van het NIVEL, Prismant, TNO-Preventie en Gezondheid, Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Door deze samenwerking bestrijken de termen van de TG het gehele gebied van de gezondheidszorg. De update-activiteiten voor de zesde editie van de TG zijn eind 2005 afgerond. Ook van deze editie is een elektronische versie gemaakt die in licentie aan organisaties uitgeleverd wordt. De elektronische versie wordt gebruikt voor het toegankelijk maken van bibliotheekcollecties, kennisdatabanken en intranettoepassingen.

Toegankelijk voor iedereen

De NIVEL bibliotheek is één van de weinige bibliotheken op het domein van de gezondheidszorg die nog voor iedereen vrij toegankelijk is. De catalogus is te raadplegen via de website van het NIVEL. Hiermee is de bibliotheekcollectie met circa 70.000 titels van boeken, rapporten, beleidsnota's, jaarverslagen, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal direct toegankelijk voor de buitenwereld. Het hart van de collectie wordt gevormd door een goed ontsloten bestand van Nederlandstalige en niet-Nederlandstalige tijdschriftartikelen die niet opgenomen worden of slecht terug te vinden zijn in de veel gebruikte (internationale) literatuurbestanden. De bibliotheekcatalogus op internet is in 2005 ruim 16.000 keer geraadpleegd. Het aantal IBL-aanvragen (met gemiddeld 3 documenten per aanvraag) is licht gestegen (319). Dit betekent dat het gebruik van de collectie door derden zich gestabiliseerd heeft. Het aantal informatievragen over specifieke onderwerpen is nagenoeg verdubbeld (191).



9.1 Verspreiden van NIVEL kennis

In de pers

Onderzoek van het NIVEL verschijnt met een zekere regelmaat in de pers: het aantal knipsels in 2005 (407) was vrijwel gelijk aan dat van 2004 (405). Een vergelijking met andere instituten laat zien dat het NIVEL tot de hoger scorenden behoort in www.overheid.nl, de krantenbank (nationale dagbladen) en opmaat (een website met overheidspublicaties). In 2005 is het NIVEL niet met ‘groot’ of ‘spraakmakend’ nieuws in de pers gekomen. Het persbeleid is te karakteriseren als een stabiel lopende diesel: betrouwbaar zonder uitschieters.

Internet

Het aantal bezoekers van de NIVEL site blijft stijgen. Bezoekers blijken op de site vooral te zoeken naar resultaten van NIVEL onderzoek. Daarnaast blijkt veel NIVEL informatie zich snel via andere websites op het internet te verspreiden: een NIVEL nieuwsbericht wordt 10-tallen malen door andere websites overgenomen. Veel van deze sites, bijvoorbeeld www.nu.nl en www.artsennet.nl, hebben een groter bereik dan de NIVEL site. Hierdoor zeggen bezoekerscijfers aan de NIVEL site steeds minder over de mate waarin via internet kennis van het NIVEL wordt verspreid.

Prijs

Onderzoekster Julia van Weert heeft tijdens het Nederlands Congres Volksgezondheid 2005: “Preventie, Je leve(n) lang”, op 13 april 2005 de volksgezondheidsprijs 2004 ontvangen voor haar onderzoek naar “Effecten van snoezelen”.

9.2 Externe lidmaatschappen, commissies, redacties

Prof. Dr. J.M. Bensing

- Hoogleraar Gezondheids-psychologie Universiteit Utrecht
- Lid Gezondheidsraad:
 - Lid Commissie Chronisch Vermoeidheids Syndroom, Gezondheidsraad
- Lid adviesraad Wetenschap en Technologie (AWT)
- Lid Raad van Toezicht Erasmus Medisch Centrum
- Lid Raad van Toezicht Erasmus Universiteit Rotterdam
- Lid Raad voor Gezondheids Onderzoek (RGO)
- Lid Raad van Toezicht Nationaal Regie-Organ Genomics
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschap-pen (KNAW):
 - Bestuurslid Sociaal Wetenschappelijke Raad (SWR)
- RIVM: Wetenschappelijke Advies Commissie VTV-2006
 - Jurylid Dr. Hendrik Muller Prijs
- ZonMw:
 - Voorzitter Programma Geestkracht
- Voorzitter Bestuur Onderzoeksschool CaRe
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health
- Voorzitter Stuurgroep 'Doelmatigheidsonderzoek' CVZ
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH (European Association for Communication in Health Care)
 - Lid Wetenschappelijke Commissie EACH-conferentie Basel
- Lid Wetenschappelijke Commissie AAPP-conferentie Chicago
- Jurylid George Engel Research Award (American Academy Physician and Patient)
- Jurylid Telemedicine Prijs
- Jurylid CaRe dissertation Award
- Lid redactieraad Handboek 'Sturen met zorgproducten', Bohn - Stafleu - Van Loghum
- Lid redactieraad 'International Journal of Psychiatry in Medicine'
- Lid redactieraad 'Journal of Men's Health and Gender'
- Lid adviesraad 'Patient Education and Counselling'
- Consumentenbond Adviesraad
- Lid Adviescommissie Leidsche Rijn
- Lid Commissie van beroep NIP

Prof. Dr. J. van der Zee

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

Dr. D.H. de Bakker

- Lid CBS-Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken
- Lid International Editorial Board Health & Place
- Lid opvolgingscomité Resoprim

A. Bartelds, arts

- Lid van de Managementgroup van het European Influenza Surveillance Scheme
- Lid Wissenschaftlichen Beirat der Arbeits-gemeinschaft Influenza Robert Koch Institut, Berlijn

Drs. S. van Beek

- Lid adviesgroep doofblindheid van het Landelijk Expertise Centrum Doofblindheid
- Redactielid Kwaliteit in Beeld

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)
- Nederlands Genootschap voor Health Services Research

Dr. A. van den Brink-Muinen

- Bestuurslid/penningmeester van Dutch Foundation of Women & Health Research (DFWHR)

Dr. H. Calsbeek

- Vice-voorzitter Vakinhoudelijke Raad (VIR) van NU'91

Dr. D.M.J. Delnoij

- Lid dagelijks bestuur Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie (IWZ)
- EUPHA
 - Voorzitter sectie Health Services Research
 - Lid Executive Council
 - Lid Scientific Committee
- Lid regiegroep Voorhoedeprojecten ZonMw

Dr. W.L.J.M. Devillé

- Lid werkgroep 'Allochtonen en Kanker' van de Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding
- Lid redactie Medische Antropologie
- Lid werkgroep Interculturele verpleging en verzorging, aangesloten bij de AVVV
- Bestuurslid Stichting samenwerkende Sociale Fondsen in Den Haag

Dr. G. A. Donker

- Nederlands Huisarts Genootschap
 - lid werkgroep vrouw en huisartsgeneeskunde
 - vervangend lid standaardenautorisatiescommissie

Dr. Ir. L. van Dijk

- Redactielid FACTA
- Bestuurslid 'Volksgezondheid en wetenschap'

Dr. A.M. van Dulmen

- Bestuurslid EACH. European Association for Communication in Healthcare
- Lid redactie Patient Education & Counseling
- Lid ZonMw voorbereidingscommissie Complementaire behandelwijzen
- Jurylid ASW Meesterprijs

Dr. C.H.M. van den Ende

- Lid begeleidingscommissie LVT-project Technologie in de Thuiszorg (KITZ)
- Hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie

Dr. A.L. Francke

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

Dr. Ir. R.D. Friele

- Lid redactieadviesraad tijdschrift Klachtenmanagement
- Voorzitter begeleidingscommissie procesevaluatie doorverwijzing politie naar Slachtofferhulp, WODC - Lid begeleidingscommissie Onderzoek Klachtrecht voor cliënten in de ambulante GGZ.

Drs. F. M. de Graaff

- Penningmeester bestuur Werkgroep Intercultureel Verplegen en Verzorgen, vakgroep binnen AVVV
- Voorzitter bestuur Stichting Steun Remigranten

Prof. Dr. P.P. Groenewegen

- Hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Universiteit van Utrecht
- ZON MW:
 - Lid werkgroep Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorgonderzoek
 - Lid subcommissie Implementatie van het programma Doelmatigheid
- Lid referentencollege NWO-MaGW
- Lid initiatiefgroep European Forum for Primary Care
- Redactielid BMC Health Services Research

Dr. Ph. Heiligers

- Lid Klankbordgroep bij project "Via Medica" van de Orde van Medisch Specialisten
- Lid werkgroep Onderzoek & Ontwikkeling van de sector Arbeid & Organisatie van NIP

Dr . M. Heijmans

- Bestuurslid Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Reumatische Aandoeningen
- Lid werkgroep zorg en preventie van het Astmafonds

Dr. C.J.J.M. IJzermans

- Lid wetenschappelijke advies Commissie Nieuwjaarsbrand Volendam
- Lid begeleidingsgroep Onderzoeksmethoden na rampen, RIVM

Dr. F.G. Schellevis

- Lid Coreon (Commissie Regelgeving en Onderzoek van de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen)
- Lid commissie Gezondheidsraad Comorbiditeit bij ouderen
- Lid redactiecommissie Huisarts & Wetenschap
- Lid jury “Jan van Es”-prijs Nederlands Huisarts Genootschap
- Lid jury “NHG-publicatieprijs”

Dr. P.F.M. Verhaak

- Lid Editorial Board Patient Education and Counseling
- Lid begeleidingscommissie Screeningsinstrument psychische problematiek ouderen TNO/PG

Dr. R.A. Verheij

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

Dr. A. Volkers

- Editorial Advisory board of Current Drug Therapy

Dr. Th.A. Wieggers

- Bestuurslid European Perinatal School

Dr. C. Wagner

- Adviseur kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging van de AVVV
- Voorzitter voorbereidingsgroep certificatieschema HKZ ketenschema
- Voorzitter European Research Network on Quality Management in Health Care

10.1 Internationale artikelen

- A.M. Aalto, M. Heijmans, J. Weinman, A.R. Aro. Illness perceptions in coronary heart disease: sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*: 58, 2005, nr. 5, p. 393-402.
- A.H.A. ten Asbroek, D.M.J. Delnoij, L.W. Niessen, R.W. Scherpbier, N. Shrestha, D.S. Dam, C. Gunneberg, C.W. van der Hor, N.S. Klazinga. Implementing global knowledge in local practice: a WHO lung health initiative in Nepal. *Health Policy and Planning*: 20, 2005, nr. 5, p. 290-301.
- B. van den Berg, L. Grievink, J. IJzermans, E. Lebet. Medically unexplained physical symptoms in the aftermath of disasters: a systematic review. *Epidemiologic Reviews*: 27, 2005, p. 92-106.
- B. van den Berg, L. Grievink, R.K. Stellato, C.J. Yzermans, E. Lebet. Symptoms and related functioning in a traumatized community. *Archives of Internal Medicine*: 165, 2005, nr. 11, p. 2402-2407.
- A. Bosman, A. Meijer, M. Koopmans. Final analysis of Netherlands avian influenza outbreaks reveals much higher levels of transmission to humans than previously thought. *Eurosurveillance Weekly*: 10, 2005, nr. 1.
- S.D.M. Bot, J.M. van der Waal, C.B. Terwee, D.A.W.M. van der Windt, F.G. Schellevis, L.M. Bouter, J. Dekker. Incidence and prevalence of complaints of the neck and upper extremity in general practice. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 64, 2005, nr. 1, p. 118-123.
- C. Brown, J. Paget, A. Meijer. Avian influenza: current situation in southeast Asia and impact on Europe. *Eurosurveillance Weekly*: 10, 2005, nr. 1.
- M. Cardol, P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker, P. Spreeuwenberg, L. van Dijk, W. van den Bosch. The shared help seeking behavior within families: a retrospective cohort study. *British Medical Journal*: 339, 2005, nr. 7496, p. 882-884.
- M. Cardol, F.G. Schellevis, P. Spreeuwenberg, E.H. van de Lisdonk. Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. *British Journal of General Practice*: 55, 2005, nr. 516, p. 516-521.
- C. Cooper, I. Carpenter, C. Katona, M. Schroll, C. Wagner, D. Fialova, G. Livingston. The ADHOC study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *American Journal of Geriatric Psychiatry*: 13, 2005, nr. 12, p. 1067-1076.
- R. Coppen, R.D. Friele, R.L. Marquet, J.K.M. Gevers. Opting-out systems no guarantee for higher donation rates. *Transplant International*: 18, 2005, nr. 11, p. 1275-1279.
- I.C.J.M. Eyssen, A. Beelen, C. Dedding, M. Cardol, J. Dekker. The reproducibility of the Canadian occupational performance measure. *Clinical Rehabilitation*: 19, 2005, p. 888-894.
- D. Fialova, E. Topinkova, G. Gambassi, H. Finne-Soveri, P.V. Jonsson, I. Carpenter, M. Schroll, G. Onder, L. Wergeland Sorbye, C. Wagner, J. Reissigova, R. Bernabei. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA: Journal of the American Medical Association*: 293, 2005, nr. 11, p. 1348-1358.
- S.R. Florentinus, M.W. Nielsen, L. van Dijk, H.G.M. Leufkens, E.H. Hansen, E.R. Heerdink. Patient characteristics associated with prescribing of a newly intro-

- duced drug: the case of rofecoxib. *European Journal of Clinical Pharmacology*: 61, 2005, p. 157-159.
- S.R. Florentinus, E.R. Heerdink, A. de Boer, L. van Dijk, H.G.M. Leufkens. The trade-off between cardiovascular and gastrointestinal effects of rofecoxib. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 14, 2005, p. 437-441.
 - A.L. Francke, D.L. Willems. Terminal patients' awareness of impending death: the impact upon requesting adequate care. *Cancer Nursing*: 28, 2005, nr. 3, p. 241-247.
 - S. Gress, P. Groenewegen, K. Hoepfner. Die Reform-Mühle. *Gesundheit und Gesellschaft*: 8, 2005, nr. 2, p. 20-25.
 - P.P. Groenewegen, J.J. Kerssens, H.J. Sixma, I. van den Eijk, W.G.W. Boerma. What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Services Research* 2005; 5:16.
 - E. Hak, E. Buskens, G.A. van Essen, D.H. de Bakker, D.E. Grobbee, M.A.J.B. Tacken, B.A. van Hout, T.J.M. Verheij. Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions. *Archives of Internal Medicine*: 165, 2005, nr. 2, p. 274-280.
 - C.F. Hekkink, L. Wigersma, C.J. IJzermans, P.J.E. Bindels. HIV nursing consultants: patients' preferences and experiences about the quality of care. *Journal of Clinical Nursing*: 14, 2005, p. 327-333.
 - H.L. Hoeksma, J. Dekker, H.K. Ronday, F.C. Breedveld, C.H.M. van den Ende. Manual therapy in osteoarthritis of the hip: outcome in specific subgroups of patients. *Rheumatology*: 44, 2005, nr. 4, p. 461-464.
 - N. Hoeymans, H. van Lindert, G.P. Westert. The health status of the Dutch population as assessed by the EQ-6D. *Quality of Life Research*: 14, 2005, p. 655-663.
 - J.L. Hoving, J.J.M. Pool, H.H. van Mameren, W.L.J.M. Devillé, W.J.J. Assendelft, H.C.W. de Vet, A.F. de Winter, B.W. Koes, L.M. Bouter. Reproducibility of cervical range of motion in patients with neck pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*: 6, 2005, nr. 59.
 - C.J. IJzermans, G.A. Donker, J.J. Kerssens, A.J.E. Dirkzwager, R.J.H. Soeteman, P.M.H. ten Veen. Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *International Journal of Epidemiology*: 34, 2005, nr. 4, p. 1-7.
 - J.J. Kerssens, P.P. Groenewegen. Consumer's preferences in social health insurance. *European Journal of Health Economics*: 6, 2005, nr. 1, p. 8-15.
 - J. Kyncl, W.J. Paget, M. Havlickova, B. Kriz. Harmonisation of the acute respiratory infection reporting system in the Czech Republic with the European community networks. *Eurosurveillance*: 10, 2005, nr. 1/3, p. 30-33.
 - R.L. Marquet, A.I.M. Bartelds, A.J.F.M. Kerkhof, F.G. Schellevis, J. van der Zee. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice*: 6, 2005, nr. 45.
 - R.L. Marquet, A. Bartelds, F. Schellevis. No indication for increased rate of suicide attempts by SSRIs in the Netherlands. *BMJ*, eletters, 2005.
 - T. Mayorova, F. Stevens, A. Scherpbier, L. van der Velden, L. Hingstman, J. van der Zee. Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy*: 72, 2005, nr. 1, p. 73-80.
 - A. Meijer, M. Valette, J.C. Manuguerra, P. Perez-Brena, J. Paget, C. Brown, K. van der Velden. Implementation of the community network of reference laboratories for human influenza in Europe. *Journal of Clinical Virology*: 34, 2005, nr. 1, p. 87-96.
 - M. Morren, J.C. IJzermans, R.M.A. van Nispen, S.J.M. Wevers. The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *Journal of Occupational Health*: 47, 2005, p. 523-532.

