

18 OKT. 1984

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
HUISARTSEN INSTITUUT
POSTBUS 812-3500 AV UTRECHT **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

**De vier landelijke instituten
voor gezondheidszorgonderzoek**

een overzicht van
onderzoeksprogramma's

- NcGv - Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
postadres: postbus 14084, 3508 SC UTRECHT
- NZI - Nationaal Ziekenhuis Instituut
postadres: postbus 9697, 3506 GR UTRECHT
- NIPG/TNO - Nederlands Instituut voor Preventieve Gezond-
heidszorg TNO
postadres: postbus 124, 2300 AC LEIDEN
- NHI - Nederlands Huisartsen Instituut
postadres: postbus 812, 3500 AV UTRECHT

Utrecht, september 1984.

Omslagontwerp: Hans Lampe (NZI)

Typewerk en lay-out: Brigitte Sluijk (NHI)

Druk: Nederlands Huisartsen Instituut

Drieharingstraat 26 3511 BJ Utrecht

Postbus 812 3500 AV Utrecht

Inhoudsopgave

	pag
Voorwoord	
Hoofdstuk 1 HET INSTITUTENOVERLEG	1
1.1. Het institutenoverleg	1
1.2. Doelen van dit overleg	3
1.3. Gezondheidszorgonderzoek	4
Hoofdstuk 2 DE VIER LANDELIJKE INSTITUTEN VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK	
2.1. Inleiding	6
2.2. Nederlands centrum Geestelijke volks- gezondheid	6
2.3. Nationaal Ziekenhuisinstituut	8
2.4. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO	10
2.5. Nederlands Huisartsen Instituut	11
2.6. Nabeschouwing	13
Hoofdstuk 3 DE ONDERZOEKSCAPACITEIT IN 1984	
3.1. Indeling in onderzoeksvelden	15
3.2. Preventie	20
3.3. Samenhang voorzieningen	21
3.4. Ontwikkeling managementinstrumenten	22
3.5. Effectiviteitsonderzoek	23
3.6. Kwaliteit van de zorg	23
3.7. Ontwikkeling zorgvraag	24
3.8. Ontwikkeling informatiesystemen	24
3.9. Faciliteiten en mankracht	25
3.10. Financieringsystemen	26
3.11. Verrichtingen/verstrekkingen	26
3.12. Interne organisatie	26
3.13. Kosten (prijzen)	27
3.14. Nabeschouwing	27

Hoofdstuk 4 **ANALYSE EN DISCUSSIE**

4.1. Inleiding	29
4.2. Gezondheidszorgonderzoek	29
4.3. Het vraag/aanbod model	30
4.4. De onderzoekscapaciteit	31
4.5. Conclusies	34

VOORWOORD

In toenemende mate begint ook in Nederland duidelijk te worden welke betekenis wetenschappelijk onderzoek kan hebben voor het functioneren van de gezondheidszorg. De resultaten daarvan hebben immers zichtbaar gemaakt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg in een land niet alleen afhankelijk is van medisch-technologische ontwikkelingen en vooruitgang maar dat ook de structuur en de inrichting van de gezondheidszorg grote invloed heeft op het functioneren ervan.

Niet alle betrokken partijen zijn zich dit in dezelfde mate bewust.

De consument van de zorg, de patiënt, is doorgaans het meest geïnteresseerd in de individuele hulp die hij krijgt. Dat de kwaliteit van deze hulp beïnvloed wordt door zaken als onderlinge afstemming, samenhang van voorzieningen etcetera is nog niet op grote schaal in patiëntenkringen doorgedrongen. In het veld van de hulpverlening zelf zijn dergelijke invloeden veel meer bekend. Het is niet voor niets dat taakafbakening, samenwerking, consultatie etcetera de laatste jaren in het middelpunt van de belangstelling staan.

De meeste bekendheid geniet het gezondheidszorgonderzoek bij de overheid, de adviesorganen en de landelijke organisaties. Voor besturing van de gezondheidszorg en voor het optimaal alloceren van schaarse middelen is het gebruik van onderzoek onontbeerlijk.

Enerzijds draagt het gegevens aan die voor het maken van keuzes en het voeren van beleid noodzakelijk zijn, anderzijds helpt het de effectiviteit van de huidige voorzieningen te vergroten.

In het besef van het toenemend belang van dit alles zijn de vier landelijke instituten op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek doende hun krachten te bundelen om gezamenlijk te gaan werken aan afstemming en ontwikkeling van dit onderzoek in Nederland. De vier instituten bestrijken in principe het gehele terrein van de gezondheidszorg doordat zij de vier sectoren vertegenwoordigen t.w. de preventieve- en basisgezondheidszorg (NIPG/TNO), de eerstelijnsgezondheidszorg (NHI) de intramurale gezondheidszorg (NZI) en de geestelijke gezondheidszorg (NcGv).

Hun maatschappelijke taak is primair gericht op het toepassen respectievelijk toepasbaar maken van wetenschappelijk onderzoek voor de ontwikkeling en het beleid van de gezondheidszorg. Deze instituten verkeren daarbij elk in de unieke positie dat zij voor wat betreft hun eigen sector directe relaties hebben zowel met het veld als met overkoepelende organisaties en de overheid.

Vanuit bovengenoemde positie hebben de vier instituten het initiatief genomen om in een regelmatig overleg een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. De samenwerking tussen de vier instituten is op gang gekomen. Allereerst zijn de onderzoeksprogramma's van de vier instituten met elkaar vergeleken en in kaart gebracht. Van deze activiteiten wordt verslag gedaan in de voor U liggende nota.

Rest ons nog te vermelden dat veel voorbereidend werk is verricht door drs. A. van der Kwartel (NZI) en drs. E.M. Sluijs (NHI). Laatstgenoemde is tevens rapporteur van deze nota.

Drs. J.M. Bensing (NHI), voorzitter

W.M.J. van Duyne, arts (NIPG/TNO)

Drs. T.E.D. van der Grinten (NCGv)

Dr. D. van der Meer (NZI)

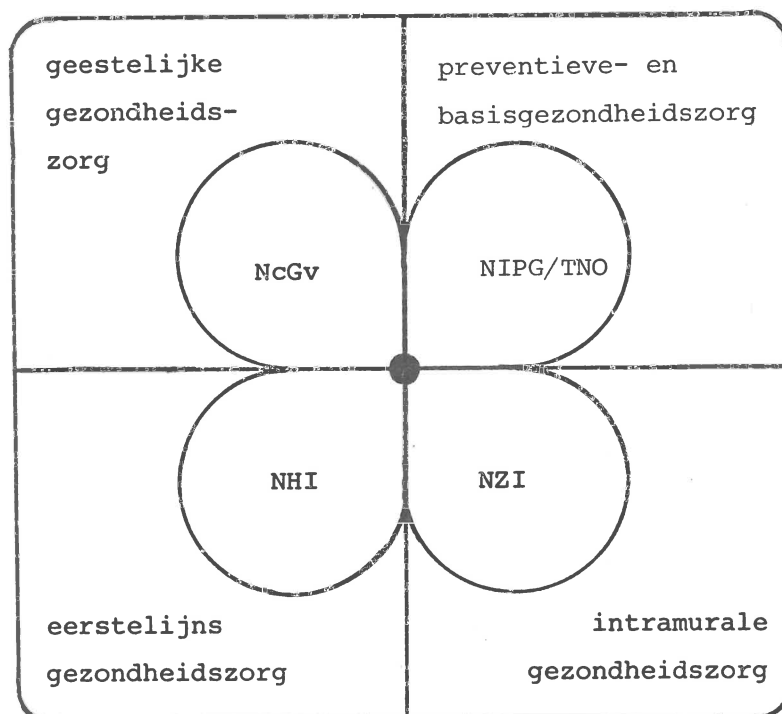
1. HET INSTITUTENOVERLEG

1.1. Het institutenoverleg

Deze nota bevat een beschrijving en analyse van het gezondheidszorgonderzoek zoals dat (in 1984) verricht wordt door:

- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)
- Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI)
- Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG/TNO)
- Nederlands Huisartsen Instituut (NHI)

In principe werken deze landelijke instituten vanuit vier deeltherreinen van de gezondheidszorg t.w. de preventieve gezondheidszorg (NIPG/TNO), de eerstelijnsgezondheidszorg (NHI), de intramurale gezondheidszorg (NZI) en de geestelijke gezondheidszorg (NcGv), waarmee het gehele terrein van het gezondheidszorgonderzoek wordt bestreken. Een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk van de vier instituten is hun intermediaire positie tussen enerzijds het veld en anderzijds de overkoepelende organisaties of overheid; elk instituut heeft voor zijn eigen sector directe relaties met deze beide partijen.



Deze nota is een gezamenlijk produkt van de vier instituten, ontstaan uit het zogenoemde "instituten-overleg" dat sinds mei 1982 plaatsvindt naar aanleiding van een brief van de Directeur Generaal van de Volksgezondheid waarin onder meer wordt voorgesteld "...te komen tot een verdergaande samenwerking tussen het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid. Achtergrond van dit voorstel is dat genoemde vier instituten beschouwd kunnen worden als de kern van het beleidsgericht gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Ook kunnen deze instituten gezamenlijk een belangrijke bijdrage leveren aan de versterking van de landelijke coördinatie van het gezondheidszorgonderzoek, welke met name in verband met de op te richten Raad voor Gezondheidsonderzoek van bijzondere betekenis is".

Dit initiatief is in eerste instantie door het NZI opgepakt en momenteel wordt met een wisselend voorzitterschap gewerkt. Op dit moment maken de volgende personen deel uit van het overleg:

NcGv: Drs. T.E.D. van der Grinten (dir.) en drs. J.C.M. Mastboom.
NZI : Dr. D. van der Meer (dir.) en drs. A.J.J. van der Kwartel.
NIPG/TNO: W.J.M. van Duijne, arts (dir.) en dr. A. Dijkstra.
NHI : Mw. drs J.M. Bensing (wnd. dir.) voorzitter en Mw. drs. E.M. Sluijs.

In deze nota, waarin de vier instituten voor het eerst gezamenlijk naar buiten treden, worden de samenwerkingsmogelijkheden verkend. Daarnaast is dit produkt vooral ook een voorbereiding op het voorgenomen werk van het Institutenoverleg dat gericht zal zijn op verdere ontwikkeling van de plaats en de betekenis van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Deze nota is derhalve nog vooral beschrijvend en inventariserend van karakter. In de nota wordt ingegaan op de redenen die er zijn voor overleg en samenwerking tussen de vier instituten en op de overeenkomsten die er - met inachtneming van de sector-specificiteit - op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek te vinden zijn. Het belangrijkste deel van de nota is gewijd aan kwantita-

tieve en kwalitatieve analyse van het gezondheidszorgonderzoek dat door de vier instituten tesamen verricht wordt.

1.2. Doelen van dit overleg

De doelen van dit overleg zijn in twee groepen te onderscheiden:

1. Een interne, samenbundelende functie:

- de onderlinge afstemming van de onderzoeksprogramma's
- het leren van elkaars sterke kanten (bijv. uitwisselen van expertise over toepassing van onderzoek)
- het uitwisselen van onderzoeksmateriaal en onderzoekinstrumenten
- kwaliteit: het ontwikkelen van toetsingscriteria met betrekking tot de kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek.

