werkplan 1985

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns-gezondheidszorg
Postbus 1568 3500 BN Utrecht tel: 030-319946

INHOUDSOPGAVE

	Pag.
1. Inleiding	1
2. Volume- en functie-aanbod in de ELGZ	5
2.1. Activiteiten in het kader van de Registratie BELG	5
Registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren	5
Registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren	6
Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)	7
2.2. Onderzoek naar het volume-aanbod	7
Spreiding van huisartsen (huisartsendichtheid)	8
Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg	8
De locatie van 'voorzieningen in de ELGZ	9
Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie	9
2.3. Onderzoek van het functie-aanbod	10
De functie verloskundige zorg	10
De functie geneesmiddelenvoorziening	11
2.4. Samenvatting	11
3. Samenwerking en samenhang	13
3.1. Samenwerking in cijfers	14
Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden	14
3.2. De evaluatie van samenwerking	14
Samenwerken en verwijzen (fase 2)	15
Samenwerken en verwijzen (fase 3): Verschillen in het gebruik van diagnostische faciliteiten, fysisotherapie en het voorschrijven van medicijnen	16
De meerwaarde van samenwerking	17
Het dienstenaanbod in gezondheidscentra en elders	17
Het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten	18

pag.

3.3. Samenhang 18
Samenhang in theorie en praktijk 18
Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening 19
Afstemming werkgebieden Rotterdam 19
Afstemming werkgebieden, een globale inventarisatie 20
Evaluatie gezondheidszorg Almere (deelproject bestuurlijke samenhang) 21
Effecten van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners 21
3.4. Samenvatting 22

4. Patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn 23
4.1. Instroom in de tweede lijn 23
Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten- bij de Nederlandse peilstationspraktijken 24
Directe invloed van huisartsen op ziekenhuisopnamen 24
De invloed van een verrichtingentarief in de huisartspraktijk op de verhouding: zelf doen/verwijzen 25
4.2. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg 26
Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen 27
Substitutie van verpleegkundige zorg 27
4.3. Het mechanisme 27
Ziekenhuis Lelystad 28
Evaluatie gezondheidszorg Almere 29
4.4. Samenvatting 29

5. Eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 31
Inventarisatie samenwerking eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 32
Taakafstemming en samenwerking tussen huisartsen, AMW en RIAGG 33
Eerstelijnssamenwerking en beroep op GGZ-voorzieningen 34

pag.

5.1. Samenvatting 35

6. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 36
Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau 38
Directe toegang tot de specialist in de Belgische gezondheidszorg 39
Vraag/aanbod-relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg 39
Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg 39
Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap 40
6.1. Samenvatting 41

7. Vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk 42
7.1. De beleidsvragen 44
7.2. Fasering 45
Haalbaarheidsstudie grote praktijkonderzoek 46
Relatie huisarts-fysiotherapeut 47
Verwijzen op micro-niveau 47
Zelfzorg, mantelzorg versus professionele zorg 48
Overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium 49
De meerwaarde van samenwerking 49
Voorschrijven in de huisartspraktijk 51
Nazorg van ziekenhuispatiënten 51
Relatie huisarts/(A)GGZ respectievelijk AMW 52
Bijzondere groepen in de huisartspraktijk 52
Peilstations 53
Morbiditeit en gezondheidszorgonderzoek 53
7.3. Samenvatting 55

8. Het hulpverleningsproces 56
8.1. Projecten 57
8.1.1. De videotheek 57

pag.