- L.M.A.J. Muller, K.J. Gorter, E. Hak, W.L. Goudzwaard, F. Schellevis, A.I.M. Hoepelman, G.E.H.M. Rutten. Increased risk of common infections in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Diabetes and Increased Risk of Infections*: 41, 2005, p. 281-288.
- J. Nuyen, A.C. Volkers, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis, P.P. Groenewegen, G.A.M. van den Bos. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*: 35, 2005, nr. 8, p. 1185-1195.
- S. Nys, J.H.T. Tjhie, A.I.M. Bartelds, M.L.A. Heijnen, M.F. Peeters, E.E. Stobberingh. Erythromycin resistance in the commensal throat flora of patients visiting the general practitioner: a reservoir for resistance genes for potential pathogenic bacteria. *International Journal of Antimicrobial Agents*: 26, 2005, p. 133-137.
- W. Opstelten, G.A. van Essen, K.G.M. Moons, A.J.M. van Wijck, F.G. Schellevis, C.J. Kalkman, T.J.M. Verheij. Do herpes zoster patients receive antivirals?: a national survey in general practice. *Family Practice*: 22, 2005, nr. 5, p. 523-528.
- H.B.M. Otters, J.C. van der Wouden, F.G. Schellevis, L.W.A. Suijlekom-Smit, B.W. Koes. Changing morbidity patterns in children in Dutch general practice: 1987-2001. *European Journal of General Practice*: 11, 2005, nr. 1, p. 17-22.
- D.J. den Ouden, A.J.E. Dirkzwager, C.J. IJzermans. Health problems presented in general practice by survivors before and after a fireworks disaster: associations with mental health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*: 23, 2005, nr. 3, p. 137-141.
- J. Paget. Considerable progress in European preparations for a potential influenza pandemic. *EuroSurveillance Quarterly*: 10, 2005, nr. 1/3, p. 67-68.
- W.J. Paget, T.J. Meerhoff, A. Meijer. Epidemiological and virological assessment of influenza activity in Europe during the 2003-2004 season. *Eurosurveillance Monthly*: 10, 2005, nr. 4, p. 107-111.
- A. Pieterse, S. van Dulmen, M. Ausems, A. Schoemaker, F. Beemer, J. Bensing. QUOTE-geneca: development of a counselee-centred instrument to measure needs and preferences in genetic counseling for hereditary cancer. *Psycho-Oncology*: 14, 2005, nr. 5, p. 361-375.
- A.H. Pieterse, A.M. van Dulmen, M.G.E.M. Ausems, F.A. Beemer, J.M. Bensing. Communication in cancer genetic counselling: does it reflect counselees' previsit needs and preferences? *British Journal of Cancer*: 92, 2005, nr. 9, p. 1671-1678.
- A.H. Pieterse, M. Ausems, S. van Dulmen, F.A. Beemer, J.M. Bensing. Initial cancer genetic counseling consultation: change in counselees' cognitions and anxiety, and association with addressing their needs and preferences. *American Journal of Medical Genetics*: 137, 2005, nr. A, p. 27-35.
- T. Plochg, D.M.J. Delnoij, T.F. van der Kruk, T.A.C.M. Janmaat, N.S. Klazinga. Intermediate care: for better or worse?: process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Services Research*: 5, 2005, nr. 38.
- A. van der Putten, C. Vlaskamp, K. Reynders, H. Nakken. Children with profound intellectual and multiple disabilities: the effects of functional movement activities. *Clinical Rehabilitation*: 19, 2005, nr. 6, p. 613-620.
- A. van der Putten, C. Vlaskamp, K. Reynders, H. Nakken. Movement skills assessment in children with profound multiple disabilities: a psychometric analysis of the Top Down Motor Milestone Test. *Clinical Rehabilitation*: 19, 2005, nr. 6, p. 635-643.
- M. Rijken, M. van Kerkhof, J. Dekker, F.G. Schellevis. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Quality of Life Research*: 14, 2005, nr. 1, p. 45-55.

- M. du Ry van Beest Holle, A. Meijer, M. Koopmans, C.M. de Jager, E.E.H.M. van de Kamp, B. Wilbrink, M.A.E. Conyn-van Spaendonck. Human to human transmission of avian influenza A/H7N7, The Netherlands, 2003. *Eurosurveillance*: 10, 2005, nr. 10-12, p. 264-268.
- F.G. Schellevis, G.P. Westert, D.H. de Bakker. Die aktuelle Rolle der Allgemeinmedizin im niederländischen Gesundheitsversorgungssystem: Ergebnisse der Zweiten Nationalen Niederländische Untersuchung zur Allgemeinmedizin. *Medizinische Klinik*: 100, 2005, nr. 10, p. 656-661.
- F.G. Schellevis, G.P. Westert, D.H. de Bakker. The actual role of general practice in the Dutch health-care system: results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *Journal of Public Health*: 13, 2005, nr. 5, p. 265-269.
- J.M.G.A. Schols, A.J.E. de Veer. Information exchange between general practioner and nursing home physician in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*: 6, 2005, nr. 3, p. 219-225.
- N. Smidt, D.A.W.M. van der Windt, W.J.J. Assendelft, A.J. Mourits, W.L.J.M. Devillé, A.F. de Winter, L.M. Bouter. Interbeobachter-Reproduzierbarkeit der Beurteilung des Schweregrads von Beschwerden, der Griffstärke und der Druckschmerzschwelle bei Patienten mit lateraler Epikondylitis. *Manuelle Therapie*: 9, 2005, p. 211-217.
- N. Smidt, D.A.W.M. van der Windt, W.L.J.M. Devillé, I.B.C. Korthals-de Bos, L.M. Bouter, W.J.J. Assendelft. Kortikosteroidinjektionen, Physiotherapie oder eine Abwartestrategie bei lateraler Epikondylitis: randomisierte kontrollierte Studie. *Manuelle Therapie*: 9, 2005, nr. 5, p. 202-210.
- E.M.J. Steultjens, J. Dekker, L.M. Bouter, C.J. Leemrijse, C.H.M. van den Ende. Evidence of the efficacy for occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*: 19, 2005, nr. 3, p. 247-254.
- I.C.S. Swinkels, R.H. Wimmers, P.P. Groenewegen, W.J.H. van den Bosch, C.H.M. van den Ende. What factors explains the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain: a multilevel analysis. *BMC Health Services Research*: 24, 2005, nr. 5.
- I.C.S. Swinkels, C.H.M. van den Ende, W. van den Bosch, J. Dekker, R.H. Wimmers. Physiotherapy management of low back pain: does practice match the Dutch guidelines? *Australian Journal of Physiotherapy*: 51, 2005, p. 35-41.
- C.B. Terwee, A.F. de Winter, R.J. Scholten, M.P. Jans, W. Devillé, D. van Schaardenburg, L.M. Bouter. Interobserver reproducibility of the visual estimation of range of motion of the shoulder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*: 86, 2005, p. 1356-1361.
- P. Vasterman, C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiologic Reviews*: 27, 2005, p. 107-114.
- C. Veenhof, J. Dekker, J.W.J. Bijlsma, C.H.M. van den Ende. Influence of various recruitment strategies on the study population and outcome of a randomized controlled trial involving patients with osteoarthritis of hip or knee. *Arthritis and Rheumatism*: 53, 2005, nr. 3, p. 375-382.
- P.F.M. Verhaak, N. Hoeymans, A.A. Garssens, G.P. Westert. Mental health in the population and in general practice: 1987-2001. *British Journal of General Practice*: 55, 2005, nr. 519, p. 770-775.
- P.F.M. Verhaak, M.J.W.M. Heijmans, L. Peters, M. Rijken. Chronic diseases and mental disorder. *Social Science & Medicine*: 60, 2005, nr. 4, p. 789-797.
- R. Verkaik, J.C.M. van Weert, A.L. Francke. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and

apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*: 20, 2005, p. 301-314.

- E. Voronko, V. Rusovich, F. Schellevis. Headache: professional guidelines for general practitioners. *Medyzina*: 2005, nr. 2, p. 8-11.
- C.A.M. van Wayenburg, F.A. van de Laar, M.W.M. de Waal, I.M. Okkes, M. van den Akker, W.J. van der Veen, F.G. Schellevis, W.A. van Staveren, J.J. van Binsbergen, C. van Weel. Nutritional deficiency in Dutch primary care: data from general practice research and registration networks. *European Journal of Clinical Nutrition*: 59, 2005, nr. suppl. 1, p. S187-S194.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P. Spreeuwenberg, J.M. Bensing, M.W. Ribbe. The effects of the implementation of snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics*: 17, 2005, nr. 3, p. 407-425.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*: 58, 2005, nr. 3, p. 312-326.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *JAGS: Journal of the American Geriatrics Society*: 50, 2005, nr. 1, p. 24-33.
- G.P. Westert, F.G. Schellevis, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, J.M. Bensing, J. van der Zee. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health*: 15, 2005, nr. 1, p. 59-65.
- E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Family Practice*: 22, 2005, nr. 3, p. 293-297.

- E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, J.J. Kerssens, J.M. Bensing. The workload of GPs: consultations of patients with psychological or somatic problems compared. *British Journal of General Practice*: 55, 2005, nr. 517, p. 609-614.
- M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J. van der Ende, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Family Practice*: 22, 2005, nr. 5, p. 498-506.
- M. Zwaanswijk, J. van der Ende, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Help-seeking for child psychopathology: pathways to informal and professional services in the Netherlands. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*: 44, 2005, nr. 12, p. 1292-1300.

10.2 *Internationale boeken en boekbijdragen*

- W.G.W. Boerma, V.S. Rusovich, F.G. Schellevis, H.W. Schreurs. Case finding and monitoring hypertension in Belarus primary care; improving effectiveness and efficiency. In: V.P. Podpalov (Ed.). *Problems in prevention and management of arterial hypertension in primary care*. Vitebsk: Vitebsk Medical University, 2005. p. 43-45.
- W.G.W. Boerma, F.G. Schellevis, V. Rousovitch. Going ahead with primary care and general practice in Belarus: description and evaluation of a pilot project 1998 - 2001. Utrecht: NIVEL, 2005. 68 p.
- R. Coppen. The legal status of clinical practice guidelines: an international legal comparison between 11 EU-member states. Utrecht: ENQUAL: European Research Network on Quality Management in Health Care, 2005. 42 p.
- P.P. Groenewegen, H.J. Sixma, D.M.J. Delnoij. Die Rolle von Panel-Erhebungen zur Gesundheitsversorgung in einem System von

Leistungsindikatoren. In: Streich W, Braun B, Helmert U, editors. *Surveys im Gesundheitswesen: Entwicklungen und Perspektiven in der Versorgungsforschung und olitikberatung*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 2005: 59-67.

- J. Hansen. Internal and external career aspirations of men and women within their organisations. In: B. Peper, A. van Doorne-Huiskes, L. den Dulk. *Flexible working and organisational change*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2005. p. 222-246.
- F.G. Schellevis. Supporting the networks of competent authorities and the network of working party leaders (SNAW): final technical implementation report. Utrecht: NIVEL, 2005. 113 p.
- K. van der Velden, J. Paget, A. Meijer, T. Meerhoff, J. Deckers, A. Faassen. *European Influenza Surveillance Scheme: annual report 2003-2004 influenza season*. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- T.A. Wieggers, W.G.W. Boerma, O. de Haan. *Reproductive health and reproductive health services in North-East Kazakhstan: experiences and opinions of providers and users of services*. Amsterdam: Stichting PRO, 2005. 31 p.
- C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, E. Breuning. *Long-term health consequences of disaster: a bibliography*. Utrecht: NIVEL, 2005. 173 p.
- D. Zeegers-Paget, W. Ricciardi, G. Tellnes, D. Delnoij, M. McCarthy. *The future of public health in Europe: ten statements on the future of public health in Europe*. In: G. Tellnes. *Urbanisation and health: new challenges in health promotion and prevention*. Oslo: University of Oslo, 2005. p. 317-324.
- D. Zeegers-Paget, N. Simmons, W. Ricciardi, W. Kirch, G. Burazeri, E. Rosh, U. Laaser, I. Pudule, A. Villerusa, M. Gissler, I. Keskimaki, A. Sceponavicius, M. McCarthy, I. Rajnicova Nagyova, Z. Katreniakova, M. van der Waal. *Supporting the public health associ-*

ations as key links between government, the scientific community and the population in Central and Eastern Europe. In: G. Tellnes. *Urbanisation and health: new challenges in health promotion and prevention*. Oslo: University of Oslo, 2005. p. 325-332.

