



Jaarboek
2010

> x Σ x <

> ± Σ ± <

> + Σ + <

> - Σ - <

> = Σ = <

> - Σ - <

> + Σ + <

> ± Σ ± <

> x Σ x <

> ± Σ ± <

> + **Σ** + <

> - Σ - <

> = Σ = <

NIVEL JAARBOEK 2010

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

ISBN 978 9461 22089 9

© 2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

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

Inhoud

Voorwoord: Wat gebeurt er met ons onderzoek?	7
Inleiding	11
1 Ziekte en gezondheid	18
1.1 Hield Mexicaanse griep wintergriep buiten de deur?	18
1.2 Gonokok sneller dan huisarts	19
1.3 Ziek van het nieuws	20
1.4 Vaker hepatitis C in de gevangenis	20
1.5 RS-virus is een wintergast	21
1.6 Hooikoorts tot in de herfst?	22
1.7 Vier keer zo veel depressie bij partners patiënten met dementie	23
1.8 Italiaans kind meest voor griep naar de dokter, Nederlands kind het minst	24
INTERVIEW: Health Services Research in Europe – Johan Hansen	26
2 Verwachtingen en ervaringen van patiënten	28
2.1 Keuze-sites over de zorg kunnen beter blijkt uit proefschrift	28
2.2 Met één beperking naar meer loketten	29
2.3 Betalen voor onterecht bezoek spoedeisende hulp schrikt af	30
2.4 Oudere migrant hecht aan eigen gewoonten	31
2.5 Kankerpatiënt houdt behoefte aan ondersteuning	32
2.6 Turkse of Marokkaanse patiënt wil niet altijd alles weten	33
2.7 Dikke dokter, dikke patiënt	34
INTERVIEW: Spinozapremie en placebo-onderzoek – Jozien Bensing	36
3 Het zorgproces	38
3.1 Spanningsveld tussen behoeften van patiënten en richtlijnen voor behandeling angst en depressie	38
3.2 Kind met kanker kan volwassen keuzes maken	39
3.3 Sms'je helpt medicijnen niet te vergeten	40

3.4	Genezen met placebo-effect	41
3.5	Patiënten te weinig betrokken bij behandeling	42
3.6	Domotica nog geen alternatief voor fixatie verpleeghuisbewoners	43

INTERVIEW: Capaciteitsramingen – Ronald Batenburg **46**

4	Aanbod en organisatie van zorg	48
4.1	Eerste lijn diverser dan divers	48
4.2	Zorgverleners voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk	49
4.3	Dure medicijnen blijven toegankelijk voor patiënten	50
4.4	Hoge verwachtingen van kersverse verpleegkundigen en verzorgenden	51
4.5	Door slimmer organiseren doet huisarts meer in minder tijd	52
4.6	Huisartsen werken steeds meer samen met andere eerstelijnsdisciplines	53
4.7	Hoe beviel de kraamzorg?	54
4.8	Gehandicaptenzorg: van richtlijnen moet je ook kunnen afwijken	56
4.9	Grote variatie in huisartsendichtheid per gemeente	57
4.10	Patiëntvriendelijker ziekenhuiszorg door specialisatie	58
4.11	Lees ook bij zelfzorggeneesmiddelen wel de bijsluiter	59
4.12	Haal de verpleegkundige terug in het verpleeghuis	61
4.13	Vier van de tien patiënten gaan zonder verwijzing naar de fysiotherapeut	63
4.14	APK bij de huisarts	64

INTERVIEW: Orgaandonatie – Remco Coppen **66**

5	Structuur en sturing van zorg	68
5.1	Afschaffen vergoeding geen reden om met slaappillen te stoppen	68
5.2	Website voor systematisch leren van incidenten in de zorg	69
5.3	Nieuwe wetgeving leidt niet tot meer euthanasieverzoeken	70
5.4	Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief	71
5.5	Integrale bekostiging dekt fractie zorg	72
5.6	Verplicht eigen risico drukt zorgkosten nauwelijks	73
5.7	Nabestaande beslist bij orgaandonatie	74
5.8	Nog steeds onduidelijkheid over bijbetalen voor zorg	76
5.9	Oratie Cordula Wagner over patiëntveiligheid	77
5.10	‘Je kunt niet achter iedere zorgverlener een inspecteur zetten’	78

INTERVIEW: Patiëntveiligheid – Cordula Wagner	80
6 Uitkomsten van zorg	82
6.1 'Meedoen' blijft lastig voor mensen met een beperking	82
6.2 Minder operaties vanwege heupartrose met nieuwe fysiotherapiebehandeling	83
6.3 Hardlopen als huiswerk	84
6.4 Rapportcijfer zegt niet alles over kwaliteit ziekenhuis	85
6.5 Longziekte kost mensen hun baan	86
6.6 Internationaal onderzoek wijst op minder doorligwonden met nieuwe schapenvacht	87
6.7 Potentieel vermijdbare schade bij ziekenhuispatiënten nog niet gedaald	88
7 Verspreiding van NIVEL kennis en expertise	91
8 Publicaties	100
8.1 Internationale artikelen	100
8.2 Internationale boeken en boekbijdragen	107
8.3 NIVEL dissertaties	108
8.4 Overige dissertaties	109
8.5 Oraties	109
8.6 Nederlandse wetenschappelijke artikelen	109
8.7 Artikelen in vaktijdschriften	110
8.8 Nederlandse boeken en boekbijdragen	112
8.9 NIVEL rapporten	114
8.10 Gepubliceerde abstracts	117
8.11 Factsheets	122
8.12 Overige factsheets	122
8.13 Lezingen en posters	123
8.14 Digitale producten	134
9 De Raad van Toezicht en de Maatschappelijke Advies Raad	136
10 Personele zaken	138

Voorwoord

Wat gebeurt er met ons onderzoek?

Het NIVEL-Jaarboek geeft een staalkaart van het onderzoek dat het afgelopen jaar is gedaan, grofweg geordend naar de domeinen van het onderzoeksprogramma. Sinds een aantal jaren nemen we in het Jaarboek ook korte beschrijvingen op van de impact van ons onderzoek. Gezondheidszorgonderzoek is er immers om gebruikt te worden. Het ontleent zijn vraagstellingen vooral aan problemen in het beleid en in de zorgpraktijk. De interne dynamiek van onderzoek dat leidt tot nieuwe onderzoeksvragen is hier veel minder sterk dan in het disciplinegerichte, wetenschappelijke onderzoek. Ook nu geven we weer een aantal voorbeelden, verschillend qua aard van het onderzoek en van de impact die ze hebben.

Maar, onderzoek wordt niet vanzelf gebruikt.

Het moet bruikbaar zijn. Daarvoor is het belangrijk dat het onderzoek gaat over de problemen in beleid of zorgpraktijk waar het allemaal om begonnen was. De transformatie van die problemen naar onderzoekbare vraagstellingen moet leiden tot onderzoek dat relevant is voor de oplossing van de problemen.

Het moet bij de potentiële gebruikers terechtkomen. De vertaalslag van onderzoeksuitkomsten naar handvatten voor oplossingen van het oorspronkelijke probleem moet expliciet gemaakt worden. De resultaten van het onderzoek moeten helder en compact worden gepresenteerd en ze moeten via de juiste kanalen worden verspreid.

En dan moet het ook nog gebruikt worden. Daarvoor moeten de resultaten op het juiste moment bij de juiste gebruikers terechtkomen. Dat vraagt inzicht in de manier waarop beleid wordt gemaakt en de fase in de beleidscyclus waarin onderzoeksresultaten de meeste invloed kunnen hebben.

Onderzoek naar het gebruik van onderzoek laat keer op keer zien dat de belangrijkste determinant van gebruik is gelegen in interacties tussen onderzoek en beleid. Dat is een mooi inzicht, maar voor praktische doelen wel erg algemeen. Interacties kosten tijd. Gezondheidszorgonderzoek moet om het zo te zeggen 'scoren' in twee werelden: de maatschappelijke en de wetenschappelijke. Immers, alleen goed onderzoek verdient het om gebruikt te worden. Daarom heeft het NIVEL ook een dubbele missie. Het drukt ons

des te meer op de noodzaak om dit inzicht over het belang van interacties voor het gebruik van onderzoek op een effectieve manier te gebruiken.

In de literatuur over het gebruik van onderzoek duikt nu de term ‘productieve interacties’ op. Daar is nog niet zoveel over bekend maar in een internationaal project waarin voor Nederland de KNAW participeert (www.siampi.eu) en het NIVEL een case study was, worden drie condities genoemd :

- het instituutsbeleid moet gericht zijn op interactie met kennisgebruikers op verschillende niveaus (projecten, programma’s, instituten);
- potentiële gebruikers moeten in alle fasen, maar vooral in een vroeg stadium, betrokken worden bij onderzoek;
- stakeholders uit verschillende beleidsnetwerken rond een bepaald onderwerp moeten bij het onderzoek worden betrokken.

Op het NIVEL hebben we het instituutsbeleid op de verschillende niveaus ingevuld: op projectniveau hebben we begeleidingscommissies, werkconferenties, feedback; op programmaniveau hebben we een jaarlijkse consultatieronde langs belangrijke stakeholders, stuurgroepen rond databases, panels en monitors; op instituutsniveau, tenslotte, hebben we een Maatschappelijke Adviesraad, deelname in de Kenniskamer van vws, en ook diezelfde consultatieronde. Dit alles naast de informele contacten op al deze niveaus. Via deze kanalen worden altijd verschillende belanghebbenden bij ons onderzoek betrokken. Open vragen zijn of we potentiële gebruikers vroeg genoeg bij onderzoek betrekken en of we dat op een systematische manier doen.

Om al die interacties productief te laten verlopen is nog een vierde conditie van belang: vertrouwen tussen onderzoek en beleid. Dat heeft drie aspecten:

- wederzijds vertrouwen in de goede bedoelingen; openheid over de financiering van onderzoek kan daaraan bijdragen volgens het genoemde KNAW-project;
- vertrouwen in elkaars competenties; dat voorkomt dat onderzoekers op de stoel van beleidsmakers gaan zitten en dat de methoden van onderzoek ter discussie worden gesteld als de uitkomsten niet sporen met belangen;
- vertrouwen in conflictregulerend vermogen; de relaties tussen onderzoek en beleid zijn ingebed in netwerken en hebben een zekere continuïteit waardoor belangenafweging en integratie gemakkelijker plaatsvindt.

Wij hebben het idee dat we binnen het NIVEL goed invulling hebben gegeven aan deze condities. Dat blijkt ook uit de case study binnen het internationale Siampi-project. Toch is het lastig vast te stellen wat nu precies bepaalt hoeveel impact onderzoek heeft. Voelhoorns in het veld, interacties met beleid en praktijk in alle fasen van onderzoek, daar kunnen we als instituut aan werken. Op de verspreiding van onderzoeksresultaten hebben we veel invloed en we kunnen die goed monitoren. Maar bij het feitelijk gebruik ligt dat veel moeilijker. Daar zijn nog tal van open vragen. Op welk niveau bekijken we gebruik van onderzoek? Een afzonderlijk project of een reeks onderzoeken? Invloedrijk onderzoek heeft vaak een lange voorgeschiedenis. Met het onderzoek dat is uitgemond in de CQ index is al in de jaren 1990 begonnen.

Geaccepteerde manieren om gebruik vast te stellen zijn er nog niet. De huidige consensus is dat we moeten beginnen met systematische beschrijvingen van gevallen van gebruik van onderzoek. Gezien het voorgaande zou in dergelijke beschrijvingen aandacht moeten worden besteed aan de condities voor productieve interacties die we hierboven besproken hebben. Systematische beschrijvingen van het gebruik van onderzoek zouden de volgende elementen kunnen bevatten:

- het achterliggende probleem in beleid of zorgpraktijk
- een korte beschrijving van het onderzoek of onderzoeksprogramma
- de impact op beleid, zorgpraktijk of samenleving
- de betrokkenheid van stakeholders en beleidsnetwerken.

En dan is er nog een belangrijk methodologisch probleem. Moeten we niet net zo goed systematische beschrijvingen geven van voorbeelden waarin onderzoek niet wordt gebruikt? In dit Jaarboek geven we voorbeelden van de veelzijdigheid van de impact van ons onderzoek. Maar we zijn onderzoeker genoeg om ook na te denken over waarom het soms niet lukt om impact te hebben.

Peter Groenewegen

Voorjaar 2011

Inleiding

Bij onderzoek draait het om de inhoud. Daarom staat de inhoud van ons onderzoek centraal in dit jaarboek. U treft een bloemlezing aan van de resultaten van ons onderzoek uit 2010, met daarbij verwijzingen naar onderliggende of aanverwante publicaties. Al deze publicaties zijn, via onze website www.nivel.nl, voor iedereen toegankelijk.

- **Onderzoeksprogramma**

Ons onderzoek richt zich op de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. Dit onderzoeksprogramma is verdeeld in 6 onderling samenhangende domeinen die in bijgaande figuur zijn weergegeven.



- 1 In het onderzoeksdomein *Gezondheid en Ziekte* staat de vraag naar de epidemiologie van ziekten centraal. Ongezondheid is één van de determinanten van zorggebruik.
- 2 In het onderzoeksdomein *Verwachtingen en ervaringen van patiënten* staat het perspectief van patiënten – ook wel burgers, consumenten, verzekerden of cliënten – centraal. In dit onderzoeksdomein gaat het om hun visie op de zorg.
- 3 Het *zorgproces* staat centraal in het derde onderzoeksdomein. Het gaat hierbij om de gezondheidszorg in de volle breedte, van preventie tot aan patiëntveiligheid.

- 4 In het onderzoeksdomein *Aanbod en organisatie van de zorg* staan de verschillende zorgverleners en de organisaties waarbinnen ze werken centraal. Het onderzoek binnen dit domein is gericht op aanbieders en locaties van zorg, hun onderlinge netwerken en samenwerking, bijvoorbeeld binnen ziekenhuizen, verpleeghuizen of huisartsenposten.
- 5 Vragen rond *structuur en de sturing van de zorg* staan centraal in het vijfde onderzoeksdomein. Het onderzoek in dit domein geeft inzicht in de manier waarop de structuur van het gezondheidszorgsysteem verandert en hoe beleid doorwerkt in de praktijk en vice versa.
- 6 Uiteindelijk gaat het om de resultaten: *de uitkomsten van zorg*. De uitkomsten van de gezondheidszorg zijn zichtbaar op verschillende niveaus. Voor patiënten, het microniveau, gaat het om gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie. Voor zorgaanbieders en instellingen, het mesoniveau, gaat het om hun prestaties, deels af te lezen uit scores op prestatie-indicatoren, de uitkomsten van hun zorgprocessen en de veiligheid. Op macroniveau gaat het om de bijdrage van het gezondheidszorgsysteem aan het bereiken van de systeemdoelen volksgezondheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

• **Databases, panels, registraties en meetinstrumenten**

Veel NIVEL onderzoek is gebaseerd op de databases, panels, registraties en meetinstrumenten die het NIVEL beheert of ontwikkelt. Dit geldt ook voor veel van de resultaten in dit jaarboek. Voor het NIVEL is het beheer en de exploitatie van deze grote gegevensverzamelingen een belangrijk middel om snel antwoord te kunnen geven op onderzoek- en beleidsvragen. Vaak beheert het NIVEL de databanken samen met anderen. Deze gegevensverzamelingen dekken het gehele onderzoeksdomein van het NIVEL.

Onderzoeksdomein	Database, panel of registratie	Inhoud
Gezondheid en Ziekte	<ul style="list-style-type: none"> • LINH – landelijk informatienetwerk huisartsenzorg • SUNN – surveillance netwerk nederland • Peilstations 	Informatie over ziekte en gezondheid gepresenteerd in de huisartsenpraktijk

Onderzoeksdomein	Database, panel of registratie	Inhoud
Verwachtingen en ervaringen van patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • Consumentenpanel en ouderenpanel • NPCG – nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten • Panel samen leven, mensen met een verstandelijke handicap • Panel leven met kanker 	<p>Informatie uit enquêtes en interviews met de algemene bevolking en specifieke groepen zorggebruikers over hun ervaringen met, meningen over en kennis van de zorg</p> <hr/> <p>Een familie van meetinstrumenten waarmee de ervaringen van patiënten met de zorg kunnen worden gemeten</p>
Zorgproces	<ul style="list-style-type: none"> • LINH – landelijk informatienetwerk huisartsenzorg • LiPZ – landelijke informatievoorziening paramedische zorg • LINEP – landelijk informatienetwerk eerstelijns psychologen • LINEL – landelijk informatienetwerk eerste lijn • Databank Communicatie 	<p>Informatie over de inhoud van consulten, voorschrijven en verwijzingen</p> <hr/> <p>Informatie over patiëntenpopulatie, verwijzingen, klachten, consulten en de evaluatie hiervan</p> <hr/> <p>Informatie over afgeronde behandelingen, patiëntkenmerken, behandeling, verwijzingen en de evaluatie hiervan</p> <hr/> <p>Een geïntegreerd informatienetwerk over de eerste lijn</p> <hr/> <p>Op video opgenomen consulten van diverse hulpverleners met hun patiënten</p>
Aanbod en organisatie van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Beroepenregistraties van huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, verloskundigen en eerstelijnspsychologen • Panel Verpleging en Verzorging 	<p>Informatie over professionals en hun praktijk</p> <hr/> <p>Informatie over het werk van verpleegkundigen, verzorgenden, werkbeleving en betrokkenheid bij het instellingbeleid</p>
Structuur en Sturing	<ul style="list-style-type: none"> • Verzekerdenpanel • Consumentenpanel 	<p>Informatie uit enquêtes en interviews met verzekerden en de algemene bevolking</p>
Uitkomsten	Te vinden in vrijwel alle databases	<p>Gezondheid, kwaliteit van leven</p> <p>Maatschappelijke participatie</p> <p>Kwaliteit en kosten</p>

- **De vraagkant**

Kennis over *het voorkomen van ziekten* in de bevolking en kennis over de zorgvraag, is te ontleen aan LINH (het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg; www.nivel.nl/linh), LiPZ (de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg; www.nivel.nl/lipz) en LINEP (het Landelijke InformatieNetwerk Eerstelijns Psychologen). Deze registraties zitten alle in 'de eerste lijn' en worden gevuld met gegevens uit de praktijk van steekproeven huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. In deze registraties wordt, onder meer, bijgehouden met welke klachten patiënten zich melden. Deze klachten worden geregistreerd en voorzien van informatie over de gestelde diagnose.

Deze drie informatienetwerken functioneren nu nog naast elkaar, waardoor een samenhangend beeld ontbreekt. Om een goed inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in het voorkomen van ziekten en in de zorgvraag is integratie van deze netwerken van groot belang. Deze integratie wordt vanaf eind 2010 uitgevoerd met het Landelijk InformatieNetwerk Eerste Lijn (LINEL).

Een bijzondere vorm van gegevensverzameling is de surveillance. Het NIVEL maakt hierbij gebruik van het Surveillance Netwerk Nederland (SUNN) en de huisartsen Peilstations. Beide netwerken richten zich op snelle - zo nodig 'real time' - informatie over het beloop van epidemieën. Inzet van deze netwerken is ook mogelijk bij het volgen van andere infectieziekten, zoönosen, gevolgen van de klimaatverandering en bepaalde type rampen.

Het NIVEL participeert bovendien in het Geestkracht consortium 'NESDA' (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst). Voor het onderzoek naar het beloop van de psychische stoornissen 'angst' en 'depressie' kan gebruikgemaakt worden van de data die hiervoor gedurende tien jaar verzameld worden onder ongeveer 1500 mensen met een vastgestelde angststoornis of depressie.

De vraagkant wordt daarnaast bediend vanuit een groot aantal *panels van zorgvragers*. Het NPCG (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten; www.nivel.nl/npcg) bevat circa 3500 leden met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking. Bij hen wordt onderzoek gedaan naar hun zorggebruik en ervaringen met de gezondheidszorg alsmede naar hun maatschappelijke positie. Deze gegevens zijn landelijk representatief en bruikbaar voor het ontwikkelen, monitoren en evalueren van beleid ten aanzien van chronisch zieken en gehandicapten. Aangehaakt aan het NPCG, wordt een aparte monitor van astma- en COPD-patiënten gevoerd. Een uniek panel is het 'Panel Samen Leven',

dat bestaat uit zo'n 1000 leden die zelf een verstandelijke beperking hebben of die een directe naaste met een verstandelijke beperking vertegenwoordigen. In 2011 start daarenboven een panel van mensen met kanker.

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg bestaat vanaf 2011 uit een steekproef van ruim 7000 Nederlanders die met enige regelmaat bevraagd worden over hun ervaringen met de gezondheidszorg. De thematiek die in dit panel aan de orde komt, is de meest diverse van alle grote gegevensverzamelingen van het NIVEL. Dit panel bevat een subpanel: het ouderenpanel. Tenslotte het verzekerden panel: dit is een panel met meer dan 10.000 UVIT verzekerden. In dit panel wordt vooral onderzoek gedaan naar de ervaringen van verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt.

Met de *CQ-index* (Consumer Quality Index) wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten en consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar. De systematiek bestaat uit een familie van vragenlijsten met bijbehorende richtlijnen voor dataverzameling, data-analyse en het rapporteren van de resultaten. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg.

- **Het zorgproces**

Verschillende gegevensverzamelingen geven inzicht in 'het hart van de zorg'. De eerder genoemde gegevensverzamelingen LINH, LIPZ en LINEP geven inzicht in het handelen van huisartsen, paramedici en eerstelijnspsychologen. Het gaat daarbij onder meer om de verrichtingen tijdens consulten, medicijnvoorschriften, eventuele doorverwijzingen en leefstijladviezen in relatie tot de klacht of diagnose. LINH, waarin zowel de diagnose als de voorgeschreven geneesmiddelen zijn opgenomen, biedt een mooi uitgangspunt voor geneesmiddelenonderzoek, bijvoorbeeld off-label voorschrijven.

De *databank Communicatie* in de zorg bevat ongeveer 16000 video- en audio-opnamen van consulten die gedurende de afgelopen dertig jaar in de dagelijkse praktijk zijn vastgelegd. Het begon ooit met de registratie van huisartsenconsulten. Deze consulten worden nog steeds geregistreerd. Inmiddels zijn in de databank ook consulten met verpleegkundigen, verzorgenden, medisch specialisten en praktijkondersteuners opgenomen. De databank leent zich voor onderzoek naar het effect van communicatiestijlen op de uitkomsten van consulten, maar ook voor de inhoudelijke analyse van consulten,

bijvoorbeeld over de vraag hoe therapietrouw aan de orde wordt gesteld of over de vraag hoe en of leefstijladviezen worden gegeven. Deze databank biedt ook de mogelijkheid effecten van beleid te monitoren, zoals de introductie van het hoofdbehandelaarschap als gevolg van de voorgenomen Wet cliëntenrechten zorg. De Spinozapremie die Prof. Bensing kreeg voor haar communicatieonderzoek versterkt het onderzoek op dit gebied danig, onder meer door gericht aandacht te besteden aan het, verrassend werkzame, context-effect van communicatie.

- ***De aanbodskant***

Aan de aanbodskant zijn er de *beroepenregistraties* van huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, verloskundigen en eerstelijnspsychologen. Deze registraties vormen een belangrijke basis voor arbeidsmarktmonitoring en capaciteitsramingen. Daarnaast vindt dwarsdoorsnede-onderzoek plaats onder medisch specialisten. Met de monitor Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn en de verzameling van etalage-informatie over huisartsenpraktijken ten behoeve van *www.kiesbeter.nl* is de scope van de registraties verbreed en web-based gemaakt. Hiermee kan naast een registratie van beroepsbeoefenaren een registratie van personeelsgegevens van voorzieningen en zorgorganisaties in de eerste lijn worden gemaakt.

Een bijzondere plaats binnen de gegevensverzamelingen aan de aanbodskant heeft het *panel Verpleging en Verzorging*. Dit panel bevat steekproeven van verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en agogische begeleiders in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Dit panel richt zich bij uitstek op de beroepsuitoefening, zoals de ervaren aantrekkelijkheid van het beroep, werkdrukmaatregelen en loopbaanmogelijkheden. Vanuit een arbeidsmarktperspectief is deze informatie natuurlijk van groot belang.

- ***Structuur en sturing***

Het eerder genoemde *Consumentenpanel gezondheidszorg* en de panels met chronisch zieken en gehandicapten vormen een belangrijke bron voor het onderzoek op het gebied van structuur en sturing in de zorg. Een toepassing ligt in het monitoren van het effect van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg, zoals in het onderzoek naar het overstappen van verzekerden, maar ook in het onderzoek naar de effecten van de Wet maatschappelijke ondersteuning, onder bijvoorbeeld mensen met een handicap of ouderen. Met het Verzekerdenpanel, met ruim 10.000 leden, wordt met name ingezoomd op de ervaringen en het gedrag van verzekerd-

den. Dit panel vormt een belangrijke bron van onderzoek voor de Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars, waarin het NIVEL samenwerkt met de zorgverzekeraar UVIT en de Open Universiteit.

- ***Uitkomsten***

De verschillende gegevensverzamelingen staan ter beschikking van het onderzoek naar de uitkomsten van de zorg. Zo wordt onderzoek naar de *maatschappelijk participatie*, als belangrijke uitkomst van de zorg vanuit het perspectief van bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking, gedaan met behulp van het Panel Samen Leven, het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het Consumentenpanel. De ontwikkelingen in het *vertrouwen in de zorg* worden gevolgd in het Consumentenpanel en het NPCG. De effecten van de griepvaccinatiecampagne kunnen zowel in de panels van consumenten en patiënten als in LINH worden gemonitord, terwijl voor het zichtbaar maken van het *effect van bepaalde therapieën*, zoals oefentherapie, LIPZ en LINH als controle-meting kunnen worden ingezet. Tenslotte bieden de grote gegevensverzamelingen de basis voor beleidsevaluaties. Vaak worden deze gestart zonder dat er ooit een nulmeting is gedaan. In een aantal gevallen kan, dankzij het longitudinale karakter van veel van de NIVEL-gegevensverzamelingen, toch een nulmeting worden geconstrueerd. De meest ultieme vorm van nulmeting is die waarin onderzoek wordt gedaan naar de impact van rampen. Reeds voor de ramp in het kader van het normale hulpverleningsproces verzamelde gegevens uit de huisartsenpraktijk, kunnen dienen als ‘nulmeting’ voor de impact van een ramp.

1 Ziekte en gezondheid: een selectie van onderzoeksresultaten

1.1 Hield Mexicaanse griep wintergriep buiten de deur?

Donker, G.A. *Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 2009*. Utrecht: NIVEL, 2010. 183 p.

Meerhoff, T.J.; Houben, M.L.; Coenjaerts, F.E.J.; Kimpen, J.L.L.; Hofland, R.W.; Schellevis, F.; Bont, L.J. *Detection of multiple respiratory pathogens during primary respiratory infection: nasal swab versus nasopharyngeal aspirate using real-time polymerase chain reaction*. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*: 29, 2010, nr. 4, p. 365-371.

De pandemie van de Mexicaanse griep bleef in Nederland beperkt tot een milde epidemie, al was deze wel wat heftiger dan de griep epidemieën in de voorgaande drie jaren. Het virus is verwerkt in het vaccin voor de jaarlijkse griepvaccinatie. Na de epidemie met de Mexicaanse griep in het najaar van 2009 bleef een epidemie van de normale wintergriep uit. De epidemie van de Mexicaanse griep begon in week 41 van 2009 en hield tien weken aan. De piek met 189 meldingen bij de huisartsen op 100.000 inwoners werd bereikt in week 46. In week 51 was de griep terug op het basisniveau en een tweede piek bleef uit. In bijna alle neus- en keelmonsters werd het pandemische influenzavirus A(H1N1) gevonden. En dit bleek bijna altijd gevoelig voor de virusremmer oseltamivir. De griep kwam vooral voor onder jonge mensen en opvallend weinig in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. De peilstationhuisartsen van de Continue Morbiditeits Registratie hebben de griep gevolgd en gemeld. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verklaarde in augustus 2010 dat de pandemie definitief voorbij was. NIVEL-projectleider, epidemioloog en huisarts Gé Donker: "Vrijwel ieder jaar valt de griep epidemie in de eerste maanden van het jaar. In 2010 was dit niet zo. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat dit samenhangt met de epidemie van de Mexicaanse griep in het najaar van 2009."

• *Omvang van de epidemie*

De peilstationhuisartsen van het NIVEL, tijdelijk uitgebreid met 12 huisartsenpraktijken uit het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), leverden gegevens over de omvang van de epidemie in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Het RIVM en Erasmus Medisch Centrum onderzochten de aangeleverde monsters en stelden vast dat in het najaar van 2009 de seizoensinfluenza A-virussen A(H1N1) en A(H3N2) bijna geheel door het Mexicaanse griepvirus waren verdrongen. Inmiddels is het Mexicaanse griepvirus een gewoon seizoensvirus geworden dat het komende griepseizoen mogelijk naast de andere influenzavirussen zal voorkomen. Het pandemische griepvirus is verwerkt in het griepvaccin voor het komende seizoen, zodat naar verwachting dit seizoen één griepvaccinatie voor de gebruikelijke risicogroepen voldoende is.

- **Surveillance**

“Goede surveillance van infectieziekten en integratie van virologische en epidemiologische gegevens bleken cruciaal om inzicht te krijgen in ernst en omvang van de pandemie”, stelt Gé Donker. “De CMR peilstations registreren sinds 40 jaar jaarlijks de griepedemieën en bleken bij deze pandemie een betrouwbare informatiebron. Door de langdurige samenwerking tussen de instituten met verschillende expertise, de voorbereiding op een pandemie en de eenduidige coördinatie door het RIVM, kon er slagvaardig worden opgetreden. Dat de ernst van de pandemie meeviel doet daar niets aan toe of af, maar leidt wel tot een nieuwe internationale discussie of de definitie van pandemie moet worden aangepast. Nu staat daarin niets over de virulentie van het virus (hoe ziek je ervan wordt). Mogelijk verandert dit in de toekomst.”

1.2 **Gonokok sneller dan huisarts**

Huisartsen schrijven bij de geslachtsziekte gonorrhoe te vaak een antibioticum voor waartegen de veroorzakende bacterie inmiddels resistent is. Zij volgen daarbij niet de aanbevelingen uit de NHG-standaard, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en RIVM in *Huisarts & Wetenschap*. Gonokokken, de bacteriën die gonorrhoe veroorzaken, zijn in toenemende mate resistent tegen het antibioticum ciprofloxacin. In 2008 was van de aangetroffen gonokokken, bij homoseksuele mannen 50% en bij heteroseksuelen 25% resistent, zo blijkt uit de surveillance van het RIVM (GRAS – Gonokokken Resistentie tegen Antibiotica Surveillance). Vanwege die toenemende resistentie adviseert het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in de standaard ‘Het soa-consult’ uit 2004 een ander antibioticum voor te schrijven als eerste keuze en ciprofloxacin als tweede keuze. Desondanks schrijven huisartsen dit laatste nog steeds veel vaker voor.

- **Resistentie**

In 2005, 2006, 2007 stelden de huisartsen van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) 71, 67 en 82 keer de diagnose gonorrhoe. Bij 90% schreven ze zelf een geneesmiddel voor. Dit was vaker ciprofloxacin dan cefalosporine, het antibioticum dat de voorkeur krijgt in de NHG-standaard vanwege de toenemende resistentie tegen ciprofloxacin. Cefalosporine wordt wel wat vaker voorgeschreven dan voorheen, maar in 2007 was dat nog steeds slechts in eenderde van de gevallen. De onderzoekers pleiten voor actuele dynamische richtlijnen en voor een systematischer gebruik van een up-to-

Koedijk, F.; Broek, I. van den; Dijk, C. van; Bergen, J. van *Huisartsenzorg in cijfers: prescriptie bij gonorrhoe (nog) niet in lijn met sterk toegenomen gonokokkenresistentie*. Huisarts en Wetenschap, vol. 53, (2010), nr. 1, p. 5.

Broek, I.V.F. van den; Verheij, R.A.; Dijk, C. van; Koedijk, F.D.H.; Sande, M.A.B. van der; Bergen, J.E.A.M. van *Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers*. BMC Family Practice: 11, 2010, nr. 39.

date elektronisch voorschrijfsysteem. “Anders verandert de gonokok sneller in zijn resistentiepatroon dan de huisarts in zijn voorschrijfgedrag.” Overigens zijn ook al signalen gemeld over verminderde gevoeligheid van gonokokken voor cefalosporine.

1.3 *Ziek van het nieuws*

Veen, P.M.H. ten; Morren, M.; Yzermans, C.J. *The influence of news-events on health after disaster: a longitudinal study in general practice*. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 22, (2009), nr. 6, p. 505-515.

Rampnieuws in de krant of op televisie leidt tot gezondheidsklachten en meer bezoeken aan de huisarts, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *Journal of Traumatic Stress*. Jaren na de vuurwerkramp in Enschede leiden nieuwsberichten over de oorzaak van de ramp tot meer gezondheidsklachten en bezoeken aan de huisarts dan in de week voor deze nieuwtjes. Zowel bij slachtoffers van de ramp als bij mensen uit een controlegroep. De controlegroep was samengesteld uit mensen die in Enschede woonden ten tijde van de ramp, maar niet aan de ramp waren blootgesteld. De onderzoekers zochten ook naar effecten van internationale nieuwsberichten en vonden ook meer gezondheidsklachten in de week na de terroristische aanslagen op de Twin Towers in New York. Ze vonden geen verschillen in het zorggebruik en gezondheidsklachten tussen de slachtoffers en de controlegroep. Rampnieuws maakt kennelijk iedereen ziek.

- **Arrestatie, veroordeling en gaslek**

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

1.4 *Vaker hepatitis C in de gevangenis*

In de Nederlandse huizen van bewaring komt hepatitis C ruim twintig keer zo veel voor als onder de gewone bevolking. Dit lijkt vooral te komen door relatief grote aantallen drugs- en ex-drugsgebruikers. Hepatitis C is een sluipmoordenaar. Mensen met een hepatitis C-infectie hebben over het algemeen weinig of zeer weinig verschijnselen of

klachten en merken nauwelijks dat ze de ziekte bij zich dragen. Tien tot twintig procent krijgt na tien tot twintig jaar levercirrose met een kans van een tot vier procent per jaar op het ontwikkelen van leverkanker. Hepatitis C is dus een traag verlopende en uiteindelijk mogelijk dodelijke aandoening. De ziekte wordt overgedragen via bloed-bloedcontact. Vroeger gebeurde dit nog wel eens bij bloedtransfusies, tegenwoordig gaat het bij de helft van de nieuwe meldingen van hepatitis C om spuitende harddrugsgebruikers.

- **Schattingen**

Doordat de ziekte zo onopvallend begint, weten veel mensen niet dat ze met hepatitis C geïnfecteerd zijn. De schattingen van het aantal mensen met een hepatitis C-infectie lopen hierdoor nogal uiteen. In Nederland hebben 15.000 tot 60.000 mensen hepatitis C (0,1 tot 0,4% van de bevolking). In de Nederlandse strafinrichtingen komt – net als in het buitenland – de ziekte veel vaker voor, met 237 tot 1272 geïnfecteerden (2 tot 10,7%), zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL dat is uitgevoerd met subsidie van WODC/ministerie van Justitie. Een actiever testbeleid in vier inrichtingen lijkt niet te leiden tot opsporing van meer hepatitis C-infecties. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van medische dossiers in 11 inrichtingen onder een steekproef van 3062 gedetineerden.

Leemrijse, C.J.; Bongers, M.; Nielen, M.; Devillé, W. *Hepatitis C in penitentiaire inrichtingen: een onderzoek naar prevalentie*. Utrecht: NIVEL, 2010. 49 p.

1.5 *RS-virus is een wintergast*

Ieder jaar worden zo'n 2500 zuigelingen in het ziekenhuis opgenomen vanwege een infectie met het respiratoir syncytieel virus. Het virus veroorzaakt griepachtige klachten en gedijt bij nat en koud weer. De ziekte piekt daardoor meestal rond de Kerstdagen, zo blijkt uit NIVEL-onderzoek van Tamara Meerhoff, waarop zij 8 juni promoveert aan VUMC. Het respiratoir syncytieel virus veroorzaakt een infectie van de luchtwegen die wat lijkt op griep. De infectie wordt daar ook vaak mee verward. Vrijwel alle kinderen boven de twee jaar hebben wel een rs-virusinfectie doorgemaakt. Vooral kinderen jonger dan zes maanden en te vroeg geboren kinderen kunnen er ernstig ziek van worden. Per jaar worden zo'n 2500 zuigelingen opgenomen in het ziekenhuis vanwege een rsv-infectie. NIVEL-onderzoeker Tamara Meerhoff keek naar de relatie tussen het voorkomen van rsv-infecties en het weer – de temperatuur en de luchtvochtigheid – in de vier weken ervoor. De epidemie start ieder jaar rond week 44 met een piek in week 52. “Hoe kouder, hoe meer rsv-infecties”, verklaart ze, “en hoe hoger de vochtigheidsgraad, hoe meer rsv-infecties. De luchtvochtigheid blijkt het belangrijkste.”

Meerhoff, T. *Respiratory syncytial virus: improving surveillance and diagnostics in Europe*. Utrecht: NIVEL, 2010. 159 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

- **Zusje van griep**

Doordat rsv-infecties zo sterk lijken op griep en in hetzelfde jaargetijde voorkomen, vertroebelen ze de griepcijfers in de winter. Daardoor is niet duidelijk hoeveel mensen griep hebben en hoeveel een rsv-infectie. Tamara Meerhoff deed daarom ook onderzoek naar de surveillance van het rs-virus. Ze keek welke landen gegevens over het virus verzamelen en deed aanbevelingen om die surveillance te verbeteren. Kwaliteitscontroles in labs zouden bijvoorbeeld kunnen bijdragen aan een betere surveillance. “Met een goede surveillance kun je beter bepalen wanneer je de hoogrisicogroepen een preventief geneesmiddel (palivizumab) moet geven”, verklaart ze, “waardoor minder zuigelingen ziek worden en je ziekenhuisopnames kunt voorkomen. Informatie over het weer – temperatuur en luchtvochtigheid – kan daarbij helpen als voorspeller. Als er in de toekomst een vaccin is ontwikkeld, zou je de effectiviteit in die surveillance kunnen onderzoeken. Het zou ook goed zijn de surveillance uit te breiden naar andere virussen om inzicht te krijgen in de oorzaken van de verschillende luchtweginfecties. Dat kan met dezelfde inspanning.”

1.6 Hooikoorts tot in de herfst?

Dijk, C. van; Verheij, R.; Schellevis, F. *Hooikoorts in de huisartsenpraktijk: kosten en verleende zorg*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. Revisie van factsheet van 2009.

Hooikoorts kost de gezondheidszorg ruim 7 miljoen euro per jaar, los van wat mensen uitgeven aan zelfzorgmedicijnen bij de drogist of supermarkt. Er zijn zelfs aanwijzingen dat het hooikoortsseizoen langer wordt. Niezen, een loopneus, rode branderige of tranende ogen, een opgezette keel of gezwollen oogleden, honderdduizenden Nederlanders herkennen hierin de symptomen van hooikoorts, iedere lente weer. Hooikoorts is een allergische reactie op pollen van gras of bomen. In 2008 gingen zo'n 20 op de 1000 mensen naar de huisarts of kregen een recept vanwege hooikoorts. Dat zijn rond de 330.000 mensen. Het totaal aantal mensen dat last heeft van hooikoorts ligt nog veel hoger, want veel hooikoortspatiënten bezoeken de huisarts niet en krijgen geen geneesmiddelen op recept. Er zijn tal van zelfzorgartikelen te koop bij de drogist. En veel mensen weten inmiddels zelf precies wat ze er het beste tegen kunnen doen.

- **Zeven miljoen euro**

Hooikoorts komt het meeste voor in de leeftijd van 15 tot 44 jaar, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL naar het voorkomen en de zorgkosten van hooikoorts. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Team Invasieve Exoten van het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. Patiënten met hooikoorts bezochten in 2008

0,7 keer de huisarts of hadden een telefonisch consult. Ze gebruikten bijna 6 euro per patiënt aan voorgeschreven geneesmiddelen. En per 1000 patiënten met hooikoorts werden 10,5 patiënten verwezen naar de specialist. Dit betekent in totaal 7,16 miljoen euro aan zorgkosten vanwege hooikoorts (in 2008), zelfzorgmiddelen niet meegerekend. De meeste kosten voor hooikoorts worden gemaakt in mei en juni.

- **Ambrosia**

Het ministerie van LNV wilde inzicht in de kosten van hooikoorts, omdat het vreest dat het hooikoortsseizoen langer wordt nu de uitheemse plant ambrosia steeds vaker wordt aangetroffen in Nederland. De plant bloeit van augustus tot oktober en kan hevige allergische reacties veroorzaken. Vanwege de hevigheid van deze allergische reacties zouden bovendien meer mensen een beroep kunnen doen op de huisarts of specialist, dan alleen vanwege een langer hooikoortsseizoen.

1.7 Vier keer zo veel depressie bij partners patiënten met dementie

Partners van patiënten met dementie hebben een vier keer zo grote kans op depressie vergeleken met mensen met een partner zonder dementie, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en het VUmc in het *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Met de vergrijzing neemt ook het aantal mensen met dementie toe. Het merendeel van hen woont thuis en wordt verzorgd door een familielid, meestal de partner. De zorg voor een demente partner is echter zwaar en veroorzaakt vaak gezondheidsproblemen, vooral psychische zoals een depressie of angststoornis. Het is daarom belangrijk deze zorgende partners te helpen, primair voor hun eigen welbevinden, maar ook om de zorg voor hun partner met dementie te kunnen volhouden. Uit eerder onderzoek van het NIVEL en Alzheimer Nederland is bekend dat mantelzorgers van dementiepatiënten ernstig overbelast zijn. Als de voornaamste verzorger uitvalt, is de patiënt aangewezen op professionele zorg of moet deze worden opgenomen.

Joling, K.J.; Hout, H.P.J. van; Schellevis, F.G.; Horst, H.E. van der; Scheltens, P.; Marwijk, H.W.J. van *Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: a naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, (2010), nr. 2, p. 146-153.

- **Antidepressiva**

Vergeleken met mensen met een partner zonder dementie blijken partners van patiënten met dementie een vier keer zo grote kans op depressie te hebben. En ze hebben een twee keer zo grote kans antidepressiva voorgeschreven te krijgen, zo blijkt nu uit onderzoek met gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. NIVEL-afde-

lingshoofd Francois Schellevis: “Deze resultaten onderstrepen het belang van aandacht voor de belasting van de primaire verzorger van mensen met dementie.” De onderzoekers volgden 6 jaar lang de medische gegevens van 218 partners van patiënten met dementie. Voor iedere deelnemer aan het onderzoek zochten ze voor de controlegroep twee partners van mensen zonder dementie uit dezelfde praktijk.

1.8 Italiaans kind meest voor griep naar de dokter, Nederlands kind het minst

Paget, W.J.; Balderston, C.; Casas, I.; Donker, G.; Edelman, L.; Fleming, D.; Larrauri, A.; Meijer, A.; Puzelli, S.; Rizzo, C.; Simonsen, L. *Assessing the burden of paediatric influenza in Europe: the European Paediatric Influenza Analysis (EPIA) project*. European Journal of Pediatrics, vol. 169, (2010), nr. 8, p. 997-1008.

