



# Jaarboek 2003



**Nederlands instituut voor  
onderzoek van de gezondheidszorg**

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

# Inhoudsopgave

<b>Het NIVEL in 2003</b>	<b>5</b>
<b>1 Gezondheid en ziekten</b>	<b>11</b>
1.1 Pijn minder vaak reden tot verzoek euthanasie	
1.2 Meer vrouwen dan mannen naar fysiotherapie of oefentherapie	
1.3 Vermoeider dan ooit	
1.4 Zeldzaam chronisch zieken: weinig behandel mogelijkheden, toch zorgbehoefte	
1.5 Onderzoek naar leven met een zeldzame aandoening op een rijtje	
1.6 Prevalentie smetplekken	
1.7 Meer gezondheidsproblemen na vuurwerkramp Enschede	
1.8 Door grieprik minder huisartsbezoek tijdens ernstige griep epidemie	
1.9 Waterpokken bij steeds jongere kinderen	
1.10 Zorgvraag kinderartsen groeit met 15%, aanbod ook	
1.11 Volendam na de Nieuwjaarsbrand - Gegevens uit de huisartspraktijk	
1.12 Mensen in noordelijke provincies worden gezonder oud	
<b>2 Wat vindt de patient ervan</b>	<b>21</b>
2.1 Apotheker geeft weinig informatie over geneesmiddelen	
2.2 Met name jongeren met inflammatoire darmziekten (IBD) en chronische leverziekten ervaren in meer of mindere mate knelpunten op sociaal-maatschappelijk vlak	
2.3 Cliënten tevreden over personeel in verpleging, verzorging en thuiszorg	
2.4 Patiënt met meer dan één ziekte noodgedwongen eigen zorgcoördinator	
2.5 Kennis COPD-patiënten over medicijnen schiet tekort	
2.6 Thuisbevalling onverminderd populair	
2.7 Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: meetinstrumentontwikkeling	
2.8 Patiënten beoordelen kwaliteit van ergotherapie	
2.9 Chronisch zieke mist specifieke deskundigheid bij de huisarts	
2.10 Kankerpatienten vragen second opinion	
<b>3 In de praktijk</b>	<b>31</b>
3.1 Huisarts verwijst patiënt met psychosociale problemen relatief vaak naar tweedelijns GGZ	
3.2 Huisarts snijdt vaker moedervlekken weg dan in 1987	
3.3 De meeste mensen met sociale of psychische problemen die zich bij hun huisarts aanmelden horen daar ook thuis	

3.4	Toegestane aantal ergotherapeutische behandelingen niet altijd toereikend	
3.5	Farmaceutische industrie heeft geen invloed op off-label voorschrijven	
3.6	Huisarts en bedrijfsarts: nog weinig samenwerking	
3.7	Een asielzoeker kost een huisarts per jaar niet meer tijd dan een reguliere ziekenfonds patiënt	
3.8	Steeds meer technologie in de thuiszorg	
3.9	Herhaalreceptuur verdient meer aandacht	
3.10	Voorlichting hartpatiënt kan beter	
3.11	Meer dan de helft van de huisartsen die over een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) beschikken, gebruikt dat dagelijks	
<b>4</b>	<b>Naar een betere kwaliteit</b>	<b>43</b>
4.1	Ketenzorg: patiënten weinig betrokken bij afstemmingsafspraken	
4.2	Patiënten gematigd positief over huisartsenposten	
4.3	Verpleegkundigen willen betere afspraken met artsen over het informeren van patiënten	
4.4	Vanaf nu is het mogelijk te voorspellen of een zorgvernieuwingsproject werkelijk tot veranderingen in de zorg zal leiden	
4.5	Medisch Callcenter geschikte weekend-achterwacht voor centrale huisartsenpost	
4.6	Betere verpleeghuiszorg mogelijk, door vragenlijst over zorgbehoefte	
4.7	Zorgopleidingen verschillen in de mate waarin zij aandacht aan kwaliteitszorg besteden	
4.8	Snoezelen is goed voor demente ouderen en hun verzorgenden	
4.9	Voorlichting over astma en COPD: ouderen en tieners extra aandacht geven	
4.10	Huisartsenzorg in achterstandswijken blijft onder druk staan	
<b>5</b>	<b>Werken in de zorg</b>	<b>53</b>
5.1	Beginnende huisarts wil niet in grote stad werken	
5.2	Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020	
5.3	Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer waardering van het management	
5.4	Principes verpleegkundig proces zijn nog geen gemeengoed bij verpleegkundigen	
5.5	Wachttijd belangrijke oorzaak lange duur medisch opleidingstraject	
5.6	Ziekenhuisorganisatie en deeltijdspecialist: nu de puntjes nog op de i	

5.7	Kennis over arbeidsmarktbeleid allochtonen in zorg en welzijn op een rijtje	
<b>6</b>	<b>Financiering en structuur</b>	<b>59</b>
6.1	Betere samenwerking nodig voor zorgproblemen in grote steden	
6.2	Risico's in de zorg door capaciteitsproblemen	
6.3	Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven	
6.4	Samenwerking eerste en tweedelijnszorg in de GGZ	
6.5	Mogelijkheden van bestaande indicaties chronisch zieken voor ziektegerelateerde uitgaven	
6.6	Uiteindelijk verandert bijna niemand van ziekenfonds	
<b>7</b>	<b>Internationale vergelijking</b>	<b>67</b>
7.1	Dé Europese huisarts bestaat niet	
7.2	Veilig verkeer drukt aantal orgaandonoren in Nederland	
7.3	De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief	
7.4	Organisatie van de zorg raakt de communicatie tussen huisarts en patiënt nauwelijks	
7.5	Verschillen tussen Amerikaanse en Nederlandse specialisten	
<b>8</b>	<b>Bibliotheek en documentatie</b>	<b>73</b>
8.1	Op het snijvlak van papieren en digitale informatievoorziening	
8.2	Thematische presentatie van informatie	
8.3	Toegankelijk voor iedereen	
<b>9</b>	<b>Het NIVEL in de pers</b>	<b>77</b>
<b>10</b>	<b>Externe contacten</b>	<b>79</b>
<b>11</b>	<b>Publicaties</b>	<b>85</b>
11.1	Internationale artikelen	
11.2	Overige Internationale (Engelstalige) publicaties	
11.3	Dissertaties	
11.4	Nederlandse artikelen in wetenschappelijke tijdschriften	
11.5	Artikelen in vaktijdschriften	
11.6	Boeken en boekbijdragen	

- 11.7 Rapporten
- 11.8 Gepubliceerde abstracts
- 11.9 Lezingen en posterpresentaties

<b>12</b>	<b>Het bestuur</b>	<b>123</b>
<b>13</b>	<b>Personele zaken</b>	<b>125</b>
<b>14</b>	<b>Overzicht aanvragen van gegevens uit de registraties</b>	<b>133</b>

## Het NIVEL in 2003

### Het Beleid

We waren het een beetje ontwend na acht jaar Paarse compromissen: een kabinet dat van mening is dat de bezem fors door de samenleving moet worden gehaald en dat vindt dat de principes van de verzorgingsstaat achterhaald zijn omdat zij stammen uit tijden dat de meeste mensen ternauwernood het hoofd boven water konden houden en buitengewoon kwetsbaar waren voor ziekte of gebrek. Waarom zou men niet zelf een rollator betalen in plaats van deze verstrekt te krijgen via de AWBZ. Wat veertig, vijftig jaar geleden een grote aanslag op de gezinsbestedingen was, is nu voor velen gemakkelijk te dragen.

Het kabinet heeft haast; het vindt dat er al te veel tijd is verspild en dat de economische voorspoed van de afgelopen jaren niet goed is gebruikt. Dat mag de daadkracht niet drukken. Dan maar een maatschappelijke omwenteling in tijden van bezuinigingen; dan slaat men twee vliegen in één klap. Er is ook geen tijd meer voor een stapje voor stapje op consensus gebaseerde aanpak; de maatschappij moet 'op de schop' en bezuinigingen zijn eerder een zege dan een vloek, want ze geven extra vaart aan de noodzakelijke hervormingen.

Daar vallen wel enkele kanttekeningen bij te maken:

1. vooropgesteld moet worden dat het goed is om na te denken over de aard en omvang van de verzorgingsstaat na decennia van welvaartsgroei; kan het niet wat minder; is alles nog steeds even hard nodig. Het zijn gerechtvaardigde vragen.
2. dat gesteld zijnde, moet men toch oppassen voor een overschatting van de mondigheid en de assertiviteit van, vooral, kwetsbare groepen in de samenleving. Voorbeeld: er wordt nogal makkelijk gesteld, dat extra uitgaven voor de zorg, veroorzaakt door versoberingen van het pakket en/of verhoging van de eigen bijdragen, via de fiscus of door bijvoorbeeld een beroep op bijzondere bijstand, gecompenseerd kunnen worden. Wat dat laatste betreft is het bekend dat ouderen (want daar gaat het meestal om) niet hun 'hand willen ophouden' en liever op een houtje bijten dan naar de gemeente te lopen. Het eerste (de fiscale weg) onderschat de enorme barrières die er bestaan rond het invullen van ingewikkelde formulieren, zoals het aangiftebiljet. Dat blijkt, onder meer, uit eigen NIVEL-onderzoek naar de inkomenspositie van chronisch zieken. Iets meer dan de helft is op de hoogte van bestaande aftrekmogelijkheden en vooral ouderen, arbeidsongeschikten en mensen met meerdere beperkingen waren dat het minst. Voor de oudere generatie is de ver-

zorgingsstaat ook een kwestie van menselijke waardigheid; het is geen gunst, je hebt je leven lang premie betaald, juist om niet je hand te hoeven ophouden. Bij alle voorgestelde maatregelen is het belangrijk om zo min mogelijk drempels in te bouwen, omdat anders degenen voor wie de verzorgingsstaat bedoeld is, de dupe worden. Gegevens uit het Patiënten Panel Chronisch Zieken kunnen een goede richtsnoer voor het beleid bieden en ook antwoord geven op de vraag of het beleid geen onbedoelde en ongewenste effecten heeft. Richt men de gezondheidszorg zo in, dat oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk voorkomen wordt, dan maakt men min of meer automatisch de fout dat terecht gebruik belemmerd wordt. Dit is een statistische wet.

#### Het Jaarboek

Het Jaarboek 2003 bevat (een selectie uit) de resultaten van NIVEL-onderzoek uit het verslagjaar, ingedeeld in verschillende categorieën, zoals Ziekte en gezondheid, Kwaliteit van Zorg, Patiënten-evaluatie, Werken in de zorg en dergelijke. In toenemende mate betreft het hier internationaal vergelijkend onderzoek, waarin de Nederlandse zorg of de Nederlandse patiënt vergeleken wordt met de zorg of de patiënten in andere landen. Een kijkje bij de burens is vaak heel inzichtelijk. Enkele voorbeelden:

1. donor-organen en verkeersveiligheid hangen nauw samen; een belangrijke oorzaak voor het relatief lage aantal donoren in Nederland is het relatief veilige verkeer.
2. tussen Europese landen zijn er grote verschillen in de mate waarin huisartsen preventie bedrijven; honorering lijkt hier een belangrijke rol te spelen.
3. huisartsen in gezondheidszorgsystemen waarbinnen zij een zogenaamde 'poortwachtersfunctie' vervullen hebben een breder takenpakket dan in systemen waar medisch-specialisten vrij toegankelijk zijn.
4. niettemin wordt de communicatie tussen arts en patiënt nauwelijks door het 'systeem' van gezondheidszorg beïnvloed.

In het jaarboek vindt men veel over de huisarts, maar ook over specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden en paramedische beroepen. Het dreigende huisartsenteenkort, vooral in de grote steden speelt in een aantal projecten een rol. "Huisarts wil zich liever niet in de grote stad vestigen", zo luidt een kop, van een van de samenvattingen. Een van de mogelijke oorzaken van tekorten is de toegenomen duur van de opleidingen; gemiddeld is een arts (een specialist bijvoorbeeld) 37 jaar als hij/zij alle opleidingen heeft afgerond en dat terwijl hij/zij op zijn 30e klaar had kunnen zijn als er nergens sprake was van pauzes, wachttijden of onderbrekingen. Voor een deel is dat eigen keuze van de student; voor een deel zijn het fricties in het opleidingstraject.

Het NIVEL heeft ook onderzoek gedaan naar wat specialisten onder 'sluipend kwaliteitsverlies' verstaan; uit interviews blijkt dat specialisten daaronder vaak een ontoereikende capaciteit van het ziekenhuis verstaan (te klein, te weinig voorzieningen; verplaatsing naar ander ziekenhuis nodig). Het lijkt hier te gaan om organisatorische, oplosbare vraagstukken.

Onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen (vooral door huisartsen) wordt eveneens veel door het NIVEL verricht. Zo blijkt het Electronisch Voorschrijf Systeem (EVS) opmars te hebben gemaakt in de elektronische medische dossiers en is het gebruik ervan sterk toegenomen. Dat de verwachte besparingen zijn tegengevallen moet men echter eerder aan de kwaliteit van de verwachtingen wijten dan aan het gebruik van het EVS.

#### Databases

Gegevens over diagnose en recept komen uit het Landelijk Informatie Systeem Huisartsenzorg (LINH); een van de grote databases die op het NIVEL wordt beheerd. Vooral de combinatie Diagnose/ Recept geeft zeer nuttig inzicht in één van de sterkst stijgende kostenposten in de gezondheidszorg: het geneesmiddelengebruik.

Gegevens over chronisch zieken en hun maatschappelijke positie vindt men in het Patiënten Panel Chronisch Zieken; opvattingen van (gezonde) burgers worden verzameld met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Registers van huisartsen, fysiotherapeuten ergotherapeuten en verloskundigen geven inzicht in het verloop van enkele belangrijke beroepen in de zorg. De mening van verpleegkundigen en verzorgenden over hun beroepsuitoefening wordt gepeild in het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Tenslotte bevat de databank arts/patiënt-communicatie een unieke, op video opgenomen, collectie arts/patiënt contacten. Deze databases stellen onderzoekers in staat om snel met relevante gegevens te komen, als zich een organisatie- of beleidsprobleem in de gezondheidszorg voordoet.

Vooral ter voorbereiding op de beleidsbeslissingen rond de voorgenomen stelselwijziging van de gezondheidszorg kunnen deze databanken en registers hun nut bewijzen.

Het NIVEL kent vanouds een continue morbiditeitsregistratie in de huisartsenpraktijk

## *1. Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Peilstations*

De Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations van het Nivel vormen een representatieve groep van 65 Nederlandse huisartsen in 44 praktijken. Hun patiëntenpopulatie bestrijkt ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking en is verspreid naar regio en over stad en platteland. De peilstation-huisartsen rapporteren wekelijks of op jaarbasis over het vóórkomen van een aantal ziekten, gebeurtenissen en verrichtingen, die in routine-registraties ontbreken en daarin niet gemakkelijk op te nemen zijn. De gegevens worden geordend naar leeftijd en geslacht van de patiënt, naar regio en naar verstedelijking van het praktijkgebied. De CMR-peilstations bestaan sinds 1970. Onderwerpen zijn ondermeer acute respiratoire infecties (ARI's), depressie, diabetes mellitus, eetstoornis, gastro-enteritis en verzoeken om om euthanasie.

### *1.1 Pijn minder vaak reden tot verzoek om euthanasie*

Pijn minder vaak reden tot verzoek om euthanasie bij de huisarts. Dit concluderen onderzoekers van het NIVEL in het British Medical Journal in hun artikel: "Twenty-five years of request for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general Practice; trend analysis". Uit het onderzoek dat bij een representatieve groep van Nederlandse huisartsen (Peilstations) in de periode 1977 tot 2001 werd uitgevoerd, blijkt dat het aantal verzoeken tot euthanasie bij de huisarts zich de laatste jaren heeft gestabiliseerd op ongeveer 5000 verzoeken per jaar. In 1977 was pijn nog in 50% van de gevallen de belangrijkste reden om euthanasie of hulp bij zelfdoding te vragen, in 1995 was dat gedaald tot 30% en in 2001 tot 25%. Deze daling is waarschijnlijk een afspiegeling van het feit dat de palliatieve zorg voor terminale patiënten in de loop der tijd sterk is verbeterd. Terwijl pijn als reden afnam, nam afkeer of vrees voor ontluistering proportioneel toe: van 20% in 1977 tot ruim 40% in 2001.

*R.L. Marquet, A. Bartelds, G.J. Visser, P. Spreeuwenberg, L. Peters. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. British Medical Journal: 327, 2003, nr. 7408, p. 201-202*

*R. Wimmers, I. Swinkels, I. Visser, D. de Bakker, E. van den Ende . Jaarboek LIPZ 2001: deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck. Meer vrouwen dan mannen naar fysiotherapie of oefentherapie Utrecht: NIVEL, 2003*

### **1.2 Meer vrouwen dan mannen naar fysiotherapie of oefentherapie**

Er gaan bijna tweemaal zoveel vrouwen (62%) als mannen (37%) naar de fysiotherapeut. Naar oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie Cesar gaan zelfs driemaal zoveel vrouwen (75%) als mannen (25%). Dit blijkt uit de eerste peiling van het NIVEL project Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ). De klacht waarmee de meeste mensen bij de fysiotherapeut komen is lage rugpijn zonder uitstraling (15%) of nekklachten (11%). Bij de oefentherapeut Cesar en de oefentherapeut-Mensendieck zijn dat lage rugpijn zonder uitstraling (respectievelijk 20% en 21%) of rugklachten (respectievelijk 19% en 18%). Deze cijfers zijn gebaseerd op onderzoek onder een netwerk van fysiotherapie-praktijken, praktijken voor oefentherapie-Mensendieck en oefentherapie Cesar. Zij leveren maandelijks geautomatiseerd zorggegevens aan over de patiënten die bij hen behandeld zijn. Dit onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, in de periode april 2001 tot juni 2002. Het onderzoek is verricht in nauwe samenwerking met de betrokken beroepsgroepen.

### **1.3 Vermoeider dan ooit**

Veel meer mensen dan vijftien jaar geleden hebben last van moeheid. Dat geldt voor iedereen. Net als toen rapporteren jonge, hoogopgeleide vrouwen de meeste moeheidklachten, maar mannen lijken een inhaalslag te maken. De gegevens komen uit de eerste en tweede nationale studie naar zorg en verrichtingen in de huisartspraktijk. Arbeidsongeschikte vrouwen vormen de absolute topper wat betreft moeheid: 81 procent van hen rapporteert moeheidklachten. Maar ook de combinatie van betaald werk met de zorg voor kleine kinderen leidt bij veel vrouwen tot meer moeheid (59%); bij mannen is die relatie afwezig (34%). Mannen en vrouwen met een matig of slecht ervaren gezondheidstoestand (60% respectievelijk 73%) rapporteren vaak moeheid. Hetzelfde geldt voor mannen en vrouwen met een slechte psychische gezondheid (respectievelijk 64% en 76%), en voor mensen die lijden aan één of meer chronische aandoeningen (respectievelijk 40% en 54%). Een verklaring voor het feit dat niet alleen vrouwen, maar ook mannen meer moeheidklachten rapporteren dan vijftien jaar geleden, kan te maken hebben met het beeld dat 'moe zijn mag', en in sommige kringen zelfs tot een statussymbool is geworden. Het 'druk, druk, druk' van enkele jaren geleden heeft als vanzelfsprekend spiegelbeeld het 'moe, moe, moe' van tegenwoordig. Als iemand zich moe voelt en dat ook als zodanig benoemt, heeft dat op zich consequenties voor het verdere handelen, met dienovereenkomstige consequenties voor de individuele kwaliteit van leven en de maatschappelijke kosten die gepaard gaan

*J.M.Bensing, H. van Lindert. Vermoeider dan ooit. Stijgend aantal moeheidsklachten verdient de aandacht van artsen. Medisch Contact 2003;58:1306-1309*

met verhoogd ziekteverzuim en met arbeidsongeschiktheid. Dat maakt het belangrijk om moeheid te onderkennen als een probleem dat prioriteit verdient: in de zorgverlening, in het wetenschappelijk onderzoek en wellicht ook in het maatschappelijk debat over de kwaliteit van onze samenleving.

### **1.4 Zeldzaam chronisch ziekten: weinig behandel mogelijkheden, toch zorgbehoefte**

Ongeveer 7 op de 10 patiënten met een zeldzame chronische ziekte zijn ontevreden over de specifieke deskundigheid van hun huisarts. Hoewel er vaak geen medische behandeling beschikbaar is, hebben ze wel degelijk behoefte aan (professionele) zorg. Ook hebben ze meer problemen dan mensen met een vaker voorkomende chronische ziekte. Het onderzoek vond plaats in opdracht van de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die bij deelnemers aan het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten (PPCZ) zijn verzameld. Van de ongeveer 2500 panelleden hebben 206 mensen (8%) een zeldzame chronische aandoening. Een ziekte is volgens de Europese definitie zeldzaam, wanneer minder dan 5 per 10.000 mensen de specifieke aandoening hebben. Op basis van die definitie zijn er zo'n 5000 tot 7000 zeldzame ziekten bekend. Voorbeelden van zeldzame ziekten zijn: de ziekte van Guillain-Barré, de ziekte van Takayasu of de ziekte van Kahler. De onderzoekers vergeleken de gegevens van mensen met een vaker voorkomende chronische aandoening met die van mensen met een zeldzame aandoening. Een aantal problemen komt meer voor bij de laatste groep. Een groot deel van deze problemen overstijgt het specifieke van de kwaal. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat 24 procent van de onderzochte patiënten seksuele problemen heeft. Dit percentage ligt hoger dan bij mensen met een chronische ziekte die niet zeldzaam is (17 procent). Ook wanneer het gaat om werk, wonen en de financiële situatie, ervaren patiënten met een chronische zeldzame aandoening meer problemen dan mensen met een vaker voorkomende chronische ziekte. Daarnaast geeft 45% van hen aan zich de laatste tijd somber, angstig of gespannen te hebben gevoeld. Bij de mensen met een niet-zeldzame chronische ziekte is dat 37%.

Bijna een kwart van deze patiënten heeft behoefte aan emotionele ondersteuning, bijvoorbeeld van artsen, een psychosociale hulpverlener of via contacten met lotgenoten. De onderzoekers menen dat patiëntenorganisaties zich zouden kunnen richten op het geven van steun en informatie aan mensen met zeldzame aandoeningen op het gebied van deze ziekteoverstijgende problemen. Niet iedere zeldzame ziekte heeft zijn eigen vereniging, dus zou hier een taak kunnen liggen bij koepelorganisa-

*R.M.A. van Nispen, P.M. Rijken, M.J.W.M. Heijmans. Leven met een zeldzame chronische aandoening: ervaringen van patiënten in de zorg en het dagelijksleven. Utrecht: NIVEL, 2003*

ties, zoals de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) en de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP). Deze twee organisaties zijn een samenwerking aangegaan in een Werkgroep Zeldzame Aandoeningen.

De onderzoekers bevelen verder aan om informatie over de zorg en behandeling van zeldzame aandoeningen te centraliseren en beter bekend te maken bij een grotere groep mensen. Ze pleiten voor een gemakkelijk toegankelijk overzicht van (super-) specialisten, specialistische centra en andere informatiebronnen. Met name huisartsen kunnen hun patiënten dan gerichter verwijzen of zelf deze specialisten consulteren. Het is voor huisartsen immers onmogelijk om specialistische kennis te hebben van alle, soms uiterst zeldzame, ziekten. Op het gebied van begeleiding en steun aan zeldzaam chronisch zieken ligt de weg voor de huisarts, maar ook voor andere psychosociaal begeleiders, nog wel open. Hoewel mensen met zeldzame aandoeningen vaak met vragen bij hun huisarts of specialist terecht kunnen, heeft 16 procent behoefte aan een centraal persoon die de zorg of behandeling coördineert en die hen van informatie voorziet. De gezondheidszorg lijkt nog onvoldoende ingespeeld op de specifieke behoeften van mensen met een weinig voorkomende aandoening. Maar met wat meer inlevingsvermogen, coördinatie en betere afstemming heeft de gezondheidszorg hun zeker wel wat te bieden!

#### **1.5 Onderzoek naar leven met een zeldzame aandoening op een rijtje**

Hoe verbeteren we de zorg voor en de kwaliteit van leven van mensen met een zeldzame aandoening? Om op deze vraag een antwoord te geven is een boek samengesteld met hiervoor relevante wetenschappelijke literatuur en de samengevatte onderzoekresultaten (abstracts). De onderwerpen bestrijken een veel breder gebied dan alleen de medisch aspecten van zeldzame aandoeningen. Aan de orde komen o.a.: weesgeneesmiddelenbeleid, patiëntenvoorlichting, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, arts-patiënt relatie, psychosociaal functioneren en zorgcoördinatie. Een ziekte is volgens de Europese definitie zeldzaam wanneer er minder dan 5 per 10.000 mensen aan lijden. Er zijn zo'n 5000 - 7000 zeldzame ziekten bekend. De gezondheidszorg is nog onvoldoende ingericht op de specifieke behoeften van mensen met een weinig voorkomende aandoening. Deze bibliografie is onderdeel van een groter onderzoeksproject naar leven met een zeldzame aandoening, dat in samenwerking met en mede gefinancierd door de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen is uitgevoerd door het NIVEL.

*R.M.A. van Nispen, E. Breuning. Living with a rare disease. Bibliography. NIVEL Utrecht, 2003*

#### **1.6 Prevalentie smetplekken**

Een op de acht patiënten in Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen heeft één of meerdere smetplekken onder de borsten of in de liezen. NIVEL onderzoeker Patriek Mistiaen: "Smetten komt vaak voor, maar er is nog nooit goed onderzocht wat eraan te doen is. Mensen doen wel van alles, maar er is nooit wetenschappelijk bewezen dat dat helpt." "Smetten of Intertrigo" is een ontstekingsachtige aandoening van de huidplooien. Patiënten met smetten hebben een lichte uitslag aan beide kanten van een huidplooi, wat kan verergeren totdat de huid beschadigt en er ontstekingsvocht en korstvorming ontstaat. Patiënten kunnen hier hinder van ondervinden zoals jeuk en irritatie, ook vinden ze het er vaak onprettig uitzien. Smetten komen vaker voor bij oudere mensen, bij dikke mensen, bij mensen die incontinent zijn en bij bedlegerige patiënten. Vaak treedt smetten op in combinatie met decubitus (doorligplekken).

Van de vrouwelijke patiënten in Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen heeft bijna 8 procent smetplekken onder de borsten en 9 procent smetplekken in de liesplooien. Alleen bij heel dikke mannen komen soms smetplekken onder de borsten voor. Wel zijn er bij 8 procent van de mannen smetplekken in de liezen geconstateerd. Het onderzoek is verricht in combinatie met de zesde landelijke prevalentieonderzoek van decubitus in samenwerking met de Universiteit van Maastricht. Aan het onderzoek deden 1750 patiënten uit 10 ziekenhuizen mee en ongeveer 1000 bewoners van 6 verpleeghuizen en twee verzorgingshuizen. Uit het onderzoek blijkt dat smetten vaker voorkomen in verpleeg- en verzorgingshuizen dan in ziekenhuizen.

#### **1.7 Meer gezondheidsproblemen na vuurwerkcramp Enschede**

Mensen die de Vuurwerkcramp in Enschede van 13 mei 2000 van nabij meemaakten komen met meer problemen bij hun huisarts dan andere inwoners van Enschede. Daarbij gaat het vooral om psychische problemen, problemen van het bewegingsapparaat en problemen waarvoor geen medische verklaring gevonden kan worden. Mensen die huis en haard verloren en mensen van Turkse afkomst hadden de meeste gezondheidsproblemen. Dit blijkt uit de Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkcramp Enschede (GGVE), een initiatief van het Ministerie van VWS en de GGD Twente.

In het kader van dit onderzoek worden in 34 huisartspraktijken in Enschede alle problemen waarmee mensen naar de huisarts gaan geregistreerd (monitoring). Er wordt zowel gekeken naar de gezondheid van getroffen en na de ramp, als naar de verschillen in gezondheid tussen getroffen en niet-getroffen (zowel in Enschede

*P. Mistiaen, C. Wagner, G. Bours, R. Halfens. Prevalentieonderzoek van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2003*



*C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkwager, D.J. den Ouden, J.J. Kerssens, G.A. Donker, P.M.H. ten Veen, R.M.A. van Nispen, Y.C.H. Luyten-de Thouars, J.H. Soeteman. Monitoring gezondheid getroffen vuurwerkcramp Enschede. Utrecht: NIVEL, 2003*

*M. Tacken, A. Berende, E. Hak, H. van den Hoogen, D. de Bakker, J. Braspenning. Invloed van de griepvaccinatie op de medische consumptie van hoogrisicopatiënten in de huisartspraktijk. In: M.E. Kroes. Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de griepvaccinatie. Diemen: College voor Zorgverzekeringen. 2003.*

als elders in Nederland). Na de ramp meldden meer mensen zich met psychische problemen bij de huisarts dan ervoor. Het gaat vooral om depressie, angst en stressklachten. Vergeleken met de landelijke controlegroep worden er vooral meer problemen van nek, schouder en rug gepresenteerd. Zoals ook bij andere rampen de ervaring is, komen veel mensen met problemen waarvoor de huisarts nog geen (medische) verklaring kan geven ('lichamelijk onverklaarde klachten'). De resultaten van de monitoring worden eens per kwartaal, voor de totale groep van ca 9.000 getroffen, aan de huisartsen gerapporteerd. Hiermee pogen het Ministerie en het NIVEL de huisartsen informatie te geven die de nazorg kan optimaliseren. Het onderzoek loopt voorlopig tot 2005. De tussenrapportage die op 7 juli 2003 aan de leden van de Tweede Kamer werd aangeboden beschrijft twee perioden: 1 januari 1999 t/m 12 mei 2002 (ruim een jaar voor de ramp t/m twee jaren erna); en de periode van 1 juli t/m 31 december 2002. De resultaten vormen een belangrijke aanvulling op het onderzoek dat door de GGVE, via vragenlijsten bij de getroffen zelf werd uitgevoerd onmiddellijk na de ramp en 1½ jaar erna.

#### **1.8 Door griepvaccinatie minder huisartsbezoek tijdens ernstige griep**

Mensen met hart- en vaatziekten of diabetes die de griepvaccinatie kregen, komen tijdens een ernstige griepperiode minder vaak bij hun huisarts dan mensen met deze aandoeningen die niet gevaccineerd zijn. De huisarts heeft het daardoor meetbaar minder druk. Dit blijkt uit LINH onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie. Jaarlijks laat ongeveer driekwart van de hoogrisicopatiënten zich vaccineren tegen griep. Uit eerder onderzoek is reeds bekend dat zij daardoor een aanzienlijk kleinere kans hebben om te overlijden of in het ziekenhuis te worden opgenomen. Nu lijkt ook in geval van een ernstige griep, zoals in het griepseizoen 1999-2000, het aantal contacten van niet gevaccineerden met hun huisartspraktijk toe te nemen. Gevaccineerden met een hart- en vaatziekte of diabetes Mellitus hebben meetbaar minder contacten met hun huisarts tijdens een ernstige griep. Dit betekent in een huisartspraktijk met 2350 patiënten 24,4 contacten per negen weken minder van patiënten met een hart- en vaatziekte en 14,2 contacten per negen weken minder van patiënten met Diabetes Mellitus. Deze cijfers kunnen overigens niet zomaar bij elkaar worden opgeteld, omdat een grote groep mensen zowel hartpatiënt als diabetespatiënt is. Tijdens een periode waarin weinig mensen griep hebben kan geen meetbaar effect van de griepvaccinatie op het huisartsbezoek worden aangetoond.

#### **1.9 Waterpokken bij steeds jongere kinderen**

Waterpokken komt steeds vaker voor onder de leeftijd van vijf jaar. Mogelijk speelt de kinderopvang in groepen daar een rol bij. Hierdoor komen kinderen op jongere leeftijd vaker en intensiever met elkaar in contact. Vrouwen die voor de tweede of volgende maal zwanger zijn, lopen daardoor meer risico met waterpokken in aanraking te komen. De ziekte is vooral gevaarlijk voor pasgeborenen, als hun moeder in de periode rond de bevalling de ziekte krijgt. De vraag of tegen waterpokken ingeënt moet gaan worden is daarmee urgenter geworden. Negentig procent van de volwassenen heeft als kind waterpokken gehad en is daardoor immuun voor deze ziekte. In 2002 meldden zich zo'n 51.500 mensen met waterpokken bij hun huisarts. In 2000 waren dat er nog 32.000. Dit blijkt uit de jaarcijfers van de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Peilstations van het NIVEL. Aan deze registratie dragen 44 huisartspraktijken bij, die op verzoek van het NIVEL een aantal aandoeningen en verrichtingen in hun praktijk registreren. Het gaat vaak om onderwerpen waarover deze peilstation-artsen aanvullende informatie verzamelen die meestal niet in andere registraties wordt vastgelegd. Het jaarrapport van deze CMR peilstations gaat niet in op oorzaken van gesignaleerde trends, maar levert basisgegevens voor verder onderzoek. De huisarts zit als een spin in het web van de Nederlandse gezondheidszorg. Door hun poortwachterfunctie zijn huisartsen goed in staat om actuele feiten en cijfers te leveren. In de Peilstations doen zij dat ook. Uit de cijfers van de CMR Peilstations blijkt bijvoorbeeld ook dat Nederland in 2002 een mild griepjaar had met zo'n 253.000 griepgevallen (157 per 10.000 inwoners). In 1993 was dit nog 772.500. Kinkhoest zit met 6.500 patiënten in 2002 zelfs weer iets onder het niveau van 1998 (4 per 10.000 inwoners). Gastro-enteritis (acute 'buikgriep') blijft wel toenemen, van 93.000 in 1996 naar 162.500 in 2002 (104 per 10.000 inwoners). Het aantal suicide(pogingen) is de afgelopen tien jaar min of meer constant gebleven en lag in 2002 op 6.500 (4 per 10.000 inwoners).

#### **1.10 Zorgvraag kinderartsen groeit met 15%, aanbod ook**

Vanaf 1995 wordt door het NIVEL in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) tweemaal per jaar de arbeidsmarkt voor kinderartsen in beeld gebracht. In dit rapport wordt de situatie in 2001 beschreven. Onderzocht is of de veronderstellingen rond vraag en aanbodontwikkelingen - zoals in voorgaande jaren geformuleerd - nog steeds gelden en in hoeverre de benodigde instroom in de opleiding moet worden aangepast om in het jaar 2015 geen overschotten of tekorten aan kinderartsen te krijgen. De vraag naar kindergeneeskundige zorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door demografische ontwikkelingen (aantal geboorten). In

*Bron: A.I.M. Bartelds. Continue morbiditeitsregistratie peilstations Nederland. Utrecht, NIVEL 2003*

de periode tussen 1995 en 2001 is het aantal patiënten van kinderartsen met 4% toegenomen. Tegelijkertijd is de tijd per patiënt met 11% toegenomen. De totale zorgvraag is daardoor met 15% gegroeid. Voor de periode 2001-2015 neemt, door het te verwachten afnemend aantal geboorten de zorgvraag met iets meer dan 6% af. Aan de andere kant is er een toenemende vraag naar intensieve zorg in de NICU's (neonatale intensive care units) en PICU's (pediatrische intensive care units).