10.3 Dissertaties

NIVEL dissertaties

- M. Algera. *All you need is... home care: matches between home care needed, indicated and delivered: a study among chronic patients*. Utrecht NIVEL, 2005. 278 p. Proefschrift, Universiteit Maastricht.
- A.H. Pieterse. *Counselees' needs and their reflection in cancer genetic counselling: an analysis of the initial consultation = Behoeften van adviesvragers en de weer- spiegeling tijdens erfelijkheidsaviserings vanwege erfelijke kanker*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2005. 207 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- E.M.J. Steultjens. *Efficacy of occupational therapy: the state of the art*. Utrecht: NIVEL, 2005. 208 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- M. Zwaanswijk. *Pathways to care: help-seeking for child and adolescent mental health problems = Wegen naar zorg: het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen*. Utrecht: NIVEL, 2005. 202 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Overige dissertaties

- J.H.M. te Brake. *Burnout and job engagement in dentistry*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005. 151 p. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- J.J.H.H.I. Hansen. *Shaping careers of men and women in organizational contexts = Loopbanen van mannen en vrouwen binnen organisaties*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2005. 261 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- A.A.J. van der Putten. *Moving toward independence?: evaluation of the "Mobility Opportunities Via*

Education” curriculum with children with profound intellectual and multiple disabilities. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2005. 112 p. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

- A.C.M. Wegman. N-of-1 trials in general practice: ‘tailoring treatment to individual patients’. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005. 175 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

10.4 *Nederlandse wetenschappelijk artikelen*

- M. Bekker, K. van Vliet, I. Klinge, J. van Mens-Verhulst, A. van den Brink-Muinen, D. Deeg, L. Mans, C. Moerman. Een aanzet tot richtlijnen voor diversiteitsbewust gezondheids(zorg)-onderzoek. Tijdschrift voor Genderstudies: 8, 2005, nr. 2, p. 36-43.
- A.H. de Boer, M.M.Y. de Klerk, M. Cardol, G.P. Westert. Het sociale netwerk en het ontvangen van informele hulp. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 83, 2005, nr. 4, p. 213-219.
- M. Cardol, P. Groenewegen, D. de Bakker, P. Spreeuwenberg, L. van Dijk, W. van den Bosch. Gezinsgelijkenis in contactfrequentie met de huisartspraktijk: een retrospectief cohort-onderzoek. Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 10, p. 490-494.
- J.M. Cuperus-Bosma, C. Wagner, G. van der Wal. Veiligheid van patiënten in ziekenhuizen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 149, 2005, nr. 39, p. 2153-2156.
- R. Damoiseaux, F. Schellevis. Praktische waarde van diagnostische modellen vaak niet getest. Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 2, p. 46-47.
- G. Donker, D. Fleming, F. Schellevis, P. Spreeuwenberg. Behandeling van diabetes mellitus door de huisarts in vijf Europese landen: eenheid binnen Europa? Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 9, p. 449-453.
- G.A. Donker. Erectie bij een kleuter door “high-flow”-priapisme: spoedgeval. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 149, 2005, nr. 10, p. 538-541.
- G.A. Donker, F. Groenhof, W.J. van der Veen. Toenemend aantal voorschriften voor methyلفenidaat in huisartspraktijken in Noord-oost-Nederland, 1998-2003. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 149, 2005, nr. 13, p. 1742-1747.
- R.D. Friele. Beslissen over de actieve donoregistratie: een reactie. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen : 83, 2005, nr. 4, p. 244-245.
- F.M. de Graaff, A.L. Francke. Waardering voor en effecten van Salsa, een interculturele intervisiemethodiek voor verzorgenden in de thuiszorg. Verpleegkunde: 20, 2005, nr. 1, p. 18-28.
- J. Hansen, W. Arts, R. Muffels. Wie komt eerst?: een vignetonderzoek naar de solidariteitsbeleving van Nederlanders met patiënten en cliënten in de gezondheidszorg. Sociale Wetenschappen: 48, 2005, nr. 1/2, p. 31-60.
- J. Hansen, W. Arts, R. Muffels. Solidair tegen (w)elke prijs?: een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperkte pakketten in de zorgverzekering. Sociale Wetenschappen: 48, 2005, nr. 1/2, p. 61-84.
- E.H. Hofhuis. ‘Feiten en cijfers over fysiotherapie’: KNGF-richtlijnen: bekendheid en gebruik in 2003. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 115, 2005, nr. 3, p. 82.
- J.C. de Jong, G.F. Rimmelzwaan, A.I.M. Bartelds, A. Meijer, R.A.M. Fouchier, A.D.M.E. Osterhaus. Het influenzaseizoen 2004/’05 in Nederland met de grootste epidemie van de laatste 5 jaar, door virusvariant A/California, en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2005/’06. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 149, 2005, nr. 42, p. 2355-2361.
- C. Leemrijse, M. de Boer. “Feiten en cijfers over fysiotherapie”: fysiotherapie in verpleeghuizen. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 115, 2005, nr. 6, p. 172.

- J. Maas, M.J. van den Berg, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang? *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 10, p. 499-503.
- E.P. Moll van Charante, E.E. Hartman, C.J. IJzermans, E. Voogt, N.S. Klazinga, P.J.E. Bindels. De huisartsen-kliniek in IJmuiden: een bijzonder transmuraal experiment. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 3, p. 102-108.
- C.G. van der Plas, W. Opstelten, W.L.J.M. Devillé, D. Bijl, L.M. Bouter, R.J.P.M. Scholten. Fysische diagnostiek - de waarde van enkele gebruikelijke tests voor het aantonen van een voorstekruisbandruptuur: meta-analyse. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 149, 2005, nr. 2, p. 83-88.
- J. Polder, D. de Bakker. Lijnen naar één lijn. TSG: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 83, 2005, nr. 7, p. 393-395.
- M.C. Poortvliet, R.A. Verheij, F.G. Schellevis. Het verbeteren van de probleemlijst met een elektronisch zoekprogramma. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 8, p. 391-394.
- E. van der Schee, D. Delnoij, J. Kerssens. Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten? TSG: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 83, 2005, nr. 2, p. 113-115.
- H.M.J. van Schroyensteen Lantman-de Valk, M. van den Akker, M. Wullink, F.G. Schellevis, J.F.M. Metsemakers, G.J. Dinant. Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartspraktijk. NTZ: *Ned.Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*: 31, 2005, nr. 4, p. 250-260.
- D. Somai, F. Schellevis, J.C.M. van der Burg, A. van der Beek. Visie van de huisarts op de samenwerking met bedrijfsartsen anno 2003 nog onveranderd. TSG: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 83, 2005, nr. 5, p. 265-271.
- I.C.S. Swinkels. 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': de behandel frequentie in de fysiotherapiepraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 115, 2005, nr. 2, p. 52.
- I.C.S. Swinkels. 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': fysiotherapeuten versus oefentherapeuten: behandelen ze dezelfde groep patiënten? *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 115, 2005, nr. 1, p. 20-24.
- I.C.S. Swinkels, C.H.M. van den Ende, W.J.H. van den Bosch, J. Dekker, R.H. Wimmers. Behandelen fysiotherapeuten lage-rugklachten conform de KNGF-richtlijn 'Lage-rugpijn'? *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 115, 2005, nr. 3, p. 57-61.
- E. Uiters, W. Devillé, M. Foets, G.P. Westert, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen. Is er samenhang tussen stedelijkheid en etnische verschillen in zorggebruik? TSG: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 83, 2005, nr. 4, p. 205-212.

10.5 Artikelen in vaktijdschriften

- Verzorgenden spreken zich uit over cliëntveiligheid: Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. *AVVV Journal*: 7, 2005, nr. 10.
- D.H. de Bakker, M. Lamkaddem, J. de Haan, A. Nijland. Invloed van praktijkondersteuning op werklust van huisartsen. *Modern Medicine*: 2005, nr. 8, p. 400-403.
- D.H. de Bakker, R.A. Verheij, H.A. Abrahamse, L. Jabaaij. 5 - Eurotarief tegen het licht: ingrijpende veranderingen in honoreringssysteem van huisartsen. *Medisch Contact*: 60, 2005, nr. 6, p. 227-230.
- S. van Beek. Hart voor de V&V-sector. *Kwaliteit in Beeld*: 15, 2005, nr. 5, p. 11.
- J. Bensing. 'Bied onderzoekers een goed loopbaanperspectief en leg ze in de watten'. *AWT Nieuwsbrief*: 8, 2005, nr. 2, p. 6-7.
- A. van den Brink-Muinen. LINH-cijfers: voorlichting

en gezamenlijke besluitvorming in de huisartspraktijk: het kan vaker. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 3, p. 93.

- W. Brouwer, D.M.J. Delnoij. Meten van patiëntgerichtheid - hoe houden we het overzicht? *Kwaliteit in Beeld*: 15, 2005, nr. 1, p. 16-18.
- E.P.M. Brouwers, B. Terluin, B.G. Tiemens, P.F.M. Verhaak. Lekenterm als diagnose: achter 'overspanning' gaan vaak ernstige klachten schuil. *Medisch Contact*: 60, 2005, nr. 3, p. 100-102.
- H. Calsbeek, W. van der Windt, H. Talma, L. Hingstman. Actuele feiten over vraag en aanbod: zorg van verpleegkundigen en verzorgenden. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 115, 2005, nr. 1, p. 26-28.
- M. Cardol, H. van Weert, F. Schellevis. LINH-cijfers: (On)bewust preventief: één op de twaalf contacten met de huisarts betreft preventie van hart- en vaatziekten. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 12, p. 593.
- M. Cardol, F. Schellevis. LINH-cijfers: no-claimregeling treft kwetsbare groepen. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 1, p. 5.
- E. Cup, E. Steultjens. Ergotherapierichtlijn Beroerte: wetenschappelijk bewijs ergotherapie en beroerte. *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie*: 33, 2005, nr. 4, p. 152-156.
- L. van Dijk. LINH-cijfers: beetje mollige jongvolwassenen minst naar de huisarts met psychische klachten. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 10, p. 489.
- F. Dijkers, A. Volkers, L. van Dijk. Diagnose op recept is nog geen garantie voor kwaliteit: herhaalreceptuur bij astma/COPD en diabetes mellitus. *Pharmaceutisch Weekblad*: 140, 2005, nr. 25, p. 840-843.
- F. Dijkstra, S.M. van der Plas, B. Wilbrink, J.C. de Jong, A.I.M. Bartelds. Surveillance van respiratoire infectieziekten in 2004/2005. *Infectieziekten Bulletin*: 16, 2005, nr. 6, p. 198-205.
- R.D. Friele, E.M. Sluijs. Vervolgonderzoek evaluatie WKCZ: klagende patiënt wil weten wat er gebeurt om herhaling te voorkomen. *Klacht en Recht in de Zorg*: 6, 2005, nr. 12, p. 1-30.
- P. Heiligers, J. de Jong. Baanbrekend werk: voorkeuren van medisch specialisten voor werken in deeltijd. *Medisch Contact*: 60, 2005, nr. 7, p. 274-275.
- M. Hendriks, A. Vingerhoets. Tranen roepen hulp en troost op: de functies van huilen bij volwassenen. *Psycholoog*: 40, 2005, nr. 10, p. 522-526.
- L. Jabaaij, J. Lieshout. LINH-cijfers: KNO klachten in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 13, p. 653.
- L. Jabaaij, R. Verheij. LINH cijfers: diagnose astma minder vaak gesteld bij plattelandskinderen. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 11, p. 541.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: geluidsoverlast gaat gepaard met gezondheidsproblemen. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 8, p. 387.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: zelf zorgen voor geneesmiddelen? een beleidsvraag. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 2, p. 45.
- B. Janssen, T. Wiegens. Ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 30, 2005, nr. 1, p. 23-28.
- B. Janssen, T. Wiegens. De behoefte aan verloskundigen in 2015. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 30, 2005, nr. 10, p. 35-39.
- B. Janssen, T. Wiegens. Vierde meting monitor verloskundige zorgverlening. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 30, 2005, nr. 9, p. 19-24.
- H. Kedde, J. Vroege, I. Vanwesenbeeck, A. Bartelds. De incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk - gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*: 29, 2005, p. 143-149.
- R. Kenens, L. Hingstman. Ergotherapeuten: een sterk

groeijende beroepsgroep Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie: 33, 2005, nr. 5, p. 222-224.

- J.J. Kerssens. Vragen aan de huisarts over hiv and aids van 1988-2004. Soa Aids Magazine: 2, 2005, nr. 5, p. 8-9.
- A. de Kruijf, A. de Veer, F. Bolle. Het Panel: verpleegkundigen en patiëntveiligheid. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 115, 2005, nr. 5, p. 34-35.
- E. Lammers. NIVEL: gelukkiger na afschaffen inloosprekkuur: onderzoek naar instroommanagement in huisartspraktijken. Huisarts in Nederland: 16, 2005, nr. 10, p. 10-13.
- E. Lammers. NIVEL: laveren in de laatste levensfase: huisartsen krijgen meer te maken met allochtone terminale patiënten. Huisarts in Nederland: 16, 2005, nr. 6, p. 12-15.
- E. Lammers. NIVEL: veel MUPS na 'Enschede'. Huisarts in Nederland: 16, 2005, nr. 7, p. 26-27.
- J. Maat-van Manen, S. Mol, M. Kuyvenhoven, F. Schellevis. LINH cijfers: kindermishandeling, een ondergeschoven kind? Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 6, p. 265.
- S. Nijs, A.I.M. Bartelds, E.E. Stobberingh. Acute ongecompliceerde urineweginfecties: antibiotische therapie en antibioticumresistentie. Infectieziekten Bulletin: 16, 2005, nr. 8, p. 291-295.
- M. van der Sande, H. Ruijs, H. Cools, A. Meijer, S. van der Plas, G. Morroy. Influenza uitbraken in verpleeghuizen 2004-2005: wat zijn de consequenties voor het komende griepseizoen? Vox Hospitalii: Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde: 30, 2005, nr. 4, p. 22-23.
- M.A.B. van der Sande, W.L.M. Ruijs, H.J.M. Cools, A. Meijer, S.M. van der Plas. Toepassing van antivirale middelen bij influenza-uitbraken in verpleeghuizen in het influenzaseizoen 2004-2005. Infectieziekten Bulletin: 16, 2005, nr. 7, p. 240-242.
- E. van der Schee, D. Delnoij. Dokter geniet nog steeds

aanziën: onderzoek consumentenvertrouwen in zorg. ZorgVisie: 35, 2005, nr. 8, p. 28-29.

- D.D. van Sonsbeeck, I.C.S. Swinkels, D. de Bakker. De vraag naar fysiotherapie in 2004. Fysiopraxis: 14, 2005, nr. 4, p. 41-43.
- E. Steultjens, C. Theune. De evidence-based ergotherapierichtlijn Valpreventie. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie: 33, 2005, nr. 4, p. 166-167.
- I. Swinkels. Oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck en fysiotherapie: de patiëntenpopulaties vergeleken. Beweegreden: 2, 2005, nr. 1, p. 4-5.
- E. Uiters. LINH-cijfers: allochtonen voelen zich minder gezond, gaan ze dus ook vaker naar de huisarts? Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 4, p. 153.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, A. de Kruif, F. Bolle. Het Panel: verpleegkundigen en verzorgenden over kwaliteit van zorg: werkdruk en opleidingsgraad grootste belemmeringen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 115, 2005, nr. 7/8, p. 40-43.
- P. Verhaak, J. Groenendijk, E. Vonk, E. Zantinge. GGZ-consultaties: registratiegegevens 2000-2004. Tussen de Lijnen: 2005, nr. 2, p. 3-7.
- P. Verhaak. Walter Leutz 'integratiewetten'. Tussen de Lijnen: 2005, nr. 6, p. 1-2.
- R. Verheij. LINH-cijfers: boeren gezonder. Huisarts en Wetenschap: 48, 2005, nr. 9, p. 437.
- R. Verheij. Grootste stakingsbereidheid huisartsen in grote steden. www.nivel.nl: NIVEL, 2005 Deze publicatie vormt een integraal onderdeel als link van het nieuwsbericht "Stakende huisartsen vooral in de steden" op www.medischcontact.nl (zie elektronisch document) Eveneens is deze publicatie terug te vinden op www.nivel.nl, actualiteiten 23 mei 2005.
- R. Verkaik, A. Francke, M. Lahr, M. Zuidervaat. Voorkom somberheid bij geheugenproblemen: huisbezoeken voor mensen met dementie en hun mantelzorg. Denkbeeld: 18, 2005, nr. 4, p. 26-28.