In Italië gaat 9 tot 10% van de kinderen tussen 0 en 14 jaar naar een arts vanwege griep, in Spanje 2 tot 3 % en in Engeland en Nederland minder dan 1%, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL, het RIVM en andere deelnemers in EPIA in het *European Journal of Pediatrics*. Als kinderen in het ziekenhuis worden opgenomen, blijkt dat vaker vanwege een infectie met het respiratoir syncytieel virus te zijn, dan vanwege griep. Van griep wordt ieder jaar 5 tot 15% van de bevolking ziek. Het merendeel gaat niet naar de huisarts maar herstelt thuis. Een flinke groep met een wat hardnekkiger griep bezoekt wel de huisarts en een kleiner aantal met ernstige symptomen wordt opgenomen in het ziekenhuis, een heel klein deel overlijdt zelfs aan de ziekte. Internationale onderzoekers die samenwerken in EPIA (European Paediatric Influenza Analysis Group) hebben het huisartsbezoek vanwege griep en respiratoir syncytieel virus (rsv) bij kinderen in kaart gebracht in vier Europese landen: Nederland, Engeland, Italië en Spanje.

• Ademhalingsmoeilijkheden

Bij kinderen komt griep het meeste voor in de leeftijdsgroep van 0 tot 4 jaar, behalve in Spanje (5 tot 14 jaar). In een gemiddeld seizoen tussen 2002 en 2008 bezochten in Italië 9 tot 10% van de kinderen tussen 0 en 14 jaar een arts vanwege griep, in Spanje 2 tot 3 % en in Engeland en Nederland minder dan 1%. NIVEL-onderzoeker John Paget: “We hebben niet de indruk dat in Nederland en Engeland kinderen minder vaak ziek zijn, ze gaan daarvoor alleen minder snel naar de dokter.”

Bij de huisarts komen veel meer kinderen met griep dan met een rs-virusinfectie, waarvan de symptomen sterk lijken op griep en die ook meestal voorkomt in de winter. Uit onderzoek naar de opname van kinderen in ziekenhuizen blijkt echter, dat veel meer kinderen met een rs-virusinfectie in het ziekenhuis worden opgenomen dan met griep.

Is een rs-virusinfectie ernstiger dan griep? Dat zit hem vooral in de symptomen, volgens John Paget. “Terwijl kinderen met griep vooral hoge koorts krijgen, hoesten, een zere keel hebben en spierpijn, krijgen kinderen en vooral zuigelingen met het rs-virus ook ademhalingsmoeilijkheden. En als je kind het benauwd krijgt, ga je natuurlijk sneller naar het ziekenhuis.”

✦ **Werkconferentie Health Services Research in Europe**

Johan Hansen

Dr. Johan Hansen
Onderzoeker en project-
coördinator

Begin april 2010 organiseerde het NIVEL met vier partnerinstituten (AMC-UVA, LSHTM, TU BERLIJN en DACEHTA) de internationale werkconferentie *Health Services Research in Europe – where research and policy meet*. De conferentie was onderdeel van het door de Europese Commissie gefinancierde project ‘Health Services Research into European Policy and Practice’.

Johan Hansen over de conferentie:

Waarom deze conferentie?

“We weten veel over medische innovaties, maar veel minder over hoe die goed worden ingebed in de organisatie van de zorg en welke randvoorwaarden je daarvoor nodig hebt. Dat is het terrein van gezondheidszorgonderzoek. Doel van de werkconferentie was te komen tot prioriteiten voor toekomstig gezondheidszorgonderzoek, zodat het een waardevolle bijdrage kan leveren aan Europees en nationaal beleid. Daarnaast zochten we oplossingen om onderzoek beter te benutten en naar mogelijkheden om de capaciteit voor onderzoek te vergroten. Dit geldt vooral voor nieuwere lidstaten waar tot nu toe nog nauwelijks gezondheidszorgonderzoek plaatsvindt.”

Hoe ging die prioriteitstelling in zijn werk?

“In de voorbereiding hebben we zelf een inventarisatie gedaan van wat er aan onderzoek gebeurt en deskundigen door heel Europa gevraagd naar hun prioriteiten. Daarna hebben we zowel onderzoekers als beleidsmakers uit heel Europa bij elkaar gebracht en hen actief in workshops laten brainstormen over prioriteiten voor toekomstbestendige gezondheidszorgsystemen. Aan de werkconferentie hebben ongeveer 350 deskundigen uit 40 Europese en niet-Europese landen deelgenomen, een opkomst vergelijkbaar met die van al langer bestaande gezondheidszorgconferenties. Na afloop zijn de bevindingen geverifieerd en aangescherpt op andere internationale bijeenkomsten, zoals bij de WHO.”

Wat is er uitgekomen?

“Onderzoekers en beleidsmakers kwamen tot overeenstemming over een aantal prioriteiten. Zo moet er meer inzicht komen in hoe je de patiëntgerichtheid van de zorg kan vergroten. Het is nog onvoldoende bekend hoe nieuwe technologieën daaraan kunnen bijdragen en onder welke omstandigheden professionele richtlijnen botsen met patiëntgerichtheid. Instrumenten om het perspectief van patiënten in de zorg vast te stellen moeten we verfijnen en standaardiseren, met oog voor cultuurverschillen tussen landen. Een ander belangrijk punt is de integratie van de zorg van verschillende organisaties. Hoe draagt integratie van bijvoorbeeld eerste en tweede lijn bij aan betere zorg, aan goede ervaringen van patiënten en efficiency? Ook is er internationaal relatief nog weinig bekend over grote gezondheidszorghervormingen, zoals op het terrein van de zorgverzekering of bij de relatie tussen publieke en private zorgaanbieders. De mate waarin gezondheidszorgonderzoek wordt toegepast in beleid verschilt sterk tussen landen. Het is dan ook van belang dat beleidsmakers bij het hele onderzoekstraject betrokken worden en dat ze samen met onderzoekers bekijken hoe uitvoerig of beperkt het onderzoek moet zijn. In de financiering zullen we moeten zorgen dat onderzoek niet onnodig wordt herhaald en dat landen beter samenwerken om elkaars onderzoeksbevindingen te benutten. Daarnaast zullen we een balans moeten vinden tussen de financiering van biomedisch onderzoek en gezondheidszorgonderzoek. Een betere balans zal bijdragen aan de implementatie van bewezen effectieve behandelingen en veranderingen in gezondheidszorgsystemen teweegbrengen.”

2 Verwachtingen en ervaringen van patiënten: een selectie van onderzoeksresultaten

2.1 Keuze-sites over de zorg kunnen beter blijkt uit proefschrift

Damman, O.C. *Public reporting about healthcare users's experiences: the Consumer Quality Index = Keuze-informatie over de ervaringen van zorggebruikers: de Consumer Quality Index.* Utrecht/Tilburg: NIVEL, Universiteit Tilburg, 2010.

Delnoij, D.; Rademakers, J.; Groenewegen, P. *The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development.* BMC Health Services Research: 10, 2010, nr. 88.

De presentatie van keuze-informatie over de zorg op websites kan beter. Om het gebruik ervan te vergemakkelijken moet dit soort informatie beperkt blijven tot punten die mensen meewegen in hun keuze, moet helder zijn wat de informatie betekent en moet deze eenduidig worden gepresenteerd. Dit blijkt uit NIVEL-onderzoek waarop Olga Damman promoveerde bij TRANZO aan de Universiteit van Tilburg. Keuze-informatie aanbieden alleen is niet genoeg om zorggebruikers actieve, goed geïnformeerde keuzes te laten maken, één van de voorwaarden voor het slagen van gereguleerde marktwerking in de zorg. Mensen wenden zich eerder tot familie, vrienden en artsen dan tot dit soort informatie, zo blijkt uit eerder onderzoek. Terwijl bekend is dat ze wel geïnteresseerd zijn in keuze-informatie. Olga Damman onderzocht hoe deze informatie wereldwijd wordt gepresenteerd op internet en keek naar presentatiewijzen die zorggebruikers helpen bij het maken van keuzes in de zorg. Damman gebruikte voor haar onderzoek de Consumer Quality Index (CQ-index), de Nederlandse standaard voor het meten van ervaringen van patiënten met de zorg.

• Presentatie

De presentatie van de informatie blijkt een belangrijk knelpunt. Keuze-informatie is op dit moment nog veel te complex. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat mensen een ogenschijnlijk gemakkelijke keuze nog best vaak 'fout' maken. In een experiment koos 12% van de respondenten niet de beste zorgaanbieder. Ook bleek een kwart van de vragen over de verstrekte keuze-informatie fout beantwoord. "Er is te veel informatie", verklaart Olga Damman, "de informatie is lang niet altijd relevant, er wordt te moeilijke taal gebruikt, en er worden allerlei symbolen en getallen door elkaar gepresenteerd. Het is eigenlijk geen wonder dat mensen dan afhaken."

Keuze-informatie op internet moet zo eenvoudig te begrijpen zijn als de informatie van vrienden of familie en tegelijk betrouwbaar, dus onderbouwd met gedegen onderzoek, stelt ze. "Dat maakt het niet eenvoudig een goede keuzesite te maken. Als de overheid wil dat meer mensen hun voordeel doen met keuze-informatie, dan moeten we dus

investeren in heldere en toegankelijke informatie. Informatie op het web moet aansluiten bij de belevingswereld van de consument. Het mag niet zo zijn dat grote groepen consumenten de informatie niet gebruiken omdat ze er niets van snappen, of afhaken door tegenstrijdige informatie. Dan schiet keuze-informatie haar doel voorbij.”

2.2 *Met één beperking naar meer loketten*

Voor ondersteuning en hulpmiddelen zijn mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke beperking aangewezen op verschillende regelingen, die ze bij verschillende loketten moeten aanvragen. En naarmate ze ouder worden, zijn ze op meer regelingen aangewezen. Ondersteuning voor wassen en aankleden of wondverzorging valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Maar als je een rolstoel nodig hebt of hulp bij het huishouden valt dat onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en speciaal vervoer naar het werk valt onder weer een andere regeling. Met subsidie van het ministerie van vws is onderzocht hoeveel mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke beperking gebruikmaken van ondersteunende voorzieningen die zij bij verschillende loketten moeten aanvragen en of dit verandert met de leeftijd. Uit het onderzoek blijkt dat tachtig procent van hen mantelzorg of ondersteuning heeft die wordt betaald uit de AWBZ, de Wmo of een andere regeling. Bij de 15 tot 39 jarigen is dat weliswaar minder, maar toch al 62%. Ruim veertig procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft ondersteuning bij zowel wonen, persoonlijke verzorging als vervoer, ondersteuning die bij verschillende loketten moet worden aangevraagd. Van de mensen boven de 75 jaar moet zelfs 66% naar meerdere loketten voor ondersteuning.

- **Eén loket**

NIVEL-onderzoeker Daphne Jansen: “Het zou eenvoudiger zijn voor mensen met een chronische ziekte of beperking als alle vormen van ondersteuning onder één loket vallen. Met een geïntegreerde indicatiestelling en één voorzieningenloket zou je bijvoorbeeld ook vooruit kunnen kijken naar wat iemand nodig gaat hebben op latere leeftijd. Mogelijk maakt dit periodieke herindicaties voor een aantal mensen overbodig.” De onderzoekers keken naar de levensterreinen: wonen, betaald en onbetaald werk, sociale contacten, vervoer en persoonlijke verzorging. Ze onderzochten ook of de vraag naar voorzieningen anders is voor verschillende leeftijdsgroepen. Het onderzoek is uit-

Jansen, D.; Cardol, M. *Mensen met een chronische ziekte of beperking hebben voor hun ondersteuning bijna altijd te maken met meerdere wettelijke regelingen*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.

gevoerd binnen het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) dat uit ongeveer 3500 mensen met een chronische ziekte of een lichamelijke beperking bestaat.

2.3 *Betalen voor onterecht bezoek spoedeisende hulp schrikt af*

Reitsma-van Rooijen, M.; Jong, J.D. de *Betalen voor SEH schrikt af: ook mensen met acute klachten blijven weg*. Medisch Contact, vol. 65, (2010), nr. 29-30, p. 1479-1481.

De toeloop bij de spoedeisende hulpposten zal afnemen als onterechte bezoekers daarvoor moeten betalen. Maar dit kan wel mensen afschrikken die daar vanwege hun klacht wél thuishoren. Dit stellen onderzoekers van het NIVEL in een publicatie in *Medisch Contact*. Veel mensen gaan naar de spoedeisende hulp met klachten waarvoor ze net zo goed bij de huisartsenpost terecht kunnen. Tijdens de epidemie van de Mexicaanse griep bezochten bijvoorbeeld veel mensen onnodig de spoedeisende hulp. Als veel mensen een onnodig beroep op de spoedeisende hulp doen, moeten patiënten die terecht naar de spoedeisende hulp gaan onacceptabel lang wachten. Als het zorgbeleid niet wijzigt, zal het gebruik van spoedzorg de komende jaren met 6,8% stijgen. Een van de mogelijkheden om dit te voorkomen is om het aantal zogenoemde ‘onterechte zelfverwijzers’ te verminderen. Bijvoorbeeld door hen te laten betalen voor hun onterechte bezoek aan de spoedeisende hulp.

- ***Effectief***

Dit lijkt inderdaad een effectieve manier het gebruik van spoedzorg te verminderen, zo blijkt uit onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Echter, met de kanttekening dat dit ook mensen zal afschrikken die terecht een beroep zouden doen op spoedzorg. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten vrijwel altijd vinden dat zij terecht naar de spoedeisende hulp gaan en dat ruim de helft zelf – zonder eerst een huisarts te raadplegen – naar de spoedeisende hulp gaat. Volgens de hulpverleners bij de spoedeisende hulp komt echter 60% van hen daar ten onrechte. Deze mensen konden ook bij de huisartsenpost geholpen worden.

- ***Bottleneck***

Uit het onderzoek blijkt dat hoe meer mensen moeten gaan betalen, des te minder ze naar de spoedeisende hulp zullen gaan. Programmaleider Judith de Jong: “Maar dit kan er ook toe leiden dat mensen niet naar de spoedeisende hulp gaan, als dat wel nodig is. De bottleneck is dat mensen niet zelf kunnen beoordelen welke klachten spoedeisend zijn en welke niet. Het verdient daarom wellicht de voorkeur om ‘aan de poort’ te beoordelen of patiënten naar de huisartsenpost moeten of naar de spoedeisende hulp.”

2.4 Oudere migrant hecht aan eigen gewoonten

Migranten die gebruikmaken van ouderenzorg hechten sterk aan het leven zoals ze dat gewend zijn. Ze hebben dezelfde basisbehoeften aan veiligheid en sociale contacten als andere ouderen en vinden een respectvolle bejegening belangrijk. De vier hoofddomeinen van het landelijk ingevoerde Kwaliteitskader Verantwoorde zorg – lichamelijk welbevinden, leefomstandigheden, participatie en mentaal welbevinden – blijken dus voor elke oudere even belangrijk: autochtoon of migrant. De invulling is wel vaak specifiek en kan botsen met het zorgaanbod, door verschillen in taal, andere eetgewoontes of opvattingen over hygiëne. “Voor Antillianen en Surinamers is bijvoorbeeld hygiëne heel erg belangrijk. Zij voelen zich erg vies als ze niet dagelijks kunnen douchen”, legt onderzoeker Tineke Meulenkamp uit. “Ze geven aan dat in Suriname en op de Antillen mensen twee tot drie keer per dag douchen.”

• Ouderen aan het woord

Met subsidie van ActiZ is onderzoek gedaan naar wat oudere migranten belangrijk vinden voor de kwaliteit van leven. In het rapport zijn 83 ouderen uit vijf verschillende culturen (Antillianen, Chinezen, Marokkanen, Turken en Surinamers) of hun naasten aan het woord. Ze maken gebruik van verschillende vormen van ouderenzorg. Ze wonen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, woon-zorgcentra, woongroepen, ze krijgen dagverzorging of thuiszorg. Het rapport biedt tal van citaten en opmerkingen van ouderen waarmee zorgorganisaties hun dienstverlening zouden kunnen verbeteren. Er zijn bijvoorbeeld nogal eens taal- en communicatieproblemen en ouderen willen graag meer naar buiten. In de winter vinden oudere migranten het Nederlandse weer echter te koud. Maar, net als autochtone ouderen, geven ze aan ook weinig naar buiten te gaan door een gebrek aan begeleiding.

• Een soort familie

Willen alle oudere migranten graag specifieke zorgvoorzieningen voor de eigen groep? Veel van hen willen inderdaad graag doelgroep-specifieke zorg, maar niet voor iedereen blijkt het samenwonen met ouderen met precies dezelfde achtergrond even belangrijk. Een Surinaams Hindoestaanse vrouw die met verschillende nationaliteiten samenwoont in een complex met seniorenwoningen, geeft aan dat al in Suriname gewend geweest te zijn. “Ik voel me prettig tussen al die mensen. Eén geluk heb ik, Hollandse mensen, Chinezen, Indische mensen, ze groeten mij en ik groet ze terug. Ik voel mij best prettig

Meulenkamp, T.M.; Beek, A.P.A. van; Gerritsen, D.L.; Graaff, F.M. de; Francke, A.L. *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg: een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/ Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL, 2010. 102 p.

Triemstra, M.; Winters, S.; Kool, R.B.; Wiegers, T.A. *Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care*. BMC Health Services Research: 10, 2010, nr. 95.

met ze. Het is een soort familie. Ik voel me echt thuis hoor. In Suriname heb ik in de stad gewoond tussen allerlei volken. Dus ik ben het van kinds af gewend.”

- ***Zoals het klokje thuis tikt***

Net zoals Nederlandse ouderen genieten ook de oudere migranten van de dingen die ze gewend zijn. “Ik neem elke dag wat mee... echt iets lekkers, iets extra's zodat ze ook een beetje plezier heeft aan de dingen die ze vroeger lekker vond. Om dat te beleven, om die smaak weer in haar mond te krijgen”, zegt de dochter van een Surinaams Creoolse vrouw uit een verpleeghuis. En zoals veel Nederlandse ouderen liever aardappelen eten dan rijst of pasta, zo hebben oudere migranten hun eigen eetgewoontes en kunnen ze kritisch zijn over wat er op tafel komt, bijvoorbeeld een Antilliaanse man in een woonzorgcentrum. “U heeft nog niet gegeten?” “Nee. Omdat, kijk hier.” En de man laat zijn bord zien. “Deze combinatie gaat nooit. Bonen en aardappelen gaat niet. Bonen gaat met rijst. En ook niet met worst. O man!” “Eet u liever Antilliaans eten?” “Dat kan, maar de combinatie kan niet... Ik ben een kok van mezelf. Ik ken het eten, ik weet wat erin moet zitten. Dus als ik die eten voor me zet kan ik zeggen die eten is niet goed. Zo is het niet goed.”

- ***We worden allemaal ouder***

Maar veel ouderen accepteren ook dat het hier in Nederland anders gaat dan ze in hun land van herkomst gewend zijn. “We worden allemaal ouder”, zegt een Marokkaanse vrouw met dagverzorging. En op de vraag door wie zou u bij het ouder worden ondersteund wil worden, antwoordt ze. “...mijn kinderen, en als mijn kinderen het niet kunnen, dan maar de verzorgingstehuizen. Bovendien ben ik echt niet sceptisch over de zorg die ik van de verzorgenden kan krijgen. Ik denk dat zij hun werk wel goed doen.”

2.5 Kankerpatiënt houdt behoefte aan ondersteuning

Zegers, M.; Heijmans, M.; Rijken, M. *Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts*. Utrecht: NIVEL, 2010. 92 p.

In Nederland hebben ruim een half miljoen mensen kanker of kanker gehad. Bij het merendeel is de diagnose meer dan twee jaar geleden gesteld en iets meer dan de helft is vijf jaar na de diagnose nog in leven. Vooral patiënten die twee tot vijf jaar geleden de diagnose kregen, hebben nog relatief veel behoefte aan informatie en ondersteuning, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van vws in het kader van het Nationaal Programma Kankerbestrijding. Patiënten die korter geleden de

diagnose kregen, zijn veelal nog onder behandeling en hebben veel contact met specialisten en verpleegkundigen in het ziekenhuis. Maar zodra de acute fase van behandeling achter de rug is en patiënten alleen nog controles krijgen, wordt dat minder, terwijl de behoefte aan informatie, advies en hulp blijft. Bijvoorbeeld bij het omgaan met klachten door de ziekte en behandeling op de lange termijn, het oppakken van werk, school of het gezinsleven.

- **Afstemming van de zorg**

Eén op de tien kankerpatiënten heeft behoefte aan iemand die de zorg van verschillende zorgverleners op elkaar afstemt. Bij de groep die twee tot vijf jaar geleden kanker kreeg, is die behoefte groter. Huisartsen worden door (ex-)patiënten het vaakst genoemd als de meest geschikte professional hiervoor. Twaalf procent van de mensen die kanker hebben of die kanker hebben gehad, wil sowieso meer contact met de huisarts.

- **Panel**

Het onderzoek is gebaseerd op een panel van 180 (ex-)patiënten met kanker uit vier ziekenhuizen, twee uit het midden en twee uit het oosten van het land. Het NIVEL is van plan het panel landelijk uit te breiden naar meer regio's. Dit maakt het mogelijk in de toekomst uitspraken te doen die gelden voor alle kankerpatiënten in Nederland.

Jansen, D.L.; Rijken, M., Heijmans, M.; Boeschoten, E.W. *Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: the importance of illness and treatment perceptions.* *Psychology & Health*: 25, 2010, nr. 6, p. 733-749.

2.6 **Turkse of Marokkaanse patiënt wil niet altijd alles weten**

Nederlandse zorgverleners en Turkse en Marokkaanse patiënten met kanker en hun familie hebben vaak verschillende opvattingen over de communicatie over diagnose, prognose en behandeling, zo blijkt uit een onderzoeksrapport en publicatie van onderzoekers van het NIVEL, de stichting Pharos en de Universiteit van Amsterdam in *BMC Palliative Care*. Zorgverleners zijn in Nederland verplicht patiënten informatie te verschaffen over diagnose, prognose en behandeling, ook als patiënten ongeneeslijk ziek zijn. Ze moeten daarbij rekening houden met de behoeften van de patiënt. Bij patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst die slecht of geen Nederlands spreken, overleggen artsen of verpleegkundigen echter vaak niet met de patiënt maar met een familielid dat tolkt. De besluitvorming is meer een collectieve of familiaangelegenheid, waarbij de tolkende zoon of dochter optreedt als vertegenwoordiger van de familie. De familie blijft ook bij ongeneeslijk zieke patiënten vaak streven naar genezing en voelt zich daarin

Graaff, F.M. de; Francke, A.L.; Muijsenbergh, M.E.T.C. van den; Geest, S. van der *'Palliative care': a contradiction in terms? A qualitative study among cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers.* *BMC Palliative Care*: 9, 2010, nr. 19.

gesterkt door het geloof. Ze wil de patiënt vaak ook tegen slecht nieuws beschermen en vertaalt daarom niet alles.

- ***Twee werelden***

Nederlandse zorgverleners en Turkse of Marokkaanse families verschillen vaak van mening over wat goede zorg is, hoe daarover gesproken moet worden en wie de besluiten neemt. Als Nederlandse zorgverleners hier niet goed op inspelen en de ‘Nederlandse manier’ doordrukken kan de familie zich terugtrekken. Of de zorgverlener laat de zorg juist te veel aan de familie over. In beide gevallen leidt dit tot minder goede zorg dan mogelijk is. Met subsidie van ZonMw zijn in een samenwerkingsproject van de Universiteit van Amsterdam, de Stichting Pharos en het NIVEL, communicatie en besluitvorming in de palliatieve zorg voor deze patiënten in kaart gebracht.

- ***Loskomen***

Onderzoeker Fuusje de Graaff: “In gezamenlijke besluitvorming ligt de sleutel tot de best mogelijke zorg. Zorgverleners moeten een weg vinden in de driehoeksverhouding zorgverlener, patiënt, familie. Sommigen kunnen zich verplaatsen in de communicatiebehoefte van de verschillende betrokkenen, zij komen los van het ‘Nederlandse’ idee van één op één communicatie met een patiënt en houden rekening met de rol van de familie. Vooral oudere, ervaren artsen en verpleegkundigen lijken vaak geneigd mee te gaan met de wensen van de familie. Zij leggen bijvoorbeeld uit hoe het in Nederland gaat of schakelen al vroeg een tolk in, vooral om een patiënt te vragen wat hij wil weten en welke wensen hij heeft. Het is heel belangrijk verbinding te maken met de patiënt én met zijn familie.”

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn over 33 casussen 83 betrokkenen geïnterviewd: 6 patiënten, 30 familieleden en 47 zorgverleners.

2.7 Dikke dokter, dikke patiënt

De dokter met een kegel wordt niet vertrouwd, de dokter moet het goede voorbeeld geven. Maar roken, te veel eten en te weinig bewegen, kunnen wel door de beugel. Voor twee derde van de mensen is de ongezonde leefstijl van de dokter dan geen reden zijn adviezen te negeren, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*. Wel zijn mensen met dezelfde zwaktes als de

dokter eerder geneigd zijn advies op te volgen dan mensen met een gezonde leefstijl. Samen zondigen scheidt kennelijk een band. Dikke of rokende patiënten zouden dikke of rokende dokters moeten zoeken en omgekeerd.

- **Eten, bewegen, roken en drinken**

Zestig procent van de Nederlandse bevolking leeft ongezond en heeft daardoor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes en longziekten. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseert daarom te breken met een ongezonde leefstijl. Zorgverleners moeten mensen aanspreken op te veel eten, te weinig bewegen, roken en drinken. Maar ook zij kunnen er een ongezonde leefstijl op na houden. De onderzoekers keken of de leefstijl van een arts hem parten speelt bij het adviseren van patiënten.

- **Onderzoek**

De uitkomsten zijn gebaseerd op een onderzoek onder 540 leden van het VGZ-verzekerenpanel van het NIVEL. Zij vulden een online vragenlijst in met een aantal vragen en stellingen over hun eigen leefstijl, die van de arts en vertrouwen. Zo konden de onderzoekers hun lichaamsgewicht, rook- en drinkgedrag bepalen en hun mening over de betrouwbaarheid van onmatige dokters.

Wendel, S.; Bes, R.E.; Jong, J.D. de; Schellevis, F.G.; Friele, R.D. *De dikke dokter en de dikke patiënt: mag een arts ook zondigen?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2010, 154(A2897).

Schee, E. van der; Groenewegen, P.P. *Determinants of public trust in complementary and alternative medicine.* BMC Public Health: 10, 2010, nr. 128.

✦ Spinozapremie en placebo-onderzoek

Jozien Bensing

Prof. dr. Jozien Bensing
Honorary research fellow
Communicatie en gezond-
heidspsychologie

In iedere medische behandeling treedt een placebo-effect op. In onderzoek wordt dit meestal als ruis of storende factor gezien. Hoogleraar gezondheidspsychologie Jozien Bensing draait het om. Zij wendt haar Spinozapremie aan voor onderzoek naar het placebo-effect, met als insteek dit juist optimaal te benutten om het effect van de behandeling te versterken en genezing te bevorderen. Jozien Bensing over placebo-onderzoek:

Waarom dit onderzoek?

“De sleutel tot mijn onderzoek is, dat ik het zachte in de geneeskunde hard wil maken. Ingegeven door efficiencydrift zie je dat het hart uit de gezondheidszorg wordt weggesneden. Taken worden verdeeld, alles wat een dokter niet zelf hoeft te doen, wordt uitbesteed aan andere hulpverleners. Alles moet korter, zakelijker, sneller, bij wijze van spreken met de stopwatch in de hand. En daarmee verdwijnt er iets essentieels uit de zorg. Als je aan patiënten vraagt wat ze het allerbelangrijkste vinden, staat altijd bovenaan de wens om serieus genomen te worden, om gehoord te worden, om tijd en aandacht, om als een mens behandeld te worden en niet als een kapot lichaamsdeel. In het placebo-onderzoek zie je dat er genezingspotentieel blijft liggen als je patiënten geen tijd en persoonlijke aandacht geeft.”

Hoe gaat dat onderzoek in zijn werk?

“Eigenlijk zijn het verschillende lijnen van onderzoek. We proberen bijvoorbeeld een duidelijke relatie te leggen tussen arts-patiëntcommunicatie en allerlei patiëntenuitskomsten zoals therapietrouw, tevredenheid, maar ook gezondheidsuitskomsten zoals bloedsuiker of bloeddruk. Veel van dat communicatieonderzoek was tot nu toe altijd beschrijvend en correlatieel van aard. Maar als je het bewijs echt krachtig wil maken, moet je experimenteel onderzoek doen. Dat is de enige manier om oorzaak-gevolgrelaties vast te stellen. We gebruiken nu een hele nieuwe onderzoeksmethodologie om oorzakelijke relaties tussen diverse stijlen van communicatie en gezondheidsuitskomsten bij patiënten te kunnen vaststellen. Twee van mijn promovendi (William Verheul en

Liesbeth van Vliet) laten mensen video's zien van klinische gesprekken, waarin op systematische wijze communicatie wordt gemanipuleerd. De inhoud van het consult is steeds exact hetzelfde, maar sommige vormen van communicatie variëren. Zo kun je precies zien of die variatie in de communicatie ook effect heeft op de uitkomstmaten.. Deze methodologie kan omdat spiegelneuronen maken dat, als je je verplaatst in de positie van een ander, je ook ervaart wat die ander ervaart. Deze kennis uit de neurocognitiewetenschappen vormt de validiteit voor dit type experimenten. In het onderzoek van William Verheul hebben we – op basis van placebo-onderzoek – gekozen voor variatie van twee belangrijke vormen van communicatie. De ene is het geven van hoop, positieve verwachtingen, vertrouwen in de uitkomst van de behandeling. De tweede is affect, tijd, aandacht, empathie, om patiënten te ontspannen en hun angst en stress te verminderen. De eerste resultaten zijn veelbelovend. In het onderzoek van Liesbeth van Vliet gaat het om variaties in het geven van hoop en in de wijze van informatieverstrekking.”

Wat levert dit op?

“Je ziet dat dit onderzoek zowel artsen als patiënten echt in hun hart raakt. Ik heb nog nooit zoveel e-mails en reacties gekregen als na het artikel over ons onderzoek in de Volkskrant. Veel artsen hebben het gevoel dat er iets essentiëls dreigt te verdwijnen uit de gezondheidszorg, namelijk juist dat wat de reden was om hun vak te kiezen. Maar ook het grote publiek is gefascineerd door het placebo-effect. Dat vertaalt zich in uitnodigingen voor diverse wetenschappelijke radio- en televisieprogramma's, studium generales, lezingen op allerlei plaatsen en voor allerlei publiek, verzoeken om artikelen te schrijven, verzoeken voor interviews, ook in het buitenland. Zo ben ik naar aanleiding van het stuk in de Volkskrant gevraagd co-auteur te worden van een hoofdstuk in een Belgisch leerboek voor huisartsgeneeskunde. Ook trainers pakken het op en zelfs middelbare scholen. Er zijn verschillende leerlingen die een profielwerkstuk geschreven hebben over het placebo-effect naar aanleiding van ons onderzoek. En blijkbaar inspireert dit onderzoek mensen ook om er zelf mee door te gaan. Ik heb nu een huisarts-promovendus die wil promoveren op het effect van empathie in huisartsconsulten. Een andere huisarts-promovendus heeft subsidie gekregen van ZonMw om in een klinische studie het effect van positieve verwachtingen op lage rugpijn te gaan onderzoeken. Het SPINOZA-programma heeft dus nu al een mooie spin-off!”

3 Het zorgproces: een selectie van onderzoeksresultaten

3.1 Spanningsveld tussen behoeften van patiënten en richtlijnen voor behandeling angst en depressie

Prins, M.A. *Mental health care from the patient's perspective: a study of patients with anxiety and depression in general practice = Zorg voor psychische problemen vanuit het patiëntenperspectief: een onderzoek naar patiënten met angst en depressie in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: NIVEL, 2010. 217 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.

Prins, M.A.; Verhaak, P.F.M.; Smolders, M.; Laurant, M.G.H.; Meer, K. van der; Spreeuwenberg, P.; Marwijk, H.W.J. van; Penninx, B.W.J.H.; Bensing, J. *Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care*. *Journal of General Internal Medicine*: 25, 2010, nr. 7, p. 648-655.

Patiënten met een depressie of angststoornis prefereren praten boven pillen, terwijl ze meestal vooral de pillen krijgen, zo blijkt uit NIVEL-onderzoek waarop Marijn Prins promoveerde aan de Universiteit Utrecht. Angst en depressie komen veel voor. Bijna de helft (43%) van de mensen met een angststoornis of depressie zoekt daarvoor geen hulp. Van degenen die wel hulp zoeken, gaat 42% naar de huisarts en slechts 14% krijgt gespecialiseerde hulp. Tegenwoordig moet er steeds meer volgens 'evidence-based' richtlijnen worden gewerkt en is het gebruikelijker geworden geneesmiddelen voor te schrijven voor psychische stoornissen. Tegelijkertijd is het perspectief van de patiënt belangrijker geworden. Vroeger wist de arts wat het beste was voor de patiënt, tegenwoordig staan de behoeften van patiënten meer op de voorgrond.

• Richtlijnen

“Slechts 39% van de huisartspatiënten met een angststoornis of depressie is het afgelopen jaar volgens de richtlijnen behandeld”, stelt Marijn Prins. “Patiënten met een lage opleiding hebben minder kans om deze 'evidence-based' zorg te krijgen, terwijl patiënten die zelf behoefte hebben aan zorg juist een grotere kans hebben om zorg volgens de richtlijnen te krijgen. Patiënten die zorg krijgen volgens de richtlijnen hebben overigens wel ernstiger klachten dan degenen die andere of geen zorg krijgen.”

• Gesprekstherapie

Marijn Prins deed onderzoek naar het mogelijke spanningsveld tussen de behoeften van patiënten en de zorg volgens de huisartsenrichtlijnen. Opmerkelijk is dat hoewel de richtlijnen zowel gesprekstherapie als pillen aanbevelen, huisartsen volgens patiënten vooral geneigd zijn medicatie voor te schrijven. “Dit strookt dus maar gedeeltelijk met de richtlijnen”, verklaart Prins. “Patiënten met een depressie of angststoornis willen vaak liever gesprekstherapie dan medicatie. Verder krijgen ze naar hun idee niet genoeg informatie en begeleiding. Vooral de jongere patiënten hebben vaker behoefte aan

informatie, counseling en vaardigheidstrainingen. Er lijkt dus meer behoefte aan psychologische behandelingen te zijn dan de huisarts op dit moment kan bieden. Wellicht kan de in psychische problemen gespecialiseerde praktijkondersteuner uitkomst bieden om beter in te spelen op de behoeften van patiënten.”

3.2 *Kind met kanker kan volwassen keuzes maken*

Bij gesprekken over kanker bij kinderen en het bespreken van de behandelmogelijkheden, moeten zorgverleners een balans zoeken tussen de wensen van de ouders en die van het kind, omdat hun behoeften aan informatie en meebeslissen kunnen verschillen. Dit stellen onderzoekers van het NIVEL en de universitair medische centra van Groningen, Nijmegen en Rotterdam in een publicatie in *Psycho-oncology*. Volgens de richtlijnen moeten kinderen met kanker informatie krijgen over hun ziekte en behandeling. Vanaf 12 jaar mogen ze meebeslissen met de ouders. Kinderen vanaf 16 jaar mogen zelf beslissen hoe ze behandeld willen worden en of ze nog wel behandeld willen worden. Ouders kunnen zich grotendeels vinden in deze richtlijnen, maar niet alle kinderen zijn het hiermee eens.

- **Afschermen**

NIVEL-onderzoeker Marieke Zwaanswijk: “Veel ouders hebben de neiging kinderen af te scherpen, bijvoorbeeld jonge kinderen of kinderen die snel bang zijn. En soms willen kinderen ook niet alles weten. Ik heb bijvoorbeeld een kind meegemaakt dat halverwege het gesprek met de arts zijn ipod inplugde. Maar er zijn er ook die zeggen: ‘Dit gaat over mij, ik wil alles weten.’ Ouders kiezen vaak voor een voorgesprek, en daarna komt het gesprek met het kind. Maar veel – vooral oudere – kinderen willen dan precies weten wat er is voorbesproken. Je moet dan oppassen voor achterdocht.”

- **Meebeslissen**

Het meebeslissen van kinderen kan variëren van bijvoorbeeld de keuze voor een roesje bij pijnlijke onderzoeken, tot de keuze voor iets langer leven met een ingrijpende en vervelende behandeling of juist afzien van die behandeling. Vooral oudere kinderen willen die beslissingen ook zelf kunnen nemen. Marieke Zwaanswijk: “Zeker als kinderen al langer behandeld zijn, weten ze er al zoveel van af dat zij een andere afweging kunnen maken dan hun ouders.”

Zwaanswijk, M.; Tates, K.; Dulmen, S. van; Hoogerbrugge, P.M.; Kamps, W.A.; Beishuizen, A.; Bensing, J.M. *Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: a vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences*. *Psycho-oncology*, vol. 20, (2010), nr. 3, p. 269-277.

- **Situatieschetsen**

In het onderzoek zijn aan een groep ouders, kinderen met kanker en kinderen die kanker hebben overleefd zogenaemde vignetten voorgelegd. Dit zijn korte realistische situatieschetsen waarbij gevraagd wordt: hoe zou je reageren in de genoemde situatie? Naast de oordelen over informatie en meebeslissen, bleek voor alle deelnemers aan het onderzoek de empathie van de arts belangrijk. Ze willen dat de arts in de gesprekken aandacht besteedt aan hun gevoelens, zoals angst of verdriet. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van KWF-kankerbestrijding.

3.3 **Sms'je helpt medicijnen niet te vergeten**

Vervloet, M.; Santen-Reestman, J.; Vlijmen, B. van; Bouvy, M.; Bakker, D. de; Aarlen, M. van; Dijk, L. van *Een oplettend medicijndoosje voor diabetes type 2 patiënten: een onderzoek naar de effecten van Real-Time Medication Monitoring*. Utrecht: NIVEL, 2010. 75 p.

Een oplettend medicijndoosje vergroot de therapietrouw van patiënten. Patiënten die een herinnerings-sms'je krijgen als ze hun medicijnen vergeten, nemen 16% meer van hun medicijnen dan patiënten uit de controlegroep. Gemiddeld ligt de therapietrouw van patiënten tussen de 40 en 70%, zo is bekend uit eerder onderzoek van het NIVEL. Terwijl beter medicijngebruik leidt tot minder complicaties bij patiënten, minder ziekenhuisopnames en lagere zorgkosten. Ondanks talrijke pogingen de therapietrouw van patiënten te verbeteren, is dit de afgelopen decennia niet gelukt.

- **Oplettend medicijndoosje**

Het NIVEL onderzocht of een oplettend medicijndoosje de therapietrouw verbetert. Voor het onderzoek werden diabetespatiënten gevraagd die hun medicijnen niet consequent hadden opgehaald bij de apotheek. “Lastig bereikbare patiënten dus”, verklaart onderzoeker Marcia Vervloet. “Wij wilden kijken of wij juist bij deze groep met het slimme medicijndoosje een verbetering konden bereiken.”

- **Samenwerking**

Het project is een initiatief van Zilveren Kruis Achmea, Mediq Apotheken, Evalan en het NIVEL. Het onderzoek is uitgevoerd bij 40 Mediq Apotheken in de regio's: Rotterdam Rijnmond, de kop van Noord-Holland, Drenthe, Helmond, Zutphen en Heerlen. “In Nederland gebruiken circa 3,2 miljoen mensen chronisch geneesmiddelen. Na twee eerdere pilots met het slimme medicijndoosje, wilden we de daadwerkelijke verbeteringen serieus laten onderzoeken”, aldus Melanie Schultz van Haegen, directeur Zorginkoop bij Zilveren Kruis Achmea.

- **Sms-herinnering op maat**

De patiënten werden in drie groepen van ongeveer vijftig patiënten verdeeld. Twee groepen kregen het medicijndoosje dat registreert wanneer het opengaat. Ging het doosje niet binnen de afgesproken tijd open, dan volgde in één groep een sms met een herinnering. De andere groep kreeg geen sms-herinneringen. De derde groep – zonder medicijndoosje – beantwoordde alleen twee vragenlijsten over hun therapietrouw.

Van de sms-groep nam gemiddeld 16% meer medicijnen dan de controlegroep.

“Sommige mensen wilden zelfs de sms voor zijn”, vertelt Marcia Vervloet. “Bij de sms-groep is het innamepatroon ook veel regelmatig. Ze namen hun medicijnen vaker op dezelfde tijd. Dat is bij bepaalde geneesmiddelen heel belangrijk.”

- **Toekomst**

“Patiënten waarderen de apotheekbegeleiding met deze innovatie en verbeteren hun medicijngebruik. Dat is een speerpunt voor ons”, stelt Peter van Wingerden, Manager Zorg van Mediq Apotheken. “Daarom is het onze ambitie deze innovatie bij alle 230 Mediq Apotheken beschikbaar te maken, want er zijn meer patiënten die hier baat bij kunnen hebben.”

3.4 **Genezen met placebo-effect**

In iedere medische behandeling treedt een placebo-effect op. In onderzoek wordt dit meestal als ruis of storende factor gezien. Hoogleraar gezondheidspsychologie Jozien Bensing draait het om. Zij wendt haar Spinozapremie aan voor onderzoek naar het placebo-effect, met als insteek dit juist optimaal te benutten om genezing te bevorderen. De eerste artikelen over dit onderzoek zijn gepubliceerd in *Patient Education and Counseling*.

- **Verwachtingen**

De onderliggende mechanismen van het placebo-effect zijn inmiddels in grote lijnen bekend. Leereffecten, de verwachtingen die patiënten hebben van de behandeling en hun emoties spelen daarin een belangrijke rol. Een voorbeeld van zo'n leereffect is dat van een dokter die zijn hand op het hoofd legt van een patiëntje met koorts. Als het patiëntje is opgeknapt kan die koele hand een volgende keer positieve associaties met genezing oproepen en zo het herstel bevorderen. Effecten die patiënten verwachten,

Bensing, J.M.; Verheul, W. *The silent healer: the role of communication in placebo effects*. *Patient Education and Counseling*, vol. 80, (2010), nr. 3, p. 293-299.

Verheul, W.; Sanders, A.; Bensing, J. *The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies*. Patient Education and Counseling, vol. 80, (2010), nr. 3, p. 300-306.

blijken inderdaad vaker op te treden – dat is wetenschappelijk bewezen – en stress en angst kunnen leiden tot lichamelijke klachten en zou je dus moeten verminderen voor een optimaal placebo-effect.

- **Communicatie als medicijn**

Jozien Bensing won in 2006 de Spinozapremie, die ze onder meer inzet voor onderzoek van het NIVEL naar het placebo-effect in de huisartsenpraktijk en met name naar de rol van communicatie als medicijn. “Het placebo-effect komt niet zozeer door een neppil of nepbehandeling, maar wordt gegenereerd door hoe een behandeling wordt aangeboden. De communicatie in de spreekkamer speelt daarbij een belangrijke rol. Het ritueel van de behandeling, de verwachtingen en emoties van een patiënt en hoe een arts daarmee omgaat, hebben een effect op die patiënt. Dit kun je optimaliseren en aanwenden om het herstel te bevorderen.”