Voor wat betreft het aanbod aan kinderartsen geldt dat het aantal werkzame kinderartsen in de periode 1995-2001 met 31% is toegenomen, waarbij het aandeel vrouwen is gestegen van 36% in 1995 tot 43% in 2001. In 2001 zijn er in totaal 937 kinderartsen werkzaam. De toename van het aantal kinderartsen is redelijk conform de verwachting verlopen. Per jaar zijn ongeveer 12 kinderartsen met de werkzaamheden gestopt en zijn er ongeveer 50 met de werkzaamheden begonnen. Bij handhaving van de huidige jaarlijkse instroom in de opleiding van 50 per jaar, zullen er in 2015 circa 1.480 kinderartsen werkzaam zijn in Nederland, waarbij het aandeel vrouwen is gestegen tot 65%.

Met betrekking tot de tijdsbesteding van kinderartsen blijkt dat de werktijd van kinderartsen teruggelopen is van bijna 54 uur per week per FTE in 1995 naar bijna 49 uur in 2001. Dit komt overeen met de verwachtingen. Door enerzijds de groei van 31% in het aantal kinderartsen en anderzijds een afname van 12% in de werktijd per kinderarts, is het totale zorgaanbod met 15% gegroeid. Concluderend kan worden vastgesteld dat in de periode 1995-2001 het totale zorgaanbod (aantal kinderartsen maal de tijd per kinderarts per jaar) met 15% is toegenomen, terwijl in diezelfde periode de zorgvraag (aantal patiënten maal de tijd per patiënt per jaar) eveneens met 15% is gestegen.

Vervolgens is berekend wat de verwachtingen zijn tot het jaar 2015 voor wat betreft de opleidingscapaciteit. Daarbij zijn verschillende scenario's uitgewerkt. Deze lopen in hun consequenties uiteen van een jaarlijkse instroom in de opleiding van 17 tot 63 per jaar. Als alleen rekening wordt gehouden met de demografische ontwikkelingen en het opvullen van de onvervulde vraag in de NICU's en PICU's dan zou de huidige jaarlijkse instroom van rond de 55 gereduceerd kunnen worden tot 17. Als daarnaast ook nog rekening wordt gehouden met een toename van het aandeel niet patiëntgebonden activiteiten, werktijdverkorting, een toenemend aandeel in deeltijd werkenden mannen en een toename van de tijd per patiëntcontact dan zou de jaarlijkse instroom maximaal 63 moeten bedragen. Het is aan de daartoe bevoegde instanties om een keus te maken uit de verschillende scenario's.

*L.F.J. van der Velden,  
J. Muysken, L. Hingstman.  
Monitor arbeidsmarkt kinder-  
artsen: behoefteteraming 2001-  
2015. Utrecht: NIVEL, 2003*

### **1.11 Volendam na de Nieuwjaarsbrand - Gegevens uit de huisartspraktijk**

Ouders van jongeren die de Nieuwjaarsbrand in Volendam hebben meegemaakt, gaan vaker naar de huisarts dan andere Volendammers en hebben meer gezondheidsproblemen. In de twee jaren na de brand hebben zij vaker last van verhoogde bloeddruk, slaapproblemen en klachten van het bewegingsapparaat dan Volendammers die qua leeftijd vergelijkbaar zijn. Ook registreerden de huisartsen bij deze groep meer psychische problemen, met name in het eerste jaar na de brand. Dit blijkt uit een onderzoek van het NIVEL dat is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS.

In een rapportage van dit meerjarige onderzoek staan het zorggebruik en (het verloop van) de gezondheidsproblemen bij verschillende Volendamse bevolkingsgroepen centraal. Dit zijn met name de jongeren die in het Hemeltje aanwezig waren (met of zonder letsel), hun broers en zussen, ouders en de leeftijdsgenoten van deze groepen in het dorp. Deze patiënten worden vergeleken met patiënten elders in Nederland waar geen soortgelijke ramp heeft plaatsgevonden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van geanonimiseerde gegevens uit de huisartsenpraktijk. Door de opzet van de studie ('monitoring' van alle problemen die aan de huisarts gepresenteerd worden) is het ook mogelijk om gegevens in de analyses te betrekken van het jaar vóór de brand.

Het onderzoek toont aan dat de gezondheidseffecten van de brand zich voornamelijk beperken tot de direct door de brand getroffen: de aanwezige jongeren en hun ouders.

### **1.12 Mensen in noordelijke provincies worden gezonder oud**

Ook in een klein land als Nederland zijn er regionale verschillen in hoe lang mensen in goede gezondheid leven. 65-plussers in het noorden van het land, zowel mannen als vrouwen, leven langer in gezondheid dan in het zuiden. Voor mannen is dat gemiddeld minstens een half gezond levensjaar meer; voor vrouwen zelfs een jaar. De voor vrouwen 'gezonde' regio's zijn niet precies dezelfde als de voor mannen 'gezonde regio's, en ook niet als de regio's waarin vrouwen gemiddeld het oudste worden.

Deze regionale verschillen hangen samen met regionale verschillen in inkomen, opleiding en rookgedrag: hoe lager het inkomen of het opleidingsniveau in een regio, of hoe meer mensen er roken, hoe lager de gezonde levensverwachting er is. Er is geen relatie gevonden met regionale verschillen in het aanbod van gezondheidszorg.

Gemiddeld hebben Nederlandse mannen als ze 65 zijn nog 14,4 jaar voor de boeg,

*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:  
tussenrapportage 2000 t/m  
2002. Utrecht: NIVEL, 2003*

*P.P. Groeneweg, G.P. Westert, H.C. Boshuizen, Regional differences in healthy life expectancy in the Netherlands, Public Health (2003) 117, 424-429*

waarvan 8,2 jaar in goede gezondheid. Nederlandse vrouwen van 65 leven gemiddeld niet alleen langer (18,8 jaar) dan hun mannelijke leeftijdsgenoten, maar ook langer gezond (9,5 jaar). Dit blijkt uit onderzoek van het NIVEL naar regionale verschillen in gezonde levensverwachting, uitgevoerd in samenwerking met het RIVM. Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens van het CBS.

Het NIVEL kent twee panels waarin patiënten aan het woord komen.

#### 1. Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)

Het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ) is een project waarbij op continue basis gegevens verzameld worden in een panel van 2000 chronisch zieken. De hoofdonderwerpen van het PPCZ zijn kwaliteit van leven, zorggebruik, kwaliteit van zorg en maatschappelijke positie van de patiënt. Het panel maakt het mogelijk om vanuit het perspectief van patiënten een integraal beeld te geven van de situatie van chronisch zieken. Informatie wordt verzameld voor de beleidsontwikkeling op het gebied van de zorg en de maatschappelijke positie van langdurig zieken. Doordat longitudinaal informatie verzameld wordt, is het bovendien mogelijk ontwikkelingen te volgen.

#### 2. Consumentenpanel gezondheidszorg

Met het Consumentenpanel gezondheidszorg, een samenwerkingsverband van het NIVEL met de Consumentenbond, wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van consumenten met de gezondheidszorg. Het panel draagt bij aan het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. Het perspectief van de gebruiker staat centraal. Het panel geeft inzicht in patiëntenoordelen over inrichting en dienstverlening in de gezondheidszorg en biedt de mogelijkheid voor meningenpeilingen over actuele zaken.

#### 2.1 Apotheker geeft weinig informatie over geneesmiddelen

De meeste mensen zouden het liefst door hun (huis)arts geïnformeerd worden over de geneesmiddelen die ze op recept krijgen voorgeschreven. De apotheker vinden ze een goede tweede. In de praktijk krijgen ze de meeste informatie van de (huis)arts en uit de bijsluiter, en veel minder van de apotheker.

Ook van de (huis)arts zeggen veel mensen echter niet alle informatie te krijgen die ze belangrijk vinden. Een kwart zegt noch van de (huis)arts, noch van de apotheker te hebben gehoord wat de mogelijke bijwerkingen kunnen zijn. Een op de vijf pati-

*E. van der Schee, D. Delnoij,  
M. Willems.  
Receptgeneesmiddelen -  
Informatievoorziening en  
informatiebehoefte: een opti-  
male afstemming. Utrecht,  
www.NIVEL.nl., 2003*

ënten krijgt van niemand te horen hoelang ze het geneesmiddel moeten gebruiken. Eén op de tien patiënten geeft aan dat niemand heeft verteld waarop de werking van het geneesmiddel gebaseerd is. Dit blijkt uit een enquête onder de 1780 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een samenwerkingsproject van de Consumentenbond en het NIVEL, gefinancierd door het ministerie van VWS. Goede patiënteninformatie is van belang voor het veilig en volgens de voorschriften van de arts gebruiken van (combinaties van) medicijnen.

### **2.2 Met name jongeren met inflammatoire darmziekten (IBD) en chronische leverziekten ervaren in meer of mindere mate knelpunten op sociaal-maatschappelijk vlak**

Vergeleken met gezonde leeftijdgenoten verzuimen deze jongeren vaker van school vanwege ziekte, ze gaan minder vaak uit en hebben minder kansen op de arbeidsmarkt. Voor wat betreft het opleidingsniveau, vriendschap, het aangaan en onderhouden van relaties hebben jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening dezelfde kansen en mogelijkheden als hun gezonde leeftijdgenoten. Vooral jongeren met IBD, chronische leveraandoeningen en voedselallergie hebben last van hun ziekte in de zin van fysieke klachten, een beperkte conditie, opnames in ziekenhuis, dagelijks medicatiegebruik en dieetvoorschriften. Los van de diagnose kunnen enkele ziektefactoren, zoals depressieve gevoelens, en beperkte conditie, ziekenhuisopnames, een dieet moeten volgen en afhankelijk zijn van toiletfaciliteiten, opgevat worden als risicofactoren voor activiteiten rond school en vrijetijdbesteding. Bovendien blijken, los van de diagnose, de mate van medicijngebruik en toiletgebruik negatief samen te hangen met arbeidsparticipatie. Jongeren in de leeftijd van 12-14 jaar maken over het algemeen minder gebruik van generieke coping strategieën (omgaan met problemen/stress) in vergelijking met oudere leeftijdsgroepen. Jongeren met verschillende chronische spijsverteringsaandoeningen hanteren generieke copingstrategieën in dezelfde mate als hun gezonde leeftijdgenoten. Coping hangt samen met enkele school- en vrijetijdsactiviteiten: taakgerichte copingstrategieën hangen positief samen met opleidingsniveau, vermijdingsgerichte copingstrategieën hangen positief samen met vriendschap en uitgaan en emotiegerichte copingstrategieën hangen negatief samen vriendschap.

### **2.3 Cliënten tevreden over personeel in verpleging, verzorging en thuiszorg**

Cliënten zijn positief over de bejegening door het personeel, zowel in de thuiszorg, als in de verpleeg- en verzorgingshuizen, en over hun vakbekwaamheid. Over de

*H. Calsbeek. The social position of adolescents and young adults with chronic digestive disorders. [De sociaal-maatschappelijke positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening.] Utrecht.: NIVEL, 2003*

organisatie van de zorg zijn de cliënten minder tevreden. Dit blijkt uit een screening van aanwezige documenten in 11 literatuurbestanden en van websites van relevante organisaties. Er zijn ruim 400 publicaties bestudeerd waarvan er circa 150 relevante data bleken te bevatten. In Nederland wordt veel onderzoek gedaan naar de mening van cliënten over de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen, de verzorgingshuizen en de thuiszorg ('care'). Meer dan globale conclusies trekken is echter niet mogelijk omdat de meeste metingen niet goed vergelijkbaar zijn. Ook zijn de resultaten lang niet altijd openbaar.

Over de bejegening zijn cliënten in het algemeen zeer tevreden. Minpunten betreffen vooral de organisatie van de zorg. In de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen vinden cliënten de informatievoorziening voor verbetering vatbaar. In de gehandicaptenzorg vinden de (ouders van) cliënten dat ze te weinig invloed hebben en dat het zorgplan niet in overleg is vastgesteld.

Verder klagen veel cliënten over een tekort aan zorg: men krijgt minder uren zorg dan men nodig acht, men wordt wegens tijdgebrek niet degelijk gewassen, men krijgt geen hulp bij het eten terwijl men die wel nodig heeft, of men moet lang wachten nadat men gebeld heeft.

In de thuiszorg, maar vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen waren die problemen ten tijde van de onderzoeken aanwijsbaar terug te voeren op personeelsgebrek. Daarmee vallen ze formeel niet onder kwaliteitsbeleid. Maar binnen de grenzen van de beschikbare personele en financiële capaciteit zou desalniettemin gezocht kunnen worden naar mogelijkheden om de informatievoorziening aan cliënten te optimaliseren, de privacy te verbeteren (op de deur kloppen voor men binnengaat, hoeft geen extra geld te kosten) en, waar mogelijk, de dagindeling van de verzorgenden aan te passen aan het ritme van de cliënten in plaats van andersom. Ook vinden veel bewoners dat er onvoldoende gelegenheid is om alleen te zijn. Nog veel mensen bleken tegen hun zin op een meerpersoonskamer te wonen.

In alle AWBZ-voorzieningen waarin mensen wonen (zoals de gehandicaptenzorg en de verpleeghuizen) is de gebrekkige privacy en beperkte autonomie in de dagelijkse routines een probleem. Bewoners kunnen vaak moeilijk hun eigen dagritme bepalen. Opstaan, eten, slapen en naar toilet gaan, zijn activiteiten waarin zij zich moeten aanpassen aan het ritme van de instelling. Voor een deel lijkt dit samen te hangen met bouwtechnische omstandigheden, zoals het ontbreken van eenpersoonskamers. Het onderzoek is verricht in opdracht van het Ministerie van VWS, met als doel de overheid en de care-sector zelf beter in staat te stellen het perspectief van de cliënt mee te wegen in het kwaliteitsbeleid in de zorg. Juist in de care, waar de cliënt langdurig is aangewezen op zorg, dient het cliëntenperspectief op kwaliteit van zorg vol-

*P. Mistiaen, D. Delnoij. 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL, 2003*

gens het ministerie een prominente plaats te hebben, zodat de zorg aansluit bij de behoeften en wensen van de cliënt ten aanzien van de inrichting van het eigen leven. Volgens de onderzoekers zouden de landelijke cijfers openbaar moeten zijn, om monitoring mogelijk te maken. Publicatie van basale, vergelijkbare cijfers op instellingsniveau kan daarnaast nuttig zijn om cliënten te voorzien van informatie zodat zij verschillende instellingen kunnen vergelijken om een gefundeerde keuze te kunnen maken. De thuiszorg is het enige onderdeel van de care-sector waarin landelijk representatieve gegevens beschikbaar zijn. Maar ook in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen zijn van veel instellingen overkoepelende gegevens beschikbaar. En voor alle onderdelen van de care-sector zijn landelijke benchmarkstudies in vergaande staat van voorbereiding. Het is dan ook te verwachten dat er binnen afzienbare tijd voor alle klassieke sectoren van de AWBZ landelijk representatieve data beschikbaar komen.

#### **2.4 Patiënt met meer dan één ziekte noodgedwongen eigen zorgcoördinator**

De gezondheidszorg in Nederland is slecht ingesteld op mensen met meer dan één chronische ziekte tegelijkertijd (comorbiditeit). Doordat de zorg overwegend gericht is op specifieke ziektebeelden, moet de patiënt met comorbiditeit vaak noodgedwongen de eigen zorg coördineren. Lang niet alle patiënten zijn hiertoe in staat. In Nederland hebben ongeveer 500.000 mensen meerdere chronische ziektes. Dit is 30 procent van alle chronisch zieken. Het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) en het NIVEL hebben de gevolgen van comorbiditeit (het hebben van meerdere ziekten tegelijkertijd), voor de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg onderzocht vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Het onderzoek is uitgevoerd op initiatief van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland en zeven gezaghebbende gezondheidsfondsen. Het onderzoek bespreekt de ervaringen van patiënten, de visies van experts en de uitkomsten van wetenschappelijke publicaties. Unaniem wordt gewezen op de enorme ziektelast die het leven met meerdere chronische ziekten met zich meebrengt. De kwaliteit van leven gaat aanzienlijk achteruit als een patiënt te maken heeft met meer dan één ziekte. Men ondervindt ernstige lichamelijke en maatschappelijke problemen. Patiënten zijn hierdoor afhankelijker van anderen en worden in hun dagelijkse bezigheden zoals onderwijs, werken, of uitgaan beperkt. Volwaardige maatschappelijke participatie komt hierdoor in het gedrang. De gezondheidszorg in Nederland sluit slecht aan op de zorgbehoefte van mensen met comorbiditeit. De zorg is vaak door de vergaande specialisatie gericht op één ziekte. Hierdoor wordt de samenwerking tussen specialisten, huisartsen en andere hulpverleners bemoei-

*M.J.W.M. Heijmans, P.M. Rijken, F.G. Schellevis, G.A.M. van den Bos. Meer dan een ziekte: de gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2003*

lijkt. Het gevolg is dat de patiënt vaak zelf de zorg moet coördineren. Voor de meeste patiënten met meerdere aandoeningen is dat veel te complex. Bijvoorbeeld omdat artsen en andere hulpverleners onafhankelijk van elkaar behandelingen of adviezen geven, die voor de patiënt moeilijk te combineren zijn en soms zelfs tegenstrijdig zijn.

Het onderwerp comorbiditeit en dit rapport krijgen speciale aandacht op het ZonMw Openingscongres van de week van de chronische zieken 'Zeggenschap in Wetenschap' dat op 7 november 2003 in het WTC te Rotterdam plaats vond.

#### **2.5 Kennis COPD-patiënten over medicijnen schiet tekort**

Eénderde van alle patiënten met COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) weet te weinig van de door hen gebruikte medicatie. Uit onwetendheid over het gebruik en uit angst voor nadelige effecten nemen deze longpatiënten hun medicijnen lang niet altijd op de juiste wijze in. Hierdoor is het voor hen moeilijk hun aandoening zelf onder controle te houden en hebben ze onnodig veel last bij hun werk en hun sociale leven. De voorlichting over COPD-medicatie moet verbeterd worden. De huisarts kan hier een belangrijke rol in spelen. Meer dan de helft van alle COPD-patiënten is ouder dan 65 jaar. Zij hebben vooral behoefte aan praktische informatie: hoe weet ik wanneer mijn toestand verslechtert, wanneer neem ik mijn medicatie, wanneer moet ik mijn dosering zelf aanpassen en hoe inhaleer ik op de juiste manier. COPD-patiënten willen ook graag dat de huisarts meer aandacht besteedt aan de dagelijkse problemen die het leven met COPD met zich meebrengt. Over het algemeen zijn mensen met COPD overigens tevreden over de zorg die huisartsen en specialisten hen bieden.

In het onderzoek is gekeken in welke mate mensen met COPD een slechtere kwaliteit van leven ervaren dan gemiddelde Nederlanders. De conclusies: zij zijn minder gelukkig en tevreden met het leven als geheel en hebben meer problemen in relaties met partners, kinderen en familie alsook op het gebied van seksualiteit. Veel mensen met COPD ervaren daarnaast problemen op hun werk en bij het aangaan van sociale contacten, bijvoorbeeld als gevolg van kortademigheid of doordat zij niet kunnen verblijven in een ruimte waar gerookt wordt. De arbeidsparticipatie van COPD-patiënten is de helft van die bij de algemene bevolking: éénderde van alle COPD-patiënten in de leeftijd tussen 15 en 64 jaar heeft betaald werk.

Het onderzoek is gebaseerd op een schriftelijke enquête onder alle mensen met astma (361) en COPD (310) die deel uitmaken van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (ruim 2000 chronische patiënten in totaal). Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het Astma Fonds, het Ministerie van VWS, de Inspectie voor

*M.J.W.M. Heijmans, P.M. Rijken. Monitor zorg- en leef-situatie van mensen met astma en mensen met COPD: kern-gegevens 2001/2002. Utrecht: NIVEL, 2003*

de Gezondheidszorg en het Ministerie van SZW. De komende jaren zal vervolgonderzoek worden uitgevoerd. Het Astma Fonds gebruikt het onderzoek ter ondersteuning van haar beleid dat is gericht op het voorkomen van astma, COPD en daarmee verwante ziektebeelden en het minimaliseren van de gevolgen van deze ziekten voor patiënten, hun directe omgeving en de samenleving.

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) is de verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Beide zijn aandoeningen aan de luchtwegen, die het ademen lastig maken. Bij COPD zijn de luchtwegen vernauwd door een ontsteking. Bij een ernstige vorm van COPD zijn de longen beschadigd. COPD is een chronische ziekte en de beschadiging is niet te herstellen. Een goede aanpak kan wel helpen om verdere schade te voorkomen en de klachten te verlichten. Roken is de belangrijkste oorzaak van COPD.

#### **2.6 Thuisbevalling onverminderd populair**

Ruim 34 procent van alle bevallingen in Nederland vindt thuis plaats; dit percentage is in vijftien jaar tijd vrijwel gelijk gebleven. Dit is in tegenstelling met de verwachting eind jaren negentig, dat de thuisbevalling zou verdwijnen. Het NIVEL vergeleek gegevens van twee grootschalige nationale studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS1 en NS2). Uit hetzelfde onderzoek blijkt, dat ruim 10% meer mensen gebruik maken van professionele kraamzorg dan 15 jaar geleden, maar dat zij wel minder uren zorg per dag ontvangen. De eerste nationale studie is in 1987 gehouden onder 161 huisartsen in 103 huisartsenpraktijken en een steekproef (van 13.014 mensen) uit hun ca. 330.000 patiënten. Het vervolgonderzoek uit 2001 omvatte 195 huisartsen in 104 praktijken, en een steekproef van 12.699 patiënten uit hun ca. 400.000 patiënten. Voor onderzoek naar de begeleiding bij, de plaats van de bevalling en het gebruik van kraamzorg is gebruik gemaakt van patiënteninterviews. In beide studies gaat het om ongeveer 300 mensen die in het jaar voorafgaand aan het interview, vader of moeder zijn geworden. Slechts 5 procent van de mensen die de enquête hebben ingevuld geven aan dat de huisarts de bevalling begeleid heeft. Dit percentage is een halvering ten opzichte van 15 jaar geleden. Het aandeel klinische bevallingen is in de afgelopen jaren met 4 procent afgenomen. Het percentage poliklinische bevallingen is daarentegen met 5 procent toegenomen. Wat betreft de kraamzorg: de afgelopen vijftien jaar vond er een toename van meer dan 10 procent plaats in het aantal cliënten dat gebruik maakt van professionele kraamzorg in de dagen na de bevalling. Er is echter een afname in het aantal vrouwen dat acht uur zorg per dag ontvangt.

Door veranderde leefomstandigheden is er aan langere zorg vaak minder behoefte.

*T.A. Wieggers, D. Coffie. Monitor verloskundige zorgverlening: rapportage tweede meting, najaar 2002. Utrecht: NIVEL, 2003 en T.A. Wieggers. Monitor verloskundige zorgverlening. Samenvatting tweede meting, najaar 2002. Utrecht: NIVEL, 2003*

Tevens bepalen beleid van zorgverzekeraars, de beschikbare kraamzorg en de inzetbaarheid van personeel deze afname.

#### **2.7 Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: meetinstrumentontwikkeling**

In deze pilotstudie is een bestaande vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van thuiszorg vanuit de gebruikers aangepast en bij twee thuiszorgorganisaties uitgetest. De uitkomsten zijn vooral van belang geweest voor de aansluitend uitgevoerde Benchmarkstudie Thuiszorginstellingen 2000.

Met de pilotstudie is aangetoond dat, door aanpassingen in de inhoud en vorm van de oorspronkelijke vragenlijst en een aangepaste wijze van dataverzameling, kwaliteit van thuiszorg op een betere manier kan worden gemeten dan in de eerste benchmarkstudie het geval was. Gebruik op het niveau van individuele instellingen kan een resultaat opleveren dat bruikbaar is in projecten gericht op verdere kwaliteitsverbetering. Het onderzoek is verricht in opdracht van de Stichting Cliënt en Kwaliteit.

#### **2.8 Patiënten beoordelen kwaliteit van ergotherapie**

Samen met de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) is een specifieke vragenlijst ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen die ergotherapie in de thuissituatie hebben gehad. Deze onderzoeksmethode kunnen ergotherapeuten gebruiken om na te gaan of hun patiënten tevreden zijn over de zorg die ze hebben gekregen en om de kwaliteit van hun professionele handelen te bewijzen, verbeteren en behouden. In deze zogeheten QUOTE-vragenlijst (= Quality Of care Through the patient's Eyes) wordt patiënten eerst gevraagd welke verwachtingen zij hebben of hadden van hun ergotherapiebehandeling. Vervolgens worden de concrete ervaringen getoetst, zodat duidelijk wordt of ergotherapeuten goed scoren op de punten die hun patiënten belangrijk vinden. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst zijn patiënten vanaf het begin betrokken, dat wil zeggen vanaf het formuleren van de kwaliteitscriteria. De afgeronde vragenlijst is verstuurd naar 508 cliënten van ergotherapeuten. De respons was 62%, een aantal oudere patiënten was lichamelijk en/of geestelijk niet meer in staat de vragenlijst in te vullen. In het algemeen blijken patiënten zeer tevreden te zijn over hun ergotherapeut. Zij zijn met name te spreken over de manier waarop ergotherapeuten hun cliënten benaderen. Cliënten vinden bijvoorbeeld dat de ergotherapeut veel respect voor hen toont en dat zij hun verhaal kwijt kunnen.

*G. van der Veer, H.J. Sixma, A. Kerkstra. Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2003*

*B.M. Janssen, H.J. Sixma. Quote - EEE, kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruikers van enkelvoudige extra-murale ergotherapeutische zorg. Utrecht: NIVEL, 2003*

*A.N. Baanders, H. Calsbeek,  
P. Spreeuwenberg,  
P.M. Rijken. Patiëntenpanel  
Chronisch Zieken: kerngege-  
vens 2001/2002. Utrecht:  
NIVEL, 2003*

### **2.9 Chronisch zieke mist specifieke deskundigheid bij de huisarts**

Chronisch zieken zijn goed te spreken over de kwaliteit van de zorgverlening door de huisarts en de medisch specialist. Toch zijn er nog punten waarop die zorg verbeterd kan worden. Zo vindt ruim 50% van de ondervraagden dat de huisarts onvoldoende weet over de eigen aandoening. Ook zijn er vaak (huisarts: 65%, specialist: 50%) geen afspraken gemaakt over wat te doen in geval van nood. Dit blijkt uit onderzoek onder ca. 2200 mensen met een chronische aandoening. Ruim 55% vindt dat de specialist geen duidelijke informatie verstrekt over de organisatie van de polikliniek. Deze cijfers zijn afkomstig uit de jaarlijkse rapportage van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), een groep van ca. 2200 zelfstandig wonende personen van 16 jaar of ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische lichamelijke aandoening. Dit rapport bevat cijfers over de ervaringen met en het oordeel over de zorg van mensen met een chronische aandoening, maar ook over hun kwaliteit van leven, en hun financiële en maatschappelijke situatie. Chronisch zieken hebben een maatschappelijke achterstandpositie. Hun financiële positie steekt ongunstig af bij die van de algemene bevolking, deels als gevolg van hoge ziektegerelateerde uitgaven. Bovendien is hun arbeidsdeelname twee keer zo laag. Een groot deel van de chronisch zieken is daardoor aangewezen op een uitkering. Trends, ontwikkelingen en knelpunten worden beschreven, zodat de invloed van beleidsmaatregelen zichtbaar wordt. Het onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

### **2.10 Kankerpatiënten vragen second-opinion**

Het verzoek om een second opinion is vaak moeilijk voor kankerpatiënten. Ook voor zorgverleners kost het extra tijd en vergt het veel van de relatie tussen een patient en zijn specialist. Wetenschappers verkregen die gegevens door 212 patiënten vragenlijsten in te laten vullen. Van de kankerpatiënten van het Erasmus MC in Rotterdam, die om een second opinion vroegen, is 82 procent vrouw, 51 procent laagopgeleid en 62 zoekt naar meer zekerheid. De gemiddelde leeftijd bleek 53 jaar. Opmerkelijk was dat van de vrouwelijke patiënten die om een second opinion vragen 76 procent borstkanker heeft. Het hoge aantal gevallen van borstkanker waarbij een tweede mening wordt gevraagd, ontstaat volgens de onderzoekers deels door de media-aandacht die er voor deze aandoening is. Uit het onderzoek bleek dat vooral angstige patiënten zonder metastasen, maar met zin om een actievere rol te spelen bij de besluitvorming sneller geneigd zijn een tweede mening te vragen. Meer dan tweederde van de kankerpatiënten hoopte dat de

second opinion gunstiger zou uitvallen dan de eerste diagnose. Voor aanvang van het onderzoek werd verwacht dat juist jonge hoogopgeleide patiënten eerder om een tweede mening vragen, dat is dus niet het geval.

*W.A.M. Mellink, A.M. van  
Dulmen, Th. Wiggers,  
P.M.M. Spreeuwenberg,  
A.M.M. Eggermont,  
J.M. Bensing.  
Cancer patients seeking a  
second surgical opinion:  
results of a study on motives,  
needs and expectations.  
Journal of Clinical Oncology.  
2003, vol 2, 8, p. 1492-1497*

Drie grote gegevensverzamelingen van het NIVEL leveren gegevens direct uit de praktijk.

### 1. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg

LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit de voorkomende gezondheidsproblemen, het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. Verder zijn er regelmatig periodieke gegevensverzamelingen rondom specifieke onderwerpen zoals de griepvaccinatie.

De gegevens uit LINH worden onder meer gebruikt door het Ministerie van VWS, ten behoeve van de Zorgnota en diverse brancherapporten, voor de jaarlijkse evaluatie van de griepvaccinatiecampagne in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen, ten behoeve van onderzoek naar het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen, ten behoeve van onderzoek naar de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen en onderzoek naar het zorggebruik bij bepaalde aandoeningen.

LINH wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. Het NIVEL werkt binnen LINH samen met de LHV, NHG en WOK. Zie ook [www.nivel.nl/linh](http://www.nivel.nl/linh)

### 2. Landelijk informatievoorziening paramedische zorg (LiPZ)

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar en praktijken voor oefentherapie-Mensendieck. Het doel van het LiPZ-project is een representatieve, continue informatieverzameling van zorggerelateerde gegevens over de beroepsgroepen extramurale fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensen-dieck. In het LiPZ-netwerk worden gegevens verzameld omtrent vijf elementen van het zorgproces, te weten patiënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie. Zie ook [www.nivel.nl/Lipz](http://www.nivel.nl/Lipz)



### 3. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS2)

In de Nationale studie wordt op gedetailleerde schaal gekeken naar de huisartsgeneeskundige zorg op het niveau van de individuele, zorgvuldig geanonimiseerde patiënt. Hiervoor zijn enquêtes afgenomen in 104 huisartspraktijken in samenwerking met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Aan de NS2-enquêtes werkten 195 huisartsen, 246 doktersassistenten en 12.500 patiënten mee. Van bijna 400.000 patiënten zijn de geanonimiseerde geautomatiseerde medische dossiers geanalyseerd. Ook zijn 2784 spreekuurconsulten van 142 huisartsen op video opgenomen en geanalyseerd. De resultaten betreffen onder andere: het vóórkomen van ziekten in de bevolking, het zorggebruik op het niveau van de patiënt, het voorschrijven van geneesmiddelen (gekoppeld aan de diagnose), de invloed van sociaal demografische kenmerken op ziekte en zorggebruik, de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit professioneel én vanuit patiëntenperspectief, de communicatie tussen huisarts en patiënt, de organisatie van de huisartsenzorg en de werkbelasting van huisartsen. Zie ook: [www.nivel.nl/nationalestudie](http://www.nivel.nl/nationalestudie)

### 4. Databank Communicatie in de Zorg.

De Databank Communicatie in de Zorg bestaat sinds 1975. Deze databank bevat 15.000 op video opgenomen consulten van huisartsen, medisch specialisten (gynaecologen, internisten, hartchirurgen, kinderartsen), verpleegkundigen (wijkverpleegkundigen, oncologisch verpleegkundigen, verpleeghuisverpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen) en genetisch consulenten. Deze databank maakt het mogelijk om in de spreekkamer te kijken naar informatievoorziening, voorlichting en bejegening. Dit kan alleen betrouwbaar met videoregistratie. Deze betrouwbare informatie is onmisbaar voor een goede sturing van de zorg. Gegevens uit de databank communicatie zijn ook van belang bij de evaluatie van de WGBO. De Databank verschaft ook betrouwbare trendgegevens over de ontwikkeling van de consultduur. De databank bevat ook internationale video-opnames van consulten, verzameld in de met Europese gelden uitgevoerde EUROCOM-studies. De Databank Communicatie heeft een tweede internationale dimensie in EACH (European Association for Communication in Healthcare). Dit is een vanuit het NIVEL opgericht Europees netwerk van onderzoekers, trainers en artsen.

### 3.1 Huisarts verwijst patiënt met psychosociale problemen relatief vaak naar tweedelijns GGZ

Huisartsen die meedoen aan een project waarin zij behandelingsadvies kunnen vragen aan een psychiater of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), doen dat gemiddeld voor drie tot twaalf patiënten per jaar. Zo'n patiënt waar men niet goed raad mee weet heeft vaak een stemmings- of angstprobleem of psychosociale problemen. Ook schizofrenie, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen worden relatief vaak ter consultatie aangeboden, hoewel ze maar relatief weinig voorkomen. Over onverklaarbare pijn, vage rugklachten of verslavingsproblematiek wordt juist relatief weinig advies gevraagd aan de tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Bijna 30% van de consultaties bij angst- en stemmingsstoornissen en bijna 20% van de consultaties bij psychosociale problemen leidt tot een verwijzing naar de specialistische GGZ. Met name die laatste groep (voor de overgrote meerderheid relatieproblemen) zou grotendeels binnen de eerstelijnszorg behandeld moeten kunnen worden.

Het NIVEL analyseerde ruim 30.000 aanvragen voor consultatief advies aan de tweedelijns GGZ (met name aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters) door huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijns-psychologen. Deze aanvragen werden geregistreerd door 96 van de 123 projecten. De laatste anderhalf jaar worden er maandelijks tussen de 1.000 en 1.500 consultaties geregistreerd. Dit blijft nog een onderschatting van wat er werkelijk plaatsvindt. De projecten maken gebruik van de regeling consultatiegelden, die de afgelopen jaren met subsidie van het ministerie van VWS is opgezet. Het doel van deze projecten is de poortwachtersfunctie van de huisartsen te versterken en groei van de wachtlijsten bij de GGZ te voorkomen. Het NIVEL en het Trimbos-instituut, verenigd in het Steunpunt tussen de Lijnen, hebben in opdracht van het ministerie van VWS deze projecten gemonitord.