Onderzoek tijdsinvestering 57
Verwijzingen naar fysiotherapie 57
Pillen of praten 58
Instrumentontwikkeling, de mondigheid van de patiënt 58
Nadere uitwerking psycho-sociale klachtenaanbod 58
8.1.2. Overige projecten 59
Effectmeting patiëntenvoorlichting 59
Wisselende gespreksmodelen: variaties in de arts/patiënt communicatie 59
Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek 60
Probleempatiënten, een blijvend etiket? 60
8.2. Samenvatting 61

9. De fysiotherapie 62
9.1. Projecten 62
Een registratie van mankracht in de fysiotherapie 62
Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg 63
Fysiotherapie bij de peilstations 64
Vraag/aanbod relaties in de fysiotherapeutische zorg 65
9.2. Samenvatting 66

10. Het Kruiswerk 67
Inleiding 67
10.1. Projecten 69
Substitutie van verpleegkundige zorg (op macro- en micro-niveau) 69
Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid 70
Het werk van wijkverpleegkundigen - I: instrumentontwikkeling 71
Het werk van wijkverpleegkundigen - II: beschrijvend onderzoek op landelijke schaal 71
Deeltijdarbeid wijkverpleegkundigen 71

pag.

Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland 72
Kruisorganisatie als basis van de eerste lijn 72
Meetinstrument aan de vraagzijde 74
Jeugdgezondheidszorg 74
10.2. Samenvatting 74

11. Consumentenonderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg 76
11.1 Projecten 77
Onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (OKER) 77
Patiëntenrechten, onderzoek in samenwerking met de Consumentenbond 78
Patiëntenorganisaties 79
Praktijkstudie 79
11.2. Samenvatting 80

12. Bibliotheek- en documentatiefunctie 81

13. Overige activiteiten 83
Overzichtsstudie 84

Samenvattend overzicht van de onderzoeksactiviteiten 86

Lijst van medewerkers van het NIVEL per 1 januari 1985 90

-o-o-o-

1. INLEIDING

Hoewel de nieuwe naamgeving van het instituut wellicht een radicale beleidsverandering suggereert, is de overgang van het Nederlands Huisartsen Instituut naar het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg eerder in schijn dan in werkelijkheid een breuk in de continuïteit. Immers, de afgelopen jaren is stelselmatig het terrein van het instituut uitgebreid. Verkennend onderzoek is verricht op het gebied van de fysiotherapie, verloskunde en tandartsen; de registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg is in de plaats gekomen van de huisartsenregistratie; het altijd relevante thema van samenwerking en samenhang heeft gaandeweg steeds meer aandacht gekregen. Bovendien betekent de overgang van het NHI naar het NIVEL niet dat de huisarts minder aandacht krijgt dan voorheen het geval was. De belangrijke plaats van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg rechtvaardigt dat een groot deel van de researchactiviteiten van het nieuwe instituut rond de huisarts gecentreerd zullen blijven.
Nieuw in het werkplan 1985 is een voorlopig programma op het gebied van de verpleegkundige zorg. We willen in 1985 onze kennis over dit deel van de eerstelijnsgezondheidszorg systematisch opbouwen door het verrichten van een aantal voorstudies en het voornamelijk verzamelen van beschrijvend onderzoeksmateriaal. Voor het overige treft men in grote lijnen dezelfde thema's aan die ook in het werkplan 1984/85 zijn opgenoemd, zij het dat hier en daar enkele 'kleine' thema's zijn samengevoegd. Voor elk van de thema's is een projectleider verantwoordelijk.
Titels en namen van projectleiders luiden als volgt:

- Volume- en functieaanbod/registratiesysteem Beroepen Eerstelijnsgezondheidszorg (BELG)
  - drs. L. Hingstman
- Samenwerking en samenhang
  - drs. D. Wijkel
- Relatie eerste- en tweedelijnsgezondsheidszorg
  vacature - mr. drs. J.P. Dopheide (voorlopig)

- Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg
  - drs. L. Peters
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg
  - dr. J. van der Zee
- Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk - vacature, dr. J. van der Zee (voorlopig)
- Hulpverleningsprocessen - drs. P.F.M. Verhaak
- Fysiotherapie - drs. P.P. Groenewegen
- Kruiswerk - vacature
- Consumentenonderzoek - vacature, dr. J. van der Zee (voorlopig).