- **Warme, empathische arts**

Het eerste simulatieonderzoek dat is uitgevoerd, speelt in op beïnvloeding van verwachtingen en emoties van patiënten. Als patiënten verwachten dat een behandeling soelaas biedt en stress en angst worden verminderd, zal het placebo-effect groter zijn, zo is de aanname. Uit het onderzoek blijkt dat je met gerichte communicatie-interventies de verwachtingen en emoties van patiënten kan beïnvloeden voor een optimaal placebo-effect. De warme, empathische arts in combinatie met hoopgevende verwachtingen blijkt het meest effectief: patiënten zijn minder angstig en hebben de meest positieve verwachtingen over de werkzaamheid van de behandeling.

3.5 **Patiënten te weinig betrokken bij behandeling**

Vervloet, M.; Brabers, A.; Bos, M.; Dijk, L. van *Vasculair Risicomanagement in de huisartsenpraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn*. Utrecht: NIVEL, 2010. 43 p.

Patiënten worden nog niet erg betrokken bij de behandeling van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, zoals te hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol. Ook de begeleiding is voor verbetering vatbaar. Minder dan 40 procent van de patiënten geeft aan dat de arts of verpleegkundige ze vraagt mee te denken over de behandeling. Veel hart- en vaatpatiënten hebben ernstig overgewicht, een hoge bloeddruk of verhoogd cholesterol. Meer bewegen, stoppen met roken en gezonder eten vermindert deze risicofactoren en draagt zo bij aan het verminderen en voorkomen van hart- en vaatziekten. Hoewel de meeste hart- en vaatpatiënten redelijk tevreden zijn over hoe zij

worden benaderd en behandeld, kan de zorg meer gestructureerd en meer patiëntgericht. Dit blijkt uit onderzoek dat door het NIVEL en de Universiteit Utrecht is uitgevoerd met subsidie van de Nederlandse Hartstichting. Insteek van het onderzoek was te kijken hoe het ervoor staat met de patiëntgerichte zorg zoals beschreven in de in 2009 uitgekomen zorgstandaard vasculair risicomanagement. De zorgstandaard beschrijft op hoofdlijnen hoe goede zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten eruit moet zien en hoe de aanpak van risicofactoren georganiseerd kan worden.

- **Actieve bijdrage**

Een belangrijk uitgangspunt van de zorgstandaard is, dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor de zorg, en ondersteuning krijgen om die verantwoordelijkheid te nemen. Patiënten vullen met hun zorgverlener het zorgplan in. Daarin staat welke risicofactoren zij aan willen pakken, op welke manier, wie wat doet en, zo nodig, met welke medicijnen. Uit het onderzoek blijkt dat nog maar zes procent van de patiënten in overleg met hun arts of verpleegkundige zo'n plan heeft opgesteld. Programmaleider Liset van Dijk: "Dit is natuurlijk nog heel weinig, maar de zorgstandaard moet nog vorm krijgen in de praktijk. Ook de enquête onder de huisartsen laat zien, dat de standaard nog niet in zijn volle omvang wordt toegepast."

Het onderzoek is in het eerste en tweede kwartaal van 2010 uitgevoerd onder bijna 500 huisartsen en ruim 600 patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten in Nederland. Voor de zorgstandaard zie: www.vitalevaten.nl

Noordman, J.; Verhaak, P.; Beljouw, I. van; Dulmen, S. van *Consulting room computers and their effect on GP-patient communication: comparing two periods of computer use.* Family Practice: 27, 2010, nr. 6, p. 644-651.

3.6 **Domotica nog geen alternatief voor fixatie verpleeghuisbewoners**

Ouderen in verpleeghuizen worden nogal eens vastgebonden om onveilige situaties te voorkomen. Verpleeghuizen zoeken naar oplossingen voor dit probleem. Onderzoekers van het EMGO+ en het NIVEL onderzochten met subsidie van ZonMw of zogenoemde 'domotica' – slimme technologie zoals camera's, GPS of infraroodsensoren – een alternatief kunnen zijn voor vrijheidsbepalende maatregelen zoals onrustbanden of bedhekken.

Domotica is een samentrekking van het Latijnse 'domus' – huis – en robotica. Het staat onder meer voor technologie die bewoners in de gaten houdt en de verzorgenden een seintje geeft als een bewoner bijvoorbeeld het bed uitgaat of gaat dwalen. "Daarmee voorkom je dat dus niet, je signaleert het alleen", stelt prof. Cees Hertogh van EMGO+ die

Depla, M.; Zwijsen, S.; Boekhorst, S. te; Francke, A.; Hertogh, C. *Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbepaling voor mensen met dementie.* Amsterdam: VUmc, 2010. 35 p.

samen met prof. Anneke Francke van het EMGO+ en het NIVEL projectleider was bij dit onderzoek. “Domotica lijken daardoor eerder een welkome aanvulling om onveilige situaties te signaleren dan een werkelijk alternatief voor fixatie. Het is wel zo dat in verpleeghuizen met veel domotica minder fixatie wordt toegepast. Maar het kan zijn dat deze verpleeg- en verzorgingshuizen voorop lopen in zowel het terugdringen van fixaties als met de introductie van domotica.”

- ***Aanvulling***

Domotica hebben deels een andere functie dan andere vrijheidsbeperkende maatregelen. Ze signaleren mogelijk gevaarlijke situaties. Domotica worden bij een veel grotere groep bewoners toegepast en vaak bij bewoners met minder ernstige problemen. Ze worden dus ook ingezet in situaties waarin geen sprake is van direct gevaar. Uit het onderzoek blijkt verder dat verzorgenden en familieleden niet onder alle omstandigheden moeite hebben met vrijheidsbeperkende maatregelen. Ze geven aan dat bewoners het vaak nauwelijks merken, het niet vervelend lijken te vinden en soms zelfs prettig. Ze keuren vrijheidsbeperkende maatregelen wél af als een bewoner er last van heeft en de maatregel niet in het belang van de bewoner wordt ingezet, maar louter om diens vrijheid te beperken.

- ***Onderzoek***

De onderzoekers keken in zeven verpleeghuizen die meer en minder ver gevorderd zijn met het invoeren van domotica, zoals camera's, chips in kleding, GPS-dwaaldetectie, inactiviteitsregistratie en infraroodsensoren. Voor het onderzoek vulden 271 verzorgenden een vragenlijst in. Daarnaast zijn er zes focusgroepgesprekken gehouden met verzorgenden en twee met een multidisciplinair team. Verder voerden de onderzoekers individuele gesprekken met zeven naasten van 'vrijheidsbeperkte' bewoners en negen sleutelfiguren uit de instellingen die betrokken zijn bij het beleid rond vrijheidsbeperking en domotica.

✦ **Capaciteitsramingen**

Ronald Batenburg

Dr. Ronald Batenburg
*Programmaleider Beroepen
in de gezondheidszorg*

Om ook in de toekomst goede zorg te kunnen leveren is het belangrijk te kunnen inschatten hoeveel artsen er nodig zijn voor de groeiende en vergrijzende bevolking.

Ronald Batenburg over capaciteitsramingen van de medische beroepsgroepen:

Waarom dit onderzoek?

“Dit onderzoek is nodig om betrouwbare cijfers te leveren op basis waarvan je kan berekenen wat de behoefte aan artsen is in de toekomst. Betrouwbaar betekent dat de cijfers landelijk representatief zijn en dat ze regelmatig worden geüpdatet. Zo kunnen we trends ontdekken en betere voorspellingen doen.”

Hoe gaat dat in zijn werk?

“Eerst analyseren we registratiegegevens van de artsen en artsen-in-opleiding. Daardoor weten we hoeveel dit er zijn, hun leeftijd en hun geslacht. Daarna enquêteren we met zo kort mogelijke, gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten. Kort, want Nederland is enquêtemoe. Een aantal beroepsgroepen volgen we ook zelf, bijvoorbeeld huisartsen. Die volgen we al sinds 1975. Hierdoor kunnen we hun loopbanen in kaart brengen en tamelijk nauwkeurig bepalen hoe lang ze waarnemen, wanneer ze in loondienst gaan, op welke leeftijd ze zich vestigen en wanneer ze stoppen met werken.”

Wat heeft dit opgeleverd?

“Ons onderzoek levert betrouwbare cijfers waarmee het ramingsmodel van de capaciteitsplanning zo kan worden ingevuld, dat we kunnen doorrekenen hoe het aanbod en de behoefte aan artsen zich in de toekomst gaan ontwikkelen. Dit ramingsmodel wordt samen met resultaten van ander onderzoek door het Capaciteitsorgaan opgesteld, waarna het Capaciteitsorgaan een advies geeft aan de minister over het aantal op te leiden artsen. De minister kijkt vervolgens of er budget voor is en stemt het af met de opleidingsinstituten en UMC's. Het NIVEL doet dit al vanaf de oprichting van het Capaciteitsorgaan in 1999. Daarvoor leverden we cijfers voor de voorlopers ervan.”

4 Aanbod en organisatie van zorg: een selectie van onderzoeksresultaten

4.1 Eerste lijn diverser dan divers

Kringos, D.S.; Boerma, W.G.W.; Hutchinson, A.; Zee, J. van der; Groenewegen, P.P. *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. BMC Health Services Research, vol. 10, (2010), nr. 65.

Kringos, D.S.; Boerma, W.G.W.; Bourgueil, Y.; Cartier, T.; Hasvold, T.; Hutchinson, A.; Lember, M.; Oleszczyk, M.; Pavlick, D.R.; Svab, I.; Tedeschi, P.; Wilson, A.; Windak, A. *The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators*. BMC Family Practice: 11, 2010, nr. 81.

De eerstelijnsgezondheidszorg heeft in ieder land een ander gezicht, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en de Universiteit van Sheffield (VK) in *BMC Health Services Research*. Ze ontwikkelden met subsidie van de Europese Commissie een raamwerk voor onderzoek naar de eerste lijn als systeem. Direct over de grens, in Duitsland, kun je voor bijvoorbeeld oorpijn zonder verwijzing direct terecht bij een specialist, wat in Nederland ondenkbaar is. De zorg is er meer specialistisch georganiseerd. Terwijl de eerstelijnsgezondheidszorg in een voormalig Sovjet Unie-land als Estland inmiddels sterk lijkt op die in Nederland. Ook daar ga je eerst naar de huisarts en krijg je zo nodig een verwijzing voor de specialist.

- **Sterke eerste lijn**

“De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zet in op een sterke eerste lijn om de gezondheidszorg als geheel effectiever en efficiënter te maken. Maar hoe de eerstelijnsgezondheidszorg precies bijdraagt aan een betere zorg en beheersing van kosten, is eigenlijk nog nauwelijks bekend”, stelt onderzoeker Dionne Kringos. “Een internationale onderzoeksgroep die wordt geleid door het NIVEL, werkt nu aan een analyse van systemen van eerstelijnsgezondheidszorg in Europa.”

- **Complex systeem**

De onderzoekers screenden meer dan 6000 artikelen over eerstelijnszorgsystemen, en analyseerden er uiteindelijk 85. De helft daarvan betrof studies naar één onderdeel van de eerste lijn. In de wetenschappelijke literatuur is nog weinig aandacht voor de eerste lijn als samenhangend geheel. Net zoals de totale gezondheidszorg in een land, vormt de eerste lijn als onderdeel daarvan ook een systeem met een organisatorische structuur en zorgverleningsprocessen, gericht op een betere gezondheid van de bevolking.

- **Het PHAMEU-project**

Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie is in het PHAMEU-project (Primary

Health Care Activity Monitor for Europe) een meetinstrument ontwikkeld. Hiermee wordt momenteel de eerstelijnsgezondheidszorg in 31 Europese landen op een vergelijkbare manier in kaart gebracht. Meer informatie over het project is beschikbaar op www.phameu.eu.

4.2 *Zorgverleners voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk*

Voor psychische problemen zoals angst en depressie hoeft je niet altijd naar de psycholoog of psychiater. Ook in de huisartsenpraktijk is het mogelijk kortdurend en effectief mensen met psychische problemen te behandelen, zo blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd met subsidie van ZonMw. Veel mensen komen met psychische problemen eerst naar de huisartsenpraktijk. Niet zozeer de huisarts, maar vooral een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ) en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) zouden de aanpak van psychische problemen voor hun rekening kunnen nemen. De praktijkondersteuner GGZ is in opkomst, maar nog in weinig praktijken te vinden. De functie is bovendien nog in ontwikkeling. Financiering en precieze taken moeten zich nog uitkristalliseren.

• *Signalering en behandeling*

Als de huisarts, praktijkondersteuner GGZ of sociaal psychiatrisch verpleegkundige een vermoeden heeft van een psychisch probleem bij iemand, zijn er signaleringsinstrumenten voorhanden om dit te herkennen. En deze zijn bijvoorbeeld ook te gebruiken om psychische problemen bespreekbaar te maken bij mensen die primair voor lichamelijke klachten bij de huisarts komen. De onderzoekers hebben deze instrumenten op een rijtje gezet. Effectieve kortdurende interventies die een praktijkondersteuner GGZ of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige goed kunnen uitvoeren, zijn: begeleide zelfhulp, problem solving treatment (PST), motiverende gespreksvoering, reattributie en gezondheidsvoorlichting. Hulpverleners in de huisartsenpraktijk kunnen ook doorverwijzen naar verschillende effectieve online interventies.

• *Specifieke expertise*

Programmaleider Peter Verhaak: “Wij pleiten voor meer taakdelegatie door de huisarts. Hierbij spelen de praktijkondersteuner GGZ en sociaal psychiatrisch verpleegkundige een belangrijke rol. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat zij deze interven-

Zwaanswijk, M.; Verhaak, P.F.M. *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening*. Utrecht: NIVEL, 2009. 90 p.

Fassaert, T.; Nielen, M.; Verheij, R.; Verhoeff, A.; Dekker, J.; Beekman, A.; Wit, M. de *Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands*. *General Hospital Psychiatry*: 32, 2010, nr. 4, p. 368-376.

ties het beste kunnen uitvoeren. Huisartsen geven vaak aan te weinig tijd en kennis te hebben voor uitgebreide signalering en psychologische interventies. Een sociaal psychiaterisch verpleegkundige heeft een specifiekere expertise dan de huisarts en ook meer tijd voor dit soort dingen. De functie van praktijkondersteuner GGZ is nog erg in ontwikkeling, maar kan uitgroeien tot een steeds belangrijker aanvulling in de zorg voor psychische problemen in de huisartsenpraktijk. Op het moment dat de patiënt niet meer genoeg heeft aan enkele contacten of meer specialistische hulp nodig heeft, moet uiteraard naar de eerstelijnspsycholoog of naar de tweedelijns GGZ worden verwezen.”

- **Methodie**

Het NIVEL deed literatuuronderzoek naar effectieve interventies om in te zetten in de huisartsenpraktijk. Daarna werden 11 interviews gehouden met experts en een schriftelijke paneldiscussie met 55 experts georganiseerd om te kijken wie deze interventies het beste kan uitvoeren en onder welke voorwaarden.

4.3 *Dure medicijnen blijven toegankelijk voor patiënten*

Wagelaar, M.; Lubberding, S.; Hugtenburg, J.; Wagner, C. *Toegankelijkheid van dure geneesmiddelen: een onderzoek naar geneesmiddelgebruik bij mammacarcinoom en multipel myeloom*. Amsterdam/Utrecht: EMGO+, NIVEL, 2010.

Patiënten krijgen nog steeds dure geneesmiddelen volgens de richtlijnen. Medische overwegingen staan voorop bij het bepalen van het behandelbeleid. Aanpassing van de financieringsregeling van dure medicijnen in 2008 leidde tot reacties van verontruste patiëntenverenigingen en zelfs tot Kamervragen vanwege het vermoeden dat patiënten bepaalde dure geneesmiddelen ten onrechte niet meer voorgeschreven zouden krijgen. Deze angst was ongegrond, zo blijkt uit dossieronderzoek van EMGO+ en het NIVEL naar het voorschrijven van geneesmiddelen voor borstkanker en de ziekte van Kahler. Deze dure medicijnen worden ingezet volgens de richtlijnen en patiënten niet ten onrechte onthouden. Het onderzoek is gesubsidieerd door het ministerie van vws.

- **Dure medicijnen**

Specifiek is gekeken naar het gebruik van de dure medicijnen Trastuzumab (voor borstkanker) en Bortezomib (voor de ziekte van Kahler) en naar welke factoren een rol spelen bij de afweging een patiënt wel of niet met deze geneesmiddelen te behandelen. In beide gevallen bleken de medicijnen terecht voorgeschreven te zijn en waren de redenen, zoals een slechte conditie van de patiënt bij mammacarcinoom en alternatieve behandel mogelijkheden bij de ziekte van Kahler, legitiem om van behandeling met deze middelen af te zien.

- **Interviews**

Interviews met internist-oncologen, hematologen en de raden van bestuur van diverse ziekenhuizen ondersteunen de opvatting dat dure medicijnen toegankelijk moeten blijven voor patiënten. Specialisten geven aan dat ze zich bij de behandeling laten leiden door de richtlijnen van de beroepsgroep voor de behandeling. Bij de besluitvorming over het inzetten van de dure medicijnen spelen kostenaspecten geen rol. De raden van bestuur geven bovendien aan dat niet zij, maar de artsen het behandelbeleid bepalen. Verder geven ze aan dat een 100% vergoeding van dure medicijnen gewenst is. Nu moeten ziekenhuizen 20% van de kosten betalen vanuit reguliere budgetvergoedingen. Het gaat hierbij in de regel om nieuwe, veelal innovatieve medicijnen. De verwachting is dat er de komende tijd meer dure medicijnen geïntroduceerd worden en dat ook het aantal indicaties voor deze dure geneesmiddelen toeneemt.

- **Methode**

Het patiëntendossieronderzoek vond plaats bij zeven ziekenhuizen: een universitair medisch centrum, een categoriaal ziekenhuis, twee topklinische en drie algemene ziekenhuizen. Onderzocht werd onder meer in hoeverre de patiënten volgens de richtlijnen werden behandeld. De onderzoeksmethodiek kan ook worden ingezet voor onderzoek bij andere dure geneesmiddelen. De generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere dure geneesmiddelen is beperkt omdat elk middel zijn eigen specifieke kenmerken heeft.

4.4 Hoge verwachtingen van kersverse verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat je recent gediplomeerden direct volwaardig in moet kunnen zetten. Het merendeel maakt die hoge verwachtingen waar. Driekwart van de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat recent gediplomeerde collega's goed zijn voorbereid op de zorgpraktijk.

Veer, A.J.E. de; Verkaik, R.; Francke, A.L. *Hoge verwachtingen over pas gediplomeerden*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.

- **Aansluiting**

De aansluiting met de praktijk is voor verzorgenden beter dan voor verpleegkundigen. Net afgestudeerde verpleegkundigen die op een ziekenhuisafdeling beginnen, moeten vaak nog extra kennis verwerven over de ziekte van hun specifieke cliëntengroep. Bij het duale onderwijs (leren en werken tegelijk) speelt dit probleem overigens minder dan bij

Veer, A.J.E. de; Francke, A.L.
*Attitudes of nursing staff
towards electronic patient
records: a questionnaire survey.*
International Journal of Nursing
Studies: 47, 2010, nr. 7, p. 846-
854.

de onderwijsvarianten met de nadruk op leren. De eerste opvang van nieuwe collega's vinden verpleegkundigen en verzorgenden meestal goed. In de ziekenhuizen en de psychiatrie krijgt dit de meeste aandacht. Onderzoeker Anke de Veer: "De hoge verwachtingen leggen een hoge druk op de pas gediplomeerden. Dat roept de vraag op of werkgevers hen beter zouden moeten beschermen. Bijvoorbeeld door meer inwerkfaciliteiten te creëren."

4.5 Door slimmer organiseren doet huisarts meer in minder tijd

Berg, M.J. van den *Workload in
general practice.* Utrecht: NIVEL,
2010. 209 p. Proefschrift
Universiteit van Tilburg.

Tussen 1987 en 2001 is de vraag naar huisartsenzorg met ongeveer 10% toegenomen. In diezelfde periode zijn huisartsen minder uren gaan werken: van gemiddeld 53 naar 44 uur. Ze verlenen dus meer zorg in minder tijd, zo blijkt uit NIVEL-onderzoek waarop Michael van den Berg promoveerde bij Tranzo aan de universiteit van Tilburg. Van den Berg beschrijft een aantal ingrijpende organisatorische veranderingen in de huisartsenzorg en is nagegaan in hoeverre deze hebben geleid tot minder werkbelasting. Zo verichten praktijkassistenten meer medische taken, wordt er tegenwoordig gewerkt in huisartsenposten, leggen huisartsen minder visites af en hebben ze meer telefonische contacten waardoor ze tijd besparen.

- **Vermindering werkuren**

Al deze factoren hebben in uiteenlopende mate bijgedragen aan de reductie van het aantal werkuren. Ondanks de hoge verwachtingen van delegatie van taken aan assistenten en ondersteuners blijkt de werklust hierdoor lang niet altijd te verminderen. De komst van huisartsenposten daarentegen heeft wél enorm bijgedragen aan de afname van de werkbelasting, vooral door de andere opzet van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Huisartsen hoeven daardoor tot 70% minder tijd te besteden aan deze diensten.

- **Deeltijdwerken**

In 1987 waren er veel meer mannelijke huisartsen dan vrouwelijke huisartsen en werkten vooral vrouwen in deeltijd. In 2001 waren er nog wel meer mannelijke huisartsen, maar werkten ook die veel meer in deeltijd. Michael van den Berg: "Dat huisartsen tegenwoordig minder werken dan vroeger wordt vaak ten onrechte toegeschreven aan

de feminisering van het beroep, want ook de jonge, mannelijke huisartsen werken vaak in deeltijd.”

- **Richtlijnen**

Van den Berg keek ook naar de invloed van de werkbelasting op de kwaliteit. Huisartsen werken volgens professionele richtlijnen. Echter, deze worden lang niet altijd gevolgd. Huisartsen blijken aanbevelingen die veel tijd kosten minder trouw te volgen dan aanbevelingen waarmee ze tijd kunnen besparen. De extra tijd die sommige richtlijnen vragen, blijkt zelfs de belangrijkste factor om een richtlijn niet te volgen.

- **Weinig artsen, veel patiënten**

Het onderzoek is gebaseerd op de Eerste en de Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, uit respectievelijk 1987 en 2001. Sinds die tijd is er veel veranderd in de huisartsenzorg. Wel heeft Nederland vergeleken met andere landen nog altijd zeer weinig huisartsen ten opzichte van het aantal patiënten. Michael van den Berg: “Dat wringt enigszins met het hedendaagse gezondheidszorgbeleid dat erop is gericht zorgaanbieders te laten concurreren op kwaliteit. De meeste huisartsen staan eerder voor de uitdaging hun werklast binnen de perken te houden, dan om patiënten aan te trekken.”

4.6 Huisartsen werken steeds meer samen met andere eerstelijnsdisciplines

De samenwerking in de eerste lijn neemt gestaag toe. Ruim de helft van de Nederlandse huisartsenpraktijken werkt met andere eerstelijnszorgverleners, zoals apothekers, fysiotherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, samen onder één dak. Tussen 2007 en 2009 is het aantal samenwerkingscontracten van huisartsen met andere eerstelijnszorgverleners met 5% toegenomen tot 43% en het aantal huisartsen dat met anderen onder één dak werkt met 8% tot 58%. Dit blijkt uit onderzoek dat is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van vws. Het ministerie wil de eerste lijn versterken zodat die zijn centrale rol in het Nederlandse zorgsysteem kan behouden. De achterliggende gedachte is dat samenwerking goed is voor de samenhang van de zorg en afstemming. De Monitor multidisciplinaire samenwerking verzamelt gegevens om bij te houden of er inderdaad meer samenwerkingsverbanden zijn gekomen binnen de eerste lijn.

Hansen, J.; Greuningen, M. van; Batenburg, R.S. *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie*. Utrecht: NIVEL, 2010. 101 p.

- ***Verschillen***

Onderzoeker Johan Hansen: “In 2007 zagen we al verschuivingen. Huisartsen waren vooral meer gaan samenwerken met apothekers, fysiotherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Deze trend heeft zich verder doorgezet. En deze samenwerking blijft in bijvoorbeeld achterstandswijken niet achter bij die in andere wijken. Ook zijn er regionale verschillen: in Groningen, Drenthe en Zuid-Limburg werken huisartsen het meest op één locatie met fysiotherapeuten en apothekers.”

- ***Patiëntgericht***

De samenwerking is vooral gericht op de zorg voor diabetes, COPD en astma, en hart- en vaatziekten. Hansen: “De samenwerking is wel patiëntgericht, maar meestal zijn patiënten of een patiëntenvereniging daar niet actief bij betrokken.” Als knelpunt in de samenwerking wordt de relatie met de zorgverzekeraar het meest genoemd. “We krijgen de indruk dat de financiering zoals geregeld door overheid en zorgverzekeraars wel insteekt op samenwerking, maar ook complex is en gefragmenteerd. Het zou daarom goed zijn als met de integrale bekostiging deze regels vereenvoudigd worden.”

- ***Samenwerkingscontract***

In 2007 bracht het NIVEL voor het eerst op landelijk niveau voor een groot aantal eerstelijnsdisciplines de samenwerking rond huisartsen in kaart. Het NIVEL keek naar verschillende eerstelijns hulpverleners op één adres, naar formele samenwerking die is vastgelegd in een contract, de presentatie van de samenwerking naar buiten toe, en of samenwerkingsverbanden worden gefinancierd door zorgverzekeraars. Voor het onderzoek werden alle Nederlandse huisartsenpraktijken aangeschreven, waarbij huisartsen online hun gegevens konden actualiseren. Ruim de helft reageerde. Het NIVEL wil de ontwikkelingen binnen de eerste lijn in de toekomst blijven volgen, om na te gaan of samenwerking zich op alle fronten doorzet en om specifieke barrières voor samenwerking vroegtijdig te ontdekken.

4.7 Hoe beviel de kraamzorg?

Voor de meting van de kwaliteit van de kraamzorg is een meetinstrument ontwikkeld. Kraamzorgorganisaties zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zich te verantwoorden over de kwaliteit van de geleverde zorg. Die kwaliteit wordt zichtbaar in

hun score op de kwaliteitsindicatoren Zichtbare Zorg Kraamzorg. De landelijke meting 2010 is begonnen.

- **Recente ontwikkelingen in de kraamzorg**

De afgelopen jaren is er veel gebeurd op de markt van kraamzorgaanbieders. Grote organisaties werden nog groter, kleine hadden moeite het hoofd boven water te houden. Fusies en faillissementen waren aan de orde van de dag. Personeelstekorten wisselden af met overschotten, met grote (regionale) verschillen in de inhoud en duur van de geleverde zorg als gevolg. Door invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP) in 2006 is daar verandering in gekomen. Met behulp van de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg Kraamzorg, inclusief de CQ-index Kraamzorg, kan nu ook beter inzicht gekregen worden in de kwaliteit van de geleverde zorg.

- **Ervaring met kraamzorg**

De ervaringen van cliënten met de geleverde kraamzorg zijn over het algemeen heel positief. Meer dan driekwart van de kraamvrouwen scoort hoog op kwaliteitsindicatoren als bejegening, informatie en communicatie, ervaren hygiëne, deskundigheid van de kraamverzorgende en bekendheid met het voorkomen van wiegendood. Het grootste belang wordt gehecht aan zaken als voldoende tijd besteden aan de baby, oplettend zijn bij eventuele problemen, zorgen voor hygiëne en serieus genomen worden. In deze ontwikkelingsfase werden weinig verschillen tussen kraamzorgaanbieders gevonden. De verschillen die naar voren kwamen betroffen de continuïteit van zorg en de organisatie van de zorg.

- **Culturele achtergrond**

De vragenlijsten voor de ontwikkeling van de CQ-index Kraamzorg zijn vooral ingevuld door autochtone kraamvrouwen (90%) en door opmerkelijk weinig mensen met een andere culturele achtergrond. Toch blijkt aandacht voor culturele diversiteit hoog in de lijst met verbetercores te staan. Van de kleine groep deelnemers met een andere achtergrond (10%) vulde ongeveer 80% in dat niet werd aangeboden om een tolk in te schakelen, terwijl dat wel op prijs werd gesteld. 50% van hen vond dat er te weinig begrip was voor taalproblemen.

Wagtendonk, I. van; Hoek, L. van der; Wiegers, T.
Ontwikkeling van een CQ-index voor de kraamzorg: ervaringen van kraamvrouwen. Utrecht: NIVEL, 2010. 108 p.

Wiegers, T.A.; Hukkelhoven, C.
The role of hospital midwives in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth: 10, 2010, nr. 80.

4.8 Gehandicaptenzorg: van richtlijnen moet je ook kunnen afwijken

Bekkema, N.; Veer, A.J.E. de; Francke, A.L. *Verantwoord richtlijngebruik door begeleiders in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL, 2010. 131 p.

Jong, J.D. de; Groenewegen, P.P.; Spreeuwenberg, P.; Schellevis, F.; Westert, G.P. *Do guidelines create uniformity in medical practice?* *Social Science & Medicine*: 70, 2010, nr. 2, p. 209-216.

Begeleiders in de gehandicaptenzorg willen richtlijnen zo veel mogelijk volgen, maar soms kan het juist wenselijk zijn ervan af te wijken. Instellingen zouden moeten zorgen voor de juiste kennis om richtlijnen te hanteren en een cultuur creëren waarin begeleiders eventuele afwijkingen van een richtlijn bespreken. Het NIVEL formuleert aanbevelingen hoe richtlijnen voor begeleiders kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg.

In de gehandicaptenzorg zijn de laatste jaren veel richtlijnen ontwikkeld om begeleiders te helpen goede zorg te geven. Begeleiders in de gehandicaptenzorg hebben een agogische óf verpleegkundige achtergrond. Hoe zij richtlijnen gebruiken is onduidelijk. Heeft een begeleider bijvoorbeeld wel de juiste kennis om medicatie toe te dienen? Heeft de organisatie daar een opleiding voor geboden? In samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland is onderzoek gedaan naar het verantwoord gebruik van richtlijnen en protocollen door begeleiders in de gehandicaptenzorg.

- **Verantwoord afwijken**

“De manier waarop richtlijnen gebruikt worden hangt ook af van het type richtlijn”, verklaart onderzoeker Anke de Veer. “In de gehandicaptenzorg bestaan naast medische ook veel agogische richtlijnen, bijvoorbeeld hoe je omgaat met gedragsproblemen. Daarin zit vaak meer ruimte voor een andere aanpak dan bij een richtlijn over bijvoorbeeld het geven van medicijnen. In het belang van een cliënt moet een begeleider namelijk ook verantwoord van zo’n agogische richtlijn kunnen afwijken. Als je heel star vasthoudt aan een richtlijn, kan dat ook schadelijk zijn voor een cliënt. Een open cultuur waarin afwijkingen veilig besproken worden is daarom belangrijk.”

“In interviews met begeleiders merkten we dat ze afwijken van de richtlijn vaak negatief beoordeelden, terwijl dat soms de beste optie is”, verduidelijkt ze. “Het is dus een taak van de organisatie ervoor te zorgen dat afwijkingen altijd worden besproken, als verantwoording en toets achteraf.” Ze pleit daarbij voor goede aansluiting van richtlijn en protocol op wat er werkelijk op de werkvloer gebeurt. “Geef de praktijk een stem bij het opstellen van de richtlijn en zorg dat de begeleiders zich ‘eigenaar’ van de richtlijn voelen.”

- **Vindbaarheid**

Bijkomende problemen bleken de vindbaarheid van de richtlijnen en de hoeveelheid richtlijnen. Begeleiders konden richtlijnen vaak niet vinden op intranet, omdat ze de juiste zoektermen niet konden bedenken en soms bestond er een overdaad aan richtlijnen. “Een wildgroei aan richtlijnen kan weerstand oproepen, terwijl een uitgekende beperkte set goed geïmplementeerde richtlijnen meer kans maakt op verantwoord gebruik.”

Voor het onderzoek is in de wetenschappelijke literatuur en op websites gezocht naar openbaar toegankelijke richtlijnen en protocollen voor begeleiders in de gehandicaptenzorg. Daarna zijn ruim honderd vragenlijsten afgenomen bij kwaliteitsfunctionarissen, zijn 43 begeleiders, kwaliteitsfunctionarissen en leidinggevend geïnterviewd en is er een expertmeeting georganiseerd.

4.9 Grote variatie in huisartsendichtheid per gemeente

Per gemeente bestaan er stevige verschillen in de verhouding tussen het aantal huisartsen en inwoners. Dit blijkt uit een update van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM), die voor alle gemeenten en postcodegebieden in Nederland naast de vraag naar eerstelijnszorg ook het aanbod aan huisartsen online in beeld brengt. De monitor is een initiatief van het NIVEL en de NPCF. Per 100 mensen die een beroep moeten doen op een huisarts blijkt er in sommige postcodegebieden de helft minder aanbod dan in andere. NIVEL-afdelingshoofd Dinny de Bakker: “We hebben een instrument gemaakt waarmee iedere GGD en gemeente kan kijken hoe lokaal de zorgvraag is en het aanbod aan eerstelijnszorg. Zodat ze beleid kunnen ontwikkelen om het bijvoorbeeld voor huisartsen aantrekkelijker te maken zich daar te vestigen.”

De Vraag Aanbod Analyse Monitor is door iedereen kosteloos te gebruiken en bereikbaar via www.nivel.nl/vaam

- **Afstemming en toekomst**

“Dankzij de VAAM kan het aanbod aan onder andere huisartsenzorg beter worden afgestemd op de lokale vraag”, zegt Frederik Vogelzang van de NPCF. Dat de VAAM voor het eerst ook het aanbod aan huisartsen voor alle gebieden in Nederland toont, is volgens het NIVEL en de NPCF van wezenlijk belang voor de discussie over de afstemming tussen aanbod en vraag op lokaal niveau. “We streven ernaar dat je als patiënt voldoende tijd en aandacht van je huisarts krijgt. Waar in Nederland je ook woont.”

“De VAAM toont niet alleen de verwachte vraag naar huisartsenzorg maar ook naar far-

maceutische zorg, fysiotherapie, eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, oefentherapie, diëtetiek, verloskunde, hulp en verpleging, en de vraag naar zorg voor specifieke aandoeningen zoals chronische ziektes en psychosociale problemen”, stelt Dinny de Bakker. “Bovendien biedt de VAAM op basis van demografische ontwikkelingen cijfers over de verwachte zorgvraag in 2014. Dat is informatie om rekening mee te houden bij het plannen van eerstelijnszorgvoorzieningen voor de toekomst.”

- ***Van gemeenten tot patiëntenorganisaties***

De monitor is met name bedoeld voor organisaties die zich bezighouden met de beschikbaarheid en bereikbaarheid van eerstelijnszorg op lokaal niveau zoals gemeenten, GGD'en, regionale ondersteuningsstructuren (ROS-en), grotere gezondheidscentra of koepels, verzekeraars en regionale patiënten- en consumentenorganisaties. Per gemeente of postcodegebied worden via tabellen en kaarten de demografische gegevens, de zorgvraag en het aanbod aan huisartsen in beeld gebracht. De gegevens over de bevolkingsomvang en -samenstelling zijn gebaseerd op de meest actuele gegevens van het Centraal Bureau voor Statistiek.

4.10 *Patiëntvriendelijker ziekenhuiszorg door specialisatie*

Vos, L. *Towards process-oriented care delivery in hospitals*.
Utrecht: NIVEL, 2010. 191 p.
Proefschrift Universiteit Maastricht.

Vos, L.; Dückers, M.L.A.;
Wagner, C.; Merode, G.G. van
Applying the quality improvement collaborative method to process redesign: a multiple case study. Implementation Science: 5, 2010, nr. 19.

Voor kortere wachttijden en betere coördinatie van zorg zouden ziekenhuizen hun zorg anders moeten organiseren. Daarvoor moet feitelijk de hele ziekenhuisstructuur op de schop, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL en Maastricht Universitair Medisch Centrum waarop Leti Vos promoveerde aan de Universiteit van Maastricht. Lange wachttijden voor een afspraak in het ziekenhuis en gebrekkige afstemming tussen zorgverleners zijn al jaren belangrijke verbeterpunten om de ziekenhuiszorg patiëntvriendelijker te maken. In haar proefschrift stelt Leti Vos, dat patiëntvriendelijk werken en kwalitatief goede en betaalbare zorg te realiseren zijn als ziekenhuizen overgaan van de traditionele organisatie in specialistische afdelingen naar een procesgerichte organisatie. Dit vraagt om specialisatie in een beperkt aantal aandoeningen.

- ***Zorgplicht***

Dat de stap van de functionele organisatie in specialistische afdelingen naar een procesgerichte organisatie van de ziekenhuiszorg zoveel voeten in de aarde heeft en moeizaam tot stand komt, wortelt in de wet- en regelgeving van de zorg. Een procesgerichte orga-

nisatie van ziekenhuiszorg vraagt om specialisatie in bepaalde patiëntengroepen met voldoende volume – waardoor medisch specialisten voldoende ervaring opdoen en het aantal complicaties en de ligduur verminderen. Tegelijkertijd is ieder ziekenhuis echter verplicht aan alle patiënten zorg te verlenen. Bovendien vraagt specialisatie in patiëntengroepen om een groter verzorgingsgebied, terwijl zorg beschikbaar moet zijn binnen redelijke afstand en tijd.

- ***Totale ziekenhuisstructuur***

Vanwege deze dilemma's hebben actieprogramma's zoals Sneller Beter zich waarschijnlijk tot nu toe beperkt tot het optimaliseren van specifieke zorgprocessen en niet ingezet op de verandering van de organisatie van een ziekenhuis als geheel. Maar om werkelijk van de aanbodgerichte zorg te veranderen naar meer vraaggerichte zorg zouden niet alleen zorgprocessen om moeten, maar eigenlijk de totale structuur van een ziekenhuis, stelt Leti Vos. "De manier waarop ziekenhuizen tot 2005 op prestaties werden afgerekend, hield feitelijk de bestaande aanbodgerichte functionele structuur in stand. De huidige, procesgerichte financiering in DBC's stimuleert waarschijnlijk wel de samenwerking tussen verschillende specialismen."

4.11 Lees ook bij zelfzorggeneesmiddelen wel de bijsluiter

Vrije verkoop van zelfzorggeneesmiddelen heeft onder meer paracetamol goedkoper gemaakt. Maar hoe veilig is de vrije verkoop van zelfzorggeneesmiddelen? En hoe zit het met de plicht tot verantwoorde zorg van drogist en apotheek? In 2007 is de Geneesmiddelenwet in werking getreden. Sindsdien zijn er drie categorieën zelfzorggeneesmiddelen. Algemeen verkrijgbare geneesmiddelen, die je ook bij het tankstation en de supermarkt kunt kopen, zoals paracetamol; de grotere verpakkingen en hogere doseringen ibuprofen en maagzuurremmers, die alleen bij apotheek en drogist verkrijgbaar zijn; en uitsluitend bij de apotheek verkrijgbare middelen, zoals het vermageringsmiddel orlistat. Drogist en apotheek hebben bovendien de plicht tot verantwoorde zorg bij zelfzorggeneesmiddelen gekregen. Deze twee wijzigingen in de wet stonden centraal in een evaluatieonderzoek dat is uitgevoerd door NIVEL en SIR, institute for pharmacy practice and policy, in opdracht van het ministerie van VWS. Belangrijke vragen waren of de nieuwe indeling heeft geleid tot veranderingen in gebruik en veiligheid, en hoe drogist en apotheek omgaan met de plicht tot verantwoorde zorg.

Dijk, L. van; Maat, M. van der; Salimans, R.; Bouvy, M. *De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van drogist en apotheek bij de verstrekking.* Utrecht: NIVEL, 2010. 110 p.

- **Paracetamol**

Sinds de nieuwe wetgeving is de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen sterk gestegen. Paracetamol groeide uit tot zelfzorggeneesmiddel nummer één. Supermarkten zijn paracetamol gaan verkopen en vooral drogisten verkopen veel paracetamol in grote verpakkingen van 50 tot 100 tabletten. Met de stijgende verkoop steeg ook het aantal paracetamolvergiftigingen. Een stijging die overigens al voor 2007 had ingezet. NIVEL-programmaleider Liset van Dijk: “Een directe relatie tussen de vrije verkoop van paracetamol en de toename van vergiftigingen hebben we niet kunnen aantonen. Ook de verpakkingsgrootte kan bijvoorbeeld een rol spelen. Daar is verder onderzoek voor nodig. Maar mensen moeten zich in ieder geval bewust worden van de risico’s. Ieder geneesmiddel heeft bijwerkingen. Ook paracetamol kan gevaarlijk zijn als je het niet goed gebruikt.”

- **Kassacheck**

In het tweede deel van de evaluatie is ingegaan op de invulling van de plicht tot verantwoorde zorg door drogist en apotheek bij middelen die in de vrije verkoop mogen. Een belangrijke toevoeging in de Geneesmiddelenwet bij deze plicht is, dat deze uitsluitend geldt als de consument daar behoefte aan heeft. Daarom is door de drogist bijvoorbeeld de ‘kassacheck’ ingevoerd. Bij de kassa vraagt de drogist of de consument behoefte heeft aan informatie over het geneesmiddel. Dit gebeurt in toenemende mate, maar nog lang niet altijd, zo bleek bij het tv-programma *Radar*. Uit onderzoek onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL blijkt, dat als consumenten om informatie vragen, zij die veelal ook krijgen en de informatie in meerderheid als betrouwbaar beoordelen, vooral de informatie van de apotheek.

- **Voldoende kennis**

Zelfzorggeneesmiddelen zijn veilig te gebruiken, maar hiervoor is wel voldoende kennis nodig. Mensen moeten weten hoe ze die middelen moeten gebruiken. De bijsluiter geeft die informatie; echter, een derde van de consumenten blijkt deze zelden of nooit te lezen. “Het lezen van de bijsluiter is natuurlijk ieders eigen verantwoordelijkheid, maar voor een aantal mensen zijn de bijsluiters ook moeilijk te begrijpen”, stelt Liset van Dijk. Consumenten blijken bovendien de mogelijke risico’s van zelfzorggeneesmiddelen niet altijd goed in te schatten, wat kan leiden tot verkeerd gebruik en niet alert zijn op bijwerkingen. Daarom ligt er volgens Van Dijk ook een verantwoordelijkheid bij drogist en apotheker om nog pro-actiever informatie te geven. “Het Centraal Bureau

Drogisterijen en de apothekersorganisatie KNMP stimuleren drogisten en apotheken al langer dit te doen. Maar dit gebeurt in de dagelijkse praktijk nog niet altijd. Daar kan nog wel wat verbeteren.”

- **Onderzoek**

Voor het onderzoek is een peiling gehouden binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Dit verzamelt informatie onder de algemene bevolking in Nederland over de meningen over de gezondheidszorg en de ervaringen hiermee. Het panel bestaat uit circa 3.000 personen van 18 jaar en ouder. De cijfermatige gegevens over gebruik en veiligheid zijn afkomstig van The Nielsen Company (gebruik) en het Nederlands Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) (veiligheid) en het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid.

4.12 *Haal de verpleegkundige terug in het verpleeghuis*

“Hoe dichterbij het sterven: hoe groter de kans dat de kwaliteit van zorg goed is”, stelt Anneke Francke, bijzonder hoogleraar ‘verpleging en verzorging in de laatste levensfase’ aan VU medisch centrum en programmaleider Verpleging en Verzorging bij het NIVEL, in haar oratie. De relatief goede kwaliteit van zorg in de stervensfase, baseert ze onder meer op een recente internationale vergelijking van veertig landen. Nederland eindigde in de top 10, samen met buurlanden Engeland, België en Duitsland. Volgens Francke stellen zorgverleners in de stervensfase hoge eisen aan de zorg. “Zij vinden dat juist in die fase de zorg nooit onder de maat mag zijn. Patiënten krijgen veel aandacht, een rustige kamer en naaste familie mag komen zo vaak zij wil. Dit hangt samen met professionele en persoonlijke visies op waardig sterven en goed afscheid nemen van het leven. Als de zorg in de allerlaatste fase goed verloopt, geeft dat heel veel voldoening bij de betrokken verpleegkundigen en verzorgenden.”