2. Een externe, naar buitengerichte functie:

- visie-ontwikkeling en stimulering van (onderzoeks) beleid.
- verkennen van de plaats en betekenis van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland.

In voornoemd overleg is uitsluitend gekeken naar het wetenschappelijk onderzoek dat door elk instituut wordt verricht. Allerlei overige activiteiten, waarin de instituten overigens nogal verschillen, zijn buiten beschouwing gelaten. Ook aan het eigen karakter van de vier gezondheidszorgsectoren is in deze overlegperiode nog weinig aandacht besteed. Wel wordt er hier met nadruk op gewezen dat dergelijke sectorspecifieke elementen op alle gebieden aanwezig zijn.

Deze nota biedt een samenhangend overzicht van het onderzoek dat door de vier instituten wordt verricht. Dit overzicht verschaft een basis voor de werkzaamheden die hierboven als doelen zijn aangegeven. Ook biedt het de mogelijkheid leemtes en overlappingen in de onderzoeksprogramma's op het spoor te komen. Daarnaast kan het overzicht gebruikt worden om het huidige gezondheidszorgonderzoek af te zetten tegen de maatschappelijke behoefte aan onderzoek bijv. door inventarisatie van maatschappelijke problemen die met behulp van onderzoek beter hanteerbaar gemaakt kunnen worden.

In deze nota wordt uitgegaan van de onderzoeksprogrammering van elk Instituut en is een kader ontworpen om een gemeenschappelijke presentatie van de vier onderzoeksprogramma's mogelijk te maken.

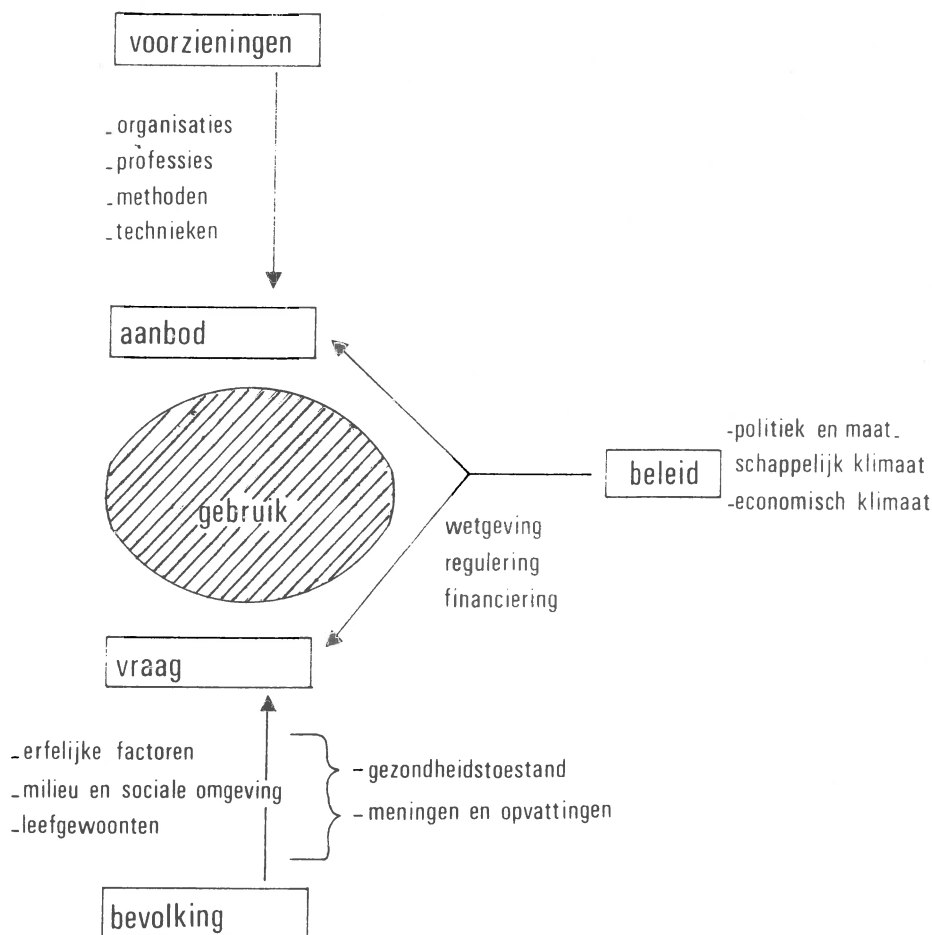
1.3. Gezondheidszorgonderzoek

Het gemeenschappelijke aspect van de vier instituten is het gezondheidszorgonderzoek, oftewel health services research. Hoewel het gezondheidszorgonderzoek pas recentelijk tot ontwikkeling is gekomen, vooral in de Verenigde Staten, is het snel bezig een eigen identiteit te ontwikkelen. Er worden verschillende definities van gezondheidszorgonderzoek gehanteerd waarvan we er twee noemen: "Health Services Research houdt zich bezig met de doeltreffendheid (effectiveness) van de medische zorg" (Flook en Samazaro, 1973) en een wat uitgebreidere definitie die de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg hanteert: "Gezondheidszorgonderzoek is het wetenschappelijk onderzoek naar de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg als geheel en van elke sector en elke voorziening en instelling daarbinnen". Het gezondheidszorgonderzoek is primair niet gericht op de ziekten of aandoeningen op zich maar op de daarvoor noodzakelijke voorzieningen en de afstemming van deze voorzieningen op de zorgvraag. Daarnaast ligt het accent op gezondheid en op het voorkómen van ziekte. In het gezondheidszorgonderzoek spelen drie hoofdelementen een rol:

- 1) de vraag naar gezondheidszorg
- 2) het aanbod van de gezondheidszorgvoorzieningen
- 3) het beleid van de overheid en zorgverlenende instanties om hun doelstellingen te verwezenlijken.

Schematisch als volgt voor te stellen (zie volgende pagina):

het terrein van het gezondheidszorgonderzoek



Twee belangrijke kenmerken van gezondheidszorgonderzoek zijn:

- het is toegepast wetenschappelijk onderzoek, hetgeen enerzijds betekent dat de onderzoeksvraagstellingen ontleend worden aan actuele maatschappelijke en beleidsvraagstukken, en anderzijds, dat de onderzoeksproducten in principe (soms direct, maar vaker indirect of op termijn) bruikbaar dienen te zijn voor al diegenen die bij de gezondheidszorg op macro-, meso-, of microniveau betrokken zijn.

Als betrokkenen kunnen genoemd worden patiënten, hulpverleners, veldorganisaties, (managers van) instellingen, overheid etcetera.

- Het onderzoek is interdisciplinair van karakter. Afhankelijk van de specifieke vraagstelling zullen verschillende disciplines bij het

onderzoek betrokken zijn zoals bedrijfs- en bestuurskundigen, economen, epidemiologen, juristen, medici, organisatiedeskundigen, planners, psychologen, sociologen etc etc.

Zoals al eerder (pag. 2) werd opgemerkt zal het institutenoverleg de betekenis en de plaats van het gezondheidszorgonderzoek nader bestuderen. In deze nota wordt volstaan met een beschrijving van de inhoud van de verschillende onderzoeksvelden waarbij konkrete onderzoeksvoorbeelden ter verduidelijking zijn toegevoegd.

Daarnaast vindt men (in hoofdstuk 3) een overzicht van de onderzoekscapaciteit die op elk van de onderzoeksvelden is ingezet. Daaraan voorafgaand worden in hoofdstuk 2 de overeenkomsten en de verschillen tussen de vier instituten besproken. In hoofdstuk 4 tenslotte worden de in hoofdstuk 3 gepresenteerde gegevens nog eens nader bekeken aan de hand van het hiervoor gepresenteerde schema van het gezondheidszorgonderzoek.

2. DE VIER LANDELIJKE INSTITUTEN VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK.

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de vier onderzoeksinstituten, die tesamen deze notitie hebben verzorgd, nader voorgesteld. Welke doelstellingen en taken hebben zij zichzelf gesteld en hoe hebben zij hun werkterrein ingedeeld?

Nadat de instituten afzonderlijk zijn beschreven volgt een korte beschouwing over verschillen en overeenkomsten tussen de instituten. In de beschrijving is met name ingegaan op het onderzoek dat door de instituten wordt verricht.

2.2. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Het NcGv heeft zich statutair tot doel gesteld een bijdrage te leveren aan de bevordering van de geestelijke volksgezondheid en van de gees-

telijke gezondheidszorg.

Ter bereiking van deze doelstelling heeft het NcGv zich een aantal taken gesteld, namelijk:

- informatie, documentatie en voorlichting;
- uitvoering, stimulering, begeleiding en coördinatie van onderzoek;
- advisering ten aanzien van beleid;
- overleg en samenwerking

Hiermee is een keuze gemaakt uit een aantal mogelijke middelen om die doelstelling te bereiken.

Als uitgangspunten voor de concrete uitvoering van de taken zijn onder andere aangegeven:

- aansluiten bij actuele vraagstukken (geen strikt theoretisch werk);
- streven naar praktische toepasbaarheid;
- aansluiten bij vragen van cliënten van geestelijke gezondheidszorg;
- het, bij de bevordering van de geestelijke gezondheidszorg, laten gelden van het belang van de cliënt bij een goede hulpverlening;
- plaatsing van de (beleids) vragen op deelterreinen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg als geheel.

De doelstelling, de voor de realisering daarvan aangegeven taken en de bij de uitvoering in acht te nemen uitgangspunten, vormen het algemene kader voor de programmering van de werkzaamheden van het NcGv. Overigens hebben een aantal werkzaamheden van het NcGv een zodanig karakter, dat een thematische programmering weinig zinvol is. Met name is hierbij te denken aan de dienstverlening (bibliotheek, filmdienst, documentatie, literatuuronderzoek) en de uitgaven (MGV, Literatuurbulletin, gids, NcGv-reeks).

De programmering van deze taken is in de eerste plaats gericht op het bewaken van de continuïteit.

Ten aanzien van de onderzoeksprojecten is een thematische programmering toegepast. Daarbij zijn de onderzoeksprojecten ingedeeld in een aantal hoofdthema's

- Praktijk van de hulpverlening
- Herstructurering en reorganisatie geestelijke gezondheidszorg

- Instrumentenontwikkeling
- Behoeften hulpvragers
- Patientenrechten en patiëntenbelangen
- Kwantitatieve gegevens
- Geestelijke volksgezondheid

Deze onderverdeling is niet vervaardigd om een strikte (organisatorische) scheiding tussen onderwerpen en de daaronder geschaarde activiteiten van het NcGv aan te brengen.

Veel activiteiten die het NcGv onderneemt zijn tegelijk relevant voor meerdere van de genoemde onderwerpen. Waar het om gaat is dat er een zekere 'clustering' aangebracht wordt van activiteiten die qua bedoeling, vraagstelling, benadering en dergelijke samenhangen.

Uit het programma van de sectie Onderzoek blijkt onder andere het belang dat het NcGv hecht aan het onderzoek op het terrein van de praktijk van de hulpverlening en de herstructurering en de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

2.3. Nationaal Ziekenhuisinstituut

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek, verzorgt opleidingen ten behoeve van de ziekeninrichtingen en de gezondheidszorg, en verzamelt en verstrekt (beleids-)informatie van en voor de intramurale gezondheidszorg in Nederland.