Op het gebied van **volume-** en **functie-aanbod** zullen vooral de registratie-activiteiten worden uitgebreid. In 1984 is de registratie van verloskundigen gerealiseerd en in 1985 zal een registratiesysteem van fysiotherapeuten en apothekers worden opgezet. Op het gebied van **multi-disciplinaire samenwerking** kunnen we de herziening van de projectregistratie van samenwerkingsverbanden begroeten. Naast de registratie van gezondheidscentra wordt nu ook, in plaats van de registratie van huisartsgroepspraktijken, de zogenaamde home-team samenwerking systematisch geregistreerd en in studie genomen. Dit betekent een zekere verschuiving in de richting van registratie van en onderzoek naar samenwerkingsvormen die minder strak zijn georganiseerd dan het onder één dak functionerende gezondheidscentrum. De tweede fase van het onderzoek naar de vraag waarom gezondheidscentra minder verwijzen dan solistische huisartsen zal in 1985 worden afgerond. Ditzelfde geldt voor het onderzoek waarin bestudeerd wordt of maatschappelijk werkenden met intensieve contacten met de eerstelijnsgezondheidszorg anders functioneren dan maatschappelijk werkenden die geen contact hebben met deze tak van zorg. Op het gebied van **patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn** wordt de bestaande onderzoekstraditie voortgezet. Het accent van het onderzoek verschuift van de achtergronden van verschillen in verwijscijfers en ziekenhuisopnamen naar de nazorg en het afsluiten van de ziekenhuisopname, terwijl een drie jaar durend onderzoek naar het effect van het openen van een ziekenhuis in een tot nu toe ziekenhuisloze regio in 1985 zal worden afgesloten. Binnen het thema samenhang en samenwerking past

ook een serie onderzoekingen naar de **relatie tussen eerstelijnsgezondheidszorg en (A)GGZ.** In de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid worden belangwekkende uitspraken gedaan over de taken van de eerstelijnsgezondheidszorg, de eerstelijnszorg en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Vooral de aangekondigde verschuiving van detectie en behandeling van zogenaamde lichtere psychische problematiek van geestelijke gezondheidszorg naar eerstelijnsgezondheidszorg en eerstelijnszorg legt een zware claim op de capaciteiten van deze laatstgenoemde zorgsectoren. Wetenschappelijk onderzoek kan behulpzaam zijn bij het vaststellen van de grenzen van deze capaciteiten.
Op het gebied van **internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen** zijn de activiteiten uit vorige jaren voortgezet en hebben ze de vorm gekregen van een grootschalig onderzoek naar het functioneren van de relatie eerstelijns/tweedelijnszorg in een groot aantal Europese landen. De European General Practice Research Workshop (EGPRW) heeft besloten om mee te werken aan een onderzoek waarin de relatie eerste/tweedelijnsgezondheidszorg in een aantal systemen van gezondheidszorg centraal staat. Dit onderzoek heeft de steun van de Health Services Research Group van de Medical Research Council van de Europese Gemeenschap. Eind 1985 of begin 1986 zullen in een symposium de eerste resultaten van het onderzoek worden vermeld.

Op het gebied van onderzoek in de huisartspraktijk kunnen de vorderingen vermeld worden bij het opzetten van een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, de "Grote Praktijkstudie" in vorige meerjarenplannen. Hoogstwaarschijnlijk zal in 1985 een omvangrijke haalbaarheidsstudie worden uitgevoerd, op grond waarvan een reële kostencalculatie mogelijk is voor het inderdaad voor Nederlandse begrippen grote project.
Op het gebied van het functioneren van de huisarts wordt het onderzoek naar het voorkomen van interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek voortgezet en de drieduizend videoconsulten die in de videotheek zijn opgenomen verder geanalyseerd. Deze consulten zijn deels bedoeld voor het project Interdoktervariantie en deels als altijd gereed staande bron voor het beantwoorden van actuele vragen.