### 3.2 Huisarts snijdt vaker moedervlekken weg dan in 1987

Huisartsen snijden tegenwoordig tweemaal zoveel moedervlekken en goedaardige huidtumoren weg als in 1987. In totaal verrichten ze nog steeds evenveel kleine operaties als in 1987: ruim 40 per 1000 patiënten per jaar. Ze behandelen nu minder scheur- en snijwonden.

Dat blijkt uit onderzoek van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH is een samenwerkingsverband van het NIVEL, het Centre for Quality of Care Research (WOK), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

*P.F.M. Verhaak, E.M. Zantinge,  
M.E. de Boer, I. Voordouw,  
J.F. van den Berg.  
GGZ consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2000-2002). Utrecht: NIVEL, Trimbos-instituut, 2003*

*R. Marquet LINH-cijfers: kleine chirurgische verrichtingen in de huisartspraktijk in 1987 en 2001: meer aandacht voor "kleine" huidtumoren. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 12, p. 661.*

Het lijkt aannemelijk dat de intensieve kankervoorlichting van de afgelopen tien jaar de verschuiving in de ingrepen voor gezwellletjes en moedervlekken heeft veroorzaakt. Voorlichting over vroeger herkenning van huidtumoren heeft waarschijnlijk geresulteerd in een grotere alertheid van patiënten om met hun bultjes en moedervlekken naar de (eveneens meer alerte huisarts) te gaan en deze tot chirurgische actie te bewegen. Ook speelt mogelijk een rol dat mensen steeds minder tolerant zijn ten aanzien van zichtbare afwijkingen op of in de huid.

### **3.3 De meeste mensen met sociale of psychische problemen die zich bij hun huisarts aanmelden horen daar ook thuis**

Ze vormen echter wel een relatief zware belasting, doordat ze anderhalf keer zo vaak komen als patiënten met alleen lichamelijke aandoeningen; bovendien duren hun consulten bijna tweemaal zo lang, brengen ze gemiddeld iets meer problemen per consult naar voren. Van alle problemen waarmee mensen naar de huisarts gaan is 8% van psychische en sociale aard. Van de patiënten met zulke problemen krijgt 54% een recept voor een antidepressivum, een slaapmiddel of een kalmeringsmiddel.

Dit blijkt uit een voormeting naar de hulpverlening op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in de huisartspraktijk, waarbij gebruik is gemaakt van gegevens uit de 2e Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2).

Uit de voormeting blijkt ook dat huisartsen in hun voorschrijf- en doorverwijsgedrag weinig onderscheid maken tussen mensen met lichte en met zware psychische klachten. Wie depressief is krijgt van de huisarts bijna altijd (83%) medicijnen, ook al adviseren de richtlijnen om daar terughoudend mee te zijn. Wie slechts een 'down of depressief gevoel' heeft krijgt meestal ook (65%) een recept. Beide groepen worden relatief weinig (ca. 6%) doorverwezen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld het RIAGG, de eerstelijnspsycholoog of het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Ook mensen die overspannen zijn of tijdelijke stressklachten hebben worden weinig doorverwezen.

De voormeting maakt deel uit van de evaluatie van een onderzoeksprogramma naar de effecten van de versterking van de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL, het Trimbos-instituut en het SGBO (Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten) in opdracht van het Ministerie van VWS en de stuurgroep "Tussen de Lijnen".

De eerstelijnszorg (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog)

gen) heeft eind jaren '90 een belangrijke taak toebedeeld gekregen bij de opvang van mensen met psychische problemen. De huisarts moet ervoor zorgen dat zij op de juiste plaats, liefst binnen de eerstelijns, worden behandeld. Dat mag echter niet de werkbelasting van de huisarts verhogen. Daarom zijn er in opdracht van het ministerie van VWS allerlei versterkende maatregelen op touw gezet.

Een deel van die maatregelen betreft kwaliteitsbevorderende projecten ten behoeve van verbetering van de psychische hulpverlening in de huisartspraktijk. Andere initiatieven beogen de capaciteitstoename van het AMW en van de eerstelijnspsychologen, verbetering van de beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau, het bevorderen van de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen de eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ, en de Consultatieregeling voor ondersteuning van de eerstelijns door de tweedelijns-GGZ waar thans 120 projecten gebruik van maken (zie het NIVEL-rapport GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2002)). De effecten van deze en andere maatregelen op de versterking van de eerstelijns GGZ worden de komende jaren onderzocht. De eindresultaten worden in 2004 verwacht. Dan zal blijken of de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijns GGZ is toegenomen onder invloed van de stimuleringsmaatregelen van VWS.

### **3.4 Toegestane aantal ergotherapeutische behandelingen niet altijd toereikend**

Het maximum van tien uur ergotherapie thuis per jaar dat door de zorgverzekeraar wordt vergoed, is voor tien procent van de patiënten niet voldoende. Het gaat met name om kinderen met ontwikkelingsstoornissen, CVA-patiënten en patiënten met meerdere aandoeningen of ziekten tegelijk. De beste oplossing hiervoor is volgens onderzoekers van het NIVEL dat ergotherapeuten zelf beslissen hoe lang ze behandelen en wat ze precies doen. Dit zal niet tot grote kostenstijgingen leiden, want negentig procent van alle extramurale ergotherapie behandelingen duurt tien uur of korter.

Extramurale ergotherapie (ergotherapeutische behandeling in de thuissituatie) zit sinds 1 januari 2001 in het ziekenfondspakket. Zoals verwacht heeft dit geleid tot een toename van zowel het aantal ergotherapie behandelingen bij de patiënt als van het aantal vrijgevestigde ergotherapeuten. Voor de zorgverzekeraars gaat het financieel gezien echter nog steeds om een relatief geringe verstrekking. Het overgrote deel van alle ergotherapeuten die patiënten thuis behandelen, werkt vanuit een instelling zoals een verpleeghuis. Slechts één derde van alle ergotherapeuten in Nederland levert extramurale zorg. De verwachting is dat dit percentage verder zal toenemen als gevolg van enerzijds de vergrijzing en anderzijds het streven van de overheid en zorginstanties om patiënten zo lang mogelijk thuis te behandelen of eerder te ontslaan uit het ziekenhuis.

*S.A. Meijer, E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, M. Scholten, J. Pols, M.W. Valenkamp, N. Kornalijslijper, K.A.P.W. Smeets. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het eerstelijns GGZ te evalueren: Tweede interim rapportage, maart 2003. Utrecht, Den Haag: NIVEL, Trimbos-instituut, SGBO, 2003*

*H. Hofhuis, M. de Boer,  
M. Plas, E. van den Ende.  
Enkelvoudige Extramuraal  
Ergotherapie: stand van zaken  
in 2002. Utrecht: NIVEL, 2003*

*L. van Dijk, S. Florentinus,  
K. Velthove, A. de Jong, R.  
Heerdink, M. Kallewaard. Het  
voorschrijven van nieuwe  
geneesmiddelen in de huisarts-  
praktijk: voorschrijfvolume en  
off-label voorschrijven.  
Utrecht: NIVEL, 2003*

Er zijn op dit moment voldoende ergotherapeuten om aan de vraag naar ergotherapie thuis te voldoen. Op sommige plaatsen zijn wel wachtlijsten, soms zelfs tot meer dan zeven weken. De oorzaak hiervan is echter geen tekort aan ergotherapeuten, maar een wisselende toestroom van cliënten. Zeker als de extramuraal ergotherapie verstrekt wordt vanuit een instelling (zoals een verpleeghuis), kan dit vaak opgevangen worden door tijdelijk meer ergotherapeuten extramuraal te laten werken. Ergotherapeuten leren hun patiënten om opnieuw of op een aangepaste manier alledaagse handelingen te verrichten, zodat ze die ondanks hun beperkingen thuis of op het werk weer kunnen uitvoeren, of er minder snel op achteruit zullen gaan. Daarnaast adviseert een ergotherapeut de patiënt, de mantelzorgers en de betrokken hulpverleners over aanschaf en gebruik van hulpmiddelen, aanpassing van de omgeving en over de zorg en begeleiding die nodig zijn. Aan het onderzoek hebben 117 ergotherapeuten meegewerkt. Zij leverden 1752 registratieformulieren van lopende en afgeronde behandelingen. Daarnaast zijn tien zorgverzekeraars geïnterviewd. Ook is gebruik gemaakt van de Registratie van ergotherapeuten, peiling 2002.

### **3.5 Farmaceutische industrie heeft geen invloed op off-label voorschrijven**

Huisartsen die vaker informatie gebruiken van de farmaceutische industrie, bijvoorbeeld door artsenbezoekers te ontvangen, schrijven vaker nieuwe geneesmiddelen voor. Ze schrijven die echter niet vaker voor tegen klachten of aandoeningen waarvoor deze middelen niet geregistreerd zijn (het zogenaamde off-label voorschrijven). Dit blijkt uit onderzoek van het NIVEL naar het off-label voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in samenwerking met het RIVM en de Universiteit Utrecht in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Het onderzoek bracht het off-label voorschrijven van enkele belangrijke nieuwe geneesmiddelen in kaart. Een huisarts die het ene middel vaak off-label voorschrijft, blijkt dit niet automatisch ook bij het andere middel te doen. En de mate van off-label voorschrijven tussen geneesmiddelen groepen blijkt te verschillen. Huisartsen schrijven bijvoorbeeld maagmiddelen (48 tot 67%) vaker off-label voor dan bloed-drukverlagende middelen (18 tot 25%). De meeste off-label voorschriften zijn voor klachten en aandoeningen die lijken op de geregistreerde aandoening of die gerelateerd zijn aan de geregistreerde aandoening. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van een groot project dat het RIVM uitvoert in opdracht van de IGZ. Dit project brengt de risico's in de gezondheidszorg in kaart (het 'risicomodel') met als doel het bepalen van prioriteiten voor de IGZ.

### **3.6 Huisarts en bedrijfsarts: nog weinig samenwerking**

Huisartsen en bedrijfsartsen werken nauwelijks samen. Gemiddeld hebben de huisartsen zo'n twee keer per maand contact met een bedrijfsarts. Het initiatief gaat daarbij in meer dan 80% van de gevallen uit van de bedrijfsarts. Deze contacten zijn meestal bedoeld om informatie uit te wisselen of te overleggen over de behandeling of de begeleiding van de patiënt. Tweederde van de huisartsen beoordeelt de contacten met bedrijfsartsen over patiënten als redelijk of goed.

Dit blijkt uit onderzoek van het NIVEL en het EMGO Instituut naar arbocuratieve samenwerking in opdracht van ZonMw en de ministeries van VWS en SZW. Doel was te onderzoeken hoe huisartsen staan tegenover de samenwerking met bedrijfsartsen. Voor het onderzoek is onder 195 representatieve huisartsen een enquête afgenomen (respons 97%) en zijn de video-opnamen van 1350 spreekuurcontacten systematisch geobserveerd. Voor de gegevensverzameling werd aangesloten bij de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsen blijken veel praktische knelpunten te ervaren in de samenwerking met bedrijfsartsen. Het gaat hierbij met name om de moeilijke (telefonische) bereikbaarheid. Bovendien is voor de huisarts vaak onduidelijk wie de bedrijfsarts van de patiënt is. Het vertrouwen van huisartsen in het werk van bedrijfsartsen is overheersend neutraal. Driekwart van alle huisartsen acht zichzelf meer verantwoordelijk dan de bedrijfsarts voor verwijzingen van patiënten met een arbeidsgerelateerde aandoening naar de medisch specialist. Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen het mogelijke verband tussen de klachten van de patiënt en diens werksituatie serieus nemen. Ze weten van driekwart van hun patiënten welk werk zij doen en in ruim de helft van de spreekuurcontacten met patiënten tussen de 18 en 65 jaar komt het werk op enigerlei wijze ter sprake.

### **3.7 Een asielzoeker kost een huisarts per jaar niet meer tijd dan een reguliere ziekenfonds patiënt**

Asielzoekers belasten de huisarts in werktijd ongeveer even zwaar als reguliere patiënten. De subjectieve belasting ligt bij asielzoekers wel hoger vooral door psychische problemen en communicatiebarrières. Dit blijkt uit onderzoek naar de werklust van de huisarts bij de zorg voor asielzoekers, in opdracht van Zorgverzekeraar VGZ en de landelijke huisartsen vereniging LHV.

De aanleiding voor het onderzoek is een convenant dat sinds 1997 van kracht is. Binnen deze overeenkomst tussen de LHV en de Zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt over de omstandigheden waaronder huisartsen zorg verlenen aan asielzoekers. Een huisarts krijgt volgens dit convenant 2,5 maal het abonnementstarief van

*J.C.M. van der Burg, A. van  
der Beek, F.G. Schellevis.  
Arbocuratieve samenwerking  
anno 2001: het perspectief van  
de huisarts. Utrecht: NIVEL,  
2003*

een ziekenfondsverzekerde voor een asielzoeker. Op het moment van het sluiten van het convenant tussen LHV en de voorganger van Zorgverzekeraar VGZ was er echter nog geen informatie over de werkelijke werklust. Voor het onderzoek werden twee tot vijf weken lang de contacten van huisartsen en praktijkverpleegkundigen met asielzoekers geregistreerd. Dit gebeurde in zo'n 30 AZC's en opvangcentra in Nederland. Deze gegevens werden vergeleken met gegevens over Nederlandse en allochtone patiënten uit de Tweede Nationale Studie (NS2), een omvangrijk onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.

Een Nederlandse ziekenfondspatiënt kost de huisarts 44 minuten per patiënt per jaar. Een asielzoeker in het AZC kost de huisarts iets minder tijd: ongeveer 43 minuten per jaar. De zorgvraag per patiënt per jaar is het hoogst in de opvangcentra (OC's), waar asielzoekers terechtkomen die voorlopig in Nederland mogen blijven. Daar is de werklust van huisartsen met ongeveer 82 minuten per asielzoeker per jaar dubbel zo groot als in asielzoekerscentra (AZC's). Ook het aantal contacten is vergeleken. Een asielzoeker in het AZC ziet zijn huisarts minder vaak dan Nederlandse patiënten hun huisarts zien. De duur per contact is voor een asielzoeker echter wel langer dan het contact met een autochtone patiënt.

De bijna twee keer hogere werklust in opvangcentra wordt voor een deel veroorzaakt doordat asielzoekers die net Nederland binnen zijn gekomen meer psychische en communicatieproblemen hebben. Het percentage contacten waarbij een tolk nodig is ligt in de OC's ongeveer 20 tot 30 procent hoger dan in de AZC's. Door de problemen met de communicatie heeft een arts in de beperkte tijd van het spreekuur vaak niet genoeg tijd om op de hulpvraag in te gaan. Ook dragen extra scholing, emotionele belasting en werkoverleg met de praktijkverpleegkundigen bij aan de werklust van de huisarts.

Door de nieuwe instroombeperkende vreemdelingenwet, die na het voltooiën van dit onderzoek van kracht is geworden, neemt het aantal asielzoekers in Nederland af.

De werklust zou, volgens de onderzoekers, per patiënt echter kunnen toenemen. Relatief meer asielzoekers die nu nog toegelaten worden vereisen meer zorg. Het NIVEL zal de werklust van de huisartsen blijven meten om te kijken of deze toe of juist af neemt.

### 3.8 Steeds meer technologie in de thuiszorg

Tilliften en steunkousaantrekkers (een plastic hoesje waardoor de steunkous makkelijker over het been glijdt) kunnen het werk in de thuiszorg lichter maken. Dankzij de tillift is de komst van een extra verpleegkundige zelfs regelmatig overbodig, volgens dertig procent van de ondervraagde thuiszorginstellingen. Het toedienen van

*M. van Oort, W. Devillé, D. de Bakker. Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers. Utrecht: NIVEL, 2003*

antibiotica via een infuus thuis gebeurt nog niet op grote schaal. Door de toenemende vraag naar thuiszorg krijgt het gebruik van technologische hulpmiddelen thuis de laatste jaren meer aandacht. Deze hulpmiddelen kunnen de zelfstandigheid van de cliënt vergroten en het werk van verzorgende of verpleegkundige een stuk makkelijker maken. Het ZonMw-programma Thuiszorgtechnologie wil de thuiszorg verbeteren door het gebruik van technologieën thuis te stimuleren. In 1998 heeft ZonMw drie technologieën aangewezen om op grote schaal in de thuiszorg in te voeren: tilliften (uitgevoerd door Locomotion), steunkousaantrekkers (door Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap (iRv) en de toediening van antibiotica via een infuus (door TNO-Preventie en Gezondheid en het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing (KITZ)).

In opdracht van ZonMw is onderzocht of door de implementatie activiteiten van Locomotion, iRv en TNO-PG en KITZ inderdaad meer gebruik wordt gemaakt in de thuiszorg van tilliften, steunkousaantrekkers en het toedienen van antibiotica via een infuus. Daarnaast is gekeken of de thuiszorginstellingen meer beleid ontwikkeld hebben op die drie gebieden.

Het onderzoek is in drie fasen verdeeld: een voormeting in 1999, een tussenmeting in 2000 en een nameting in 2002. Het NIVEL heeft vragen gesteld aan beleidsmedewerkers van thuiszorginstellingen, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en aan deelnemers van het Patiënten Panel Chronisch Zieken.

#### *Tillift*

De tillift is meer in trek dan in 1999. De thuiszorginstellingen hebben duidelijk meer beleid ontwikkeld voor het gebruik van tilliften. Ook zijn er meer tilliften aangeschaft. De beleidsmedewerkers van deze instellingen ondervinden minder problemen met de organisatie, richtlijnen en materialen die bij de tillift horen en zij denken dat de tilliften in de praktijk vaker gebruikt worden. De scholing van gebruikers is verbeterd en dertig procent van de thuiszorginstellingen zegt zelfs dat de tillift regelmatig de komst van een extra verpleegkundige overbodig maakt (in 1999 was dat nog maar vijftien procent). Er zijn nog wel problemen: sommige gebruikers zijn niet deskundig genoeg om een tillift te gebruiken, de richtlijnen voor een veilig gebruik moeten beter ontwikkeld worden, veel cliënten hebben thuis weinig ruimte en zij voelen zich soms onprettig of onveilig in een tillift.

#### *Steunkousaantrekkers*

Het beleid over en het gebruik van steunkousaantrekkers door verpleegkundigen en verzorgenden is duidelijk toegenomen de afgelopen 2 jaar. Vrijwel alle ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden zien voordelen in het gebruik van de steunkousaantrekker: het is minder pijnlijk voor de cliënten, het gaat makkelijker en het

*Leemrijse, C.H.M. van den Ende. Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2003*

kost minder kracht. De scholing in het gebruik van de steunkousaantrekker is verbeterd.

Ook een groep van 147 steunkousdragers (leden van het patiëntenpanel chronisch zieken) is geënuquêteerd. Zij gebruiken dit hulpmiddel niet vaker of meer dan vroeger. De helft van hen vindt het aantrekken van steunkousen zwaar, te zwaar of onmogelijk zonder een steunkousaantrekker. Toch gebruikt tweederde van deze steunkousdragers geen steunkousaantrekker. De meesten zeggen dat zij het niet nodig vinden (36%) en sommigen hebben nooit van een steunkousaantrekker gehoord (25%). Driekwart van de cliënten die wel steunkousaantrekker gebruiken, is er zeer tevreden over: het is fysiek minder zwaar, het schuurt minder over het been en is minder pijnlijk. Het grootste probleem volgens de thuiszorginstellingen blijft de financiering: bij de helft van de instellingen moeten de cliënten de steunkousaantrekker zelf betalen. De gebruikers zelf vinden dat overigens geen reden om dit hulpmiddel niet te gebruiken.

#### *Toediening van antibiotica via een infuus thuis*

Het beleid en het gebruik van de toediening van antibiotica via een infuus thuis zijn niet toegenomen. Thuiszorginstellingen noemen als problemen: de hoge kosten, de verschillende materialen waardoor scholing lastig is en de complexe behandeling. De groep mensen die in aanmerking komt voor toediening van antibiotica via een infuus thuis is maar klein. Daardoor is het moeilijk om de deskundigheid op peil te houden. Ook de overdracht en de samenwerking met de mantelzorg levert problemen op. Bovendien zijn er problemen met de levering van de medicatie en materialen.

#### **3.9 Herhaalreceptuur verdient meer aandacht**

Ongeveer de helft van de recepten die in de huisartspraktijk worden uitgeschreven zijn herhaalrecepten. Ongeveer 40 procent van de huisartsen laat de assistente de herhaalrecepten verstrekken, terwijl bijvoorbeeld de NHG-standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen dat expliciet afraadt.

Dit blijkt uit een schriftelijke enquête onder 188 huisartsen. Het onderzoek vormt een onderdeel van de tweede nationale studie.

Huisartsen maken vooral mondelinge afspraken met praktijkassistentes over het afhandelen van herhaalreceptuur. Slechts een minderheid legt de afspraken daadwerkelijk schriftelijk vast. Vrijwel alle huisartsen laten herhaalrecepten controleren op technische aspecten, zoals de naam van het geneesmiddel, dosering en hoeveelheid, en minder op de noodzaak om het geneesmiddel nogmaals te verstrekken. Goede afspraken binnen de huisartspraktijk zijn daarom belangrijk. Hier is nog eni-

ge verbetering mogelijk. Bijvoorbeeld in een HIS (huisartsinformatiesysteem) aangegeven dat een recept een herhaalrecept is. De rol van de apotheker is hierbij ook groot. De apotheker kan namelijk zien of er gevaarlijke interacties kunnen ontstaan bij meerdere recepten.

#### **3.10 Voorlichting hartpatiënt kan beter**

Hartpatiënten krijgen tijdens een opname te maken met veel verschillende zorgverleners. Er is weinig bekend over de afstemming tussen specialisten, gezondheidsvoorlichters en verpleegkundigen. Aan de hand van onderzoek met video-opnames blijkt dat er veel overlap is tussen wat verpleegkundigen en specialisten los van elkaar vertellen aan de patiënt. Er werden 51 hartpatiënten geanalyseerd die naar het ziekenhuis kwamen voor een hartoperatie.

Tweederde van de patiënten moest, op de dag van opname, meer dan eens informatie geven over medicijnen, allergie, roken en andere gezondheidsproblemen. De dubbel gestelde vragen, zijn vaak belangrijk voor de veiligheid van de verleende zorg. Het zou volgens de onderzoekers beter zijn wanneer verpleegkundigen niet vragen naar de problemen van een patiënt, maar de beschikbare medische dossiers controleren op fouten en ontbrekende informatie. Dat scheelt namelijk tijd en is minder vermoeiend voor de hartpatiënt.

De onderzoekers gaven bovendien aan dat er hiaten worden gevonden wanneer het gaat om psychologische informatie en emotionele steun, twee belangrijke factoren voor een effectieve voorlichting van de patiënt. De resultaten kunnen een basis vormen voor een richtlijn voor betere en efficiëntere voorlichting aan hartpatiënten.

#### **3.11 Meer dan de helft van de huisartsen die over een Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) beschikken, gebruikt dat dagelijks**

Eenderde van hen maakt zelfs meer dan tien keer per dag gebruik van de mogelijkheid om via het EVS tijdens het consult een medicatie-advies volgens de NHG-standaard op te roepen. Slechts 13% van de huisartsen gebruikt het EVS nooit. De financiële besparing die de invoering van het EVS met zich mee had moeten brengen, is echter fors lager dan verwacht. Op basis van een kleinschalig experiment door zorgverzekeraar het Groene Land verwachtten de LHV, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) enige jaren geleden dat landelijke invoering van het EVS zou leiden tot een besparing van 300 miljoen gulden (136 miljoen euro). De huisartsen die inmiddels werken met het Elektronisch Voorschrijf Systeem schrijven inderdaad minder en goedkopere medicijnen voor. De besparing die daarmee in 2002 gerealiseerd wordt, bedraagt echter maximaal 15,6 en mogelijk slechts

*L. van Dijk, E. Dijkers, F. Schellevis. Gecontroleerd voorschrijven. Monitoring herhaalreceptuur verdient meer aandacht. Medisch Contact; 2003, 58 nr. 35, p. 1306-1314*

*J. van Weert, S. van Dulmen, P. Bär, E. Venus. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. Patient Education and Counseling; 2003, 49 p. 105-114*

7,2 miljoen euro. Een deel van de huisartsen gebruikt het EVS standaard bij elk consult, anderen zien het als een geheugensteuntje of als een mogelijkheid voor een second opinion. Het EVS was in de onderzoeksperiode geïntegreerd in de Huisarts Informatie Systemen (HIS-en) van 70% van alle huisartsen. In september 2002 was dit overigens gestegen tot 95% van alle huisartsen. De mate waarin huisartsen het EVS gebruiken varieert sterk per HIS. Door verbetering van het gebruikersgemak is volgens de onderzoekers dan ook nog winst te boeken. Daarnaast moet gewerkt worden aan uitbreiding van het aantal aandoeningen waarvoor het EVS een medicatie-advies geeft (op dit moment 71% van de voorschriften). Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) werkt daar inmiddels aan. Het NIVEL-onderzoek is gebaseerd op de automatisch gegenereerde gegevens, deels van deelnemers van het LINH-project (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg), deels afkomstig uit een aselechte steekproef van andere huisartspraktijken. Ook is er een aanvullende enquête gehouden onder 665 huisartsen (respons 67%). Er is samengewerkt met het WOK (Centre for Quality of Care Research van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht). Het onderzoek is gefinancierd door het ministerie van VWS en uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Ministerie van VWS, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Een van NIVEL's grote gegevensverzameling waarin de kwaliteit van zorg centraal staat is het

#### Consumentenpanel gezondheidszorg

Met het Consumentenpanel gezondheidszorg, een samenwerkingverband van het NIVEL met de Consumentenbond, wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van consumenten met de gezondheidszorg. Het panel draagt bij aan het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. Het perspectief van de gebruiker staat centraal. Het panel geeft inzicht in patiëntenoordelen over inrichting en dienstverlening in de gezondheidszorg en biedt de mogelijkheid voor meningenpeilingen over actuele zaken.

#### 4.1 Ketenzorg: patiënten weinig betrokken bij afstemmingsafspraken

Op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is door het RIVM en het NIVEL een onderzoek naar afstemmingsafspraken tussen verschillende zorgverleners bij 15 chronische aandoeningen verricht. De studie diende ter voorbereiding en onderbouwing van de publicatie Staat van de Gezondheidszorg 2003: Ketenzorg bij chronisch zieken die wordt uitgegeven door de IGZ. Ketenzorg is de zorg die geboden wordt door samenwerkende instanties die betrokken zijn bij een bepaalde ziekte. Chronische patiënten krijgen veelal te maken met verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, specialisten, apothekers, fysiotherapeuten en een groot aantal zorginstellingen, zoals de thuiszorg of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het is belangrijk dat deze zorgverleners en instellingen van elkaar weten welke zorg zij aan de patiënt verlenen en dat de zorg van de verschillende disciplines goed op elkaar is afgestemd. Hiertoe maken zorgaanbieders op landelijk en op regionaal niveau afstemmingsafspraken over de zorg voor bepaalde patiëntengroepen. Tot nu toe was nog niet bekend voor welke chronische aandoeningen zulke afstemmingsafspraken bestaan, waar die over gaan en wie erbij betrokken zijn. Het onderzoek omvatte een literatuurstudie, enquêtes onder verschillende zorgaanbieders en chronisch zieken en gegevens uit andere bronnen, zoals het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Op landelijk niveau zijn er vooral afstemmingsafspraken te vinden over diabetes mel-

*C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 2003*

litus, COPD en CVA. Voor de psychische chronische aandoeningen zijn er onlangs enkele landelijke afspraken tot stand gekomen en zijn er nog enkele in ontwikkeling. Daarnaast bestaan er NHG-standaarden voor alle 15 aandoeningen, behalve dikke darmkanker. Deze standaarden bevatten richtlijnen voor de huisarts. Ook op regionaal niveau blijkt dat over diabetes, COPD en CVA de meeste afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders zijn gemaakt. Daarnaast komt uit de literatuurstudie ook een groot aantal regionale afspraken over de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking naar voren. Bij de regionale afstemmingsafspraken over de lichamelijke chronische aandoeningen zijn vooral medisch specialisten, huisartsen, paramedici en ook thuiszorgorganisaties betrokken. Bij de regionale afstemmingsafspraken over CVA is bovendien vrijwel altijd een verpleeghuis betrokken. Bij de psychische chronische aandoeningen spelen huisartsen minder vaak een rol in de gemaakte afspraken. Afstemmingsafspraken over de psychische aandoeningen worden vooral tussen GGZ-instellingen gemaakt en niet zozeer met zorgaanbieders buiten de GGZ. Alleen voor dementie ligt dit anders. Bij de afstemmingsafspraken over dementie zijn huisartsen, thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen wel vaak betrokken.

Volgens de regionale organisaties van zorgaanbieders die de enquête invulden over één of meer lichamelijke aandoeningen, dienen de afspraken bij deze aandoeningen vooral om de effectiviteit van de behandeling te vergroten en meer patiëntgericht te werken. Bij de lichamelijke aandoeningen zijn op regionaal niveau de GGZ en het Algemeen Maatschappelijk Werk weinig betrokken bij de afstemmingsafspraken. Dit kan duiden op een gemis binnen de gezondheidszorg, gezien het feit dat chronische patiënten vaker met psychosociale problemen kampen dan de gemiddelde Nederlander.

Voor het toepassen van de afstemmingsafspraken in de praktijk vormt financiering één van de belangrijkste knelpunten. Naast een goede financiering is het belangrijk dat er ook een gedeelde zorgvisie is en voldoende draagvlak voor de afspraken bij de zorgverleners. Tevens moeten knelpunten in wet- en regelgeving worden weggenomen. Er is in het huidige onderzoek alleen gekeken naar ziektespecifieke afstemmingsafspraken; algemene afspraken tussen zorgaanbieders zijn buiten beschouwing gelaten. Bij onderzoek naar ketenzorg is het belangrijk om ook te kijken naar co-morbiditeit, vooral nu er in de nabije toekomst meer ouderen bijkomen met meerdere chronische ziekten tegelijk.

#### **4.2 Patiënten gematigd positief over huisartsenposten**

Patiënten die een huisartsenpost bellen geven deze post een rapportcijfer tussen de

6,6 en 8. De meerderheid (94%) wordt te woord gestaan door de assistent van de huisartsenpost. Zij geven een 6,6. De minderheid (6%) krijgt - na de assistent - de huisarts zelf aan de lijn. Deze bellers geven een 8.

Dit blijkt uit onderzoek onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een samenwerkingsproject tussen het NIVEL en de Consumentenbond, gefinancierd door het ministerie van VWS.

De huisartsenposten zijn er vooral gekomen omdat huisartsen teveel werk hadden. Vooral de avond- en weekenddiensten werden als zwaar ervaren. Door de introductie van huisartsenposten zijn huisartsen minder tijd kwijt met deze diensten. Hoe patiënten tegen huisartsenposten aankijken, was niet bekend. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten over het algemeen positief zijn: 90% van de bellers krijgt binnen 5 minuten iemand aan de lijn die ze vriendelijk te woord staat en goed luistert. Daar staat tegenover dat van de bellers die een advies van de assistent krijgt, ongeveer één derde dat advies niet nuttig of betrouwbaar vindt. De helft van de bellers wordt uitgenodigd om naar de huisartsenpost toe te komen.

#### **4.3 Verpleegkundigen willen betere afspraken met artsen over het informeren van patiënten**

Drieënzeventig procent van de verpleegkundigen heeft soms een meningsverschil met een arts over welke informatie een patiënt moet krijgen. Dat wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het ontbreken van concrete afspraken hierover. Zestig procent van de verpleegkundigen verschilt regelmatig met een arts van mening over wie een patiënt behoort te informeren over zijn behandeling of ziekte. Maar 12% van de verpleegkundigen geeft aan op de hoogte te zijn van schriftelijke afspraken over het informeren van patiënten. Dit blijkt uit een verkennend onderzoek onder 81 verpleegkundigen, dat door het NIVEL is uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. Met het onderzoek wilde het LEVV meer te weten komen over de rol die verpleegkundigen spelen bij het informeren van patiënten en bij de gang van zaken rond het recht van patiënten om zelf over hun behandeling te beslissen op basis van goede informatie (informed consent). Het recht op informed consent staat beschreven in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) die sinds 1995 van kracht is.

#### **4.4 Vanaf nu is het mogelijk te voorspellen of een zorgvernieuwingsproject werkelijk tot veranderingen in de zorg zal leiden**

Dit komt door een nieuwe checklist, de implementatiemonitor. De implementatiemonitor is een uitgebreide vragenlijst die scores toekent aan projecten die als doel

*Evelien van der Schee, Diana Delnoij, Annelies Broerse, Weinig reden tot klagen. Het oordeel van patiënten over huisartsenposten, Medisch Contact 58,2003 nr.50 p. 1953-1956*

*R. Verkaik, A. Francke, R. Friele. Verpleegkundigen en informed consent. Een verkenning van de uitvoering van de WGBO binnen de verpleegkundige professie. Verpleegkunde 18, 2003, nr. 2 p. 82-92*

*N.C.M. Theunissen, S.M.E. te Pas, R.D. Friele. Evaluatie implementatiemonitor ZonMw: onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. Utrecht: NIVEL, 2003*

hebben de gezondheidszorg te verbeteren. Hoe hoger de score die een projectvoorstel haalt, hoe groter de kans dat het bij invoering daadwerkelijk tot veranderingen in de zorg leidt. Een duidelijke doelstelling en een goed opgezet stappenplan leveren de hoogste scores op en blijken dan ook in de praktijk de kans van slagen het sterkst te beïnvloeden.

De implementatiemonitor is opgesteld en geëvalueerd in opdracht van ZonMw, een organisatie die veel vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg financiert en de implementatie ervan bevordert. Onderzoekers en beleidsmakers kunnen met de monitor nagaan wanneer het invoeren (implementatie) van een zorgvernieuwing veel of juist weinig kans van slagen heeft. Door de implementatiemonitor vooraf toe te passen op nieuwe projectvoorstellen kunnen die bij een lage score worden aangepast, om de kans op succes te verhogen. Dit leidt tot een betere besteding van gemeenschapsgeld en tot effectievere zorg voor de patiënt.

De checklist is breed toepasbaar en vraagt naar doelen die voor alle zorgvernieuwend projecten relevant zijn, zoals verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, veranderingen in de organisatie van de zorg, of veranderingen in de betrokkenheid van de zorgverleners of patiënten.

Het NIVEL testte de monitor uit op 77 ZonMw-projecten zoals: de landelijke implementatie van de cursus "Omgaan met depressie in de preventieve geestelijke gezondheidszorg"; Verpleegthuiszorg Land van Cuijk (verankering van transmurale verpleeghuiszorg thuis); een patiëntengids met informatie over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor mensen met Addison, richtlijnen voor tilliften thuis, maar ook zorgmappen (mappen met praktische informatie over een chronische ziekte) voor bijvoorbeeld epilepsie of Diabetes Mellitus. Gemiddeld werd 37 procent van de in deze projecten gestelde doelen bereikt.