Het NZI helpt het ziekenhuismanagement door ondersteuning van de beleidsontwikkeling van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en door dienstverlening aan de individuele instellingen die hierom vragen.

Het NZI wil zich opstellen als een onderzoeksinstituut van en voor de intramurale gezondheidszorg. Dit betekent, dat het NZI zoveel als enigszins mogelijk is instellingen concreet wil helpen bij het oplossen van door hen ervaren en te verwachten problemen. Het is echter ook duidelijk, dat daarbij prioriteiten dienen te worden gesteld.

Het NZI reserveert een deel van zijn capaciteit voor het helpen bij

specifieke problemen van individuele instellingen en de NZR. Voor het overgrote deel van zijn activiteiten gebruikt het NZI als selectie criterium de vraag in hoeverre de op te nemen activiteit van invloed kan zijn op het landelijke beleid. Het NZI bevindt zich immers in de unieke positie, dat het werkt ten behoeve van de instellingen en tegelijkertijd nauw verbonden is met het landelijk beleidsorgaan van de intramurale gezondheidszorg, de NZR.

Het NZI wenst deze intermediaire positie zodanig te benutten, dat de kennis en ervaring die worden opgebouwd door het uitvoeren van concrete activiteiten ten behoeve van de instellingen, ook ten goede kunnen komen aan het totaal van de intramurale gezondheidszorg. Dit kan het NZI bereiken, doordat het vanuit kennis van de problemen bij de instellingen en van de wijze, waarop de instellingen deze problemen trachten op te lossen, de NZR kan ondersteunen bij zijn inbreng in het landelijk beleidsproces.

Het NZI stelt zich in zijn activiteitenkeuze tot taak instellingsbeleid te vertalen naar regionaal en landelijk beleid en omgekeerd. Het NZI heeft zijn prioriteiten vastgesteld door te kiezen voor een beperkt aantal aandachtsgebieden.

Dit zijn: Kostenbeheersing, Kwaliteit en Doelmatigheid, Regionalisatie, Strategische beleidsontwikkeling en Zorg voor Ouderen. Per aandachtsgebied wordt een werkconcept gehanteerd, waarbij er naar wordt gestreefd de verschillende taken van het NZI (onderzoek, advisering, opleidingen en beleidsondersteuning) in onderlinge samenhang vorm te geven.

Met de keuze van deze aandachtsgebieden meent het NZI een aantal belangrijke probleemvelden voor de (intramurale gezondheidszorg te hebben geselecteerd, waarbij samen met de NZR en de instellingen richting kan worden gegeven aan een aantal belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

2.4. Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO

De doelstelling van het NIPG/TNO als onderzoeksinstituut kan worden samengevat als het verrichten van onderzoek gericht op de preventie van ziekte en het bevorderen van de gezondheid in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht, alsmede kennisoverdracht en onderwijs in de sociale geneeskunde.

Het NIPG/TNO-programma omvat onderzoek gericht op (gezondheidszorg) voorzieningen die van belang zijn voor de preventie, op levensomstandigheden en leefwijzen die in positieve of negatieve zin op de gezondheid kunnen inwerken, alsmede op de vroegtijdige onderkenning van gezondheidsafwijkingen die zich onder invloed van omgevingsfactoren en/of individugebonden factoren kunnen voordoen.

In tegenstelling tot veel andere onderzoeksinstituten op het terrein van de gezondheidszorg, die uitgaan van een disciplinegeoriënteerd onderzoeksprogramma ofwel zich richten op de bestudering van specifieke (groepen) ziektebeelden, kenmerkt het NIPG/TNO zich door een brede, veldgeoriënteerde, probleemgerichte en hieruit voortvloeiend een vaak multidisciplinaire benadering.

Binnen het onderzoek op het gebied van de preventieve gezondheidszorg laten zich in principe twee onderzoeksbenaderingen onderscheiden die beide in het huidige NIPG/TNO-programma zijn vertegenwoordigd, te weten:

- a) Onderzoek dat primair als object heeft de gezondheid van mensen en factoren die hierop van invloed zijn, onderzocht vanuit het oogpunt van preventie: preventief gezondheidsonderzoek.
- b) Onderzoek dat primair als object heeft de gezondheidszorg, de structuur en het functioneren hiervan, onderzocht vanuit het oogpunt van preventie: preventief gezondheidszorgonderzoek.

Het NIPG/TNO richt zich op de toepassingsvelden gezondheidszorg in algemene zin, jeugdgezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg en de gezondheidszorg voor ouderen.

In elk toepassingsveld wordt, afhankelijk van de vraag naar onderzoek, een optimale combinatie van de beide onderzoeksbenaderingen nagestreefd, alsmede van hierbij te hanteren onderzoeksmethoden afkomstig uit o.a. de medische, sociale- en technische wetenschappen.

Het werkprogramma is ingedeeld naar hoofdonderwerpen en onderwerpen:

hoofdonderwerp	onderwerp
- Preventieve Gezondheidszorg algemeen	<ul style="list-style-type: none">• Basisgezondheidszorg• Planning & Financiering• Epidemiologisch onderzoek• Preventieve Gezondheidszorg voor gehandicapten• Neurofysiologie
- Jeugdgezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">• Zuigelingen en kleuters• Schoolgaanden en adolescenten
- Preventieve Gezondheidszorg voor Ouderen	<ul style="list-style-type: none">• Zelfstandigheid en zorgbehoefte
- Mens en Arbeid	<ul style="list-style-type: none">• Epidemiologie en Bedrijfsgezondheidszorg• Arbeidsomstandighedenonderzoek• Experimenteel psychologisch en psychofysiologisch onderzoek• Gehooronderzoek

2.5 Nederlands Huisartsen Instituut

Het Nederlands Huisartsen Instituut bevindt zich in een ontwikkelingsfase van een disciplinegericht huisartseninstituut naar een onderzoeksinstituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg. Deze ontwikkeling, die al enige jaren aan de gang is, wordt momenteel in versneld tempo zichtbaar. Traditioneel stond bij het NHI de huisarts centraal, sinds een aantal jaren wordt zijn functioneren bestudeerd in samenhang met de overige hulpverleners en voorzieningen en sinds kort wordt ook afzonderlijk onderzoek verricht naar de samenstelling en het functioneren van andere beroepsgroepen in de eerste lijn.

Het onderzoek dat het NHI verricht laat zich kenmerken als toegepast sociaal wetenschappelijk onderzoek. Het veld van toepassing is de

eerstelijnsgezondheidszorg en de gebruikers van de producten van het NHI vindt men vooral in kringen van de overheid, en ook wel, het 'georganiseerde veld'.

Het NHI werkt in een tamelijk gecompliceerd krachtenveld waarin het Ministerie van WVC, dat de basissubsidie van het instituut verleent, de financiers van zorg, de beroepsverenigingen, de koepelorganisaties en de patientenverenigingen ieder een rol spelen. Deze 'multiafhankelijke' positie van het NHI vindt zijn weerslag in de nieuw te creëren bestuursstructuur van het instituut en in de uitgebreide consultatieronde langs alle partijen die jaarlijks aan het vaststellen van het onderzoeksprogramma vooraf gaat.

Inhoudelijk bezien kan men het onderzoek dat het NHI verricht omschrijven als: het verklaren van het feitelijk gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (vooral in de eerste lijn) vanuit de vraag- en aanbodfactoren onder de condities van het stelsel financiering, verzekering en wetgeving. De laatste drie zijn randvoorwaarden die grote invloed op de hulpverlening hebben en als zodanig mede object van onderzoek zijn.

Binnen het primaire onderzoeksveld kan men een onderscheid maken in de vraagkant van de zorg waarbij de consument centraal staat en de aanbodkant waarin de eerstelijns hulpverleners centraal staan.

Reeds lange tijd ligt het accent van de activiteiten van het NHI op de aanbodkant. Registratie van en onderzoek naar mankracht en voorzieningen, met speciale aandacht voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, neemt daarbij een belangrijke plaats in.

Aanbodfactoren zullen ook in de toekomst een belangrijk onderwerp van onderzoek blijven. Daarnaast zal meer dan voorheen aandacht geschonken worden aan kenmerken van patienten bij het verklaren van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Het functioneren van de eerstelijns wordt niet geïsoleerd bestudeerd maar in samenhang met kenmerken van andere gezondheidszorgvoorzieningen. Hier kan gewezen worden op het onderzoek naar het verwijzen door de huisarts dat al vele jaren een activiteit van het NHI is.

Nieuw is hier de aandacht voor de nazorgfunctie en voor de relatie tussen de eerste lijn en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Tot slot kan nog genoemd worden het onderzoek naar vraag-aanbod-rela-

ties in de huisartspraktijk en onderzoek naar invloeden op het hulpverleningsproces zelf waarbij de videotheek een continue bron van informatie is.

Voor de komende jaren heeft het NHI zijn onderzoeksactiviteiten georganiseerd rond onderstaande elf aandachtsvelden, waarvan sommige al een lange onderzoekstraditie kennen en anderen nog in ontwikkeling zijn:

- Volume- en functieaanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg
- Multidisciplinaire samenwerking en de effecten daarvan
- Patientenstromen tussen eerste en tweede lijn
- Herstructurering van de gezondheidszorg (effectonderzoek)
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg
- Vraag- en aanbodrelaties in de huisartspraktijk
- Vraag- en aanbodrelaties nader bekeken: de videotheek
- Tussen vraag en aanbod: het hulpverleningsproces
- Effectmeting en kwaliteit van handelen
- De fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg
- De consument in de eerstelijnsgezondheidszorg.

2.6. Nabeschouwing

Hoewel deze notitie zich vooral richt op het onderzoek, dat door de instituten wordt uitgevoerd, is het toch goed om hier te concluderen, dat zij daarnaast met elkaar een breed scala aan activiteiten ontplooiën, zoals bijvoorbeeld informatieverwerking en -verspreiding, bibliotheek- en documentatie, opleiding, advisering en beleidsondersteuning. Ieder van de instituten geeft een eigen zwaarte aan deze activiteiten en vult op eigen wijze de samenhang tussen deze activiteiten in.

Ten aanzien van het onderzoeksaspect, kunnen de volgende gemeenschappelijke kenmerken worden genoemd:

- het zijn landelijke instituten;
- ze zijn niet universitair;

- er wordt voornamelijk toegepast wetenschappelijk onderzoek gedaan;
- het onderzoek is vooral gericht op het functioneren van de gezondheidszorg (gezondheidszorgonderzoek; health services research);
- ieder instituut heeft een natuurlijke betrokkenheid met één sector/onderdeel van het gezondheidszorgsysteem, t.w.
 - NZI : intramurale gezondheidszorg
 - NHI : eerstelijnsgezondheidszorg
 - NcGv : geestelijke gezondheidszorg
 - NIPG/TNO: preventieve gezondheidszorg/basisgezondheidszorg.
- ieder instituut kan voor zijn sector gezien worden als intermediaire organisatie vanwege de directe relatie met het veld , de koepels en de overheid.