- C. Wagner, G. van der Wal. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definitie. *Medisch Contact*: 60, 2005, nr. 47, p. 1888-1891.
- C. Wagner. Déjà vu en leren van het verleden. *Kwaliteit in Beeld*: 15, 2005, nr. 5, p. 11.
- G. Westert, M. Cardol. LINH cijfers: slapeloosheid becijferd. *Huisarts en Wetenschap*: 48, 2005, nr. 5, p. 205.
- T. Wiegers. Rendement van de applicatiecursus voor verloskundigen die in het buitenland zijn opgeleid. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 30, 2005, nr. 11, p. 25-29.

10.6 Nederlandse boeken en boekbijdragen

- D. Delnoij, E. Spelten. Parameters langdurige zorg: een deelstudie voor een internationale vergelijking. p. 97-116. In: W.J.D. de Graaf. *Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.
- M. Lamkaddem, W. Devillé. Asielzoekers en hun minderjarige kinderen: dossiergegevens. In: LSB-MOA. *Gezondheidstoestand en zorggebruik van asielzoekers en hun minderjarige kinderen: uitbreiding op het onderzoek "Gevlucht - Gezond?"*. Wageningen: LSB-MOA, 2005. p. 22-40.
- J. Maas, P. Groenewegen, R. Verheij, S. de Vries, A. van den Berg. Vitamine G: effecten van een groene omgeving op gezondheid, welzijn en sociale veiligheid. In: S. van den Burg; G. Spaargaren; H. Waaijers. *Wetenschap met beleid, beleid met wetenschap*. Wageningen: Wageningen Universiteit, 2005. p. 79-85.
- P. Mistiaen, M. Poortvliet. Smetten. In: R.J.C. Halfens; M.A.P. Janssen; J.M.M. Meijers; P. Mistiaen. *Rapportage resultaten landelijke prevalentie-meting zorgproblemen 2005*. Maastricht: Universiteit Maastricht. Sectie Verplegingswetenschap, 2005. p. 77-87.
- C. Veenhof, E. van den Ende. GRADIT: een 'graded activityprogramma voor patiënten met artrose van heup of knie. In: P.U. Dijkstra; P. van Burken; J. Marinus; J. Nijs; C.P. van Wilgen. *Jaarboek fysiotherapie kinesitherapie 2005*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005. p. 205-217.
- C. Wagner, G. van der Wal, S. Tuijn. *Patiëntveiligheid in Nederland: verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005. 178 p.
- C. Wagner, G. van der Wal. Epiloog. In: C. Wagner; G. van der Wal; S. Tuijn. *Patiëntveiligheid in Nederland: verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005. p. 170-171.
- C. Wagner, G. van der Wal. Ten Geleide. In: C. Wagner; G. van der Wal; S. Tuijn. *Patiëntveiligheid in Nederland: verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005. p. ix-xii.
- G. van der Wal, C. Wagner. *Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg*. In: C. Wagner; G. van der Wal; S. Tuijn. *Patiëntveiligheid in Nederland: verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005. p. 1-9.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen. De implementatie van snoezelen als zorgmodel in de 24-uurszorg. In: C.C. van Beek; T.C. van Dorsten. *Handboek Zorgvernieuwing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghun, 2001 -. p. C 5.1-C 5.31.
- H. van Wetten, I. Kok, C. Wagner, M. Geurts. Het meten van uitkomsten in de GGZ: verslag van een implementatie in twee GGZ instellingen(1). In: H. van Wetten; I. Kok; C. Wagner; M. Geurts. *Het meten van uitkomsten in de GGZ*. Utrecht: NIVEL, Trimbos-Instituut, 2005. p. 1-70.
- H. van Wetten, I. Kok, C. Wagner, M. Geurts. Het meten van uitkomsten in de GGZ: lerende teams in de GGZ(2). In: H. van Wetten; I. Kok; C. Wagner; M. Geurts. *Het meten van uitkomsten in de GGZ*. Utrecht: NIVEL, Trimbos-Instituut, 2005. p. 1-56.

- F.C.B. van Wijmen, I. van Bennekom, R.D. Friele. De betekenis van visitatie voor patiënten en patiëntenorganisaties. In: M.J.M.H. Lombarts; F.C.B. van Wijmen; J.L.M. van de Klundert. Bezoek of bezoeking?: juridische aspecten van visitatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005. p. 75-88.

10.7 NIVEL rapporten

- Desan, Instituut Werk en Stress, NIVEL, TNO Management Consultants. Brancherapport: Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PriceWaterhousCoopers, 2005. 96 p.
- M. Algera. All you need is... home care: aansluitingen tussen ervaren zorgbehoeften, geïndiceerde zorg en geleverde thuiszorg: een onderzoek onder chronisch zieke cliënten. Utrecht: NIVEL, 2005. 123 p. Bewerking van het proefschrift: All you need is ... home care: matches between home care needed, indicated and delivered: a study among chronic patients.
- D.H. de Bakker, J.J. Polder, E.M. Sluijs, H.F. Treurniet, N. Hoeymans, L. Hingstman, M.J.J.C. Poos, R. Gijzen, D.J. Griffioen, L. van der Velden. Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven/ Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, NIVEL, 2005. 260 p.
- A.I.M. Bartelds. Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland 2004. Utrecht: NIVEL, 2005. 183 p.
- A.P.A. van Beek, M.E. de Boer, R.M.A. van Nispen, C. Wagner. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een meetinstrument: deelrapport 2. Utrecht: NIVEL, 2005. 56 p.
- A.P.A. van Beek, C. Wagner, D.H.M. Frijters, P.M.M. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen, M.W. Ribbe. Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Utrecht: NIVEL, 2005. 102 p.
- M.J. van den Berg, D.H. de Bakker, M. van Roosmalen, J.C.C. Braspenning. De staat van de huisartsenzorg: beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2005. 168 p.
- J. Bos, C. Leemrijse. 'Help de informele hulp': een inventarisatie van belemmerende factoren voor het gebruiken van hulpmiddelen door mantelzorgers en oplossingen daarvoor. Utrecht: NIVEL, 2005. 109 p.
- J.T. Bos, D.M. de Jongh, A.L. Francke. Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg: verslaglegging van de eerste peiling. Utrecht: NIVEL, 2005. 150 p.
- J.H.M. te Brake, D.M. de Jong, D.H. de Bakker, W.L.J.M. Devillé. De werkbelasting van de medische dienst in penitentiaire inrichtingen. Utrecht: NIVEL, 2005. 106 p.
- M. Cardol, J. Bensing, P. Verhaak, D. de Bakker. Moeheid: determinanten, beloop en zorg. Utrecht: NIVEL, 2005. 51 p.
- D. Delnoij, G. ten Asbroek, O. Arah, J. de Koning, N. Klazinga, P. Stam, A. Poll, E. van der Schee. Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering?: eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- L. van Dijk, M. Vervloet, M. Plas, E. Breuning, E. van den Ende. Negatieve effecten van normaal en verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen: een literatuurstudie. Utrecht: NIVEL, 2005. 81 p.
- T. Dorn, J.J. Kerssens, P.M.H. ten Veen, C.J. IJzermans. Gezondheidsproblemen en zorggebruik in Volendam, voor en na de Nieuwjaarsbrand: monitoring via de huisarts en apotheken: rapportage 2000 t/m halverwege 2005. Utrecht: NIVEL, 2005. 75 p.
- M. Dückers, C. Wagner. Ex ante evaluatie Sneller Beter pijler 3: inventarisatie van de mate waarin de opzet van

het programma Sneller Beter pijler 3 voldoet aan eisen ontleend aan literatuur. Utrecht: NIVEL, 2005. 82 p.

- A.A.M. Gerritsen, H.M. van der Ploeg, W. Devillé, M. Lamkaddem. “Gevlucht - gezond?”: een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005. 71 p.
- F.M. de Graaff, T.J. van Hasselt, A.L. Francke. Thuiszorg voor terminale Turkse en Marokkaanse patiënten: ervaringen en opvattingen van naasten en professionals. Utrecht: NIVEL, 2005. 90 p.
- R.J.G. Halfens, M.A.P. Janssen, J.M.M. Meijers, P. Mistiaen. Rapportage resultaten landelijke prevalentie-meting zorgproblemen 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht. Sectie Verplegingswetenschap, 2005. 109 p.
- J. Hansen, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Behoefteraming klinisch gerieters 2004-2015/2020. Utrecht: NIVEL, 2005. 92 p.
- J. Hansen, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Arbeidsmarktmonitor KNO-artsen 2005-2015/2020. Utrecht: NIVEL, 2005. 74 p.
- M.J.W.M. Heijmans, P. Spreeuwenberg, P.M. Rijken. Patienten Panel Chronisch Zieken: kerngegevens maatschappelijke situatie 2004. Utrecht: NIVEL, 2005. 91 p.
- M.J.W.M. Heijmans, P. Spreeuwenberg, P.M. Rijken. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD: trends en ontwikkelingen over de periode 2001-2004. Utrecht: NIVEL, 2005. 118 p.
- P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman. Checklist integratie deeltijdwerken medisch specialisten. www.nivel.nl/beroepenindezorg; NIVEL, 2005
- M. Hendriks, M. Vervloet, L. van Dijk. Eindevaluatie Meer Jaren Afspraken Farmacie 2000-2004: invloed van de Diabetes Check op de farmaceutische zorg aan patiënten met diabetes in de apotheek. Utrecht: NIVEL, 2005. 120 p.
- M. Hendriks, D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts, W.

Brouwer, P. Spreeuwenberg. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl. Utrecht: NIVEL, 2005. 64 p.

- H. Hofhuis, L. van der Velden, L. Hingstman. Kwaliteit van de huisartsopleiding vanuit het perspectief van huisartsen in opleiding en pas afgestudeerde huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2005. 167 p.
- C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, J.J. Kerssens, P.M.H. ten Veen, Y.C.H. Luyten-de Thouars. Monitoring in de huisartspraktijk van de gezondheid van de getroffen en van de Vuurwerkramp in Enschede: een tweede tussenrapportage. Utrecht: NIVEL, 2005. 84 p.
- L. Janssens, M. Rijken, P. Spreeuwenberg. Wijziging van de regeling voor buitengewone uitgaven: inkomenseffecten bij chronisch zieken. Amsterdam/Utrecht: SEO, NIVEL, 2005. 29 p.
- A. de Jong, M. Rijken. Zorg- en maatschappelijke situatie van mensen met kanker in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2005. 103 p.
- J. de Jong, P. Heiligers, L. Hingstman. Tabellenboek: integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken. Utrecht: NIVEL, 2005. 52 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten-mensendieck: peiling 2004. Utrecht: NIVEL, 2005. 39 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten: peiling 2004. Utrecht: NIVEL, 2005. 24 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten cesar: peiling 2004 Utrecht: NIVEL, 2005. 23 p.
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2005. Utrecht: NIVEL, 2005. 34 p.
- C. Leemrijse, M. de Boer, M. Ribbe. Paramedische zorg

in verpleeghuizen: de verschillen verklaard? Utrecht: NIVEL, 2005. 62 p.

- M.W. van der Linden, L.W.A. van Suijlekom-Smit, F.G. Schellevis, J.C. van der Wouden. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: het kind in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2005. 173 p.
- M. Lugtenberg, P.J.M. Heiligers, L. Hingstman. Artsen en hun carrièrewensen: een literatuurverkenning. Utrecht: NIVEL, 2005. 52 p.
- P. Mistiaen, T. van Hasselt, A.L. Francke. Monitor palliatieve zorg: rapport 2005. Utrecht: NIVEL, 2005. 84 p.
- R.M.A. van Nispen, A.P.A. van Beek, C. Wagner. Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek: deelrapport I. Utrecht: NIVEL, 2005. 63 p.
- M.J.E. Pannekeet-Helsen, P.M. Rijken. Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten: financiële situatie van chronische zieken en gehandicapten 2004/2005: interim rapportage. Utrecht: NIVEL, 2005. 70 p.
- M.C. Poortvliet, M. Lamkaddem, W. Devillé. Niet op naam ingeschreven (NONI) bij de huisarts: inventarisatie en gevolgen voor ziekenfondsverzekerden. Utrecht: NIVEL, 2005. 113 p.
- A. van der Putten, T. Wiegers. Evaluatie van het functioneren van het hielprikprogramma: de neonatale screening op phenylketonurie, congenitale hypothyreoïdie en het adrenogenitaal syndroom. Utrecht: NIVEL, 2005. 56 p.
- A. van der Putten, W. Devillé. Ontwikkeling van een raamwerk voor het monitoren van programma's voor bevolkingsonderzoek en programmatische preventie: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2005. 96 p.
- M. Smit, R. Friele. De agenda van de patiënt. Utrecht: NIVEL, 2005. 136 p.
- M. Tacken, R. Verheij, J. Mulder, H. van den Hoogen, J. Braspenning. Monitoring griepvaccinatiecampagne

2004 Utrecht/Nijmegen: NIVEL, Landelijke Huisartsen vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap, WOK: Centre for Quality of Care Research, 2005. 35 p.

- Z.H. Tiessen-Raaphorst, J.J. Kerssens, D.H. de Bakker, G.C.W. Wendel-Vos. Sporters vitaal!: de gezondheid van sporters vergeleken met niet-sporters. Utrecht: NIVEL, 2005. 55 p.
- A.J.E. de Veer, A.F. Francke, A. Wegman, R.D. Friele. Indicatie-trajecten voor jeugdigen: soorten, overlap en afstemming. Utrecht: NIVEL, 2005. 80 p.
- P.F.M. Verhaak, J. Groenendijk, E.M. Zantinge, E. Vonk, I. Voordouw, C. van der Veen. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2000-2004). Utrecht: NIVEL, 2005. 48 p.
- R.A. Verheij, D. Somai, W. Tiersma, P. Giesen, H. van den Hoogen. Haalbaarheidstudie Landelijke Informatienetwerk Huisartsenpost (LINHAP). Utrecht: NIVEL, 2005. 41 p.
- R. Verkaik, A. Francke, M. Lahr, M. Zuidervaat. Huisbezoeken 'voorkom somberheid bij geheugenproblemen': handboek voor hulpverlener en mantelzorger. Utrecht: NIVEL, 2005. 59 p.
- A. Volkers, A. de Jong, D. de Bakker, L. van Dijk. Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2005. 239 p.
- C.J. Vugts, L. Hingstman, L.F.J. van der Velden. Arbeidsmarkt monitor huidtherapeuten. Utrecht: NIVEL, 2005. 66 p.
- C. Wagner, M.C. de Bruijne, M. Zegers, L.H.F. Hoonhout, I. Christiaans, D. Timmermans, G. van der Wal. Patiëntveiligheid in Nederland: rapportage pilotstudie. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, VU Medisch Centrum, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, 2005. 24 p.
- J. van Weert, J. Peter, B. Janssen, F. Vrugink, S. van Dulmen. Snoezelen in de zorg: handboek voor de praktijk: deel 2 voor uitvoerende zorgverleners: bewonersgerichte omgangsvormen. Utrecht: NIVEL, 2005. 32 p.