Francke, A. *De verzorgde laatste levensfase*. Utrecht: NIVEL, 2010. 21 p. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar “Verpleging en verzorging in de laatste levensfase”.

- **Werkdruk**

Opmerkelijk is dat zorgverleners de kwaliteit van zorg voor terminale patiënten veelal beter vinden dan de kwaliteit van zorg in het algemeen. “Bij kwetsbare ouderen bij wie het overlijden verder weg is, zijn de randvoorwaarden voor goede zorg vaak minder. Bijvoorbeeld door de werkdruk. In recent onderzoek van de NPCF geven verpleeg- en verzorgingshuisbewoners aan dat ze veel waardering hebben voor de inzet van het zorg-

personeel, maar ze signaleren dat er vaak geen tijd is voor een praatje.” Hoge werkdruk en onderbezetting leiden bovendien zelfs tot een meetbaar mindere kwaliteit van zorg. Francke refereert aan onderzoek van het NIVEL en het EMGO-instituut waaruit blijkt dat op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen met een lage personeelsbezetting significant meer bewoners pijn hebben dan op afdelingen met een hogere personeelsbezetting. Daarbij vertonen bewoners op afdelingen met een slechtere personeelsbezetting ook meer rusteloos gedrag.

- **Opleidingsniveau**

Daarnaast staat de kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen onder druk doordat er nauwelijks nog verpleegkundigen werken. En niet alleen dat: ook de verzorgenden zijn deels vervangen door lager opgeleide helpenden. “Hoe moeilijk het is om voor kwetsbare ouderen te zorgen, wordt onderschat. Ouderen, zoals mensen met dementie, hebben vaak allerlei bijkomende lichamelijke en psychische problemen.” Francke pleit voor meer waardering voor het personeel en voor terugkeer van de verpleegkundige in het verpleeg- en verzorgingshuis. “Het is belangrijk dat voor de directe zorg aan het bed in de ouderenzorg de verpleegkundige terugkomt. Niet om de verzorgenden te vervangen, maar om met hen samen te werken. Ook mag je van vooral de HBO-opgeleide verpleegkundigen verwachten dat ze inzichten uit onderzoek weten te vertalen naar de praktijk. De extra medewerkers die het regeerakkoord belooft, zullen de werkdruk verlichten, maar bieden nog geen waarborg voor een betere kwaliteit. Daarvoor is ook nodig dat die extra medewerkers de juiste deskundigheid en houding hebben.”

- **Kunst**

Een evenwichtige personeelsbezetting is belangrijk, maar niet alles bepalend voor goede zorg. Francke wijst erop dat voor patiënten warme, persoonlijke aandacht en een respectvolle bejegening heel belangrijk zijn. “Dit zijn zorgaspecten die ook samenhangen met de cultuur binnen een team, met het hart op de goede plaats hebben en met de waarden en houding van een zorgverlener. Dat raakt de kunst van verpleging en verzorging. Veel verpleegkundigen en verzorgenden verstaan die kunst. Ze werken niet voor niets in de zorg. Maar goede personele randvoorwaarden maken het wel makkelijker om die kunst goed te beoefenen.”

4.13 Vier van de tien patiënten gaan zonder verwijzing naar de fysiotherapeut

Steeds meer patiënten weten de fysiotherapeut te vinden zonder verwijzing. Fysiotherapeuten zijn sinds 2006 en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck sinds 2008 direct toegankelijk. In 2009 kwam 38% van de patiënten op eigen initiatief. In het eerste jaar na invoering was dat nog 21%. Bij de oefentherapeut Cesar/Mensendieck komt bijna een kwart zonder verwijzing, zo blijkt uit gegevens van de Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ).

Swinkels, I.C.S.; Kooijman, M.K.; Tol, J.; Veenhof, C. *Beschouwing jaarcijfers LIPZ 2009*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.

- **Verwijzing**

Ouderen gaan relatief weinig zonder verwijzing naar de fysiotherapeut en oefentherapeut. Het zijn vooral hoger opgeleiden, patiënten met kortdurende klachten en patiënten met lage rugklachten, nekklachten of schouderklachten. Gemiddeld krijgen zij bij de fysiotherapeut twee behandelingen minder vergeleken met patiënten met een verwijzing. Uit gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) blijkt dat sinds de directe toegang is ingevoerd het aantal patiënten dat naar de fysiotherapeut wordt verwezen daalde van 67 van de 1000 patiënten in 2005 naar 42 in 2009. Mogelijk wordt directe toegang ook ingevoerd voor andere paramedische beroepsgroepen, zoals de diëtist. In 2009 kwam al 17% van de patiënten op eigen initiatief naar de vrijgevestigde diëtist. Deze mag patiënten wettelijk echter pas behandelen na verwijzing door een arts.

- **LIPZ**

De zorg van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en vrijgevestigde diëtisten wordt al geruime tijd onderzocht binnen de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ) en gepubliceerd op www.nivel.nl/lipz. De LIPZ-cijfers bieden een scala aan gegevens, variërend van lichamelijke activiteit van patiënten voor en na diëtistische behandeling, aantal uren diëtistische zorg, gemiddelde leeftijd van de patiënten tot veel toegepaste verrichtingen van fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

4.14 APK bij de huisarts

Nielen, M.M.J.; Meer, V. van der; Schellevis, F.G. *Evaluatie pilot PreventieConsult CardioMetabool Risico*. Utrecht: NIVEL, 2010. 76 p.

Nielen, M.M.; Assendelft, W.J.; Drenthen, A.J.; Hombergh, P. van den; Dis, I. van; Schellevis, F.G. *Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: a Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners*. *European Journal of General Practice*: 16, 2010, nr. 3, p. 139-142.

In kranten en op websites adverteren commerciële bedrijven veelvuldig met gezondheidstesten en risicometingen. Huisartsen beschikken nu over een wetenschappelijk onderbouwd alternatief: het PreventieConsult. Hiermee zijn mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en stofwisselingsziekten zoals diabetes en nierschade, vroegtijdig op te sporen. Het PreventieConsult is haalbaar in de praktijk, zo blijkt uit onderzoek van NIVEL en LUMC dat is gesubsidieerd door ZonMw. De standaard voor het PreventieConsult is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), en de Nederlandse Hartstichting, het Diabetes Fonds, en Nierstichting Nederland.

- **Vroege ontdekking**

Hoe gaat het PreventieConsult volgens de NHG-standaard in zijn werk? Het PreventieConsult kent drie stappen en richt zich op gezonde mensen tussen de 45 en 70 jaar. Zij vullen op internet een korte risicovragenlijst in, waaruit blijkt of zij een verhoogd risico hebben op hart- en vaatziekten, diabetes of nierschade. Lijkt er een verhoogd risico te zijn, dan krijgen zij het advies de huisarts te consulteren die op basis van de uitkomsten van de vragenlijst een aantal geprotocolleerde testen afneemt en aanvraagt. Daarna volgt een tweede consult waarin het risico definitief wordt vastgesteld en de patiënt gerichte adviezen krijgt. Zo nodig wordt begonnen met behandeling. NIVEL-onderzoeker prof. Francois Schellevis: “Met het PreventieConsult wordt bij mensen suikerziekte, een hoog cholesterol, hoge bloeddruk, of een hoog risico daarop ontdekt dat anders pas later aan het licht zou komen en dus ook later behandeld zou kunnen worden. Huisartsen kunnen nu direct maatwerk leveren. Ze kunnen verwijzen naar leefstijlprogramma’s om bijvoorbeeld te stoppen met roken of meer te bewegen, of bloeddruk- of cholesterolverlagers voorschrijven.”

- **Onderzoek**

Het NIVEL en LUMC testten het PreventieConsult in 16 huisartspraktijken. 617 mensen vulden de risicovragenlijst in. Naar aanleiding hiervan kregen 392 (64%) mensen het advies naar de huisarts te gaan. Van de mensen die het advies kregen naar de huisarts te gaan, bleek twee derde hun huisarts niet te hebben bezocht. Uiteindelijk werden bij 20% van de 142 mensen die inderdaad naar de huisarts gingen een of meer ziekten vast-

gesteld. Bij twee patiënten diabetes, bij vijftien een hoge bloeddruk en bij vijftien een verhoogd cholesterolgehalte. Bij vier mensen werden twee aandoeningen vastgesteld. Het PreventieConsult komt in de loop van 2010 beschikbaar voor het publiek.

✦ **Orgaandonatie**

Remco Coppen

Dr. mr. Remco Coppen

Onderzoeker

Remco Coppen promoveerde in 2010 op onderzoek naar de effectiviteit van donorregistratiesystemen:

Waarom dit onderzoek?

“In de samenleving en bij de overheid leefde de vraag of wijziging van het donorregistratiesysteem in een systeem waarbij iedereen automatisch donor is, wel of niet meer donoren oplevert. We hebben een analyse gemaakt van het beleid in Nederland. En vervolgens hebben we dit beleid vergeleken met dat van andere landen.”

Hoe ging dat in zijn werk en wat kwam eruit?

“Als je corrigeert voor verschillen in aantallen verkeersdoden en herseninfarcten tussen landen blijkt dat het ene donorregistratiesysteem niet automatisch meer donoren oplevert dan het andere. Landen met meer donoren hebben bijvoorbeeld ook veel meer verkeersdoden, een belangrijke bron voor donororganen. Daarnaast hebben we gezocht naar trends in de tijd. Zo bleek dat landen waar het systeem is gewijzigd, hierna niet structureel meer donoren kregen. Op zich is het opmerkelijk dat twee verschillende systemen hetzelfde opleveren. Dit komt doordat in de praktijk nabestaanden overal een belangrijke rol spelen en daarmee het verschil wegvult. Dat nabestaanden een rol spelen en in grote mate orgaandonatie weigeren, geeft eigenlijk aan dat goede communicatie met nabestaanden een belangrijk middel is om tot meer donoren te kunnen komen. In Nederland zagen we ook dat aanvullende maatregelen zoals voorlichting en verbetering van het beleid in ziekenhuizen wel effect hadden.”

Wat hebben die onderzoeksresultaten opgeleverd?

“Mede op basis van ons onderzoek nam de minister het besluit het donorregistratiesysteem niet te veranderen, omdat het onzeker is dat veranderen van het systeem meer donoren oplevert. Ons onderzoek bood met name een instrumentele benadering van het beleidsonderwerp. Toch houdt het daarmee niet op. De discussie hoe je bij orgaan-donatie de solidariteit regelt, ligt nog helemaal open. Er staan 1300 mensen op de wachtlijst die een donor nodig hebben. En op ditzelfde moment heeft nog niet de helft van de bevolking geregistreerd of ze wel of geen donor willen zijn. Minder dan de helft van de bevolking heeft dus vastgelegd hoe zij over donatie denkt. Mensen op de wachtlijst voelen dit als een gebrek aan solidariteit met hun penibele situatie. Voor een overheid is het daarom ook belangrijk na te denken over haar visie op orgaan-donatie. Vindt de overheid orgaan-donatie een individuele keuze of een gemeenschappelijk belang?”

5 Structuur en sturing van zorg: een selectie van onderzoeksresultaten

5.1 *Afschaffen vergoeding geen reden om met slaappillen te stoppen*

Boheemen, C.A.M. van; Geffen, E.C.G. van; Reitsma-van Rooijen, M.; Heijmans, M.; Dijk, L. van *Afschaffen vergoeding benzodiazepines voor minderheid reden om te stoppen*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.

Noordman, J.; Dijk, L. van; Friele, R. *Patient organisations and the reimbursement process of medicines: an exploratory study in eight European countries*. BMC Health Services Research: 10, 2010, nr. 45.

Mensen die benzodiazepines gebruiken tegen slapeloosheid of angststoornissen moeten de middelen tegenwoordig zelf betalen. Bijna niemand noemt dit als reden om met de middelen te stoppen, ook al worden er inmiddels wel minder slaappillen gebruikt. Benzodiazepines zijn bedoeld om korte periodes van slapeloosheid of angststoornissen te overbruggen. Bij langdurig gebruik raken mensen eraan gewend en is de werking twijfelachtig, zo staat ook in de NHG-standaard 'Slaapproblemen en slaappillen'. Bovendien neemt door bijwerkingen zoals spierslacking, coördinatie- en concentratieproblemen en sufheid de kans op ongelukken in het verkeer of thuis toe. Ouderen vallen bijvoorbeeld vaker door benzodiazepine-gebruik en breken dan nogal eens hun heup.

• **Terugdringen**

Het ministerie van VWS besloot per 1 januari 2009 benzodiazepines niet meer te vergoeden, om chronisch gebruik te voorkomen en terug te dringen. In Nederland gebruiken veel mensen de middelen te lang, met kans op verslaving. Omdat de middelen niet bedoeld zijn voor chronisch gebruik, scheelt dit bovendien onnodige kosten. Het gebruik van benzodiazepines is in 2009 wel enigszins afgenomen: één op de tien chronische gebruikers is ermee gestopt. Maar de afschaffing van de vergoeding is slechts voor een kleine minderheid van de 'stoppers' de belangrijkste reden om de middelen niet meer te gebruiken, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL en de Universiteit Utrecht. NIVEL-programmaleider Liset van Dijk: "Dat het gebruik van benzodiazepines is afgenomen, komt wellicht doordat de afschaffing van de vergoeding mensen wel 'triggert' om hun gebruik te heroverwegen – hebben ze de middelen inderdaad nog wel nodig – al zien ze die maatregel niet als reden om te stoppen. Of dat ze hierover nog eens met hun arts gaan praten."

• **Niet meer nodig**

De onderzoekers vroegen de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL naar hun

benzodiazepine-gebruik. Van de algemene bevolking (Consumentenpanel) gebruikt 6% een benzodiazepine en van de chronisch zieken en gehandicapten 19%. Van de mensen die na aankondiging van de maatregel stopten, deed het merendeel dit omdat ze de middelen niet meer nodig hadden en een flink aantal op advies van de arts. Slechts 3% van de voormalig 'gebruikers' uit het Consumentenpanel en 14% uit het NPCG noemde de afschaffing van de vergoeding als reden om te stoppen. De helft van de huidige gebruikers vindt de eigen bijdrage van ongeveer 12 euro per maand redelijk, terwijl 42% de middelen te duur vindt.

5.2 Website voor systematisch leren van incidenten in de zorg

Om toekomstige incidenten te voorkomen moeten zorginstellingen kunnen leren van incidenten bij henzelf en anderen. Een nieuwe website biedt een leidraad, een stappenplan en checklist, om de processen zo te organiseren dat incidenten worden voorkomen. Met subsidie van ZonMw is door het NIVEL in samenwerking met het Trimbos instituut, UMC St Radboud IQ healthcare en EMGO+ van VU medisch centrum de website LIZ (Leren van Incidenten in de Zorg, www.nivel.nl/liz/) ontwikkeld. De website is bedoeld om ziekenhuizen, gehandicaptenzorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, geestelijke gezondheidszorginstellingen, huisartsenpraktijken, huisartsenposten en andere zorgverleners en -instellingen te ondersteunen bij het systematisch leren van incidenten op afdelingsniveau.

• *Dicht bij de werkvloer*

Op centrale commissies zoals de FONA-commissies (Fouten, Ongevallen en Near Accidents), MIP- (Meldingen Incidenten Patiënten) en MIC-commissies (Meldingen Incidenten Cliënten) kwam toenemende kritiek. Procedures waren te bureaucratisch, er kwam weinig feedback naar de melder, wat met meldingen werd gedaan bleef onduidelijk en er was vrees voor sancties. Inmiddels bestaat dan ook de overtuiging dat zorgorganisaties beter op decentraal niveau kunnen leren van incidenten, dat wil zeggen op afdelingsniveau, zo dicht mogelijk bij de werkvloer.

• *Hulpmiddelen*

Op de site zijn hulpmiddelen te vinden om het systematisch leren van incidenten een plaats te geven in een zorgorganisatie of verder te ontwikkelen. Afdelingshoofden,

Janssen J.C.J.A.; Dückers, M.L.A.; Frijters, D.H.M.; Kok, I.; Verstappen, W.; Wagner, C. *Systematisch Leren van Incidenten in de Zorg: een online handreiking voor zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers*. KIZ: Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg, (2010), nr. 1, p. 22-25.

Hoonhout, L.H.F.; Bruijine, M.C. de; Wagner, C.; Asscheman, H.; Wal, G. van der; Tulder, M.W. van *Nature, occurrence and consequences of medication-related adverse events during hospitalization: a retrospective chart review in the Netherlands*. Drug Safety: 33, 2010, nr. 10, p. 853-864.

onderzoekscommissies, huisartsen, teamleiders, managers, kwaliteitsmedewerkers en Raden van Bestuur kunnen hier gebruik van maken. De site biedt een ‘handreiking’ die bestaat uit:

- een leidraad stappenplan, met aangrijpingspunten voor de implementatie van het systematisch leren van incidenten binnen de zorgorganisatie. Deze leidraad maakt met vragen inzichtelijk welke van de procesonderdelen aanvullende aandacht verdient;
- het model, dat (achtergrond)informatie bevat over de procesonderdelen, gebaseerd op literatuur en praktijkervaringen;
- een checklist, bestaande uit veertien praktische aandachtspunten. Hiermee is te bepalen hoe ver een zorgorganisatie is met de toepassing van systematisch leren van incidenten.

5.3 *Nieuwe wetgeving leidt niet tot meer euthanasieverzoeken*

Alphen, J.E. van; Donker, G.A.; Marquet, R.L. *Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act*. *British Journal of General Practice*, vol. 60, (2010), nr. 573, p. 263-267.

Sinds de invoering van de euthanasiewet in Nederland is het aantal verzoeken om euthanasie niet toegenomen. Wel is het nu mogelijk de kwaliteit van de euthanasiepraktijk te toetsen, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het *British Journal of General Practice*. Nederland is in veel landen bekend vanwege de wettelijke regeling van euthanasie. Sinds de invoering in 2002 van de in 2001 aangenomen Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, in de volksmond euthanasiewet, is het aantal meldingen iets toegenomen. Het aantal verzoeken aan huisartsen om euthanasie echter niet, zo blijkt nu uit cijfers van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations. “Dit betekent dus dat er niet vaker euthanasie plaatsvindt”, stelt onderzoeker, huisarts en epidemioloog Gé Donker, “wel dat er meer wordt gemeld. En dat komt de kwaliteit ten goede. Zodat bijvoorbeeld de juiste middelen worden gebruikt in de juiste dosering.”

• **Zorgvuldig**

De aard van de euthanasieverzoeken – bijvoorbeeld vanwege pijn, of verlies van waardigheid – blijkt niet zo veel veranderd. Dat er geen ‘euthanasiehype’ is ontstaan, komt doordat de regeling met zoveel zorgvuldigheidscriteria is omgeven, volgens Donker. “Huisartsen kunnen goed aan de wet voldoen. Als je euthanasie bij wet goed regelt, kun je training in het omgaan met dit onderwerp opnemen in de huisartsenopleiding en nascholing. Verpleeghuizen en ziekenhuizen kunnen het implementeren in hun beleid.

Ze kunnen bijvoorbeeld op hun website zetten hoe ze met euthanasieverzoeken omgaan. Dit hoeft niet meer stiekem. Door de wet kunnen ze hier open over zijn. Patiënten kunnen dit meenemen in hun afweging wel of niet voor een bepaalde instelling te kiezen.”

Gé Donker is zelf ook huisarts: “Geen huisarts doet dit met plezier. Het blijft altijd heel moeilijk om euthanasie te verlenen en het is voor een huisarts emotioneel belastend. Je kiest voor het vak om optimale zorg te leveren en euthanasie kan daar onderdeel van uitmaken. Een huisarts verleent alleen euthanasie vanuit empathie voor de patiënt die daarom verzoekt.”

5.4 *Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief*

De Nederlandse gezondheidszorg is een middenmoter vergeleken met die van andere rijke landen, met gunstige uitschieters in patiëntveiligheid en de implementatie van innovaties, zo blijkt uit het Nederlandse *Health System in Transition*-rapport, dat voortgaand aan de werkconferentie Health Services Research in Europe is aangeboden aan het ministerie van vws.

- ***Vast stramien***

De Health System in Transition (HIT) serie wordt gemaakt door het European Observatory on Health Systems and Policies, een samenwerkingsverband tussen de Europese tak van de Wereldgezondheidsorganisatie en een aantal Europese landen en organisaties. De rapporten beschrijven de gezondheidszorgsystemen per land volgens een vast stramien. Daarbij komen onderwerpen aan de orde zoals de organisatie, financiering en verstrekking van gezondheidszorg, de rol van de belangrijkste partijen in het systeem, het institutionele raamwerk, alsmede processen, inhoud en implementatie van gezondheid en gezondheidszorgpolitiek. Ook worden de uitdagingen van de Nederlandse gezondheidszorg belicht. Het HIT-rapport over Nederland is voor de Wereldgezondheidsorganisatie gemaakt door het NIVEL in samenwerking met het RIVM, met subsidie van het ministerie van vws.

- ***Internationaal perspectief***

Het HIT-rapport beschrijft onder meer de werking van het nieuwe zorgstelsel, dat is gebaseerd op gereguleerde concurrentie. Hiermee wil de overheid de efficiency en kwa-

Schäfer, W.; Kroneman, M.; Boerma, W.; Berg, M. van den; Westert, G.; Devillé, W.; Ginneken, E. van *The Netherlands: health system review*. Kopenhagen: World Health Organization, 2010.

liteit verbeteren en de gezondheidszorg meer laten inspelen op de zorgbehoefte van patiënten. Nederland zit nog steeds in een overgangsfase. Er vinden nog steeds aanpassingen plaats en er zijn nog steeds overgangsmaatregelen van kracht. Het HIT-rapport is de eerste Engelstalige systeembeschrijving van de Nederlandse gezondheidszorg sinds de stelselwijziging in 2006. Internationaal wordt met belangstelling uitgezien naar hoe het systeem werkt en uitpakt in de praktijk.

- **Sterke eerste lijn**

Aan de andere kant spiegelt het rapport Nederland ook aan andere landen. Nederlanders betalen bijvoorbeeld nog relatief weinig aan gezondheidszorg: 8,9% van het bruto nationaal product. Onze buurlanden België en Duitsland geven meer uit aan gezondheidszorg, respectievelijk 10,4% en 10,6% van het bruto nationaal product. De keuze voor een sterke positie van de eerste lijn kan de komende jaren mogelijkheden bieden voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

5.5 **Integrale bekostiging dekt fractie zorg**

Dijk, C. van; Verheij, R.
Huisartsenzorg in cijfers: integrale bekostiging dekt fractie zorg. Huisarts en Wetenschap, vol. 53, (2010), nr. 6, p. 299.

Integrale bekostiging dekt een kleiner deel van de huisartsenzorg dan veelal wordt gedacht. Patiënten met diabetes, COPD en hartfalen komen veel vaker voor andere klachten bij de huisarts dan voor hun chronische aandoening, zo blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in *Huisarts & Wetenschap*. Integrale bekostiging houdt in dat de zorg voor bijvoorbeeld diabetes apart wordt gefinancierd en dat zorgverzekeraars een contract kunnen sluiten met groepen zorgaanbieders voor de zorgverlening. Eén zorgaanbieder wordt dan hoofdcontractant voor het totale zorgpakket voor de patiënt.

Voor de zorg voor diabetes mellitus of mensen met een risico op hart- en vaatziekten is de systematiek al ingevoerd, voor COPD en hartfalen gebeurt dit waarschijnlijk binnenkort. De meeste van deze patiënten worden in de huisartsenpraktijk behandeld en vaak is de huisarts de hoofdcontractant. Deze vorm van bekostiging moet de samenwerking tussen verschillende zorgverleners stimuleren waardoor chronisch zieken beter af zijn en de zorg goedkoper wordt.

- **Andere klachten**

Zorgverzekeraars zien dat ze hoge kosten maken voor bijvoorbeeld diabetespatiënten, waardoor het beeld is ontstaan dat de integrale bekostiging een groot deel van de eerstelijnszorg dekt. Maar uit onderzoek binnen het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg blijkt dat het merendeel van de consulten en visites van deze patiënten niet samenhangt met de chronische ziekte en daardoor niet onder de integrale bekostiging valt. Deze dekt slechts een klein deel van de huisartsenzorg.

Per 1000 mensen die zijn ingeschreven bij de huisarts hadden er in 2008 45 diabetes, 18 COPD en 9 hartfalen. Diabetes- en COPD-patiënten hadden in 2008 gemiddeld 9 keer contact met de huisarts, patiënten met hartfalen 12 keer, ten opzichte van 3,6 contacten voor de gemiddelde patiënt. Iets meer dan een kwart van deze contacten (37% bij diabetes, 18% bij COPD en 13% bij hartfalen) blijkt onder de integrale bekostiging te vallen. In totaal is dat 5% van alle contacten in de huisartsenpraktijk.

5.6 **Verplicht eigen risico drukt zorgkosten nauwelijks**

Het verplicht eigen risico in de zorgverzekering werkt niet zoals het is bedoeld. Het is ingevoerd om verzekerden bewuster te maken van de kosten van de zorg en deze zo te verminderen. Slechts 5% van de verzekerden zegt echter vanwege het eigen risico minder zorg te hebben gebruikt. En 3,4% ging vanwege het eigen risico minder naar de huisarts, terwijl bezoek aan de huisarts buiten het eigen risico valt. Dit blijkt uit onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg, dat is gesubsidieerd door het ministerie van vws. Bijna alle verzekerden weten van het bestaan van het verplichte eigen risico af, maar slechts iets meer dan de helft weet welke zorg daaronder valt.

Maat, M.J.P. van der; Jong, J.D.
de *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.* Utrecht: NIVEL, 2010. 58 p.

- **Verhoging verplicht eigen risico**

Programmaleider Judith de Jong: “Een hoger verplicht eigen risico kan ervoor zorgen dat verzekerden hun zorggebruik wél aanpassen. Dit kan echter ook betekenen dat ze géén gebruik maken van zorg als dat wél nodig is. Dat is ongewenst. Naarmate het verplicht eigen risico hoger wordt, belemmert dat meer verzekerden om noodzakelijke zorg te gebruiken. Bij een verplicht eigen risico van 155 tot en met 300 euro zegt bijna een derde van de verzekerden (30%) zich belemmerd te voelen om noodzakelijke zorg te gebruiken. Bij een verplicht eigen risico van 300 tot en met 550 euro loopt dit op tot iets meer dan de helft van de verzekerden (54%). Het uitstellen van noodzakelijke zorg kan uit-

eindelijk leiden tot hoge kosten. Bijvoorbeeld als een klacht die aanvankelijk goed door een huisarts te behandelen is, in een later stadium door een medisch specialist moet worden behandeld.”

- **Vrijwillig eigen risico**

Naast het verplichte eigen risico, kunnen verzekerden ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico om hun eigen zorgkosten te verminderen. Weinig verzekerden blijken hiervoor te kiezen (7%). Als belangrijkste redenen om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen noemen ze een aantrekkelijke premiekorting en het weinig gebruikmaken van zorg. De belangrijkste reden van verzekerden om niet voor een vrijwillig eigen risico te kiezen, is dat ze zich geen zorgen willen maken over zorgkosten. Daarnaast noemen ze als redenen daarvoor ook onvoldoende premiekorting en hoge medische kosten.

5.7 Nabestaande beslist bij orgaandonatie

Coppen, R. *Organ donation, policy and legislation: with special reference to the Dutch organ donation act*. Utrecht: NIVEL, 2010. 212 p. Proefschrift Universiteit van Tilburg.

Coppen, R.; Friele, R.D.; Gevers, J.K.M.; Zee, J. van der *Imagining the impact of different consent systems on organ donation: the decisions of next of kin*. *Death Studies*: 34, 2010, nr. 9, p. 835-847.

Verandering van het donorregistratiesysteem levert waarschijnlijk niet meer donororganen op. We kunnen ons beter richten op het oplossen van knelpunten in het donatieproces in de ziekenhuizen en het verlagen van het aantal weigeringen door nabestaanden, zo blijkt uit NIVEL-onderzoek waarop Remco Coppen promoveerde bij Tranzo aan de Universiteit van Tilburg.

In Nederland staan ongeveer 1300 mensen op de wachtlijst voor een donororgaan, maar er zijn niet meer dan zo'n 200 tot 220 donoren per jaar. Wel is er de laatste jaren een toename te zien van het aantal levende donoren, meestal familieleden. Er blijft echter een ernstig tekort aan donororganen. Wijziging van de wet op de Orgaandonatie of verandering van het registratiesysteem in een systeem waarbij iedereen automatisch donator is, biedt geen oplossing blijkt uit het onderzoek van Remco Coppen. “Het lijkt wel zo dat er in landen met een dergelijk beslissysteem veel meer donoren zijn, maar in die landen zijn bijvoorbeeld ook veel meer verkeersdoden. Na correctie voor het aantal verkeersdoden en beroertes, vallen die verschillen grotendeels weg. Dat wijziging van het systeem geen extra donoren oplevert, komt vooral doordat in deze landen ondanks de verschillende regelgeving de praktijk nauwelijks verschilt van de Nederlandse. In ieder land bespreken artsen met de nabestaanden of er orgaandonatie zal plaatsvinden: in de praktijk hebben nabestaanden vaak het laatste woord, ongeacht het gehanteerde systeem.”

- ***Intensief contact met nabestaanden***

Als je het aantal verkeersdoden en beroertes verrekent, zijn er alleen in Spanje en Oostenrijk structureel meer donoren dan in Nederland. Daar lijken nabestaanden vaker in te stemmen met donatie. In Oostenrijk komt dit waarschijnlijk doordat het daar heel gebruikelijk is om obductie te plegen – organen uit te nemen voor onderzoek. Ook dan blijft het lichaam niet intact, waardoor de stap naar donatie kleiner is dan in een cultuur als de Nederlandse. Spanje is wereldwijd bekend om zijn intensieve systeem en organisatie van donatie. Een belangrijk element dat het succes van het Spaanse donatiesysteem verklaart, is een heel intensief contact tussen artsen en de nabestaanden.

- ***Beslissing onder hoogspanning***

“Opmerkelijk is dat de Nederlandse bevolking wel positief staat tegenover orgaandonatie, maar dat nabestaanden als het erop aankomt toch vaak een donatieprocedure weigeren”, verklaart Coppen. “De gesprekken daarover vinden natuurlijk ook altijd plaats onder hele emotionele en stressvolle omstandigheden. Aan de ene kant is daarom voorlichting nodig om mensen tijdens hun leven na te laten denken over de donatievraag, waardoor ze zich bijvoorbeeld als donor laten registreren of er met hun naasten over spreken. Aan de andere kant is het ook belangrijk artsen beter voor te bereiden op het gesprek waarin ze de donatievraag moeten stellen en ze te leren hoe ze het best zo’n gesprek kunnen voeren. Maar er is nog weinig bekend over welke communicatiestijlen goed in de Nederlandse praktijk toepasbaar zijn. Ook weten we nog nauwelijks waarom mensen een donatieprocedure weigeren.”

“Dat een systeemverandering geen oplossing biedt, is natuurlijk een heel teleurstellende boodschap voor mensen die op de wachtlijst staan”, stelt Coppen. “Verandering naar een systeem waarin iedereen automatisch donor is zou bijvoorbeeld, ook al levert dit niet meer donororganen op, wel meer solidariteit uitstralen met de mensen die op de wachtlijst staan dan ons huidige systeem. Daarom is het begrijpelijk dat er nog steeds discussie is over het systeem.”

- ***Ziekenhuizen***

Het NIVEL bestudeert nu in samenwerking met het Erasmus MC en iBMG van de Erasmus Universiteit het proces van orgaandonatie in ziekenhuizen. “Er bestaan namelijk verschillen in het aantal donaties tussen vergelijkbare ziekenhuizen. Dit duidt erop dat daar nog mogelijkheden liggen om tot meer succesvolle donatieprocedures te komen”, betoogt Coppen. “We zoeken naar knelpunten in het donatieproces in de zie-

kenhuizen. Die zou je in ieder geval moeten aanpakken om de donatie voor betrokkenen niet moeilijker te maken dan nodig. Je wilt voorkomen dat door knelpunten in het proces orgaandonatieprocedures geen doorgang vinden.”

5.8 *Nog steeds onduidelijkheid over bijbetalen voor zorg*

Donselaar, C.G.; Boer, D. de; Hoek, L. van der; Booi, J.C.; Rademakers, J.; Hendriks, M.; Delnoij, D.M.J. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2010*. Utrecht: NIVEL, 2010. 94 p.

Hendriks, M.; Jong, J.D. de; Brink-Muinen, A. van den; Groenewegen, P.P. *The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people?* Health Expectations: 13, 2010, nr. 2, p. 195-207.

Verzekerden begrijpen informatie van de zorgverzekeraars steeds beter. Wel blijft er onduidelijkheid over bijbetalen voor zorg en blijven verzekerden het een probleem vinden als een behandeling wordt uitgesteld omdat de verzekeraar daar nog toestemming voor moet geven. Het NIVEL verzamelde in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg voor het zesde achtereenvolgende jaar informatie bij verzekerden over de kwaliteit van zorgverzekeraars en hun dienstverlening voor de website www.kiesBeter.nl van het RIVM. De website helpt consumenten bij het maken van keuzes in de zorg.

• **Bijbetalen**

Over het algemeen is de informatie van zorgverzekeraars verbeterd vinden verzekerden. Problematisch blijft de duidelijkheid vooraf over bijbetalen. Te veel mensen worden na behandeling onverwacht met een rekening geconfronteerd. “Wanneer je wel en niet moet bijbetalen, is de laatste twee jaar onduidelijker geworden”, stelt NIVEL-onderzoeker Dolf de Boer. “Mogelijk heeft dat te maken met de invoering van het eigen risico in 2008. Het zou me niet verbazen als mensen van tevoren niet weten of de zorg onder het eigen risico valt of niet.”

• **Uitstel van zorg**

Een ander veelgenoemd verbeterpunt blijft uitstel van zorg omdat patiënten moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar. “Dit betreft slechts weinig mensen, maar de mensen die dit overkomt hebben daar in de loop der jaren onverminderd veel problemen mee”, zegt De Boer. “Bovendien krijgen in de toekomst mogelijk meer mensen hiermee te maken. In het regeerakkoord staat dat de overheid de basisverzekering wil beperken, en dat voor behandelingen die afwijken van de richtlijnen toestemming nodig is van de verzekeraar. Het wordt dus nog belangrijker dat verzekeraars snel beslissen als patiënten op hun toestemming wachten.”

5.9 Oratie Cordula Wagner over patiëntveiligheid

Hoogleraar Patiëntveiligheid Cordula Wagner sprak in mei haar oratie uit over de paradox van innovatie en specialisatie. Zij staat een veiligere patiëntenzorg voor door stimulatie van individuele- en teamverantwoordelijkheid. In de afgelopen decennia zijn er in de zorg veel innovaties geweest en is het aantal specialismen sterk gegroeid. Positieve ontwikkelingen die helpen de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Toch krijgt jaarlijks ongeveer 5,7% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken met onbedoelde schade, waarvan een deel achteraf bezien mogelijk te voorkomen was geweest. Innovaties en specialisaties maken de zorg dus niet automatisch veilig voor patiënten, maar brengen juist ook nieuwe risico's met zich mee. De huidige aanpak is gericht op het invoeren van procedures, indicatoren en zorginhoudelijke verbeterprojecten op de werkvloer. Een noodzakelijke aanpak, maar er is meer nodig, zo stelde de nieuwe hoogleraar patiëntveiligheid aan VU medisch centrum Cordula Wagner. Wagner pleitte in haar redevoering voor betere patiëntveiligheid door meer samenwerking in teams, een op de patiënt gericht verantwoordelijkheidsgevoel en een sterk risicobewustzijn van zorgverleners.

• Cultuur

Wagner sprak vol lof over de vele activiteiten die de afgelopen jaren in ziekenhuizen en door zorgverleners zijn ontwikkeld. Maar ze gaf ook aan dat het invoeren van meer procedures, indicatoren en zorginhoudelijke verbeterprojecten niet genoeg is om de veiligheid voor patiënten echt te verbeteren. Meer aandacht is nodig voor de onderlinge communicatie tussen zorgverleners en met de patiënt. Elke individuele zorgverlener speelt een cruciale rol bij het bewaken en verbeteren van de patiëntveiligheid. Wagner pleitte dan ook voor een groter risicobewustzijn van de zorgverleners, zowel als individu en als team. Een 'klinische blik' die anticipeert op onveilige situaties voor de patiënt is volgens Wagner cruciaal. Zo'n kritische blik is niet te vatten in procedures en regels, maar moet onderdeel zijn van de cultuur van een organisatie. Een cultuur waarin open wordt gecommuniceerd en waarin de verantwoordelijkheid voor de patiënt door iedereen wordt gedeeld. Wagner zal zich binnen haar leerstoel hard maken voor meer onderzoek naar de balans tussen het aantal procedures, de publieke verantwoordingsdruk, en de individuele vrijheid in professioneel handelen in het belang van patiënten.

Wagner, C. Patiëntveiligheid. *De paradox van innovatie en specialisatie*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit, 2010. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid in de Gezondheidszorg.

Wagtendonk, I. van; Smits, M.; Merten, H.; Heetveld, M.J.; Wagner, C. *Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units*. *British Journal of Surgery*: 97, 2010, nr. 11, p. 1730-1740.

- **Leerstoel**

De leerstoel 'Patiëntveiligheid' is voortgekomen uit een in 2004 ontstane samenwerking tussen NIVEL, de afdeling Sociale Geneeskunde en het EMGO+ Instituut van VU medisch centrum. Gezamenlijk ondersteunen zij Safety 4 Patients, het onderzoekscentrum patiëntveiligheid. De leerstoel wordt gefinancierd door het NIVEL.

5.10 “Je kunt niet achter iedere zorgverlener een inspecteur zetten”

Kruikemeier, S.; Schäfer, W.L.A.;
Coppen, R.; Friele, R.D.
Evaluatie Gefaseerd Toezicht.
Utrecht: NIVEL, 2010. 199 p.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan niet iedere zorgverlener controleren. Ze moet het vooral in de gaten hebben als er iets mis dreigt te gaan. De laatste jaren is de inspectie zich hier steeds meer op gaan toeleggen, maar het kan nog steeds beter. “Je kunt niet achter iedere zorgverlener een inspecteur zetten”, stelt programmaleider, prof. Roland Friele. Terwijl er honderdduizenden mensen in de zorg werken is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een relatief kleine organisatie. De inspectie kan niet controleren of iedere zorgverlener zijn werk goed doet. Tegelijkertijd wil ze voorkomen dat ze pas uitrukt als het al is misgegaan. Daarom kijkt de inspectie vooral daar waar het risico het grootst is. Ze noemt dit ‘gefaseerd toezicht’. Dankzij deze vorm van toezicht heeft de inspectie beter in de gaten wat er speelt in de gezondheidszorg en kan ze ook beter verantwoorden hoe ze toezicht houdt. Maar, het kan nog steeds beter, zo blijkt uit de evaluatie die de inspectie heeft laten uitvoeren. Friele: “De inspectie kiest voor controle op de grootste risico’s. Die kunnen in personen zitten, maar ook in organisaties. Hoe je op tijd achter die risico’s komt, is nog een bijzonder lastige zaak. De instrumenten hiervoor blijken nog onvoldoende ontwikkeld.”

- **Geen alwetende inspectie**

“Zorgverleners zijn allereerst zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun zorg en zetten zich daar over het algemeen keihard voor in. We moeten dan ook niet willen dat de inspectie alles weet”, verduidelijkt Friele. “De inspectie heeft een bewakende functie. De inspectie is ervoor om daar waar het niet goed dreigt te gaan handelend op te treden. Daar is ze een eind in gekomen, maar ze is er nog niet. Toen de inspectie begon met het ontwikkelen van het gefaseerde toezicht, werkte zij in de ene regio totaal anders dan in de andere, in het ene ziekenhuis anders dan in het andere. De inspectie werkt nu in heel het land op dezelfde manier, zorgverleners weten daardoor waar ze aan toe zijn. Er is inmiddels veel verbeterd.”

- ***Kwaliteitssysteem***

Vanwege de eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners en zorginstellingen zoals ziekenhuizen, zou de inspectie zich meer moeten richten op de vraag hoe de bestuurders zorgen voor een veilige en kwalitatief goede zorg in hun instelling en op de vraag of dit toereikend is. Voldoet het systeem om de kwaliteit te bewaken? Is het erop gericht risico's te voorkomen en daar goed op te reageren? Friele: "Op de risico's van samenwerken is nog te weinig zicht. Daarnaast werkt deze vorm van toezicht niet bij individuele beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen. Daarvoor moet de inspectie nog andere methoden ontwikkelen. Die zijn tot op heden nog niet zo uit de verf gekomen."

- ***Onderzoeksmethode***

Het NIVEL onderzocht inspectiepraktijk en -beleid bij huisartsen, ziekenhuizen, de GGD en verpleeg- en verzorgingshuizen. Hiervoor zijn rapportages en beleidsdocumenten doorgenomen en zorgverleners en medewerkers van de inspectie geïnterviewd.

✦ **Patiëntveiligheid**

Cordula Wagner

Prof. dr. Cordula Wagner
*Programmaleider Kwaliteit
en organisatie in de cure en
care*

Afgelopen jaar voerden NIVEL en EMGO+ een tweede dossieronderzoek uit naar de patiëntveiligheid in de Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast is er een website ontwikkeld voor het systematisch Leren van Incidenten in de Zorg (LIZ), een hulpmiddel dat ziekenhuizen kunnen gebruiken om de patiëntveiligheid te verbeteren.

Cordula Wagner over patiëntveiligheidsonderzoek:

Waarom dit onderzoek?

“Na ons dossieronderzoek naar vermijdbare schade in ziekenhuizen uit 2007 was de doelstelling binnen vijf jaar de potentieel vermijdbare schade tot de helft terug te brengen. Voor het eerste onderzoek is gekeken naar dossiers uit 2004. We hebben nu een eerste tussenmeting gedaan met dossiers uit 2008 om te zien of de potentieel vermijdbare schade inderdaad al is verminderd.”

Hoe ging het onderzoek in zijn werk?

“We hebben 20 willekeurige ziekenhuizen geselecteerd. Van 100 overleden patiënten en 100 ontslagen patiënten per ziekenhuis zijn de dossiers doorgelopen. In een eerste ronde door speciaal getrainde verpleegkundigen en vervolgens door medisch specialisten. Zij letten speciaal op afwijkingen van protocollen, het optreden van complicaties enzovoort, om de aard, omvang en potentiële vermijdbaarheid van zorggerelateerde schade in kaart te brengen. Door deze cijfers naast die uit 2004 te leggen, kunnen we zien of deze al minder wordt.”

Wat heeft het opgeleverd?