Naast de overeenkomsten kunnen ook een aantal verschillen tussen de 4 instituten worden onderkend:

- financiering

Het NZI kent een relatief grote basissubsidie, terwijl het NcGv en het NHI veel op contractbasis werken.

Bij het NIPG/TNO bestaat ongeveer 50% uit basis- en doelfinanciering.

- positie

Bij het NZI bestaat er een directe relatie, zowel bestuurlijk als financieel, met de NZR als koepel van de intramurale instellingen. Het NIPG/TNO zit ingebed in de TNO-structuur. Bij het NcGv en het NHI bestaan directe en/of indirecte bestuurlijke relaties met het onderzoeksveld en een financiële relatie met de rijksoverheid.

- onderzoeksvisie

Er zijn verschillen in de mate waarin de onderzoeksresultaten door het instituut zelf worden geïmplementeerd of toegepast. In het beleid van het NZI wordt onderzoek, advisering, opleiding en beleidsontwikkeling als een geïntegreerd geheel gezien.

Het NIPG/TNO beschouwt implementatie van onderzoek als een van haar taken met name op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg.

Het NcGv en het NHI voeren wat betreft de toepassing van onderzoek een minder actief beleid waarbij vooral het NHI het meest op wetenschappelijk onderzoek op zich gericht is.

- omvang.

De instituten verschillen qua omvang nogal van elkaar. Hierbij moet er echter op worden gewezen, dat door de veelheid aan activiteiten die worden uitgevoerd, er een heel ander beeld kan ontstaan, wanneer uitsluitend naar de onderzoekscapaciteit wordt gekeken.

3. DE ONDERZOEKSCAPACITEIT IN 1984

3.1. Indeling in onderzoeksvelden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoekscapaciteit van de vier instituten beschreven en geanalyseerd.

Omdat elk van de vier instituten werkt met een eigen indeling van onderzoeksvelden, die niet zonder meer tot elkaar herleidbaar zijn, was het nodig - voor een geïntegreerde presentatie - te zoeken naar een categorieënsysteem waarbinnen het onderzoek van alle vier instituten een plaats zou kunnen vinden. Dit categorieënsysteem werd gevonden in de indeling in onderzoeksvelden die al jarenlang door het Ministerie van WVC wordt gehanteerd. Behalve dat het gebruik van dit systeem een geïntegreerde presentatie en onderlinge vergelijking van de programma's van de vier instituten mogelijk maakt, ontstaat op deze wijze tevens het voordeel dat hierdoor het overleg met het Ministerie van WVC over de gezamenlijke onderzoeksprogramma's vergemakkelijkt wordt en vergelijking met het Departementale onderzoeksprogramma mogelijk maakt. Een nadeel van deze gezamenlijke indeling is het feit dat de sectorspecifieke benadering van het onderzoek onder tafel verdwijnt. Hierdoor lijkt de mate van overeenkomst groter dan in werkelijkheid het geval is.

De WVC-indeling is op een aantal punten verfijnd om een nauwkeurige beschrijving mogelijk te maken, maar zoals schema 1 laat zien zijn beide indelingen tot elkaar herleidbaar.

(zie volgende pagina)

Schema 1: Indeling van de onderzoeksvelden

gehanteerde indeling in onderzoeksvelden	onderzoeksvelden Ministerie van WVC
1. Ontwikkeling zorgvraag	- idem
2. Preventie	- idem
3. Samenhang voorzieningen	} Organisatie en samenhang voor-
4. Interne organisatie	
5. Kwaliteit	- idem
6. Faciliteiten/Mankracht	} Volume-ontwikkeling
7. Verrichtingen/Verstrekkingen	
8. Kosten (prijscomponent)	} Kosten en financiering
9. Financiering (systemen)	
10. Managementinstrumenten	} Doelmatigheid en doeltreffendheid
11. Effectiviteitsonderzoek	
12. Ontwikkeling Info-systemen	- idem

De volgende verfijningen zijn aangebracht:

- Organisatie en Samenhang van Voorzieningen (WVC) is gesplitst in dat onderzoek dat is gericht op de interne organisatie van voorzieningen (bijvoorbeeld managementproblematiek) en het onderzoek dat is gericht op de samenwerking en de samenhang tussen voorzieningen.
- Volume Ontwikkeling (WVC). Aan het aspect 'volume-ontwikkeling' zijn tenminste twee deelaspecten te onderscheiden namelijk de voorzieningenkant in de zin van menskracht, gebouwen, apparatuur enzovoort en daarnaast de verstrekkingenkant, dat wil zeggen het gedrag van de hulpverlener in de zin van verstrekkingen en verrichtingen.
- Kosten Financiering (WVC) is gesplitst in onderzoek naar de kosten van de gezondheidszorg (het prijskaartje) en onderzoek naar de systemen van financiering (bijvoorbeeld het budgetteringssysteem).

- Doelmatigheid en Doeltreffendheid (WVC). Enerzijds gaat het hierbij om de vraag of men bij de uitvoering van de benodigde taken optimaal gebruik maakt van de beschikbare middelen. De ontwikkeling van managementinstrumenten is op dit soort efficiencyproblemen gericht. Anderzijds gaat het erom of de gebruikte middelen tot het gewenste doel leiden, het zogenaamde effectiviteitsonderzoek bijvoorbeeld onderzoek naar de effecten van een diagnostisch centrum, van medische ingrepen etcetera.

De indeling heeft niet de pretentie volledig discriminerend te zijn, wel blijkt zij hanteerbaar om concrete onderzoeksprojecten grofweg te kunnen typeren. De onderzoeksvelden moeten gezien worden als functionele ingangen om de projecten (achteraf) in kaart te kunnen brengen; zij vormen geen ingangen voor het opzetten van projecten.

Bij de inventarisatie van de onderzoekscapaciteit is de volgende procedure gehanteerd: Uitgangspunt vormen de plannings over het kalenderjaar 1984. De meerjarenplanningen van de instituten kondigen voornog geen ingrijpende wijzigingen aan zodat dit als een reëel uitgangspunt beschouwd kan worden. Voor het bepalen van de onderzoekscapaciteit zijn in deze nota specifieke criteria gehanteerd: werkzaamheden die niet tot het 'echte' onderzoekswerk gerekend worden zijn niet meegeteld, evenmin als overhead, voorbereiding, coördinatie of begeleiding. Desondanks dient men de hierna te noemen percentages met de nodige voorzichtigheid te interpreteren en te beschouwen als globale indicaties en niet als exacte kwantiteiten. De verdeling van de onderzoekscapaciteit in mankracht is van de vier instituten in tabel 1 weergegeven (zie volgende pagina), voor de gevolgde procedure zie de noot bij de tabel.

Tabel 1: Onderzoekscapaciteit in manjaren per onderzoeksveld en per instituut (in 1984)

	1. Ontwik- keling zorgvraag	2. Preven- tie	3. Samen- hang voorzie- ningen	4. Interne organisa- tie	5. Kwali- teit	6. Facili- teiten/ mankracht	7. Ver- richtin- gen/ver- strek- kingen	8. Kosten (prijs- compo- nent)	9. Finan- ciering (systemen)	10. Mana- gement- instru- menten	11. Effec- tivi- teitson- derzoek	12. Ontwik- keling info-sys- temen	TOTAAL
- NcGv	1,9	2,8	4,2	0,6	2,4	0,7	1,2	-	-	1,8	6,1	0,1	21,8
- NZI	0,2	-	8,6	0,7	5,5	1,3	0,1	0,9	3,6	9,9	0,2	1,0	32,0
- NIPG	6,1	30,5	1,9	0,1	2,1	0,2	-	-	-	1,7	5,4	7,3	55,3
- NHI	2,9	-	3,8	0,7	2,2	3,5	3,2	0,3	1,0	0,3	1,2	2,4	21,5
TOTAAL in manjaren	11,1	33,3	18,5	2,1	12,2	5,7	4,5	1,2	4,6	13,7	12,9	10,8	130,6
TOTAAL in procenten	8,5%	25,5%	14,2%	1,6%	9,3%	4,4%	3,4%	0,9%	3,5%	10,4%	9,9%	8,3%	99,9%

Gevolgde procedure: per instituut is de onderzoekscapaciteit omgerekend in volledige manjaren. Een half-tijde onderzoeker is dus 0,5 manjaar.

Van elk onderzoeksproject is bepaald welk(e) onderzoeksveld(en) het meest van toepassing is/zijn. Wanneer het onderzoeksproject in meerdere onderzoeksvelden past is de capaciteit evenredig over de velden verdeeld. Bijvoorbeeld het onderzoek 'Financiële Problematiek van Gezondheidscentra (NHI)' is voor 80% toebeedeeld aan 'Financieringsystemen' en voor 20% aan 'Interne Organisatie'.

Tabel 2: Profiel van de onderlinge relaties tussen de onderzoeksvelden

1. ONTWIKKELING ZORGVRAAG	2. PREVENTIE	3. SAMENHANG VOORZIENINGEN	4. INTERNE ORGANISATIE	5. KWALITEIT	6. FACILITEITEN/MANKRACHT	7. VERRICHTINGEN/VERSTREKKINGEN	8. KOSTEN (PRIJSCOOPMENT)	9. FINANCIERING (SYSTEMEN)	10. MANAGEMENT INSTRUMENT	11. EFFECTIVITEITS ONDERZOEK	12. ONTWIKKELING INFOSYSTEMEN
6	7	6	2	9	3	1	1	5	8	6	11
	27	1	2			6			1		
		8				1			4	8	
			1								
				1							
					1						
						1	1				
							1				
								5			
									8		
										6	
											2

In elke cel staat het aantal onderzoeksprojecten (totaal 156) dat aan één of aan een combinatie van twee onderzoeksvelden is toegewezen. De cellen op de dikgedrukte diagonaal bevatten de projecten (totaal 85) die door één veld getypeerd konden worden; in de overige cellen staan de 71 projecten die niet door één maar door twee onderzoeksvelden getypeerd worden (een horizontaal en een vertikaal veld).

Als voorbeeld de betekenis van de drie cellen in de derde rij (zie pijl):

- In de eerste cel staan 6 projecten waarin het onderzoeksveld Samenhang Voorzieningen gecombineerd is met Ontwikkeling Zorgvraag.
- In de tweede cel 1 project waarin Samenhang Voorzieningen gecombineerd is met Preventie.
- In de derde cel (diagonaal) staan 8 projecten waarbij alleen Samenhang Voorzieningen van toepassing is.

In dit overzicht is geen rekening gehouden met verschillen in omvang van de projecten.

In tabel 2 zijn dezelfde onderzoeksprojecten nogmaals ingedeeld maar nu op projectniveau. Elke cel bevat het aantal projecten dat aan een onderzoeksveid (diagonaal) of aan een combinatie van onderzoeksvelden (buiten de diagonaal) is toebedeeld. De gevolgde procedure is weer in de noot bij de tabel beschreven.