- J. van Weert, J. Peter, B. Janssen, F. Vrugink, S. van Dulmen. *Snoezelen in de zorg: handboek voor de praktijk: deel 3 voor leidinggevend en beleidsmakers: implementatie*. Utrecht: NIVEL, 2005. 56 p.
- J. van Weert, J. Peter, B. Janssen, F. Vrugink, S. van Dulmen. *Snoezelen in de zorg: handboek voor de praktijk: deel 1 voor uitvoerende zorgverleners: zintuigactivering*. Utrecht: NIVEL, 2005. 60 p.
- J. van Weert, J. Peter, B. Janssen, F. Vrugink, S. van Dulmen. *Snoezelen in de zorg: handboek voor de praktijk: deel 4 voor leidinggevend en beleidsmakers: achtergrond en onderzoeksresultaten*. Utrecht: NIVEL, 2005. 32 p.
- T.A. Wieggers, B.M. Janssen. *Monitor verloskundige zorgverlening: rapportage vierde meting, najaar 2004*. Utrecht: NIVEL, 2005. 87 p.
- T.A. Wieggers, W.G.W. Boerma, O. de Haan. *Reproductive health and reproductive health services in North-East Kazakhstan: experiences and opinions of providers and users of services*. Amsterdam: Stichting PRO, 2005. 31 p.
- T.A. Wieggers, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. *Behoefteraming verloskundigen 2004-2015*. Utrecht: NIVEL, 2005. 71 p.
- T.A. Wieggers. *Monitor verloskundige zorgverlening: samenvatting vierde meting, najaar 2004*. Utrecht: NIVEL, 2005. 29 p.
- M. Zegers, L.H.F. Hoonhout, M.C. de Bruijne, C. Wagner, D. Timmermans, I. Christiaans, G. van der Wal. *Pilot studie patiëntveiligheid in Nederland: deel-rapport: evaluatie retrospectief dossieronderzoek*. www.nivel.nl: NIVEL, VUmc/EMGO Instituut, 2005.

10.8 Gepubliceerde abstracts

Abstracts gepubliceerd in *European Journal of Public Health*; 15, 2005, nr. suppl. 1:

- G. ten Asbroek, D.M.J. Delnoij, O.A. Arah, H. Sixma, J.S. de Koning, I. Rupp, A. Poll, P.J.A. Stam, P. Schmidt, B. Vriens, N.S. Klazinga. *Measuring patient experiences with diabetes care in The Netherlands: the validity of a new survey instrument*. p. 142.
- D. de Bakker, E. Sluijs, L. Hingstman, H. Treurniet, J. Polder. *How to cope with rising demand for primary care in The Netherlands in the future*. p. 50.
- W.G.W. Boerma, V.S. Rousovic, F.G. Schellevis, K. Egorov. *Primary care reform in Central and Eastern Europe: can Belarus be taken as the control group in international comparison?* p. 38.
- J.H.M. te Brake, D.M. de Jongh, D.H. de Bakker, W.L.J.M. Devillé. *Health incarcerated the use of medical services within correctional facilities*. p. 142.
- W. Brouwer, T. Gelsema, D. Delnoij. *The role of CAHPS/patient experiences in the Dutch health care system: developing a questionnaire for patients who underwent cataract surgery or total hip or knee arthroplasty*. p. 17-18.
- H. Calsbeek, M. Morren, J. Bensing, M. Rijken. *Knowledge and attitudes towards genetic testing, a 2 year follow-up study in patients with asthma, diabetes, and cardiovascular diseases*. p. 106.
- M. Cardol, P.P. Groenewegen, P. Spreeuwenberg, L. van Dijk, W. van den Bosch, D.H. de Bakker. *The challenge of unravelling family resemblance related to illness behaviour*. p. 130.
- W. Devillé, F. Piribauer, P.P. Groenewegen. *Periodic health examination by Austrian general practitioners*. p. 138.
- L. van Dijk, M. Cardol. *The association between the use of parents' and childrens' medication*. p. 174.
- G. Donker, C.J. Yzermans, J.J. Kerssens. *Chronic diseases of victims and controls before and after disaster*. p. 108-109.
- T. Dorn, J. Yzermans, J. Kerssens, P. ten Veen. *Disaster*

and primary health care utilization: a 4 year follow-up. p. 135.

- M. Foets, A.H. Uitters, W. Devillé, P.P. Groenewegen. Acculturation and the use of health care services in The Netherlands. p. 51.
- L. Grievink, P.G. van der Velden, C.J. Yzermans, J. Roorda, R.K. Stellato. Self-selection in participation in the first health survey, three weeks after a man-made disaster. p. 130.
- J.J. Groenendijk, D. Delnoij. An evaluation of a managed care project from the patients perspective. p. 18.
- M. Hendriks, M. Vervloet, L. van Dijk. Did the diabetes check improve drug adherence of Dutch patients with diabetes?: an intervention study. p. 155.
- J.D. de Jong, P. Heiligers, P.P. Groenewegen, L. Hingstman. Part-time and full-time medical specialists, are there differences in allocation of time and production? p. 141.
- I. Juodryte, W.G.W. Boerma, Z. Milasauskiene, L. Valius, I. Miseviciene, P.P. Groenewegen. Ten years of primary care reform in Lithuania: comparing the task profiles of primary care doctors in 1994 and GPs in 2004. p. 38.
- T.J. Meerhoff, A. Bermingham, A. Smith, M. Valette, A.B. van Gageldonk-Lafeber, W.J. Paget, F. Schellevis. The role of respiratory syncytial virus in influenzalike illness in the general population. p. 101-102.
- W.J. Paget, A. Meijer, C. Brown, T.J. Meerhoff, J. van der Velden. The 2004-2005 influenza season in Europe and the emergence of a new influenza A (H3) virus strain. p. 162.
- E.M. Sluijs, R.D. Friele. Patients' dissatisfaction with complaints handling in hospitals. p. 143.
- M. Speet, D.M. Delnoij, H.J. Sixma, J.J. Groenendijk. Differences in quality of care as perceived by persons with intellectual disabilities and their relatives. p. 19.

- A.H. Uitters, H.J. Sixma, W. Devillé, P.P. Groenewegen, M. Foets. Quality of GP care, perceptions of ethnic minorities in The Netherlands. p. 135.
- A.C. Volkers, G.P. Westert, F.G. Schellevis. How occupational position and educational level modify each other's relationships with poor health status and morbidity. p. 62.
- C.J. Yzermans, A.J.E. Dirkzwager, L. Grievink, P.G. van der Velden. The relationship between predisaster psychological problems and health problems after a man-made disaster. p. 108.
- J. van der Zee, M. Kroneman. Culture's consequences: the health sector. p. 110.
- D. Zeegers. Statements on the future of public health in Europe. p. 42.

Elders gepubliceerde abstracts:

- H. Calsbeek, M. Morren, J. Bensing, M. Rijken. Knowledge and attitudes towards genetic testing, a two-year follow-up in patients with asthma, diabetes mellitus and cardiovascular disease. *Psychology and Health*: 20, 2005, nr. 8 supp. 1, p. 38-39.
- G.A. Donker, F. Groenhof, W.J. van der Veen, Increasing trend in prescription of methylphenidate by Dutch GPs. 11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Europe 2005, Kos, Book of abstracts:120-121.
- G.A. Donker, C.J. Yzermans, J.J. Kerssens. Chronic diseases of victims and controls before and after disaster. 11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Europe 2005, Kos, Book of abstracts:65.
- H.J. van Duijn, M.M. Kuyvenhoven, F.G. Schellevis, T.J.M. Verheij. Determinanten bij het voorschrijven van (tweedekeus) antibiotica voor luchtwegklachten door huisartsen. p. 12-13. Abstract. NHG-Wetenschapsdag in Rotterdam op 9 juni 2005.

- H.J. van Duijn, M.M. Kuyvenhoven, F.G. Schellevis, T.J.M. Verheij. Verschillen in opvattingen over luchtwegklachten en antibiotica tussen huisartsen, praktijkassistenten en patiënten. p. 12. Abstract: NHG-Wetenschapsdag in Rotterdam op 9 juni 2005.
- D. Fialova, K. Vrbensky, E. Topinkova, J. Vlcek, L.W. Soerbye, C. Wagner, R. Bernabei. Metabolic drug interactions - the impact of prescribed drug regimens on the medication safety. *Pharmacy World & Science*: 27, 2005, nr. 5, p. A23-A24.
- M. Heijmans. Caring for the COPD patient: what makes it difficult? *Psychology and Health*: 20, 2005, nr. 8 supp. 1, p. 111.
- A. Kleiboer, R. Kuijer, J. Hox, J. Bensing. Do couples facing multiple sclerosis benefit from supportive interactions?: a diary study using an equity perspective. *Psychology and Health*: 20, 2005, nr. 8 supp. 1, p. 133.
- M. Kroneman. Diagnosing rare diseases: health care systems always challenged. p. 39-42. In: European conference on rare diseases.
- A.S. Niemeijer, J. Schuling, L. van Dijk, F.M. Haaijer-Ruskamp. Drug information sources and doctor related determinants of their use. Abstract: *Pharmacoepidemiology and Drug safety*, 2005 (14), S1-39.
- F. Schellevis, G.P. Westert, J.C.C. Braspenning, H. Sixma, R.P.T.M.Grol. Quality of Dutch general practice care: a comprehensive national benchmark of medical care, practice management, and patient opinions. North American Primary Care Research Group: 2005, p. 94.
- G. Westert, F. Schellevis. The performance of general practice in the Netherlands. North American Primary Care Research Group: 2005, p. 19.
- A. van den Brink-Muinen, A.M. van Dulmen, F.G. Schellevis, J.M. Bensing. Patiënten willen van hun huisarts meer informatie over bijwerkingen en andere behandelingsmogelijkheden dan ze nu krijgen. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- H. Calsbeek. Gebruik van AWBZ-gefinancierde thuiszorg en Wvg-aanvragen door chronisch zieken en gehandicapten: cijfers ter voorbereiding van de WMO. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- A.M. van Dulmen, A. van den Brink-Muinen, J.M. Bensing. Patiënt stelt maar vier vragen per consult www.nivel.nl: Utrecht, 2005.
- F. de Graaff, A. Francke, T. van Hasselt. Waarom maken terminale Turken en Marokkanen zo weinig gebruik van thuiszorg? www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- F. de Graaff, A. Francke, T. van Hasselt. Thuiszorg voor Turken en Marokkanen: hoe ervaren huisartsen en thuiszorgmedewerkers dat? www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- M. Heijmans. Wat mensen met astma of COPD beweegt. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- E. van der Schee, D. Delnoij. Door gebrekkige kennis over no-claim wellicht minder huisartsenbezoek. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- E. van der Schee, R.D. Friele, D.M.J. Delnoij. Weinig mensen veranderen van ziekenfonds. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- I. Swinkels, D. de Bakker. Meer fysiotherapeutische zorg voor chronische patiënt in 2004. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- I. Swinkels, D. van Sonsbeeck, D. de Bakker. Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, A. de Kruijf, F. Bolle. Cliëntveiligheid in verpleeg- en verzorgingshuizen. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.

10.9 Factsheets

- NIVEL. Het aandeel van chronische zorg in de extra-murale fysiotherapie. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.

10.10 Lezingen en posters

- D.H. de Bakker, Gezondheidszorgonderzoek. Wat is dat eigenlijk? SIR Masterclass Fellow- bijeenkomst apothekers. Utrecht Universiteitsmuseum, 15 juni 2005.
- D.H. de Bakker. Presentatie Regionale Themadag 2005: 'Wijs met grijs', Vraag naar en aanbod van fysiotherapeutische zorg in 2020: een verkenning. 18 mei 2005.
- D.H. de Bakker. Toekomstverkenning eerste lijn. Hoe zit het met het aanbod? Bilthoven RIVM, 11 maart 2005.
- D.H. de Bakker, Toekomstverkenning eerste lijn. Hoe zorgen we voor voldoende aanbod? Presentatie VTV 1e lijn, Den Haag Nieuwspoor, 2 juni 2005.
- D.H. de Bakker, Op één lijn. Toekomstverkenning eerste lijn. Utrecht, NPCF. 20 juni 2005.
- D.H. de Bakker, Werklastvermindering? Boerhaave cursus 'Praktijkondersteuning en huisarts' Leiden, 10 maart 2005.
- A.P.A. van Beek. Quality of care for resident with psychogeriatric problems in nursing homes and residential care, Onderzoeksddag CaRe, Maastricht, 21 januari 2005.
- A.P.A. van Beek. Quality of life of residents in nursing homes and residential care. Onderzoeksddag CaRe, Maastricht, 17 juni 2005.
- A.P.A. van Beek. Kwaliteit van leven van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen, Werkcollege ROC Friesland. 2005.
- A. P.A. van Beek. Het vaststellen van kwaliteit van leven van ouderen met dementie, 28 april 2005
- J.M. Bensing. De wetenschappelijke en maatschappelijke impact van het NIVEL. Colloquium NIVEL. Utrecht, 15 maart 2005.
- J.M. Bensing. Moeheid: (g)een alledaags probleem. Conferentie Sociaal-Wetenschappelijke Raad (van de KNAW). Leusden, 25 februari 2005.
- J.M. Bensing. Op uitnodiging van de Universiteit Utrecht de Utrecht Lecture 2005 "Communication in Health Care: Overestimated Skills and Underestimated Impact". New York en Washington, 14 en 15 april 2005.
- J.M. Bensing. Hoe houden we het op één lijn? Presentatie VTV 1e lijn, Den Haag, Nieuwspoor, 2 juni 2005.
- J.M. Bensing, W. Verheul. Looking for trouble: a sequential analysis of patient's cues and concerns in General Practice. International Conference on Communication in Healthcare. Chicago, 5 oktober 2005.
- J.M. Bensing, A.M. van Dulmen, F. Tromp, F. Grosfeld, O. ten Cate. The relationship between stress and communication during bad news consultations. Communication conference, Chicago, 5 oktober 2005
- J.M. Bensing. Emotions in the medical consultations. International Research Seminar Psychology & Health: Patients' emotions; what is their role in medical communication? Utrecht, 31 oktober 2005.
- W.G.W. Boerma. Reforming health care and primary care in Belarus; activities and proposals. WHO Workshop. Minsk, 17-18 maart 2005.
- W.G.W. Boerma. Primary Care in Europe and its contribution to the quality of health care. WHO Workshop. Minsk, 17-18 maart 2005.
- W.G.W. Boerma, F.G. Schellevis. General practice next door. A comparison of the organization and provision in Belgium, Germany and the United Kingdom. Warffum cursus. De Lutte, 6 april 2005.
- W.G.W. Boerma. NIVEL's international ambitions and role. Bezoek delegatie Lund aan NIVEL. Utrecht, 12 april 2005.
- W.G.W. Boerma, V.S. Rusovich, H.W. Schreurs, F.G. Schellevis. Screening and monitoring hypertension in Belarus primary care; effective and efficient organisation. International Conference on hypertension. Vitebsk, 19 mei 2005.