“Opnieuw is de urgentie van het terugdringen van de vermijdbare schade bevestigd. De resultaten zijn niet veranderd, er is nog geen daling bewerkstelligd. Zowel in 2004 als in 2008 waren er naar schatting tussen de 1500 en 2000 potentieel vermijdbare ziekenhuisdoden. We hebben weliswaar aan het begin van het veiligheidsprogramma gemeten, maar de inspanningen tot dan toe blijken niet voldoende. We moeten dus nog veel nadrukkelijker op de veiligheidsprogramma’s inzetten. Met een ‘beetje implementatie’ komen we er niet. Je zal het veiligheidsprogramma ziekenhuisbreed moeten implementeren en heel intensief met veiligheid bezig moeten zijn om deze te verbeteren. Ziekenhuizen moeten zelf hun voortgang en resultaten gaan meten. Met een focus op het chirurgisch proces, een focus op samenwerken en communicatie, en we moeten hameren op een goede dossiervorming.”

6 Uitkomsten van zorg: een selectie van onderzoeksresultaten

6.1 'Meedoen' blijft lastig voor mensen met een beperking

Hoogen, P. van den; Cardol, M.; Spreewuvenberg, P.; Rijken, M. *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking in 2006-2008*. Participatiemonitor 2008. Utrecht: NIVEL, 2010. 70 p.

Ondanks de Wet Gelijke Behandeling en de Wet maatschappelijke ondersteuning doen mensen met een beperking in 2008 in grote lijnen nog net zo veel of weinig mee in de samenleving als in 2006. Met de introductie van de Wmo is veel in gang gezet om mensen meer te laten 'meedoen' in de maatschappij. De eerste jaren staken gemeenten veel energie in het regelen van de ondersteuning, bijvoorbeeld in de organisatie van de thuiszorg. Voor mensen met een beperking heeft de Wmo echter nog niet geleid tot een actievere participatie in de samenleving. Zij doen op de meeste gebieden nog steeds minder mee dan de algemene bevolking en het verschil is ook niet kleiner geworden, zo blijkt uit onderzoek dat is gesubsidieerd door het ministerie van vws. Ze hebben bijvoorbeeld nog steeds minder vaak werk en kunnen minder vaak gebruikmaken van het openbaar vervoer.

- **Positieve en negatieve ontwikkelingen**

Op deelgebieden zijn er wel veranderingen opgetreden, sommige in gunstige andere in ongunstige zin. Zo zijn mensen met een lichamelijke beperking de laatste jaren minder vrijwilligerswerk gaan doen. En mensen met een verstandelijke beperking blijken er minder vaak op uit te trekken dan in 2006, dit betreft vooral de ouderen. Het percentage dat dagelijks naar werk, familie, vrienden of een vereniging gaat is afgenomen van 85% in 2006 tot 76% in 2008. Ouderen, vanaf 65 jaar, met een verstandelijke beperking hebben bovendien minder vaak dagactiviteiten, doen minder vaak aan sport en zien minder vaak vrienden of bekenden dan 15-39 jarigen met een verstandelijke beperking. Mensen met een ernstige lichamelijke beperking zijn juist vaker mee gaan doen in de samenleving. In 2008 had 15% betaald werk, in 2006 was dat nog 9%. Ook het percentage dat maandelijks een uitgaansgelegenheid, culturele activiteit of attractiepark bezoekt is toegenomen, van 13% in 2006 tot 22% in 2008. Het is echter wel zo dat zij op alle gebieden nog minder meedoen dan mensen met een lichtere beperking.

- **Effecten goed in de gaten houden**

Complexe wetgeving heeft vaak tijd nodig om effect te hebben. Dat geldt ook voor de Wmo. Dat verklaart wellicht de afwezigheid van effecten voor de grote groep mensen met beperkingen. De ontwikkelingen die wel zichtbaar zijn gaan verschillende kanten op: gunstig en ongunstig. De Wmo is er uiteindelijk voor bedoeld dat mensen met een beperking actief mee kunnen doen aan de samenleving. De komende jaren moet zichtbaar worden of deze ambitie waargemaakt wordt.

6.2 **Minder operaties vanwege heupartrose met nieuwe fysiotherapie-behandeling**

Bij patiënten met heupartrose die door de fysiotherapeut zijn behandeld met gedragsgeoriënteerde oefentherapie (GRADIT), is het risico op een gewrichtsvervangende operatie drie keer zo laag als bij patiënten die zijn behandeld volgens de richtlijn. Dit blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL in het wetenschappelijke tijdschrift *Osteoarthritis and Cartilage*.

In Nederland hebben naar schatting zo'n 312.000 mensen knieartrose en 238.000 mensen heupartrose. Oefentherapie is effectief als behandeling op de korte termijn.

Patiënten hebben daardoor bijvoorbeeld minder pijn en beperkingen bij lopen of fietsen. Maar als de behandeling is afgelopen, neemt dat effect weer af doordat de meeste mensen met de oefeningen stoppen en terugvallen in een minder actieve levensstijl.

Om therapietrouw en een actievere levensstijl te stimuleren zodat het effect van de therapie langer behouden blijft, ontwikkelden de onderzoekers de zogenoemde GRADIT-behandeling. Deze is gebaseerd op de principes van Graded Activity en gericht op gedragsverandering.

- **GRADIT**

Bij GRADIT bekijken patiënten samen met de fysiotherapeut welke activiteiten ze het belangrijkste vinden, en bij welke ze het meeste last hebben. Vervolgens kiezen ze er drie uit, bijvoorbeeld lopen, fietsen en tuinieren, waarvan de intensiteit dan stapsgewijs wordt opgevoerd. Bijvoorbeeld elke dag een minuut meer wandelen, onafhankelijk van de hoeveelheid pijn. Daarnaast krijgen patiënten oefeningen om de spierkracht en gewrichtsmobiliteit te verbeteren. Ze krijgen een grote eigen verantwoordelijkheid, de fysiotherapeut treedt op als 'coach' die actief gedrag belooft met complimenten en aan-

Pisters, M.F.; Veenhof, C.; Schellevis, F.G.; Bakker, D.H. de; Dekker, J. *Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions*. *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 18, (2010), nr. 8, p. 1019-1026.

Pisters, M.F. *Exercise therapy in patients with osteoarthritis: long-term effectiveness and the role of exercise adherence*. Utrecht: NIVEL, 2010. 206 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

moedigingen en ongewenst gedrag, zoals richten op pijn en daarover klagen, probeert 'uit te doven' door het te negeren. Na afloop van de behandeling komen de patiënten nog vijf tot zeven keer terug bij de fysiotherapeut. De onderzoekers volgden vijf jaar lang twee groepen patiënten met artrose aan heup of knie. De ene groep kreeg de conventionele behandeling met oefentherapie volgens de richtlijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de andere groep de GRADIT-behandeling. Op verschillende momenten in die vijf jaar werden pijn en lichamelijk functioneren gemeten en is gekeken naar het aantal gewrichtsvervangende chirurgische ingrepen. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het Reumafonds.

- ***Minder pijn en beperkingen***

Op de lange termijn resulteren beide behandelingen in minder pijn en beperkingen in activiteiten, zowel bij mensen met heup- als knieartrose. Echter, bij mensen met heupartrose vermindert de GRADIT-behandeling op de korte en middellange termijn de pijn en beperkingen meer dan de behandeling volgens de richtlijn. Bovendien blijkt dat het risico op een gewrichtsvervangende operatie bij mensen met heupartrose die de GRADIT-behandeling krijgen bijna drie keer zo laag is. Onderzoeker Martijn Pisters: "Dit is een bijzonder resultaat. Het betekent dat een gericht oefenprogramma een gewrichtsvervangende operatie kan voorkomen, of in ieder geval kan uitstellen. Natuurlijk is hiernaar nog meer onderzoek nodig, want wij waren er niet primair op gericht verandering in het aantal operaties aan te tonen."

6.3 *Hardlopen als huiswerk*

Ooms, L.; Veenhof, C. *Meer bewegen met Start to Run*.
www.nivel.nl: NIVEL, 2010.

Het hardloopprogramma Start to Run lijkt een goede manier om de minder actieve Nederlander in beweging te krijgen. Deelnemers blijken na afloop van het programma meer te bewegen en ook op de lange termijn geeft 70% aan nog steeds hard te lopen. Tweemaal per jaar biedt de Atletiekunie op ruim 126 locaties het programma Start to Run aan. Het is gericht op beginnende hardlopers. Gedurende zes weken maken ze kennis met hardlopen. Ze lopen per week één keer onder begeleiding van een professionele coach en twee keer zelf als 'huiswerk'. Ze krijgen informatie over goede schoenen en voeding en na zes weken wordt het programma afgesloten met een testloop van drie tot vijf kilometer. Het programma wordt uitgevoerd binnen het Nationaal Actieplan Sport en Beweging, dat erop is gericht minder actieve Nederlanders meer te laten bewegen.

- **Fit**

Hardlopen is een intensieve activiteit. De positieve effecten van het programma zijn vooral terug te zien in het aantal mensen dat de fitnorm haalt van drie keer per week twintig minuten intensief bewegen, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL. Bovendien blijkt het programma geschikt om – vergeleken met de controlegroep – een relatief grote groep minder actieve mensen aan te trekken. Onderzoeker Linda Ooms: “Hardlopen is een laagdrempelige sport, die veel mensen makkelijk kunnen beoefenen. Het kost weinig tijd en geld. Een programma als Start to Run geeft mensen net dat zetje in de rug om samen in een groep op een plezierige manier te beginnen met sporten en bewegen, en daar ook mee door te gaan.”

- **Onderzoek**

Aan het onderzoek werkten 100 deelnemers aan Start to Run mee en een controlegroep van bijna 700 mensen uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Bij beide groepen is op twee meetmomenten bepaald hoeveel mensen voldoen aan de beweegnormen: bij aanvang van Start to Run en na een half jaar. Het onderzoek is gesubsidieerd door NOC*NSF.

6.4 Rapportcijfer zegt niet alles over kwaliteit ziekenhuis

De oordelen van patiënten over de kwaliteit van zorg worden vaak samengevat in een rapportcijfer op vergelijkingssites zoals bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl. Zo'n cijfer zegt niet alles. Zo word je in het ziekenhuis met het hoogste cijfer lang niet altijd het snelst geholpen. Dit blijkt uit een publicatie van onderzoekers van het NIVEL en het Centrum Klantervaring Zorg in het wetenschappelijke tijdschrift *Health Expectations*.

- **Verschillen**

Borstkankerpatiënten vinden vooral snelle hulp erg belangrijk. Bij kanker moet immers snel worden ingegrepen. Diabetespatiënten zijn daarentegen vooral geïnteresseerd in een goede regulatie van hun bloedsuikerspiegel. Er moeten regelmatige tests zijn, en goede begeleiding en informatie. Patiënten die een heup- of knieoperatie krijgen, willen vooral informatie over mogelijke risico's en complicaties. En hoe ze deze kunnen verminderen.

Boer, D. de; Delnoij, D.; Rademakers, J. *Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups*. *Health Expectations*, vol. 12, (2010), nr. 3, p. 285-297.

- **Cijfer en prioriteit**

De rapportcijfers die patiënten aan de kwaliteit van zorg geven, zijn echter lang niet altijd gebaseerd op wat patiënten belangrijk vinden. Dat is vooral zichtbaar bij patiënten met borstkanker. NIVEL-onderzoeker Dolf de Boer: “Borstkankerpatiënten willen vooral snel geholpen worden. Toch geven ze ook vaak een hoog rapportcijfer als ze niet snel zijn geholpen. Als de hulpverleners vriendelijk zijn bijvoorbeeld. Dat rapportcijfer zegt dus weinig over hoe snel je geholpen wordt. Patiënten die een ziekenhuis kiezen, moeten dus niet alleen op het rapportcijfer afgaan.” En daar zit ook nog een andere kant aan, stelt De Boer: “Het betekent ook dat een ziekenhuis dat een hoog cijfer krijgt, niet achterover kan leunen. Want er kunnen nog allerlei dingen zijn die voor verbetering vatbaar zijn.”

- **Methode**

Voor het onderzoek zijn de data van vijf ziektespecifieke Consumer Quality Index meetinstrumenten vergeleken: borstkanker, knie- en heupoperaties, diabetes, reumatoïde artritis en staar. Deze CQ-index meetinstrumenten vragen naar de ervaringen en prioriteiten van patiënten bij de zorg voor deze aandoeningen. Op allerlei terreinen binnen de gezondheidszorg worden momenteel CQ-index vragenlijsten ontwikkeld. Want kwaliteit van zorg betekent niet alleen dat de zorg voldoet aan regels en richtlijnen van de overheid of de beroepsgroepen, maar ook dat rekening wordt gehouden met de wensen en verwachtingen van patiënten, cliënten of hun vertegenwoordigers. Het gaat bij CQI-onderzoek niet zozeer om het meten van de tevredenheid, maar om wat cliënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg. De systematiek van de CQ-index is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, met subsidie van Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw.

6.5 Longziekte kost mensen hun baan

Houtum, L. van; Heijmans, M.
COPD en werk. www.nivel.nl:
NIVEL, 2010.

Drie van de vijf mensen met chronisch obstructieve longziekte werkt niet. In veel gevallen is hun longziekte hiervan de oorzaak, zo blijkt uit de Astma-/COPD-monitor. In Nederland hebben 320.000 mensen de diagnose chronisch obstructieve longziekte (COPD). Daarnaast zijn er nog eens zo'n 300.000 mensen met een zeer groot risico op de ziekte, zonder dat zij dit zelf weten. Van de mensen met COPD heeft in 2008 42% een

betaalde baan, terwijl van de beroepsbevolking 71% werkt, zo blijkt uit de Astma-/ COPD-monitor van het NIVEL die is uitgevoerd met subsidie van het Astma Fonds. Een meerderheid van de mensen met COPD tot 65 jaar heeft dus geen betaald werk (58%). Het overgrote deel (79%) heeft in het verleden echter wel werk gehad. Voor 70% waren gezondheidsproblemen de belangrijkste reden om met werken te stoppen.

- ***Arbeidsongeschikt***

Bijna alle werkende mensen met COPD geven aan problemen op het werk te hebben door hun mindere gezondheid. COPD is op dit moment de vijfde oorzaak van verzuim onder de Nederlandse werkzame bevolking. Bijna de helft van de mensen met COPD zonder werk is arbeidsongeschikt verklaard, van wie 80% volledig arbeidsongeschikt. Mensen met COPD willen graag werken, ook als ze nu geen betaalde baan hebben. 40% van alle werkloze mensen met COPD in de leeftijd tot 65 jaar vindt het jammer geen werk (meer) te hebben. Deelname aan het arbeidsproces is één van de belangrijkste manieren om betrokken te blijven bij het maatschappelijke leven. NIVEL-onderzoeker Monique Heijmans: “COPD verloopt progressief. Om uitval te voorkomen, moet je bij mensen met COPD dus extra alert zijn op klachten die het werken kunnen bemoeilijken.”

- ***Vroeg opsporen***

COPD is een ernstige longziekte, waarbij ademen steeds moeilijker wordt. De schade aan de longen is onherstelbaar en de longen gaan steeds verder achteruit. De trap oplopen voelt als het beklimmen van een berg. Dagelijkse dingen zoals aankleden of douchen kosten steeds meer inspanning. Mensen met COPD kunnen uiteindelijk afhankelijk worden van extra zuurstof en aan hun ziekte overlijden. Mensen van 40 jaar en ouder, die regelmatig hoesten en benauwd zijn behoren tot de risicogroep, vooral als zij roken of jarenlang hebben (mee)gerookt. “COPD moet je zo vroeg mogelijk opsporen”, stelt ook Astma Fonds directeur Michael Rutgers. “Mensen gaan nu vaak te laat naar de huisarts, omdat ze langzaam wennen aan hun klachten.”

6.6 *Internationaal onderzoek wijst op minder doorligwonden met nieuwe schapenvacht*

Een nieuwe analyse van gecombineerde gegevens van twee Australische onderzoeken en een Nederlands onderzoek levert sterk bewijs voor het gunstig effect van speciaal gepre-

Mistiaen, P.J.; Jolley, D.J.; McGowan, S.; Hickey, M.B.; Spreeuwenberg, P.; Francke, A.L. *A multilevel analysis of three randomised controlled trials of the Australian Medical Sheepskin in the prevention of sacral pressure ulcers*. Medical Journal of Australia, vol. 193, (2010), nr. 11/12, p. 638-641.

Mistiaen, P.; Achterberg, W.; Ament, A.; Halfens, R.; Huizinga, J.; Montgomery, K.; Post, H.; Spreeuwenberg, P.; Francke, A. *The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients: a prospective multi-centre randomised controlled trial* (ISRCTN17553857). Wound Repair and Regeneration, vol. 18, (2010), nr. 6, p. 572-579.

pareerde Australische medische schapenvachten op doorliggen. Onderzoekers van het NIVEL, EMGO-instituut en Australische instituten publiceerden dit onlangs in het *Medical Journal of Australia*. Bij patiënten die lange tijd in bed liggen, kunnen doorligwonden ontstaan op de plaatsen met grote druk. Doorliggen (decubitus) komt vooral in verpleeghuizen veel voor. De speciaal geprepareerde Australische medische schapenvacht helpt doorliggen voorkomen, zo bleek al eerder uit twee onderzoeken bij Australische ziekenhuispatiënten en één onderzoek bij Nederlandse verpleeghuispatiënten. De data en uitkomsten van deze drie onderzoeken zijn nu gecombineerd in een meta-analyse, waardoor het gunstige effect van deze schapenvachten op doorliggen nog duidelijker wordt. In de controlegroep kreeg 12,2% van de patiënten stuitdecubitus. In de groep patiënten die op een Australische medische schapenvacht lag was dit 5,4%.

- **Speciaal geprepareerd**

Traditionele natuurlijke schapenvachten zijn niet goed te wassen en geven problemen met de hygiëne, en synthetische schapenvachten verminderen de druk niet. De Australische Medische Schapenvacht is echter speciaal ontwikkeld om doorliggen tegen te gaan. De vacht kan meerdere malen op 80 graden worden gewassen terwijl deze zijn natuurlijke drukregulerende eigenschappen behoudt.

Aan de drie onderzoeken deden in totaal 1281 patiënten mee, verdeeld over 45 verpleegafdelingen van drie ziekenhuizen en acht verpleeghuizen. Patiënten werden vanaf opname tot ontslag óf 30 dagen gevolgd. Eén groep kreeg een Australische Medische Schapenvacht. De andere groep kreeg de gebruikelijke behandeling. De patiënten werden dagelijks gecontroleerd op stuitdecubitus.

6.7 **Potentieel vermijdbare schade bij ziekenhuispatiënten nog niet gedaald**

De potentieel vermijdbare schade in ziekenhuizen is tussen 2004 en 2008 nog niet gedaald. In 2008 kregen drie op de honderd ziekenhuispatiënten te maken met potentieel vermijdbare schade. Dit is schade die tijdens de behandeling is ontstaan en die mogelijk voorkomen had kunnen worden. Ziekenhuizen en medisch specialisten zijn wel steeds opener en kritischer over hun eigen functioneren. Dit blijkt uit het rapport 'Monitor Zorggerelateerde Schade 2008. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen' van het NIVEL en EMGO+. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het ministerie van VWS.

- ***Tweede meting***

Wereldwijd is Nederland tot nu toe het enige land dat een tweede meting heeft laten uitvoeren naar potentieel vermijdbare schade. Jaarlijks worden circa 1,3 miljoen mensen in het ziekenhuis opgenomen. Hiervan krijgt 2,9% te maken met schade tijdens de behandeling die mogelijk voorkomen had kunnen worden. Een klein deel van deze schade heeft te maken met het toepassen van medische technologie. De potentieel vermijdbare schade kan leiden tot tijdelijke of blijvende beperkingen, een verlengde opname of voortijdig overlijden. In 2004 zijn naar schatting 1735 patiënten mede door potentieel vermijdbare schade overleden. In 2008 ging het naar schatting om 1960 patiënten. Cordula Wagner, hoogleraar patiëntveiligheid aan VU medisch centrum en programmaleider bij het NIVEL: “Beide getallen liggen binnen dezelfde statistische onzekerheidsmarge, waardoor we niet kunnen spreken van een stijging. Maar, deze uitkomsten moeten natuurlijk wel reden zijn om nog intensiever aan de slag te gaan om potentieel vermijdbare schade, die voor patiënten grote gevolgen kan hebben, te voorkómen.”

- ***Waarom zijn de cijfers niet gedaald?***

Sinds 2004 is er toenemend aandacht voor het onderwerp patiëntveiligheid. Toch is er nog geen daling te zien in het aantal gevallen met potentieel vermijdbare schade. Een mogelijke verklaring is een toename in het aantal complexe patiënten en nieuwe technologische mogelijkheden. Deze brengen extra risico's met zich mee. Het is ook mogelijk dat artsen en verpleegkundigen steeds opener en kritischer kijken. Wagner licht toe: “Deze openheid is nodig om te kunnen leren en echte verbeteringen door te voeren. In de luchtvaart hebben wij jaren geleden ook gezien dat het aantal gemelde incidenten in eerste instantie is toegenomen en dat dit later heeft geleid tot veel verbeteringen. Aantoonbare veranderingen in de zorg zijn alleen te verwachten als verbeterprogramma's op brede schaal in ziekenhuizen worden geïmplementeerd.”

- ***Nieuwe meting over drie jaar***

Ten slotte blijft de vraag waarom de verbeteracties tussen 2004 en 2008 nog niet gewerkt hebben. Wagner nuanceert: “De verbeteracties uit die periode hebben wel op specifieke onderdelen in de zorg effect gehad: doorligwonden komen minder voor, net als ondervoeding en urineweginfecties. Pas sinds 2008 wordt er binnen het landelijke veiligheidsprogramma ‘Voorkom schade, werk veilig’ op veel grotere schaal en veel gericht aan veiligheid in de zorg gewerkt. De resultaten hiervan kunnen over drie jaar in de derde meting zichtbaar worden.”

Langelaan, M.; Baines, R.J.; Broekens, M.A.; Siemerink, K.M.; Steeg, L. van de; Asscheman, H.; Bruijne, M.C. de; Wagner, C. *Monitor Zorggerelateerde Schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: NIVEL, 2010. 120 p.

- ***Aanbevelingen***

Om potentieel vermijdbare schade te reduceren is het van belang extra en blijvend aandacht te besteden aan:

- de implementatie van het lopende veiligheidsprogramma;
- de risico's bij overdrachtsmomenten in de zorg;
- de samenwerking binnen multidisciplinaire teams;
- de veiligheid rondom het chirurgisch proces;
- een goede dossiervoering.

- ***Onderzoek***

Het onderzoek naar potentieel vermijdbare schade is mogelijk geweest doordat 20 ziekenhuizen volledige openheid van zaken hebben gegeven. In totaal zijn 4.023 dossiers van patiënten uit 2008 beoordeeld en geanalyseerd.

7 Verspreiding van NIVEL kennis en expertise

Externe lidmaatschappen, commissies, redacties

Prof. Dr. D.H. de Bakker

- Bijzonder hoogleraar Structuur en organisatie van de eerstelijnszorg, Universiteit Tilburg
- Voorzitter Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging ministerie van vws
- Lid subcommissie Screening en preventieve interventie van ZonMw programma Preventie
- Lid Programmacommissie Spoedzorg ZonMw
- Lid adviescommissie Zorggegevens RIVM

Dr. R. Batenburg

- Universitair hoofddocent Organisatie en Informatie Departement Informatica, Faculteit Betawetenschappen, Universiteit Utrecht
- Voorzitter Redactie Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken
- Member Editorial Board International Journal of Organizational Design and Engineering
- Member Editorial Board International Journal of Electronic Health Care
- Associate Editor for the American Conference on Information Systems (4-7 December 2011, Detroit, USA)
- Associate Editor for the International Conference on Information Systems (December 4-7, 2011, Shanghai, China)
- Co-chair at the Bled E-Conference (June 20-23, 2010, Bled, Slovenia)

Prof. Dr. J.M. Bensing

- Hoogleraar Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht
- Honorary Research Fellow NIVEL
- Lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW)
- Lid Hollandsche Maatschappij van Wetenschappen
- Lid Gezondheidsraad (lid Praesidium)
- Vice-voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)
- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Erasmus Universiteit Rotterdam

- Vice-voorzitter Raad van Toezicht Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Lid Raad van Toezicht TNO
- Lid Raad van Toezicht Consumentenbond
- Lid Raad van Toezicht voor het regieorgaan Nationaal Initiatief Hersenen & Cognitie (NIHC)
- Vice-voorzitter Bestuur Utrechts Universiteitsfonds
- Lid Bestuur Onderzoeksschool Psychology and Health (P&H)
- Lid Bestuur American Academy for Communication in Health Care
- Lid Nederlands-Vlaamse Accreditatiecommissie (NVAO), researchmasters gedragswetenschappen
- Lid brede kadercommissie 'Preventie' ZonMw
- Voorzitter Deelprogramma 3, Screening en Preventieve interventies (ZonMw Preventieprogramma)
- Lid Advisory Board, 2008-2014, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI)
- Lid Adviescommissie Preventie en Patiëntenonderstuning, KWF
- Lid beoordelingscommissie RAAK Pro, Stichting Kennis Ontwikkeling HBO (SKO)
- Lid werkgroep Conferences & Visiting Professors Programma, KNAW
- Lid werkgroep 'Gezondheidsonderzoek Hogescholen', RGO
- Lid klankbordgroep Zevende kaderprogramma (KP7), thema 'Health'
- Lid klankbordgroep Achtste kaderprogramma (KP8), thema 'Health'
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (swvg), België
- Lid Research Committee EACH (European Association for Communication in Health Care)
- Lid Wetenschappelijke Commissie AACH-conferentie in Miami
- Lid Wetenschappelijke Commissie EACH-conferentie in Verona
- Lid International Expert Evaluation Committee van het Institute of Communication & Health (ICH), Lugano, Switzerland
- Jurylid Jozien Bensing Young Researcher Award EACH
- Jurylid George Engel Research Award
- Lid jury studenten scriptieprijs, 2008, Universiteit Utrecht
- Jurylid Societal Impact Award (Vrije Universiteit Amsterdam)
- Lid adviesraad 'Patient Education and Counseling'
- Lid editorial board Journal of Communication in Health Care
- Lid redactie The Open Health Services and Policy Journal

- Lid Internationale visitatiecommissie EMGO+ (onderzoeksinstituut Vrije Universiteit)
- STIVORO – ambassadeur

Dr. W.G.W. Boerma

- Lid Association Latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS)
- Lid European General Practice Research Workshop (onderdeel European Society for General Practice/ Family Society)

Prof. Dr. W.L.J.M. Devillé

- Bijzonder hoogleraar UVA Faculteit Mens- en Gedragwetenschappen; PHAROS Leerstoel 'Vluchtelingen en Gezondheid'
- Voorzitter EUPHA Section on migrant Health en lid wetenschappelijke commissie EUPHA conferentie
- Co-voorzitter Scientific Committee 4th Conference on Migrant and Ethnic Minority Health in Europe (Milan 2012)
- Vice-voorzitter Managementteam HOME network (Health of Migrants in Europe)
- Voorzitter Expertbijeenkomsten 'Allochtonen en Kanker' KWF Kankerbestrijding
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Majda Lamkaddem (vervolgonderzoek migranten en asielzoekers UVA)
- Lid projectcommissie en wetenschappelijke adviesraad NPO project 'De kwetsbare oudere van allochtone herkomst op de juiste weg naar voorzieningen voor zorg en welzijn: een probleemanalyse' (AMC, UVA)
- Lid expertgroep wetenschap project 'Leeflijn seksuele ontwikkelingen -9 maand tot 99 jaar' (Rutgers-Nisso)
- Lid Expertadviesgroep Agis Zorgverzekeringen
- Lid adviesraad Equator Foundation
- Lid Academische Werkplaats 'Migratie en gezondheid' (PHAROS)
- Lid redactie Medische Antropologie
- Co-editor 'Migration and Health' (European Observatory on Health Systems and Policies)

Dr. G. A. Donker

- Lid commissie vrouw en huisartsgeneeskunde NHG
- Lid Wetenschappelijke beoordelingscommissie Stichting Stoffels-Hornstra
- Lid wetenschappelijke commissie Registratie Netwerk Groningen (RNG)

- Lid expertgroep Gezondheidsonderzoek na rampen, CGOR, RIVM
- Programmacommissie ZonMW Q-koorts
- Reviewer WHO wekelijkse griepbulletins
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Eburn Abarshi (levenseinde-onderzoek VU)
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Susanne Claessen (palliatieve zorg onderzoek VU)

Dr. Ir. L. van Dijk

- Lid Landelijke Taakgroep Goed Medicijngebruik
- Lid Werkgroep Prescriptieterugkoppeling DGV
- Lid WHO International Collaborative Center Pharmapolicy
- Lid lokale organisatiecommissie ESPACOMP-congres 2011
- Lid organisatiecommissie 3e Nationale Therapieconferentie
- Voorzitter EUPHA-sectie 'Utilization of medicines'

Dr. A.M. van Dulmen

- Bestuurslid EACH (European Association for Communication in Healthcare)
- Scientific Committee EACH conferences Basel 2006; Oslo 2008; Verona 2010
- Scientific and Planning Committee International Conferences on Communication in Healthcare (AACH, USA): Chicago 2005; Charleston 2007; Miami 2009; Chicago 2011
- Lid International Network for Person-centered Medicine INPCM
- Voorzitter NPK werkgroep 'Deskundigheidsbevordering psychosociale oncologische zorg' 2010
- Lid Wetenschappelijke Programma Commissie NHG congres 2011
- Editorial Board member Patient Education & Counseling
- Editorial Board member International Journal of Person-Centered Medicine (IJPCM)

Prof. Dr. A.L. Francke

- Bijzonder hoogleraar 'Verpleging en Verzorging in de Laatste Levensfase' bij de afdeling Sociale Geneeskunde EMGO+/VUmc
- Voorzitter van de stuurgroep 'Richtlijn Verpleegkundige Verslaglegging', een project van V&VN (voorheen LEVV)
- Lid jury Johanna Diepenveen-Speekenbrinkprijs, Jeltje de Bosch-Kemper Stichting
- Lid werkgroep 'Kanker in de eerste lijn' van de Signaleringscommissie Kanker van het KWF
- Lid van werkgroep van CBOG over ontwikkelingen ten aanzien van beroepen en deskun-

digheidsbevordering in de ouderenzorg

- Lid van adviesgroep voor de herziening van het leerboek Ouderenzorg van Boom Lemma
- Lid van adviesgroep voor inrichting studie Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht
- Lid Rho Chi Utrecht, chapter van Sigma Theta Tau international
- Lid redactieraad Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift

Prof Dr. Ir. R.D. Friele

- Bijzonder hoogleraar Sociaal wetenschappelijke aspecten van wet- en regelgeving in de zorg, Universiteit Tilburg
- Klankbordgroep evaluatie Thematisch Toezicht IGZ, iBMG
- Directeurenoverleg Kennis Beter Delen
- Lid raad van advies 'The red rail'
- Lid begeleidingscommissie Onderzoek opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen

Prof. Dr. P.P. Groenewegen

- Hoogleraar 'Sociale en ruimtelijke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg' aan de Universiteit Utrecht
- Lid Gezondheidsraad
- Lid Beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg Gezondheidsraad
- Lid vws Kenniskamer
- Lid commissie Toponderzoek ZonMW
- Lid subcommissie Implementatie van het programma Doelmatigheid, ZonMW
- Voorzitter Commissie Praktijk Diseasemanagement Chronische Ziekte, ZonMw
- Lid Executive Committee European Forum for Primary Care
- Redactielid BMC Health Services Research
- Redactielid Quality in Primary Care
- Redactielid Journal of Health Services Research and Policy
- Norwegian Research Council (lid panel GZO 2009 en 2010)
- Lid Raad van Toezicht METS Center
- Lid Wetenschappelijke Adviesraad Centrum Klantervaring Zorg
- Lid Wetenschappelijke Adviescommissie VTV
- Lid Wetenschappelijke Adviescommissie Zorgbalans
- Lid Stuurgroep Academische Onderzoekswerkplaats Zorgverzekeraars

Dr. M.J.W.M. Heijmans

- Lid adviesgroep Revisie medische consumptie POLS, CBS
- Lid Expert Group 'Adaptation to chronic illness', onderzoeksschool Psychology & Health
- Lid Werkgroep Psychosociaal Onderzoek bij Nierpatiënten (PON)
- Adviseur panel Psychisch Gezien, Trimbos Instituut

Dr. M. Hendriks

- Secretaris van de Wetenschappelijke Advies Raad CKZ (tot februari 2010)
- Lid projectgroep Zichtbare Zorg ggz/vz voor ontwikkeling CQ-index voor geestelijke gezondheidszorg (tot februari 2010)
- Lid Wetenschappelijke Ontwikkel Groep CKZ
- Lid begeleidingscommissie onderzoek 'Het gebruik van Consumer Quality Index informatie voor cliënten van de ambulante geestelijke gezondheidszorg' van het Trimbos-instituut
- Lid kleine projectgroep Stichting Miletus, samenwerkingsverband zorgverzekeraars

Dr. Ir. M. Hooiveld

- Coördinatie rubriek Huisartsenzorg in Cijfers, Huisarts & Wetenschap (vanaf oktober 2009)

Dr. C.J. IJzermans

- Expertgroep gezondheidsonderzoek na rampen (CGM-CGOR/RIVM), 2004 – 2009, vice-voorzitter
- Lid project Archipel: voorbereiding ZonMw programma Psychotrauma
- Lid Cie Advisering CGM/RIVM aan Openbaar bestuur na rampen en milieu-incidenten
- Lid Cie de Grave (ingesteld door B&W en Raad Zoetermeer) over gezondheidsgevolgen van uitstoot ethyleenoxide door bedrijf Sterigenics (maart-juni 2010)
- Voorzitter Klankbordgroep bij onderzoek nav gezondheidsgevolgen van uitstoot ethyleenoxide door bedrijf Sterigenics (vanaf juni 2010)
- Lid Cie Mans (ingesteld door Provinciale Staten Zeeland) over gezondheidsgevolgen uitstoot door bedrijf Thermophos in Vlissingen (dec 2010 – feb. 2011)

Dr. J. D. de Jong

- Lid redactie Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen
- Lid redactie BMC Health Services Research
- President EUPHA sectie Health Services Research

Dr. Ir. J.C. Korevaar

- Lid Landelijk Overleg Huisartsen Registraties
- Lid wetenschappelijke commissie CMR Peilstations
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Dedan Opondo (Assessing the quality of care for the elderly in general practice – AMC, UVA)
- Lid begeleidingscommissie promotietraject Moniek Twisk (Impact of Prenatal Genetic Screening in IVF treatment – AMC, UVA)

Dr. M. Maaike Langelaan

- Advisor LINNEUS; Learning from international networks about errors and understanding safety in primary care

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

- Lid Commissie Regelgeving Onderzoek (COREON) van de FMWV - VVE
- Lid klankbordgroep Healthy Inclusion, Verwey Jonker instituut
- Lid klankbordgroep ‘Goed patiëntschap’, Universiteit Groningen
- Lid Alliantie Gezondheidsvaardigheden
- Lid begeleidingscommissie Psychosociale gevolgen van abortus, Universiteit Utrecht
- Lid External Faculty Graduate School University of Maine
- Lid Editorial Board Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology
- Associate editor BMC Health Services Research

Dr. P.M. Rijken

- Lid wetenschappelijke adviesraad Centrum voor Beroepsontwikkeling in de Langdurige Zorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Coördinator Expert Group ‘Adaptation to chronic illness’, Psychology and Health
- Lid Diabetes Expert Netwerk, Nederlandse Diabetes Federatie
- Lid Werkgroep Psychosociaal Onderzoek bij Nierpatiënten (PON)

Prof. Dr. F.G. Schellevis

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

Dr. H.J.M. Sixma

- Lid Wetenschappelijke ontwikkelgroep CKZ/Miletus
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Angela van Baalen (onderzoeksproject 'kwaliteit van zorg bij mensen met dementie', Universiteit Tilburg)

Dr. C. Veenhof

- Lid redactie Jaarboek fysiotherapie/kinesitherapie
- Lid van Erkenningscommissie (jeugd) Interventie, deelcommissie 4 Gezondheidsbevordering en preventie voor volwassenen en ouderen
- Lid van werkgroep zelfmanagement reumatische aandoeningen
- Lid van begeleidingscommissie van het onderzoek "Kwaliteits en Doelmatigheidsbevordering door 'Pay for Performance' bij eerstelijns fysiotherapie"
- Lid van Platform Monitoren Sportblessures
- Lid landelijke werkgroep Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek bij Reumatische Aandoeningen (SWORA)

Dr. A.J.E. de Veer

- Lid AGORA werkgroep palliatieve zorg in de verstandelijk gehandicaptensector
- lid klankbordgroep HARING-project, IQ Healthcare
- lid Stakeholdersgroep RN4Cast, IQ Healthcare

Prof. Dr. P.F.M. Verhaak

- Section editor BMC Family Practice
- Lid Editorial Board Patient Education and Counseling
- Redactie Het Psychiatrisch Formularium
- Bestuurslid Algemeen Bestuur NESDA (Nederlandse Studie naar Depressie en Angst)

Dr. R.A. Verheij

- Lid Landelijk Overleg Huisartsen Registraties
- Lid vereniging voor eHealth; commissie onderzoek
- Lid expertgroep landelijke soa & hiv surveillance (RIVM)

Prof. Dr. C. Wagner

- Hoogleraar Patiëntveiligheid in de Gezondheidszorg, VU medisch centrum, Amsterdam
- Lid 'Community of Practice', ZonMW
- Lid Bestuurscommissie kwaliteit en veiligheid, VenVN
- Lid ESQH; European Society of Quality in Healthcare
- Lid Raad van Toezicht Kennemer Gasthuis

Dr. T.A. Wieggers

- Bestuurslid European Perinatal School
- Lid International Collaborative Research Group ESMEE
- Lid projectgroep Deliver-studie, AVAG/EMGO+/NIVEL
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Marlies Rijnders (TNO) (interventies in eerstelijns verloskundige zorg)
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Agatha Boerleider (NIVEL) (gebruik verloskundige zorg door migranten)
- Lid Begeleidingscommissie promotietraject Carien Baas (VSP) (continuïteit van zorg in de verloskunde)

8 Publicaties

8.1 Internationale artikelen

- Abarshi, E., Echteld, M.A., Block, L. van den, Donker, G., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. The oldest old and GP end-of-life care in the Dutch community: a nationwide study. *Age and Ageing*: 39, 2010, nr. 6, p. 716-722
- Abarshi, E., Echteld, M., Block, L. van den, Donker, G., Deliens, L., Onwuteaka-Philipsen, B. Transitions between care settings at the end of life in the Netherlands: results from a nationwide study. *Palliative Medicine*: 24, 2010, nr. 2, p. 166-174
- Alphen, J.E. van, Donker, G.A., Marquet, R.L. Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. *British Journal of General Practice*: 60, 2010, nr. 573, p. 263-267
- Batenburg, R., Koopman, G. The conditional benefits of early user involvement at employee self-service applications in four Dutch ministries. *International Journal of Business Information Systems*: 5, 2010, nr. 2, p. 162-174
- Beek, A.P.A. van, Gerritsen, D.L. The relationship between organizational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*: 47, 2010, nr. 10, p. 1274-1282
- Beljouw, I. van, Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Bensing, J. Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders. *Psychiatric Services*: 61, 2010, nr. 3, p. 250-257
- Beljouw, I.M.J. van, Verhaak, P.F.M., Cuijpers, P., Marwijk, H.W.J. van, Penninx, B.W.J.H. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry*: 86, 2010, nr. 10
- Bensing, J.M., Verheul, W., Jansen, J., Langewitz, W. Looking for trouble: the added value of sequence analysis in finding evidence for the role of physicians in patients' disclosure of cues and concerns. *Medical Care*: 48, 2010, nr. 7, p. 583-588
- Bensing, J.M., Verheul, W. The silent healer: the role of communication in placebo effects. *Patient Education and Counseling*: 80, 2010, nr. 3, p. 293-299
- Berkelmans, P.G.J., Berendsen, A.J., Verhaak, P.F.M., Meer, K. van der Characteristics of general practice care: what do senior citizens value? A qualitative study. *BMC Geriatrics*: 10, 2010, nr. 80
- Boer, D. de, Delnoij, D., Rademakers, J. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expectations*: 12, 2010, nr. 3, p. 285-297
- Botje, D., Zoer, I., Ruitenburg, M.M., Frings-Dresen, H.W., Sluiter, J.K. On-site observations of physical work demands of train conductors and service electricians in the Netherlands. *Ergonomics*: 53, 2010, nr. 8, p. 1016-1023
- Broek, I.V.F. van den, Verheij, R.A., Dijk, C. van, Koedijk, F.D.H., Sande, M.A.B. van der, Bergen, J.E.A.M. van Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 39
- Brug, J., Dale, D. van, Lanting, L., Kremers, S., Veenhof, C., Leurs, M., Yperen, T. van, Kok, G. Towards evidence-based, quality-controlled health promotion: the Dutch recognition system for health promotion interventions. *Health Education Research*: 25, 2010, nr. 6, p. 1100-1106
- Brugman, M., Caron, S.L., Rademakers, J. Emerging adoles-

- cent sexuality: a comparison of American and Dutch college women's experiences. *International Journal of Sexual Health*: 22, 2010, nr. 1, p. 32-46
- Cohn, D.M., Goddijn, M., Middeldorp, S., Korevaar, J.C., Dawood, F., Farquharson, R.G. Recurrent miscarriage and antiphospholipid antibodies: prognosis of subsequent pregnancy. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*: 8, 2010, nr. 10, p. 2208-2213
 - Coppen, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M., Zee, J. van der Imagining the impact of different consent systems on organ donation: the decisions of next of kin. *Death Studies*: 34, 2010, nr. 9, p. 835-847
 - Coppen, R., Friele, R.D., Zee, J. van der, Gevers, S.K. The potential of legislation on organ donation to increase the supply of donor organs. *Health Policy*: 98, 2010, nr. 2-3, p. 164-170
 - Coppen, R., Friele, R.D., Gevers, S.K.M., Zee, J. van der Donor education campaigns since the introduction of the Dutch Organ Donation Act: increased cohesion between campaigns has paid off. *Transplant International*: 23, 2010, nr. 12, p. 1239-1246
 - Creavin, S.T., Dunn, K.M., Mallen, C.D., Nijrolder, I., Windt, D.A.W.M. van der Co-occurrence and associations of pain and fatigue in a community sample of Dutch adults. *European Journal of Pain*: 14, 2010, nr. 3, p. 327-334
 - Crone, M.R., Bekkema, N., Wiefferink, C.H., Reijneveld, S.A. Professional identification of psychosocial problems among children from ethnic minority groups: room for improvement. *Journal of Pediatrics*: 156, 2010, nr. 2, p. 277-284
 - Damman, O.C., Hengel, Y.K.A. van den, Loon, A.J.M. van, Rademakers, J. An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis. *Journal of Medical Internet Research*: 12, 2010, nr. 2
 - Delnoij, D., Rademakers, J., Groenewegen, P. The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 88
 - Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., Hansen, J., Velden, L. van der, Nijpels, G., Groenewegen, P.P., Bakker, D.H. de Primary care nurses: effects on secondary care referrals for diabetes? *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 230
 - Dijk, G.M. van, Veenhof, C., Spreeuwenberg, P., Coene, N., Burger, B.J., Schaardenburg, D.J. van, Ende, C.H.M. van den, Lankhorst, G.J., Dekker, J. Prognosis of limitations in activities in osteoarthritis of the hip or knee: a 3-year cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*: 91, 2010, nr. 1, p. 58-66
 - Dulmen, S. van, Groot, J. de, Koster, D., Heiligers, P. Why seek complementary medicine? An observational study in homeopathic, acupuncture and naturopathic medical practices. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*: 7, 2010, nr. 1
 - Dulmen, S. van Moving forward to improve medication adherence (editorial). *Patient Education and Counseling*: 81, 2010, nr. 2, p. 145-146
 - Fassaert, T., Nielen, M., Verheij, R., Verhoeff, A., Dekker, J., Beekman, A., Wit, M. de Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General Hospital Psychiatry*: 32, 2010, nr. 4, p. 368-376
 - Frenkel, W.N., Born, B.J.H. van den, Munster, B.C. van, Korevaar, J.C., Levi, M., Rooijen, S.E. de The association between serum sodium levels at time of admission and mortality and morbidity in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*: 58, 2010, nr. 11, p. 2227-2228
 - Gardarsdottir, H., Egberts, T.C.G., Dijk, L. van, Heerdink, E.R. Seasonal patterns of initiating antidepressant therapy in general practice in the Netherlands during 2002-2007. *Journal of Affective Disorders*: 122, 2010, nr. 3, p. 208-212
 - Gorter, K.J., Tuytel, G.H., Leeuw, J.R.J. de, Bijl, J.J. van der, Bensing, J.M., Rutten, G.E.H.M. Preferences and opinions of