Naast de huisarts zijn de fysiotherapie en de wijkverpleegkunde de belangrijkste disciplines waarop in 1985 de aandacht van het instituut gericht zal zijn. Bij het onderzoeksprogramma naar fysisotherapie begint de investering in kennis en gegevensverzameling van de afgelopen jaren enige vruchten af te werpen; van incidenteel beschrijvend onderzoek kan nu worden overgestapt naar onderzoek waarin een verklaring van de processen in en rond de fysiotherapie centraal staat. Op het gebied van de wijkverpleging, zowel wat betreft de thuisverpleging als de andere taken van wijkverpleging en Kruiswerk, moet door het instituut nog kennis worden verworven. Een eerste verkennend onderzoek is van start gegaan. Ander onderzoek, waarin vooral beschrijvende gegevens worden verzameld, zal volgen.
Tenslotte wordt het onderzoek naar de consument van eerstelijnsgezondheidszorg systematisch voortgezet. De belangrijkste nieuwe ontwikkeling op dit gebied is een op te zetten onderzoek naar de functie van patiëntengroepen en patiëntenorganisaties, zowel op macro-niveau (de doeleinden en functies van patiëntenorganisaties in de gezondheidszorg en de samenleving) als op micro-niveau (de functie die patiëntengroepen vervullen voor individuele patiënten, gekoppeld aan de vraag waarom de ene patiënt wel en de ander geen lid is van een dergelijke vereniging).
Tot zover het aanstippen van de thema's van het werkplan 1985.
De trouwe afnemers van onze meerjarenplannen zullen gemerkt hebben dat niet gesproken wordt over het meerjarenplan 1985/1986, maar alleen over het werkplan 1985. De reden voor deze bescheiden opstelling is dat er in bestuurlijk opzicht wel degelijk sprake is van een cesuur tussen het oude NHI en het nieuwe NIVEL. Enerzijds is er sprake van een 'rijdende trein', anderzijds zullen de nieuwe relaties van het NIVEL in staat moeten worden gesteld het werkprogramma mede te beïnvloeden. Als de bestuurlijke continuïteit van het NHI naar het NIVEL is hersteld, zullen meer werkplannen voor twee jaar worden opgesteld. In werkplan 1986/1987 zal ook meer aandacht worden besteed aan de nieuwe documentatie- en bibliotheekafdeling, die het NIVEL van het NHI heeft overgenomen.

2. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE ELGZ

Nog steeds is actueel wat er in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg uit 1980 over het ontbreken van informatie over beroepsbeoefenaren in de ELGZ is gezegd. Op sommige gebieden is vrij duidelijk wat er aan de hand is; op andere gebieden ontbreekt zelfs de meest essentiële informatie. Onder andere door de registratie-activiteiten van het registratiesysteem voor beroepen in de ELGZ (BELG) zijn op sommige punten de lacunes minder geworden. In 1984 werd het registratiesysteem van verloskundigen operationeel en in 1985 zal een systeem van fysiotherapeuten worden opgezet en zal tevens begonnen worden met een registratie van apothekers. Onderzoek (op macro-niveau) in de zorgsector wordt ernstig belemmerd door het ontbreken (op centraal niveau) van kwantitatieve gegevens over de verdeling van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden over Nederland.

2.1. Activiteiten in het kader van de Registratie BELG

De eerste cijfers van de Registratie Verloskundigen zijn in 1984 verschenen naast de gebruikelijke gegevens over de spreiding en toetreding en terugtreding in de beroepsgroep van huisartsen. De plannen die er waren om te komen tot een compleet overzicht van spreidingsgegevens over beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn eind 1984 gerealiseerd. Begin 1985 zal een publicatie verschijnen met veel overzichten over de ruimtelijke verdeling van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg over Nederland.

De registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren

De **huisartsenregistratie** bevat gegevens van huisartsen vanaf het jaar 1955; nu er over een periode van dertig jaar gegevens beschikbaar zijn is onderzoek naar jaargroepen huisartsen over het volledige verloop van hun carrière steeds beter mogelijk. Het registratiesysteem **Verloskundigen** is in 1984 operationeel ge-

worden en heeft de eerste overzichten opgeleverd. Gegevens over 1984 zijn bekend en informatie over de periode 1968/1983 is vrijwel compleet. In de loop van 1985 zullen ook gegevens beschikbaar komen die het verloop van de beroepsgroep in deze periode laten zien.
Nieuw in 1985 is een registratiesysteem van **fysiotherapeuten** dat, gezien de grote omvang van de beroepsgroep iets eenvoudiger zal zijn opgezet dan de registraties van huisartsen en verloskundigen. Bij dit systeem zal niet gewerkt worden met directe enquêtering van de betrokkenen, maar met het onderling vergelijken van gegevens, afkomstig uit verschillende bronnen.
De voorbereidingen voor een registratie van **apothekers** zijn zover dat in 1985 de eerste verzameling van gegevens zal kunnen plaatsvinden. Gecombineerd met de informatie over apotheekhoudende huisartsen kan de functie 'geneesmiddelenvoorziening' in Nederland hiermee goed in kaart worden gebracht.

Registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren
Eén van de fascinerende mogelijkheden van de registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren (huisartsen in dit geval) is, dat bijvoorbeeld de voorkeuren van adspirant-huisartsen voor een bepaalde praktijklocatie en praktijkvorm kunnen worden vergeleken met de feitelijke realisatie. Ieder jaar wordt immers de gehele groep gevraagd naar hun wensen daaromtrent. Dit wordt gebruikt in het grotere onderzoek naar de vraag waarom huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen dan hun solistische collegae. De vraag die hier wordt beantwoord, is of en in welke mate er in gezondheidscentra een zelfselectie van artsen heeft plaatsgevonden. Door het vergelijken van verwijscijfers van huisartsen die hun voorkeur uitspraken voor een vestiging in een gezondheidscentrum, maar uiteindelijk in een solopraktijk terecht komen, met verwijscijfers van huisartsen die hetzij onverschillig waren ten opzichte van hun praktijkvorm, hetzij een solo-praktijk bij voorbaat verkozen, kan de vraag naar de invloed van zelfselectie worden beantwoord.

Naast gegevens van adspirant-huisartsen wordt in 1985 ook een begin gemaakt met de opzet van een registratie van 'adspirant'-verloskundigen.
Tenslotte is de jaargroep 1983 van adspirant-huisartsen, dat wil zeggen de artsen die in 1983 van de huisartsenopleiding kwamen, uitvoeriger dan gebruikelijk ondervraagd over hun toekomstverwachtingen, omdat in de bedoeling ligt om het proces tussen opleiding en vestiging nauwkeuriger te onderzoeken.

Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)

In dit overzicht van registratiesystemen hoort ook registratie samenwerkingsverbanden nieuwe stijl thuis; de opzet en inhoud ervan zullen echter beschreven worden onder het thema (evaluatie van) multi-disciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg.

2.2. Onderzoek naar het volume-aanbod

Belangrijk thema van het onderzoek blijft het verklaren van verschillen in spreiding en dichtheid van verschillende soorten beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onderzocht worden zowel de factoren die een verschillende dichtheid en spreiding hebben veroorzaakt als de gevolgen van deze verschillen in dichtheid.
Nu de vestigingsregulering allerwege wordt geïntensiveerd kan men het proces van vestiging steeds minder beschouwen als een optelsom van individuele beslissingen van huisartsen om zich ergens te vestigen danwel de praktijk te verlaten. Onderzocht wordt in welke mate het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsenvereniging, dat per 1 maart 1983 is ingegaan, van invloed geweest is op de aard en omvang van de vestigingen van huisartsen in de periode maart 1983/maart 1984. Onderzoek naar spreidingspatronen en vestigingspatronen van beroepen die niet individueel werkzaam zijn, maar aan instellingen zijn verbonden, vergt een andere aanpak. Het grootste probleem hier is het ontbreken van gegevens, waarover bij het gedeelte over de registratiesystemen al het nodige is gezegd.