- W.G.W. Boerma. Primary Care in Europe; principles, organization and trends. Policy seminar “Trends in Primary Care Development in European Countries”. Moscow, 8 juni 2005.
- W.G.W. Boerma, J.M. Bensing. Scientific research for health care policy and practice; role and activities of NIVEL.IVZ workshop, Ljubljana, 9 november 2005.
- W.G.W. Boerma. Primary care in major urban areas. Opportunities and requirements. International seminar; AtenVao Primária em Grandes Centros, Belo Horizonte (Brazilië), 11-13 december 2005.
- W.G.W. Boerma What is NIVEL? / Introduction to the Dutch health care system, bezoek van Poolse delegatie. Utrecht, 17 november 2005.
- W.G.W. Boerma, D.S. Kringos. International activities of NIVEL, in particular the European Primary Care Monitor. Utrecht, bij European Forum for Primary Care, 23 november 2005.
- W.G.W. Boerma, D.S. Kringos. The Netherlands: country, population and health voor delegatie uit Mongolië. Utrecht, 16 december 2005.
- W.G.W. Boerma. The Matra-2 project in Belarus; aims, activities, results, lessons. Congres; Primary care in Belarus, another step forward. Minsk, 30 november 2005.
- A. van den Brink-Muinen. Het gebruik van internet voor het zoeken van gezondheidsinformatie door chronisch zieken en gehandicapten. Openingscongres Week van de Chronisch Zieken. Groningen, 4 november 2005.
- J.T. Bos. Uitkomsten van de eerste peiling van de monitor Videonetwerk. Bijeenkomst van thuiszorginstellingen met een videonetwerk. Delft, 25 mei 2005.
- J.T. Bos. Uitkomsten van de eerste peiling van de monitor Videonetwerk. Landelijk Overleg Videonetwerken. Utrecht, 30 mei 2005.
- E.P.M. Brouwers: Uitvoering van de geplande interventie in Almere. Lezing gehouden voor de AMW-ers van de Zorggroep Almere. Almere, 2 februari 2005.
- D. Delnoij. Patient Choice. Lezing op invitational conference NIVEL-King's Fund. London, 11 april 2005.
- D. Delnoij. Prestatie-indicatoren voor de fysiotherapie: Wie wil wat weten en waarom? Congres van het KNGF. Den Haag, 28 oktober 2005.
- W. Devillé. The country of birth classification in the Netherlands: possibilities and drawbacks. Workshop: ‘Epidemiology and migrant sensible study design in Germany’. Berlijn, 25 -26 november 2005.
- W. Devillé. Confidentiality and person data in the EU. NCA meeting, Luxemburg, 6 juli 2005.
- W. Devillé. Confidentiality of Person Data in the EU. Joint meeting Health Systems Working Party & INFOS eHealth Working Group. Luxemburg, 2 december 2005.
- A.J.E. Dirkzwager, L. Grievink, P.G. van der Velden, C.J. Yzermans. Pre-disaster functioning and post-disaster health problems. International Society for Traumatic Stress Studies, Toronto, 2-5 november 2005.
- T. Dorn. Monitoring post-disasterhealth effects through electronic patient records. CTRIM, Toronto, 7 november 2005. (posterpresentatie)
- S. van Dulmen, L. van Dijk. Tabula Rasa-presentatie. Expertmeeting Doelmatig Geneesmiddelen gebruik. VWS, 22 december 2005.
- S. van Dulmen. Finding common ground in defining patient cues and concerns and the appropriateness of provider responses, workshop Sequence analysis (3th meeting). Verona, 4-5 februari 2005.
- L. van Dijk. An inventory of GP registries in Europe. Presentatie op de Euro-Med-Stat meeting. Wenen, 31 augustus 2005.
- L. van Dijk. Voorschrijven van geneesmiddelen. Onderzoek op basis van LINH. RIVM, Bilthoven, 13 september 2005.
- G. van Dijk. Beloop van functionele status en pijn:

review. Presentatie artrose werkgroep Jan van Breemen Instituut Amsterdam, 13 mei 2005.

- G. van Dijk. Determinanten van functioneel beloop: resultaten van de literatuur. Presentatie workshop CARPA studie indicaties voor verwijzing naar de revalidatie, VU medisch centrum, Amsterdam, 22 juni 2005.
- G.M. van Dijk. Beloop van functionele status en pijn bij artrose patiënten: review. SWORA, Utrecht, juni 2005.
- G.M. van Dijk. Beloop van functionele status en pijn bij artrose patiënten: review. Annual meeting of the American College of Rheumatology, San Diego, 17 november 2005.
- G.M. van Dijk. Beloop van functionele status en pijn bij artrose patiënten: review. KNGF-congres, Den Haag, 28 oktober 2005. (posterpresentatie)
- G.M. van Dijk. Beloop van functionele status en pijn. Symposium Check onderzoek Zoo gaan we verder, Amersfoort, 12 oktober 2005.
- T. Fassaert, A. M. van Dulmen, J.M. Bensing. The development of CONTEXT; an observation instrument for measuring the use of effective communication strategies in minor ailments in primary care. International conference Communication in Healthcare, Chicago, 5 oktober 2005.
- A.L. Francke. Home care needs of Turkish and Moroccan immigrants”op de Qualitative Health research conference, Julius Centrum in Utrecht, 11- 13 mei 2005. (posterpresentatie)
- R.D. Friele. Liever informeler. Studiedag Klachtenrichtlijn gezondheidszorg. Amersfoort 30 maart 2005.
- R.D. Friele. Klachtenbehandeling. Studiedag noordelijke klachtencommissies in de GGZ. Stadskanaal, 31 oktober 2005.
- R.D. Friele. Evaluatie Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen, Voorzittersoverleg CCMO. Den Haag, 25 mei 2005.

R.D. Friele. Coördinatiegroep orgaandonatie. Voorbereiding derde evaluatie Wet op de Orgaandonatie. Utrecht, 8 september 2005.

- R.D. Friele. De agenda van de patiënt. GSK congres voor patientenorganisaties “de agenda van de patiënt”, Zeist, 27 september 2005.
- F.M. de Graaff. Onderzoek Diversiteit en Ouderparticipatie. Invitational Conference project Ouders en Diversiteit. Utrecht, 31 januari 2005.
- F.M. de Graaff, W. Devillé, E. Singer. Parents as citizen: Identity, belonging, participation. Workshop ‘Respect for Diversity’; 15th EECERA Annual Conference, Dublin 31 augustus 2005.
- F.M. de Graaff. Cultuurverschillen bij het levenseinde. VU medisch centrum. Amsterdam 25 april 2005.
- P.P. Groenewegen. Hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg. Bijeenkomst: Onze gezondheidszorg anno 2005: vergeleken, gewikt en gewogen. Aalst (België), Eskulaap en Geneeskundige Kring. Aalst, 11 januari 2005.
- P.P. Groenewegen. Hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg: lange sisser, korte knal. Nederlands Genootschap voor Health Systems Research. Münster, 23 april 2005.
- P.P. Groenewegen European primary care. Presentatie van het European Forum for Primary Care, Europees Parlement. Brussel, 28 april 2005.
- P.P. Groenewegen, D. Delnoij. Health services and health systems research in Europe. Workshop van het project SPHERE (Strengthening public health research in Europe). Scarborough, 8 juni 2005.
- P.P. Groenewegen, W.G.W. Boerma. Trends in health care reforms in Central and Eastern Europe. Workshop on Health Reform in Comparative Perspective, Social Policy Forum Boaziçi University, Istanbul, Istanbul, 18 juni 2005.
- P.P. Groenewegen Primary health care in the

Netherlands. Conferentie Comunità e Salute: il contributo delle cure primarie. Reggio Emilia, 21 november 2005.

- J. Groenendijk. De Monitor van consultatieve projecten. Trimbos-instituut. Utrecht, 23 juni 2005.
- J. Hansen, L.F.J. van der Velden en L. Hingstman. Raming klinisch gerieters 2004-2015/2020, Jaarvergadering NVKG. Utrecht, 28 januari 2005.
- Ph. Heiligers en J. de Jong. Part-time working doctors and arrangements in organization and communication. ENOP Conference. Dresden, oktober 2005.
- Ph. Heiligers en M. Lugtenburg. Carrière wensen van artsen. Workshop bij Catharinaziekenhuis Eindhoven, september 2005.
- J. de Jong, Ph. Heiligers. Deeltijd werken door Internisten. Najaarsconferentie Nederlandse Internisten Vereniging, Amersfoort, oktober 2005.
- J. de Jong, Ph. Heiligers. Deeltijdwerken medisch specialisten. ZON/Mw congres. Amsterdam, 8 december 2005.
- M.W. Kroneman. Rare diseases: the long and winding road to diagnosis. EurordisCare®2, a survey on delay in diagnosis in Europe for 8 rare diseases. European Conference on Rare Diseases 2005. Luxembourg, 20 juni 2005.
- M.W. Kroneman, W.J. Paget. Influenza vaccination in Europe, Technical Expert Consultation to advise the Commission on a "public private partnership" on European Pandemic Flu Vaccine Development. Luxembourg, 27 januari 2005.
- M.W. Kroneman, J. van der Velden. Influenza vaccination coverage in Europe. EVM Satellite symposium, Second European Influenza Conference. Malta, september 2005.
- M. Lamkaddem. "Des fantômes aux métamorphoses du corps" Université de Lille 3. Lille, 8 maart 2005.
- C. Leemrijse, J. Bos. Hoe kan het gebruik van hulpmid-

delen en thuiszorgtechnologie door mantelzorgers gestimuleerd worden. Workshop Goed gebruik Carroussel: Help de informele hulp. Utrecht, 12 oktober 2005.

- C. Leemrijse. Ergotherapie in de ouderenzorg: Ergotherapie in verpleeghuizen. Congres Nederlandse Vereniging van Ergotherapie. Ede, 6 juni 2005.
- C. Leemrijse. Fysiotherapie in verpleeghuizen. Congres Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie. Den Haag, 29 oktober 2005.
- C. Leemrijse. Dietetiek in de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Bijeenkomst thuiszorgdiëtisten, georganiseerd door Z-org. Bunnik, 10 november 2005.
- C. Leemrijse, I. Swinkels. Informatievoorziening Paramedische zorg (LiPZ). Werkgroep Diëtisten In de Thuisituatie (DIT). Utrecht, 29 juni 2005.
- M. Lugtenberg, Ph. Heiligers, L. Hingstman. Artsen en hun carrièrewensen. KNMG congres, Nieuwegein, 22 september 2005.
- R. Marquet. Suicide and attempted suicide in the Netherlands; the role of the general practitioner. 23e wereldcongres van the International Association for Suicide Prevention. Durban, 13-16 september 2005.
- P. Mistiaen, E. Poot. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital. Joanna Briggs International Convention 'Pebbles of knowledge: Making evidence meaningful'. Adelaide, 27 november 2005.
- P. Mistiaen. Communication with the Cochrane consumers and communication group. Dutch annual Cochrane contributors day. Amsterdam, 19 december 2005.
- P. Mistiaen, T. van Hasselt, A.L. Francke. Monitor Palliatieve Zorg Resultaten 2005. Agora-VIKC landelijke bijeenkomst van netwerkcoördinatoren palliatieve zorg. Utrecht, 8 december 2005.

- A. Pieterse. Cancer genetic counseling: communication and counselees' post-visit satisfaction, cognitions, anxiety, and needs fulfillment. 9th International Conference on Psychosocial Aspects of Genetic Testing for Hereditary Cancer, Philadelphia PA, 9-10 juni 2005.
- A. Pieterse. Risico-communicatie tijdens erfelijkheidsadvisering vanwege borstkanker. Wetenschappelijke dag van de Nederlandse Associatie voor Community Genetics (NACG). Leiden, 9 december, 2005.
- A. Pieterse. Behoeften van adviesvragers en de weerspiegeling tijdens erfelijkheidsadvisering vanwege erfelijke kanker. Symposium van de Nederlandse Behavioral Medicine Federatie (NBMF): Recente promoties in de Behavioral Medicine. Utrecht, 16 december 2005.
- M. Rijken. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten. Ministerie van VWS. Den Haag, 7 april 2005.
- M. Rijken, M. Heijmans. Psychosociale problemen bij mensen met een chronische ziekte: aard en omvang van de hulpvraag. Openingscongres Week van de Chronisch Zieken. Groningen, 4 november 2005.
- F. Schellevis, A. Bartelds A, J. van der Zee. De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations 1970-2005. Symposium ter gelegenheid van het afscheid van A. Bartelds. Utrecht, 7 oktober 2005.
- H. Sixma, M. Tiemstra. Z-orgt benchmark 2004: resultaten cliëntenraadpleging. Nieuwegein, 13 september 2005.
- H. Sixma, M. Tiemstra. Z-org benchmark cliëntenraadpleging; investeren in de organisatie van de zorg. NIZW-symposium 'Feedback graag!'. Utrecht, 15 september 2005.
- H. Sixma, Kwaliteit vanuit het perspectief van zorggebruikers; theorie en praktijk. Studiedag 'Marketing en Communicatie in de Zorg' van het Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid (SBO). Rotterdam, 12 oktober 2005.
- H. Sixma, B. Janssen. 'Home sweet home'; Quality of Occupational Therapy services from the perspective of older people. Symposium 'Quality of care from the perspective of older people; new approaches and new developments. World Congress on Gerontology 2005. Rio de Janeiro, 27 juni 2005.
- H. Sixma. Multi-dimensional Benchmarking of home care services; new approaches and new developments in The Netherlands. Voordracht World Congress on Gerontology. Rio de Janeiro, 28 juni 2005.
- H. Sixma. QUOTE - Quality of care from the patients' perspective. KNCV, Den Haag, 25 januari 2005.
- H. Sixma. Focus Group Discussions – theorie en praktijk. AMCOGG-AMC/UvA. Amsterdam, 21 februari 2005.
- H. Sixma, D. Delnoij. Quality of care from the patients perspective; background and introduction of the CAHPS questionnaire into the Dutch health and social insurance system. Bij Agis voor delegatie uit Slowakije. Amersfoort, 26 mei 2005.
- E.M. Sluijs. Toekomst van de Eerstelijns in 2020. Landelijke Vereniging van wijk/eerstelijns-verpleegkundigen. Zetten, 30 september 2005.
- I.C.S. Swinkels. Registratienetwerken in de fysiotherapie: wat en hoe. Wetenschappelijk Symposium - KNGF-congres. Den Haag, 28 oktober 2005.
- I.C.S. Swinkels. Recente ontwikkelingen in de fysiotherapie. KNGF-congres. Den Haag, 29 oktober 2005.
- K. Tate. Medische communicatie met kinderen. Symposium de Triade: zorgverlener-ouder-kind communicatie. Vereniging Patiënten Voorlichting. Utrecht, 7 april 2005.
- K. Tate. Medische gesprekken met kinderen. Jaarvergadering Vereniging Kind en Ziekenhuis. Utrecht, 8 oktober 2005.
- K. Tate. Medische communicatie met kinderen: een analyse vanuit verschillende perspectieven. Opleiding

Kindergeneeskunde UMC St Radboud. Nijmegen, 21 oktober 2005.