Wanneer eerst naar de totale onderzoekscapaciteit van alle instituten samen wordt gekeken ziet men wat betreft de ingezette mankracht de volgende zwaartepunten:

- Preventie	25,5% (33,3 manjaren)
- Samenhang voorzieningen	14,2% (18,5 manjaren)
- Ontwikkeling managementinstrumenten	10,4% (13,7 manjaren)
- Effectiviteitsonderzoek	9,9% (12,9 manjaren)
- Kwaliteit van de zorg	9,3% (12,2 manjaren)
- Ontwikkeling zorgvraag	8,5% (11,1 manjaren)
- Ontwikkeling informatiesystemen	8,3% (10,8 manjaren)

3.2. Preventie

Bij Preventieonderzoek gaat het bijvoorbeeld om het opsporen van risicogroepen in de bevolking, om het bestuderen van de achtergronden en de effecten van riskant gedrag alsmede van de mogelijkheden tot gedragsverandering. In principe gaat het daarbij om de vraag welke preventieve maatregelen of versterking van preventieve zorg de behoefte aan curatieve gezondheidszorg kan voorkomen of verminderen. Van Etten (1980) noemt op dit gebied bijvoorbeeld onderzoek naar voedingsgewoonten, het gebruik van alcohol, drugs, tabak en geneesmiddelen, maatschappelijke probleemsituatie zoals stress en tekort aan sociale weerbaarheid. Daarnaast hoort hier het preventieonderzoek in medisch-biologische zin thuis bijvoorbeeld onderzoek naar effecten van interventies gericht op preventie zoals screening op P.K.U.

Een kwart (33.3 manjaren) van de totale onderzoekscapaciteit van de vier instituten blijkt in 1984 voor het preventieonderzoek te worden ingezet.

Overigens betekent dit niet dat alle instituten veel onderzoek naar preventie doen. Het onderzoek is bijna uitsluitend (92%) bij het NIPG/TNO te vinden; niet voor niets draagt dit instituut de term "preventie" in zijn naam.

De capaciteit van het NIPG/TNO binnen het zwaartepunt preventie wordt voor een deel besteed aan onderzoek op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg dat ook tot het preventieonderzoek wordt gerekend. Dit onderzoek werd mede gestimuleerd door het in werking treden van de Arbeidsomstandighedenwet. Twee andere preventiethema's bij het NIPG/TNO zijn onderzoek op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en onderzoek naar bevolkingsgroepen met een verhoogd risico.

Overige preventieonderzoek (+8%) is alleen nog bij het NcGv te vinden en betreft de geestelijke volksgezondheid. Onderzoeksthema's zijn hier preventie van chroniciteit en preventie van verslavingen. Wat betreft de sectorspecifieke benadering wordt in de geestelijke gezondheidszorg (NcGv) vooral een gedragsmatige aanpak gehanteerd; de onderzoeksthema's bij het NIPG/TNO vereisen doorgaans een medischbiologische, een sociaal wetenschappelijke en een technisch wetenschappelijke aanpak. Bij het NZI en het NHI is in 1984 geen mankracht voor preventieonderzoek ingezet.

De titels van alle onderzoeksprojecten zijn in Bijlage 1 opgenomen.

3.3. Samenhang Voorzieningen

Tot dit onderzoeksveld behoren allerlei vormen van samenhang en samenwerking op bestuurlijk, functioneel en operationeel niveau.

Naar inhoud zijn in dit onderzoeksveld de volgende thema's aan te geven:

- Samenwerking binnen de eerste lijn.
- Relatie tussen eerste en tweede lijn.
- Relatie tussen eerste lijn en (A)GGZ.
- Relatie tussen ambulante geestelijke gezondheidszorg en intramurale geestelijke gezondheidszorg.
- Relatie tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot slot valt er binnen dit onderzoeksveld een geografische indeling te maken, waarbij vooral de regionale samenhang (van de tweede lijnvoorzieningen) en de subregionale samenhang (afstemming van werkgebieden binnen de eerste lijn) van belang is.

De vier instituten besteden tesamen 14.2% (18.5 manjaren) van hun onderzoekscapaciteit aan het thema Samenhang Voorzieningen. Men vindt dit onderzoeksthema gelijkelijk bij alle vier de instituten, hetgeen overigens niet betekent dat dit onderzoek veel gelijkenis vertoont tussen de instituten. Ten eerste heeft elke sector zijn eigen typische samenwerkingsvormen en ten tweede wordt ook de samenhang tussen de sectoren op verschillende wijzen benaderd, afhankelijk van de sectorspecifieke problemen met die samenhang of met het ontbreken van die samenhang.

De aandacht voor dit onderzoeksveld heeft te maken met een ideologische en een bestuurlijke component. De ideologische component is de veranderde visie op de gezondheidszorg in de eerstelijns vooral tot uitdrukking komend in het begrip integrale hulpverlening. Als bestuurlijke component kan de herstructurering van het gezondheidszorgsysteem genoemd worden met als belangrijkste thema's regionalisering en echelonnering.

In 1984 wordt door de instituten vooral onderzoek verricht naar de samenhang binnen de eerste lijn, de relatie tussen de eerste en tweede lijn en naar regionale samenhang waaronder de problematiek van de RIAGG's. Op dit onderzoeksgebied vindt men incidentele samenwerkingsprojecten op uitvoeringsniveau tussen de instituten onderling: het NcGv en het NHI werken samen in het onderzoek naar de Samenhang tussen de eerste lijn en de GGZ; het NZI werkt met het NHI samen bij het evalueren van het Gezondheidszorgexperiment in Almere.

3.4. Ontwikkeling Managementinstrumenten

In dit onderzoeksveld horen efficiëncyvraagstukken thuis en de ontwikkeling van beheers- en bestuursmodellen.

De 10.4% (13.7 manjaren) onderzoekscapaciteit is vooral bij het NZI te vinden en heeft voornamelijk betrekking op de intramurale sector. Het betreft nogal divers onderzoek dat gericht is op het meer doelmatig

laten functioneren van (hulpverlenings)organisaties. Als voorbeelden kunnen genoemd worden onderzoek met betrekking tot budgetteringssystemen maar ook met betrekking tot beleidsplannen van instellingen, behandelingsmodulen en instrumentatiebeleid (NZI). Dat dit onderzoek sectorspecifiek is spreekt voor zich en wordt bekend verondersteld. Overigens geldt dit ook voor de overige onderzoeksvelden zodat deze aspecten niet steeds herhaald zullen worden. Het onderzoek naar managementinstrumenten heeft bij het NcGv betrekking op Registratie beleid en Rigg-modellen en bij het NIPG/TNO op de Evaluatie van de WVG in Kennemerland. Op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg (NHI) vindt nauwelijks onderzoek op dit terrein plaats. Als verklaring kan aangevoerd worden dat managementinstrumenten vooral in grotere organisaties/instellingen gehanteerd worden, terwijl in de eerste lijn vooral kleinschalige hulpverlening plaatsvindt.

3.5. Effectiviteitsonderzoek

Effectiviteit heeft te maken met de vraag of de beschikbare middelen doeltreffend worden ingezet. Vertaald in voorzieningen betekent dit de vraag naar 'de juiste patiënt in de juiste voorziening'. Vertaald naar behandelingen betekent dit de vraag naar de zinvolheid ervan.

De 9.9% (12.9 manjaren) mankracht is vooral ingezet voor onderzoek naar behandelingseffecten. Het betreffen vooral evaluatie-onderzoeken over de werking en de effecten van de feitelijke hulpverlening (vooral NcGv en ook wel NHI) en van preventieve maatregelen (vooral NIPG/TNO en ook wel NcGv). Bij het NZI wordt momenteel aan dit thema niet gewerkt.

3.6. Kwaliteit van de zorg

Bij onderzoek naar de kwaliteit in de gezondheidszorg kunnen twee aspecten onderscheiden worden, concrete aspecten en belevingsaspecten. Concrete aspecten zijn dan vooral de beschikbaarheid van voorzieningen, de bereikbaarheid, het medisch-technisch of verpleegkundig handelen etc.

Deze aspecten komen vaak voor in combinatie met doelmatigheid. Als belevingsaspecten kunnen worden genoemd de bejegening van de patient, de

relatie hulpvrager-hulpverlener, het klimaat in de instelling, de tevredenheid van de patient etcetera.

Onderzoek naar de kwaliteit van de zorg (9.3% ;12.2 manjaren) is bij alle instituten te vinden. Het betreft een grote spreiding van onderwerpen. In ongeveer de helft van de hier opgevoerde onderzoeksprojecten speelt de consument/patient een belangrijke rol.

Bij 8 van de 29 projecten (zie tabel 2) gaat het om een combinatie van Kwaliteit en Effectiviteit. Daarbij gaat het vooral om de vraag of nieuwe hulpverleningsmethoden of experimentele samenwerkingsverbanden tot kwaliteitsverbetering leiden.

3.7. Ontwikkeling Zorgvraag

Bij Ontwikkeling Zorgvraag gaat het om de bestudering van de hulpvraag: wat is de behoefte aan gezondheidszorg cq gezondheidszorgvoorzieningen, welke factoren hangen hiermee samen en welke veranderingen en ontwikkelingen - zowel kwantitatief als kwalitatief - doen zich in de zorgbehoefte voor. Dit onderzoek heeft onder andere tot doel om tot een betere afstemming van hulpaanbod op hulpvraag te komen.

De 8.5% (11.1 manjaren) onderzoekscapaciteit is vooral bij het NIPG/TNO te vinden en in mindere mate bij het NHI en NcGv.

Het onderzoek op dat terrein is voornamelijk nog inventariserend en beschrijvend van karakter bijvoorbeeld 'Onderzoek naar de zorgbehoefte van ouderen' (NIPG/TNO) en 'Waarom willen mensen naar de specialist' (NHI). Van de 29 onderzoeksprojecten op dit gebied komen er 23 voor in combinatie met andere onderzoeksvelden, met name met "Preventie" en "Samenhang van Voorzieningen" (zie tabel 2).

3.8. Ontwikkeling Informatiesystemen

Tot dit onderzoeksterrein wordt niet gerekend de informatieverzameling op zich maar het ontwikkelen van informatie- en registratiesystemen en de onderzoeksmatige bewerking ervan.

De 8.3% (10.8 manjaren) onderzoekscapaciteit is te vinden bij het NIPG/TNO en bij het NHI en ook wel bij het NZI.

Het huidige onderzoek is vooral gericht op de ontwikkeling van nieuwe

registratie- en informatiesystemen terwijl daarnaast ook onderzoek plaatsvindt naar integratie- en koppelingsmogelijkheden van bestanden. Na deze beschrijving van de zeven onderzoeksvelden met een relatief grote capaciteitsbezetting volgen hierna de onderzoeksvelden die minder zwaar bezet zijn, te weten:

- Faciliteiten en mankracht	4.4%	(5.7 manjaren)
- Financiering (systemen)	3.5%	(4.6 manjaren)
- Verrichtingen/verstrekkingen	3.4%	(4.5 manjaren)
- Interne organisatie	1.6%	(2.1 manjaren)
- Kosten (prijscomponent)	0.9%	(1.2 manjaren)

De minder zware bezetting van deze onderzoeksvelden betekent niet per definitie dat deze onderzoeksterreinen minder belangrijk zijn noch dat automatisch meer capaciteit op deze gebieden wenselijk zou zijn. Dergelijke waarderende en evaluerende aspecten komen in hoofdstuk 4 aan de orde. In dit gedeelte wordt volstaan met een beschrijving van de huidige situatie.