- patients with type 2 diabetes on education and self-care: a cross-sectional survey. *Diabetic Medicine*: 27, 2010, nr. 1, p. 85-91
- Graaff, F.M. de, Francke, A.L., Muijsenbergh, M.E.T.C. van den, Geest, S. van der 'Palliative care': a contradiction in terms? A qualitative study among cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers. *BMC Palliative Care*: 9, 2010, nr. 19
 - Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O.A., Thompson, A., Bruneau, C., Suñol, R. DUQuE Research Project. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 281
 - Hall, A. The drugs don't work? (interview with Liset van Dijk). *Public Service Review: Science and Technology*: 2010, nr. 7, p. 216-217
 - Heijer, C.D.J. den, Donker, G.A., Maes, J., Stobberingh, E.E. Antibiotic susceptibility of unselected uropathogenic *Escherichia coli* from female Dutch general practice patients: a comparison of two surveys with a 5 year interval. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*: 65, 2010, nr. 10, p. 2128-2133
 - Heiligers, P.J.M., Groot, J. de, Koster, D., Dulmen, S. van Diagnoses and visit length in complementary and mainstream medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine*: 10, 2010, nr. 3
 - Hendriks, M., Jong, J.D. de, Brink-Muinen, A. van den, Groenewegen, P.P. The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expectations*: 13, 2010, nr. 2, p. 195-207
 - Hendriks, M., Sixma, H., Rademakers, J. Do patient experiences indeed reveal differences between practices more effectively than patient satisfaction? *British Medical Journal*: 341, 2010 (rapid response)
 - Hoonhout, L.H.F., Bruijne, M.C. de, Wagner, C., Asscheman, H., Wal, G. van der, Tulder, M.W. van Nature, occurrence and consequences of medication-related adverse events during hospitalization: a retrospective chart review in the Netherlands. *Drug Safety*: 33, 2010, nr. 10, p. 853-864
 - Jansen, D.L., Rijken, M., Heijmans, M., Boeschoten, E.W. Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: the importance of illness and treatment perceptions. *Psychology & Health*: 25, 2010, nr. 6, p. 733-749
 - Jansen, D.L., Grootendorst, D.C., Rijken, M., Heijmans, M., Kaptein, A.A., Boeschoten, E.W., Dekker, F.W. PrePARE-2 Study Group. Pre-dialysis Patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*: 11, 2010, nr. 35
 - Jansen, J., Weert, J.C.M. van, Groot, J. de, Dulmen, S. van, Heeren, T.J., Bensing, J.M. Emotional and informational patient cues: the impact of nurses' responses on recall. *Patient Education and Counseling*: 79, 2010, nr. 2, p. 218-224
 - Jansen, J., Weert, J.C.M. van, Wijngaards-de Meij, L., Dulmen, S. van, Heeren, T.J., Bensing, J.M. The role of companions in aiding older cancer patients to recall medical information. *Psycho-Oncology*: 19, 2010, nr. 2, p. 170-179
 - Jansma, J.D., Wagner, C., Bijnen, B. Residents' intentions and actions after patient safety education. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 350
 - Jansma, J.D., Zwart, D.L.M., Leistikow, I.P., Kalkman, C.J., Wagner, C., Bijnen, A.B. Do specialty registrars change their attitudes, intentions and behaviour towards reporting incidents following a patient safety course? *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 100
 - Jellema, P., Schellevis, F.G., Windt, D.A.W.M. van der, Kneepkens, C.M.F., Horst, H.E. van der Lactose malabsorption and intolerance: a systematic review on the diagnostic

- value of gastrointestinal symptoms and self-reported milk intolerance. *QJM-An International Journal of Medicine*: 103, 2010, nr. 8, p. 555-572
- Joling, K.J., Hout, H.P.J. van, Schellevis, F.G., Horst, H.E. van der, Scheltens, P., Marwijk, H.W.J. van Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: a naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*: 18, 2010, nr. 2, p. 146-153
 - Jong, J.D. de, Groenewegen, P.P., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F., Westert, G.P. Do guidelines create uniformity in medical practice? *Social Science & Medicine*: 70, 2010, nr. 2, p. 209-216
 - Jonghe, A. de, Korevaar, J.C., Munster, B.C. van, Rooij, S.E. de Effectiveness of melatonin treatment on circadian rhythm disturbances in dementia: are there implications for delirium? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*: 25, 2010, nr. 12, p. 1201-1208
 - Koeijers, J.J., Verbon, A., Kessels, A.G.H., Bartelds, A., Donker, G., Nys, S., Stobberingh, E.E. Urinary tract infection in male general practice patients: uropathogens and antibiotic susceptibility. *Urology*: 76, 2010, nr. 2, p. 336-340
 - Kok, M. de, Weijden, T. van der, Kessels, A.G.H., Dirksen, C.D., Sixma, H.J.M., Velde, C.J.H. van de, Roukema, J.A., Finaly-Marais, C., Ent, F.W.C. van der, Meyenfeldt, M.F. von Patients' opinions on quality of care before and after implementation of a short stay programme following breast cancer surgery. *Breast*: 19, 2010, nr. 5, p. 404-409
 - Kok, M. de, Sixma, H.J.M., Weijden, T. van der, Kessels, A.G.H., Dirksen, C.D., Spijkers, K.F., Velde, C.J. van de, Roukema, J.A., Ent, F.W. van der, Finaly-Marais, C., Meyenfeldt, M.F. von A patient-centred instrument for assessment of quality of breast cancer care: results of a pilot questionnaire. *Quality & Safety in Health Care*: 19, 2010, nr. 6, p. e40
 - Korteweg, H.A., Bokhoven, I. van, Yzermans, C.J., Grievink, L. Rapid health and needs assessment after disasters: a systematic review. *BMC Public Health*: 10, 2010, nr. 295
 - Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A., Zee, J. van der, Groenewegen, P.P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 65
 - Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlick, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 81
 - Kroneman, M., Verheij, R., Tacken, M., Zee, J. van der Urban-rural health differences: primary care data and self reported data render different results. *Health and Place*: 16, 2010, nr. 5, p. 893-902
 - Krul, M., Wouden, J.C. van der, Schellevis, F.G., Suijlekom-Smit, L.W.A., Koes, B.W. Acute non-traumatic hip pathology in children: incidence and presentation in family practice. *Family Practice*: 27, 2010, nr. 2, p. 166-170
 - Krul, M., Wouden, J.C. van der, Schellevis, F.G., Suijlekom-Smit, L.W.A. van, Koes, B.W. Nursemaid's elbow: its diagnostic clues and preferred means of reduction. *Journal of Family Practice*: 59, 2010, nr. 1, p. E5-E7
 - Labhardt, N.D., Aboa, S.M., Manga, E., Bensing, J.M., Langewitz, W. Bridging the gap: how traditional healers interact with their patients. A comparative study in Cameroon. *Tropical Medicine and International Health*: 15, 2010, nr. 9, p. 1099-1108
 - Maarsingh, O.R., Dros, J., Schellevis, F.G., Weert, H.C. van, Bindels, P.J., Horst, H.E. van der Dizziness reported by elderly patients in family practice: prevalence, incidence, and clinical characteristics. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 2
 - Maarsingh, O.R., Dros, J., Schellevis, F.G., Weert, H.C. van, Windt, D.A. van der, Riet, G. ter, Horst, H.E. van der Causes

- of persistent dizziness in elderly patients in primary care. *Annals of Family Medicine*: 8, 2010, nr. 3, p. 196-205
- Maas, J., Berg, A. van den, Verheij, R.A., Groenewegen, P.P. Green space as a buffer between stressful life events and health. *Social Science & Medicine*: 70, 2010, nr. 8, p. 1203-1210
 - Meerhoff, T.J., Houben, M.L., Coenjaerts, F.E.J., Kimpen, J.L.L., Hofland, R.W., Schellevis, F., Bont, L.J. Detection of multiple respiratory pathogens during primary respiratory infection: nasal swab versus nasopharyngeal aspirate using real-time polymerase chain reaction. *European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*: 29, 2010, nr. 4, p. 365-371
 - Meulenkamp, T.M., Gevers, S.K., Bovenberg, J.A., Koppelman, G.H., Hylckama Vlieg, A. van, Smets, E.M.A. Communication of biobanks' research results: what do (potential) participants want? *American Journal of Medical Genetics: Part A*: 152A, 2010, nr. 10, p. 2482-2492
 - Mistiaen, P., Halm-Walters, M. van Prevention and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: a systematic review. *BMC Nursing*: 9, 2010, nr. 12
 - Mistiaen, P., Ament, A., Francke, A.L., Achterberg, W., Halfens, R., Huizinga, J., Post, H. An economic appraisal of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of sacral pressure ulcers from a nursing home perspective. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 226
 - Mistiaen, P., Achterberg, W., Ament, A., Halfens, R., Huizinga, J., Montgomery, K., Post, H., Spreeuwenberg, P., Francke, A. The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients: a prospective multi-centre randomised controlled trial (ISRCTN17553857). *Wound Repair and Regeneration*: 18, 2010, nr. 6, p. 572-579
 - Mistiaen, P.J., Jolley, D.J., McGowan, S., Hickey, M.B., Spreeuwenberg, P., Francke, A.L. A multilevel analysis of three randomised controlled trials of the Australian Medical Sheepskin in the prevention of sacral pressure ulcers. *Medical Journal of Australia*: 193, 2010, nr. 11/12, p. 638-641
 - Munster, B.C. van, Bisschop, P.H., Zwinderman, A.H., Korevaar, J.C., Endert, E., Wiersinga, W.J., Oosten, H.E. van, Goslings, J.C., Rooij, S.E. de Cortisol, interleukins and S100B in delirium in the elderly. *Brain and Cognition*: 74, 2010, nr. 1, p. 18-23
 - Nielen, M.M., Assendelft, W.J., Drenthen, A.J., Hombergh, P. van den, Dis, I. van, Schellevis, F.G. Primary prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: a Dutch survey of attitudes and working methods of general practitioners. *European Journal of General Practice*: 16, 2010, nr. 3, p. 139-142
 - Nieuwenhuizen, R.C. van, Dijk, N. van, Breda, F.G. van, Scheffer, A.C., Korevaar, J.C., Cammen, T.J. van der, Lips, P., Goslings, J.C., Rooij, S.E. de. CAREFALL Assessing the prevalence of modifiable risk factors in older patients visiting an ED due to a fall using the CAREFALL Triage Instrument. *American Journal of Emergency Medicine*: 28, 2010, nr. 9, p. 994-1001
 - Nijrolder, I., Windt, D.A.W.M. van der, Twisk, J.W., Horst, H.E. van der Fatigue in primary care: longitudinal associations with pain. *Pain*: 150, 2010, nr. 2, p. 351-357
 - Noordman, J., Dijk, L. van, Friele, R. Patient organisations and the reimbursement process of medicines: an exploratory study in eight European countries. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 45
 - Noordman, J., Verhaak, P., Dulmen, S. van Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 87
 - Noordman, J., Verhaak, P., Beljouw, I. van, Dulmen, S. van Consulting room computers and their effect on general practitioner-patient communication. *Family Practice*: 27, 2010, nr. 6, p. 644-651

- Oud, M.J.T., Schuling, J., Groenier, K.H., Verhaak, P.F.M., Slooff, C.J., Dekker, J.H., Meyboom-de Jong, B. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 92
- Paget, W.J., Balderston, C., Casas, I., Donker, G., Edelman, L., Fleming, D., Larrauri, A., Meijer, A., Puzelli, S., Rizzo, C., Simonsen, L. Assessing the burden of paediatric influenza in Europe: the European Paediatric Influenza Assessment (EPIA) project. *European Journal of Pediatrics*: 169, 2010, nr. 8, p. 997-1008
- Peeters, J.M., Beek, A.P.A. van, Meerveld, J.H.C.M., Spreeuwenberg, P.M.M., Francke, A.L. Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BMC Nursing*: 9, 2010, nr. 9
- Peters, M.J., Visman, I., Nielen, M.M.J., Dillen, N. van, Verheij, R.A., Horst-Bruinsma, I.E. van der, Dijkmans, B.A., Nurmohamed, M.T. Ankylosing spondylitis: a risk factor for myocardial infarction? *Annals of the Rheumatic Diseases*: 69, 2010, nr. 3, p. 579-581
- Pisters, M.F., Veenhof, C., Schellevis, F., Twisk, J.W.R., Dekker, J., Bakker, D.H. de Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: a cluster-randomised trial. *Journal of Physiotherapy*: 56, 2010, nr. 1, p. 41-47
- Pisters, M.F., Veenhof, C., Schellevis, F.G., Bakker, D.H. de, Dekker, J. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions. *Osteoarthritis and Cartilage*: 18, 2010, nr. 8, p. 1019-1026
- Plomp, M., Batenburg, R. Measuring chain digitisation maturity: an assessment of Dutch retail branches. *Supply Chain Management: an International Journal*: 15, 2010, nr. 3, p. 227-237
- Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Smolders, M., Laurant, M.G.H., Meer, K. van der, Spreeuwenberg, P., Marwijk, H.W.J. van, Penninx, B.W.J.H., Bensing, J. Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*: 25, 2010, nr. 7, p. 648-655
- Ravesteyn, P., Batenburg, R. Surveying the critical success factors of BPM-systems implementation. *Business Process Management Journal*: 16, 2010, nr. 3, p. 492-507
- Reeuwijk, K.G., Rooij, M. de, Dijk, G.M. van, Veenhof, C., Steultjens, M.P., Dekker, J. Osteoarthritis of the hip or knee: which coexisting disorders are disabling? *Clinical Rheumatology*: 29, 2010, nr. 7, p. 739-747
- Rijnders, M., Offerhaus, P., Dommelen, P. van, Wiegert, T., Buitendijk, S. Prevalence, outcome, and women's experiences of external cephalic version in a low-risk population. *Birth*: 37, 2010, nr. 2, p. 124-133
- Rijswijk, C., Zantinge, E., Seesing, F., Raats, I., Dulmen, S. van Shared and individual medical appointments for children and adolescents with type 1 diabetes: differences in topics discussed? *Patient Education and Counseling*: 79, 2010, nr. 3, p. 351-355
- Schee, E. van der, Groenewegen, P.P. Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health*: 10, 2010, nr. 128
- Smits, M., Zegers, M., Groenewegen, P.P., Timmermans, D.R.M., Zwaan, L., Wal, G. van der, Wagner, C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Quality & Safety in Health Care*: 19, 2010, nr. 5, p. e5
- Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., Prins, M., Marwijk, H. van, Penninx, B., Wensing, M., Grol, R. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Medical Care*: 48, 2010, nr. 3, p. 240-248

- Son, G.E. van, Hoeken, D. van, Furth, E.F. van, Donker, G.A., Hoek, H.W. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*: 43, 2010, nr. 2, p. 130-138
- Miller, M.A., Paget, W.J., Schoub, B.D., Vernet, G., Ndumbe, P.M., Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D., Kiss, A. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology*: 21, 2010, nr. 2, p. 204-207
- Triemstra, M., Winters, S., Kool, R.B., Wiegers, T.A. Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. *BMC Health Services Research*: 10, 2010, nr. 95
- Uijen, J.H.J.M., Schellevis, F.G., Bindels, P.J.E., Willemsen, S.P., Wouden, J.C. van der Low hospital admission rates for respiratory diseases in children. *BMC Family Practice*: 11, 2010, nr. 76
- Uitterhoeve, R.J., Bensing, J.M., Grol, R.P., Demulder, P.H.M., Achterberg, T. van The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*: 19, 2010, nr. 4, p. 442-457
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*: 47, 2010, nr. 7, p. 846-854
- Velden, P.G. van der, Kleber, R.J., Grievink, L., Yzermans, J.C. Confrontations with aggression and mental health problems in police officers: the role of organizational stressors, life-events and previous mental health problems. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*: 2, 2010, nr. 2, p. 135-144
- Verheul, W., Mistiaen, P., Blasi, Z. di, Kok, L., Dulmen, S. van, Bensing, J. The effect of varying practitioner communication on patients' health status and treatment outcomes (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 10, 2010
- Verheul, W., Sanders, A., Bensing, J. The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies. *Patient Education and Counseling*: 80, 2010, nr. 3, p. 300-306
- Verkade, P.J., Meijel, B. van, Brink, C., Os-Medendorp, H. van, Koekkoek, B., Francke, A.L. Delphi-research for exploring essential components and preconditions for case management for people with dementia. *BMC Geriatrics*: 10, 2010, nr. 54
- Vos, H.M.M., Kuik, A. van, Janse, M.E.J., Schellevis, F.G., Lagro-Janssen, T.L.M. Prevention of coronary heart disease and osteoporosis in women aged 45 to 49 years: a challenging role for general practitioners. *Menopause*: 17, 2010, nr. 2, p. 290-294
- Vos, L., Dückers, M.L.A., Wagner, C., Merode, G.G. van Does case-mix based reimbursement stimulate the development of process-oriented care delivery? *Health Policy*: 98, 2010, nr. 1, p. 74-80
- Vos, L., Dückers, M.L.A., Wagner, C., Merode, G.G. van Applying the quality improvement collaborative method to process redesign: a multiple case study. *Implementation Science*: 5, 2010, nr. 19
- Wagtendonk, I. van, Smits, M., Merten, H., Heetveld, M.J., Wagner, C. Nature, causes and consequences of unintended events in surgical units. *British Journal of Surgery*: 97, 2010, nr. 11, p. 1730-1740
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Beljouw, I.M.J. van, Pot, A.M. Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *Gerontologist*: 50, 2010, nr. 4, p. 541-549
- Wetering, R. van de, Batenburg, R. Re-evaluating the system: PACS maturity and strategic planning methods for hospitals.

- Hospital Information Technology Europe: 3, 2010, nr. 2, p. 41-45
- Wetering, R. van de, Batenburg, R., Lederman, R. Evolutionistic or revolutionary paths? A PACS maturity model for strategic situational planning. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery*: 5, 2010, nr. 4, p. 401-409
 - Wieggers, T.A., Hukkelhoven, C. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*: 10, 2010, nr. 80
 - Wieggers, T.A., Boerma, W.G.W., Haan, O. de Maternity care and birth preparedness in rural Kyrgyzstan and Tajikistan. *Sexual & Reproductive Healthcare*: 1, 2010, nr. 4, p. 189-194
 - Wijngaard, C. van den, Asten, L. van, Meijer, A., Pelt, W. van, Nagelkerke, N.J.D., Donker, G.A., Sande, M.A.B. van der, Koopmans, D.V.M. Detection of excess influenza severity: associating respiratory hospitalization and mortality data with reports of influenza-like illness by primary care physicians. *American Journal of Public Health*: 100, 2010, nr. 11, p. 2248-2254
 - Wijngaard, C.C. van den, Asten, L. van, Pelt, W. van, Doornbos, G., Nagelkerke, N.J.D., Donker, G.A., Hoek, W. van der, Koopmans, M.P.G. Syndromic surveillance for local outbreaks of lower-respiratory infections: would it work? *PLoS One*: 5, 2010, nr. 4, p. e10406
 - Windt, D.A.W.M. van der, Simons, E., Riphagen, I.I., Ammendolia, C., Verhangen, A.P., Laslett, M., Devillé, W., Deyo, R.A., Bouter, L.M., Vet, H.C.W. de, Aertgeerts, B. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*: 17, 2010, nr. 2, p. CD007431
 - Zegers, M., Bruijine, M.C. de, Wagner, C., Groenewegen, P.P., Wal, G. van der, Vet, H.C. de The inter-rater agreement of retrospective assessments of adverse events does not improve with two reviewers per patient record. *Journal of Clinical Epidemiology*: 63, 2010, nr. 1, p. 94-102
 - Zwaan, L., Bruijine, M. de, Wagner, C., Thijs, A., Smits, M., Wal, G. van der, Timmermans, D.R.M. Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events. *Archives of Internal Medicine*: 170, 2010, nr. 12, p. 1015-1021

8.2 *Internationale boeken en boekbijdragen*

- Benders, J., Batenburg, R., Hoeken, P., Schouteten, R. A modern socio-technical view on ERP-systems. In: S. Dasgupta (Ed.). *Social computing: concepts, methodologies, tools and applications*. Hershey: Information Science Publishing, 2010. p. 693-704
- Boerma, W.G.W., Pellny, M., Kringos, D.S. Evaluation of the organization and provision of primary care in Serbia: a survey-based project in the regions of Vojvodina, Central Serbia and Belgrade. *Kopenhagen: WHO*, 2010. 112 p.
- Boerma, W.G.W., Kringos, D.S., Wieggers, T.A., Baltag, V., Khimion, L. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine: a survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa. *Kopenhagen: WHO*, 2010. 121 p.
- Brown, C.S., Pereyaslov, D., Antoniadou, E., Meerhoff, T., Martirosyan, L. Evaluation of the EuroFlu Bulletin. Report summary. *Kopenhagen: WHO*, 2010
- Catersels, R., Helms, R.W., Batenburg, R. Exploring the gap between the practical and theoretical world of ERP implementations: results of a global survey. In: *Proceedings of the International Conference on Research and Practical Issues of Enterprise Information Systems CONFENIS 2010*, 25-27 August 2010, Natal (Brazil)
- Devillé, W. The right to health care for vulnerable population groups in the Netherlands and in Europe. In: A. den Exter. *Human rights and biomedicine*. Apeldoorn: Maklu, 2010. p. 87-102

- Jean-Gilles, L., Hegermann-Lindencrone, M., Brown, C.S., Hashim, A., Shaw, I., Nguyen-Van-Tam, J. Recommendations for good practice in pandemic preparedness: identified through evaluation of the response to pandemic (H1N1) 2009. Copenhagen: WHO, 2010. 15 p.
- Keygnaert, I., Vangenechten, J., Devillé, W., Frans, E., Temmerman, M. Senperforto Frame of Reference. Prevention of Sexual and Gender-based Violence (SGBV) in the European reception and asylum sector. Gent: ICRH-Universiteit Gent, 2010. DVD Senperforto Project. Senperforto Frame of Reference; Standard operating procedures; Code of conduct; Sensitisation kit (flyers); Sensitisation kit (posters); Manual Make it Work!; Hand-outs Manual Make it Work!
- Plomp, M.G.A., Rooij, R.C.M. van, Batenburg, R.S. Chain digitisation maturity and its determinants: a Dutch CIO survey and case study. In: The 23rd Bled eConference eTrust 'Implications for the Individual, Enterprises and Society'. 20-23 juni 2010, Bled (Slovenië). p. 364-377
- Ravesteyn, P., Batenburg, R. Cultural differences in implementing business process management systems. In: Proceedings of the Sixteenth Americas Conference on Information Systems, August 12-15, 2010, Lima (Peru). p. 340-350
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. van den, Westert, G., Devillé, W., Ginneken, E. van The Netherlands: health system review. Copenhagen: WHO, 2010. 229 p.
- Vriend, H.J., Koedijk, F.D.H., Broek, I.V.F. van den, Veen, M.G. van, Coul, E.L.M. op de, Sighem, A.I. van, Verheij, R.A., Sande, M.A.B. van der Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2009. Bilthoven: RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. 106 p.
- Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Zwakhals, S.L.N., Jong, J.D. de, Verkleij, H. Dutch health care performance report 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. 272 p.
- Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Zwakhals, S.L.N., Heijink, R., Jong, J.D. de, Verkleij, H. Dutch health care performance report 2010: executive summary. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. 16 p.

8.3 NIVEL dissertaties

- Berg, M.J. van den Workload in general practice. Utrecht: NIVEL, 2010. 209 p. Proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Coppen, R. Organ donation, policy and legislation: with special reference to the Dutch organ donation act. Utrecht: NIVEL, 2010. 212 p. Proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Damman, O.C. Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index = Keuze-informatie over de ervaringen van zorggebruikers: de Consumer Quality Index. Utrecht: NIVEL, 2010. 213 p. Proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Meerhoff, T. Respiratory syncytial virus: improving surveillance and diagnostics in Europe. Utrecht: NIVEL, 2010. 159 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Pisters, M.F. Exercise therapy in patients with osteoarthritis: long-term effectiveness and the role of exercise adherence. Utrecht: NIVEL, 2010. 206 p. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Prins, M.A. Mental health care from the patient's perspective: a study of patients with anxiety and depression in general practice = Zorg voor psychische problemen vanuit het patiëntenperspectief: een onderzoek naar patiënten met angst en depressie in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2010. 217 p. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Vos, L. Towards process-oriented care delivery in hospitals. Utrecht: NIVEL, 2010. 191 p. Proefschrift Universiteit Maastricht.

8.4 Overige dissertaties

- J.C. Booij Function and pathology of the human retinal pigment epithelium. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2010. 239 p. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- E.P.C. Hopman Group members reflecting on intergroup relations. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2010. 117 p. Proefschrift Vrije Universiteit.
- L. Martirosyan Prescribing quality indicators for type 2 diabetes management: development, validation and selection. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2010. 140 p. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

8.5 Oraties

- Francke, A. De verzorgde laatste levensfase. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit, 2010. 21 p. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Verpleging en verzorging in de laatste levensfase' aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam/VU medisch centrum
- Wagner, C. Patiëntveiligheid. De paradox van innovatie en specialisatie. Utrecht/Amsterdam: NIVEL, Vrije Universiteit, 2010. 21 p. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Patiëntveiligheid in de gezondheidszorg' aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam/VU medisch centrum

8.6 Nederlandse wetenschappelijke artikelen

- Bosch, W.F. van den, Silberbusch, J., Roozendaal, K.J., Wagner, C. Variatie in codering patiëntgegevens beïnvloedt gestandaardiseerd ziekenhuissterftecijfer (HSMR). Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 154, 2010, nr. A1189
- Damman, O.C., Hendriks, M., Delnoij, D.M.J. Keuze-informatie over patiëntenervaringen: aanbevelingen en dilemma's. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 88, 2010, nr. 7, p. 396-405
- Dulmen, S. van, Dijk, L. van In gesprek over medicijngebruik en therapietrouw. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning: 5, 2010, nr. 3, p. 70-75
- Dulmen, S. van, Fassaert, T., Jagt, L. van der, Schellevis, F. De relatie tussen positieve communicatiestrategieën en het beloop van alledaagse klachten. Huisarts en Wetenschap: 53, 2010, nr. 5, p. 265-271
- Francke, A. Lectoraat: de verzorgde laatste levensfase. Verpleegkunde: 25, 2010, nr. 4, p. 33-35
- Friele, R., Coppen, R. Wetgeving en de positie van de patiënt: instrument voor verandering of terugvaloptie? Recht der Werkelijkheid: 31, 2010, nr. 3, p. 26-39
- Heijer, C.D.J. den, Donker, G.A., Maes, J., Stobberingh, E.E. Antibiotica bij ongecompliceerde urineweginfecties: geen toename van resistentie in de afgelopen 5 jaar. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 154, 2010, nr. A2858
- Horst, H.E. van der, Jellema, P., Windt, D.A. van der, Schellevis, F.G. Prikkelbaredarmsyndroom: criteria én klinische blik. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 154, 2010, nr. A1871
- Joling, K., Hout, H. van, Schellevis, F., Horst, H. van der, Scheltens, P., Knol, D., Marwijk, H. van Depressie en angst bij partners van dementiepatiënten. Huisarts en Wetenschap: 53, 2010, nr. 8, p. 420-424
- Kedde, H., Leusink, P., Verheij, R. De incidentie van seksuele,

- reproductieve en relationele problemen in de huisartsenpraktijk: resultaten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. *Tijdschrift voor Seksuologie*: 34, 2010, nr. 2, p. 67-73
- Maarsingh, O., Dros, J., Schellevis, F., Weert, H. van, Windt, D. van der, Riet, G. ter, Horst, H. van der Duizeligheid bij ouderen. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 12, p. 674-677
 - Marangos, A.M., Groenewegen, P.P., Graaf, N.D. de Levensfilosofie en zorggebruik in Nederland. *Mens en Maatschappij*: 85, 2010, nr. 2, p. 135-153
 - Meuwissen, L.E., Voorham, A.J.J., Schouten, G.M., Bakker, D.H. de Hoe te komen tot een populatiegerichte huisartsenzorg? *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*: 88, 2010, nr. 7, p. 381-387
 - Nielen, M., Schellevis, F., Verheij, R. Is een gratis zelftest bruikbaar voor screening op albuminurie in de bevolking? *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 4, p. 188-192
 - Peter, W.F.H., Jansen, M.J., Bloo, H., Dekker-Bakker, L.M.M.C.J., Dilling, R.G., Hilberdink, W.K.H.A., Kersten-Smit, C., Rooij, M. de, Veenhof, C., Vermeulen, H.M., Vos, I. de, Schoones, J.W., Vliet Vlieland, T.P.M. Herziening van de KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 120, 2010, nr. 1, p. 2-15
 - Pisters, M.F., Veenhof, C. Gedragsgeoriënteerde graded activity (GRADIT) bij mensen met artrose aan de heup of knie: een overzicht van de huidige evidentie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*: 120, 2010, nr. 1, p. 42-47
 - Pisters, M.F., Veenhof, C., Schellevis, F.G., Twisk, J.W., Dekker, J., Bakker, D. de Exercise adherence improves long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Arthritis Care and Research*: 62, 2010, nr. 8, p. 1087-1094
 - Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Smolders, M., Laurant, M.G.H., Marwijk, H.W.J. van, Bensing, J.M., Meer, K. van der, Penninx, B.W.J.H. Gepaste zorg voor mensen met angst of depressie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 154, 2010, nr. A2360
 - Valkenberg, H., Donker, G.A., Schoots, W., Vriend, I. Sportblessures bij de huisarts. *Sport en Geneeskunde*: 43, 2010, nr. 2, p. 2-9
 - Verhaak, P., Beljouw, I. van, Have, J. ten De opmars van POH-GGZ. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*: 5, 2010, nr. 5, p. 130-134
 - Wendel, S., Bes, R.E., Jong, J.D. de, Schellevis, F.G., Friele, R.D. De dikke dokter en de dikke patiënt: mag een arts ook zondigen? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 154, 2010, nr. A2897
 - Zwaanswijk, M., Beek, A.P.A. van, Peeters, J., Meerveld, J., Francke, A.L. Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie: een vergelijking tussen de beginfase en latere fasen van het ziekteproces. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: 41, 2010, nr. 4, p. 162-171

8.7 Artikelen in vaktijdschriften

- Wat is de meerwaarde van casemanagement? *Alzheimer Magazine*: 6, 2010, nr. 1, p. 10-11. Interview met José Peeters
- 'Het gaat om de goede balans tussen procedures en autonomie.' *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 7/8, p. 34-36. Interview met Cordula Wagner
- Batenburg, R.S., Schepman, S.M., Hansen, J. Kerncijfers en trends ter beschrijving van de arbeidsmarkt van tandprotheticen in Nederland. *Dental Revu*: 6, 2010, nr. Special, p. 2-7
- Dipje of depressie: wereld van verschil. Interview met Peter Verhaak. *Eerstelijns*: 2, 2010, nr. 8, p. 48-50
- Bekkema, N., Veer, A. de, Francke, A. Nieuwe technologieën: wat vinden begeleiders? *Markant*: 2010, nr. 3 katern, p. 8-11
- Botje, D., Wagner, C. Verandermanagement in de revalidatiesector: borging en verspreiding van verbeteringen. *KIZ: Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg*: 20, 2010, nr. 5, p. 7-10

- Bouterse, M., Hooiveld, M., Berger, M. Huisartsenzorg in cijfers: obstipatie. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 9, p. 463
- Claessen, S., Francke, A., Putten, M. van der, Deliëns, L. De stem van de gebruiker: CQ-index Palliatieve Zorg meet de kwaliteit van zorg vanuit gebruikersperspectief. *Pallium*: 17, 2010, nr. 1, p. 23-25
- Claessen, S.J.J., Francke, A.L., Brandt, H.E., Pasman, H.R.W., Putten, M.J.A. van der, Deliëns, L. Ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*: 10, 2010, nr. 2, p. 3-10
- Devillé, W. Migrantpatiënt als klant vraagt om aangepaste meetinstrumenten. *Phaxx*: 17, 2010, nr. 1, p. 18
- Devillé, W. Meer onderzoek in prenatale zorg voor allochtone zwangeren? *Phaxx*: 17, 2010, nr. 2, p. 18
- Dijk, C. van, Verheij, R. Huisartsenzorg in cijfers: integrale bekostiging dekt fractie zorg. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 6, p. 299
- Dijk, L. van, Maat, M. van der, Bouvy, M. Zelfzorggeneesmiddelen: actieve voorlichting over zelfzorg nodig. Aantal paracetamolvergiftigingen gestegen. *Pharmaceutisch Weekblad*: 146, 2010, nr. 51-52, p. 18-20
- Donker, G.A. Monitoring en surveillance: is de huidige situatie adequaat? *Bijblijven*: 26, 2010, nr. 7, p. 68-75
- Donker, G., Abarshi, E. Huisartsenzorg in cijfers: gewenste plaats van overlijden tijdig bespreken. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 5, p. 247
- Dückers, M., Wagner, C., Groenewegen, P. Kwaliteitsmanagement ziekenhuizen sterk ontwikkeld: goed leiderschap bestuurders succesfactor. *Zorgmarkt*: 2010, nr. 5, p. 18-22
- Esch, A.R., Slenter, V.A.J., Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L. Tekorten en overschotten aan huisartsen: een regionale analyse: eerder lokaal en incidenteel dan regionaal en structureel. *Eerstelijns*: 2, 2010, nr. 9, p. 47-49
- Francke, A. De verzorgde laatste levensfase: oratie Prof. Dr. Anneke L. Francke. *CaRré*: 54, 2010, nr. 15, p. 19-22
- Hingstman, L., Velden, L.F.J. van der Huisartsenzorg in cijfers: huisartsen honkvast bij keuze locatie. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 2, p. 73
- Hoebert, J., Adriaansens, C., Dijk, L. van Huisartsenzorg in cijfers: gevolgen afschaffing vergoeding benzo's. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 10, p. 523
- Hooiveld, M., Dijk, C. van Huisartsenzorg in cijfers: subfertiliteit. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 4, p. 187
- Janssen J.C.J.A., Dückers, M.L.A., Frijters, D.H.M., Kok, I., Verstappen, W., Wagner, C. Systematisch Leren van Incidenten in de Zorg: een online handreiking voor zorgverleners, managers en kwaliteitsmedewerkers. *KIZ: Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg*: 2010, nr. 1, p. 22-25
- Koedijk, F., Broek, I. van den, Dijk, C. van, Bergen, J. van Huisartsenzorg in cijfers: prescriptie bij gonorrhoe (nog) niet in lijn met sterk toegenomen gonokokkenresistentie. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 1, p. 5
- Kooijman, M., Swinkels, I. Huisartsenzorg in cijfers: traumatische knieklachten bij de fysiotherapeut. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 3, p. 127
- Linden, B. van der Terugblikken en vooruitkijken: tweegesprek over grootschalige kwaliteitsverbetering tussen Roland Bal en Roland Friele. *KIZ: Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg*: 20, 2010, nr. 2, p. 23-25
- Maat, M. van der, Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J. de Vertrouwen onder Nederlandse bevolking in het landelijk EPD is laag, vooral mensen met een slechte gezondheid zijn bezwaarmakers. *Medisch Contact*: 2010, nr. 31/32, p. 1498
- Meijel, B. van, Peijneburg, R., Verkade, P.J., Brink, C., Schmitz, P., Lange, J. de, Francke, A. Verminderen van agitatie bij ouderen met dementie. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 2, p. 40-43

- Mistiaen, P., Ament, A., Achterberg, W., Halfens, R., Huizinga, J., Post, H., Francke, A. Effecten en kosten van de Australische Medische Schapenvacht. *WCS-Nieuws*: 26, 2010, nr. 1, p. 40
- Nuijen, J., Bos, G.A.M. van den, Schellevis, F.G. Diagnose en behandeling van depressie bij lichamelijk zieke mensen in de huisartsenpraktijk. *Psyfar*: 5, 2010, nr. 1, p. 12-17
- Reitsma, M., Jong, J. de Huisartsenzorg in cijfers: ongevraagd advies bij overgewicht. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 11, p. 583
- Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J.D. de Betalen voor SEH schrikt af: ook mensen met acute klachten blijven weg. *Medisch Contact*: 65, 2010, nr. 29-30, p. 1479-1481
- Schellevis, F., Graaf-Ruizendaal, W. de, Bakker, D. de Huisartsenzorg in cijfers: huisartsen en generalistische zorg. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 12, p. 659
- Sixma, H., Reitsma-van Rooijen, M., Schip, D. van 't Kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van ouders van revaliderende kinderen. *BOSK Magazine*: 2010, nr. 3, p. 27, 38
- Sixma, H., Reitsma-van Rooijen, M., Schip, D. van 't Onderzoek naar kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van mensen met chronische pijn. *Nieuwsbrief Stichting Pijn-Hoop*: 2010, p. 8-9
- Sixma, H., Reitsma-van Rooijen, M., Schip, D. van 't Kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van mensen met een dwarslaesie. *Ketting*: 2010, p. 18-21
- Veer, A.J.E. de, Verkaik, R., Francke, A.L. Verpleegkundigen en verzorgenden met plezier naar het werk. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 5, p. 28-31
- Veer, A.J.E. de, Verkaik, R., Francke, A.L. Stagiair regelmatig ingezet als volwaardige arbeidskracht. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 10, p. 26-29
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Toename van dilemma's bij verpleegkundigen en verzorgenden. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 6, p. 14-16
- Verkaik, R., Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Enthousiasme over

bewegingssensoren en meldingsfuncties. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 1, p. 28-29

- Verkaik, R., Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Veel bij- en nascholing in de verpleging en verzorging. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen*: 120, 2010, nr. 4, p. 24-26
- Verkaik, R., Meijel, B. van, Francke, A. Meer plezier voor depressieve mensen met dementie. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*: 2010 (Weblogartikel)
- Zegers, M., Heijmans, M., Rijken, M. Huisartsenzorg in cijfers: ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap*: 53, 2010, nr. 8, p. 415

8.8 Nederlandse boeken en boekbijdragen

- Asch, I.F.M. van, Veerbeek-Senster, M.A., Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., Verhaak, P.F.M., Pot, A.M., Nuijen, J. Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: J. Nuijen (Red.). *Toegang en zorggebruik (Tendrapportage GGZ 2010, deel 2)*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010. p. 181-236
- Batenburg, R., Beer, P. de, Mevissen, J., Tijdens, K. *Arbeid in crisis?* Den Haag: Boom Lemma, 2010. 174 p.
- Bensing, J., Dulmen, S. van, Haes, H. de *Communicatie tussen patiënten en hun hulpverleners*. In: L. Lechner; I. Mesters; C. Bolman. *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen: Van Gorcum, 2010. p. 109-134
- Boer, D. de, Delnoij, D. *Verantwoording evaluatie VV&T*. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2010
- Boer, D. de, Delnoij, D. *Cijfers over klantervaringen in de zorg*. In: Centrum Klantervaring Zorg. *Jaarrapportage klantervaringen in de zorg 2009: de balans opmaken*. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2010. p. 12-33
- Cardol, M., Rijken, M. *Individuele ondersteuning in de peri-*

- ode 2004 tot en met 2008. In: A.M. Marangos; M. Cardol; M. Dijkgraaf; M. de Klerk. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking: twee jaar na de invoering van de Wmo. Den Haag/Utrecht: SCP, NIVEL, 2010. p. 24-35
- Cardol, M., Hoogen, P. van den Meedoen van burgers met een lichamelijke beperking. In: A.M. Marangos; M. Cardol; M. Dijkgraaf; M. de Klerk. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking: twee jaar na de invoering van de Wmo. Den Haag/Utrecht: SCP, NIVEL, 2010.
 - Delnoij, D. Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2009: de balans opmaken. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2010. 43 p.
 - Depla, M., Zwijsen, S., Boekhorst, S. te, Francke, A., Hertogh, C. Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie. Amsterdam: VUmc, 2010. 35 p.
 - Devillé, W.L.J.M. Gezondheidszorg voor illegale vreemdelingen in Nederland. In: J.N. Keeman; J.A. Mazel; F.G. Zitman. Het medisch jaar 2009-2010. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 2010. p. 31-36
 - Graaff, F.M. de, Francke, A.L., Muijsenbergh, M.E.T.C. van den, Geest, S. van der Communicatie en besluitvorming in de palliatieve zorg voor Turkse en Marokkaanse patiënten met kanker. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2010. 85 p.
 - Grave, G.H.G. de, IJzermans, C.J., Ruers, R.F. Commissie De Grave Rapport Sterigenics: 25 juni 2010. Utrecht: Necker van Naem, 2010. 75 p.
 - Hammink, A., Bos, N., Sturms, L., Wagtendonk, I. van, Sixma, H., Giesen, P. CQ-index keten spoedzorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van samenwerking binnen de keten spoedzorg vanuit patiëntenperspectief. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, 2010. 47 p.
 - Marangos, A.M., Cardol, M., Dijkgraaf, M., Klerk, M. de Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking: twee jaar na de invoering van de Wmo. Den Haag/Utrecht: SCP, NIVEL, 2010. 48 p.
 - Meulenkamp, T., Smets, E. Meerderheid van (potentiële) deelnemers van biobanken wil onderzoeksresultaten ontvangen over hun genen in relatie tot ziekte. Amsterdam: AMC, 2010
 - Nuijen, J., Dijk, C.E. van, Verhaak, P.F.M., Verheij, R.A. Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: J. Nuijen (Red.). Toegang en zorggebruik (Tendrapportage GGZ 2010, deel 2). Utrecht: Trimbos-instituut, 2010. p. 11-58
 - Peter, W.F.H., Jansen, M.J., Bloo, H., Dekker-Bakker, L.M.M.C.J., Dilling, R.G., Hilberdink, W.K.H.A., Kersten-Smit, C., Rooij, M. de, Veenhof, C., Vermeulen, H.M., Vos, I. de, Vliet Vlieland, T.P.M. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie. Amersfoort: KNGF, 2010. 16 p. Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 120 (2010), nr. 1.
 - Peter, W.F.H., Jansen, M.J., Bloo, H., Dekker-Bakker, L.M.M.C.J., Dilling, R.G., Hilberdink, W.K.H.A., Kersten-Smit, C., Rooij, M. de, Veenhof, C., Vermeulen, H.M., Vos, I. de, Vliet Vlieland, T.P.M. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie: verantwoording en toelichting. Amersfoort: KNGF, 2010. 61 p. Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie: 120(2010), nr. 1.
 - Schellevis, F.G., Feltz-Cornelis, C.M. van der De epidemiologie van multimorbiditeit. In: A.F.G. Leentjes; R.O.B. Gans; J.M.G.A. Schols; C. van Weel.(Reds.) Handboek multidisciplinaire zorg. Utrecht: Tijdstroom, 2010. p. 33-42
 - Sinnema, H., Franx, G., Spijker, J., Ruiters, M., Haastrecht, H. van, Verhaak, P.F.M., Nuijen, J. Geboden zorg bij depressie en richtlijnaanbevelingen: aanknopingspunten voor het bevorderen van implementatie van richtlijnen. In: J. Nuijen (Red.). Kwaliteit en effectiviteit (Tendrapportage GGZ 2010, deel 3). Utrecht: Trimbos-instituut, 2010. p. 129-154
 - Soons, P., Maris, N., Albada, A. Zorg voor chronisch zieken in

- het ziekenhuis: bijdragen van medisch psycholoog en functionaris patiëntencommunicatie. In: L. Lechner; I. Mesters; C. Bolman. *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen: Van Gorcum, 2010. p. 333-355
- Veenhof, C., Calders, P., Geraets, J.J.X.R., Nijs, J., Wegen, E.E.H. van, Wilgen, C.P. van *Jaarboek fysiotherapie kinesiotherapie 2010*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. 321 p.
 - Verkaik, R. *Depressie bij dementie: een richtlijn voor plezierige activiteiten in de zorg*. In: T. Antheunissen; V.G.M. Chel; F.M.M. van Exter; F.G. Zitman (Reds.). *Boerhaave Cursus Psychiatrie*. Leiden: LUMC/Boerhaave Commissie, 2010. p. 153-172
 - Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., Bont, A. de, Mul, M. de, Friele, R., Heiligers, P., Niet, A. van der *Kennis van implementatie programma*. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare, 2010. 27 p.
 - Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Zwakhals, S.L.N., Heijink, R., Jong, J.D. de, Verkleij, H. *Zorgbalans 2010: de prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010. 272 p.
 - Wilk, E. A. van der, Schellevis, F.G. *Multimorbiditeit en aanbod van zorg*. In: A.H.P. Luijben; G.J. Kommer (Reds.). *Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 'Van gezond naar beter'*. Bilthoven: RIVM, 2010 p. 48-54
 - Zuidgeest, M., Luijkx, K.G., Westert, G.P., Delnoij, D.M.J. *Sturen op cliëntervaringen? Transparantie en kwaliteitsbevordering in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg, 2010. 71 p.