ZonMw gebruikt de uitkomsten van deze studie voor het aanscherpen van haar implementatieaanpak en het meten van het effect ervan op gebruik van haar projectresultaten in de praktijk.

#### **4.5 Medisch Callcenter geschikte weekend-achterwacht voor centrale huisartsenpost**

Patiënten die op zaterdag naar de centrale huisartsenpost belden en doorgeschakeld werden naar het Achmea Medisch Call Center, zijn even tevreden als patiënten die niet werden doorgeschakeld. Het callcenter handelt de telefoontjes af die de centrale huisartsenpost niet aankan en doet zo in het weekend dienst als achterwacht.

Zorgverzekeraar Achmea heeft het callcenter in het leven geroepen om de huisartsdienstverlening te ondersteunen en die ondersteuning uitgebreid naar de weeken-

den om de werkdruk op de centrale huisartsenposten te verlagen. Achmea wil zo bijdragen aan het verlagen van de werkdruk van artsen.

Het Achmea Medisch callcenter is een telefonische hulpdienst waar mensen terecht kunnen met medische problemen. De medewerkers zijn verpleegkundige of dokters-assistent(e) en worden ondersteund door artsen. Zij besluiten aan de hand van een selectiesysteem of ze patiënten naar de arts moeten doorverwijzen of kunnen volstaan met een zelfzorgadvies. Wanneer de medewerker van het Callcenter besluit dat een patiënt door een arts gezien moet worden, wordt de lokale huisartsenpost ingeschakeld. De telefonische hulpdienst van de centrale huisartsenpost doet hetzelfde, alleen is die dichterbij de buurt van de patiënt en kunnen patiënten er op het weekend spreekuur komen. Ook kan de arts van de huisartsenpost bij de patiënt een visite afleggen. Patiënten die door een huisarts gezien moeten worden, worden door het Callcenter gevraagd naar de huisartsenpost te gaan of er wordt een visite geregeld. 'Achter de schermen' zorgt het Callcenter er dan voor dat de gegevens van de patiënt in het afsprakensysteem van de huisartsenpost terecht komen. Als een spoedvisite nodig is, neemt het Callcenter daarnaast telefonisch contact op met de huisartsenpost. Om ervaringen van patiënten met het nieuwe Callcenter in kaart te brengen is in opdracht van Achmea een telefonische enquête gehouden onder 604 patiënten die gebruik maakten van de telefonische hulpdienst van huisartsenposten in Rotterdam, Drenthe en Haarlem. Een deel van de bellers werd doorgeschakeld naar het callcenter. Het ging uitsluitend om gesprekken die op zaterdag plaatsvonden. In Rotterdam werden vijf van de tien beschikbare lijnen van de huisartsenpost doorgeschakeld naar het Callcenter, in Drenthe werden alle 06-nummers en de overflow van twee van de drie deelnemende centrale huisartsenposten doorgeschakeld. Uit de telefonische enquêtes blijkt dat patiënten die met het Callcenter werden verbonden, even tevreden zijn wat betreft de telefonische bereikbaarheid, de afhandeling van hun probleem aan de telefoon, het gegeven zelfzorgadvies en de behandeling door de medewerkers, als de patiënten die verbonden werden met de centrale huisartsenpost. Ongeveer 42 procent van de bellers naar het callcenter kreeg een zelfzorgadvies. Bij de centrale huisartsenpost is dit 28 procent. Verder onderzoek moet nog uitwijzen in hoeveel procent van de gevallen de door het Achmea callcenter gegeven adviezen terecht zijn.

#### **4.6 Beter verpleeghuiszorg mogelijk, door vragenlijst over zorgbehoefte**

Het leven van verpleeghuispatiënten zou er veel beter uitzien als een in de Verenigde Staten ontwikkeld instrument dat in Nederland is getest, zou worden ingevoerd. In de VS leidt het beoordelingsinstrument RAI tot een verbetering van de kwaliteit van

*P. Mistiaen, D. Delnoij, J. Gubbels. Ervaringen van patiënten met het Achmea Medisch Callcenter tijdens weekenden. Utrecht: NIVEL, 2003*



*C.C.M. Holtkamp, NIVEL.  
Effects of the Resident  
Assessment Instrument on  
quality of care and quality of  
life in nursing homes. Utrecht:  
NIVEL, 2003*

leven van verpleeghuispatiënten. Het Resident Assessment Instrument is daar landelijk ingevoerd.

RAI is een beoordelingsinstrument waarmee niet alleen de zorgbehoefte in kaart wordt gebracht, maar waarmee ook de kwaliteit van de zorg wordt beïnvloed. Als de vragenlijst in RAI goed wordt gevolgd, ontstaat een optimaal beeld van de zorgbehoefte van de individuele patiënt. RAI wordt ook buiten verpleeghuizen toegepast. Zo wordt het in een aantal landen gebruikt in de thuiszorg, in algemene ziekenhuizen en in de geestelijke gezondheidszorg. Momenteel wordt het in Canada voor elke zorgvorm getest. Invoering van RAI kan leiden tot de ontwikkeling van een digitale zorgpas die de patiënt overal kan gebruiken. De zorgbehoefte wordt voor elke patiënt regelmatig opnieuw beoordeeld.

Bij het onderzoek naar de implementatiemogelijkheden van RAI in Nederland waren tien verpleeghuizen betrokken. Daarin werden 337 bewoners geselecteerd. Hun zorgbehoefte werd met RAI bepaald. Het leidde tot een adequate bepaling van de zorgbehoefte en een verbetering van de kwaliteit van zorg. De bewoners waren positiever over de verleende zorg. De invoering van RAI leidde niet tot een daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van leven. Volgens de onderzoekers zijn er aanwijzingen dat wanneer verpleeghuizen RAI gebruiken om de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgbehoefte van de bewoners, ook de kwaliteit van leven zal verbeteren.

Uit de toepassing van RAI bleek dat veel verpleeghuis patiënten symptomen van depressie vertoonden. Uit de toepassing van RAI bleek tevens dat zij daar niet altijd voor worden behandeld. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de stichting NIVEL, in samenwerking met het VU medisch centrum, met subsidie van het NWO en de vereniging Zonnehuizen.

#### **4.7 Zorgopleidingen verschillen in de mate waarin zij aandacht aan kwaliteitszorg besteden**

Onderwijs in kwaliteitszorg hoort thuis in alle basisopleidingen in de gezondheidszorg. Dat is afgesproken op de Leidschendamconferenties, waarop zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties, verzekeraars en overheid afspraken gemaakt hebben over het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Die afspraken worden onderscheven door het Ministerie van VWS. Daartoe zouden aankomende beroepsbeoefenaren een aantal competenties (kennis, vaardigheden en attitudes die in samenhang worden verworven) op het gebied van kwaliteitszorg moeten verwerven. De vraag was: Welke competenties zouden dat moeten zijn? In het onderzoek zijn 16 competenties beschreven die idealiter in de opleiding verworven zouden moeten worden om kwaliteitszorg in praktijk te kunnen brengen.

Bij een beperkt aantal opleidingen is nagegaan of zij zich in deze competenties kunnen vinden en of zij daar op dit moment al aandacht aan besteden. Daartoe zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van elf opleidingen (3 opleidingen fysiotherapie, 3 HBO opleidingen verpleegkunde, 2 MBO-opleidingen verpleegkunde en 3 opleidingen tot basisarts).

Drie zaken vallen daarbij op. Ten eerste zijn veel geïnterviewden van mening dat de attitude het belangrijkste is. Studenten moeten zich een houding eigen maken van kritische reflectie op de kwaliteit van zorg en op het eigen handelen én de bereidheid hebben te vernieuwen en te veranderen. Dat is de basis voor kwaliteitszorg.

Ten tweede blijkt dat de drie bezochte opleidingen tot basisarts minder aandacht aan kwaliteitszorg besteden dan de opleidingen fysiotherapie en verpleegkunde. Wel blijkt dat zaken als richtlijnen en toetsing al lang in het reguliere medische onderwijs aan bod komen, echter niet onder de noemer van kwaliteitszorg. Vanuit de medische opleidingen wordt gesteld dat het begrip kwaliteitszorg onduidelijk is en nader moet worden gedefinieerd en afgebakend. Ook is nog onduidelijk welke competenties thuishoren in de initiële opleiding tot arts en welke in de vervolgoopleidingen (tot huisarts, medisch specialist et cetera.).

Een derde bevinding is dat sommige opleidingen 'kwaliteitszorg' als aparte module geven, terwijl kwaliteitszorg bij andere opleidingen volledig in het onderwijspakket is geïntegreerd. Wat onderwijstechnisch het meest effectief is, is nog niet bekend. Het onderzoek is gedaan in samenwerking met onderwijskundigen van het ICLON (Interfacultair Centrum voor Lerarenopleiding, Onderwijsontwikkeling en Nascholing) van de Universiteit Leiden. Opdrachtgever is het Ministerie van VWS. Op basis van de resultaten beraadt men zich binnen het Ministerie van VWS op welke wijze onderwijs in kwaliteitszorg verder kan worden gestimuleerd.

#### **4.8 Snoezelen is goed voor demente ouderen en hun verzorgenden**

Demente ouderen in verpleeghuizen met wie dagelijks 'gesnoezeld' wordt zijn minder apathisch, minder depressief, minder opstandig en agressief, en zijn zich meer bewust van hun uiterlijk. Ze hebben meer plezier met de verzorgende die ze wast en aankleedt en ze klagen minder.

Het onderzoek is uitgevoerd in zes verpleeghuizen, op twaalf afdelingen met in totaal 120 verzorgenden en 120 bewoners. De verzorgenden op de snoezel-afdelingen volgden in het kader van het onderzoek de cursus 'Snoezelen voor zorgverleners' van Bernardus Expertisecentrum/Fontis. De verzorgenden hebben enquêtes over de bewoners ingevuld en vragenlijsten over hun eigen werkbeleving.

Verzorgenden die snoezelen stimuleren de zintuigen van verpleeghuisbewoners met

*N.P. van Duijn, E.M. Sluijs.  
Onderwijs in kwaliteitszorg  
binnen de initiële opleidingen  
tot fysiotherapeut, verpleeg-  
kundige en arts.  
Leiden/Utrecht:  
ICLON/NIVEL, 2003*

*J.van Weert; snoezelen is goed voor demente ouderen en hun verzorgenden. www.NIVEL.nl november 2003.*

*A.D. Mohangoo, M.W. van der Linden, F.G. Schellevis. Overeenstemming tussen huisarts en patiënten over het bestaan van astma en COPD: de Tweede Nationale Studie. Utrecht: NIVEL, 2003*

prettige prikkels, op een manier die bij de individuele bewoner past. Dat kan zijn door het laten horen van diens lievelingsmuziek, het laten ruiken van lekkere geuren (bijvoorbeeld verse koffie of parfum) of het laten aanraken van zachte voorwerpen (zoals kledingstukken of knuffeldieren).

Op een cursus snoezelen leren verzorgenden hoe ze door observatie van bewoners en vraaggesprekken met familieleden kunnen achterhalen hoe de bewoner zijn leven heeft geleefd en wat hij wel of niet prettig vindt. Het is belangrijk dat de verzorgende contact maakt met de bewoner en zich inleeft in de belevingswereld van de bewoner, waardoor de bewoner zich begrepen voelt.

Ook voor verzorgenden zelf blijkt snoezelen goed te zijn. Verzorgenden die snoezelen zijn meer tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg, over hun contact met de bewoners en over hun eigen professionele ontwikkeling. Ze hebben minder last van werkstress en burn-out verschijnselen (emotionele uitputting) en ze voelen zich minder opgejaagd door de werkdruk.

#### **4.9 Voorlichting over astma en COPD: ouderen en tieners extra aandacht geven**

Het blijkt vaak (66%) voor te komen dat de patiënt spreekt van astma of COPD, waar de huisarts de klachten anders benoemt. Meestal spreekt de huisarts in die gevallen dan wel van een andere luchtwegaandoening.

Het komt wat minder vaak voor (34% op jaarbasis), dat de huisarts sprak van astma en/of COPD, waar de respondent dat niet doet. Het zijn met name de ouderen met COPD (en soms astma) waarbij de huisarts deze aandoening aangeeft, zonder dat de patiënt te kennen geeft zich hiervan bewust te zijn. Deze groep is verder nog gekenmerkt door de aanwezigheid van verschillende lichamelijke klachten en een omgeving waarin gerookt wordt. Kennelijk is dit een belangrijke groep waarvoor de bewustwording van astma, COPD en roken nog niet optimaal is.

Het komt betrekkelijk weinig (8%) voor dat de respondent spreekt van astma of COPD, maar hiervoor geen huisarts bezocht heeft. Dit betreft merendeels jongeren die zelf aangeven last te hebben van astma (en soms COPD) maar hiervoor geen contact te hebben met de huisarts.

Het onderzoek maakt deel uit van een grootschalige en actuele studie naar de huisartsenzorg in Nederland, de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Hieraan hebben 104 huisartspraktijken met 195 huisartsen en 400.000 ingeschreven patiënten deelgenomen. Binnen dit onderzoek is een mondeling interview aan huis afgenomen onder 12.699 ingeschreven personen. In het interview is gevraagd naar astma en COPD.

#### **4.10 Huisartsenzorg in achterstandswijken blijft onder druk staan**

Ondanks meer dan vijf jaar specifiek beleid voor de huisartsenzorg in achterstandswijken blijft de huisartsenzorg er onder druk. De maatregelen van de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) en de zorgverzekeraars hebben er vermoedelijk wel voor gezorgd dat de situatie niet verder is verslechterd.

In opdracht van de LHV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzocht het NIVEL de werklust van huisartsen in achterstandsbuurten en de ontwikkelingen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van die zorg in de periode 1997-2002. Om die zorg te behouden en de werkdruk te verminderen krijgen individuele huisartsen in achterstandswijken een financiële ondersteuning per ziekenfondspatiënt. Daarnaast is er geld beschikbaar voor nieuwe initiatieven en experimenten die in een later stadium door structurele financiering kunnen overgenomen worden, bijvoorbeeld op het gebied van extra praktijkondersteuning. Het NIVEL evalueerde het effect van dit beleid.

Uit het onderzoek blijkt dat het achterstandsfonds er volgens de onderzoekers waarschijnlijk voor gezorgd heeft, dat huisartsen in de achterstandswijken het ondanks de aanhoudende werkdruk vol hebben gehouden. Er ontstond dankzij het achterstandsbeleid in deze wijken de afgelopen 5 jaar een nieuwe praktijkvorm met uitgebreide praktijkondersteuning door onder andere praktijkverpleegkundigen en allochtone zorgconsulenten. Huisartsen in achterstandsbuurten werken vaker samen in duo-praktijken, in groepsverband of in HOEDEN ('Huisartsen onder een dak', vaak gefinancierd door het achterstandsfonds). Speciale spreekuren bijvoorbeeld onder aanwezigheid van een tolk ontlasten de arts ook. Bijna alle huisartspraktijken in achterstandswijken maken voor de avond- en weekenddiensten gebruik van een centrale huisartsenpost. Ook het gebruik van call-centra neemt er toe.

Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandswijken niet is verbeterd ondanks de genomen maatregelen. De directe en de telefonische toegankelijkheid van huisartsenzorg in achterstandsgebieden is nog steeds lager dan in de rest van Nederland. De beschikbaarheid van huisartsenzorg in achterstandsgebieden neemt zelfs af: hoewel er evenveel huisartsen werken als vijf jaar geleden, is het aantal uren huisartsenzorg toch verminderd omdat huisartsen in toenemende mate in deeltijd werken. Huisartsen in achterstandsgebieden hebben gemiddeld kleinere praktijken (per fte.) dan hun collega's elders. Bovendien is er onder nieuwe jonge huisartsen weinig interesse om in deze wijken een praktijk te openen of over te nemen.

*W. Devillé, J.M. Habraken, D.H. de Bakker. Huisartsenzorg in achterstandsgebieden: evaluatie van 5 jaar beleid: 1997 - 2002. Utrecht: NIVEL, 2003*

Twee grote gegevensverzamelingen richten zich direct op de beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg.

## 1. NIVEL beroepskrachtenregistraties

Het NIVEL registreert ieder jaar het aanbod en een groot aantal cijfers van diverse werkzame en pas-afgestudeerde beroepsbeoefenaren in de zorg: huisartsen, verloskundigen, ergotherapeuten en fysiotherapeuten in de eerste lijn. Deze registratie is de basis voor rapportages op het terrein van beroepskrachtenplanning.

## 2. Het panel verpleegkundigen en verzorgenden

Het panel verpleegkundigen en verzorgenden is een samenwerkingsverband van het LEVV en de AVVV. Het panel is representatief en bestaat uit verpleegkundigen uit algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg, de thuiszorg en verzorgenden uit de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. 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 aan te geven hoe het werk van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker gemaakt kan worden.

### 5.1 Beginnende huisarts wil niet in grote stad werken

Om aan de toenemende vraag naar huisartsenzorg in de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) te kunnen voldoen, moet de komende tien jaar 17 % van de beginnende huisartsen in een grote stad gaan werken. Nu zegt slechts 8 % bij het afstuderen dit van plan te zijn. Tot nu toe vestigde zich jaarlijks 13% van de nieuwe huisartsen in de grote steden. Huisartsen in de vier grote steden hebben het drukker dan huisartsen in de rest van Nederland. Het aantal huisartsen in de vier grote steden zal twee keer zo snel moeten groeien als in de rest van Nederland om de toenemende zorgvraag te kunnen opvangen en de werklast te verminderen. Dit blijkt uit het onderzoek naar de vraag- en aanbodontwikkeling van huisartsen zorg in de grote steden tussen 1990 en 2010. Huisartsen in

de vier grote steden hebben het drukker dan huisartsen in de rest van Nederland. Hun praktijken zijn weliswaar 4 á 5 % kleiner, maar toch hebben zij 8% á 9% meer patiëntcontacten. Deels heeft dit te maken met de bevolkingsopbouw in de grote steden (vooral vanwege het grote aandeel allochtonen) en deels doordat men in de grote steden nu eenmaal vaker naar de dokter gaat dan elders in Nederland.

In de afgelopen tien jaar is het aantal inwoners per huisarts in de grote steden met 3% gestegen terwijl dit elders in Nederland is afgenomen met circa 3%. De aansluiting tussen vraag en aanbod in de grote steden is dus de afgelopen tien jaar onder druk komen te staan. Als er geen veranderingen optreden dan zal dat in de komende jaren alleen maar erger worden.

Tot 2010 zal de vraag naar huisartsenzorg in de grote steden met 9% toenemen. Dit is hoger dan in de rest van Nederland (6%). Verder zal tot 2010 circa 41% van de huisartsen in één van de vier grote steden stoppen met werken onder andere als gevolg van pensionering. Als naast bovengenoemde factoren ook nog rekening wordt gehouden met het gelijk trekken van de werklast tussen huisartsen in de grote steden en elders, dan moet het aantal huisartsen in de vier grote steden met 24% toenemen. In de rest van Nederland is een groei van 12% noodzakelijk.

Als gevolg van dreigende tekorten aan huisartsen is in de afgelopen jaren de opleidingscapaciteit uitgebreid (van 325 naar 460 nieuw studenten per jaar). De verwachting is dat dit in de komende jaren nog verder wordt uitgebreid. De vraag is echter of deze nieuwe huisartsen zich wel in een grote stad willen vestigen. Momenteel geeft slechts 8% van de pas afgestudeerde huisartsen de voorkeur aan een praktijk in een grote stad. Het grootste deel (39%) heeft een voorkeur voor het werken op het verstedelijkte platteland. Als er in de komende jaren geen veranderingen optreden in de voorkeuren van pas afgestudeerde huisartsen dan zal de huisartsenzorg in de grote steden verder onder druk komen te staan. Dit betekent dat de grote steden na moeten denken op welke wijze zij het voor huisartsen aantrekkelijker kunnen maken om zich in één van de vier grote steden te vestigen.

Het NIVEL-onderzoek maakt deel uit van het project "Zorg in de grote steden" van het RIVM, waarmee getracht wordt meer inzicht te krijgen in de problematiek van de gezondheidszorg in de grote steden. De grote steden worden immers geconfronteerd met meer complexe gezondheidsproblemen dan elders in Nederland. Deze problemen, die overigens vaak samenhangen met onder andere sociaal-culturele achtergronden vereisen deels andere deskundigheden van zorgverleners en een andere zorginfrastructuur dan in andere delen van ons land.

### 5.2 Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige

*L.F.J. Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman. Vraag en aanbod ontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003*

### vervolgopleiding

In opdracht van het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen hebben het NIVEL en Prismant in 2003 een up-date van de ramingstudie uit 2002 uitgebracht. Op basis van te verwachten vraag- en aanbodontwikkelingen tot het jaar 2020 is een groot aantal scenario's doorgerekend omtrent de benodigde instroom in de opleidingen voor 36 verschillende artsberoepen.

De scenario's variëren van een basisscenario waarin vrijwel alleen demografische factoren rond vraag en aanbod een rol spelen (zoals vergrijzing van de bevolking en feminisering van de beroepsgroepen), tot een groeiscenario waarin tevens rekening wordt gehouden met allerlei niet-demografische ontwikkelingen (zoals sociaal-culturele ontwikkelingen en substitutie van zorg). In het rapport wordt een breed scala aan uitkomsten gepresenteerd, waarmee op zijn minst een idee verkregen kan worden van de mate waarin de instroom in de diverse opleidingen moet worden bijgestuurd om ongeveer even veel, wat meer of beduidend meer zorgaanbod te krijgen, mede in verhouding tot de te verwachten ontwikkelingen in de vraag die meer of minder autonoom zijn. Naast de scenario's over de benodigde instroom in de opleidingen biedt het rapport ook een overzicht van een groot aantal relevante vraag en aanbodgegevens per specialisme. Voorbeelden hiervan zijn: aantal werkzame personen naar geslacht, aantal fte., aantal artsen in opleiding, intern en extern rendement van de opleidingen en in- en uitstroomgegevens.

### 5.3 Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer waardering van het management

Vier van de vijf verpleegkundigen en verzorgenden zeggen dat hun beroep vooral aantrekkelijker wordt als hun managers hen meer waarderen. Tweederde ervaart nu geen of weinig waardering voor hun werk vanuit de directie. Bijna driekwart van de ondervraagden denkt dat een lagere werkdruk en meer bij- en nascholingsmogelijkheden hun beroep ook aantrekkelijker kunnen maken. Dit blijkt uit onderzoek onder een representatieve groep van 499 personen, allen lid van het 'Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden'. Deze groep beroepsbeoefenaren wordt regelmatig schriftelijk geënuquêteerd over zaken die hun beroep betreffen. Het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden is een initiatief van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV, voorheen LCVV) en het NIVEL. Doel van dit onderzoek was te achterhalen hoe volgens verpleegkundigen en verzorgenden zélf hun beroep aantrekkelijker gemaakt zou kunnen worden. Dat laatste is hard nodig, want er zijn nu al te weinig verpleegkundigen en verzorgenden, terwijl we er steeds meer nodig zullen hebben. In het overheidsbeleid rondom het perso-

*L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, W. van der Windt, E.J.E. Arnold. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgoopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: NIVEL/Prismant, 2003*

*B.J.M. Welling, S.E.J. van der Meulen-Arts, J.B.F. Hutten, A.L. Francke. De aantrekkelijkheid van het beroep: de eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer waardering van het management Utrecht: NIVEL, LCVV, 2003*

*M.Speet, A.J.E. de Veer, A.L. Francke. Het Panel; verpleegkundig proces nog geen gemeengoed bij alle verpleegkundigen. TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 2003, nr. 11, p. 34-35*

neelstekort ligt de nadruk op het werven van nieuw personeel, terwijl het behoud van verpleegkundigen en verzorgenden zeker zo cruciaal is. De ondervraagden moesten aangeven welke factoren hun beroep aantrekkelijk kunnen maken, zoals groei- en ontplooiingsmogelijkheden, werkdruk en werkdrukmaatregelen, betrokkenheid bij beleids- en besluitvorming, waardering binnen de organisatie voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden, zelfstandigheid en de ondersteuning door leidinggevend. In de loop van 2003 wordt het onderzoek herhaald, om te kunnen nagaan hoede aantrekkelijkheid van het beroep zich in de loop der jaren zich ontwikkelt.

#### **5.4 Principes verpleegkundig proces zijn nog geen gemeengoed bij verpleegkundigen**

Ongeveer zes op de tien verpleegkundigen werken altijd volgens de principes van het verpleegkundig proces. Eenderde van de verpleegkundigen hecht echter geen waarde aan het werken volgens het verpleegkundig proces. In het verpleegkundig proces stellen verpleegkundigen samen met de patiënt een probleem vast, formuleren verpleegdoelen en zetten vervolgens een of meerdere interventies in gang. Die interventies worden vervolgens geëvalueerd. Voor het onderzoek werd het panel verpleegkundigen en verzorgenden ondervraagd. Het panel bestaat uit vierhonderd verpleegkundigen en driehonderd verzorgenden. De verpleegkundigen werken in vier sectoren: de algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, en de thuiszorg. De verzorgenden werken in: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Het panel is een initiatief van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEV) in samenwerking met het NIVEL. Slechts een op de vijf verpleegkundigen zou bijscholing willen omtrent het toepassen van het verpleegkundig proces. Vooral de wat oudere verpleegkundigen vinden dat wenselijk. Door bijscholing zou het beroep van verpleegkundige professioneler kunnen worden. Evalueren van de zorg – de laatste stap in het proces – is volgens de meeste verpleegkundigen en verzorgenden zeer belangrijk. Bij de evaluatie krijgt een verpleegkundige van de patiënt en zijn familie te horen of de zorgverlening goed was. Dat eenderde van de verpleegkundigen niet volgens het verpleegkundig proces wil werken, komt mogelijk door de extra tijd en administratie die het werken volgens dat principe kost.

#### **5.5 Wachtijd belangrijke oorzaak lange duur medisch opleidingstraject**

Als artsen hun specialisatie afronden, zijn ze gemiddeld bijna 37 jaar. Hun opleiding

duurt formeel tussen de 8 en 12 jaar (6 jaar voor de opleiding tot basisarts en 2 tot 6 jaar voor de specialisatie). Als men dit optelt bij de gemiddelde leeftijd waarop iemand het VWO verlaat (18 a 19 jaar) zou men verwachten dat artsen rond de 30 jaar oud zijn als zij hun vervolgopleiding afronden. Ze blijken echter gemiddeld zes a zeven jaar ouder te zijn. Gedurende het opleidingstraject treden er dus vertragingen op. De helft van de vertraging ontstaat bij de overgang van de studie geneeskunde naar de specialistenopleiding. Het duurt namelijk gemiddeld drie á vier jaar voordat basisartsen met een vervolgopleiding beginnen. De rest van de vertraging ontstaat tijdens de studie geneeskunde (ongeveer 2 jaar) en bij de overgang van de middelbare school naar de studie geneeskunde (ongeveer 1,5 jaar). Dit onderzoek is gedaan in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

#### **5.6 Ziekenhuisorganisatie en deeltijdspecialist: nu de puntjes nog op de i**

Medisch specialisten die in deeltijd werken blijken inmiddels breed geaccepteerd. Toch is in veel ziekenhuizen de organisatie er nog niet goed op ingesteld. Knelpunten zijn o.a. overleg, overdracht en roostering. Verder ervaren voltijders hun aandeel in de managementtaken onrechtvaardig groot in vergelijking met de inzet van deeltijders in het management. Deeltijders kunnen zich daardoor verhoudingsgewijs veel meer bezighouden met de patiënt. Het doel van het onderzoek, in opdracht van de werkgroep Deeltijd werken Medisch specialisten van Zon Mw, was het vaststellen van prioriteiten om deeltijd werken bij medisch specialisten te kunnen ondersteunen.

#### **5.7 Kennis over arbeidsmarktbeleid allochtonen in zorg en welzijn op een rijtje**

De positie van allochtonen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn moet verbeterd worden, maar de kennis hierover is versnipperd. Dat belemmert een effectieve implementatie van die kennis. In opdracht van de Stichting OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek) is een literatuuroverzicht gemaakt van de huidige kennis over allochtonen en de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector. Speciale aandacht wordt besteed aan de mogelijke belemmeringen voor allochtonen om in zorg en welzijn te gaan werken, er te blijven werken en door te stromen naar hogere functies; en aan de kansrijke oplossingsrichtingen om de positie van allochtonen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn te verbeteren.

*L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Het medisch opleidingstraject: waar blijft de (leef)tijd? Utrecht: NIVEL, 2003*

*P.J.M. Heiligers, L. Hingstman. Quick scan deeltijd werken medisch specialisten: knelpunten en prioriteiten. Utrecht: NIVEL, 2003*

*F. de Graaff, W.L.J.M. Devillé. Kansen en belemmeringen voor allochtonen op de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector: een literatuurstudie. Tilburg: OSA, NIVEL, 2003*

### *6.1 Betere samenwerking nodig voor zorgproblemen in grote steden*

Zorgverzekeraars, zorgverleners, gemeentebesturen en de rijksoverheid zullen zich tezamen extra moeten inspannen om tegemoet te komen aan de bijzondere eisen die de zorg in de grote steden stelt. Dit is nodig om de toegankelijkheid en kwaliteit van de medische zorg in de grote steden veilig te stellen. Dat blijkt uit het rapport 'Zorg in de grote steden' van het RIVM en het NIVEL. Vooral in achterstandswijken is de zorg minder goed afgestemd op de behoefte van de bewoners. Dit wordt veroorzaakt door de grote culturele diversiteit in de bevolking, de gebrekkige samenhang tussen verschillende vormen van zorg en een tekort aan huisartsen en ander zorgpersoneel. Op elk van deze punten kan de situatie verbeterd worden wanneer de betrokken instanties beter samenwerken. Dit is met name in de achterstandswijken van groot belang, omdat hier de gezondheid van de bevolking slechter is dan in de rest van Nederland.

In de grote steden wonen veel verschillende bevolkingsgroepen, elk met hun eigen zorgvragen. De allochtone bevolking is de laatste decennia sterk gegroeid en komt uit een steeds groter aantal landen van herkomst. Hierdoor moeten de zorgverleners steeds meer cultuur- en taalverschillen overbruggen. Dat lukt niet altijd. Turkse en Marokkaanse ouderen maken bijvoorbeeld minder gebruik van de thuiszorg dan wenselijk is. Het inschakelen van meer allochtoon zorgpersoneel en allochtone zorgconsulenten kan daarbij uitkomst bieden.

Huisartsen en andere zorgverleners hebben in grote steden vaker te maken met verslaafden, arbeidsongeschikten, vereenzaamde ouderen en andere groepen die ook andere dan puur medische zorg nodig hebben. Daarom is een goede afstemming nodig met gemeentebesturen over preventie, huisvesting en welzijn. Dit wordt bemoeilijkt door verschillen in de financiering van de gezondheidszorg en de gemeentelijke voorzieningen. Nogal wat partijen zijn betrokken, elk met haar eigen verantwoordelijkheid. Het is lang niet altijd duidelijk wie het initiatief moet nemen om die samenwerking tot stand te brengen.

De werklust van huisartsen in de grote steden is de afgelopen jaren meer dan elders toegenomen. In achterstandswijken is de werklust het grootst. De animo onder jonge huisartsen om in de grote steden te gaan werken is onvoldoende om de openvallende plaatsen van stoppende huisartsen in te vullen. Dit kan deels verholpen worden door

*H. Verkleij, R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Houten: Bohn Stafleu van Loghum/ NIVEL/ RIVM, 2003*

extra honorering, hulp bij het zoeken naar praktijkpanden waarin meerdere soorten zorgverleners zich samen kunnen vestigen en door voorrang te verlenen bij parkeer- vergunningen en het toewijzen van woningen. De vacatures voor verpleegkundig en verzorgend personeel zijn in de drie grootste steden het moeilijkst te vervullen. De oplopende werkloosheid in andere sectoren van de economie zal dit tekortvermoedelijk verminderen, maar ook voor verpleegkundigen en verzorgenden blijft het nodig om het werken in de grote stad aantrekkelijker te maken.

### **6.2 Risico's in de zorg door capaciteitsproblemen**

Vooraf door capaciteitsproblemen in de ziekenhuizen moeten medisch specialisten patiënten die acuut hulp nodig hebben soms noodgedwongen overplaatsen naar een andere afdeling of een ander ziekenhuis. Volgens de medisch specialisten brengt dit ongewenste risico's met zich mee. Uit onderzoek in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten blijkt dat een ruime meerderheid van de medisch specialisten in Nederland meent dat ze hun patiënten regelmatig niet de zorg kunnen bieden die nodig is. Het lijkt er op dat er een kloof is ontstaan tussen de medische mogelijkheden en wat specialisten zelf als goed medisch handelen zien enerzijds en wat er in de praktijk mogelijk is anderzijds. Op 9 september 2003 is de eindrapportage van het onderzoek door de opdrachtgever - de Orde van Medisch Specialisten - aangeboden aan Erica Terpstra, voorzitter van de Vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid.

Het onderzoek is een vervolg op een telefonische enquête die in 2002 onder 255 medisch specialisten werd gehouden. Bijna 70% van deze medisch specialisten vertelde regelmatig niet de zorg te kunnen bieden die volgens hen nodig is. De informatie uit de telefonische enquête is gebruikt om het probleem preciezer te definiëren en af te bakenen. In de eindrapportage geven 113 van de 500 geselecteerde medisch specialisten uit alle disciplines schriftelijk informatie over de meest recente acute probleemsituatie waarin zij niet de zorg konden geven die hun inziens nodig was. Omdat dit onderwerp nog niet eerder systematisch is onderzocht, heeft het NIVEL-onderzoek een oriënterend karakter. Het ging vooral om het verder definiëren van het begrip 'sluipend kwaliteitsverlies', een inschatting van de omvang van het probleem en de toekomstige manier om de problematiek objectief te meten. Een te kleine capaciteit in het eigen ziekenhuis is volgens de medisch specialisten de belangrijkste oorzaak van de problemen in de specialistische zorg. In 36 procent van de acute probleemsituaties moest een specialist een patiënt overplaatsen naar een ander ziekenhuis. Het vervoer van een ernstig zieke patiënt per ambulance of helikopter is echter niet risicool. In 30 procent van de acute probleemsituaties

werd de behandeling uitgesteld. In enkele van de beschreven acute gevallen moest een specialist de patiënt overplaatsen naar een ander type medische zorg. De patiënt kreeg dan bijvoorbeeld poliklinische zorg in plaats van de noodzakelijke ziekenhuisopname. Ook moesten sommige specialisten een patiënt in plaats van op de intensive care op een reguliere afdeling laten opnemen. Ook dit leidt volgens de specialisten niet tot de beste zorg voor de patiënt.

Ongeveer een kwart van alle in het onderzoek beschreven probleemsituaties, heeft uiteindelijk nadelige gevolgen voor patiënten gehad. Zij houden lichamelijke of geestelijke problemen over aan een te late of niet optimale behandeling of aan de psychische stress, veroorzaakt door het lange wachten. Vooral bij kanker en bij complicaties bij bevallingen zijn de capaciteitsproblemen in de medisch-specialistische zorg een probleem.