- D.J. den Ouden, A.J.E. Dirkzwager, C. J. Yzermans. Health problems in general practice in survivors with PTSD. International Society for Traumatic Stress Studies. Toronto, 7 november 2005.
- C. Veenhof. Het effect van GRADIT bij patiënten met artrose heup/knie. Nederlandse vereniging voor reumatologie (NVR)-najaarsdagen. Veldhoven, 23 september 2005.
- C. Veenhof. Meetinstrumenten voor patiënten met artrose heup/knie, een systematische review. Nederlandse vereniging voor reumatologie (NVR)-najaarsdagen. Veldhoven, 22 september 2005. (posterpresentatie)
- C. Veenhof. Meetinstrumenten bij artrose: een systematische review. Werkgroep multidisciplinaire zorg voor reumatische aandoeningen, Domus Medica. Utrecht, 6 oktober 2005.
- C. Veenhof. Het effect van GRADIT bij patiënten met artrose heup/knie. Artrose werkgroep Jan van Breemen Instituut. Amsterdam, 14 oktober 2005.
- C. Veenhof. Het effect van GRADIT bij patiënten met artrose heup/knie. KNGF-congres, Den Haag 28 oktober 2005.
- M.F. Pisters, C. Veenhof. De ervaringen van fysiotherapeuten met de behandeling GRADIT. KNGF-congres, Den Haag 28 oktober 2005. (posterpresentatie)
- C. Veenhof. The effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip and/or knee. American College of Rheumatology (ACR)-congres, San Diego, 17 november 2005.
- C. Veenhof. Het effect van GRADIT bij patiënten met artrose aan heup/knie. SWORA, Utrecht, 2 december 2005.
- A. de Veer, A. Francke, A. Wegman, R. Friele. Jeugdigen en indicatietrajecten. VWS, Den Haag, 19 december 2005.

- P.F.M. Verhaak, S.A. Meijer, Evaluation of Dutch Policy to strengthen Primary Mental Health Care. 6th international conference of Integrated Health Care. Dublin, 15 februari 2005.
- P.F.M. Verhaak: Werkhervatting, ziekteverzuim en klachten na de geplande interventie: Eerste resultaten van vergelijking tussen Interventiegroep en controlegroep. AMW-ers van de Zorggroep Almere. Almere, 2 februari 2005.
- P.F.M. Verhaak. Kwaliteit van zorg zoals patiënten met angst of depressie die ervaren. Geestkracht bijeenkomst. Utrecht, 20 januari 2005. (posterpresentatie)
- R.A. Verheij. Vitamine G. onderzoek naar de relatie Natuur en gezondheid. NWO-GAMON marktdag. Den Haag, 14 april 2005.
- R.A. Verheij. Van Weekstaat tot HIS; Achtergronden en stand van zaken van de integratie LINH - CMR-Peilstations. Afscheidssymposium van A. Bartelds. Utrecht, 7 oktober 2005.
- R.A. Verheij. Nature and health. Conferentie 'Forests, trees and human health and well-being'. Thessaloniki, 13-15 oktober 2005.
- R.A. Verheij. NIVEL registraties in de huisartspraktijk; mogelijkheden voor SOA monitoring. RIVM, Bilthoven, 27 januari 2005.
- R.A. Verheij. LINH; Landelijk Informatienetwerk huisartsenzorg. RIVM, Bilthoven, 12 september 2005.
- R. Verkaik. Kwaliteit van leven voor mensen met dementie - richtlijnen voor verzorgenden. 3e Landelijke Studiedag "Kwaliteit van Zorg in de Psychogeriatric". Utrecht, 2 februari 2005.
- A.C. Volkers, F.W. Dijkers, M.W.M. de Waal, L. van Dijk, J. Gussekloo. Repeat prescription in general practice (quality aspects of treatment). Wetenschapsbespreking, Huisartsgeneeskunde en verplegingswetenschappen, LUMC, Leiden, 18 oktober 2005.
- C. Wagner. Feedback bijeenkomst beoordelaars pilot stu-

die Patientveiligheid voor artsen en verpleegkundigen. Vumc, Amsterdam, 13 januari 2005.

- C. Wagner. Lerende teams in de GGZ; Invitational conference Trimbo. Utrecht, 22 april 2005.
- C. Wagner. Resultaten pilot studie patientveiligheid voor bestuurders brancheorganisaties, Domus Medica. Utrecht, 16 mei 2005.
- C. Wagner. Risicoindicatoren voor het gefaseerde en gelaagd toezicht; voor inspecteurs. Studiedag NIVEL. Utrecht, 2 juni 2005
- C. Wagner. Risicoindicatoren en patientveiligheid. Studiedag Q-net; kwaliteitsfunctionarissen GGZ. Woerden, 28 juni 2005.
- C. Wagner. Evaluatieonderzoek SB3. Raden bestuur ziekenhuizen. Utrecht, 5 oktober 2005.
- C. Wagner. Eerste resultaten oordelen adviseurs SB3. Adviseurs consortium SB p3. Utrecht, 24 oktober 2005.
- C. Wagner. Patientveiligheid in Nederland. Congres Patientveiligheid. Den Haag, 23 november 2005.
- J.C.M. van Weert, J. Jansen, A.M. van Dulmen, T. Heeren, J.M. Bensing. Communication with elderly patients during nursing encounters preceding chemotherapy. Najaarsbijeenkomst KWF deelwerkgemeenschap. Utrecht, 13 oktober 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. The effects of snoezelen on people with dementia. The outcome of a practical study. Snoezelen in Practise. 1st International Snoezelen Conference by WorldWideSnoezelen. Heel, 3-4 oktober 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Zintuiglijke beleving: invloed van geïntegreerd snoezelen op het gedrag van de persoon met dementie en het verplegend personeel. Congres "Dementie: op zoek naar de juiste golfengete". Duffel, 14 oktober 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, M.W. Ribbe, J.M.

Bensing. Snoezelen in de 24-uurszorg: Zin of onzin? Symposium "Communicatie en omgang met mensen met dementie". Universitair Verpleeghuis Netwerk Nijmegen (UVNN). Nijmegen, 19 april 2005.

- J.C.M. van Weert, J. Jansen, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing. Verpleegkundige voorlichting aan ouderen bij chemotherapie. LOOV (Landelijk Overleg van Oncologie Verpleegkundigen). Utrecht, 3 februari 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, M.W. Ribbe. Effecten van snoezelen. Presentatie bij ontvangen volksgezondheidsprijs 2004. Congres: "Preventie, Je leve(n) lang". Nederlands Congres Volksgezondheid 2005. Rotterdam, 13 april 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. The effects of snoezelen, or Multi-Sensory Stimulation, in long-term dementia care. Symposium Quality of the care through the eyes of older people: New Developments". 18th World Congress of Gerontology. Brazilië, Rio de Janeiro. 26-30 juni 2005.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, P.M. Spreeuwenberg, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. The impact of caregivers' communication on mood and behavior of demented nursing home residents. 18th World Congress of Gerontology. Brazilië, Rio de Janeiro. 26-30 juni 2005.
- T. Wieggers. Uitvoering en resultaten van de Monitor Verloskundige Zorgverlening. Symposium Monitor Verloskundige Zorg. NIVEL en KNOV, Utrecht, 13 oktober 2005.
- C.J. Yzermans. Trauma at the dike: longitudinal consequences of the Volendam discotheque fire. Invitational conference "Medically Unexplained Symptoms after disasters". Amsterdam, 13 oktober 2005.
- J. van der Zee. Priorities and issues – a European experience. Seminar "Doing Research which is relevant to Practice", Limerick, Ireland, 7-10 juni 2005.
- Nederlandse Gezondheidsonderzoek. Delegatie van het

European Centre for Disease prevention en Control (ECDC). Utrecht, 31 augustus 2005.

- J. van der Zee. Involvement in prevention by General Practitioners. A European study. 1st National Conference on Prevention. Dresden, 1-2 december 2005.
- M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, J. van der Ende, F.C. Verhulst. Wegen naar zorg: het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen. Symposium 'De toegankelijkheid van de zorg voor jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen'. Utrecht 13 mei 2005.
- M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, J. van der Ende, F.C. Verhulst. Wegen naar zorg: Het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen. Colloquium Onderzoek in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis. Rotterdam, 1 juni 2005.
- M. Zwaanswijk. Ongemerkt problematisch. Congres 'Onderhuids: Sombereheid en zelfbeschadiging onder jongeren'. Rotterdam, 9 december 2005.

10.11 Digitale produkten

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

Sites

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

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

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

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

E. van der Schee, D. Delnoij. Consumentenpanel Gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL

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

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

De uitkomsten van de Consumentenpanel-peilingen worden gebruikt ter ondersteuning van het beleid gericht op versterking van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. De uitkomsten van recente en oudere peilingen zijn op de site per onderwerp gerangschikt en worden kort omschreven. Uitgebreidere publicaties op basis van de peilingen zijn veelal in PDF-formaat te downloaden.

R.H. Verheij, L. Jabaaij, H. Abrahamse, H. van den Hoogen J, Braspenning J, T. van Althuis. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland 2004. Utrecht: LINH 2005,

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

Het doel van LINH is representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie omtrent de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren. De informatie uit LINH dient voor onderbouwing van het landelijk beleid van beroepsgroep en overheid; wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen; en het beantwoorden van vraagstellingen op het gebied van het gezondheidszorgbeleid in het algemeen.

Naast cijfers over oa. Verwijzen, contacten, aandoeningen en voorschrijven in 2004, biedt de site trendcijfers 1997-2004 en een literatuuroverzicht van verdiepingsstudies op basis van de verzamelde gegevens.

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

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

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

Databank Zorgvernieuwing, Utrecht: NIVEL, Prismant, Trimbo-instituut
<<http://www.nivel.nl/databankzorgvernieuwing/>>

In het voorjaar van 2005 afgesloten

De Databank Zorgvernieuwing bevat beschrijvingen van projecten gericht op het tot stand komen van vernieuwingen in de zorg door Nederlandse zorginstellingen en aanverwante maatschappelijke instellingen. De databank is doorzoekbaar op trefwoord en vrije tekst en bevat informatie over meer dan 2300 vernieuwingsprojecten.

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

Deze Engelstalige site ondersteunt een netwerk van Europese onderzoekers op het gebied van kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. De site geeft een overzicht van gehouden workshops (presentaties). De

lijst met deelnemende landen geeft toegang tot de CV's van individuele onderzoekers in het netwerk.

I.C.S. Swinkels, D. de Bakker. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg 2004, Utrecht 2005:
<<http://www.nivel.nl/lipz/>>

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

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

De tweede nationale studie is een vervolg op de eerste nationale studie. Het doel van beide onderzoeken is om te voorzien in de behoefte aan actuele, nationaal representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. De beantwoording van de vraagstellingen is gegroepeerd rond zes onderzoeksthema's: gezondheid en ziekte, gebruik van zorg, verschillen in gezondheid en gebruik van zorg, kwaliteit van de huisartsenzorg, huisarts-patiënt communicatie en organisatie van de huisartsenzorg.

De site geeft per thema een overzicht over de veelheid van informatie die in de studie is verzameld en over de op basis hiervan verschenen publicaties.

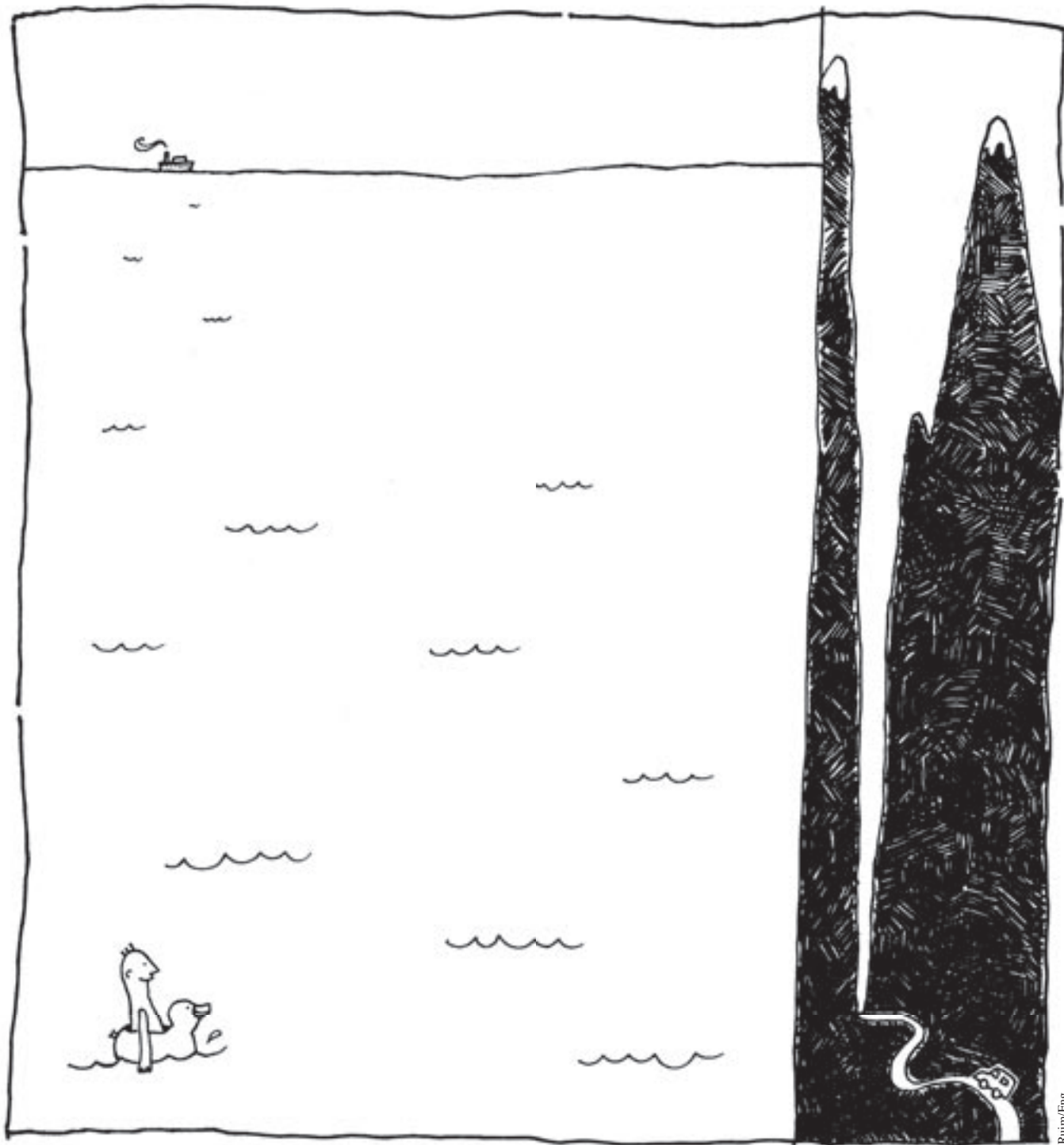
Dossiers op www.nivel.nl:

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

- L. van Dijk. Farmazorg
<<http://www.nivel.nl/farmazorg>>
Informatie over NIVEL-onderzoek op het gebied van voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen.