3.9. Faciliteiten en Mankracht

Bij Faciliteiten en Mankracht gaat het om de voorzieningcomponent van de volume-ontwikkeling. Tot dit terrein behoort onderzoek naar omvang en samenstelling van de beroepsgroepen (bijvoorbeeld huisarts) en van de huidige en verwachte ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Datzelfde geldt voor de diverse gezondheidszorginstellingen zoals consultatiebureau's, ziekenhuizen etcetera en de daarbij horende apparatuur en faciliteiten.

De 4.4% (5.7 manjaren) onderzoekscapaciteit is voor het grootste deel bij het NHI te vinden en daarnaast ook wel bij NZI en NcGv. Het onderzoek betreft bij het NHI vooral de beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerkingsverbanden (gezondheidscentra, hometeams) in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij het NZI is vooral onderzoek naar de ontwikkeling van beleidsplannen hier ondergebracht. Van de 16 onderzoeksprojecten op dit terrein zijn er 13 gecombineerd met andere onderzoeksvelden, vooral met "Samenhang Voorzieningen" (zie schema 2).

3.10. Financiering (systemen)

Tot dit terrein behoort het onderzoek naar bestaande en de ontwikkeling van nieuwe financieringssystemen in de gezondheidszorg.

Driekwart van de totale (3.5%; 4,6 manjaren) mankracht is door het NZI ingezet. Dit betreft vooral onderzoek met betrekking tot budgetteringssystemen.

Daarnaast houdt het NHI zich bezig met gezondheidscentra en met internationale vergelijkingen van gezondheidszorgsystemen. Het NcGv en NIPG/TNO verrichten in 1984 geen onderzoek op dit terrein.

3.11. Verrichtingen/verstrekkingen

Het onderzoek naar Verrichtingen/verstrekkingen betreft de behandelingscomponent van de volume-ontwikkeling. Het gaat hier vooral om het feitelijke gedrag van de hulpverlener maar ook bijvoorbeeld om afstemmingsvraagstukken met betrekking tot hulpvraag-hulpaanbod en bijvoorbeeld substitutiemogelijkheden (zorg op het laagst mogelijke niveau, zelfzorg en mantelzorg etcetera).

Tweederde van het totale (3.4% ; 4,5 manjaren) onderzoek wordt door het NHI verricht en dit betreft dan vooral het verwijsgedrag van huisartsen. De geringe capaciteit op dit gebied kan te maken hebben met de moeilijke toegankelijkheid van gegevens over medische behandelingen.

3.12. Interne Organisatie

Onderzoek naar Interne Organisatie heeft traditioneel betrekking op het functioneren van gezondheidszorginstellingen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen etcetera. Recentelijk is hieraan toegevoegd onderzoek naar de bestuurlijke en functionele organisatie van bijvoorbeeld RIAGG's RIGG's en andere samenwerkingsverbanden.

Er wordt door alle 4 instituten betrekkelijk weinig mankracht aan dit onderzoek besteed (totaal 1.6% ; 2,1 manjaren). De lopende onderzoeksprojecten hebben betrekking op consultatiebureau's (NIPG/TNO), gezondheidscentra (NHI), RIAGG en RIGG (NcGv) en intramurale instellingen

(NZI). Het NZI verricht wel veel advieswerk met betrekking tot interne organisatie van instellingen maar dat wordt in deze nota niet tot wetenschappelijk onderzoek gerekend.

3.13. Kosten (prijzen)

Bij dit onderzoeksveld gaat het om vragen met betrekking tot de kosten van voorzieningen en behandelingen.

Door de 4 instituten wordt nauwelijk onderzoek op dit terrein verricht (totaal 0,9% ; 1,2 manjaren). Wel houdt met name het NZI zich bezig met registratie van kostensoorten en kostenplaatsen in de intramurale gezondheidszorg maar deze activiteit wordt niet tot onderzoek gerekend.

3.14. Nabeschouwingen

Tot slot van dit hoofdstuk een paar opmerkingen over de zwaartepunten die bij elk instituut afzonderlijk te zien zijn. De vermelde percentages hebben hier betrekking op de onderzoekscapaciteit per instituut waarbij het totaal van elk instituut op 100% is gesteld. Een aandachtsveld is zwaartepunt genoemd wanneer er door het betreffende instituut in 1984 minimaal 2 manjaren aan worden besteed.

NcGv totaal 21.8 manjaar (= 100%)

- Effectiviteitsonderzoek	28%
- Samenhang voorzieningen	19%
- Preventie	13%
- Kwaliteit	11%

NZI totaal 32 manjaren (=100%)

- Ontwikkeling management instrumenten	31%
- Samenhang voorzieningen	27%
- Kwaliteit	17%
- Financiering (systemen)	11%

NIPG/TNO totaal 55.3 manjaren (=100%)

- Preventie	55%
- Ontwikkeling informatiesystemen	13%
- Ontwikkeling zorgvraag	11%
- Effectiviteitsonderzoek	9%
- Kwaliteit	4%

NHI totaal 21.5 manjaren (=100%)

-- Samenhang voorzieningen	18%
-- Faciliteiten en mankracht	16%
-- Verrichtingen verstrekkingen	15%
- Ontwikkeling zorgvraag	13%
- Ontwikkeling informatiesystemen	11%
- Kwaliteit	10%

Bij het NIPG/TNO is het zwaartepunt het meest uitgesproken met meer dan de helft van de capaciteit op het onderzoeksveld Preventie.

Bij het NHI zijn de zwaartepunten minder opvallend en is de capaciteit meer gelijkelijk over alle aandachtsvelden verdeeld.

Dergelijke zwaartepunten hebben zowel met het eigen karakter en de onderzoekstraditie van elk instituut afzonderlijk te maken als met de actuele ontwikkelingen die er op de verschillende deelgebieden van de gezondheidszorg aan de gang zijn.

De herstructurering en regionalisering van de gezondheidszorg komt in de capaciteitsverdeling van het NCGv en het NZI tot uiting. De ontwikkeling van management instrumenten en het onderzoek met betrekking tot budgetteringssystemen (NZI) sluit aan bij de kostenbeheersingstendens in de intramurale sector

Het onderzoek van het NHI is traditioneel sterk gericht op de aanbodkant (faciliteiten en mankracht, samenhang voorzieningen en verrichtingen/verstrekkingen). De capaciteitsverdeling van het NIPG/TNO sluit aan bij de toenemende aandacht voor preventie, voor bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en het terugdringen van professionele zorg ten gunste van de informele zorg (zelfzorg en mantelzorg). Tot slot vormt het meest actuele thema, de samenhang van voorzieningen in de gezondheidszorg een zwaartepunt bij 3 van de 4 instituten.

4. ANALYSE EN DISCUSSIE

4.1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een overzicht gegeven van het gezondheidszorgonderzoek van de vier instituten. Dit overzicht is een noodzakelijke basis voor uitwerking van de diverse doelen die in paragraaf 1.2 genoemd zijn. Het verschaft tevens aanknopingspunten voor een discussie over de zwaartepunten en de leemten in het totale onderzoekspakket van de vier instituten. In dit laatste hoofdstuk geven we een aanzet tot een dergelijke discussie. Tevens beschouwen we in het kort nog eens de randvoorwaarden die voor het maken van dit overzicht nodig waren, te weten:

- een typering, beschrijving en waar mogelijk afbakening van het terrein van het gezondheidszorgonderzoek;
- het scheppen van een kader om het onderzoek van de vier instituten gemeenschappelijk in kaart te kunnen brengen en te kunnen interpreteren.

We zullen deze randvoorwaarden in dit hoofdstuk nader beschouwen.

4.2. Het gezondheidszorgonderzoek

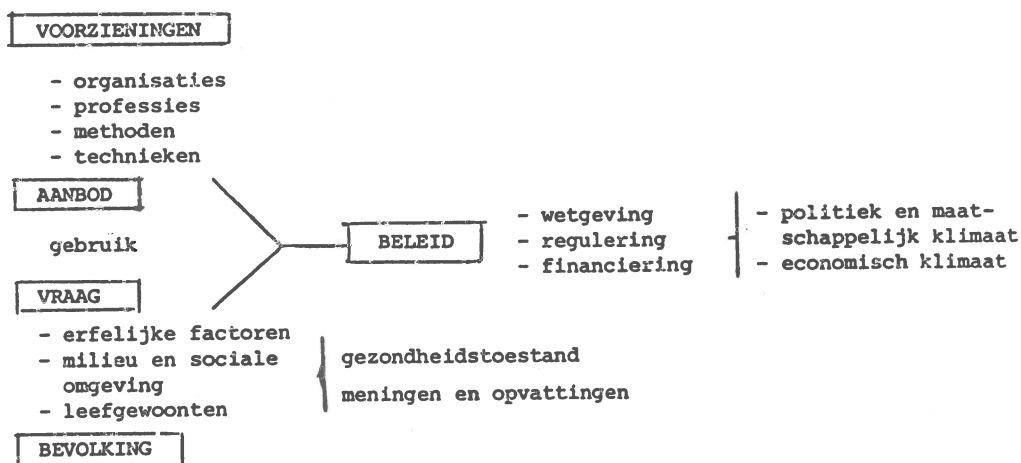
Het terrein van het gezondheidszorgonderzoek is in hoofdstuk 2 globaal omschreven als 'de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg'. Hoewel het 'functioneren' van de gezondheidszorg een breed begrip is, is het gebruikelijk om het vaktechnische onderzoek dat op de inhoud van de hulpverlening gericht is uit te sluiten. De effecten van deze hulpverlening worden nadrukkelijk wel tot het terrein van het gezondheidszorgonderzoek gerekend: Flook en Samazaro benadrukken dit aspect in hun definitie waarin het 'meten van de effectiviteit van de medische zorg' genoemd wordt.

Wanneer we naar de andere kant van het proces 'hulpvraag → hulpverlening → uitkomst' kijken, verdient het de aandacht dat ook ontwikkelingen in de hulpvraag tot het onderzoeksterrein behoren alsmede factoren die op deze ontwikkelingen van invloed zijn zoals oorzaken van ziekte en gezondheid. Immers, de behoefte aan gezondheidszorg wordt voor het belangrijkste deel bepaald door ziekte (of afwezigheid van gezondheid).

Overigens zal de terreinbeschrijving en terreinafbakening van het gezondheidszorgonderzoek de komende tijd een punt van aandacht zijn in het Institutenoverleg.

4.3. Het vraag/aanbod model

Het gezondheidszorgonderzoek kent nog geen algemeen geaccepteerd paradigma of model van waaruit naar het onderzoek gekeken kan worden. Willen we de in het vorige hoofdstuk gepresenteerde gegevens kunnen interpreteren dan zullen we toch een gemeenschappelijk uitgangspunt of model moeten gebruiken. In deze nota is gekozen voor het zogenoemde vraag/aanbod model (zie ook hoofdstuk 2) dat al eerder op het systeem van de gezondheidszorg werd toegepast, onder andere door de Canadese econoom Evans (1981) en in Nederland door Van Duyne (1984). Aan de hand van dit model kan de eigen dynamiek van het gezondheidszorgsysteem nader worden beschreven en geanalyseerd. In dit stadium beperken we ons tot enige globale opmerkingen bij het model (zie afbeelding).