### **6.3 Uiteindelijk verandert bijna niemand van ziekenfonds**

Ruim een kwart van de ziekenfondsverzekerden heeft de afgelopen vijf jaar overwogen van ziekenfonds te wisselen vanwege de hoogte of de stijging van de premie. De meesten doen dat als puntje bij paaltje komt echter niet. Zij vinden de administratieve rompslomp te groot en menen dat zij bij een ander ziekenfonds toch niet veel beter af zouden zijn. In de afgelopen 5 jaar wisselde 8,6% van de ziekenfondsverzekerden van zorgverzekeraar, ondanks de grote aandacht voor de hoogte van de nominale ziekenfondspremie in de verkiezingscampagne voor de Tweede Kamerverkiezingen van januari 2003. Eerder NIPO-onderzoek liet zien dat veel ziekenfondsverzekerden overwogen om te veranderen van ziekenfonds. Dit NIVEL onderzoek laat zien dat slechts een klein aantal van hen die stap daadwerkelijk zet. De keuze voor een ziekenfonds blijkt nauwelijks gebaseerd op een rationele afweging van prijs en product. Consumenten zijn weliswaar niet juichend tevreden over de prestaties van hun eigen ziekenfonds, maar zij vermoeden dat zij bij een ander fonds niet veel beter af zullen zijn en besparen zich daarom de moeite. Blijkbaar zijn de premieverschillen tussen ziekenfondsen nog altijd niet groot genoeg om de consument massaal aan te zetten tot het zoeken naar de goedkoopste. Daarnaast profileren ziekenfondsen zich inhoudelijk kennelijk te weinig om de consument het idee te geven dat het ene fonds duidelijk beter presteert dan het andere. Dit blijkt uit een peiling door het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Er lijkt sprake van een vicieuze cirkel. Doordat verzekeraars zich op de markt voor individuele contracten nauwelijks profileren met hun zorginkoopbeleid, zien verzekerden geen verschil tussen de ene verzekeraar en de andere. Daardoor vinden ze het teveel

*J.B.F. Hutten, D.J.M.A. Beaujean, P.P. Groenewegen. De zorg van medisch specialisten. Eindrapportage. Utrecht: NIVEL, 2003*

*D. Delnoij, E. van der Schee,  
Wisselen van ziekenfonds per  
1-1-2003. Een peiling van het  
consumentenpanel gezond-  
heidszorg, Utrecht:  
NIVEL, 2003, 15 p.*

moeite om te wisselen van verzekeraar en zo worden verzekeraars weer nauwelijks geprikkeld om zich te onderscheiden op het gebied van zorginkoop. Verzekerden die overwogen te wisselen, waren jonger en hoger opgeleid dan gemiddeld. Ze zeiden de wisseling te overwegen vanwege de kosten. Overigens bleken juist zij een lagere nominale premie te betalen dan degenen die dat niet overwogen. Ook het opzeggen van de aanvullende verzekering is niet op grote schaal aan de orde geweest.

#### **6.4 Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven**

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de mogelijkheden om chronisch zieken en gehandicapten die hoge niet-vergoede ziektegerelateerde uitgaven hebben te identificeren op grond van indicaties voor zorg, verstrekkingen of voorzieningen waarover zij reeds beschikken. Het doel ervan is om de subgroep van chronisch zieken en gehandicapten met relatief hoge uitgaven, die in principe voor aanvullende fiscale compensatie in aanmerking komt, beter te kunnen afbakenen. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens die bij de leden van het Patiënten Panel Chronisch Zieken in 2002 verzameld zijn. Dit panel bestaat uit ruim 2.000 mensen in de leeftijd vanaf 15 jaar met een breed scala aan chronische aandoeningen, die in huisartspraktijken verspreid over heel Nederland zijn geselecteerd. Een deel van de mensen met een chronische ziekte of handicap verkeert in een kwetsbare financiële positie. Zij hebben een lager inkomen vanwege het feit dat ze niet (volledig) kunnen werken en/of zijn aangewezen op bepaalde zorg of voorzieningen die hoge kosten met zich meebrengen. Ook kunnen hun kosten van levensonderhoud hoger zijn, bijvoorbeeld omdat ze zijn aangewezen op hulp van anderen of thuis meer energie verbruiken.

Voor verschillende vormen van zorg en verstrekkingen bestaan vergoedingsregelingen, maar ook wanneer daar optimaal gebruik van gemaakt wordt zijn in sommige gevallen de niet-vergoede uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten nog erg hoog. Deze mensen kunnen in dat geval bij hun belastingaangifte gebruik maken van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven.

De Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (CG-raad) heeft echter aangegeven dat deze regeling de zeer hoge uitgaven van bepaalde chronisch zieken en gehandicapten onvoldoende compenseert. De mensen met lage inkomens profiteren het minst. Het chronisch-ziekenforfait, een onderdeel van de regeling, kan alleen worden gebruikt door mensen die twee jaar achter elkaar buitengewone uitgaven hebben gehad. Daardoor is enerzijds het bereik van de doelgroep beperkt en kunnen ander-

zijds ook niet-chronisch zieken en gehandicapten van dit forfait gebruik maken. De interdepartementale werkgroep Inkomenspositie Gehandicapten en Chronisch Zieken (IGCZ) heeft naar aanleiding van deze kritiek het NIVEL gevraagd te onderzoeken of de doelgroep kan worden afgebakend door aan te sluiten bij bestaande indicaties (bijvoorbeeld voor thuiszorg, een woningaanpassing enz.). Het onderzoek is verricht binnen het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ). Allereerst werden de huidige bekendheid van de vergoedingsregelingen en de hoogte van de niet-vergoede ziektegerelateerde uitgaven van chronisch zieken bekeken. De bekendheid van de verschillende vergoedings- en compensatieregelingen (Wet voorzieningen gehandicapten, Bijzondere Bijstand en de aftrekregeling) onder chronisch zieken is matig: van elke regeling heeft slechts iets meer dan de helft van de chronisch zieken wel eens gehoord. Chronisch zieken hadden in 2001 gemiddeld bijna 1200 Euro aan zelfbetaalde ziektegerelateerde uitgaven (inclusief de ziektekostenpremie). Driekwart van de chronisch zieken had naast de ziektekostenpremie nog andere eigen uitgaven in verband met ziekte of handicap; gemiddeld genomen ging het bij deze mensen om ongeveer 450 Euro. Er waren drie subgroepen met relatief hoge eigen uitgaven: ouderen, arbeidsongeschikten en chronisch zieken met meerdere beperkingen.

De onderzochte indicaties blijken over het algemeen niet goed in staat om chronisch zieken met hoge ziektegerelateerde uitgaven te onderscheiden van degenen met lagere uitgaven. Wanneer alleen gekeken wordt naar de chronisch zieken met lichamelijke beperkingen doen de indicaties het wel iets beter. Zij zijn dan met name beter in staat om degenen met hoge verborgen kosten te identificeren. Conclusie: de bruikbaarheid van bestaande indicaties voor het afbakenen van de groep chronisch zieken met hoge ziektegerelateerde uitgaven is beperkt. Voor deze groep moet verder worden gezocht naar aanknopingspunten, zoals medische diagnoses. Mogelijk zijn de indicaties wel bruikbaar ter afbakening van de groep gehandicapten met hoge uitgaven. Deze categorie wordt binnen het PPCZ alleen vertegenwoordigd door gehandicapten die tevens chronisch ziek zijn, een groep met een beperkte omvang. Het lijkt een goed idee de bruikbaarheid van bestaande indicaties in een grotere groep gehandicapten te onderzoeken. Als het PPCZ in 2004 wordt uitgebreid met een representatieve groep mensen met een lichamelijke handicap (het NIVEL voert momenteel in opdracht van het ministerie van SZW een studie uit naar de haalbaarheid hiervan), kan dat mogelijk worden gemaakt.

#### **6.5 Samenwerking eerste en tweedelijnszorg in de GGZ**

*P.M. Rijken, T.D. Können.  
Mogelijkheden van bestaande  
indicaties ter identificatie van  
chronisch zieken en gehandi-  
capten met hoge ziektegerela-  
teerde uitgaven. Utrecht:  
NIVEL, 2003*



*P.M.F.Verhaak, E.M. Zantinge,  
J.F. van den Berg,  
I. Voordouw. Drie jaar erva-  
ring met consultatieregeling  
GGZ ten behoeve van de eer-  
ste lijn. Maandblad  
Geestelijke Volksgezondheid.  
2003, 6, p. 547-558*

Om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ: huisartsen, maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen) van kennis vanuit de tweedelijns GGZ te voorzien, zijn de afgelopen vier jaar overal in Nederland projecten gesubsidieerd waarmee de mobiele GGZ de eerstelijns kon ondersteunen. Projecten namen verschillende vormen aan, waarbinnen drie hoofdcategorieën werden onderscheiden. Allereerst projecten waarin tweedelijns experts als consultatiegever samen met de consultatievrager (meestal een huisarts) patiënten besprak met psychische problemen waar de consultatievrager zelf niet uitkwam. Na het consult volgt dan advies over de behandeling of verwijzing. De tweede vorm komt het meest voor; vanuit de tweedelijns GGZ wordt een deskundige (meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige) in de eerstelijns geplaatst. De consultatievrager kan zijn patiënten met psychische problemen voor gesprekken doorsturen naar deze consultatiegever, die na afloop de patiënt met een advies terugstuurt naar de consultatievrager of een doorverwijzing adviseert. In de derde vorm bestond het merendeel van de consulten uit telefonisch contacten met de tweedelijns deskundige (vaak een psychiater). Meestal gaat het in deze gevallen om adviezen voor medicatie of verwijzing.

De consultatieregeling ontstond uit de gedachte dat hiermee de deskundigheid van de eerstelijnszorg vergroot zou worden. De feitelijke activiteiten hebben in veel gevallen eerder betrekking op verplaatsing van gespecialiseerde zorg naar de eerstelijns dan op deskundigheidsbevordering. De consultatieregeling is in die zin wel een succes te noemen. Deelnemers van beide zijden leren elkaar beter kennen en doen eerder gesignaleerde knelpunten tussen huisartsenzorg en tweedelijns GGZ afnemen.

NIVEL heeft sinds vele jaren ook verschillende activiteiten die zich op internationaal niveau bewegen, vooral in Europees verband. Zo zijn er al jaren onderzoeksactiviteiten die zich toespitsen op het ondersteunen van de ontwikkeling van de huisartsenzorg in een aantal voormalige Oostbloklanden, coördineert het NIVEL de activiteiten van de Europese griep-surveillance en is het NIVEL erkend als WHO Collaborating Center for Primary Health Care. Verder zijn er een aantal studies die verschillende aspecten van gezondheidszorgsystemen vergelijken tussen Europese landen en worden een aantal promovendi van binnen Europa en uit ontwikkelingslanden begeleid bij hun onderzoek. Een paar van de voornaamste projecten in 2003 volgen hierna.

## 1. *European Influenza Surveillance Scheme (EISS)*

Het doel van EISS is bij te dragen aan het verminderen van ziekte en sterfte als gevolg van influenza door het tijdig uitwisselen van informatie over influenza. In EISS doen 22 Europese landen mee: België, Tsjechië, Denemarken, Frankrijk, Duitsland, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Noorwegen, Polen, Portugal, Roemenië, Slowakije, Slovenië, Spanje, Zweden, Zwitserland het Verenigd Koninkrijk. Zie ook: [www.eiss.org](http://www.eiss.org)

## 2. *Morbiditeit en verrichtingen in Centraal Europese huisartspraktijken*

Onder leiding van NIVEL experts zijn en worden in diverse landen in midden en oost Europa (Hongarije, Roemenië, Oekraïne, Slowakije, Wit Rusland en Slovenië) morbiditeit en verrichtingen geregistreerd in huisartspraktijken. De methodologie in de genoemde landen is zoveel mogelijk dezelfde geweest: registratie van klachten, diag-noses en verrichtingen per patiëntencontact en codering volgens ICD of ICPC. Het is interessant een vergelijkende studie uit te voeren naar aangeboden morbiditeit en verrichtingen zowel tussen genoemde landen als met andere landen van Europa, zoals Groot Brittanië en Nederland.

### 3. Eerstelijnszorg in Wit-Rusland

Verder richt een ander project zich op een verdere verbreiding en versterking van de eerstelijnszorg, in Wit-Rusland. Een nieuw element is een model te ontwikkelen en uit te proberen voor eerstelijnszorg in stedelijke gebieden zoals in de regio Minsk, waar de afgrenzing met de alom aanwezige specialistische zorg veel lastiger te organiseren is. In Litouwen richten we ons op huisartsen, wijkverpleegkundigen en patiënten.

#### 7.1 Dé Europese huisarts bestaat niet

De zorg die huisartsen in Europa aan hun patiënten verlenen verschilt sterk van land tot land. Ook binnen elk land zijn de verschillen dikwijls aanzienlijk. Vrijwel overal blijken huisartsen op het platteland meer uiteenlopende problemen te behandelen, meer kleine medische ingrepen te doen en meer huisbezoeken af te leggen dan huisartsen in de stad. Dat komt doordat er op het platteland minder andere zorgvoorzieningen zijn, naast de huisartspraktijk. Ook maakt het verschil of de huisarts een man is of een vrouw. Vrouwen werken vaker in een groepspraktijk, in deeltijd en in een stedelijke omgeving. Ze doen minder medisch-technische verrichtingen dan hun mannelijke collega's en ze zijn meer betrokken bij voorlichtings-activiteiten, bijvoorbeeld over gezonde voeding of stoppen met roken.

Dit blijkt uit een groot Europees onderzoek naar de taken van Europese huisartsen dat is uitgevoerd door het NIVEL. Aan het onderzoek deden bijna achtduizend huisartsen mee uit 32 Europese landen. Dezen vulden een vragenlijst in de eigen taal in over hun betrokkenheid bij een groot aantal concreet omschreven gezondheidsproblemen, over de uitrusting en organisatie van hun praktijk, over samenwerking met andere hulpverleners, over patiëntencontacten en over hun tijdbesteding.

Voor een deel komen de verschillen in huisartsentaken in de verschillende landen doordat huisartsen niet overal voor hun patiënten ook als poortwachter/verwijzer fungeren naar medisch specialisten. In landen met zo'n poortwachtersysteem staan mensen vaak voor langere tijd bij dezelfde huisarts ingeschreven en gaan ze met meer uiteenlopende problemen naar hun huisarts toe dan in landen waar de patiënt ook zonder verwijzing naar een medisch specialist kan.

Een andere oorzaak zijn de verschillende manieren van vestiging en honorering. In landen waar huisartsen als zelfstandig ondernemer in een eigen praktijk werken, is het takenpakket breder, worden meer huisbezoeken afgelegd en maken de huisartsen langere werkweken dan in landen met huisartsen in loondienst. Ook zijn er 'oost-west' verschillen. In de voormalige Oostblok-landen, vooral de landen die tot de

Sovjet Unie behoorden, hebben huisartsen een beperkter takenpakket dan hun collega's in de rest van Europa.

Overall in Europa doen huisartsen meer aan het behandelen van ziekten en gezondheidsklachten, dan aan de preventie daarvan, bijvoorbeeld door middel van het systematisch opsporen van risicofactoren en door activiteiten op het gebied van gezondheidsvoorlichting. Dat geldt ook voor Nederland. Alleen bij de opsporing van baarmoederhalskanker (de uitstrijkjes) hebben de Nederlandse huisartsen wel een belangrijke rol. Dat wordt dan ook afzonderlijk gehonoreerd.

Een systeem met zelfstandig gevestigde huisartsen met ingeschreven patiënten, zoals dat voorkomt in Nederland, Groot-Brittannië, Denemarken en Noorwegen bevordert dat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor de zorg aan hun patiënten en dat er een centraal punt is waar overzicht bestaat, ook al is de patiënt onder behandeling van meerdere hulpverleners.

#### 7.2 Veilig verkeer drukt aantal orgaandonoren in Nederland

Een belangrijke oorzaak voor het relatief lage aantal Nederlandse orgaandonoren, is het feit dat er in Nederland relatief weinig mensen overlijden aan een (verkeers)ongeval. Nederland had 208 orgaandonoren in 2001 (13 donoren per miljoen inwoners). Dit is bij lange na niet genoeg om aan de vraag naar donororganen te voldoen. Veel andere Europese landen hebben meer orgaandonoren per 1 miljoen inwoners. Spanje (29,1 donoren per miljoen inwoners) en Oostenrijk (24,8 donoren per miljoen inwoners) hebben er wel twee keer zoveel als Nederland. Er sterven daar echter ook jaarlijks ongeveer tweemaal zoveel mensen per miljoen inwoners aan een (verkeers)ongeval. In het onderzoek zijn 10 Europese landen vergeleken: Spanje, Oostenrijk, België, Frankrijk, Italië, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, Zweden en Nederland. Nagegaan werd hoeveel orgaandonoren deze landen hebben. Spanje blijkt het grootste aantal donoren te hebben, Nederland behoort samen met Zweden tot de landen met het minste aantal donoren per miljoen inwoners.

Het blijkt dat orgaandonoren vrijwel altijd overleden zijn aan een beroerte of attaque (CVA : Cardio Vasculair Accident), een verkeersongeval of een ander ongeval. België, Frankrijk, Spanje en Oostenrijk hebben de hoogste sterftecijfers voor deze doodsoorzaken. Nederland heeft het laagste cijfer. Dit geldt vooral voor de ongevallen en de verkeersongevallen. Het aantal donoren per miljoen inwoners blijkt sterk afhankelijk te zijn van het aantal mensen tussen de 0-64 dat overlijdt aan een (verkeers-)ongeval of een CVA. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van literatuurstudie, bestaande registraties van verschillende nationale en internationale transplantatiecentra en cijfers bijgehouden door de World Health Organization (WHO).

*W.G.W. Boerma. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL, 2003*

*R. Coppen, R.L. Marquet, R.D. Friele. Het donorpotentieel: een vergelijking van het donorpotentieel in Nederland en 9 andere West-Europese landen. Utrecht: NIVEL, 2003*

*P.P.Groenewegen, D.M.J. Delnoij. De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief. In Medische Sociologie. Redactie C.W. Aakster, J.W. Groothoff. Groningen: Wolters Noordhoff, 2003, p. 155-162*

### **7.3 De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief**

Europese gezondheidszorgsystemen gaan steeds meer op elkaar lijken. Voor de val van de Berlijnse muur konden de Europese gezondheidszorgsystemen in drie families worden ondergebracht: de sociale verzekeringsstelsels (Bismarck), de nationale gezondheidssystemen (Beveridge) en de staatsgezondheidszorg van de Oostbloklanden (Semashko). De laatste twee verkeren nu in een proces van hervorming in de richting van sociale verzekeringsstelsels. Vooral als gevolg van Europese regelgeving en jurisprudentie gaan gezondheidszorgsystemen steeds meer op elkaar lijken.

Verschillen tussen gezondheidssystemen in structuur mogen dan afnemen er zijn nog steeds forse verschillen in hoe goed ze het doen in termen van gezondheid van de bevolking. Beleidsmakers, politici en internationale organisaties leggen steeds meer nadruk op performance, maar het blijft lastig om structuurkenmerken van gezondheidszorgsystemen te relateren aan performance. Toch is de bestudering van die verschillen een belangrijke stap in de vergelijkende analyse van gezondheidszorgsystemen. Doelgerichte gezondheidszorgpolitiek is er uiteindelijk op gericht onderbouwde maatregelen te nemen ter verbetering van de volksgezondheid en ter bestrijding van ziekte.

### **7.4 Organisatie van de zorg raakt de communicatie tussen huisarts en patiënt nauwelijks**

Een groot onderzoek in tien West- en Centraal-Europese landen laat zien dat de manier waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd minder bepalend is voor de communicatie tussen patiënt en huisarts dan patiëntkenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding en het soort gezondheidsklachten (psychosociaal of biomedisch). Ook culturele factoren spelen waarschijnlijk een belangrijke rol. Tegengesteld aan de verwachting is er geen oost-west patroon in de patiënt-huisarts communicatie te ontdekken. Het enige verschil tussen West en Oost-Europa is dat in Oost-Europa de dokter meer aan het woord is (en de patiënt dus minder tijd heeft om zijn verhaal te vertellen). Verder blijkt dat de consultduur in landen waar de huisarts niet als poortwachter fungeert (België, Duitsland, Zwitserland en Zweden) langer is dan in de andere landen. Het onderzoek is gecoördineerd door het NIVEL. Het is uitgevoerd met behulp van video-observaties van gesprekken tussen 117 huisartsen en 2146 patiënten in Zweden, Estland, Polen en Roemenië. Het bouwt voort op een vergelijkbaar onderzoek in zes West-Europese landen (The Eurocomm study, NIVEL 1999). Over de resultaten van beide onderzoeken is gezamenlijk gerapporteerd. In beide onderzoeken werden vragenlijsten voorgelegd aan patiënten en huisartsen,

moesten de huisartsen registratieformulieren invullen en werd de verbale en non verbale communicatie tussen huisarts en patiënt met video opgenomen en bestudeerd. De feitelijke uitvoering lag in elk van de deelnemende landen bij een onderzoeksinstelling of universiteit. Het project is gefinancierd door de Europese Commissie.

In Nederland fungeert de huisarts als poortwachter. Hij is over het algemeen vrijgevestigd en wordt deels betaald per verrichting en deels op basis van het aantal ingeschreven patiënten. In Roemenië is dat ook zo. In de andere acht onderzochte landen (Verenigd Koninkrijk, Spanje, België, Duitsland, Zwitserland, Zweden, Estland en Polen) is dat geheel of gedeeltelijk anders georganiseerd. In de onderzochte Centraal-Europese landen is de eerstelijns gezondheidszorg nog in ontwikkeling. Een verband tussen gezondheidszorgsysteem en arts-patiënt communicatie bleek niet goed aan te tonen. Dit kwam onder andere omdat de drie kenmerken waarop de huisartsen gecategoriseerd werden (poortwachter of niet, vrij gevestigd of in loondienst en het financieringssysteem) lang niet altijd in dezelfde richting wezen. Uit het onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de kans op een sociaal praatje (socialtalk) van de huisarts groter is in landen waar deze als poortwachter fungeert. Het effect hiervan kan echter teniet worden gedaan als dit gebeurt in een land waar de huisartsen vrijgevestigd zijn, omdat dat de kans op dergelijk affectief gedrag juist weer verkleint.

Patiëntkenmerken zijn bepalender voor de patiënt-huisarts communicatie dan huisartskenmerken of de manier waarop de gezondheidszorg georganiseerd is. Culturele factoren spelen wellicht een grotere rol dan voorzien. Deze moeten nader worden onderzocht.

### **7.5 Verschillen tussen Amerikaanse en Nederlandse specialisten**

Amerikaanse consulten met hypertensiepatiënten duren vaak langer dan vergelijkbare Nederlandse consulten; respectievelijk vijftien minuten tegenover negen minuten. In Europa variëren consulten in de eerstelijnszorg tussen de zeven en de zestien minuten. Nederland zit dus in de middenmoot. Het deel van het consult dat dient voor lichamelijk onderzoek is gelijk in Nederland en Amerika. Een specialist gebruikt een kwart van zijn tijd voor het lichamelijk onderzoek. Amerikaanse specialisten stellen patiënten meer vragen. Vooral vragen die betrekking hebben op de biomedische en psychosociale aspecten van een ziekte. Nederlandse specialisten zijn volgens het onderzoek meer gericht op de patiënt zelf. Voor het onderzoek werden 102 Nederlandse consulten en 98 Amerikaanse consulten vergeleken. Het onderzoek is gedaan met behulp van video en bandopnames.

*A. van den Brink-muinen, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, H.I. Maaroos, H.Tähepöld, Z.J. Krol, L. Plawecki, S.C. Oana, M. Boros, U. Satterlund-Larsson, B.M. Bengtsson. Eurocommunication II: a comparative study between countries in Central- and Western Europe on doctor-patient communication in general practice: final report. Utrecht: NIVEL, 2003*

*J.M.Bensing,D.L. Roter,  
R.L.Hulsman. Communicaion  
patterns of primary care physi-  
cians in the United States and The  
Netherlands. Journal of General  
Internal Medicine.2003,vol 18,5,  
p335-342.*

Ook werd de consultduur vlak na het consult geregistreerd. De verschillen tussen Amerikaanse en Nederlandse artsen zijn duidelijk wanneer het gaat om duur van het consult en communicatie. De verschillen zijn volgens de onderzoekers ontstaan door cultuur en opleidingsverschillen in de twee Westerse landen. Specialisten in Amerika zien bijvoorbeeld de lengte van een consult als een belangrijke indicator voor de geleverde kwaliteit. Als kritische kanttekening bij het onderzoek moet vermeld worden dat de gegevens nogal verouderd zijn. De Amerikaanse studie vond namelijk plaats in 1992 en de Nederlandse gegevens stammen uit 1986.

### **8.1 Op het snijvlak van papieren en digitale informatievoorziening**

De collectievorming van de bibliotheek en het bieden van toegang tot allerlei informatiebronnen is nauw verweven met het onderzoek van het NIVEL.

De balans begint te verschuiven van papieren informatie naar digitale informatie. Steeds meer nationale en internationale organisaties – uitgevers, onderzoeksinstituten, ministeries, beleids- en adviesorganen, etc. - stellen steeds meer van hun producten fulltext beschikbaar. Maar ook moeten de ontwikkelingen in de uitgeverwereld -bundeling van uitgevers tot enkele grote conglomeraten die een steeds grotere macht op de wetenschappelijke tijdschriftenmarkt krijgen - en het nationale leen- en kopieleverantie-systeem, PICA, nauwlettend in de gaten gehouden worden. Snel stijgende prijzen van de tijdschriften, ook de elektronische versie hiervan, leggen een groot beslag op de beschikbare budgetten en dus ook de toegankelijkheid van informatie. Dit geldt eveneens voor de kopieleverantie van tijdschriftartikelen. Deze ontwikkelingen zijn van grote invloed op de primaire taak van de bibliotheek: het faciliteren van de interne informatievoorziening. Veel externe informatie is al direct toegankelijk via de eigen werkplek. Op het NIVEL-intranet is een informatieplatform gecreëerd waarbij een directe en ongehinderde toegang -zonder logins en passwords- gegeven wordt naar externe web georiënteerde data-, fulltexttijdschriften- en literatuurbestanden.

Opererend in dit spanningsveld van al of niet vrij toegankelijke informatie is in 2003 een intern gebruikersonderzoek gehouden. Doel hierbij was om in kaart te brengen welke informatiebronnen, al of niet gefaciliteerd door de bibliotheek, gebruikt worden en welke informatiebronnen en in welke vorm nodig zijn voor het uitvoeren van onderzoeksprojecten. Een belangrijk resultaat is de behoefte aan thematisch geordende elektronische informatie, bijvoorbeeld van websites van organisaties die belangrijke documenten/informatie elektronisch beschikbaar stellen. De behoefte aan toegang tot meer elektronische tijdschriften was voorspelbaar. Ook is uit dit gebruikersonderzoek gebleken dat de papieren collectie nog in een grote behoefte voorziet.

De papieren bibliotheekcollectie is in 2003 gegroeid met ruim 2600 titels van boeken, rapporten, beleidsnota's, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal.

### 8.2 Thematische presentatie van informatie

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

#### Literatuurbestand 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 2003 ca. 10.500 titels. Het bestand is vanaf mei 2003 toegankelijk via de websites van de participerende instituten. Het bestand is sindsdien ruim 8000 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. Vanaf 1995 worden elke twee maanden de nieuw opgenomen titels betreffende de verpleging en verzorging in de catalogi van de participerende instituten aan het bestand toegevoegd. Vanwege een ingrijpende sanering van de collecties van Prismant en het LEVV in de afgelopen jaren wordt het bestand op dit moment geheel opnieuw opgebouwd.

#### Documentatiecentrum Statistische Data Internationale Gezondheidszorgsystemen

De jarenlange collectioneringsactiviteiten rondom het documentatiecentrum, ter ondersteuning van het internationaal vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgsystemen, hebben geleid tot een omvangrijke collectie met de meest recente statistische gegevens over de structuur van de gezondheidszorg en over de gezondheidstoestand (morbiditeits- en mortaliteitsgegevens) van met name West-, Oost- en Zuid-Europese landen. Van een aantal landen wordt de papieren versie niet meer ge-updated. Immers van steeds meer landen zijn de statistische data landen elektronisch toegankelijk. Deze gegevensbestanden zijn via het intranet voor de onderzoekers te raadplegen.

#### Reviews en bibliografieën

In nauwe samenwerking met onderzoekers worden reviews en bibliografieën samengesteld. In 2003 zijn rond het thema zeldzame ziekten en chronisch zieke kinderen twee bibliografieën gepubliceerd:

'Rare diseases: a bibliography on health care and daily life' en Children, 'adolescents and young adults with a chronic illness: quality of life, social participation and health care.'

#### 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 bestrijkt de TG het gehele gebied van de gezondheidszorg. De TG wordt inmiddels door vele organisaties gebruikt voor de ontsluiting van de literatuur waardoor een uniforme en doelmatige ontsluiting van de enorme hoeveelheid gezondheidszorgliteratuur bereikt wordt. In 2003 is de vijfde editie van de TG gepubliceerd. Ook is voor het eerst een elektronische versie van de TG uitgebracht die onder licentie aan organisaties uitgeleverd wordt. Hiermee worden zowel bibliotheekcollecties als kennisdatabanken toegankelijk gemaakt.

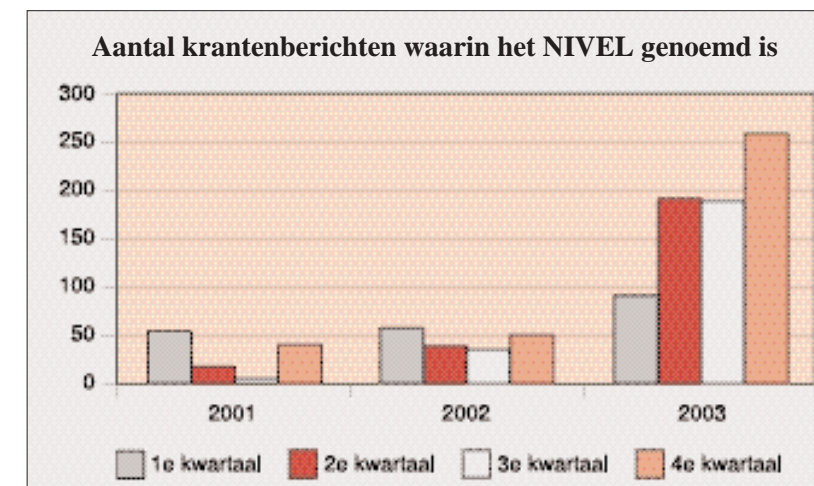
### 8.3 Toegankelijk voor iedereen

De NIVEL bibliotheken is één van de weinige bibliotheken op het domein van de gezondheidszorg die voor iedereen vrij toegankelijk is. De catalogus is te raadplegen via de website van het NIVEL. Hiermee is de bibliotheekcollectie met ruim 78.000 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 in de veel gebruikte internationale literatuurbestanden. De bibliotheekcatalogus op internet is in 2003 ruim 15.000 keer geraadpleegd.

In 2003 zijn in totaal 3307 boeken en rapporten uitgeleend. Ten opzichte van 2002 is dit een stijging van ruim 30%. Ook het aantal IBL-aanvragen (met gemiddeld 3 documenten per aanvraag) is gestegen (342). Hiermee is het gebruik van de collectie door derden weer op het niveau van vóór 2002 gekomen. Het aantal aanvragen voor literatuur over speciale onderwerpen is verdubbeld (247). Ruim de helft van de vragen had betrekking op het leveren van statistische data over specifieke onderwerpen.

Eén van de manieren om onderzoeksresultaten van het NIVEL vindbaar te maken is er zorg voor te dragen dat de media aandacht besteden aan NIVEL onderzoek. Dit draagt natuurlijk ook bij aan de naamsbekendheid van het NIVEL. Daarom is het belangrijk dat NIVEL onderzoek met enige regelmaat in de media aandacht krijgt. In 2003 is het aantal krantenknipsel waarin de naam van het NIVEL voorkomt fors toegenomen vergeleken met de voorgaande jaren. Het gaat vaak om een bericht naar aanleiding van het uitkomen van een NIVEL onderzoek. Steeds vaker wordt ook NIVEL onderzoek aangehaald in een artikel waarvoor de aanleiding elders lag. Een belangrijke bron van deze berichten wordt gevormd door de website. In totaal werden in 2003 87 korte berichten op de voorpagina van onze website geplaatst, ruim anderhalf bericht per week. De website werd per maand in 2003 door gemiddeld 9000-10.000 bezoekers bezocht. NIVEL medewerkers zijn in 2003 nauwelijks op tv te zien of via de radio te horen geweest.

fig. 1. Aantal krantenberichten waarin het NIVEL genoemd is:



## Externe contacten

(lidmaatschappen, commissies, redacties)

10

### *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 voor Gezondheids Onderzoek (RGO)
- Lid raad van toezicht Nationaal Regie-Organ Genomics
- Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW):
  - Bestuurslid Sociaal Wetenschappelijke Raad (SWR)
- Voorzitter Commissie beoordelingsmethoden van geesteswetenschappelijk en sociaal wetenschappelijk onderzoek
  - Jurylid Dr. Hendrik Muller Prijs
- ZonMw:
  - Voorzitter Programma Geestkracht
  - Lid werkgroep Sekse en Gezondheid
  - Lid programmacommissie nationaal congres Kennis beter delen in de gezondheidszorg
- Voorzitter Bestuur Onderzoeksschool CaRe
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health
- Lid Stuurgroep 'Doelmatigheidsonderzoek' CVZ
- Voorzitter Patient-Provider interaction Group
- Voorzitter EACH (European Association for Communication in Health Care)
  - Lid Wetenschappelijke Commissie EACH-conferentie Brugge
- 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 Counseling'
- Lid Commissie van beroep NIP
- Lid Adviescommissie Leidsche Rijn



**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
- Associate editor of Health Services Research of Social and Preventive -medicine (tot oktober 2003)
- EUPHA (European Public Health Association):
  - Permanent lid Wetenschappelijke Commissie EUPHA Conference (tot november 2003)
  - Secretaris EUPHA-executive council, speciaal belast met jaarlijkse conferentie (tot november 2003)
- Jeltje de Bosch Kemper Stichting, lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrink prijs
- ZonMw: lid TOPIZ-taakgroep A, Nationale Coördinatie van onderzoek aan infectieziekten
- ZonMw: lid congrescommissie voorbereiding TOPIZ
- KNGF; lid commissie onderzoeksbegeleiding

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

- Lid CBS-Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken
- Lid International Editorial Board Health & Place
- Voorzitter bestuur tijdschrift Kwaliteit in Beeld

**A. Bartelds, arts**

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

**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)
- LOIB (Landelijk Overlegplatform Internationaal Beleid)

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

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

**Dr. H. Calsbeek**

- Lid van de Vakinhoudelijke Raad (VIR) van NU'91

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

- Lid van de the International Editorial Board of the Journal of Advanced Nursing
- redactieraad verpleegkunde: Vlaams Nederlands Wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen

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

- Lid dagelijks bestuur Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie (IWZ)
- Voorzitter van de sectie Health Services Research van de EUPHA
- Lid Executive Council EUPHA (vanaf november 2003)

**Dr. W.L.J.M. Devillé**

- Lid werkgroep 'Allochtonen en Kanker' van de Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding
- Lid redactie Medische Antropologie

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

- Secretaris Nederlandse Sociologische Vereniging
- Redactielid FACTA

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

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

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

- Lid ZonMw werkgroep thuiszorgtechnologie
- Lid begeleidingscommissie LVT-project Technologie in de Thuiszorg (KITZ)
- Lid Monitor commissie Decennium van het Bewegingsapparaat
- 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
- Redactielid Handboek Zorgvernieuwing

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

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

**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 themacommissie Cultuur en Gezondheid
  - Lid werkgroep Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorgonderzoek
  - Lid subcommissie Implementatie van het programma Doelmatigheid
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad van het Zentrum für Public Health, Universität Bremen
- Gezondheidsraad:
  - Lid commissie Natuur en Gezondheid
  - Lid commissie Eerstelijnsgezondheidszorg
  - Lid Programmacommissie WONCA conferentie Amsterdam, 2004, programma praktijkmanagement

**Dr. Ph. Heiligers**

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

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

- Lid wetenschappelijke Advies Commissie Gezondheidsonderzoek Vogelpest (AMC).