8.9 NIVEL rapporten

- Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. *Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking: jaarverslag 2009*. Utrecht: NIVEL, 2010. 40 p.
- Batenburg, R.S., Kalf, R.R.J. *Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: verschillen, trends en bekostiging*. Utrecht: NIVEL, 2010. 58 p.
- Bekkema, N., Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. *Verantwoord richtlijngebruik door begeleiders in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL, 2010. 131 p.
- Beljouw, I.M.J. van, Verhaak, P.F.M. *Geschikte uitkomstmaten voor routinematige registratie door eerstelijnspsychologen*. Utrecht: NIVEL, 2010. 68 p.
- Bijnen, E. van, Dulmen, S. van *Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik: determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver*. Rapportage van een project uitgevoerd met subsidie van Platform Patiënt-Industrie. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 32 p.
- Boer, D. de, Hoek, L. van der, Delnoij, D., Groenewegen, P. *Kleine zorgaanbieders in multilevel vergelijkende analyses: de CQI verpleging, verzorging en thuiszorg*. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 33 p.
- Boheemen, C.A.M. van, Geffen, E.C.G. van, Philbert, D., Bouvy, M.L., Bos, M., Dijk, L. van *Vasculair Risicomanagement vanuit patiëntperspectief: volgens de zorgstandaard? Nulmeting patiënten*. Utrecht: NIVEL, 2010. 82 p.
- Booij, J.C., Zwijnenberg, N.C., Koopman, L., Hoek, L.S. van der, Boer, D. de, Hendriks, M., Delnoij, D. *Landelijke meting CQ-index kortdurende ambulante GGZ 2009: schoning van data, schaalanalyses en vergelijking van de instellingen*. Utrecht: NIVEL, 2010. 58 p.
- Borst, J. de, Wiegers, T. *Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten*. Utrecht: NIVEL, 2010. 107 p.
- Botje, D., Wagner, C. *Evaluatie revalidatie in beweging: borgen en verspreiden van verbeterprojecten in tranche 2*. Utrecht: NIVEL, 2010. 53 p.
- Dijk, C.E. van, Verheij, R.A., Hansen, J., Velden, L. van der, Bakker, D.H. de *Effect van praktijkondersteuner en diabetesbegeleiding op het verwijsgedrag van huisartsen bij diabetici*.

- Utrecht: NIVEL, 2010. 41 p.
- Dijk, L. van, Maat, M. van der, Salimans, R., Bouvy, M. De balans tussen verkrijgbaarheid en veiligheid. Evaluatie van de indeling van zelfzorggeneesmiddelen en de rol van drogist en apotheek bij de verstrekking. Utrecht: NIVEL, 2010. 110 p.
 - Donker, G.A. Continue Morbiditeits Registratie peilstations Nederland 2009. Utrecht: NIVEL, 2010. 183 p.
 - Donselaar, C.G., Koopman, L., Hendriks, M., Rademakers, J. Het effect van steekproeftrekking en afzender op respons en ervaringen. Utrecht: NIVEL, 2010. 31 p.
 - Donselaar, C.G., Boer, D. de, Hoek, L. van der, Booij, J.C., Rademakers, J., Hendriks, M., Delnoij, D.M.J. Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 94 p.
 - Francke, A.L., Claessen, S.J.J., Deliëns, L. Kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg: praktische handleiding voor zorgaanbieders. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 50 p. Versie 2010
 - Greuningen, M. van, Batenburg, R., Hansen, J. De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland: stand van zaken in 2009, met een behoefteraming voor 2027. Utrecht: NIVEL, 2010. 87 p.
 - Groen-van Dorsten, P.S., Triemstra, M., Schellevis, F.G. Haalbaarheidsonderzoek basisset indicatoren huisartsenzorg en etalage+-informatie: een praktijktoets onder 20 huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2010. 80 p.
 - Hansen, J., Greuningen, M. van, Batenburg, R.S. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: achtergronden en resultaten van een trend- en verdiegingsstudie. Utrecht: NIVEL, 2010. 101 p.
 - Hansen, J., Maat, M. van der, Batenburg, R. De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken. Utrecht: NIVEL, 2010. 49 p.
 - Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: rapportage 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 104 p.
 - Heiligers, P.J.M., Kalf, R.R.J., Batenburg, R.S. Buitenlandse tandartsen in Nederland: BIG-geregistreerde tandartsen die in het buitenland hun diploma hebben behaald of een buitenlandse nationaliteit hebben. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 51 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 35 p.
 - Hingstman, L., Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 40 p.
 - Hoogen, P. van den, Cardol, M., Spreeuwenberg, P., Rijken, M. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking in 2006-2008. Participatiemonitor 2008. Utrecht: NIVEL, 2010. 70 p.
 - Houtum, L. van, Heijmans, M., Rijken, M. Behoeft aan een Diabeteskenniswijzer onder patiënten en huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2010. 59 p.
 - Jansen, D.L., Bloemendal, E., Rademakers, J. CQ-index astma en COPD: meetinstrumentontwikkeling en onderzoek naar het discriminerend vermogen. Kwaliteit van zorg bij astma en COPD vanuit het perspectief van patiënten met astma en COPD. Utrecht: NIVEL, 2010. 126 p.
 - Kalf, R.R.J., Schepman, S.M., Batenburg, R.S. Actuele gegevens over het arbeidsaanbod van tandartsen in Nederland: resultaten van een ramingsenquête onder BIG-geregistreerde tandartsen ten behoeve van de integrale capaciteitsraming 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 34 p.
 - Kalf, R.R.J., Batenburg, R.S. De arbeidsmarkt voor klinisch geriaters in 2009: een studie onder instellingen en afdelingen in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2010. 41 p.
 - Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Oefentherapie Cesar: jaarcijfers 2009 en trendcijfers 2003-2009 (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 46 p.

- Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Fysiotherapie: jaarcijfers 2009 en trendcijfers 2003-2009 (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 43 p.
- Kooijman, M.K., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Oefentherapie Mensendieck: jaarcijfers 2009 en trendcijfers 2003-2009 (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 45 p.
- Kruikemeier, S., Schäfer, W.L.A., Coppen, R., Friele, R.D. Evaluatie Gefaseerd Toezicht. Utrecht: NIVEL, 2010. 199 p.
- Langelaan, M., Baines, R.J., Broekens, M.A., Siemerink, K.M., Steeg, L. van de, Asscheman, H., Bruijine, M.C. de, Wagner, C. Monitor zorggerelateerde schade 2008: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL, 2010. 120 p.
- Leemrijse, C.J., Bongers, M., Nielen, M., Devillé, W. Hepatitis C in penitentiaire inrichtingen: een onderzoek naar prevalentie. Utrecht: NIVEL, 2010. 49 p.
- Lubberding, S., Merten, H., Wagner, C. Patiëntveiligheid en complexe zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur. Utrecht: NIVEL, 2010. 75 p.
- Maat, M.J.P. van der, Jong, J.D. de Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekeren-perspectief. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2010. 58 p.
- Meulenkamp, T.M., Beek, A.P.A. van, Gerritsen, D.L., Graaff, F.M. de, Francke, A.L. Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg: een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen. Utrecht: NIVEL, 2010. 102 p.
- Meuwissen, L.E., Wijnands, J., Bakker, D.H. de Pilot benchmarking huisartsenzorg Rotterdam: de gegevensverzameling. Utrecht: NIVEL, 2010. 45 p.
- Nielen, M.M.J., Meer, V. van der, Schellevis, F.G. Evaluatie pilot PreventieConsult CardioMetabool Risico. Utrecht: NIVEL, 2010. 76 p.
- Oosterhuis, T., Triemstra, M., Rademakers, J. CQ-index Hartfalen: meetinstrumentontwikkeling. Ervaringen met de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met chronisch hartfalen. Utrecht: NIVEL, 2010. 135 p.
- Reitsma-van Rooijen, P.M., Jong, J.D. de Burgers en de publieke gezondheidszorg: kennis, verwachtingen en ervaringen. Utrecht: NIVEL, 2010. 32 p.
- Rijken, M. Inkomen en gebruik van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven over 2008 onder mensen met een chronische ziekte of beperking. Zelfgerapporteerde gegevens vergeleken met gegevens uit landelijke registraties. Utrecht: NIVEL, 2010. 38 p.
- Sanches, S., Wiegers, T. Het fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS en hun ouders. Utrecht: NIVEL, 2010. 102 p.
- Sanches, S., Wiegers, T. Het fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS (en hun ouders). Bijlage: vragenlijsten behorend bij het rapport. Utrecht: NIVEL, 2010. 96 p.
- Schepman, S.M., Batenburg, R.S. Capaciteitsraming Artsen Medische Milieukunde in Nederland 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 42 p.
- Schepman, S.M., Hansen, J., Velden, L.F.J. van der Behoeftersraming neurologen 2009 - 2027. Utrecht: NIVEL, 2010. 77 p.
- Schepman, S.M., Batenburg, R.S., Hansen, J. De arbeidsmarkt voor reumatologen in Nederland. Genoeg reumatologen om reumapatiënten in beweging te houden? Utrecht: NIVEL, 2010. 77 p.
- Schepman, S.M., Kalf, R.R.J., Batenburg, R.S. Actuele gegevens over het arbeidsaanbod van mondhygiënist in Nederland: resultaten van een ramingsenquête onder NVM-leden ten behoeve van de integrale capaciteitsraming 2010. Utrecht: NIVEL, 2010. 38 p.
- Schepman, S.M., Kalf, R.R.J., Batenburg, R.S. Het interne en

- externe rendement van de opleiding tot mondhygiënist in Nederland. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 37 p.
- Sixma, H., Bloemendal, E., Wagtendonk, I. van, Rademakers, J. CQ index Ambulancezorg: ontwikkeling en psychometrische test. Utrecht: NIVEL, 2010. 78 p.
 - Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Tol, J., Veenhof, C. Beschouwing jaarcijfers LIPZ 2009. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
 - Tacken, M., Mulder, J., Visscher, S., Tiersma, W., Donkers, J., Verheij, R., Braspenning, J. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2009. Utrecht/Nijmegen: LHV, NHG, NIVEL, IQ Healthcare, 2010. 47 p.
 - Tol, J., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. Jaarcijfers 2009 diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg). www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 46 p.
 - Veer, A.J.E. de, Spreeuwenberg, P., Francke, A.L. De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009: cijfers en trends. Utrecht: NIVEL, 2010. 97 p.
 - Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L., Kenens, R.E., Batenburg, R.S. Regionale spreiding van huisartsen: over mogelijke tekorten aan huisartsen, nu en in de nabije toekomst. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 39 p.
 - Verhaak, P., Niet, A. van der, Beljouw, I. van Evaluatie 'kleine projecten' psychiatrie. Utrecht: NIVEL, 2010. 58 p.
 - Verhaak, P.F.M., Beljouw, I.M.J. van, Dijk, C.E. van Beleidsonderzoek GGZ: ondersteunende analyses. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. 51 p.
 - Verheij, R.A., Dijk, C.E. van, Abrahamse, H., Davids, R., Wennekes, L., Hoogen, H. van den, Visscher, S., Braspenning, J., Althuis, T. van Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH): kerncijfers 2008. Utrecht: NIVEL, 2010. 117 p.
 - Vervloet, M., Santen-Reestman, J., Vlijmen, B. van, Bouvy, M., Bakker, D. de, Aarlen, M. van, Dijk, L. van Een oplettend medicijndoosje voor diabetes type 2 patiënten: een onderzoek naar de effecten van Real-Time Medication Monitoring. Utrecht: NIVEL, 2010. 75 p.
 - Vervloet, M., Brabers, A., Bos, M., Dijk, L. van Vasculair Risicomanagement in de huisartspraktijk: volgens de zorgstandaard? Nulmeting eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2010. 43 p.
 - Vervloet, M., Brabers, A.E.M., Pisters, M.F., Dijk, L. van Evaluatie van het Programma Doelmatigheid Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). Utrecht: NIVEL, 2010. 144 p.
 - Wagelaar, M., Lubberding, S., Hugtenburg, J., Wagner, C. Toegankelijkheid van dure geneesmiddelen: een onderzoek naar geneesmiddelgebruik bij mammacarcinoom en multipel myeloom. Utrecht/ Amsterdam: NIVEL, EMGO Instituut, 2010. 50 p.
 - Wagtendonk, I. van, Hoek, L. van der, Wiegers, T. Ontwikkeling van een CQ-index voor de kraamzorg: ervaringen van kraamvrouwen. Utrecht: NIVEL, 2010. 108 p.
 - Zegers, M., Heijmans, M., Rijken, M. Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts. Utrecht: NIVEL, 2010. 92 p.
 - Zuidgeest, M., Reitsma-van Rooijen, P.M., Sixma, H.J., Hoek, L. van der, Rademakers, J.J.D.J.M. CQ-index Revalidatiecentra: meetinstrumentontwikkeling en bepaling van het discriminerend vermogen. Kwaliteit van revalidatiecentra vanuit het perspectief van (ouders van) patiënten. Utrecht: NIVEL, 2010. 195 p.

8.10 Gepubliceerde abstracts

- Abarshi, E., Echteld, M.A., Block, L. van den, Donker, G.A., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliëns, L. Palliative care in the oldest of old in the Dutch community: a nationwide study. *Palliative Medicine*: 24, 2010, nr. 4 suppl., p. S 202
- Abarshi, E., Echteld, M.A., Block, L. van den, Donker, G.A., Bossuyt, N., Meeussen, K., Bilsen, J., Onwuteaka-Philipsen,

- B., Deliëns, L. Use of palliative care services and end-of-life GP visits in the Netherlands and Belgium. *Palliative Medicine*: 24, 2010, nr. 4 suppl., p. S 90
- Baliatsas, C., Kamp, I. van, Bolte, J., Schipper, M., Yzermans, J., Leuret, E. Exposure to electromagnetic fields and non-specific physical symptoms: a systematic review of observational studies. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 243
 - Batenburg, R. Informed policies for Europe's health workforce of tomorrow. *EHMA Occasional Papers*: 2010, p. 2-3
 - Batenburg, R., Velden, L. van der, Greuning, M. van Planning the Dutch GP workforce. In: *Book of Abstracts of the European Health Management Association Annual Conference 2010 'Managing Radical Change in Health. Quality, Efficiency, Equity'*, 30 juni- 2 juli 2010, Lahti, Finland. p. 77-78
 - Boheemen, C. van, Geffen, K. van, Philbert, D., Bos, M., Dis, I. van, Strijbis, A., Bouvy, M., Dijk, L. van Care for patients with an increased risk for cardiovascular diseases. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 212
 - Cardol, M., Rijken, M. Balancing between health and autonomy. 'Diabetes says: two sandwiches and one cream cracker only'. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*: 23, 2010, nr. 5, p. 454
 - Claessen, S.J.J., Francke, A.F., Deliëns, L. Measuring patients' experiences with palliative care: the CQ-index palliative care. *Palliative Medicine*: 24, 2010, nr. 4 suppl., p. S 77
 - Delnoij, D.M.J., Rademakers, J., Groenewegen, P. Stakeholder involvement in the development of national indicator sets: the example of the Dutch Consumer Quality Index. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 13-14
 - Dijk, L. van, Vervloet, M. Real-time monitoring van medicatiegebruik op afstand. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: 41, 2010, nr. 4
 - Dijk, L. van, Nielen, M., Vervloet, M., Uiters, E., Droomers, M. Differences in drug utilization between ethnic and socioeconomic groups: does general practice population composition matter? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 85
 - Donker, G.A., Wolters, I., Schellevis, F. Risk factors and trends in attempting or committing suicide in Dutch general practice in 1983-2009 and tools for early recognition. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 50
 - Fassaert, T., Nielen, M.M.J., Verheij, R.A., Verhoeff, A., Dekker, J., Beekman, A.T.F., Wit, M.A.S. de Ethnic differences in management of anxiety and depression in general practice in urban areas in the Netherlands in 2007. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 154
 - Feijen-de Jong, E., Jansen, D.E.M.C., Baarveld, F., Schans, C. van der, Schellevis, F.G., Reijneveld, S.A. Factors that influence the late and/or inadequate use of prenatal health care services of pregnancies in developed countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 138-139
 - Francke, A.F., Claessen, S.J.J., Deliëns, L. Quality of palliative care through the relatives' eyes: findings of the CQ-index palliative care. *Palliative Medicine*: 24, 2010, nr. 4 suppl., p. S 166
 - Genet, N., Lamura, G., Boerma, W., Hutchinson, A., Garms-Homolova, V., Naiditch, M., Chlabicz, S., Ersek, K., Gulácsi, L., Fagerstrom, C., Bolibar, B. Human resources in home care in Europe. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 48
 - Genet, N., Naiditch, M. Recipients of home care and the role of informal care in Europe. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 100
 - Genet, N. Home care in Europe: growing interest among decision makers, but little information available for policy development. Working Conference Health Services Research in Europe 'Where Research and Policy Meet', 8-9 april 2010, Den Haag. In: *Book of Abstracts, Bochof Conference Contributions*, p. 127

- Genet, N., Garms-Homolova, V., Boerma, W., Ersek, K., Hutchinson, A., Naiditch, M., Lamura, G., Chlabicz, S., Gulácsi, L., Fagerstrom, C., Bolibar, B. Current trends and challenges and how they are dealt with. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 49
- Genet, N., Katalin, E., Boerma, W., Hutchinson, A., Garms-Homolova, V., Naiditch, M., Lamura, G., Chlabicz, S., Gulácsi, L., Fagerstrom, C., Bolibar, B. Integrating home care services in Europe. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 14
- Genet, N., Boerma, W. Integration home care in the care chain: results from the EURHOMAP study. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 100
- Genet, N., Boerma, W., Hutchinson, A., Garms-Homolova, V., Naiditch, M., Lamura, G., Chlabicz, S., Ersek, K., Laszlo, G., Fagerstrom, C., Bolibar, B. Governance on home care in Europe. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 100
- Genet, N., Gulácsi, L., Boerma, W., Hutchinson, A., Garms-Homolova, V., Naiditch, M. Financing home care in Europe. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 48
- Graaff, F. de, Francke, A., Muijsenberg, M. van den, Geest, S. van der Views of Turkish and Moroccan immigrants on 'good care' in the palliative phase of cancer. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 65
- Greuningen, M. van, Batenburg, R.S., Velden, L.F.J. van der Planning of general practitioners in the Netherlands: a simulation model. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 147
- Groenewegen, P. Future research priorities in European HSR and their use in European policy and practice. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 97-98
- Hansen, J. Research in the field of health-care organizations: state-of-the-art and future directions. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 98
- Heijer, C.D.J. den, Donker, G.A., Maes, J., Stobberingh, E.E. Antibiotic susceptibility of unselected uropathogenic *Escherichia coli* from female Dutch general practice patients: a comparison of two surveys with a 5-year interval. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 82
- Heiligers, P.J.M., Niet, A. van der Implementation as transfer between policy, research and practice in care. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 44
- Hendriks, M., Zwijnenberg, N.C., Damman, O.C. Different patient group, different ranking? Which quality of care aspects are important for Dutch patients with hip- or knee arthroplasty when choosing a hospital? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 14
- Hoebert, J.M., Mantel-Teeuwisse, A.K., Dijk, L. van, Laing, R.O., Leufkens, H.G.M. Critical issues in comparing the use of biologicals across various European countries: TNF inhibitors as case study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 19, 2010, nr. Supp. 1, p. S184-S185
- Jong, J.D. de, Bes, R., Reitsma-van Rooijen, M. Preferred providers: Insurants' opinions on channelling by health insurers. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 142
- Koopmans, G.T., Foets, M., Devillé, W. Is informal care a substitution for home care among migrants in the Netherlands? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 153-154
- Kringos, D.S. How to prepare a successful proposal for EU funding? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 76
- Kringos, D.S., Bolibar, Y., Bourgueil, T., Cartier, T., Dedeum, T., Hasvold, A., Hutchinson, M., Lember, M., Oleszczyk, D., Rotar Pavlick, I., Svab, P., Tedeschi, A., Wilson, S., Wilm, A., Windak, A., Boerma, W. The integration of public health in European primary care systems. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 100

- Kroezen, M., Francke, A.L., Dijk, L. van, Groenewegen, P.P. Legal nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 127
- Kroneman, M. How does the organization of GP care and specialist ambulatory medical care influence hospital admissions in Europe? Results from a pilot study. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 99-100
- Maat, M.J.P. van der, Jong, J.D. de Consumer choice in the Dutch health insurance market. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 270
- Martins-Coelho, G. Models for health manpower planning. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 147
- Martins-Coelho, G., Batenburg, R. Health manpower planning in European union countries: explaining cross-national variation. *European Health Management Association Annual Conference 2010: 'Managing Radical Change in Health. Quality, Efficiency, Equity'* 30 juni- 2 juli 2010, Lahti, Finland. p. 64-65
- Martins-Coelho, G., Batenburg, R. Cross-national comparison of human resources for health in the Netherlands and Portugal. In: *Book of Abstracts of the European Health Management Association Annual Conference 2010 'Managing Radical Change in Health. Quality, Efficiency, Equity'*, 30 juni- 2 juli 2010, Lahti, Finland.
- Martins-Coelho, G. Health manpower planning in European Union countries: explaining cross national variation. In: *Book of Abstracts of Working Conference on Health Services Research in Europe 'Where Research and Policy Meet'*, 8-9 april 2010, Den Haag. p. 64
- Martins-Coelho, G., Barros, H, Batenburg, R. Uma análise comparativa dos modelos de planeamento dos recursos humanos para a saúde português e holandês. *Arquivos de Medicina*: 24, 2010, nr. 5, p. 222
- Martowirono, K., Jansma, J.D., Luijk, S.J. van, Wagner, C., Bijnen, A.B. Incidentmeldingen door arts-assistenten: barrières en oplossingen. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*: 29, 2010, nr. 2, p. 161-162
- Meer, V. van der, Nielen, M., Schellevis, F., Assendelft, P. Preventie van hart- en vaatziekten, nierziekten en diabetes: bereik van het PreventieConsult. NHG-Wetenschapsdag 2010 'Wetenschappelijk onderzoek naar chronische zorg in de huisartsenpraktijk', 18 juni 2010, Amsterdam. In: *NHG-Wetenschapsdag abstractenboek*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010.
- Mistiaen, P., Halm-Walters, M. van Preventie en behandeling van smetten in de grote huidplooien: een systematische review. NHG-Wetenschapsdag 2010 'Wetenschappelijk onderzoek naar chronische zorg in de huisartsenpraktijk', 18 juni 2010, Amsterdam. In: *NHG-Wetenschapsdag abstractenboek*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. 2010.
- Mistiaen, P., Jolley, D., McGowan, S., Hickey, M., Spreeuwenberg, P., Francke, A. The Australian medical sheepskin prevents pressure ulcers: a combined multilevel analysis of three RCTs. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 20
- Mohnen, S.M., Groenewegen, P.P., Völker, B., Flap, H., Subramanian, S.V. Social capital impact on individual health due to neighbours or the neighbourhood? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 42
- Nielsen, S.S., Lamkaddem, M., Folmann, N., Kreiner, S., Devillé, W., Krasnik, A. Use of general practitioner in relation to selfperceived health among Turkish immigrants in Denmark and The Netherlands: do patterns differ? *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 154
- Ohlsson, H., Dijk, L. van Trends and interpractice variation in the prescription of statins between 2003 and 2008: a multi-level approach. *European Journal of Public Health*: 20, 2010,

- nr. suppl. 1, p. 128
- Oud, M., Groenier, K., Schuling, J., Sloff, C., Dekker, J., Verhaak, P., Meyboom-de Jong, B. Gezondheidsproblemen en zorggebruik van patiënten met psychotische stoornissen in de huisartsenpraktijk. NHG-Wetenschapsdag 2010 'Wetenschappelijk onderzoek naar chronische zorg in de huisartsenpraktijk', 18 juni 2010, Amsterdam. In: NHG-Wetenschapsdag abstractenboek. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010.
 - Peeters, J., Francke, A. Home telecare for older persons: experiences and perceived effects. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 100
 - Peeters, J.M., Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Zorg op afstand: videocommunicatie in de zorg thuis. 10e Nationaal Congres van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 'Mythen, feiten en ontwikkelingen', 1 oktober 2010, Ede. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: 41, 2010, nr. 4
 - Peeters, J.M. Technologie in de zorg opent nieuwe perspectieven. 10e Nationaal Congres van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 'Mythen, feiten en ontwikkelingen', 1 oktober 2010, Ede. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: 41, 2010, nr. 4
 - Pelone, F., Basso, D., Lilli, S., Belvis, A.G. de, Rosano, A., Zee, J. van der, Ricciardi, W. Evolution of the concept of avoidable hospitalization through the selections of causes and codes: evidence from a comprehensive review. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 78
 - Plomp, M.G.A., Batenburg, R.S. Measuring chain digitisation maturity: an assessment of Dutch retail branches. In: B.F. van Dongen; H.A. Reijers. *Proceedings of the 5th SIKS/BENAIIS Conference on Enterprise Information Systems*, November 16, 2010, Eindhoven. p. 20-21
 - Rademakers, J.J.D.J.M., Delnoij, D.M.J., Boer, D. de Importance of patient centred care for various patient groups. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 15
 - Rechel, B., Devillé, W. Migration and health in the European Union (workshop). *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 69
 - Reitsma-van Rooijen, M. Few switchers in the new Dutch health insurance system, chronically ill and disabled perceive more barriers than others. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 141
 - Riet-Paap, J.C. van, Boerma, W., Kringos, D.S. Coordination and integration of primary care in Western Europe. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 99
 - Rosano, A., Peschel, P., Kugler, J., Zee, J. van der, Ricciardi, W., Guasticchi, G. Preventable hospitalization and the role of primary care: a comparison between Italy and Germany. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 100
 - Schellevis, F., Nielen, M., Verheij, R. Screening for albuminuria with a self-test or via general practice? 19th Wonca World Conference 'The Millennium Development Goals. The Contribution of Family Medicine', 19-23 mei 2010, Cancun.
 - Veer, A. de, Francke, A. Determinants of job related stress experienced by nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 111
 - Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Succesvolle implementatie van technologieën in de verpleging en verzorging. 10e Nationaal Congres van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie 'Mythen, feiten en ontwikkelingen', 1 oktober 2010, Ede. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: 41, 2010, nr. 4
 - Velden, J. van der, Paget, W.J. Lessons learned from the global surveillance of pandemic influenza, the different communication strategies and the impact on Europe's public health response. *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 103
 - Verkaik, R., Francke, A., Berno, M. van, Bensing, J., Miel, R. Effects of introducing a nursing guideline on depression in psychogeriatric nursing home residents. *Journal of Clinical*

Nursing: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 100

- Versnel, N., Welschen, L.M.C., Nijpels, G., Schellevis, F.G. Effectiviteit van casemanagement bij comorbide diabetes type 2 patiënten. NHG-Wetenschapsdag 2010 'Wetenschappelijk onderzoek naar chronische zorg in de huisartsenpraktijk', 18 juni 2010, Amsterdam. In: NHG-Wetenschapsdag abstractenboek. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. 2010.
- Vries, F. de, Kieler, H., Dijk, L. van, Svensson, T., Staa, T. van Characteristics of exposure to non-steroid anti-inflammatory drugs in European databases. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*: 19, 2010, nr. Suppl. 1, p. S174-S175
- Zee, J. van der Integration of care at the interface of primary and secondary care: work in progress (workshop). *European Journal of Public Health*: 20, 2010, nr. suppl. 1, p. 99
- Zwijsen, S., Boekhorst, S. te, Hertogh, C., Francke, A. Assistive technology as an alternative to physical restraints in psychogeriatric nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*: 19, 2010, nr. suppl. 1, p. 100

8.11 *Factsheets*

- Boheemen, C.A.M. van, Geffen, E.C.G. van, Reitsma-van Rooijen, M., Heijmans, M., Dijk, L. van Afschaffen vergoeding benzodiazepines voor minderheid reden om te stoppen. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Dijk, C. van, Verheij, R., Schellevis, F. Hooikoorts in de huisartsenpraktijk: kosten en verleende zorg. www.nivel.nl: NIVEL, 2010. (Revisie van factsheet van 2009)
- Houtum, L. van, Heijmans, M. COPD en werk. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Jansen, D., Cardol, M. Ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking is mensenwerk. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Jansen, D., Cardol, M. Mensen met een chronische ziekte of

beperking hebben voor hun ondersteuning bijna altijd te maken met meerdere wettelijke regelingen. www.nivel.nl: NIVEL, 2010

- Leemrijse, C.J., Ooms, L., Veenhof, C. Denken en Doen zet ouderen samen in beweging. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Maat, M. van der, Reitsma-van Rooijen, M., Dijk, L. van, Jong, J. de Consumenten over medicijnen en gezondheidsproducten via internet. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Maat, M. van der, Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J. de Vooral mensen met een slechte gezondheid maken bezwaar tegen het landelijk EPD. www.nivel.nl: Utrecht, 2010
- Ooms, L., Veenhof, C. Vaker op de fiets met Fiets-Fit! www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Ooms, L., Veenhof, C. Meer bewegen met Start to Run. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Tol, J., Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Schoenmakers, E.H., Veenhof, C. Wat vinden diëtisten van integrale bekostiging en van directe toegang diëtetiek? www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L. Werkdruk: meer dan overwerk. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Veer, A.J.E. de, Verkaik, R., Francke, A.L. Hoge verwachtingen over pas gediplomeerden. www.nivel.nl: NIVEL, 2010
- Veer, A.J.E. de, Verkaik, R., Francke, A.L. Begeleiden van stagiairs is vooral leuk. Zorgverleners over de aanwezigheid van stagiairs in hun team en de effecten van het Stagefonds. www.nivel.nl: NIVEL, 2010

8.12 *Overige factsheets*

- Meulenkamp, T., Smets, E. Meerderheid van (potentiële) deelnemers van biobanken wil onderzoeksresultaten ontvangen over hun genen in relatie tot ziekte. Amsterdam: AMC, 2010

8.13 Lezingen en posters

- Albada, A. Effects of a pre-visit website with QPS (Question Prompt Sheet) on post-visit outcomes in breast cancer genetic counseling. Bijeenkomst NVPO (Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie) Werkgroep Familiare Tumoren, Amsterdam, 9 september 2010.
- Albada, A. Effects of a pre-visit website with QPS (Question Prompt Sheet) for counselees in breast cancer genetic counseling. Bijeenkomst van de Werkgroep Oncogenetica van het UMCU, Utrecht, 26 oktober 2010.
- Albada, A. Can a pre-visit website with QPS (Question Prompt Sheet) tailor the information in the first visit for breast cancer genetic counseling? EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
- Albada, A. Effects of a pre-visit website with Question Prompt Sheet for counselees in breast cancer genetic counseling. The Eighth Conference on Psychology and Health, Lunteren, 28 mei 2010.
- Albada, A. Effects of a pre-visit website with QPS (Question Prompt Sheet) on the communication, needs fulfilment, recall, risk perception and perceived control of counselees in breast cancer genetic counselling. EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
- Albada, A. Breast cancer genetic counselling referrals and counselees' knowledge, risk perception, worry and information needs in the UK and the Netherlands. How comparable are the research findings between different countries? Oncogenetics Meeting UK and NL, Amsterdam, 10 maart 2010.
- Albada, A. Breast cancer genetic counselling referrals and counselees' knowledge, risk perception, worry and information needs in the UK and the Netherlands. How comparable are the research findings between different countries? Bijeenkomst AMG Centraal, Afdeling Medische Genetica UMC Utrecht, Utrecht, 2 maart 2010.
- Albada, A. Effects of a pre-visit website with Question Prompt Sheet (QPS) for counselees in breast cancer genetic counselling. Bijeenkomst Helen Dowling Institute, Utrecht, 16 november 2010.
- Albada, A. Effects of a pre-visit website with question prompt sheet for counselees in breast cancer genetic counselling on the consultation and their knowledge, risk perception and perceived personal control. Congres 'Medicine 2.0', Maastricht, 29-30 november 2010 (poster).
- Bakker, D. de VAAM/rVTV. Nederlands Congres Volksgezondheid 2010 'In Balans. Preventie en Zorg Beter in Balans', Rotterdam, 9 april 2010.
- Bakker, D. de Integrale bekostiging. Caranscopp, Elst, 13 april 2010.
- Bakker, D. de Veranderende zorgconsumptie in de eerste lijn: de loop van de patiënt. Eerste bijeenkomst Jan van Es Instituut (JVEI), 19 maart 2010.
- Bakker, D. de VAAM. Congres 'Kennis Beter Delen', Nieuwegein, 4 maart 2010.
- Bakker, D. de Wijkgerichte eerste lijn. ROS Beijaerd, Sittard, 27 mei 2010.
- Bakker, D. de Toekomstbestendige zorg in Brabant. Symposium Tranzo 'Brabant Medical School', Tilburg, 15 December 2010.
- Bakker, D. de Simpill. Symposium 'Real Time Medication Monitoring', Utrecht, 23 maart 2010.
- Bakker, D. de Zorggroep. Congres 1e Lijn, Almere, 4 november 2010 (workshop).
- Bakker, D. de Samenwerking en achterstandswijken. IGZ, Utrecht, 18 oktober 2010.
- Bakker, D. de Generalistische zorg. Invitational Conference NHG, Breukelen, 10 juni 2010.
- Bakker, D. de VAAM. Bijeenkomst bij VWS, Den Haag, 4 oktober 2010.

- Bakker, D. de Bereikbaarheid van huisartsen. ROS Holland Noord, Zaanstad, 13 oktober 2010.
- Batenburg, R. Towards an integrated and validated framework of health information system productivity gains. Onderzoeksdag Departement Informatica, Utrecht, 26 mei 2010 (poster).
- Bekkema, N. Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg. Aanbevelingen voor organisaties voor gehandicaptenzorg. Bijeenkomst Groep Kwaliteitsfunctionarissen, Utrecht, 7 oktober 2010.
- Bekkema, N. Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg. Aanbevelingen voor organisaties voor gehandicaptenzorg. Bijeenkomst Groep Kwaliteitsfunctionarissen, Zwolle, 30 september 2010.
- Bekkema, N. Protocollen Praat. Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg. Workshop Kennismarkt, Bussum, 27 mei 2010.
- Bekkema, N. Verantwoord richtlijngebruik in de gehandicaptenzorg. Aanbevelingen voor de IGZ. Bijeenkomst IGZ, Utrecht, 24 augustus 2010.
- Bensing, J. GULiVer: travelling into the heart of good doctor-patient communication from a patient perspective. An international multicentre study. EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
- Bensing, J. Crying in medical encounters in oncology and general practice. EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
- Bensing, J. Psychosociale oncologie. Speerpunten voor de komende periode. Bijeenkomst KWF, Amsterdam, 4 augustus 2010.
- Bloemendal, E. Comparative healthcare information and level of interest. A qualitative study about tailoring information on patients' experiences. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010.
- Bloemendal, E. Bewerking gegevens staaroperaties en heup- en knieoperaties tot keuze-informatie. Bijeenkomst Klankbordgroep, NIVEL, Utrecht, 27 mei 2010.
- Boer, D. de Using patient experiences as indicators of quality of care. Pre-Conference 'Integrating the Patients' Perspective' (EUPHA), Amsterdam, 10 november 2010.
- Boer, D. de Using patient experiences as indicators of quality of care. Symposium ISOQOL-NL (International Society for Quality of Life Research) 'Interpretation of Patient-Reported Outcomes', Amsterdam, 24 september 2010.
- Boheemen, C. A.M. van Care for patients with an increased risk for cardiovascular diseases. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010.
- Boheemen, C.A.M. van Voorschrijven van benzodiazepines door huisartsen. Trends en variatie. Workshop 'Gevolgen Afschaffing Vergoeding Benzodiazepines', Den Haag, 22 juni 2010.
- Booijs, J. Ontwikkeling CQ-index vragenlijst kankerzorg. Bijeenkomst Projectgroep CQI Kanker, Utrecht, 6 september 2010.
- Booijs, J. Ontwikkeling CQ-index vragenlijst kankerzorg. Bijeenkomst Expertgroep CQI Kanker, Utrecht, 14 september 2010.
- Booijs, J. Meetverantwoording CQ-index vragenlijst Kortdurende Ambulante GGZ. Bijeenkomst Begeleidingscommissie CQI-GGZ, Utrecht, 24 juni 2010.
- Borst, J. de Organisation of Emergency Obstetric Care in the Netherlands. Conference on Integrated Care, Tampere (Finland), 17-18 juni 2010 (poster).
- Borst, J. de Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. Congres 'Spoedzorg', Putten, 17 september 2010 (workshop).
- Borst, J. de Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. Congres 'Keten zorg en Geïntegreerde Zorg', Utrecht,

- 2 juli 2010 (workshop).
- Borst, J. de Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. Symposium 'Organisatie van Spoedzorg in de Verloskundige Keten', Utrecht, 21 september 2010.
 - Borst, J. de Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. ROAZ-Platform, Utrecht, 28 september 2010.
 - Bossen, D. ArtroseInBeweging. De ontwikkeling van een internet programma. Najaarsdagen Reumatologie, Papendal, Arnhem, 23-24 september 2010.
 - Bossen, D. The development and effectiveness of an internet self-management physical activity program in outside care patients with osteoarthritis of hip or knee. NCEBP (Nijmegen Centre for Evidence Based Practice) / Care Symposium 'Chronic Disease, Balancing the Tightrope of Health', Nijmegen, 4 juni 2010.
 - Brok, W. den Can family members be valid and reliable representatives for patients' experiences with stroke care? Pre-conference 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010.
 - Bruijine, M.C. de Patient safety culture in Dutch ICUs in 2009. Congres Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), De Reehorst, Ede, 11 februari 2010 (poster).
 - Cardol, M. Measuring participation. Bezoek Delegatie Danish Ministry of Interior and Social Affairs, Utrecht, 19 januari 2010.
 - Cardol, M. Hoe meet je participatie en autonomie? ISOQOL (Nederlandse afdeling van International Society for Quality of Life Research), Amsterdam, 22 april 2010.
 - Cardol, M. Het Panel Samen Leven, een uniek panel. Bijeenkomst Kennisnetwerk Sociale Integratie, Ede, 18 november 2010.
 - Cardol, M. Balancing between health and autonomy. Diabetes says: two sandwiches and one cream cracker only. 3e International Conference of IASSID-Europe (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities), Rome, 20-22 Oktober 2010.
 - Claessen, S. CQ-index palliatieve zorg. Congres 'Palliatieve Zorg en Ouderen', Lunteren, 23-24 september 2010.
 - Claessen, S.J.J. Measuring patient experiences with palliative care. European Association for Palliative Care, Glasgow, 11 juni 2010 (poster).
 - Devillé, W. Best practice factors of health services for migrants in the Netherlands. 3rd Conference 'Migrant and Ethnic Minority Health in Europe', Pécs (Hongarije), 27-29 mei 2010.
 - Devillé, W. Kanker bij nieuwe Nederlanders. Congres 'Allochtonen en Kanker, wie doet wat?', Nijmegen, 1 juli 2010.
 - Devillé, W. Migration and health in the European Union - preliminary results of a collaborative research project. 3rd Conference 'Migrant and Ethnic Minority Health in Europe', Pécs (Hongarije), 27-29 mei 2010.
 - Devillé, W. Kanker bij migranten. Oncologiedagen 2010, Arnhem, 18-19 november 2010.
 - Devillé, W. Regie en medezeggenschap van migrantenpatiënten en -cliënten in het bredere perspectief van de Nederlandse gezondheidszorg. Conferentie 'Rol en Medezeggenschap van Migranten als Patiënt/Cliënt in de Gezondheidszorg', Utrecht, 17 november 2010.
 - Devillé, W. Accessibility of healthcare for undocumented migrants in the Netherlands. An update. 3rd Conference 'Migrant and Ethnic Minority Health in Europe', Pécs (Hongarije), 27-29 mei 2010.
 - Dijk, L. van Evaluatie Programma Doelmatigheid CVRM (Cardiovasculair Risicomanagement). Resultaten. Conferentie 'Kwaliteit en doelmatigheid. Landelijk aangestuurd, regionaal uitgevoerd?', Zeist, 28 oktober 2010.
 - Dijk, L. van Verbetert Real Time Medication Monitoring therapietrouw van patiënten met diabetes? KNMP-Wetenschapscongres, Amsterdam, 5 oktober 2010.
 - Dijk, L. van Support by pharmacists for the therapy adherence

- of diabetes medication. A feasibility study. Nederlands Vereniging Klinische Farmacologie, Utrecht, 17 april 2010 (poster).
- Dijk, L. van Trends and interpractice variation in the prescription of statins between 2003 and 2008. A multilevel approach. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010.
 - Dijk, L. van Therapietrouw. Een kwestie van gewoon slikken. Bijeenkomst Partners Pharmacoach, Houten, 14 januari 2010.
 - Dijk, L. van Support by pharmacists for the therapy adherence of diabetes medication. A feasibility study. Nederlands Vereniging Klinische Farmacologie, Utrecht, 17 april 2010 (poster).
 - Dijk, L. van Direct to consumer advertising. Annual conference TILEC 'Consumer Choice in Healthcare Market', Tilburg, 2 december 2010.
 - Dijk, L. van Perspectief en wensen van belanghebbenden bij keuze van voorschrijfindicatoren. Conferentie 'Indicatoren van goed Voorschrijven. Visie vanuit de Wetenschap', Groningen, 15 december 2010.
 - Dijk, L. van Gevolgen afschaffing vergoeding benzodiazepines. Bijeenkomst met Universiteit Utrecht en Directie GMT van VWS, Den Haag, 22 juni 2010 (workshop).
 - Dijk, L. van Voorschrijven van benzodiazepines door huisartsen. Stoppen van chronisch gebruik. Bijeenkomst met Universiteit Utrecht en Directie GMT van VWS, Den Haag, 22 juni 2010.
 - Donker, G.A. Oseltamivir resistant pandemic A(H1N1) 2009 influenza viruses in the Netherlands. 7e Meeting 'Options for the Control of Influenza', Hong Kong, 3-7 september 2010 (poster).
 - Donselaar, C.G. Hoogte van respons, effect van prenotificatie, afzender en steekproeftrekking. Onderzoekersforum Centrum Klantervaring Zorg, Utrecht, 15 december 2010.
 - Dulmen, S. van Situational feedback using PDAs in IBS. Bijeenkomst Universiteit Tromso, Tromso (Noorwegen), 23 februari 2010.
 - Dulmen, S. van What determines the discussion of proper medication use and adherence with your patients? Unravelling videotaped GP-patient encounters using the reflective practice model. EACH Congress, Verona, 5 - 8 september 2010.
 - Dulmen, S. van Situational feedback using PDAs in IBS. Eighth Conference on Psychology and Health, Lunteren, 27 mei 2010.
 - Dulmen, S. van Overview of research on communication skills. Third Geneva Conference on Person-Centered Medicine, Genève, 3 mei 2010.
 - Dulmen, S. van Communicatie in de zorg voor kankerpatiënten. Nascholing Huisartsen, Amersfoort, 4 februari 2010.
 - Francke, A. Kwaliteitsindicatoren en database palliatieve zorg. Bijeenkomst Expertisecentra Palliatieve Zorg, Utrecht, 8 maart 2010.
 - Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst Integraal Kankercentrum Amsterdam, Amsterdam, 30 maart 2010.
 - Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst Integraal Kankercentrum, Rotterdam, 13 september 2010.
 - Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst ZonMW-Palliatieve Zorg, 11 maart 2010.
 - Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst Integraal Kankercentrum Zuid, Eindhoven, 17 juni 2010.
 - Francke, A. Onderzoek naar case management bij dementie. Bijeenkomst STIDA-Netwerk Dementie van AMC/VUMC over het onderzoeksproject Case Management bij Dementie, 28 mei 2010.
 - Francke, A. Measuring quality of palliative care from a user perspective. The CQ-index PC. CARE/NEPC-dag, Nijmegen, 4 juni 2010.