In het model wordt uitgedrukt dat het gebruik van voorzieningen een kwestie is van vraag en aanbod onder de condities van financiering, verzekering en wetgeving. Deze condities wisselen, afhankelijk van het gevoerde beleid op deze terreinen.

Het beleid heeft geen directe invloed op het gebruik van voorzieningen. Zij oefent invloed uit door de aard en omvang van de voorzieningen die zij creëert. Omdat deze voorzieningen op hun beurt de vraag beïnvloeden heeft het beleid ook daarop - zij het op afgeleide wijze - enige invloed. Directe invloed van het beleid op de vraagkant wordt vooral uitgeoefend door de gehanteerde financieringsregelingen (recent bijv. de 'eigen bijdrage').

Invloed van het beleid op de gezondheidstoestand van de bevolking en op attitudes ten aanzien van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen is veel minder duidelijk.

4.4. De onderzoekscapaciteit nader bekeken

De in deze nota gehanteerde onderzoeksvelden blijken niet evenwichtig over **vraag, aanbod en beleid** verdeeld te zijn. Het merendeel, 10 van de 12 onderzoeksvelden heeft betrekking op de aanbodskant (66% van de totale capaciteit). Slechts de twee onderzoeksvelden 'Ontwikkeling Zorgvraag' en 'Preventie' gaan over de vraag naar voorzieningen. Wat het beleid betreft is het opvallend dat onderzoeksthema's die het beleidsproces zelf evalueren praktisch ontbreken. Wel blijkt veel onderzoek beleidsrelevant of beleidsondersteunend van karakter.

Wat deze onevenwichtige verdeling van de onderzoekscapaciteit betreft zijn er op het eerste gezicht al factoren aan te wijzen die daarop van invloed zijn. Aangrijpingspunten voor het beleid worden vooral gevormd door het aanbod van voorzieningen zodat de overheid vooral het daarop gerichte onderzoek stimuleert en financiert. Onderzoek naar de zorgbehoefte van de bevolking blijkt doorgaans door fondsen te worden gefinancierd. Financiële middelen voor dergelijk onderzoek zijn echter schaars voorhanden. Naast een sturende werking die van de financiers uitgaat wordt ook een richtinggevende invloed uitgeoefend door het veld en door de structuur waarin de verschillende instituten zich bevinden.

Dit verschijnsel vereist een nadere analyse die buiten het bestek van deze nota valt; het zal als aandachtspunt in het institutenoverleg worden opgenomen.

Wat betreft de inhoudelijke kant van het onderzoek naar de drie elementen, vraag, aanbod en beleid kan het volgende worden opgemerkt.

Vraag

Het relatief weinige onderzoek gericht op de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen is voor het grootste deel gericht op speciale groepen of risicogroepen in de bevolking zoals migranten, wao'ers, alcoholisten, bejaarden etcetera. Dit onderzoek heeft doorgaans een probleemoplossend karakter. Door de instituten worden verschillende benaderingswijzen bij dit onderzoek gehanteerd: bij het NIPG/TNO ligt het accent op een sociaal/medische benadering; bij het NcGv op een gedragswetenschappelijke benadering. Bij het NZI is het onderzoek vooral beleidsmatig gericht en het NHI doet als enige expliciet onderzoek naar patiënten en patiëntengroeperingen en hun wensen, verwachtingen en meningen ten aanzien van de gezondheidszorg.

Onderzoek naar achtergronden van de vraag, waaronder ontwikkelingen in ziekte en gezondheid, komt nauwelijks voor en ook algemeen epidemiologisch onderzoek is schaars vertegenwoordigd. Ook afstemmingsvraagstukken rond hulpvraag/hulpaanbod worden ons inziens te weinig bestudeerd. Alleen met betrekking tot de eerste lijn (NHI) wordt hier expliciet aandacht aan besteed. Stimulering van deze onderzoeksgebieden voor alle sectoren lijkt gerechtvaardigd.

Aanbod

Bij het onderzoek naar het aanbod van voorzieningen ligt het accent op samenhang en samenwerking: samenhang zowel binnen als tussen organisaties; samenhang tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en organisaties; samenhang tussen hulpverleners en de zelfzorg en mantelzorg.

Het onderzoek speelt zich af binnen elk van de sectoren (met name binnen de eerste lijn en binnen de g.g.z), maar voor een belangrijk deel ook tussen de sectoren. Door de randgebieden en de raakvlakken is dit ook juist onderzoek waar een goede samenwerking tussen de instituten het meest van belang is.

Bovendien spelen ontwikkelingen in de gezondheidszorg zich op dit moment juist vooral af op deze raakgebieden tussen de echelons. Het institutenoverleg zal zich wat dit betreft nader buigen over de vraag op welke specifieke gebieden de samenwerking tussen de instituten gewenst is. Uitgangspunt daarbij zal de opvatting zijn dat samenwerking middel tot een doel moet zijn en geen doel op zich.

Goed ontwikkelde onderzoeksthema's zijn op dit moment: de relatie tussen de eerste en tweede lijn; de samenwerking binnen de eerste lijn en de samenhang tussen de a.g.g.z. en de intramurale g.g.z.

Thema's die meer aandacht behoeven zijn: de relatie tussen de eerste lijn en de (a)g.g.z.; de relatie tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en de relatie tussen de professionele zorg en de zelfzorg en mantelzorg.

Naast de samenhang in de gezondheidszorg vindt men aan de aanbodkant onderzoek naar organisaties en professies. Bij de organisaties ligt het accent op de tweedelijnsgezondheidszorg. De gekozen onderzoeksthema's weerspiegelen hier de actuele (bezuinigings)problematiek en de noodzaak om in een veranderende situatie te anticiperen op de toekomst. In de eerste lijn is het organisatie onderzoek beperkt tot gezondheidscentra. Als stimuleringsgebied kan hier worden genoemd onderzoek naar het functioneren van instellingen voor wijkverpleging, voor gezinszorg en voor algemeen maatschappelijk werk.

Wat in de eerste lijn wel goed vertegenwoordigd is, is het onderzoek naar professies. Het accent ligt daarbij op de beroepsgroep huisartsen maar recent is ook onderzoek naar overige professies zoals fysiotherapeuten, verloskundigen, tandartsen en algemeen maatschappelijk werkers in gang gezet.

Aan de aanbodkant is een slecht ontwikkeld thema het onderzoek naar verrichtingen en verstrekkingen in de gezondheidszorg en de effecten

daarvan. Een belangrijke oorzaak voor de geringe onderzoeksactiviteiten op dit gebied is ongetwijfeld gelegen in de mate waarin medische behandelgegevens worden bewaakt, ook wanneer het gaat om geaccumuleerde gegevens waarin afzonderlijke patiënten en hulpverleners niet meer te herkennen zijn.

Beleid

Hoewel veel onderzoek beleidsondersteunend en beleidsadviserend van karakter is wordt door de vier instituten praktisch geen onderzoek verricht naar het beleidsproces zelf. Bedoeld wordt hier het gezondheidszorgbeleid zoals dat tot stand komt in het spanningsveld van particulier initiatief en overheid op terreinen van financiering, wetgeving, sociale zekerheid etcetera. Het beleid van de gezondheidszorginstellingen zelf hoort in ons model thuis bij de aanbodkant.

Evaluatie van het beleid lijkt een uiterst relevante activiteit waarvan de effecten echter pas op de lange duur zichtbaar worden. In het institutenoverleg wordt daarbij benadrukt dat dergelijk onderzoek niet alleen beleidstheoretische deskundigheid vereist maar ook specifieke kennis over het veld van de gezondheidszorg en de sectorspecifieke problemen daarin.

4.5. Conclusies

In dit hoofdstuk werden in globale termen de onderzoeksgebieden genoemd waarop nog geen of weinig onderzoek verricht wordt door de vier instituten. Stimulering van speciale onderzoeksgebieden werd daarbij aanbevolen, zoals

- onderzoek naar de vraag naar gezondheidszorg
- onderzoek naar de effecten van hulpverlening en van medisch handelen
- (programma)evaluatie van het beleid van overheid en particulier initiatief

Deze aanbevelingen hebben een voorlopig karakter omdat (nog te ver-
richten) programmering duidelijk moet maken wat de specifieke en
actuele problemen op deze gebieden zijn en op welke wijze wetenschap-
pelijk onderzoek een bijdrage zou kunnen leveren aan de oplossing
daarvan.

Literatuur

Duyne, W.M.J. van , Gezondheidszorg vergt meer wetenschappelijk onderzoek. In: TNO-project (gezondheidszorg) 12(1984)2, p. 52-53.

Etten, G.M. van , De relatie onderzoek en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. Gezondheid en Samenleving 1(1980)2, p. 74-82.

Evans, R.G. , Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In: Health, Economics and Health Economics. Editors: J. van der Gaag and M. Perlman. Amsterdam, North-Holland Publishing Company, 1981.

Flook, E. en P. Sanazara , Health Services Research and R&D in perspective. Health Admin. Press, Arm Arbor (Mich.) 1973.

Nota Gezondheidszorgonderzoek , Advies van de Commissie wetenschappelijke onderbouwing van de Nederlandse Vereniging voor algemene gezondheidszorg (NVAG), 1982.

Onderzoeksprogramma 1984-1985 , Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, NHI, november 1983.

Werkprogramma , Nationaal Ziekenhuis Instituut 84-86 (tevens ontwikkelingsplan), Utrecht, NZI.

Werkprogramma , Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, NcGv, 1983.

Werkprogramma 1984 , Nederlands Instituut voor Praeventie Gezondheidszorg TNO, Leiden NIPG/TNO, december 1983.

Titels van de concrete onderzoeksprojecten per aandachtsveld in 19841. ONTWIKKELING ZORGVRAAG - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (1,9 manjaar) - Terminale zorg
 - Hulpverlening Surinamers
 - Intake IMP
 - Hulp aan kinderen
 - Onderzoek alcoholgebruik
 - Geestelijke Volksgezondheid

2. NZI (0,2 manjaar) - Zorg voor ouderen
 - Taak-Visie groepen
 - Beleidsplannen instellingen

3. NIPG (6,1 manjaar) - Onderzoek naar de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen
 - Zelfstandigheid van ouderen (psychosociale kenmerken en (on)eigenlijke zorgbehoevendheid)
 - Keukens voor gehandicapte ouderen
 - Afasie vervolgonderzoek
 - De plaats van het onderwijs in het toekomstbeeld van jongeren
 - Onderzoek psychosociale problemen van Turkse adolescenten in Nederland
 - Adolescenten problematiek en jeugdgezondheidszorg

4. NHI (2,9 manjaar) - Waarom willen mensen naar de specialist
 - Ziekenhuis Lelystad (patiëntenstromen tussen 1e en 2e lijn)
 - Peilstations - vraag/aanbod/relaties
 - Praktijkstudie - vraag/aanbod/relaties
 - De bereikbaarheid van de ELGZ
 - Onderzoek knelpunten ELGZ te Rotterdam
 - Patiëntenrechten
 - Van klacht tot hulpvraag
 - Probleempatiënt, een blijvend etiket?