Bijdragen aan andere sites

- I. Boerakker, R. Otten, R. Friele. Brancherapport Cure 2000 - 2004 <http://brancherapporten.minvws.nl/object_class/branche_cure.html> in Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl/>>



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

Het algemeen bestuur van de Stichting NIVEL is in het verslagjaar vier maal bijeen geweest. Het dagelijks bestuur kwam in 2005 vier keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 2005.

Samenstelling Algemeen Bestuur NIVEL per 31 december 2005

Leden

Mw. dr. E. Borst-Eilers*

Prof. mr. P.C. Ippel*

Dr. J.H. Hagen*

Voorzitter

Secretaris (t/m 31-12-2005)

Penningmeester

Leden uit de kring van zorgaanbieders

J.F. van Santen, huisarts*

Mw. J. Boetes, MBA

Dr. N.L.U. van Meeteren

Voorgedragen door:

Landelijke Huisartsen Vereniging

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Koninklijk Nederlands Genootschap
voor Fysiotherapie

Orde van Medisch Specialisten

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
(t/m 31-12-2005)

Dr. R.M. Valentijn

Dr. J.H. Schaaf

Drs. J.H.W.P. Stienen

ARCARES Brancheorganisatie Verpleging en Verzorging

*Leden uit de kring van verzekeraars/
consumenten*

Ir. B.F. Dessing

A.L.J.E. Martens, arts

Ir. H. Smits*

Mw. drs. I. van Bennekom- Stompedissel

Voorgedragen door:

Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland (t/m 31-12-2005)

Consumentenbond

Nederlandse Patiënten/Consumenten
Federatie

Leden uit de kring van de wetenschap

Prof.dr. E. Schadé*

Prof.dr. G.J. Kok

Prof.dr. E.C. Klasen

A.E. Timmermans, arts

Voorgedragen door:

UvA / AMC Hoogleraar huisartsgeneeskunde, voorgedragen door staf NIVEL

Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL

lid Raad van Bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) voorgedragen door staf NIVEL

Nederlands Huisartsen Genootschap

Adviseurs

F. Sanders, arts

Drs. H.J. Smid

Mw. G.C. Rijninks-van Driel

Mw. drs. J.M.M. Willemse

Dr. W.L.J.M. Devillé

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
ZonMw

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Algemene Vergadering van Verpleegkundige en Verzorgenden

Ondernemingsraad NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Wetenschappelijk personeel

Directie

Bensing, prof.dr. J.M.

Zee, prof.dr. J. van der

Afdelingshoofden

Groenewegen, prof.dr. P.P.

Friele, dr.ir. R.D.

Bakker, dr. D.H. de

Programmaleiders

Delnoij, dr. D.M.J.

Hingstman, dr. L.

Devillé, dr. W.L.J.M.

Rijken, dr. P.M.

Dijk, dr. ir. L. van

Schellevis, dr. F.G.

Dulmen, dr. A.M. van

Verhaak, dr. P.F.M.

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

Wagner, dr. C.

Francke, dr. A.L.

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

Onderzoekers

Bartelds A.I.M., huisarts

Brouwers, dr. E.P.M.

Beek, drs. A.P.A. van

Brown, dr. C.S.

Berg, drs. M.J. van den

Calsbeek, dr. H.

Blom, drs. J.W.

Cardol, dr. M.

Boer, drs. M.E. de

Cohen-Bendahan, dr. C.C.C.

Boerakker, drs. I.W.R.

Coppen, mr. drs. R.

Boerma, dr. W.G.W.

Dijk, drs. G.M. van

Bongers, F., huisarts

Dirkzwager, dr. A.

Bos, drs. J.T.

Donker, dr. G.A.

Bosch, drs. J.E. van den

Dorn, drs. T.

Brake, dr. H. te

Dückers, drs. M.L.A.

Brink-Muinen, dr. A. van den

Gelsema, drs. T.I.

Brouwer, drs. W.

Gerritsen, drs. A.A.M.

- Engers, dr. A.J.
 Emmen, dr J.M.
 Fassaert, drs. T.J.L.
 Graaff, drs. F.M. de
 Groenendijk, drs. J.
 Hansen, dr. J.H.H.I.
 Hasselt, drs. T.J. van
 Heijmans-Rigeaux, dr. M.
 Heiligers, dr. Ph.
 Hendriks, dr. M
 Hofhuis, dr. E.H.
 Jabaaij, dr. L.
 Jansen, drs. J.
 Janssen, ir. B.M.
 Jong, drs. A. de
 Jongh, drs. D.M. de
 Jong, drs. J.D. de
 Kaldenhoven, drs. S.
 Kenens, drs. R.J.
 Kerssens, dr. J.J.
 Kringos, drs. D.S.
 Kroneman, dr.ir. M.W
 Lamkaddem, drs. M.
 Leemrijse, dr. Ch.
 Lugtenburg, drs. M.
 Luyten-de Thouars, Y.C.H.
 Maas, drs. J.
 Marquet, dr. R.L.
 Meerhoff, drs. T.J.
 Meiberg, drs. A.E.
 Meijer, dr. S.A.
 Merten, drs. H.
 Meuwissen, drs. L.
 Mistiaen, drs. P.J.M.L.
 Morren, drs. M.
 Muysken, J.
 Nielen, drs. M.M.J.
- Nuijen, drs. J.
 Ouden, drs. D.J. den
 Paget, dr. J.W.
 Pannekeet, dr. M.J.E.
 Peters, drs. L.
 Pieterse, dr. A.W.
 Poel, drs. K.A. van der
 Poortvliet, drs. M.C.
 Putten, dr. A.A.J. van der
 Schee, drs. E van der
 Sixma, dr. H.J.M.
 Sluijs, dr. E.M.
 Smit, drs. M.C.
 Soeteman, J.H., huisarts
 Somai, drs. T.
 Sonsbeeck, drs. D.D. van
 Speet, drs. M.
 Spelten, dr. E.R.
 Spijkers, drs. K.F.J.
 Swinkels, drs. I.
 Tate, dr. H.
 Triemstra, dr. A.H.M.
 Tromp, drs. F.
 Tuijn, drs. S.M.
 Uiters, drs. A.H.
 Veenhof, drs. C.
 Veer, dr. A.J.E. de
 Velden, dr. L.F.J. van der
 Verheij, dr. R.A.
 Verheul, drs. W.
 Verkaik, drs. R.
 Vervloet, drs. M.
 Volkers, dr. A.C.
 Vugts, drs. C.J.
 Weert, dr. J.C.M. van
 Wegman, dr. A.C.M.
 Wiegers, dr. Th.A.

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

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

Kenniscentrum

Friele, dr.ir. R.D. (hoofd)
Heijden, drs. P.M.J.R. van der
Jongh, R. de
Jongkind, ir. L.F. (journalist)

Otten, drs. R.N.
Visser, Th.
Winckers, drs. M.

Wetenschappelijk onderzoeksondersteuning

Systeembeheer

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

Research medewerkers

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

Kerkhof, ing. M.J.W. van
Spreeuwenberg, drs. P.M.M.
Veen, drs P.M.H. Ten

Veldwerkcoördinatoren

Kolthof, drs. E.D.
Pisters, drs. M.

Vuur, drs. P. bij 't

Videotheek

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

Seuntjens, drs. M.M.

Medewerkers enquêtekamer

Hermans, drs. I.M.J. (coördinator)
Baarle, J.M. van
Berg, M.S. van den
Christiani, L.
Dijk, R. van
Engel, R.

Mertens, D.T.F.W.
Prins, M.
Smit, S
Soer, L.
Bosch, E.

Medewerkers data-entry

Dussenbroek, A.M. (coördinator)
Beudekker, D.

Brouwer, R.
Hoek, M. van der

Hoekstra, J.
Jorna, R.
Kreeftenburg, T.
Kuipers, M.A.
Pop, Ph.

Sträter, S.E.
Wageningen, G.M.J. van
Wijnands, J.
Witlox, J.
Zwart, K.

Administratieve medewerkers registratiesystemen

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

Secretariaten

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

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

Overige projectondersteuning

Brok, H.M.
Davids, R.N.
Dufourné, W.

Hooijman, W.P.M.
Lodder, A.
Zoelen-Bouwman, P.S. van

Bibliotheek en documentatie

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

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

Algemeen ondersteunend en beheerspersoneel

Hoofd algemene zaken

Berg, W. van den

Projectbeheer

Bosman, ir. J.M. (hoofd)

Vonk, ir. E.

Financiële administratie

Blokland, E
Philipse, M.P.

Vlug-Scheenstra, I.B. (administrateur)

Personeelszaken

Hilst-Huijgen, A. van der
Rooseboom-Schinkel, drs. E.E.
(personeelsfunctionaris)

Kamphuis, mr. S.A.
Kerkhof-van Beurden, J.D.M.

Salarisadministratie

Kerkman-Pouw, A.

Directiesecretariaat

Wegen, M. van der

Koff, A.H.M. de

Beheer

Kraus, dr. E.

Spruit, W.L.

Automatisering

Contente Lopes, A.J.
Lemans, J

IJsselsteijn, R
Graaf, I.R.B. de

Kantine

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

Emmerik, J. van
Koolen-Hazendonk, A.

Schoonmaak

Sieders-van Dam, Th.

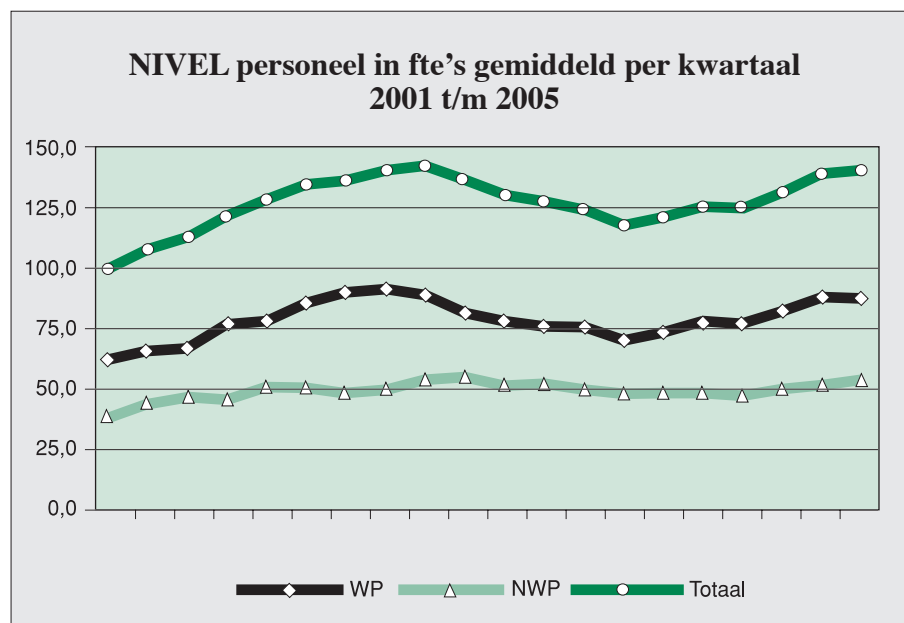
EUPHA

Zeegers, dr. mr. D.

Wageningen, drs. G.M.J. van

Gemiddelde formatie

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde personeelsbezetting van het NIVEL per kwartaal over de afgelopen 5 jaar. De in de tweede helft van 2004 ingezette stijging van het wetenschappelijke personeel en het ondersteunend wetenschappelijke personeel zet zich in 2005 door. Het niet wetenschappelijk personeel is min of meer constant gebleven.



In tabel 1 wordt over de periode 2001 tot en met 2005 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

	2001	2002	2003	2004	2005
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	11	13	13	10	10
Onderzoekers > 6 ancienniteitsjaren	28	39	37	39	40
Onderzoekers	44	55	33	39	44
Onderzoeksondersteuning	64	50	53	52	57
Kenniscentrum*	8	9	8	8	9
Niet wetenschappelijk personeel	25	22	22	24	26
Totaal	185	193	169	177	191

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

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuimcijfers van het NIVEL zit ruim onder het cijfer wat landelijk geldt voor organisaties in de niet commerciële dienstverlening (2004: 5,5%) en is in 2005 op een zeer laag niveau gekomen. De meldingsfrequentie is 1 ziekmelding per medewerker per jaar.

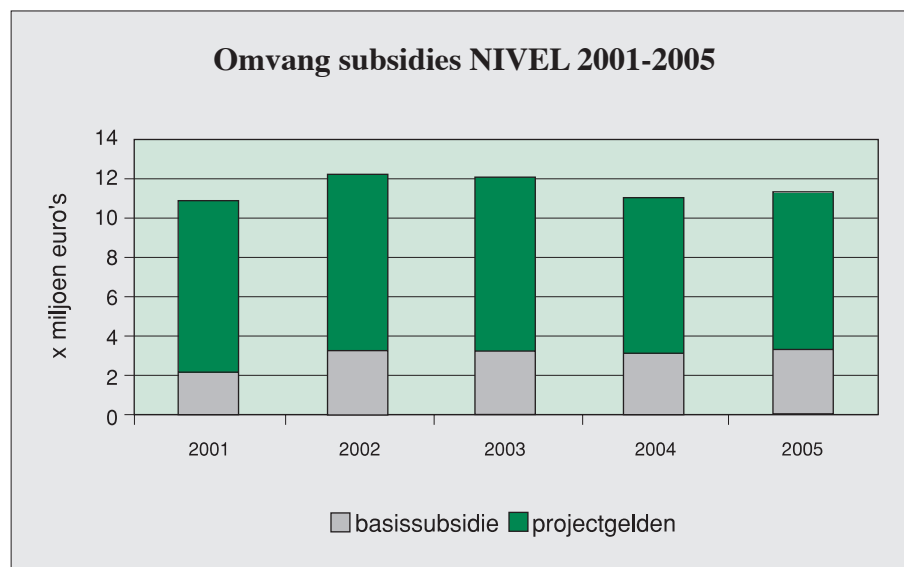
Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

	totaal verzuim percentage
2001	2,9%
2002	4,1%
2003	4,6%
2004	3,8%
2005	2,6%

Omvang subsidies

In figuur 2 is de omvang van de subsidies van het NIVEL weergegeven voor de periode 2001-2005. De daling in 2004 is het gevolg van een bezuiniging van het Ministerie van VWS van 10% van de basissubsidie. In 2005 neemt de basissubsidie weer iets toe in verband met de bijdrage van VWS in de huisvestingskosten van het NIVEL.

Figuur 2: Omvang subsidies NIVEL 2001-2005



Tekst:
NIVEL, Utrecht.

Illustraties:
Petra Baan, Utrecht.

Vormgeving/productie:
Esenes vormgegeven communicatie, Houten.