**drs. J.J.M. Lindert**

- Lid redactie CaRé bulletin van onderzoeksschool CaRe

**Dr. F.G. Schellevis**

- Lid Coreon ( Commissie Regelgeving en Onderzoek van de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen)
- Lid redactiecommissie Huisarts & Wetenschap

**Dr. E.M. Sluijs**

- Lid Begeleidingsgroep Kwaliteit AMW van de MO-groep

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

- Lid Editorial Board Patient Education and Counseling

**Dr. R.A. Verheij**

- Lid voorbereidingscommissie Conferentie Regionale verschillen in geneesmiddelengebruik. DGV (vereniging ter bevordering verantwoord medicijngebruik)

**Dr. C. Wagner**

- Adviseur kwaliteitsplatform Verpleging & Verzorging van de AVVV
- Adviseur Landelijke Vereniging Thuiszorg in de denktank over uitkomstindicatoren in de thuiszorg
- Voorzitter European Research Network om Quality Management in Health Care
- Lid redactie Kwaliteit in Beeld
- Lid redactie Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung

## *11.1 Internationale artikelen*

- J.F. Aguilera, W.J. Paget, A. Mosnier, M.L. Heijnen, H. Uphoff, J. van der Velden. Heterogeneous case definitions used for the surveillance of influenza in Europe. *European Journal of Epidemiology*: 18, 2003, nr. 8, p. 751-754.
- M. Algera, A.L. Francke, A. Kerkstra, J. van der Zee. An evaluation of the new home-care needs assessment policy in the Netherlands. *Health and Social Care in the Community*: 11, 2003, nr. 3, p. 232-241.
- O.A. Arah, N.S. Klazinga, D.M.J. Delnoij, A.H.A. ten Asbroek, T. Custers. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*: 15, 2003, nr. 5, p. 377-398.
- R. Baker, J. Holloway, C.C.M. Holtkamp, A. Larsson, L.C. Hartman, R. Pearce, B. Scherman, S. Johansson, P.W. Thomas, L.A. Wareing. Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*: 43, 2003, nr. 5, p. 465-477.
- J. Bensing, L. Zandbelt, C. Zimmermann. Introduction: sequence analysis of patient-provider interaction. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*: 12, 2003, nr. 2, p. 78-80.
- J. Bensing, S. van Dulmen, K. Tates. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling*: 50, 2003, nr. 1, p. 27-32.
- J.M. Bensing, D.L. Roter, R.L. Hulsman. Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *Journal of General Internal Medicine*: 18, 2003, nr. 5, p. 335-342.
- J.M. Bensing, W.M. Caris-Verhallen, J. Decker, D.M. Delnoij, P.P. Groenewegen. Doing the right thing and doing it right: toward a framework of assessing the policy relevance of health services research: 19, 2003, nr 4, p. 604-612.
- A. van den Brink-Muinen, W.M.C.M. Caris-Verhallen. 'Doctors' responses on patients' concerns: testing the use of sequential analysis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*: 12, 2003, nr. 2, p. 92-97.
- A. van den Brink-Muinen, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, O. Bahrs, M. Deveugele, L. Gask, N. Mead, F. Leive-Fernandez, A. Perez, V. Messerli,

- L. Oppizzi, M. Peltenburg. Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*: 20, 2003, nr. 4, p. 478-485.
- D. Buor. Mothers education and childhood mortality in Ghana. *Health Policy*: 54, 2003, nr. 3, p. 297-309. - S.F. Cappa, T Benke, S. Clarke, B. Rossi, B. Stemmer, C.M. van Heugten. EFNS Guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*: 10, 2003, p. 11-23.
  - J. Crofts, J. Paget, F. Karcher. H5N1 avian influenza virus: human cases reported in southern China. *Eurosurveillance Weekly*: 7, 2003, nr. 9, p. 1.
  - J. Dekker, M. Rijken, M. van Poppel, A. de Bruin. The possession of technical aids among persons with a somatic chronic disease. *Disability and Rehabilitation*: 25, 2003, nr. 8, p. 393-398.
  - D.M.J. Delnoij, N.S. Klazinga, K. van der Velden. Building integrated health systems in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 3, p. 240-245.
  - R. DeVries. Can the Dutch way of birth teach us to do health care reform better? *Social Science and Modern Society*: 40, 2003, nr. 3, p. 43-48.
  - A.J.E. Dirkzwager, I. Bramsen, H.M. van der Ploeg. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*: 34, 2003, p. 1545-1559.
  - S. van Dulmen, M. Nübling, W. Langewitz. Doctor's responses to patients' concerns: an exploration of communication sequences in gynaecology. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*: 12, 2003, nr. 2, p. 98-102. - S. van Dulmen. Patient-centredness. *Patient Education and Counseling*: 51, 2003, nr. 3, p. 195-196.
  - M. van der Esch, M. Heijmans, J. Dekker. Factors contributing to possession and use of walking aids among persons with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*: 49, 2003, nr. 6, p. 838-842.
  - F. el Fakiri, M. Foets, M. Rijken. Health care use by diabetic patients in the Netherlands: patterns and predicting factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*: 61, 2003, p. 199-209.
  - D.M. Fleming, J. van der Velden, W.J. Paget. The evolution of influenza surveillance in Europe and prospects for the next ten years. *Vaccine*: 21, 2003, nr. 16, p. 1749-1753.
  - D.M. Fleming, J.K. van der Velden, W.J. Paget. The evolution of influenza surveillance in Europe: an inventory of strategies to reach target populations and optimise vaccination uptake. *Vaccine*: 21, 2003, p. 1749-1753.

- D.M. Fleming, F.G. Schellevis, W.J. Paget. Health monitoring in sentinel practice networks: the contribution of primary care. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 3, p. 80-84.
- F.M. de Graaff, A.L. Francke. Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands: carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *International Journal of Nursing Studies*: 40, 2003, nr. 8, p. 797-805.
- S. Gress, D. Delnoij, P.P. Groenewegen. Exit and voice in dutch social health insurance. *Journal for Institutional Comparisons*: 1, 2003, nr. 3, p. 47-53.
- P.P. Groenewegen, G.P. Westert, H.C. Boshuizen. Regional differences in healthy life expectancy in the Netherlands. *Public Health*: 117, 2003, nr. 6, p. 424-429.
- E. Hak, S. van Loon, E. Buskens, G.A. van Essen, D. de Bakker, M.A.J.B. Tacken, B.A. van Hout, D.E. Grobbee, T.J.M. Verheij. Design of the Dutch prevention of influenza, surveillance and management (PRISMA) study. *Vaccine*: 21, 2003, nr. 15, p. 1719-1724.
- C.F. Hekkink, H.J. Sixma, L. Wigersma, C.J. Yzermans, J.T.M. van der Meer, P.J.E. Bindels, K. Brinkman, S.A. Danner. QUOTE-HIV: an instrument for assessing quality of HIV care from the patients' perspective. *Quality and Safety in Health Care*: 12, 2003, nr. 3, p. 188-193.
- H.L. Hoeksma, C.H.M. van den Ende, H.K. Runday, A. Heering, F.C. Breedveld. Comparison of the responsiveness of the Harris Hip Score with generic measures for hip function in osteoarthritis of the hip. *Annals of the Rheumatic Diseases*: 62, 2003, p. 935-938.
- J.D. de Jong, P.P. Groenewegen, G.P. Westert. Mutual influences of general practitioners in partnerships. *Social Science & Medicine*: 57, 2003, nr. 8, p. 1515-1524.
- N. de Jong, M.C. Ocké, H.A.C. Branderhorst, R. Friele. Demographic and lifestyle characteristics of functional food consumers and dietary supplement users. *British Journal of Nutrition*: 89, 2003, p. 273-281.
- Z. de Jong, M. Munneke, A.H. Zwinderman, H.M. Kroon, A. Jansen, K.H. Runday, D. van Schaardenburg, B.A.C. Dijkmans, C.H.M. van den Ende, F.C. Breedveld, T.P.M. Vliet Vlieland, J.M.W. Hazes. Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis?: results of a randomized controlled trial. *Arthritis and Rheumatism*: 49, 2003, nr. 9, p. 2415-2424.
- J.J. Kerssens, P.P. Groenewegen. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expectations*: 6, 2003, nr. 4, p. 312-322.
- M. Kroneman, W.J. Paget, G.A. van Essen. Influenza-vaccination in Europe: an

- inventory of strategies to reach target populations and optimise vaccination uptake. *Eurosurveillance*: 8, 2003, nr. 6, p. 130-138.
- M. Kroneman, M. van Oort, P. Groenewegen, D. de Jong. Variation in day surgery among Dutch hospitals: the development of a theoretical model to explain variations. *Ambulatory Surgery*: 10, 2003, p. 73-79.
  - C. Leemrijse. Developmental coordination disorder: evaluation and treatment. *Dutch Journal of Physical Therapy*: 113, 2003, nr. Special, p. 24-27.
  - A.H. Leyland, P.P. Groenewegen. Multilevel modelling and public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health*: 31, 2003, p. 267-274.
  - J.G. van Manen, P.J.E. Bindels, F.W. Dekker, B.J.A.M. Bottema, J.S. van der Zee, C.J. IJzermans, E. Schadé. The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*: 56, 2003 p.1177-1184.
  - R.L. Marquet, A. Bartelds, G.J. Visser, P. Spreeuwenberg, L. Peters. Twenty five years of requests for euthanasia and physician assisted suicide in Dutch general practice: trend analysis. *British Medical Journal*: 327, 2003, nr. 7408, p. 201-202.
  - W.A.M. Mellink, A.M. van Dulmen, TH. Wiggers, P.M.M. Spreeuwenberg, A.M.M. Eggermont, J.M. Bensing. Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *Journal of Clinical Oncology*: 21, 2003, nr. 8, p. 1492-1497.
  - P. Mistiaen, E. Poot. Telephone follow-up initiated by a hospital-based health professional for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Library*: 2003, nr. 4.
  - M. Munneke, Z. de Jong, A.H. Zwinderman, A. Jansen, H.K. Runday, W.F.H. Peter, D.C.G. Boonman, C.H.M. van den Ende, T.P.M. Vliet Vlieland, J.M.W. Hazes. Adherence and satisfaction of rheumatoid arthritis patients with a long-term intensive dynamic exercise program (RAPIT program) *Arthritis and Rheumatism*: 49, 2003, nr. 5, p. 665-672.
  - J. Paget, M. Zambon, H. Uphoff, A. Bartelds. Declining influenza activity in Europe while public concern over SARS has not increased general practice consultations for influenza-like illness of acute respiratory infections. *Eurosurveillance Weekly*: 7, 2003, nr. 16, p. 1-3.
  - J. Paget. Increasing laboratory confirmed cases of influenza in Europe, particularly cases of influenza B in the south west. *Eurosurveillance Weekly*: 7, 2003, nr. 2, p. 1-2.
  - J. Paget, D. Fleming, A. Meijer, S. Samuelson, B. Schweiger. Low but increasing levels of influenza activity in Europe: an update form EISS, week 43. *Eurosurveillance Weekly*: 7, 2003, nr. 45, p. 1-3.

- W.J. Paget, T.J. Meerhoff, H. Rebelo. Heterogeneous influenza activity across Europe during the winter of 2002-2003. *Eurosurveillance*: 8, 2003, nr. 12, p. 230-239.
- W.J. Paget. Protocol for the evaluation of clinical data collected by the European Influenza Surveillance Scheme. *Eurosurveillance Weekly*: 7, 2003, nr. 26, p. 1.
- E. Poot, P. Mistiaen, S. Hickox, C. Wagner. Effectiveness of interventions influencing activities of daily living on visually impaired patients: a systematic review. *Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses*: 28, 2003, nr. 4, p. 99-104.
- A. Rütten, G. Lüschen, T. von Lengerke, T. Abel, L. Kannas, J.A. Rodríguez Diaz, J. Vinck, J. van der Zee. Determinants of health policy impact: a theoretical framework for policy analysis. *International Journal of Public Health*: 48, 2003, nr. 5, p. 293-300.
- R.J.P.M. Scholten, W. Opstelten, C.G. van der Plas, D. Bijl, W.L.J.M. Devillé, L.M. Bouter. Accuracy of physical diagnostic tests for assessing ruptures of the anterior cruciate ligament: a meta-analysis. *Journal of Family Practice*: 52, 2003, nr. 9, p. 689-694.
- E.M. Sluijs, C. Wagner. Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000. *International Journal for Quality in Health Care*: 15, 2003, nr. 3, p. 223-234.
- H.J.M. Smit, R.P. Golding, F.M.N.H. Schramel, W.L. Deville, R.A. Manoliu, P.E. Postmus. Lung attenuation measurements in healthy young adults. *Respiration*: 70, 2003, p. 143-148.
- E.M.J. Steultjens, J. Dekker, L.M. Bouter, J.C.M. van de Nes, B.L.M. Lambregts, C.H.M. van den Ende. Occupational therapy for children with cerebral palsy. *Cochrane Library*: 2003, nr. 4.
- E.M.J. Steultjens, J. Dekker, L.M. Bouter, J.C.M. van de Nes, E.H.C. Cup, C.H.M. van den Ende Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke*: 34, 2003, nr. 3, p. 676-687.
- E.M.J. Steultjens, J. Dekker, L.M. Bouter, M. Cardol, J.C.M. van de Nes, C.H.M. van den Ende. Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane Library*: 2003, nr. 3.
- H. Tähepõld, H.I. Maaros, R. Kalda, A. van den Brink-Muinen. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*: 21, 2003, nr. 3, p. 167-170.
- N.C.M. Theunissen, D.T.D. de Ridder, J.M. Bensing, G.E.H.M. Rutten. Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or

- action plans concerning adherence. *Patient Education and Counseling*: 51, 2003, nr. 3, p. 247-258.
- H. de Vries, A. Mudde, S. Kremers, J. Wetzels, E. Uiters, C. Ariza, P. Duarte Vitoria, A. Fielder, K. Holm, L.H.M. Janssen, R. Lehtuvuori, M. Candel. The European smoking prevention framework approach (ESFA): short-term effects. *Health Education Research*: 18, 2003, nr. 6, p. 649-663.
  - S. de Vries, R.A. Verheij, P.P. Groenewegen, P. Spreeuwenberg. Natural environments - healthy environments?: an exploratory analysis of the relationship between greenspace and health. *Environment and Planning A*: 35, 2003, p. 1717-1731.
  - C. Wagner, G.G. van Merode, M. van Oort. Costs of quality management systems in long-term care organizations: an exploration. *Quality Management in Health Care*: 12, 2003, nr. 2, p. 106-114.
  - J. van Weert, S. van Dulmen, P. Bar, E. Venus. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Education and Counseling*: 49, 2003, nr. 2, p. 105-114.
  - T.A. Wiegers. General practitioners and their role in maternity care. *Health Policy*: 66, 2003, nr. 1, p. 51-59.
  - H.A.H. Wijnhoven, D.M.W. Kriegsman, A.E. Hesselink, M. de Haan, F.G. Schellevis. The influence of co-morbidity on health-related quality of life in asthma and COPD patients. *Respiratory Medicine*: 97, 2003, nr. 5, p. 40-52.
  - J. van der Zee, M. Kroneman, B. Bolibar. Conditions for research in general practice: can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? *European Journal of General Practice*: 9, 2003, nr. 2, p. 41-47.
  - M. Zwaanswijk, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, J. van der Ende, F.C. Verhulst. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *Psychological Medicine European Child & Adolescent Psychiatry*: 12, 2003, nr. 4, p. 153-161.
  - M. Zwaanswijk, J. van der Ende, P.F.M. Verhaak, J.M. Bensing, F.C. Verhulst. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*: 42, 2003, nr. 6, p. 692-700.

### 11.2 Overige Internationale (Engelstalige) publicaties

- A.I.M. Bartelds. Continuous morbidity registration sentinel stations The Netherlands 2001. Utrecht: NIVEL, 2003. 156 p.
- J.M. Bensing, W. Langewitz. Die ärztliche Konsultation. In: R.H. Adler; J.M.

Herrmann; K. Köhle; W. Langewitz; O.W. Schonecke; T. von Uexküll; W. Wesiack. *Psychosomatische Medizin: modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Fischer, 2003, p. 415-424.

- A. van den Brink-Muinen, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, H.I. Maarros, H. Tähepöld, Z.J. Krol, L. Plawecki, S.C. Oana, M. Boros, U. Satterlund-Larsson, B.M. Bengtsson. Eurocommunication II: a comparative study between countries in Central- and Western Europe on doctor-patient communication in general practice: final report. Utrecht: NIVEL, 2003. 128 p.
- B. Braun, M. Calnan, P. Groenewegen, E. van der Schee, M. Schnee. Zeitlicher und internationaler Vergleich des Vertrauens in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens. In: J. Böcken; B. Braun; M. Schnee. *Gesundheitsmonitor 2003*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2003, p. 136-158.
- A.L. Francke. Palliative care for terminally ill patients in the Netherlands: Dutch government policy. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport, 2003. 36 p.
- P. Groenewegen, S. Greß. Der Hausarzt in den Niederlanden - Auslaufmodell oder Reformperspektive für die GKV? In: T. Gerlinger; S. Greß; P. Groenewegen; P. Hassenteufel; S. Iliffe; D. Klemperer; K. Michelsen; E. Walzik. *Jahrbuch für Kritische Medizin: Gesundheitsreformen - internationale Erfahrungen*. Berlin: Argument-Verlag, 2003. p. 73-91.
- R.M.A. van Nispen, E. Breuning. Rare diseases: a bibliography on health care and daily life. Utrecht: NIVEL, 2003. 101 p.
- J. Weinman, M. Heijmans, M.J. Figueiras. Carer perception of chronic illness. In: L.D. Cameron; H. Leventhal. *The self-regulation of health and illness behaviour*. London/New-York: Routledge, 2003, p. 207-219.

### 11.3 Dissertatie

- W.G.W. Boerma. Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL, 2003. 240 p. Proefschrift Universiteit Maastricht.
- H. Calsbeek. The social position of adolescents and young adults with chronic digestive disorders. [De sociaal-maatschappelijke positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening.] Utrecht: NIVEL, 2003. 180 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- C.C.M. Holtkamp. NIVEL Effects of the Resident Assessment Instrument on quality of care and quality of life in nursing homes. Utrecht: NIVEL, 2003. 241 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

#### 11.4 *Nederlandstalige artikelen in een wetenschappelijk tijdschrift*

- A.N. Baanders. Mensen met chronische aandoeningen en de WAO-plannen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 7, p. 403-409.
- J.C.J. Dute, M.J. van der Koelen, R.D. Friele. Het gebruik van medische gegevens voor wetenschappelijk onderzoek: evaluatie van de wettelijke regeling. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 2, p. 97-102.
- P.P. Groenewegen, S. Hofland. Maatschappen van specialisten: ontwikkeling in omvang en samenstelling. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 1, p. 27-33.
- J.C. de Jong, G.F. Rimmelzwaan, A.I.M. Bartelds, R.A.M. Fouchier, B. Wilbrink, A.D.M.E. Osterhaus. Het influenzaseizoen 2002/03 in Nederland en de vaccinsamenstelling voor het seizoen 2003/04. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 147, 2003, nr. 40, p. 1971-1975.
- H. van Lindert, P.P. Groenewegen, F.C.B. van Wijmen. Gezondheidsrecht in maatschappelijk perspectief: naar een empirisch toetsingskader voor de werking van informed consent (Wgbo). Recht der Werkelijkheid: 24, 2003, nr. 1, p. 21-36.
- D. de Ridder, N. Theunissen. De rol van ziektepercepties in therapietrouw bij hypertensie. Gedrag & Gezondheid: 31, 2003, nr. 4, p. 237-249.
- F.G. Schellevis, G.P. Westert, D.H. de Bakker, P.P. Groenewegen, J. van der Zee, J.M. Bensing. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 1, p. 7-11.
- E.M. Sluijs, R.D. Friele. Onvrede over klachtenbehandelingen in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 6, p. 318-326.
- J.N. Struijs, C.A. Baan, J.B.F. Hutten, G.P. Westert. De mogelijkheden van koppeling van geanonimiseerde huisarts- en ziekenhuisgegevens: een vooronderzoek. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 5, p. 281-287.
- C. Veenhof, M. Ketelaar, E. van Petegem-van Beek. De Gross Motor Function Measure (GMFM): een onderzoek naar de betrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 113, 2003, nr. 2, p. 32-35.
- C. Veenhof, M. Ketelaar, E. van Petegem-van Beek, A. Vermeer. De Gross Motor Function Measure (GMFM): een onderzoek naar de responsiviteit van de Nederlandse vertaling. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 113, 2003, nr. 2, p. 36-41.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke. Thuiszorg voor allochtone ouderen: een inventarisatie. Verpleegkunde: 18, 2003, nr. 3, p. 169-179.

- L.F.J. van der Velden, A.L. Francke, D.L. Willems, L.J. Stokx, L. Hingstman. Sterfte aan niet-acute aandoeningen: enkele prognoses en de mogelijke gevolgen voor de zorgvraag. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 2, p. 85-90.
- P.F.M. Verhaak, E.M. Zantinge, J.F. van den Berg, I. Voordouw. Drie jaar ervaring met consultatieregeling GGZ ten behoeve van de eerste lijn. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid: 58, 2003, nr. 6, p. 547-559.
- R. Verkaik, A. Francke, R. Friele. De omgang van verpleegkundigen met patiëntgegevens: een verkenning van de uitvoering van de WGBO binnen de verpleegkundige professie. Verpleegkunde: 18, 2003, nr. 1, p. 21-27.
- R. Verkaik, A. Francke, R. Friele. Verpleegkundigen en informed consent: een verkenning van de uitvoering van de WGBO binnen de verpleegkundige professie. Verpleegkunde: 18, 2003, nr. 2, p. 82-92.
- T.A. Wiegens. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 8, p. 432-434.
- J. van der Zwaard, A. Francke, C. Gamel. Informatiebehoeften van patiënten die palliatieve zorg ontvangen en hun naasten. Verpleegkunde: 18, 2003, nr. 1, p. 8-20.

#### 11.5 *artikelen in vaktijdschriften*

- NIVEL: de huisarts moet geen manager worden, maar hij moet wel meer verstand van management krijgen. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 3, p. 52-53.
- LINH. De influenzavaccinatiegraad in de huisartspraktijk. Infectieziekten Bulletin: 14, 2003, nr. 2, p. 40-43.
- A.I.M. Bartelds. Is de kans groot dat een verkouden huisarts zijn patiënten ansteekt? Vademecum Permanente Nascholing Huisartsen: 21, 2003, nr. 41
- D. Beaujean, J. Hutten, P. Groenewegen. Specialisten bezorgd over de zorg! Kwaliteit in Beeld: 13, 2003, nr. 1, p. 6-7.
- J.M. Bensing, H. van Lindert. Vermoeider dan ooit: stijgend aantal moeheidsklachten verdient de aandacht van artsen. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 14, p. 551-555.
- M. van den Berg, D. de Bakker, E. Kolthof, M. Cardol, A. van den Brink-Muinen. De werkdruk van de huisarts: zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en in 2001. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 26/27, p. 1054-1056. - J.T. Bos, C. Wagner, D.H.M. Frijters. Anamnese en planning van zorg met het RAI-HC. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 2, p. 54-59.
- H. Calsbeek, L. Hingstman, H. Talma, W. van der Windt. De nieuwste feiten over

- vraag en aanbod verpleging en verzorging. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 1, p. 38-41.
- D. Coffie, T. Wieggers, F. Schellevis. Het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg. Tijdschrift voor Verloskundigen: 28, 2003, nr. 6, p. 315-320.
  - D.S.V. Coffie, T.A. Wieggers, F.G. Schellevis. Verloskunde uit de eerste lijn: verschuiving in taakopvatting van huisartsen. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 20, p. 803-804.
  - D.M.J. Delnoij, A.P.N. van Rooijen, L. Wigersma, P.P. Groenewegen. Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 11, p. 419-422.
  - M. Deveugele, A. Derese, A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, J. de Maeseneer. Consultatieduur in de huisartsenpraktijk: cross-sectionele studie in zes Europese landen. Huisarts Nu: 32, 2003, nr. 9, p. 464-471.
  - L. van Dijk, F. Dijkers, F. Schellevis. Gecontroleerd voorschrijven: monitoring herhaalreceptuur verdient meer aandacht. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 35.
  - L. van Dijk. LINH- cijfers: Verschillen tussen mannen en vrouwen in gebruik van statines. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 6, p. 297.
  - L. van Dijk. LINH-cijfers: geneesmiddelengebruik verschilt tussen allochtonen en autochtonen. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 9, p. 481.
  - R. Friele, R. Coppen, R. Marquet. Nederland is goed in donorpreventie. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 46, p. 1760.
  - M. Geurts, J. Bos, C. Wagner. Kwaliteitsactiviteiten en patiëntenperspectief: patiënten nog te weinig betrokken. Tijdschrift voor Verpleegkunde: 113, 2003, nr. 6, p. 14-19.
  - M. Heijmans. Ziek zijn eist zijn tol: een op de drie chronisch zieken heeft psychosociale problemen. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 30/31, p. 1159-1162.
  - Ph. Heiligers, L. Hingstman. Deeltijds werken bij medisch specialisten. Over werk, tijdschrift van het steunpunt WAV: 13, 2003, nr. 1-2, p. pp 213-217.
  - L. Hingstman, L.F.J. van der Velden. Fictie en feiten. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 41, p. 1556-1557. Commentaar op artikel van L.R. Kooij. Fictie en feiten. Medisch Contact, 2003, jrg. 58 nr. 37, p. 1391.
  - J. Hutten, D. Beaujean, P. Groenewegen. Acute problemen in het ziekenhuis: sluipend kwaliteitsverlies zichtbaar gemaakt. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 37, p. 1398-1401.
  - J.B.F. Hutten, H. van Lindert, P.P. Groenewegen. Eerste en tweede lijn vinden elkaar: samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen geïnventariseerd. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 34, p. 1270-1271.

- J.B.F. Hutten, H. van Lindert, P.P. Groenewegen. Aarzelende samenwerking: ziekenhuizen zoeken toenadering tot zelfstandige behandelcentra. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 32/33, p. 1233-1234.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: huisartsen in de overgang schrijven vaker hormonen voor. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 13, p. 737.
- L. Jabaaij. Privé en werk zijn niet te scheiden. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 50, p. 1941-1943.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: medicatie bij 65-plussers: wat en waarvoor? Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 2, p. 69.
- L. Jabaaij, M. Filius. LINH-cijfers: fluorochinolonen bij cystitis: kan het minder? Huisarts en Wetenschap: 47, 2003, nr. 7, p. 353.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: voorschrijven voor hypertensie. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 8, p. 425.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: het voorschrijven van geneesmiddelen voor astma en COPD Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 1, p. 5.
- L. Jabaaij. LINH-cijfers: de patiënt met artrose in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 5, p. 241.
- L. Jabaaij. Feiten en cijfers over fysiotherapie: naar wie verwijst de huisarts: naar de fysiotherapeut of naar de oefentherapeut? Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 113, 2003, nr. 4, p. 90.
- B. Janssen, H. Sixma. Kwaliteit van enkelvoudige extramurale ergotherapie: de bruikbaarheid van een meetinstrument. Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie: 31, 2003, nr. 4, p. 150-155.
- E. Lammers. NIVEL: ergotherapie thuis via de huisarts. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 5, p. 44-46.
- E. Lammers. NIVEL: van solo- naar groepspraktijk. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 2, p. 45-47.
- E. Lammers. NIVEL: de huisarts, de patiënt en de alternatieve genezer. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 6, p. 38-40.
- E. Lammers. NIVEL: kwaliteit van leven COPD-patiënten te verbeteren door medicatie-uitleg. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 8, p. 22-23.
- E. Lammers. NIVEL: De huisarts moet geen manager worden. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 3, p. 52-53.
- E. Lammers. NIVEL: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg: onmisbaar voor overheid, beleidsmakers en huisartsen. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 1, p. 36-38.
- E. Lammers. NIVEL: onderzoek rol huisartsen bij rampen Enschede en Volendam. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 10, p. 51-53.



- M. van der Linden. LINH-cijfers: verkoudheid in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 3, p. 125.
- H. van Lindert, J. Hutten, P. Groenewegen. Specialist en ziekenhuisbeleid: de klassieke organisatie verdwijnt. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 30/31, p. 1164-1166.
- R. Marquet. LINH-cijfers: kleine chirurgische verrichtingen in de huisartspraktijk in 1987 en 2001: meer aandacht voor "kleine" huidtumoren. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 12, p. 661.
- P. Mistiaen, E. Poot, S. Hickox, C. Wagner. ADL-ondersteuning bij visueel beperkte patiënten: een systematische review. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 10, p. 54-59.
- P.J.M.L. Mistiaen. In veilige handen: verpleegkundig risico, management en veiligheid. Kwaliteit in Beeld: 13, 2003, nr. 1, p. 10-11.
- C. van Nijnatten, K. Tates. Kinderen en kanker: inleiding bij het themadeel. Pedagogiek: 23, 2003, nr. 3, p. 199-202.
- E. Poot, P. Mistiaen, S. Hickox. Richtlijnen gezocht: geen onderbouwing voor behandeling van smetten. Verpleegkundig Nieuws: 2003, nr. 10, p. 26-27.
- E. van der Schee, D. Delnoij, A. Broerse. Weinig reden tot klagen: het oordeel van patiënten over huisartsenposten. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 50, p. 1953-1956.
- E. van der Schee. Patiënt krijgt liever informatie van huisarts dan van apotheker. Huisarts in Nederland: 14, 2003, nr. 12, p. 42-43.
- E. van der Schee, H. Sixma, E. de Klerk. Beschikbaarheid en dienstverlening van tandartsen onder druk? Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde: 110, 2003, nr. 5, p. 181-185.
- E. van der Schee, H. Sixma. Patiënten aan het woord over alternatieve zorg. www.NIVEL.nl, 2003.
- A.C. Silkens, E. Hanse, R.D. Friele. Valt er wat te kiezen?: onderzoek naar de keuze voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Ouderenzorg: 6, 2003, nr. 1, p. 16-19.
- H. Sixma, B. Janssen. Kwaliteit van logopedische zorg vanuit patiëntenperspectief: resultaat, benegening en goede informatie zijn belangrijk. Logopedie en Foniatrie: 75, 2003, nr. 10, p. 298-305.
- M. Speet, A. Francke. Individuele professionalisering. DocentNieuws Plus: april 2003, p. 2.
- M. Speet, A. Francke. Docent bepalend voor professionalisering. DocentNieuws Plus: juni 2003, p. 2.
- M. Speet, A.L. Francke, A.J.E. de Veer. Het Panel: vooral hbo-verpleegkundigen

hechten waarde aan wetenschappelijk onderzoek. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 12, p. 44-45.

- M. Speet, A.L. Francke, A.J.E. de Veer. Het Panel: Verpleegkundig proces nog geen gemeengoed bij alle verpleegkundigen. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 11, p. 34-35.
- M. Speet, A.L. Francke. Individuele professionalisering van verpleegkundigen: aandacht voor dit proces in hogescholen en regionale opleidingscentra in beeld gebracht. Vakblad voor Opleiders in de Gezondheidszorg: 2003, nr. 3, p. 3-8.
- M. Tacken. LINH-cijfers: huisartsen die in een groepspraktijk werken zijn vermoeider. Huisarts en Wetenschap: 46, 2003, nr. 4, p. 185.
- N. van der Vange, M. Vriend, K.C.P. Slootman, P. Heiligers. Flexibel werken: medisch specialisten willen geen fulltime baan. Medisch Contact: 58, 2003, nr. 15, p. 601-604.
- A. de Veer, P. Poortvliet. Extra scholing bij zorg rondom het levenseinde. StingNieuws: 2003, p. 10.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel: verpleegkundigen willen betrokken zijn bij beslissingen rondom levenseinde. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 8, p. 46-47.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel: de rol van verpleegkundigen bij euthanasie en hulp bij zelfdoding. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 9, p. 42-43.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel: Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer waardering van het management. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 2, p. 28-29.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel: betere kwaliteit van zorg met horizontale functiedifferentiatie. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 3, p. 34-35.
- A.J.E. de Veer, - A.L. Francke. Voor- en nadelen van functiedifferentiatie nader bekeken. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 2, p. 59.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel: zorg rond het levenseinde vooral geestelijk belastend. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 5, p. 42-43.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Kwaliteit van de samenwerking bij zorg rond het levenseinde. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 7, p. 32-33.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Het Panel : grote behoefte aan extra scholing in zorg rond het levenseinde. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen: 113, 2003, nr. 10, p. 28-29.

- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. Meedenken over functiedifferentiatie. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 113, 2003, nr. 4, p. 38-39.
- L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Korter assisteren, minder assistentie: wat een kortere vervolgoopleiding betekent voor de capaciteit. *Medisch Contact*: 58, 2003, nr. 25, p. 1019-1021.
- L.F.J. van der Velden, Ph. J.M. Heiligers, L. Hingstman. Een studie van jaren; vertraging in de opleiding tot arts. *Medisch Contact*: 58, 2003, nr. 17, p. 694-697.
- A. Volkers. LINH-cijfers: benzodiazepine bij depressieve 55-plussers. *Huisarts en Wetenschap*: 46, 2003, nr. 11, p. 601.
- C. Vugts, L. Hingstman. Informatie over de beroepsgroep oefentherapeuten Cesar: aantallen, samenstelling en geografische spreiding. *Cesar Magazine*: 34, 2003, nr. 3, p. 6-9.
- C. Vugts, L. Hingstman. Informatie over de beroepsgroep oefentherapeuten-Mensendieck: aantallen, samenstelling en geografische spreiding. *Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie-Mensendieck*: 64, 2003, nr. 3, p. 38-40.
- C. Wagner. First, do not harm! *Kwaliteit in Beeld*: 13, 2003, nr. 1, p. 2.
- C. Wagner. Patiëntveiligheid: de kern van kwaliteit van zorg. *Kwaliteit in Beeld*: 13, 2003, nr. 1, p. 8-9.
- T. Wiegers. In het buitenland opgeleid, in Nederland werken?: het belang van de applicatiecursus voor verloskundigen met een buitenlands diploma. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 28, 2003, nr. 12, p. 612-616.
- T. Wiegers, A. Waelput. Monitor verloskundige zorgverlening. *Tijdschrift voor Verloskundigen*: 28, 2003, nr. 7/8, p. 358-363.
- R. Wimmers, I. Swinkels, E. van den Ende. Eerste cijfers oefentherapie Cesar uit het LiPZ-netwerk. *Cesar Magazine*: 34, 2003, nr. 2, p. 18-22.
- R.H. Wimmers. 'Feiten en cijfers over fysiotherapie': de lijstpatiënt in de fysiotherapiepraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 113, 2003, nr. 6, p. 143.
- R. Wimmers. Feiten en cijfers over fysiotherapie: de oudere patiënt in fysiotherapiepraktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 113, 2003, nr. 5, p. 118.

#### 11.6 Boeken en boekbijdragen

- M. Bennema-Broos, E.M. Sluijs, C. Wagner. Kwaliteitssysteem van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. In: A.M. Evers, U.W. Nabit, P.G.J.J. Stevens, H.H.M. Vinkenburg. *Handboek kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 1993-. , 2003. A 2D1 - A 2D10.
- M. Bennema-Broos, M.A.M. Jacobs. Dorsopathieën. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. *Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 333 - 352.

- J.T. Bos, M. Geurts, C. Wagner. Werken aan een samenhangend kwaliteitsbeleid. In: A.M. Evers, U.W. Nabit, P.G.J.J. Stevens, H.H.M. Vinkenburg. *Handboek kwaliteit van zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 1993-. , 2003. BII 3.1.3-1 - BII 3.1.3-30.
- D. Delnoij. Vraaggestuurde zorg in internationaal perspectief: een studie naar keuzemogelijkheden van patiënten in verschillende gezondheidszorgsystemen. In: Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *De wensen van zorgcliënten in Europa*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 2003. p. 125-186.
- W.L.J.M. Devillé, J.B.J. Drewes. Gezondheidstoestand en zorggebruik. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan. *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. 2003. p. I 3.1-1 - I 3.1-42.
- A.L. Francke, P.J.W. Vogelaar. *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingelo: Kavanah, 2003. 80 p.
- A.L. Francke, D.L. Willems. Wat vinden terminale patiënten en naasten belangrijk bij palliatieve zorg?: inzichten uit interviews met terminale patiënten en naasten. In: *Handboek sterven, uitvaart en rouw*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2003. II3.1-II3.120.
- H. Giesbers, R. Verheij, W. van der Windt. Hoe ontwikkelt de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden zich in de grote steden tot 2005? In: H. Verkleij, R.A. Verheij. *Zorg in de grote steden*. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 83-87.
- H. Giesbers, R.A. Verheij. Zijn de wachtlijsten in de grote steden groter dan elders? In: H. Verkleij; R.A. Verheij. *Zorg in de grote steden*. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 46-50.
- F. de Graaff Oudere migranten. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan. *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003. III 2.12-1 - III 2.12-24.
- P.P. Groenewegen, D.M.J. Delnoij. De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief. In: C.W. Aakster, J.W. Groothoff (Reds.). *Medische Sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff, 2003. p. 155-162.
- C.M. Gundy, J.N. Struijs. Reumatoïde artritis. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. *Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 241-270.
- C.M. Gundy, L.C. Lemmens. Angststoornissen. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. *Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 389-414.
- J. Habraken, W. Devillé, D. de Bakker. Welke projecten financiert het huisartse-

- nachterstandsfonds? In: H. Verkleij, R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003. p.101-106.
- M.A.M. Jacobs, C.M. Gundy Autisme. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 503-532.
  - A.F.C. Janse, M.A.M. Jacobs Dementie. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM 2003. p. 533-564.
  - J.J. Kerssens, L. Peters Ziekenhuiszorg voor AIDS/HIV -patiënten in Nederland van 1991 tot en met 2001. In: M. van Oostrom. HIV en AIDS in Nederland 2002. Amsterdam: Aids Fonds, 2003. p.1-11
  - J.J. Kerssens, L. Peters Angst voor AIDS: hulpvragen bij de huisarts in de periode van 1988 tot en met 2002. In: M. van Oostrom HIV en AIDS in Nederland 2002. Amsterdam: Aids Fonds, 2003. p. 12-19
  - D.G. Kooij, J.B.F. Hutten Afhankelijkheid van alcohol. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 445-474.
  - D.G. Kooij, L.C.M. Limburg, P.M. Rijken Dikke darmkanker. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 301-332.
  - M.W. Kroneman, R. Verheij De grieprik in Nederland: motivatie voor deelname en distributiekanaalen. In: M.E. Kroes. Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de grieprik. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2003. 31 p.
  - L.C. Lemmens, P.M. Rijken Chronisch hartfalen. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 213-240
  - L.C. Lemmens, D.G. Kooij Depressie. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 475-502.
  - L.C.M. Limburg, P.M. Rijken Borstkanker. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 271- 300.
  - M. Peeters, Ph. Heiligers. Werk-thuisinterferentie. In: W. Schaufeli, A. Bakker, J. de Jonge. De psychologie van arbeid en gezondheid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003. p. 321-335.

- J. Ravensbergen, R. Friele, J. Keijsers, M. Wensing, N. Klazinga. In zicht: nieuwe wegen voor implementatie. Assen: Van Gorcum, 2003. 145 p
- H. Sixma, A. Mourik Benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000: meer inzicht in het werken van thuiszorgorganisaties. In: E.A. Zuidema, P.G.J.J. Stevens, J.A.M. van Adrichem, M.S.H. Duijnste, E. Crone-Kraaijeveld, G. Verbeek. Handboek Zorg Thuis. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003. 22 p.
- J.N. Struijs, C.M. Gundy Beroerte. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM. 2003. p. 143-174.
- J.N. Struijs, A.F.C. Janse Verstandelijke beperking. In: C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. p.353-388.
- M. Tacken, A. Berende, E. Hak, H. van den Hoogen, D. de Bakker, J. Braspenning Invloed van de griepvaccinatie op de medische consumptie hoogrisicopatiënten in de huisartspraktijk. in: E. Kroes. Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de grieprik. Diemen: College van Zorgverzekeringen, 2003.
- N.C.M. Theunissen, R.D. Friele, J.F.E.M. Keijsers Implementeren door kennismanagement: theorie en praktijk. In: J. Ravensbergen, R. Friele, J. Keijsers, M. Wensing, N. Klazinga. In zicht: nieuw wegen voor implementatie. Assen: Koninklijke van Gorcum. 2003. p. 30-58.
- E. Uiters, G.P. Westert, W. Devillé, R.A. Verheij Duiden gegevens over zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem in de grote steden? In: H. Verkleij, R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 50-64.
- A.J.E. De Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet Verpleegkundigen en verzorgenden over functiedifferentiatie. In: W. van der Windt; H. Calsbeek; H. Talma; L. Hingstman. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Maarssen/Utrecht: Elsevier/LEVV, 2003.
- L.F.J. van der Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman. Welke capaciteitstekorten spelen in de grote steden sterker dan elders? In: H. Verkleij, R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003. p. 35-44.
- L.F.J. van der Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman Hoeveel nieuwe huisartsen zijn er in 2010 nodig in de grote steden? In: H. Verkleij; R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003. 77-83.
- R.A. Verheij, F. van der Lucht, A.E.M. de Hollander, H. Verkleij. Waar gaat dit rapport over? In H. Verkleij, R.A. Verheij. Zorg in de grote steden. Bilthoven, RIVM, 2003. 17-22.
- H. Verkleij, R.A. Verheij Zorg in de grote steden. Houten: Bohn stafleu van loghum/ NIVEL/ RIVM, 2003. 167 p.

- W. van der Windt, H. Calsbeek, H. Talma, L. Hingstman Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg, Landelijk expertisecentrum verpleging & verzorging, 2003. 154 p.
- J. van der Zee Eerste lijn, thuiszorg of primary health care. In: , C.W. Aakster, J.W. Groothoff. Medische Sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg. Groningen, Houten: Wolters-Noordhoff, 2003. p. 163-172.

#### 11.7 Rapporten

- C.A. Baan, J.B.F. Hutten, P.M. Rijken. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM, 2003. 564 p.
- A.N. Baanders, H. Calsbeek, P. Spreeuwenberg, P.M. Rijken. Patiëntenpanel Chronisch Zieken: kerngegevens 2001/2002. Utrecht: NIVEL, Patiëntenpanel chronisch zieken, 2003. 104 p.
- A.I.M. Bartelds. Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland 2002. Utrecht: NIVEL, 2003. 83 p.
- M. van den Berg, D. de Bakker. Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. NIVEL: Utrecht, 2003. 60 p.
- R. van den Berg, A. Riepema. Thesaurus Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2003. 356 p.
- J.C.M. van der Burg, A. van der Beek, F.G. Schellevis. Arbocuratieve samenwerking anno 2001: het perspectief van de huisarts. Utrecht: NIVEL, 2003. 32 p.
- R. Coppen, R.L. Marquet, R.D. . Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2003. Verdeling van extra middelen aan huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2003. 32 p.
- L. van Dijk, S. Florentinus, K. Velthove, A. de Jong, R. Heerdink, M. Kallewaard. Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven. Utrecht: NIVEL, 2003. 149 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: tussenrapportage 2000 t/m 2002. Utrecht: NIVEL, 2003. 72 p.
- N.P. van Duijn, E.M. Sluijs. Onderwijs in kwaliteitszorg binnen de initiële opleidingen tot fysiotherapeut, verpleegkundige en arts. Leiden/Utrecht: Iclon/NIVEL, 2003. 162 p.
- F. de Graaff, W.L.J.M. Devillé. Kansen en belemmeringen voor allochtonen op de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector: een literatuurstudie. Tilburg: Osa, 2003. 136 p.
- E. Hak, E. Buskens, B.A. van Hout, D.E. Grobbee, G.A. van Essen, D.H. de Bakker, S. van Loon, M.A.J.B. Tacken, T.J.M. Verheij The prevention of influen-

- za, surveillance and management (PRISMA) study: kosten-effectiviteit Nationaal Griepvaccinatieprogramma. In: M.E. Kroes; Nationaal Programma Grieppreventie: het succes van de grieprik. 2003. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003. 45 p.
- M.J.W.M. Heijmans, P.M. Rijken. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD: kerngegevens 2001/2002. Utrecht: NIVEL, 2003. 114 p.
- M.J.W.M. Heijmans, P.M. Rijken, F.G. Schellevis, G.A.M. van den Bos. Meer dan een ziekte: de gevolgen van comorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2003. 78 p.
- P.J.M. Heiligers, L. Hingstman. Quick scan deeltijd werken medisch specialisten: knelpunten en prioriteiten. Utrecht: NIVEL, 2003. 47 p.
- L. Hingstman, R. Kenens, W. van der Windt, H.F. Talma, H.E. Meihuizen, E.J.C. Josten. NIVEL, Prismant, Stichting Organisatie Strategisch Arbeidsmarktonderzoek. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2003: hoofd-rapport. Tilburg: Stichting organisatie voor strategisch arbeidsmarktonderzoek, 2003. 169 p.
- L. Hingstman, R. Kenens, W. van der Windt, H.F. Talma, H.E. Meihuizen, E.J.C. Josten. NIVEL, Prismant, Stichting Organisatie Strategisch Arbeidsmarktonderzoek. Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2003: bijla-gen. Tilburg: Stichting organisatie voor strategisch arbeidsmarktonderzoek, 2003. 303 p.
- H. Hofhuis, M. de Boer, M. Plas, E. van den Ende Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie: stand van zaken in 2002. Utrecht: NIVEL, 2003. 130 p.
- J.B.F. Hutten, D.J.M.A. Beaujean, P.P. Groenewegen. De zorg van medisch specialisten: eindrapportage van een verkennende studie naar probleemsituaties in de medisch specialistisch zorg: mening en ervaringen van medisch specialisten. Utrecht: NIVEL, 2003. 107 p.
- C.J. IJzermans, A.J.E. Dirkzwager, D.J. den Ouden, J.J. Kerssens, G.A. Donker, P.M.H. ten Veen, R.M.A. van Nispen, Y.C.H. Luyten-de Thouars, J.H. Soeteman. Monitoring gezondheid getroffen en vuurwerkramp Enschede. Utrecht: NIVEL, 2003. 86 p.
- B. Janssen, H. Sixma Kwaliteit van logopedische zorg vanuit cliëntenperspectief: een inventarisatie. Utrecht: NIVEL, 2003. 84 p.
- B.M. Janssen, H.J. Sixma. Quote - EEE, kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruikers van enkelvoudige extramurale ergotherapeutische zorg. Utrecht: NIVEL, 2003. 82 p.

- M.W. Kroneman, R.A. Verheij. De grieprik in Nederland: motivatie voor deelname en distributiekanaal. Utrecht: NIVEL, 2003. 31 p.
- C. Leemrijse, C.H.M. van den Ende De wenselijkheid van erkende specialisatie binnen de logopedie: een verkennende studie. Utrecht: NIVEL, 2003. 59 p.
- C. Leemrijse, C.H.M. van den Ende Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie: eindrapport Utrecht: NIVEL, 2003. 120 p.
- M. te Lintel Hekkert, J. Schumacher, A. Pool, J. IJzermans, P. Bindels Richtlijn zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn, 2003. 107 p.
- S.A. Meijer, E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, M. Scholten, J. Pols, M.W. Valenkamp, N. Kornalijslijper, K.A.P.W. Smeets. Evaluatie versterking eerste lijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerste lijns GGZ te evalueren: Tweede interim rapportage, maart 2003. Utrecht, Den Haag: NIVEL, Trimbos-instituut, Sgbo, 2003. 230 p.
- P. Mistiaen, C. Wagner, G. Bours, R. Halfens. Prevalentiemeting van smetten in Nederlandse intramurale zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2003. 29 p.
- P. Mistiaen, D. Delnoij, J. Gubbels Ervaringen van patiënten met het Achmea Medisch Callcenter tijdens weekenden. Utrecht: NIVEL, 2003. 43 p.
- P. Mistiaen, D. Delnoij 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL, 2003. 72 p.
- A.D. Mohangoo, M.W. van der Linden, F.G. Schellevis. Overeenstemming tussen huisarts en patiënten over het bestaan van astma en COPD: de Tweede Nationale Studie. Utrecht: NIVEL, 2003. 32 p.
- R.M.A. van Nispen, P.M. Rijken, M.J.W.M. Heijmans. Leven met een zeldzame chronische aandoening: ervaringen van patiënten in de zorg en het dagelijks leven. Utrecht: NIVEL, 2003. 148 p.
- M. van Oort, W. Devillé, D. de Bakker. Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers. Utrecht: NIVEL, 2003. 183 p.
- M. van Oort, W. Devillé. Doktersassistentie door de Medische Opvang Asielzoekers. Utrecht: NIVEL, 2003. 36 p.
- M. Plas, M. de Boer, H. Hofhuis, M. Dorgelo, E. van den Ende. Logopedie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken in 2002. Utrecht: NIVEL, 2003. 160 p.
- E. Poot, P. Mistiaen, C. Wagner, S. Hickox, Y. Heijen-Kaales. Op weg naar een handleiding: evaluatie van een stappenplan om bestaande richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden te verbeteren. Utrecht: Landelijk expertisecentrum verpleging & verzorging, 2003. 45 p.

- J. Richter, C. Leemrijse, C.H.M. van den Ende. ZonMw programma thuiszorgtechnologie: evaluatie 2002 Utrecht: NIVEL, 2003. 109 p.
- J.M. Richter, P.M. Rijken, M. Cardol, A. Kerkstra. Naar een panel van mensen met een chronische ziekte of handicap: haalbaarheidsstudie ter verbreding van het patiëntenpanel Chronisch Zieken. Utrecht: NIVEL, 2003. 56 p.
- P.M. Rijken, L.R. Janssens, T.D. Können, L.M. Kok, P. Spreeuwenberg. Financiële positie van chronisch zieken: gebruik en mogelijkheden van de regeling voor buitengewone uitgaven binnen de Wet inkomstenbelasting 2001. Utrecht: NIVEL/seo, 2003. 96 p.
- P.M. Rijken, T.D. Können. Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven. Utrecht: NIVEL, 2003. 102 p.
- E. van der Schee, D. Delnoij, M. Willems Receptgeneesmiddelen - Informatievoorziening en informatiebehoefte: een optimale afstemming. www.NIVEL.nl, 2003.
- E. van der Schee, D. Delnoij, M. Willems Publieksreclame over receptgeneesmiddelen - Willen consumenten op deze manier geïnformeerd? www.NIVEL.nl, 2003.
- M. Tacken, A. Berende, R. Verheij, J. Mulder, H. van den Hoogen, J. Braspenning. Evaluatie griepvaccinatiecampagne 2002. Utrecht/Nijmegen: NIVEL, Landelijke huisartsen vereniging, Nederlands huisartsen genootschap, Werkgroep onderzoek kwaliteit, 2003. 32 p.
- N.C.M. Theunissen, S.M.E. te Pas, R.D. Friele Evaluatie implementatiemonitor ZonMW: onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en hun uitkomsten. Utrecht: NIVEL, 2003. 153 p.
- G. van der Veer, H.J. Sixma, A. Kerkstra. Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2003. 148 p.
- L.F.J. Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman. Vraag en aanbod ontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003. 59 p.
- L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Het medisch opleidingstraject: waar blijft de (leef)tijd? Utrecht: NIVEL, 2003. 80 p.
- L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Herstructurering van het medisch opleidingstraject: mogelijke capaciteitseffecten. Utrecht: NIVEL, 2003. 78 p.
- L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, W. van der Windt, E.J.E. Arnold. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: NIVEL/prismant, 2003. 119 p.
- L.F.J. van der Velden, J. Muysken, L. Hingstman. Monitor arbeidsmarkt kindert- en jeugdzorg: behoefteraming 2001-2015. Utrecht: NIVEL, 2003. 55 p.

- P.F.M. Verhaak, E.M. Zantinge, M.E. de Boer, I. Voordouw, J.F. van den Berg. GGZ consultaties aan de eerstelijnszorg (registratie 2000- 2002).Utrecht: NIVEL, Trimbos-instituut, 2003. 52 p.
- C. Vugts, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar: peiling 2002.Utrecht: NIVEL, 2003. 35 p.
- C.J. Vugts, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, H.G.M. van der Velden, W. van der Windt. Behoeftering fysiotherapeuten 2002 -2015.Utrecht: NIVEL/prismant, 2003. 137 p.
- B.J.M. Welling, S.E.J. van der Meulen-Arts, J.B.F. Hutten, A.L. Francke. De aantrekkelijkheid van het beroep: de eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden.Utrecht: NIVEL, Lcvv, 2003. 66 p.
- T.A. Wieggers, D. Coffie. Monitor verloskundige zorgverlening: rapportage tweede meting, najaar 2002.Utrecht: NIVEL, 2003. 66 p.
- R. Wimmers, I. Swinkels, M. de Konink, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LiPZ 2002: deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar.Utrecht: NIVEL, 2003. 123 p.
- R. Wimmers, I. Swinkels, M. de Konink, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LiPZ 2002; deel 3: beroepsgroep oefentherapie Mensendieck.Utrecht: NIVEL, 2003. 124 p.
- R. Wimmers, I. Swinkels, I. Visser, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LIPZ 2001: deel 3: beroepsgroep oefentherapie-Mensendieck.Utrecht: NIVEL, 2003. 76 p.
- R. Wimmers, I. Swinkels, I. Visser, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LIPZ 2001: deel 2: beroepsgroep oefentherapie Cesar.Utrecht: NIVEL, 2003. 78 p.
- R. Wimmers, I. Swinkels, I. Visser, D. de Bakker, E. van den Ende. Jaarboek LIPZ 2001;;deel 1: beroepsgroep fysiotherapie.Utrecht: NIVEL, 2003. 81 p.
- I. Wolters, H. van den Hoogen, D. de Bakker. Evaluatie Invoering Elektronisch Voorschrijfsysteem: eindrapport.Utrecht: NIVEL, 2003. 70 p.

#### 11.8 Gepubliceerde abstracts

- W. Boerma, P. Groenewegen, P. Spreeuwenberg. Allocation of time under different payment systems by GPs in Europe. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 89. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- S.D. Borgsteede, L. Deliens, A.L. Francke, W.A.B. Stalman, D.L. Willems, T. TH. M. van Eijk, G. van der Wal. Who to include in palliative care research?

- Consequences of different population definitions in palliative care epidemiology. *European Journal of Palliative Care*: 2003, nr. april, p. 6.
- S.D. Borgsteede, C. Riedstra, L. Deliens, A.L. Francke, W.A.B. Stalman, D.L. Willems, T. TH. M. van Eijk, G. van der Wal. Communication on euthanasia in general practice: experiences of patients and their physicians. *European Journal of Palliative Care*: 2003, nr. april, p. 42.
- A. van den Brink-Muinen, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, F.G. Schellevis. Het belang van voorlichting vanuit patiëntenperspectief. *Huisarts en Wetenschap*: 46, 2003, nr. 6, p. 316. Abstract van voordracht op de NHG-Wetenschapsdag.
- A. van den Brink-Muinen, S. van Dulmen, J. Bensing. Informed patients: legal fiction or reality? *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 86. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- A. van den Brink-Muinen, L. Meeuwesen. Socio-cultural difference in doctor-patient communication in the European countries. In: *European Health Psychology. Gender, culture and health: book of abstracts of the 17th Conference of the European Health Psychology Society, September 24-27, 2003, Kos, Greece*. p. 69
- M. Cardol, F.G. Schellevis, E.H. van de Lisdonk. Naar de dokter of zelf?: over verwachtingen van huisartsenzorg bij niet-ernstige, alledaagse aandoeningen. *Huisarts en Wetenschap*: 46, 2003, nr. 6, p. 319. Abstract van voordracht op de NHG-Wetenschapsdag.
- J.G.M. Deckers. Health indicators profiles: an instrument for comparison. *Gaceta Sanariat*: 17, 2003, nr. sup. 2, p. 78. Abstract: XXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, conjunta con la Federación Europea de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología, 1-3 October 2003 in Toledo, Spanje.
- J.G.M. Deckers, F.G. Schellevis. Health indicator profiles: an instrument for valid comparison of health data. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 60. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- D. Delnoij. Beyond Bismarck and Beveridge: towards a research agenda for health systems research. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup., p. 34. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.

- W. Devillé, M. van Oort, D. de Bakker. Huisartsenzorg aan asielzoekers: verschil in werklust in vergelijking met ziekenfondspatiënten en niet-westerse allochtonen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 4, p. 9. Abstract Congres "Allochtoon, dus ongezond?", 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
- W. Devillé. Gezondheidsverschillen onder etnische minderheden in Europa: verschillen, verklaringen en strategieën voor toekomstig onderzoek. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 4, p. 23. Abstract Congres "Allochtoon, dus ongezond?", 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
- W. Devillé, G. Westert. Cultural differences in self-rated health in ethnic groups in the Netherlands? European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 132. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- A. Dirkzwager, J. IJzermans. Monitoring health status following a major firework factory explosion. European Psychotherapy: 2003, nr. 3, p. 183. Abstract: 8th European conference on traumatic stress, 22-25 mei, Berlin, Germany.
- A.J.E. Dirkzwager, C.J. IJzermans, J.J. Kerssens. Monitoring public health following a major firework factory explosion. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup., p. 30. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- G. Donker, D. Fleming, F. Schellevis, P. Spreeuwenberg. Primary care management of diabetes mellitus in five european countries. In: J.Kersnik; K. Keber; I. Svab; D. Rotar-Pavlic; T. Poplas-Susic; N. Kopcavar-Gucek; D. Klancic. WON-CA 2003 Regional Conference book of abstracts and conference programme. Ljubljana: Zbirka PiP, 2003. p. 256
- T. Dorn, C.J. IJzermans. Health impact of the Volendam discotheque fire. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 135. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- T. Dorn, C.J. IJzermans. Public health impact of the Volendam discotheque fire. European Psychotherapy: 4, 2003, p. 183-184. Abstract: 8th European conference on traumatic stress, 22-25 mei, Berlin, Germany.
- M. Droomers, G.P. Westert. Socioeconomic status and GP visits: using multilevel techniques and different data sources. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 95. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-

- 22 November 2003.
- F.M. de Graaff, A.L. Francke. Terminale thuiszorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 81, 2003, nr. 4, p. 24. Abstract Congres "Allochtoon, dus ongezond?", 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
- M. Heijmans, M. Rijken. Validation of the IPQ-R in a large, representative dutch sample. In: European Health Psychology. Gender, culture and health: book of abstracts of the 17th Conference of the European Health Psychology Society, September 24-27, 2003, Kos, Greece. 2003. p. 14.
- P. Heiligers, N. van der Vange. Flexible and mobile doctors as a strategy for capacity problems. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 44. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- C.J. IJzermans, G. Donker. Longitudinal health effects of disasters. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 50. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- J.D. de Jong, G.P. Westert, F. Schellevis. Practice guidelines, did they reduce medical practice variation? European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 44. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- J.J. Kerssens, P.P. Groenewegen, H.J. Sixma, W.G.W. Boerma, I. van der Eijk. Exploration of patient evaluations of health care quality in 12 different European countries in relation to health system performance. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 77. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- E.D. Kolthof, M.J. van den Berg, D.H. de Bakker. Factors affecting GPs workload in the period 1987-2001. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 88. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- R.J. Lagoe, G.P. Westert, D. Aspling. Putting health care providers in the information mirror: using data to improve the efficiency and accessibility of care. European Journal of Public Health: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 81. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising

- Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- M. Lamkaddem, J. de Haan, D. de Bakker. Do practice nurse solve future GP capacity problems? *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 97. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - J.J.N. van Laar, K. Stronks, W. Devillé, N.S. Klazinga. Etnische verschillen in de kwaliteit van astmazorg. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 81, 2003, nr. 4, p. 27. Abstract van congres: Allochtoon, dus ongezond? 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
  - M. Lamkaddem, W. Devillé, P.D. Gomes, W. Westerhof. Allochtone gebruikers van huidbleekmiddelen in Nederland: profiel, prevalentie en bijwerkingen. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 81, 2003, nr. 4, p. 14. Abstract Congres "Allochtoon, dus ongezond?", 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
  - I. M. van der Meer, I. Grootjans-Geerts, J.D. Wuister, J.P.M. Wielders, A.J.P. Boeke, C. Zwart, W.L.J.M. Devillé, P. Lips. Vitamine D-tekort bij niet-westerse allochtonen in Nederland. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 81, 2003, nr. 4, p. 15. Abstract Congres "Allochtoon, dus ongezond?", 26 juni 2003, het Kasteel van Sparta in Rotterdam.
  - M. van der Linden, H. van Lindert, G. Westert, F. Schellevis. Zelfgerapporteerde en door de huisarts gediagnosticeerde morbiditeit in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk 2000-2002. *Huisarts en Wetenschap*: 46, 2003, nr. 6, p. 316-317. Abstract van voordracht op de NHG-Wetenschapsdag.
  - M.W. van der Linden, F.G. Schellevis, A.D. Mahangoo, H. Raat. Measuring the prevalence of asthma and COPD by self-report and from routine general practice care: what's the difference? *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 vsup, p. 99. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - M.W. van der Linden, H. van Lindert, F.G. Schellevis, G.P. Westert Agreement in doctor-diagnosed and self-reported morbidity in the Dutch National Study of General Practice. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 87. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - R.L. Marquet, G.J. Visser, P. Spreeuwenberg, L. Peters, A. Bartelds. Twenty-five years requests for euthanasia and physician-assisted suicide in Dutch general

- practice. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 70. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- R.M.A. van Nispen, A.J.E. Dirkzwager, C.J. IJzermans. Monitoring rescue workers' health problems following a 'man-made'-disaster in the Netherlands. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 49. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - 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 general practice: the impact of comorbidity. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 76. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - D.J. den Ouden, C.J. IJzermans. Health effects after an explosion: victims seeking mental health care. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 134. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - D.J. den Ouden, J. IJzermans. Health effects after an explosion in victims seeking mental health care. *European Psychotherapy*: 4, 2003, p. 193-194. Abstract: VIII European Conference on Traumatic Stress 22-25 May 2003 in Berlin, Germany.
  - T. Ploch, D.M.J. Delnoij, N.S. Klazinga. Who is responsible for metropolitan health systems: the limitations of managed competition? *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 45. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - E. van der Schee, B. Braun, M. Calnan, M. Schnee, P. Groenewegen. Public trust in health care: a comparison of Germany, the Netherlands, and England and Wales. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 78. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
  - A. Tomas Vega Alonso, F. Schellevis. The contribution of primary care based registration by sentinel networks to a European public health information system. *Gaceta Sanitaria*: 17, 2003, nr. sup. 2, p. 78. Abstract: XXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, conjunta con la Federación Europea de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología, 1-3 October 2003, Toledo, Espana.



- E.H. Uiters, W. Devillé, P.P. Groenewegen, M. Foets. Health care utilisation by ethnic minorities in the Netherlands. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 73. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- E. Uiters, W. Devillé, G.P. Westert, R.A. Verheij, M. Foets, P.P. Groenewegen. Etnische verschillen in zorggebruik. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 81, 2003, nr. 4, p. 20.
- R. Verkaik, A.L. Francke, J.C.M. van Weert. NIVEL Richtlijn voor verzorgenden voor het begeleiden van dementerenden met depressief, apathisch of agressief gedrag. *Verpleegkunde*: 18, 2003, nr. 4, p. 255. Abstract: Vlaams-Nederlands Wetenschappelijk Congres "Designs & Dilemma's" op 14 november 2003 in Nijmegen.
- A.C. Volkers, J. Nuyen, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis. Diagnostic accuracy and treatment management of depression in elderly primary care patients. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 75. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- A.C. Volkers, J. Nuijen, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis. Diagnosing major depression in elderly primary care patients: nuances and determinants. *International Psychogeriatrics*: 15, 2003, nr. sup.2, p. 208. Abstracts : 11th Congress of the International Psychogeriatric Association: "Enhancing the Human Connection in the Age of New Technologies: Implications and Opportunities for the Aging." 17-22 August 2003 to Chicago, Illinois, USA.
- G.P. Westert, F.G. Schellevis. Health inequalities: survey data compared to doctor defined data. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 131. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.
- Wolters, H. van den Hoogen, D. de Bakker. The EVS: a computerized decision support system for GPs in the Netherlands. *European Journal of Public Health*: 13, 2003, nr. 4 sup, p. 68. Abstract van de 11th Annual Eupha Meeting 'Globalisation and Health in Europe: Harmonising Public Health Practices'. Rome, Italië op 20-22 November 2003.