2. PREVENTIE - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (2,8 manjaar)
- Morfineverstreking
 - Regionale opnameverschillen (preventie chroniciteit)
 - Besluitvorming chroniciteit (preventie chroniciteit)
 - Onderzoek alcoholgebruik
 - Geestelijke volksgezondheid

2. NZI (0,0)

3. NIPG (30,5 manjaar)
- Evaluatie vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen
 - Evaluatie invoering en toepassing van het herziene Van Wiechenschema op CB
 - Vaccinatie en juveniele diabetes
 - Evaluatie der screening op CHT en PKU
 - Vaccinatie-onderzoek
 - Zorgverlening Turkse en Marokkaanse kinderen op het CB
 - De plaats van het onderwijs in het toekomstbeeld van jongeren
 - Adolescentenproblematiek en jeugdgezondheidszorg
 - Onderzoek psychosociale problemen van Turkse adolescenten in Nederland
 - Onderzoek samenwerking en indicatiestelling van verpleeghuizen in Noord-Brabant
 - Onderzoek naar de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen
 - Zelfstandigheid van ouderen; psychosociale kenmerken en (on-) eigenlijke zorgbehoevendheid
 - Keukens voor gehandicapte ouderen
 - Onderzoek beeldschermproblematiek
 - Processimulatie
 - Werktuigen in de bouwnijverheid
 - Gezondheidsonderzoek stucadoors
 - Arbeidsomstandigheden in de meubelindustrie
 - Aanpak lawaaibestrijding in een bedrijf
 - Problematiek staand werken vleesindustrie

- Inventarisatie ergonomische normen
- Menselijke factoren bij produktieautomatisering
- Hormonale en metabole reacties op stress bij risicogroepen
- Gezondheidseffecten van stress
- Werk-rusttijden en ongevallenanalyse
- Epidemiologische studies van bedrijfsongevallen
- Gezondheidsaspecten bij het werken met metaalbewerkingsvloeistoffen
- Risicoperceptie en riskant gedrag in arbeidssituatie
- In- en uittreding van werknemers betreffende de sociale werkvoorziening
- Arbeidssituaties in ziekenhuizen
- Voorspelbaarheid wijze van beëindiging arbeidzaam leven
- Arbeidsongeschiktheid en verzekeringsvorm in de ziektewet
- Gehoorscherpthe en geluidsbelasting bij adolescenten
- Cursussen bedrijfsaudiometrie
- Evaluatie automatisering suikerfabriek
- Gezondheidszorg en vermijdbare sterfte
- Regionale gezondheidsverschillen
- Epidemiologisch onderzoek t.b.v. internationale organen
- Kwantitatieve EEG-analyse van kinderen met lichte cerebrale stoornissen
- Bromide - onderzoek
- EEG - profiel, II

3. SAMENHANG VOORZIENINGEN - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (4,2 manjaar)
 - Terminale zorg
 - Psychiater en de RIAGG
 - Psycholoog en de GGZ
 - Beroepen kinderpsychiater
 - Regionale functionele samenhang
 - Acute hulpverlening
 - Rigg-modellen

2. NZI (8.6 manjaar)
 - Medische beleidsplannen
 - Reorganisatie en sanering
 - Regionalisatie in de GGZ
 - Samenwerking Algemeen Ziekenhuis - Eerste lijn
 - Geriatrie
 - Relatie Verpleeghuis - Verzorgingshuis
 - Beleidsplannen Instellingen
 - Taak-Visiegroepen

3. NIPG (1,9 manjaar)
 - Simulatie planning gezondheidszorg
 - Onderzoek samenwerking en indicatiestelling van verpleeghuizen in Noord-Brabant
 - Onderzoek naar de zorgbehoefte en zorgconsumptie van ouderen

4. NHI (3,8 manjaar)
 - Registratie samenwerkingsverbanden ELGZ
 - Afstemming werkgebieden ELGZ Rotterdam
 - De invloed van de huisarts op de 2e lijn
 - Samenhang in theorie en praktijk
 - Samenhang in de hulpverlening op het gebied van de GGZ
 - Ziekenhuis Lelystad; patiëntenstromen tussen 1e en 2e lijn
 - Evaluatie van de bestuurlijke samenhang te Almere
 - Almere, een beheerste tweede lijn (patiëntenstromen)
 - Tussen 1e en 2e echelon (III) (patiëntenstromen)
 - Praktijkstudie (vraag/aanbod/relaties)

- Onderzoek knelpunten ELGZ Rotterdam
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk in Gezondheidscentra en elders

4. INTERNE ORGANISATIE - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (0,6 manjaar) - Psychiater en de RIAGG
2. NZI (0,7 manjaar) - Geriatrie
- Beleidsplannen instellingen
3. NIPG (0,1 manjaar) - Uitvoering Algemene Gezondheidszorg binnen
basisgezondheidsdiensten
4. NHI (0,7 manjaar) - Samenwerken en verwijzen
- Financiële problematiek gezondheidscentra
- Knelpunten ELGZ Rotterdam

5. KWALITEIT - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (2,4 manjaar)
 - Praktijk psychotherapie
 - Programma evaluatie
 - Klachten behandeling
 - Patiënt en geestelijke gezondheidszorg
 - Proto-professionalisering

2. NZI (5,5 manjaar)
 - Experiment patiëntenenquête
 - Patiëntenbegeleiding
 - Ontwikkelingsproject Z-opleiding
 - Evaluatie part-time opleiding Ziekenverzorgende
 - Toetsing Aangewende Middelen
 - Beleidsplannen Instellingen

3. NIPG (2,1 manjaar)
 - Bibliografie basisgezondheidsdiensten
 - Onderzoek voorzieningen gehandicapten
 - Uitvoering Algemene Gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten
 - Evaluatie artsen laboratoria
 - Arbeidssituaties in ziekenhuizen

4. NHI (2,2 manjaar)
 - De bereikbaarheid van de ELGZ
 - Wisselende gespreksmodellen
 - Probleempatiënt een blijvend etiket?
 - Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek
 - Effectmeting Methodisch Werken
 - Effectmeting Patiënten Voorlichting
 - Effectmeting Toetsing

6. FACILITEITEN EN MANKRACHT - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (0,7 manjaar) - Psycholoog en GGZ
- Beroepen kinderpsychiatrie

2. NZI (1,3 manjaar) - Medische Beleidsplannen
- Behoefteraming Medische Specialisten
- Beleidsplannen Instellingen
- Taak-Visiegroepen

3. NIPG (0,2 manjaar) - Uitvoering Algemene Gezondheidszorg binnen
basisgezondheidsdiensten.

4. NHI (3,5 manjaar) - Huisartsendichtheid
- Gevolgen vestigingsbeleid op spreiding hulp-
verleners
- Registratie (aspirant) beoefenaren
- Registratie Samenwerkingsverbanden
- Registratie fysiotherapie
- Vrouwelijke huisartsen
- Afstemming werkgebieden ELGZ
- Ziekenhuis Lelystad - patiëntenstromen
- Tussen 1e en 2e echelon (patientenstromen)
- Praktijkstudie vraag/aanbod/relaties

7. VERRICHTINGEN; VERSTREKKINGEN - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (1,2 manjaar) - Regionale functionele samenhang
- Acute hulpverlening

2. NZI (0,1 manjaar) - Beleidsplannen Instellingen

3. NIPG (0,0)

4. NHI (3,2 manjaar) - Volume/kosten fysiotherapie in ELGZ
- Waarom willen mensen naar de specialist
- Invloed van huisarts op de 2e lijn
- Correctie verwijscijfers voor leeftijd en geslacht
- Samenhang in de hulpverlening op het gebied van de GGZ
- Ziekenhuis Lelystad - patiëntenstromen
- Samenwerken en verwijzen
- Almere, een beheerste tweede lijn
- Praktijkstudie
- Probleempatiënt een blijvend etiket?
- Onderzoek tijdsinvestering huisarts
- Algemeen Maatschappelijk Werk in Gezondheidscentra en elders

10. MANAGEMENT INSTRUMENTEN - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (1,8 manjaar)
 - RIGG-modellen
 - Programma evaluatie
 - Registratiebeleid
 - GGZ in getallen

2. NZI (9,9 manjaar)
 - Ziekenhuisinstrumentatiebeleid
 - Model Planning en Financiering
 - Bouwstenenproject
 - Toetsing Aangewende Middelen
 - Ziekenhuisinformatiemodel
 - Experimenten (interne) budgettering Ziekenhuizen
 - Behandelmodulen en -structuren in de Psychiatrie
 - Deeltijdarbeid over verpleegkundigen
 - Beleidsplannen Instellingen

3. NIPG (1,7 manjaar) - Evaluatie WVG in Kennemerland

4. NHI (0,3 manjaar) - Onderzoek tijdsinvestering huisartsen

11. EFFECTIVITEITSONDERZOEK - onderzoeksprojecten per Instituut in 1984

1. NcGv (6,1 manjaar)
 - Praktijk psychotherapie
 - Morfineverstrekking
 - Regionale opnameverschillen
 - Besluitvorming chroniciteit
 - Programma evaluatie
 - Hulpverlening Surinamers
 - Intake IMP
 - Hulp aan kinderen
 - Patiënt en Geestelijke Gezondheidszorg

2. NZI (0,2 manjaar)
 - Medical Technology Assessment
 - Beleidsplannen Instellingen
 - Taak-Visiegroepen

3. NIPG (5,4 manjaar)
 - Evaluatie vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen
 - Evaluatie invoering en toepassing van het herziene Van Wiechenschema op CB
 - Zorgverlening Turkse en Marokkaanse kinderen op het CB
 - In en uittreding van werknemers betreffende de sociale werkvoorziening
 - Wet Bestrijding infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken
 - Uitvoering GVO in basis gezondheidsdiensten
 - Evaluatie artsenlaboratoria
 - Kosten/baten en kosten effectiviteitsanalyses
 - Evaluatie der screening op CHT en PKU
 - Vergelijking 4-tal methoden van gehooronderzoek
 - Gezondheidszorg en vermijdbare sterfte

4. NHI (1,2 manjaar)
 - Evaluatie van de bestuurlijke samenhang Almere
 - Praktijkstudie: vraag/aanbod/relaties
 - Effectmeting Methodisch Werken
 - Effectmeting Patiënten Voorlichting
 - Effectmeting Toetsing

12. ONTWIKKELING INFORMATIE SYSTEMEN - onderzoeksprojecten per Instituut
in 1984

1. NcGv (0,1 manjaar) - Registratiebeleid
- GGZ in getallen
2. NZI (1,0 manjaar) - Medisch Dossier Verpleeghuizen
- Integratie van Bestanden
- Projecten Uniformering BKZ- en BKV-bestanden
3. NIPG (7,3 manjaar) - Adviesproject afd. Epidemiologie GG en GD
Rotterdam
- Handleiding Regionale gegevensoverzichten
- Ontwikkeling Registratiesysteem t.b.v.
bedrijfsgezondheidszorg
- POF; subproject centraal gegevensbestand
- Model bedrijfsgezondheidszorg
- NIPG-verzuimstatistiek
4. NHI (2,4 manjaar) - Registratie aspirant beroepsbeoefenaren
- Registratie Fysiotherapie
- Informatieverwerking op grote schaal
- Praktijkstudie: vraag/aanbod/relaties
- Videotheek, uitbouwregister: vraag/aanbod/relaties