- Francke, A. Wetenschappelijk onderzoek over zorg in de laatste levensfase. Jaarbijeenkomst van V&VN Palliatieve Verpleegkunde, Vught, 27 april 2010.
- Francke, A. Palliatieve Zorg. Wat, waar en wie? Symposium van de HBOV, Utrecht, 21 januari 2010.
- Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst Integraal Kankercentrum, Amsterdam, 15 november 2010.
- Francke, A. Kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg. Bijeenkomst Ministerie van VWS, Den Haag, 4 maart 2010.
- Francke, A.L. Quality of Care through the relatives' eyes: findings of the CQ-index palliative care. European Association for Palliative Care, Glasgow, 12 juni 2010 (poster).
- Friele, R. Evaluatie Zw en Wmg. Bijeenkomst Commissie Gezondheidszorg VNO-NCW, 13 januari 2010.
- Friele, R. The dynamics of health care and the introduction of new technologies. JSTP Workshop 'Medical Devices for an Ageing Society', Sjanghai, 17-19 augustus 2010.
- Friele, R. Evaluatie Zw en Wmg. Inleiding voor de directie MEVA van het Ministerie van VWS, 21 januari 2010.
- Friele, R. Het goede antwoord op een andere vraag. Congres 'Kenniss Beter Delen', Nieuwegein, 4 maart 2010 (workshop).
- Friele, R. De gevolgen van de stelselwijziging en aandacht voor governance voor managers in de eerste lijn. Masterclass Eerstelijns Bestuurders, Tranzo, Tilburg, 12 februari 2010.
- Friele, R.D. Kennis van succesvolle implementatie. ZonMW Bijeenkomst 'Beleidsplan Implementatie', Den Haag, 8 september 2010.
- Friele, R.D. Inleiding over het nut van het tuchtrecht. Bijeenkomst Regionaal Tuchtcollege, Eindhoven, 8 november 2010.
- Friele, R.D. Great expectations, patient choice as a lever for change. TILEC/Tranzo Conference 'Consumer Choice in Health Care Markets', Tilburg, 2 december 2010.
- Friele, R.D. Zorgstelsel en zorginkoop. Beleidsdag 'Zorg en Zekerheid', Noordwijkerhout, 1 juni 2010.
- Friele, R.D. Klachtrecht in de gezondheidszorg. Recht op antwoord. Studiemiddag 'Klachtbehandeling in de Gezondheidszorg' van de Vereniging voor Klachtrecht, Utrecht, 14 april 2010.
- Friele, R.D. Ervaringen van mensen met het tuchtrecht in de gezondheidszorg. Werkconferentie Nederlandse Tuchtcolleges, Amsterdam, 15 april 2010.
- Friele, R.D. Meten. Marktdag van de IGZ, Utrecht, 26 mei 2010.
- Greuning, M. van Planning the Dutch GP workforce. Controlling the pork cycle? EHMA (European Health Management Association) Annual Conference 2010, Lahti (Finland), 30 juni 2 juli 2010.
- Groenewegen, P. Health care organization and service delivery. Working Conference 'Health Services Research in Europe', Den Haag, 8 april 2010.
- Groenewegen, P. Patiëntveiligheid en kwaliteit. Bijeenkomst Vakgroep Chirurgie Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein, 10 maart 2010.
- Groenewegen, P. De Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations 1970-2010. Jaarvergadering CMR Peilstations/LINH-Dag, Utrecht, 16 januari 2010.
- Groenewegen, P. Wellcome address. Working Conference 'Health Services Research in Europe', Den Haag, 8 april 2010.
- Groenewegen, P. Strengthening weak primary care systems in Europe. Conference 'The Future of Primary Care in Europe', Pisa, 30-31 augustus 2010.
- Groenewegen, P. The 2006 health insurance reform in the Netherlands – introducing universal coverage. Conference 'Implementing Social Health Insurance in Ireland', Dublin, 6 december 2010.
- Groenewegen, P. Cross-border learning. The Dutch health care system: heaven, hell or purgatory? Launch of the HiT Netherlands, Den Haag, 8 april 2010.
- Groenewegen, P. Choice of primary health care providers in the Netherlands. Policy Dialogue 'Increasing choice of primary health care providers in Finland', Helsinki, 15-16 maart 2010.

- Groenewegen, P. De Eerstelijin in Europa. Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg, Antwerpen, 11 december 2010.
- Groenewegen, P.P. Public health, prevention and primary care services. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010 (workshop).
- Groenewegen, P.P. Health services research in Europe. Health care organization and service delivery. Workshop Annual Conference European Health Management Association, Lahti, Finland, 30 juni 2010.
- Hansen, J. A roadmap for European health services research and its transferability to other regions? First Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, Zwitserland, 16 november 2010.
- Hansen, J. Health services research in Europe and Croatia. A roadmap for future research. Second Congress on Preventive Medicine and Health Promotion, Zagreb, Kroatië, 15 October 2010.
- Hansen, J. Main recommendations and follow-up. How can we keep improving HSR's contribution to policy? 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010 (workshop).
- Hansen, J. Future research priorities in European health services research and their use in European policy and practice. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010 (workshop).
- Hansen, J. Health services research in Europe. Where research and policy meet. Workshop tijdens Annual Conference European Health Management Association, Lahti, Finland, 30 juni 2010.
- Heijmans, M. Self-management tasks and support needs as perceived by patients with chronic illness. International Conference on Support for Self Management of Health, Stirling (Schotland), 11-13 mei 2010 (poster).
- Heijmans, M. Versterken zelfmanagement en regie van de patiënt. Lustrumconferentie Nationaal Programma Kankerbestrijding, Rotterdam, 17 november 2010.
- Hendriks, M. Different patient subgroup, different ranking of performance indicators? 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010.
- Jansen, D.L. Healthy behavior in COPD patients demands a multidimensional approach. Eighth Conference on Psychology and Health, Lunteren, 28 mei 2010.
- Jansma, J.D. Incidentmeldingen door arts-assistenten: barrières en oplossingen. Symposium 'Veiligheid een VOORdeel', Utrecht, 21 januari 2010.
- Jong, J.D de Zorginkoop. Symposium ter gelegenheid van de oratie van Prof. dr. E.C. Curfs, Heerlen, 1 oktober 2010.
- Jong, J.D. de The Dutch Health Insurance Reform. Presentatie tijdens Bezoek Zweedse Delegation, NIVEL, Utrecht, 18 juni 2010.
- Jong, J.D. de Zorgverzekeringswet en zorginkoop. Beleidsdag 'Zorg en Zekerheid', Noordwijkerhout, 1 juni 2010.
- Jong, J.D. de The Dutch health insurance reform. Presentatie tijdens Bezoek Amerikanen, NIVEL, 10 maart 2010.
- Jong, J.D. de Zorginkoop. Colloquium NIVEL, Utrecht, 10 maart 2010.
- Jong, J.D. de The 2006 Health Care Reform. An overview and first evaluation. Bijeenkomst 'Bezoek Finnen NIVEL', Utrecht, 27 september 2010.
- Kemper, P. Development of an observational measurement of explicit verbal communication on the intensive care. 4th International Workshop 'Behavioural Science Applied to Surgery (BSAS)', VUmc, Amsterdam, 13 september 2010.
- Kooijman, M.K. Subacromial complaints in physiotherapy and general practice. Primary Care Musculoskeletal Research Congress, Rotterdam, 13 oktober 2010.
- Kooijman, M.K. Directe Toegang Fysiotherapie in Nederland. Congres Axxon 'Samen Sterk in Zorg', Antwerpen (België), 8

- mei 2010.
- Kooijman, M.K. Direct access to physiotherapy in the Netherlands. From the physiotherapists' perspective. Hauptstadtkongress 2010 'Medizin und Gesundheit'. Forum Physiotherapie, Berlijn, 6 mei 2010.
 - Koopman, L. CQI Hulp bij het Huishouden. Bijeenkomst Kwaliteitsnetwerk Beleidsmedewerkers en Kwaliteitsfunctionarissen VVT uit de provincie Groningen en Drenthe, Zuidlaren, 12 april 2010.
 - Koopman, L. Presentatie CQI. Cursus Sleutelfiguren, Centrum Klantervaring Zorg, Utrecht, 29 maart 2010.
 - Koopman, L. Consumer Quality Index. Cursus Sleutelfiguren, Utrecht, 29 maart 2010.
 - Koopman, L. Presentatie CQI Sleutelfiguren. Open Dag Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 25 november 2010.
 - Koopman, L. The Consumer Quality Index. Measuring patient experiences in the Netherlands. Open Dag Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 26 november 2010.
 - Koopman, L. CQI privacyrichtlijnen. Open dag Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 25 november 2010.
 - Koopman, L. CQI privacyrichtlijnen. Workshop Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 16 september 2010.
 - Koopman, L. The Consumer Quality Index. Measuring patient experiences in the Netherlands. Workshop Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Utrecht, 16 september 2010.
 - Kringos, D.S. Monitoring the structure of primary care services in Europe. Results from the PHAMEU project, part I. Conference 'The Future of Primary Care in Europe', Pisa, 30-31 augustus 2010.
 - Kringos, D.S. Monitoring the provision of primary care services in Europe. Results from the PHAMEU project, part II. Conference 'The Future of Primary Care in Europe', Pisa, 30-31 augustus 2010.
 - Kringos, D.S. Primary health care: indicators for assessing its performance. Consultatiebijeenkomst bij DG SANCO, Luxemburg, 30 november 2010.
 - Kringos, D.S. Strategies for safeguarding and improving access to primary care services. Academy of Health 'Annual Research Meeting 2010', Boston (USA), 28 juni 2010.
 - Kringos, D.S. How to prepare a successful proposal for EU funding? 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10-13 november 2010 (workshop).
 - Kringos, D.S. The overall state of primary care in Europe. Results from the PHAMEU project, part IV. Conference 'The Future of Primary Care in Europe', Pisa, 30-31 augustus 2010.
 - Kringos, D.S. Monitoring the outcome of primary care services in Europe. Results from the PHAMEU project, part III. Conference 'The Future of Primary Care in Europe', Pisa, 30-31 augustus 2010.
 - Kroneman, M. How does the organisation of GP-care and specialist ambulatory medical care influence hospital admissions in Europe? 3rd European Public Health (EUPHA) Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 12 november 2010.
 - Lamkaddem, M. 'Gevlucht-Gezond-II'. Changes in health and health care utilization in (former) asylum seekers in the Netherlands, 2004-2010. 3rd Conference 'Migrant and Ethnic Minority Health in Europe', Pécs (Hongarije), 27-29 mei 2010.
 - Lamkaddem, M. Perceived discrimination and health care utilization of Turkish and Moroccan. Changes between 2001-2005. 3rd Conference 'Migrant and Ethnic Minority Health in Europe', Pécs (Hongarije), 27-29 mei 2010.
 - Leemrijse, C. Evaluating promising interventions to stimulate physical activity. International Congress on Physical Activity and Public Health, Toronto (Canada), mei 2010 (poster).
 - Leemrijse, C. Direct access to physical therapy in the Netherlands. Workshop 'Direct Access of the European Region'. World Confederation of Physical Therapy, Berlijn

- (Duitsland), mei 2010.
- Leemrijse, C. Direct access to physical therapy in the Netherlands. 'Mitgliederversammlung' van ZVK Landesverband NRW, Bochum, Duitsland, 27 februari 2010.
 - Maat, M.J.P. van der Het landelijk elektronisch patiënten dossier. Wat vinden 'burgers' ervan? Bijeenkomst Beleidsdirectie van MEVA, 28 september 2010.
 - Maat, M.J.P. van der Zelfzorggeneesmiddelen. Wat vinden 'consumenten' ervan? Bijeenkomst Programmacommissie Consumentenpanel Gezondheidszorg, Utrecht, 7 september 2010.
 - Merten, H. Measuring hospital quality in the Netherlands. 3rd PATH WHO International Conference, Brijuni, 24 september 2010.
 - Mistiaen, P. Australische Medische Schapenvacht effectief bij de preventie van stuitdecubitus. Anna Reynvaanlezing, Amsterdam, 20 mei 2010.
 - Mistiaen, P. A combined international multilevel analysis on the effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of sacral pressure ulcers. 4th European Nursing Congress 'Older Persons. The Future of Care', Rotterdam, 4-7 oktober 2010.
 - Mistiaen, P. De Australische Medische Schapenvacht. Een zinvolle aanvulling op de gebruikelijke interventies voor de preventie van decubitus. Geriatriedagen, Rotterdam, 11-12 februari 2010.
 - Mistiaen, P. De Australische Medische Schapenvacht onderzocht. Voorjaarscongres WCS en V&VN Decubitus en Wondverpleegkundigen, Culemborg, 11 februari 2010.
 - Mistiaen, P. An economic appraisal of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of sacral pressure ulcers. International Conference of the Australian Wound Management Association, Perth (Australië), 24-27 maart 2010 (poster).
 - Mistiaen, P. Prevention and treatment of intertrigo in the large skin folds. A systematic review. International Conference of the Australian Wound Management Association, Perth (Australië), 24-27 maart 2010 (poster).
 - Mistiaen, P. A combined international multilevel analysis on the effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of sacral pressure ulcers. International Conference of the Australian Wound Management Association, Perth (Australië), 24-27 maart 2010 (poster).
 - Mistiaen, P.J.M.L. Culturele sensitiviteit van richtlijnen voor palliatieve zorg. Werkconferentie 'Goede Zorg tussen Doen en Laten', Den Haag, 23 september 2010 (poster).
 - Niet, A. van der Evaluatie 11 kleine projecten in de psychiatrie. Opzet en achtergrond. Conferentie ZorgInnovatiefonds, Zeist, 29 september 2010.
 - Nijman, J. Ontwikkeling van de CQI radiotherapie. Bijeenkomst Commissie Kwaliteit Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie, Utrecht, 21 september 2010.
 - Nijman, J. Introducing the CQ-Index Radiotherapy. Scientific Meeting of the NVRO (Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie) and NVRB (Nederlandse Vereniging voor RadioBiologie), Utrecht, 26 november 2010.
 - Peeters, J.M. Home telecare for older persons. Experiences and perceived effects. 4th European Nursing Congress 'Older Persons. The Future of Care', Rotterdam, 6 oktober 2010.
 - Peeters, J.M. Technologie in de zorg opent nieuwe perspectieven. 10e Nationaal NVG Gerontologiecongres 'Mythen, Feiten en Ontwikkelingen', Ede, 1 oktober 2010.
 - Peeters, J.M. Evaluatieonderzoek Casemanagement Dementie, een inkijkje. Landelijke Netwerkbijeenkomst met Koploperregio's, Nieuwegein, 8 juni 2010.
 - Peeters, J.M. Zorg op afstand. Een kwestie van lange adem. Seminar Domotica en Zorg, Domotica Platform Nederland/KenteQ, Woerden, 5 februari 2010.
 - Pisters, M.F. Lange termijn effectiviteit van oefentherapie. Het belang van therapietrouw. KNGF- Congres, Amsterdam,

- december 2010.
- Pisters, M.F. Het beloop en voorspellende factoren van beperkingen in activiteiten bij ouderen patiënten met artrose aan de heup of knie. Najaarsdagen Reumatologie, Papendal, Arnhem, 23-24 september 2010 (poster).
 - Rademakers, J. Epilepsieconsulenten onderzocht door het NIVEL. Bijeenkomst Stuurgroep en Adviesraad van het project Epilepsieconsulent, Houten, 2 november 2010.
 - Rademakers, J. Patient activation measure. Bijeenkomst bij het NIGZ, Woerden, 21 september 2010.
 - Rademakers, J. NIVEL-onderzoek naar kwaliteit van zorg. Bijeenkomst Kennistafel van de Regieraad, 7 oktober 2010.
 - Rademakers, J. Importance of patient centered care for various patient groups. 3rd European Public Health (EUPHA) Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 11 november 2010.
 - Rademakers, J. Het meten van patiëntervaringen in de ketenzorg. Congres 'Ketenzorg en geïntegreerde Zorg - Recente Nationale en Internationale Ontwikkeling in Onderzoek, Projecten, Bekostiging en Beleid', Julius Centrum, Utrecht, 2 juli 2010 (workshop).
 - Rademakers, J. Structure, process or outcome. Which contributes most to patients' overall assessment of health care quality? Academy of Health 'Annual Research Meeting 2010', Boston, 27 juni 2010 (poster).
 - Rademakers, J. Can patient experience data be used for enhancing the quality of healthcare? Pre-Conference 'Integrating the Patients' Perspective'. 3rd European Public Health (EUPHA) Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10 november 2010 (workshop).
 - Reitsma-van Rooijen, M. Betalen voor spoedeisende hulp schrikt af. Mini-Symposium van de Samenwerkende Huisartsdienst Rijnland, 7 september 2010.
 - Reitsma-van Rooijen, P.M. Burgers en de publieke gezondheidszorg. Kennis, verwachtingen en ervaringen. Presentatie Programmacommissie CoPa, Utrecht, 30 maart 2010.
 - Reitsma-van Rooijen, P.M. Burgers en de publieke gezondheidszorg. Kennis, verwachtingen en ervaringen. Verdiepingslunch bij VWS, 9 februari 2010.
 - Riet-Paap, J.C. van Coordination and integration of primary care in Western Europe. 3rd European Public Health Conference 'Integrated Public Health', Amsterdam, 10 - 13 november 2010.
 - Rijken, M. Self-management support in clinical practice. Experiences of patients with chronic illness. International Conference 'Support for Self Management of Health', Stirling (Schotland), 11-13 mei 2010.
 - Rijken, M. Managing diabetes. Do control perceptions of spouses of diabetic patients matter? 8th Conference on Psychology and Health, Lunteren, 27 mei 2010.
 - Rijken, M. Chronic disease management programmes. An adequate response to patients' needs? Bijeenkomst RIZIV, Brussel, 22 december 2010.
 - Rijken, M. The perception of people with chronic illness, including the disability perspective. Ministerial Conference 'Innovative Approaches for Chronic Illnesses in Public Health and Healthcaresystems', Brussel, 20 oktober 2010.
 - Rijken, M. Leven met kanker. Lustrumconferentie Nationaal Programma Kankerbestrijding, Rotterdam, 17 november 2010 (poster).
 - Sixma, H. Ontwikkeling van de CQI Ambulancezorg en CQI SEH afdelingen. Bijeenkomst Vertegenwoordigers Ambulancezorg Nederland en Kwaliteitsmedewerkers SEH's en Ambulancediensten, Soesterberg, 12 oktober 2010.
 - Sixma, H. Resultaten toepassing CQI Diabeteszorg in de huisartsenpraktijk. Lustrumcongres Stichting Miletus, Zeist, 2 november 2010.
 - Sixma, H. Resultaten regionale implementatie CQI Huisartsenzorg. Lustrumcongres Stichting Miletus, Zeist, 2 november 2010.

- Sixma, H. De CQI Revalidatiecentra. Bijeenkomst Vertegenwoordigers Revalidatie Nederland en het Kwaliteitsnetwerk Revalidatiemedewerkers, Utrecht, 22 september 2010.
- Sixma, H. CQI Spoedzorg. Workshop Congres 'Recente Ontwikkelingen in de Spoedzorg', Putten, 17 september 2010.
- Sixma, H. De CQI Revalidatiecentra. Bijeenkomst LSR Stuur- en Klankbordgroep, Utrecht, 11 februari 2010.
- Veenhof, C. Prognostische factoren voor het beloop van beperkingen in activiteiten. KNGF-Congres, Amsterdam, december 2010.
- Veenhof, C. Physical activity and exercise adherence in physical therapy. Exercise treatment in patients with osteoarthritis of hip or knee. International Congress 'Physical Activity and Public Health', Toronto (Canada), mei 2010 (poster).
- Veenhof, C. De herziene KNGF richtlijn artrose heup-knie. Najaarsdagen Reumatologie, Papendal, Arnhem, 23-24 september 2010.
- Veenhof, C. An update of the Dutch physical therapy guideline on Hip and Knee OsteoArthritis (HKOA). Congress of The European League against Rheumatism, Rome, 16-19 juni 2010 (poster).
- Veer, A.J.E. de Succesvolle implementatie van technologieën in de verpleging en verzorging. 10e Nationaal NVG Gerontologie Congres 'Mythen, Feiten en Ontwikkelingen', Ede, 1 oktober 2010.
- Veer, A.J.E. de Determinants of job related stress experienced by nursing staff. 4th European Nursing Congress 'Older Persons. The Future of Care', Rotterdam, 6 oktober 2010.
- Veer, A.J.E. de Werkdruk, meer met minder? CNV Publieke Zaak, Forumdag Landelijke Bestuur Groep, Nijkerk, 16 juni 2010.
- Velden, L. van der Arbeidsmarktgegevens en -beleid. Studiedag Leidinggevend en Opleiders van de NVMBR (Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie), Oegstgeest, 9 februari 2010.
- Verhaak, P. De ondersteuning van de huisarts bij zorg voor psychische problemen. Inspiratiedag POH GGZ, Heerenveen, 14 april 2010.
- Verhaak, P. De ondersteuning van de huisarts bij zorg voor psychische problemen. Inspiratiedag POH GGZ, Apeldoorn, 31 maart 2010.
- Verhaak, P. Verrichtingen van de POH-GGZ in Friesland in beeld gebracht. Aftrap Opleiding POH GGZ door Hogeschool Friesland, Leeuwarden, 6 april 2010.
- Verhaak, P. Psychische problematiek in de eerstelijns. Het aandeel ELP. Jaarvergadering Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Utrecht, 25 juni 2010.
- Verhaak, P. Psychische en psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk. Wat kan de POH-GGZ betekenen? Conferentie 'Geen Eerstelijns GGZ zonder POH-GGZ', Soesterberg, 6 oktober 2010.
- Verhaak, P. Evaluatie 11 kleine projecten in de psychiatrie. Opzet en achtergrond. Conferentie ZorgInnovatiefonds, Zeist, 29 september 2010.
- Verhaak, P. De ondersteuning van de huisarts bij zorg voor psychische problemen. Inspiratiedag POH GGZ, Leiden, 11 maart 2010.
- Verheij, R. Het gebruik van zorggegevens uit elektronische patientendossiers van huisartsen voor onderzoek. Congres 'Registers in Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek', Leiden, 24 juni 2010.
- Verheij, R. Measuring rural health using primary care electronic medical records. 3rd International Congress 'Rural Health in Mediterranean and Balkan Countries', Tirana, 22-25 september 2010.
- Verheul, W. Psychophysiology and clinical communication. EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
- Verkaik, R. Depressie en dementie: een methode voor plezierige activiteiten in de zorg. Bevordering kwaliteit van leven en

- preventie van depressie bij ouderen. Bijeenkomst 'Depressie bij Ouderen', Amsterdam, 4 november 2010.
- Verkaik, R. Depressie en dementie. Depressiecongres 'Voor Verpleegkundigen in Ziekenhuizen, de Thuiszorg en Verpleeg- en Verzorgingshuizen', Ede, 23 maart 2010.
 - Verkaik, R. Comorbide depressie bij dementerende verpleeghuisbewoners. Effecten van de invoering van de Plezierige-Activiteiten-Methode. NVVP-Voorjaarscongres, Maastricht, 14 april 2010.
 - Vervloet, M. Tailored SMS reminders improve adherence to oral antidiabetics in patients using Real Time Medication Monitoring. Workshop 'RTMM, Opportunities for Practice and Research', Utrecht, 23 maart 2010.
 - Vervloet, M. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring. 3rd International Conference on Advanced Technologies & Treatments for Diabetes, Basel, 13 februari 2010.
 - Vervloet, M. Effects of Real Time Medication Monitoring and tailored SMS reminders on adherence to oral antidiabetics. CARE-Dag, Nijmegen, 4 juni 2010.
 - Vervloet, M. Verbetering van therapietrouw. Bijeenkomst 'Gebruik van Real Time Medication Monitoring' (RTMM), 26 januari 2010.
 - Vervloet, M. Effects of Real Time Medication Monitoring and tailored SMS reminders on adherence to oral antidiabetics. 14th European Symposium on PATient Adherence, COMPLIANCE and PERSISTENCE (ESPACOMP), Lodz, Polen, 16-17 september 2010.
 - Vervloet, M. Real Time Medication Monitoring. Opportunities for practice and research, Utrecht, 23 maart 2010.
 - Visscher, S. Measuring the quality of electronic medical records. 16th Congress of International Federation of Health Records Organizations 'Better Information for Better Health', Milaan, 17-19 november 2010.
 - Vliet, L.M. van Lay persons' tips to make medical consultations more succesful from a patient perspective. EACH Congres, Verona, 5 - 8 september 2010.
 - Wagner, C. Borging van veiligheid. Themamiddag 'Patientveiligheid' georganiseerd door Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Utrecht, 3 november 2010.
 - Wagner, C. Praktische integratie van veiligheidsinitiatieven. Congres 'Kwaliteit in Zorg' georganiseerd door Kluwer, Arnhem, 10 november 2010.
 - Wagner, C. De GOMA gedragscode en patientveiligheid. Workshop Centramed 'Goede Communicatie Leidt tot Minder Misverstanden', Woerden, 29 september 2010.
 - Wagner, C. IZEP: maak de veiligheidscultuur in uw organisatie bespreekbaar! Congres 'Expeditie Patientveiligheid', Den Haag, 25 november 2010 (workshop).
 - Wagner, C. Patientveiligheid en het leren van incidenten. Werkconferentie 'Medicatieoverdracht bij Spoedopnamen', Bussum, 30 september 2010.
 - Wagner, C. Onbedoelde schade tijdens ziekenhuisopnames. Boerhaave Nascholing 'Vorderingen in het Specialisme Ouderengeneeskunde', Leiden, 23 september 2010.
 - Wagner, C. Hands-up Veiligheidscultuur in de opleiding. Afscheidssymposium Bart Bijnen, Alkmaar, 26 augustus 2010.
 - Wagner, C. Overdracht binnen het ziekenhuis. Onderzoek naar medische overdracht en aanknopingspunten voor de farmacie. Module Medicatieveiligheid in kader van Post-Universitair Onderwijs Ziekenhuisfarmacie (PUOZ) en georganiseerd door de NVZA, Utrecht, 22 september 2010.
 - Wagner, C. Patiëntveiligheid op de SEH. Menselijk falen meest voorkomende oorzaak onbedoelde gebeurtenissen op SEH. 12e Landelijke Congres NVSHV (Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Eerste Hulp Verpleegkundigen), Ede, 29 maart 2010.
 - Wagner, C. Patiëntveiligheid. Congres 'Klinisch Redeneren

- voor Verpleegkundigen', VUmc, Amsterdam, 10 juni 2010.
- Wagner, C. Patiëntveiligheid en openheid. Bijeenkomst Centramed Woerden, Woerden, 12-14 juli 2010.
- Wagner, C. Evaluatie Sneller Beter. Congres 'Kennis Beter Delen', Nieuwegein, 4 maart 2010.
- Wagner, C. Does TRM fill holes in the Swiss cheese? Congres Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), De Reehorst, Ede, 11 februari 2010 (poster).
- Wagner, C. Hospital measures for quality improvement. Advisory Board Meeting of DUQuE, Brussel, 3 maart 2010.
- Wiegers, T. Maternity Care Assistants (MCA) in the Netherlands. ESF Workshop 'Promoting Normality in Childbirth across Europe', Dublin, 22-25 maart 2010.
- Wiegers, T. Fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS (en hun ouders). Bijeenkomst Adviescommissie Neonatale Screening AGS, Utrecht, 1 oktober 2010.
- Wiegers, T. Organisation and workload of midwifery care in the Netherlands. ESF Workshop 'Promoting Normality in Childbirth across Europe', Dublin, 22-25 maart 2010 (poster).
- Zee, J. van der Income and remuneration of general practitioners in Germany, the Netherlands, UK, Belgium and France. 44e Congres van de DEGAM (Deutsche Gesellschaft fuer Allgemeinmedizin), Dresden, 24 september 2010.
- Zegers, M. Ondersteuningsbehoeften van mensen met kanker. Lustrumconferentie Nationaal Programma Kankerbestrijding, Rotterdam, 17 november 2010 (poster).
- Zwijnenberg, N. Bewerking gegevens staaroperaties en heup- en knieoperaties tot keuze-informatie. Bijeenkomst Klankbordgroep op het NIVEL, Utrecht, 27 mei 2010.

8.14 Digitale producten

- NIVEL internetsites waarop cijfers uit de gegevensverzamelingen van het NIVEL worden gepubliceerd (digitale artikelen, -rapporten en -factsheets staan in de betreffende rubrieken vermeld).
- R.J. Kenens, L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/beroepeninzorg>> De beroepenregistraties verzamelen op continue basis gegevens over aantal, samenstelling en spreiding van verschillende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.
 - M. Reitsma-van Rooijen, J.D. de Jong. Consumentenpanel Gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/consumentenpanel>> Doel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg.
 - R.A. Verheij, C.E. van Dijk, H. Abrahamse, R. Davids, H. van den Hoogen, J. Braspenning, T. van Althuis. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.nivel.nl/LINH>> Het doel van LINH is representatieve, continue, kwantitatieve en kwalitatieve informatie over de door Nederlandse huisartsen geleverde zorg te genereren.
 - A.J.E. de Veer, A.L.Francke. Het Panel Verpleging & Verzorging, Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/panelvenv>> Doel van het Panel is op landelijk niveau informatie verzamelen over de meningen en ervaringen van werkenden in de verpleging en verzorging over beroepsinhoudelijke onderwerpen, plezier in het werk, en groeiomogelijkheden.
 - I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker, C. Veenhof. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/LIPZ/>> De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ)

is een netwerk van geautomatiseerde extramurale fysiotherapiepraktijken, praktijken voor oefentherapie Cesar, praktijken voor oefentherapie Mensendieck en praktijken voor diëtetiek.

- F.G. Schellevis, G.P. Westers. De Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/nationalestudie/>> De tweede nationale studie is een vervolg op de eerste nationale studie. Het doel van beide onderzoeken is om te voorzien in de behoefte aan actuele, nationaal representatieve informatie over de rol en de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg.
- M. Heymans, M. Cardol, T. Meulenkamp. Zorg- en Leefsituatie van chronisch zieken en gehandicapten, Utrecht: NIVEL, <<http://www.nivel.nl/chronisch-zieken-en-gehandicapten>> Cijfers over de situatie van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland en de factoren die op die situatie van invloed zijn aan de hand van drie hoofdonderwerpen: participatie, zorg en werk & inkomen.

9 De Raad van Toezicht en de Maatschappelijke Advies Raad

De Raad van Toezicht van het NIVEL ziet toe op het besturen van de stichting door de directie. In het verslag jaar is de Raad van Toezicht vijfmaal bijeen geweest.

- *Samenstelling Raad van Toezicht NIVEL*

Prof. dr. N.A.M. Urbanus	voorzitter
Drs. W. Geerlings, arts	lid
Prof. dr. J. Gussekloo	lid
Mr. G.J.A. Hamilton	lid
Prof. dr. P. Hooimeijer	lid

Naast de Raad van Toezicht kent het NIVEL een Maatschappelijke Adviesraad. De Maatschappelijke Adviesraad adviseert de directie over het onderzoeksprogramma en de relatie tussen onderzoek, beleid en veld. Bij de samenstelling van de Maatschappelijke Adviesraad is rekening gehouden met het krachtenveld waar het NIVEL in werkt. Het gaat in dat krachtenveld dan om de volgende partijen: de overheid, de financiers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepelorganisaties en de patiëntenverenigingen. In het verslagjaar is de Maatschappelijke Adviesraad tweemaal bijeen geweest.

- ***Samenstelling Maatschappelijke Adviesraad***

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten	voorzitter
J.J.M. Becker Hoff	KNOV
Dr. E.P. Beem	ZonMw
Dr. A. Boer	CVZ
Dr. J. Bont	LHV
Dr. M.E. Homan	NZA
L. Kliphuis, MPH	LVG
Drs. A.J. Lamping	ZN
W.M.C.L.M. Schellekens, arts	IGZ
A.L. Schipaanboord	V&VN
Dr. C. Smit	oud-voorzitter VSOP, vertegenwoordiger van het patiëntenperspectief
O. Suttorp, arts MBA	NVZ
A.E. Timmermans, huisarts	NHG
Dr. L. Wigersma	KNMG

10 Personele zaken

- *Wetenschappelijk personeel*

Directie

Groenewegen, prof. dr. P.P.

Afdelingshoofden

Bakker, prof. dr. D.H. de

Friele, prof. dr. ir. R.D. (*adjunct directeur onderzoek*)

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

Schellevis, prof. dr. F.G.

Honorary research fellow

Bensing, prof. dr. J.M.

Programmaleiders

Batenburg, dr. R.S.

Devillé, prof. dr. W.L.J.M.

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

Dulmen, dr. A.M. van

Francke, prof. dr. A.L.

Hendriks, dr. M.C.P. (*waarnemend*)

Jong, dr. J.D. de

Korevaar, dr. ir. J.C.

Rijken, dr. P.M.

Verhaak, prof. dr. P.F.M.

Veenhof, dr. C.

Wagner, prof. dr. C.

Ijzermans, dr. C.J.J.M.

Onderzoekers

Albada, drs. A.

Bakker, dr. M.P.

Beek, drs. A.P.A. van

Bekkema, drs. N.

Beljouw, drs. I.M.J. van

Bes, drs. R.E.

Bijnen, drs. E.M.E. van

Bloemendal, drs. E.

Boer, dr. D. de

Boerma, dr. W.G.W.

Boerleider, drs. A.W.

Boheemen, drs. C.A.M. van

Booij, dr. J.C.

Borst, drs. J. de

Bossen, drs. D.

Botje, drs. D.

Brabers, drs. A.E.M.

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

Buers, drs. C.C.E.

Butalid, drs. L.

Cardol, dr. M.

Coppen, dr. mr. R.

Dijk, drs. C.E. van

Don, drs. M.I.

Donker, dr. G.A.

Donselaar, drs. C.G.

Dorsman, drs. S.A.

Dusseljee, drs. J.C.E.

Genet, drs. N.A.

Graaf-Ruizendaal, drs. W.A. de
Greuningen, drs. M. van
Groen-van Dorsten, drs. P.S.
Hansen, dr. J.H.H.I.
Heijmans, dr. M.J.W.M.
Heiligers, dr. Ph.
Hingstman, dr. L.
Hoogen, dr. P.C.W. van den
Hooiveld, dr. ir. M.
Hopman, dr. E.P.C.
Houtum, drs. L. van
Huibers-Barten, drs. J.A.
Jabaaij, dr. L.
Jansen, drs. D.L.
Janssen, drs. J.C.J.A.
Jetten, drs. P.
Kalf, ir. R.R.J.
Khan, drs. N.A.
Kooijman, drs. M.K.
Koopman, dr. ir. L.
Kringos, drs. D.S.
Kroezen, drs. M.
Kroneman, dr. ir. M.W.
Kruikemeier, drs. S.
Langelaan, dr. M.
Leemrijse, dr. C.J.
Lieshout, drs. H.L.A.W. van
Lee, drs. I. van der
Leeuw-Stravers, drs. E. de
Lubberding, drs. S.
Maat, drs. M.J.P. van der
Martirosyan, dr. L.D.
Meerhoff, dr. T.J.
Merten, drs. H.
Meulenkamp, drs. T.M.

Mistiaen, dr. P.J.M.L.
Molen, drs. I.N. van der
Muilwijk, drs. E. van
Nielen, dr. M.M.J.
Niet, drs. A.G. van der
Nijman, drs. J.L.
Nijrolde, dr. I.
Noordman, drs. J.
Ooms, drs. L.
Oosterhuis, drs. T.
Paget, dr. W.J.
Peeters, dr. J.M.
Peters, drs. L.
Pisters, dr. M.F.
Prins, dr. M.A.
Puffelen, drs. A.L. van
Reitsma-van Rooijen, dr. P.M.
Sanches, drs. S.A.
Schäfer, drs. W.L.A.
Schepman, drs. S.M.
Sibma, drs. T.S.
Siemerink, ir. K.M.
Sixma, dr. H.J.M.
Sman-de Beer, dr. F. van der
Spies-Dorgelo, dr. M.N.
Steeg, drs. L. van de
Stirbu-Wagner, dr. I.
Swinkels, dr. I.C.S.
Teunissen, drs. H.
Tol, ir. J.
Triemstra, dr. A.H.M.
Ursum, drs. J.
Veer, dr. A.J.E. de
Veer, drs. J.H.B. van der
Velden, dr. L.F.J. van der

Verheij, dr. R.A.
Verheul, drs, W.
Verkaik, dr. R.
Versnel, drs. N.
Vervloet, drs. M.
Victoor, drs. A.
Visscher, dr. S.
Vliet, drs. L.M. van
Wendel, dr. S.
Wiegers, dr. Th.A.
Wolters, drs. I.
Zegers, dr. H.W.M.
Zuidgeest, drs. M.

Zwaan, drs. L.
Zwaanswijk, dr. M.
Zwijnenberg, drs. N.C.

Kenniscentrum

Friele, prof. dr. ir. R.D. (*hoofd*)
Gelder, M. van
Gevel, drs. J. van der
Heijden, drs. P.M.J.R. van der
Otten, drs. R.N.
Snippe, drs. H.W.
Winckers, drs. M.L.J.J.

- ***Wetenschappelijk onderzoeksondersteuning***

Research medewerkers

Abrahamse, H.P.H.
Broek, drs. R.W. van den
Davids, R.N.
Gravestein, J.V.
Hoek, L.S. van der
Kenens, drs. R.J.
Maessen, drs. J.T.F.
Ngo, Q.T.
Spreeuwenberg, drs. P.M.M.
Veen, drs. P.M.H. ten

Videotheek

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

Ondersteuningscluster survey- en panelonderzoek

Baarle, J.M. van
Dussenbroek, A.M.
Hermans, drs. I.M.J.
Hoekstra, J.
Hofhuizen, drs. C.J.M.
Loomans, drs. D.S.E.
Pasveer, drs. D.
Snoek-van Dorp, J.M.B.
Visser, ir. R.M.J. de (*coördinator*)
Zoelen-Bouwman, P.S. van

Administratieve medewerkers registratiesystemen

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

Secretariaten

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

Overige projectondersteuning

Beek, K.E.C. van
Brok, H.M.
Hermanns-Vagule, drs. B.
Juffermans, drs. J.
Lokhorst, W.H.
Schoenmakers, drs. E.H.

Bibliotheek en documentatie

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

Adjunct directeur bedrijfsvoering

Roos, drs. M.

Projectbeheer

Bosman, ir. J.M. (*hoofd*)
Sonnenberg, drs. G.P. (*hoofd*)

Financiële administratie

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

Personeelszaken

Rooseboom-Schinkel, drs. E.E.
(*personeelsfunctionaris*)
Hilst-Huijgen, A.C. van der
Wilke-Bhikhoe, A.

Salarisadministratie

Kerkman-Pouw, A.

Directiesecretariaat

Haverkamp, E.J.M.
Kamphuis, mr. S.A. (*directiesecretaris*)
Wedman, M.W.

ICT en Facilitaire Service

Vries, R. de (*hoofd*)
Beijers-de Boer, A.
Contente Lopes, A.J.
Echtelt-Cornelissen, M.M.J. van
Emmerik-Teunissen, J.M.M. van
Houthuijzen-Bachmann, H.
Koolen-Hazendonk, J.M.C.
Kuik-Voorn, A.M. van
Nagtegaal, M.
Spans, A.
Spruit, W.L.
Valkonet-Wammes, P.A.J.M.

EFPH

Aarendonk, drs. D.F.

EUPHA

Barnhoorn, dr. F.
Zeegers, dr. mr. D.

- **Formatie per functie**

In tabel 1 wordt over de periode 2006 tot en met 2010 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 31-12 in aantallen medewerkers

	2006	2007	2008	2009	2010
Wetenschappelijk management	5	5	5	5	5
Programmaleiders	10	11	10	11	12
Onderzoekers > 6 anciënniteitsjaren	46	42	41	45	46
Onderzoekers < 6 anciënniteitsjaren	36	31	36	47	46
Onderzoeksondersteuning	70	63	64	69	43
Kenniscentrum	10	9	9	9	9
Niet wetenschappelijk personeel	24	24	23	25	25
Totaal	201	185	188	211	186

- **Ziekteverzuim**

Het NIVEL heeft een stabiel ziekteverzuimcijfer dat ruim onder het landelijk gemiddelde zit. De verzuimfrequentie (aantal ziekmeldingen per medewerker per jaar) is met 1,1 ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde.

Tabel 2: Ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof)

	Totaal verzuimpercentage
2006	3,1%
2007	3,2%
2008	2,4%
2009	2,8%
2010	3,1%

- **Omvang subsidies**

In figuur 1 is de omvang van de subsidies van het NIVEL weergegeven voor de periode 2004 tot en met 2010. De omzet is gestegen t.o.v. 2009. Dit is in overeenstemming met de hogere personele bezetting.

Figuur 1: Omvang subsidies NIVEL 2004-2010