#### 11.9 Lezingen en posterpresentaties

- J.E.A.M. van Bergen, F. Schellevis, T. Coenen, P.J.E. Bindels. Health care seeking

- behaviour in The Netherlands: GP sees majority of STI-cases [Abstract]. Ottawa (Canada): International Society for Sexually Transmitted Disease Research Congress 2003, July 27-30.
- J.M. Bensing. Vermoeidheid: voer voor psychologen. College op de Universiteit van Utrecht, Utrecht, 3 februari 2003.
- J.M. Bensing. Met onderzoek gaat het beter. Bijeenkomst voor vaste kamercommissie OCW en NOW; "Wetenschap en volksgezondheid: Nederland, Europees zorgenkindje?" Den Haag, 25 november 2003.
- J.M. Bensing. Koning, keizer, admiral: vraaggerichtheid willen we allemaal. 4e Clingendael Health Forum, Den Haag, 4 december 2003.
- W.G.W. Boerma. Taakprofielen van huisartsen in Europa. Introductie bij promotie, Maastricht, 17 september 2003.
- W.G.W. Boerma. The role of general practice in out-of-hours services; a European perspective. 13th Nordic Congress of General Practice, Helsinki 31 augustus-3 september 2003.
- W.G.W. Boerma. Developments in Primary Care in Europe; relevant to Public Health? JASP Conference Montreal, 1-4 december 2003.
- W.G.W. Boerma. The importance of communication in primary care. BAVOP jaarcongres, Minsk, 6 juni 2003.
- J. Braspenning, A. Schiere, F. Schellevis. Kwaliteit huisartsgeneeskundig handelen. NHG-Wetenschapsdag. Maastricht 16 mei 2003. [poster].
- D. Delnoij, P.P. Groenewegen, N. Klazinga, J. van der Zee. Health services: research and practice. *Cursus CaRe, Nihes*, april 2003.
- D. Delnoij. Financing and insurance systems: How to provide for the poor. Jubileumsymposium ter viering van 30 jaar diplomatieke betrekkingen Nederland-Vietnam. Hanoi, 13 november 2003.
- D. Delnoij. Feedback van informatie via benchmarken. ZonMW-congres Kennis beter delen, Veldhoven, 31 oktober 2003.
- W. Devillé. Health of Refugees in Europe, the example of the Netherlands. International conference on "The role of health service systems in conflict mitigation and coping strategies". University of Heidelberg. Heidelberg 28-30 september 2003.
- W. Devillé, J.Habraken, D. de Bakker. Huisartsenzorg in achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid: 1997-2002. Conferentie "De achterstand moet wijken - 5 jaar huisartsenzorg in achterstandswijken". Amsterdam, 6 november 2003.
- G.M. van Dijk, C.H.M. van den Ende, J. Dekker. Het beloop van functionele status bij oudere patiënten met de late gevolgen van poliomyelitis, artrose en de

- ziekte van Parkinson: de invloed van leeftijd gerelateerde factoren en comorbiditeit (CARPA). Verspreidings- en implementatieplan. ZON congres kennis beter delen, Veldhoven, 30-31 oktober 2003 [poster].
- G.M. van Dijk. Het beloop van functionele status bij oudere patiënten met artrose. Jaarcongres fysiotherapie, Den Haag, 7-8 november 2003.
  - L. van Dijk, M. Cardol. De invloed van ouders op het geneesmiddelengebruik van hun kinderen. Vierde NVS/VVS Marktdag Sociologie, Nijmegen, 22 mei, 2003.
  - L. van Dijk. Determinanten van (regionaal) voorschrijven. DGV (Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik) Workshop "Regionale verschillen in voorschrijven" Utrecht, 17 december 2003 (3x).
  - A.M. van Dulmen, M. Nübling, W. Langewitz. Reciprocity in outpatient visits; preliminary results in internal medicine and gynaecology. EACH-workshop on Sequential Analysis, Verona, 31 januari 2003.
  - A.M. van Dulmen. Grondslagen-college arts-patiënt communicatie, Universiteit Utrecht, Klinische Psychologie, voltijdstudenten. Utrecht, 16 juni 2003.
  - A.M. van Dulmen, van den Brink-Muinen A. Lezing op basis van abstract "The ambiguity of empathy". AAPP conference Baltimore, 9-11 oktober 2003.
  - A.M. van Dulmen, van den Brink-Muinen A, Boerma W. Lezing op verzoek "Communication in Eastern Europe". Johns Hopkins University, CCP, Baltimore, 9 oktober 2003.
  - A.M. van Dulmen. Gastcollege arts-patiënt communicatie, Universiteit van Amsterdam, Klinische Psychologie, Amsterdam, 24 juni 2003.
  - A.M. van Dulmen, Tromp F. Onderzoek naar communicatie. Workshop communiceren AIO's Psychology & Health, 26 juni 2003.
  - A.M. van Dulmen, D. Kruise, P. Spreeuwenberg, M. Sorbi, J.M. Bensing. Pijnvrij via Internet? ZonMw publieksdag "Zeggenschap in Wetenschap". Week van de Chronisch Zieken 2003. Rotterdam, 7 november 2003.
  - C.H.M. van den Ende. Na implementatie komt integratie. Werkconferentie CBO, Utrecht, 8 april 2003.
  - C.H.M. van den Ende. Evaluatie van het programma Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg Invitational Conference NIVEL 'Beoordeling van kwaliteitssystemen', Utrecht, 2 juni 2003.
  - S.R. Florentinus, K.J. Velthove, L. van Dijk L, E.R. Heerdink. Determinants of off-label rofecoxib prescribing by General Physicians. The 1th International Conference on Therapeutic Risk Management & 19th International Conference on Pharmacoepidemiology. 22 augustus 2003 [poster].
  - A.L. Francke, A.J.E. de Veer. Ervaringen van Verpleging & Verzorging bij zorg rondom het levenseinde" voor de AVVV-programmacommissie betrokken bij het

- LEVV/NIVEL Panel V&V bij het LEVV. Utrecht, 23 juni 2003.
- A.L. Francke. Huidige en toekomstige ontwikkelingen in de palliatieve zorg. Congres "Palliatieve zorg: waar staat de verpleegkundige." Opleidingsinstituut Zorg en Wezijn/COPZ Amsterdam, 18 februari 2003.
  - R.D. Friele. Openbaarheid van gegevens en Consumenteninformatie. Inleiding, NPCF debat: hoe vind ik mijn weg in de zorg. Utrecht, 15 mei 2003.
  - F.M. de Graaff en A.L. Francke. The effects of Salsa. Third European Nursing Congress: Vulnerable Groups in Society: A Nursing Issue. Amsterdam, 5-8 oktober 2003.
  - F.M. de Graaff. Specifieke aandachtspunten voor de verzorging van allochtonen. Regionaal Opleidingscentrum, Deventer, 23 oktober 2003.
  - P.P. Groenewegen, J.B.F. Hutten. Vertrouwen, Vertrouwen, vertrouwen. Ordecongres Topprestaties gevraagd. Eindhoven, 21 maart 2003.
  - P.P. Groenewegen. Onderzoek rond de tandheelkundige beroepsuitoefening: ervaringen op basis van andere beroepen. Nederlandse Maatschappij Tandheelkunde, Nieuwegein, 13 maart 2003.
  - P.P. Groenewegen P, A. Leyland. Multilevel analysis for public health and health services research. Cursus University of Glasgow, maart 2003.
  - P.P. Groenewegen. Managed competition between health insurers. Bijdrage aan cursus NSPH, 17 april 2003
  - Ph Heiligers, N. van der Vange en M. Vriend. Flexible en mobile doctors as a strategy for capacity growth. VIII European Conference on Organizational Psychology and Health Care, Wenen, oktober 2003.
  - PH Heiligers. Work-Home in balance. Presentatie workshop international research seminar "Work-Home Interference and health" Utrecht, december 2003.
  - L. Hingstman en L. van der Velden. Workforce planning on health workforce in the Netherlands. EHMA Annual Conference. Sicilië, 25-27 juni 2003.
  - H Hofhuis. Voorstel voor een toetsingskader. Invitational Conference NIVEL 'Beoordeling van kwaliteitssystemen' 2 juni 2003.
  - J.B.F. Hutten. Beschikbare informatie over curatieve zorg op landelijk niveau. IWZ-workshop 'Keteninformatie voor lokaal gezondheidsbeleid', Utrecht, 9 januari 2003.
  - J.B.F. Hutten, D.M.J. Delnoij. Evaluation of integrated care approaches. Seminar Further development of integrated health care in the Czech Republic, Praag, 10 maart 2003.
  - C.J. IJzermans. Research on long-term health problems in the aftermath of disasters. International Expert meeting on Health impact assessment of disasters.

- Den Haag, 2-4 november 2003.
- C.J. IJzermans, G. Donker, D.J. den Ouden. Psychological symptoms six years after a plane crash and three years after an explosion. (APA, San Fransisco, 2003 [abstract].
  - A de Jong, L van Dijk, D. de Bakker. Off-label voorschrijven van protonpompremmers in de huisartsenpraktijk. : NHG-Wetenschapsdag. Maastricht, 16 mei 2003 [Poster].
  - J.J. Kerssens, D.M.J. Delnoij. De keuze van ziekenfondsverzekeren voor een zorgverzekeraar. Presentatie op verzoek voor Raad van Bestuur en directie VGZ. Nijmegen, 2 juni 2003.
  - E.D. Kolthof, M.J. van den Berg, D. H. de Bakker, A van den Brink-Muinen, F. G. Schellevis. Het informeren van patiënten en de relatie daarvan met de consultduur. NHG-Wetenschapsdag. Maastricht, 16 mei 2003.
  - M.C. de Korte-Verhoef en A.L. Francke. Terminal patients' and relatives' awareness of their situation: the consequences for receiving adequate care. Congress Vulnerable Groups in Society: a Nursing Issue. Amsterdam, 5-8 oktober 2003.
  - M.J.Kruise, A. Sorbi, M. van Dulmen, P.M.M. Spreuwenberg, J.M. Bensing. Electronic guidance of behaviour relevant to migraine: a pilot in low back pain. Lezing ADMA-congres, Amsterdam, 31 mei 2003.
  - K. Lakerveld, Y.F. Heerkens, R.H. Wimmers, Coding the diagnosis of physical therapists: an aid in communication, policy, research and quality assurance. The 14th International WCPT Congress, Barcelona, 07-12 juni 2003.
  - C. Leemrijse, M. de Boer, E. van den Ende. Paramedische zorg in verpleeghuizen. Forumdag Onderzoek Verpleging en Verzorging, Amsterdam, 19 november 2003.
  - C. Leemrijse, E. van den Ende. Monitoring van het beleid en gebruik van thuiszorgtechnologie. ZON-congres Kennis beter delen. Veldhoven, 30 oktober 2003.
  - P. Mistiaen, E. van Doorn, S. Hickox, C. Jochems, C. Wagner, Evidence for nursing interventions in the prevention and treatment of intertrigo in adults, ICN-conference, Geneva 2003.
  - R.M.A. van Nispen. Leven met een zeldzame chronische aandoening. Ervaringen van patiënten in de zorg en het dagelijks leven. Lezing voor de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen. Utrecht, 26 mei 2003.
  - R.M.A. van Nispen, M. Rijken, M. Heijmans. Rare diseases: high health care needs. European Conference on Rare Disorders and Disabilities. Parijs, 16-17 oktober 2003 [poster].
  - W.J. Paget. Description of the European Influenza Surveillance Scheme (EISS) and its RSV surveillance activities. Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie,

- Den Bosch, 3 juni 2003.
- W.J. Paget. EISS and the Community Influenza Pandemic Preparedness and Response Plan. NATO/WHO Symposium 'Strengthening Influenza Pandemic Preparedness Through Civil-Military Co-operation'. St Petersburg, 9-11 mei 2003.
  - A.H. Pieterse et al. Issues of concern in genetic counselling for hereditary cancer. International meeting on Psycho-social aspects of hereditary cancer. Barcelona, 13-14 november 2003 [poster].
  - A.H. Pieterse et al. Issues of concern in genetic counselling for hereditary cancer. International meeting on Psycho-social aspects of hereditary cancer. Wetenschappelijke dag van Community Genetics. Utrecht, 21 november 2003 [poster].
  - E. Poot, S. Hickox. Stappenplan voor het systematisch verbeteren van richtlijnen. Vlaams -Nederlands Wetenschappelijk Congres "Designs en Dilemma's". Nijmegen, 14 november 2003 [poster].
  - M. Rijken. Knelpunten in de zorg. Ervaringen van mensen met een zeldzame chronische aandoening. Congres 'Zeldzame aandoeningen'. Den Haag, 15 november 2003.
  - M. Rijken. Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge ziektegerelateerde uitgaven. Lezing voor het ministerie van Volksgezondheid Welzijn Sport, Den Haag, 13 maart 2003.
  - M. Rijken, M. Heijmans, F.G. Schellevis, G. van den Bos. Meer aandoeningen, minder mogelijkheden? - Lezing in workshop van CG-Raad op de ZonMw-publieksdag over chronisch zieken. Den Haag, 7 november 2003.
  - H. Sixma. De kwaliteit van werkzaamheden van zorgkantoren. Presentatie bij Achmea. Zaandam, 5 juni 2003.
  - H.J. Sixma. Recent developments in quality of care research in The Netherlands: from provider oriented to patient centered. Presentatie bij Agenzia Sanitaria Regionale in Regione Emilia-Romagna. Bologna, 19 mei 2003.
  - H.J. Sixma. From Provider oriented to patient centered care; new developments in quality of care research. Kwaliteit van Zorgcongres van de Regio Emilia-Romagna (Italië), 10-20 mei 2003.
  - H.J. Sixma. Benchmarking in the Dutch home health care sector. Lezing NAHC congres, Orlando (Florida), 12-15 oktober 2003.
  - H.J. Sixma, R.J.C. Perstamper RJC. Multi-dimensional benchmarking in the Dutch Home Health Care Sector. Workshop tijdens het ISQua-congres, Dallas, 1-6 november 2003.

- E.M.Sluijs. Indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), Zoetermeer, 3 maart 2003 .
- I. Swinkels, R. Wimmers, E. van den Ende. First results of LiPZ. The 14th International WCPT Congress, Barcelona, 07-12 Juni 2003 [poster].
- K. Bates, A.M. van Dulmen, J.M. Bensing. Parents' perspectives on inter-disciplinary attuning of information and role attribution in child cancer care. The 2nd International Shared Decision Making Conference. Swansea, 2-4 september 2003.
- K. Bates, A multi-perspective view on provider-parent-child communication. Health Communication Research Centre, Cardiff University, Cardiff, 18 juli 2003
- N. Theunissen, J. Keijsers, R.D. Friele. Invitational Conference, ZonMw: workshop kennismanagement en implementatie. Den Haag, 19 maart 2003.
- N. Theunissen, R.D. Friele. De evaluatie van de implementatiemonitor, Themabijeenkomst bij ZonMw, 24 Den Haag, maart 2003.
- C. Veenhof. De invloed van verschillende wervingstrategieën op de studiepopulatie. Jaarcongres Fysiotherapie, Den Haag, 7-8 november 2003 [poster].
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke, E.P. Poortvliet. The role of nurses in palliative terminal care and end-of-life decisions. Congress "Vulnerable groups in society: a nursing issue". Amsterdam, 5-8 oktober 2003.
- A.J.E. de Veer, A.L. Francke. Zorg rond het levenseinde. Bijeenkomst studiegroep onderzoek in palliatieve zorg. Nijmegen, 11 september 2003.
- P.F.M. Verhaak. Landelijke ontwikkelingen in de ondersteuning van de Eerstelijns-GGZ. Conferentie "Welke psychiatrische ondersteuning van de eerste lijn wil de huisarts", VU medisch centrum en GGZ Buitenamstel, Amsterdam, 12 juni 2003.
- P.F.M. Verhaak. Rol en functie van de Stuurgroep tussen de Lijnen bij de versterking van de eerstelijns-GGZ. Bijeenkomst LHV-districts coördinatoren m.b.t. kwaliteit GGZ. Utrecht, 11 februari 2003.
- R. Verkaik, J.C.M. Weert, A.L. Francke. The effects of psychosocial treatments on aggressive, depressed and apathetic behaviors of people with dementia. Congress "Vulnerable groups in society: a nursing issue". Amsterdam, 5-8 oktober 2003.
- R. Verkaik en A.L. Francke. De begeleiding van demente mensen die depressief, apathisch of agressief gedrag vertonen. Bijeenkomst van de ZonMW Klankbordgroep Dementie, Den Haag, 29 oktober 2003.
- R. Verkaik. De ontwikkeling van richtlijnen voor verzorgenden m.b.t. het begeleiden van dementerenden die depressief, agressief of apathisch zijn. Forumdag van Arcares en NIZW Kenniscentrum Ouderen. Utrecht, 19 november 2003.
- A.C. Volkens, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis. Policy of pharmacotherapy in elderly depressed patients in primary care: guidelines and sociodemographic and clinical

- cal determinants. 11th Congress International Psychogeriatric Association. Chicago, 17-22 augustus 2003.
- A.C. Volkens, J. Nuijen, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis. Diagnosing major depression in elderly primary care patients: nuances and determinants. 11th Congress International Psychogeriatric Association. Chicago, 17-22 augustus 2003.
- A.C. Volkens, J. Nuijen, P.F.M. Verhaak, F.G. Schellevis. Oudere depressieve patiënten in de huisartspraktijk: Komen ze op het spreekuur en hoe worden ze gediagnosticeerd? NHG-Wetenschapsdag, Maastricht, 16 mei 2003 .
- C. Wagner, J. Bos, D. Frijters, I. Carpenter, R. Bernabei. Quality indicators for home health care organizations: a cross country comparison. International conference on geriatric care. Barcelona, juli 2003.
- C. Wagner, J. Bos, D. Frijters, I. Carpenter, R. Bernabei. Quality indicators for home health care: a cross country comparison. ISQUa congres Dallas, 3 november 2003.
- C. Wagner, J. Bos, D. Frijters. Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg in 11 Europese landen. Vlaams-Nederlands Wetenschappelijk Congres "Designs en Dilemma's". Nijmegen, 14 november 2003 [poster].
- C. Wagner, Prevalentie van smetten. 6e Congres Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus. Utrecht, 23 september 2003.
- C. Wagner. Guideline development and the nursing profession. 3rd European Nursing Congress. Vulnerable groups in society: a nursing issue. Amsterdam 5-8 oktober 2003.
- J.C.M. van Weert, A. Kerkstra, J.M. Bensing, J.G. Peter. The effects of snoezelen in dementia care. 3rd European Nursing Congress. Vulnerable groups in society: a nursing issue. Amsterdam 5-8 oktober 2003.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners. Themabijeenkomst Dementie. ZonMW i.s.m. Klankbordgroep Ouderen. Den Haag, 29 oktober 2003.
- J.C. M. van Weert, J.G. Peter, A.M. van Dulmen, A. Kerkstra, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Effecten van snoezelen op de stemming en het gedrag van demente verpleeghuisbewoners. Symposium "Probleemgedrag bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen". Dr. G.J. van Hoytema Stichting. Enschede, 6 november 2003.
- J.C.M. van Weert, A.M. van Dulmen, A. Kerkstra, M.W. Ribbe, J.M. Bensing. Effecten van snoezelen op demente verpleeghuisbewoners en zorgverleners. Forumdag 2003: Dementie onderzocht. Forum Onderzoek Verpleging en

Verzorging. Utrecht, 19 november 2003.

- H.J.A. Weevers, A.J. van der Beek, J.C.M. van der Burg, F.G. Schellevis. A questionnaire study on the role of general practitioners including their communication with occupational physicians. International. Congress of Occupational Health. Iguassu Falls, 23-28 februari 2003 [poster].
- R. Wimmers, I. Swinkels, E. van den Ende. LiPZ: physical therapists' treatment goals based on the ICF. The 14th International WCPT Congress. Barcelona 07-12 juni 2003 [poster].
- R. Wimmers, I. Swinkels, E. van den Ende, LIPZ: national information service for allied health care. The 14th International WCPT Congress. Barcelona 07-12 Juni 2003 [poster].
- R. Wimmers. Resultaten LiPZ-netwerk. Jaarcongres fysiotherapie, Den Haag, 7-8 november 2003.
- J van der Zee. De Nederlandse huisarts in internationaal perspectief, In nascholingscursus van Groningse huisartsen- de Breedenborg cursussen. Groningen, maart/april 2003.
- J. van der Zee. Primary care based health information systems; a challenge for Denmark. (lezing) Odense, Denmark, januari 2003.
- J.van der Zee. Nihe cursus 'Health Culture (november 2003)
- J.van der Zee. Health promotion: it really works. Universiteit Magdeburg. Magdeburg, oktober 2003 .
- J.van der Zee. The use of GPs' electronic medical records for research and policy. R.Koch Instituut, Berlijn, oktober 2003.

Het NIVEL werkt in een krachtenveld waarin het ministerie van VWS, de financiers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepel-organisaties 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 2003 vijf keer bijeen. Hieronder vindt u de samenstelling van het bestuur per 31 december 2003.

#### **Samenstelling Algemeen Bestuur NIVEL per 31 december 2003**

##### Leden

Mw. dr. E. Borst-Eilers*	Voorzitter
Prof.mr. P.C. Ippel*	Secretaris
Dr. J.H. Hagen*	Penningmeester

##### **Leden uit de kring van zorgaanbieders Voorgedragen door:**

J.F. van Santen, huisarts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dr. G.A. van Essen, huisarts*	Nederlands Huisarts Genootschap
Dr. R.M. Valentijn	Orde van Medisch Specialisten
vacature	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Prof.dr. P.J.M. Helders	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dr. J.H. Schaaf	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Drs. J.H.W.P. Stienen	ARCARES Brancheorganisatie Verpleging en Verzorging

\*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

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

Ir. B.F. Dessing	Zorgverzekeraars Nederland
A.L.J.E. Martens, arts	Zorgverzekeraars Nederland
Ir. H. Smits	Consumentenbond
Mw. drs. I. van Bennekom-Stompedissel	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie

**Leden uit de kring van de wetenschap**

Prof.dr. E. Schadé	UvA / AMC Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. G.J. Kok staf NIVEL vacature	Universiteit Maastricht, voorgedragen door voorgedragen door staf NIVEL

**Adviseurs**

J.M. van der Klaauw ( tot 11-11-03)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
F. Sanders, arts Vacature	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
H.J. Smid	Inspectie voor de Gezondheidszorg
S. Zum Vörde sive Vörding	ZonMw
Mw. J.M.M. Willemse	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Mw. dr. A. van den Brink-Muinen	Algemene Vergadering van Verpleegkundige en Verzorgenden
	Ondernemingsraad NIVEL

**Wetenschappelijk personeel****Directie**

Bensing, prof.dr. J.M.	Zee, prof.dr. J. van der
------------------------	--------------------------

**Afdelingshoofden**

Groenewegen, prof.dr. P.P.	Kerkstra, dr. A. (tot 1 mei 2003)
Bakker, dr. D.H.	Friele, dr.ir. R.D. (m.i.v. 1 oktober 2003)

**Programmaleiders**

Delnoij, dr. D.M.J.	Hutten, dr. J.B.F.
Devillé, dr. W.L.J.M.	Rijken, dr. P.M.
Dulmen, dr. A.M. van	Schellevis, dr. F.G.
Ende, dr. C.H.M. van den	Verhaak, dr. P.F.M.
Francke, dr. A.L.	Wagner, dr. C.
Hingstman, dr. L.	IJzermans, dr. C.J.J.M.

**Onderzoekers**

Baanders, dr.ir. A.N.	Calsbeek, drs. H.
Bartelds A.I.M., huisarts	Cardol, dr. M.
Beek, drs. A.P.A. van	Caris-Verhallen, dr. W.M.C.M.
Berg, drs. M.J. van den	Coffie, drs. D.S.V.
Bij, drs. S. van der	Coppen, drs. R.
Boer, drs. M.E. de	Deckers, dr. J.G.M.
Boerma, dr W.G.W.	Deunk, drs. E.N.
Bongers, F., huisarts	Dijk, dr.ir. C.E.M.J. van
Bos, drs. J.T.	Dijk, drs. G.M. van
Brink-Muinen, dr. A.van den	Dirkwager, dr. A.
Brouwer, drs. W.	Donker, dr. G.A.
Brouwers, dr. E.P.M.	Doorn-Poot, drs. E.P. van
Dorgelo, drs. M.N.	Nispen, drs. R.M.A. van
Dorn, drs. T.	Nuijen, drs. J.
Edelenbos, drs. K.I.	Oort, drs. M.M.H.J. van

Geurts, drs. M.P.E.D.  
 Graaff, drs. F.M. de  
 Gundy, drs. C.M.  
 Habraken, drs. J.M.  
 Hanssen, drs. J.E.  
 Heijmans-Rigeaux, dr. M.  
 Heiligers, dr. Ph.  
 Hofhuis, dr. E.H.  
 Holdinga, C.H.  
 Jabaaij, dr. L.  
 Janse, drs. A.F.C.  
 Jansen, drs. J.  
 Janssen, ir. B.M.  
 Jong, drs. A. de  
 Jong, drs. J de  
 Kaldenhoven, drs. S.  
 Kenens, R.J.  
 Kerssens, dr. J.J.  
 Kolthoff, drs. E.D.  
 Kooij, drs. D.G.  
 Kroneman, dr.ir. M.W.  
 Lamkaddem, drs. M.  
 Leemrijse, dr. Ch.  
 Linden, dr. M.W. van der  
 Lindert, mr.drs. J.J.M.van  
 Maas, drs. J.  
 Marangos, M.A.M.  
 Marquet, dr. R.L.  
 Meerhoff, drs. T.J.  
 Meijer, dr. S.A.  
 Mettendaf, drs. A.I.  
 Mistiaen, drs. P.J.M.L.  
 Mohangoo, drs. A.D.  
 Morren, drs. M.  
 Muysken, J.

Ouden, drs. D.J. den  
 Paget, dr. J.W.  
 Pas, drs. S.M.E. te  
 Peters, drs. L.  
 Pieterse, drs. A.W.  
 Pisters, drs.M.  
 Plas, ir. G.M.  
 Richter, drs. J.M.  
 Schee, drs. E van der  
 Silkens, drs. A.C.  
 Sixma, dr. H.J.M.  
 Sluijs, dr. E.M.  
 Soeteman, J.H., huisarts  
 Somai, drs. T.  
 Speet, drs. M.  
 Steffen, drs. P.  
 Steultjens, drs. E.M.J.  
 Swinkels, drs. I.  
 Theunissen, dr. N.C.M.  
 Truschel, C.  
 Uiters, drs. A.H.  
 Veenhof, drs. C.  
 Veer, dr. A.J.E. de  
 Veer, drs. G. van der  
 Velden, dr. L.F.J. van der  
 Verheij, dr. R.A.  
 Verkaik, drs. R.  
 Volkers, dr. A.C.  
 Vugts, drs. C.J.  
 Weert, drs. J.C.M. van  
 Wiegers, dr. Th.A.  
 Wimmers, dr. R.H.  
 Wolters, drs. I.  
 Zantinge, drs. E.M.  
 Zwaanswijk, drs. M.

#### **Kenniscentrum**

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

Visser, Th.  
 Bonapart, L.M.C.

#### **Wetenschappelijk onderzoeksondersteuning**

##### **Systeembeheer**

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

##### **Research medewerkers**

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

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

##### **Veldwerkcoördinatoren**

Kolthoff drs. E.D.  
 Konink, drs. M.C. de

Visser drs. I.H.E.

##### **Videotheek**

Kruisdijk, R.A.J.T. van  
 Beltman M  
 Kedde, J.H.  
 Pas, drs. S.M.E. te

Ronner, E.C.  
 Sep, drs. S.M.  
 Tromp, drs. F.

##### **Medewerkers enquêtekamer**

Hermans, drs. I.M.J. (coördinator)  
 Baarle, J.M. van  
 Beasley, M.  
 Berg, M.S. van den

Blok, M.A.  
 Boekhorst, S. te  
 Hobbel, D.  
 Tibosch, drs. E.M.

##### **Medewerkers data entry**

Dussenbroek, A.M. (coördinator)  
 Hoekstra, J.  
 Bijl, I. van der  
 El Barakat, A.

Kreeftenburg, T.  
 Lenders, E.  
 Lodder, A.  
 Loon, S.M.C. van

**Medewerkers data entry**

Meeuws, F.C.M.	Staal, J.M.
Pools, Y.	Tak, E.L. van der
Rhiannon, J.	Wageningen, G.M.J. van
Romeijn, G.	Wijnands, E.
Scheffer, S.	

**Administratieve medewerkers registratiesystemen**

Bie-Vos, T. De	Schutten, J.G.W.
Franke-Kasteleijn, A.	Steen, J.P.C. van der
Scheepmaker, A.F.	

**Projectsecretariaten**

Aalst- van Well, C.J.M. van	Kimmelaar, M.A.M.
Brouwer-van Beurden, M.W.	Leeuwe, M. van
Faassen, A.	Saya, D.
Geelkerken-van Wijk, M. van	Smulders, L.
Heshusius-van Valen, M.	Stoeten-Verbeek, K.M.
Karamat Ali, I.M.	

**Overige projectondersteuning**

Davids, R.N.	Korte, M.C. de
Dufourné, W.	Zoelen-Bouwman, P.S. van

**Bibliotheek en documentatie**

Berg, R. van den (Hoofd)	Carlier, A.V.
Heijden, drs. P.M.J.R. van der	Schoonmade, L.J.
Breuning, E.	

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

Berg, W. van den

**Projectbeheer**

Bosman, ir. J.M. (hoofd)	Vonk, ir. E.
--------------------------	--------------

**Financiële administratie**

Franke, C.H. (administrateur)	Blokland, E.
Philipse, M.P.	Vonk, W.A.L.P.

**Personeelszaken**

Schinkel, drs. E.E. (personeelsfunctionaris)	Kerkhof-van Beurden, J.D.M.
--	-----------------------------

**Salarisadministratie**

Kerkman-Pouw, A.

**Directiesecretariaat**

Wegen, M. van der	Koff, A.H.M. de
-------------------	-----------------

**Beheer**

Kraus, dr. E.	Brouwers, H.B.
Spruit, W.L.	

**Automatisering**

Contente Lopes, A.J.	Lemans, J
----------------------	-----------

**Receptie**

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

**Kantine**

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

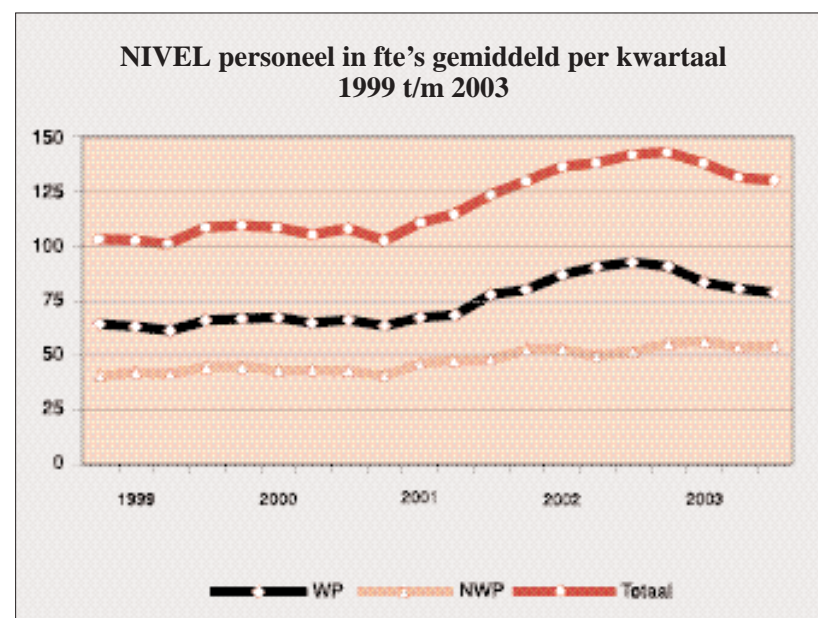
**Schoonmaak**

Sieders-van Dam, Th.



### Gemiddelde formatie

In figuur 1 wordt weergegeven de gemiddelde personeelsbezetting van het NIVEL per kwartaal over de afgelopen 5 jaar. In 2003 is het wetenschappelijk personeel voor het eerst in aantal gedaald. Het niet wetenschappelijk personeel is constant gebleven.



In tabel 1 wordt over de periode 1999 tot en met 2003 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

	1999	2000	2001	2002	2003
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	15	13	11	13	11
Onderzoekers > 6 ancienniteitsjaren	26	30	28	39	37
Onderzoekers	18	16	27	34	31
Assistent onderzoekers/student-assistenten	13	10	19	20	5
Onderzoeksondersteuning	43	55	64	50	53
Kenniscentrum*	0	0	8	6	8
<b>Subtotaal</b>	<b>120</b>	<b>129</b>	<b>162</b>	<b>167</b>	<b>150</b>
Niet wetenschappelijk management	1	1	1	1	1
Management ondersteuning	9	6	6	8	2
Algemene dienst	16	18	18	19	19
<b>Subtotaal</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>22</b>
<b>Totaal</b>	<b>146</b>	<b>154</b>	<b>187</b>	<b>195</b>	<b>172</b>

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

### Ziekteverzuim

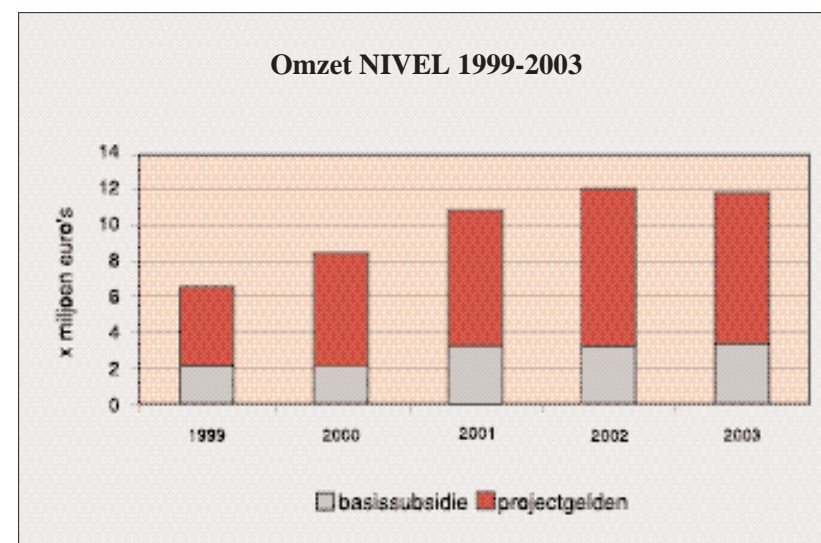
Het ziekteverzuimcijfers kent, tegen alle landelijke ontwikkelingen in, een negatieve ontwikkeling, vooral als het gaat om de tijdelijke aanstellingen. De toename van het verzuim komt geheel voor rekening van de groep medewerkers met een aanstelling voor bepaalde tijd. Hoewel procedures en signaalfuncties goed lopen en de intensiteit van de verzuimbegeleiding sterk is opgevoerd, heeft dit vooralsnog geen positief effect op het ziekteverzuim.

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

	totaal verzuim percentage
1999	2,7%
2000	5,2%
2001	2,9%
2002	4,1%
2003	5,0%

**Omzet**

In figuur 2 is de omzet van het NIVEL weergegeven voor de periode 1999-2003. De basissubsidie is vrijwel onveranderd gebleven, maar de omvang van de projectgelden zijn ten opzichte van 2002 iets gedaald en liggen nu op  $\pm$  8,4 miljoen euro.

**Overzicht aanvragen van gegevens uit de registraties in het jaar 2003.**

Aanvrager	Doel	Gevraagde gegevens
CBS	Statistiek Huisartsen	Adressen van huisartsen
NIGZ	Mailing over website "Drinktest"	Adressen van huisartsen.
UMC NATAN	Onderzoek effectiviteit ATE bij kinderen.	Adressen van huisartsen
I&O Research	Onderzoek provinciaal, sociaal beleid in Overijssel.	Statistische gegevens van huisartsen.
KNGF	Beroepsmonitor Fysiotherapie	Adressen van fysiotherapeuten
NIVEL / TNO	Onderzoek doelmatigheid voorschrijven Cox-2 remmers	Adressen van huisartsen.
NIVEL	Onderzoek doelmatigheid antidepressiva	Adressen van huisartsen.
NHG	Mailing Congres Sars.	Adressen van huisartsen
Mw C.T.Feldmann	Promotie onderzoek.	Adressen van huisartsen.
RIVM	Mailing voor Gezondheidsonderzoek Vogelpest	Adressen van huisartsen.
Universiteit Wageningen	Onderzoek hart en vaatziekten, Margarine onderzoek	Adressen van huisartsen Gaat niet door.
RUG. Vakgroep Rechtstheorie Wok, Nijmegen	Onderzoek Schriftelijke Wilsverklaring	Adressen van huisartsen
Provincie Zuid Holland	Evaluatie Kwaliteitsbevorderende factoren.	Adressen van huisartsen
NIVEL	Problematiek in de huisartsenzorg	Adressen van huisartsen
NIVEL	Gezondheidsproblemen Asielzoekers, vluchtelingen en hun kinderen	Adressen van huisartsen .
Whiplash Instituut Nederland	Promoten WIN instituut bij huisartsen	Adressen van huisartsen. Afgewezen.
ADF Stichting	Mailing over het werk van de stichting voor mensen met een angststoornis	Adressen van huisartsen
UMC	Huisartsenvisie naar de continuïteit in de huisartsenzorg.	Adressen van huisartsen.
RIVM	Regionale verschillen in geneesmiddelengebruik.	Adressen van huisartsen
ROCHE	Mailing Informatie nieuwe producten	Adressen van huisartsen. Afgewezen
CBS	Opschonen bedrijvenregister.	Adressen van verloskundige en fysiotherapie praktijken
NIVEL	Onderzoek naar redenen van voorschrijven medicijnen bij hypertensie door huisartsen	Adressen van huisartsen
STOEH	Opsporing van patienten met Familiaire Cholesterolemie.	Gaat niet door.
NIVEL	Mailing Nationale Studie 2	Adressen van huisartsen
NPI	Onderzoek Claudicatio Intermittens	Spreidingskaart van fysiotherapeuten die opgeleid zijn volgens de EBM-principes.
NIVEL	Implementatie kwaliteitsbeleid paramedische zorg	Adressen van fysiotherapeuten
Centrum voor Onderzoek en Statistiek	Grafische kaart maken	Adressen van huisartsen Afgewezen
Regenboog. Dagbesteding en arbeidsbegeleiding voor mensen met een lichamelijke handicap.	Mailing voor huisartsen	Adressen van huisartsen. Gaat niet door.
NHG	Mailing NHG Congres	Adressen van huisartsen