De gegevens die beschikbaar zijn uit de verschillende registraties van adspirant-beroepsbeoefenaren kunnen worden gebruikt om het proces tussen opleiding en vestiging in beeld te brengen. Nu een toenemende groep beroepsbeoefenaren er niet in zal slagen om een plaats als huisarts, verloskundige of fysiotherapeut te verkrijgen wordt nader onderzoek naar de verschillen tussen hen die er wel en hen die er niet in slagen van groter belang dan vroeger. In een onderzoek waarin een jaargroep huisartsen wordt gevolgd in hun pogingen om zich te vestigen zal nader worden bestudeerd welke factoren de uiteindelijke kans op slagen bepalen.

Spreiding van huisartsen (huisartsendichtheid)
In 1985 wordt het grote onderzoek naar de verschillen in spreiding van huisartsen in de periode 1957/1980 met een dissertatie afgesloten (P.P. Groenewegen).
Voor het verklaren van een verschijnsel als huisartsendichtheid dient men niet alleen te bestuderen hoe het proces van vestiging van huisartsen in zijn werk gaat en ook niet alleen hoe het proces van vertrek uit de huisartspraktijk plaatsvindt, maar dienen ook theorieën en hypothesen te worden ontworpen over de mate waarin en de wijze waarop de verandering van de omvang en de samenstelling van de bevolking in een bepaald gebied de huisartsendichtheid beïnvloedt. Huisartsendichtheid wordt bepaald door de hoeveelheid huisartsen enerzijds en de omvang van de bevolking anderzijds: theorieën die zich slechts op één van beide aspecten richten kunnen een dergelijk verschijnsel nimmer bevredigend verklaren.

Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
De gegevens die in de registratiesystemen worden verzameld over de regionale spreiding van huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers, tandartsen enz. kunnen worden gebruikt in eenvoudige vraag/aanbod modellen, waarin het gebruik dat van de diensten wordt gemaakt in verband gebracht wordt met verschillen in spreiding enerzijds en verschillen in samenstelling van de zorgpopulatie anderzijds. Voor wat betreft de vraagzijde wordt gebruik gemaakt van gege-

vens uit de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarvan de bestanden uit 1981 en 1982 in ons bezit zijn. Naast een herhaling van vraag/aanbod-relaties op het gebied van tandheelkundige zorg zullen op het gebied van de fysiotherapie en de geneesmiddelenvoorziening in 1985 enkele analyses worden uitgevoerd.

De locatie van 'voorzieningen' in de ELGZ

Het spreidingspatroon van hulpverleners in de gezondheidszorg wordt steeds minder sterk bepaald door beslissingen van individuele hulpverleners om zich ergens te vestigen. Ten eerste komt dit door de toename van het aantal gezondheidscentra, waarvoor geldt dat de beslissing over de locatie op een geheel andere manier plaatsvindt dan de beslissing om zich ergens (vrij) te vestigen. Ten tweede zal er de komende tijd steeds sterker sprake zijn van vestigingsbeleid, waarin - naast de (organisaties van) beroepsbeoefenaren - ook de gemeente of het ziekenfonds een belangrijke rol spelen.

Tenslotte geldt voor hulpverleners als wijkverpleegkundigen en de gezinszorg, die vanuit instellingen werkzaam zijn, vanouds al dat de plaats van de instelling los stond van de beslissing van de hulpverleners. Dit betekent dat het spreidingspatroon van hulpverleners in toenemende mate het karakter van 'public facility location' krijgt (vergelijkbaar met de locatie van school, buurthuis en bibliotheek). In 1985 zal een literatuurstudie worden verricht als basis voor verder onderzoek. Hierbij zal worden voortgebouwd op het eind 1981 gereedgekomen project "Gezondheidscentra en ruimtelijke ordening" (M. Swinkels).

Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie

In het onderzoek naar vestigingsproblemen bij vrouwelijke huisartsen dat eind 1984 werd afgesloten is tegelijkertijd een hele jaargroep alumni van de beroepsopleiding voor huisartsen ondervraagd; niet alleen vrouwen, maar ook de mannen. De bedoeling van deze ondervraging was om een basis te hebben voor een vervolgonderzoek waarin een gehele jaargroep aanstaande

huisartsen zal worden gevolgd op hun pad naar de vestiging als huisarts. Het verloop van de voorkeuren, de aspiraties en de aard van de zoekpogingen zullen in dit onderzoek in verband worden gebracht met de mate waarin en de wijze waarop men erin slaagt om binnen een bepaalde periode een huisartsenpraktijk te bemachtigen. Aandacht zal geschonken worden aan belemmerende bepalingen en aan belemmeringen in de financieringssfeer, zodat ook over meer jaren informatie zal worden verzameld over de concrete problemen die vrouwelijke en mannelijke adspirant-huisartsen tegenkomen in een marktsituatie waarin een huisartspraktijk een schaars goed is.

2.3. Onderzoek van het functie-aanbod

Het in de meerjarenplannen 1984/1985 genoemde onderzoek naar het dienstenaanbod in gezondheidscentra en andere huisartspraktijken kan men beschouwen als een breed opgezet onderzoek naar het functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg. Naast dit breed opgezette onderzoek (beschreven onder het hoofdstuk Evaluatie van multi-disciplinaire samenwerking) worden enkele andere specifieke functies onder de loep genomen.

De functie verloskundige zorg

Nu het registratiesysteem van verloskundigen operationeel is kan verder onderzoek gedaan worden naar de 'markt voor verloskundige zorg'. Bekend is hoeveel geboorten er in een bepaalde periode en in een bepaald gebied plaatsvinden. Bekend is ook of huisartsen, verloskundigen of gynaecologen de bevalling verrichten (uiteraard met inachtneming van dubbeltellingen); niet bekend is echter hoeveel huisartsen de verloskunde bedrijven en in welke intensiteit. Om de markt voor verloskundige zorg in kaart te brengen dient eerst te worden geïnventariseerd hoe de verloskundige zorg door huisartsen de afgelopen jaren van vorm en inhoud is veranderd. Dit is in 1984 gebeurd door middel van enquêtering via een grote steekproef van huisartsen, zodat regionaal betrouwbare gegevens kunnen worden verkregen.

De functie geneesmiddelenvoorziening
De allereerste vereiste voor een studie van de functie geneesmiddelenvoorziening is de opzet van een registratie van apothekers. Als de registratie op dezelfde wijze wordt opgezet als de registratie van verloskundigen, dan kan men binnen ongeveer een jaar beschikken over spreidingsgegevens per 1 januari 1985 en ongeveer een jaar later over gegevens die het verloop in de afgelopen tien of twintig jaar laten zien. Vooral bij studie van de geneesmiddelenvoorziening is de manier waarop langzamerhand de apotheekhoudende huisarts verdwijnt en plaats maakt voor de apotheker ook in landelijke gebieden van groot belang. Historische cijfers zijn hier nog noodzakelijker dan in de andere registratiesystemen. Het is uiteindelijk de bedoeling om de gegevens in verband te brengen met de consumptie van geneesmiddelen en de mogelijke kosten daarvan.

2.4. Samenvatting

Het deelprogramma volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg valt uiteen in een registratieprogramma en een onderzoeksprogramma, die overigens in een nauwe onderlinge relatie worden ontworpen en uitgevoerd. Veel inspanning zal in 1985 worden verricht op het gebied van het registratieprogramma. De omvangrijke beroepsgroep der fysiotherapeuten zal in het registratiesysteem worden ondergebracht en eveneens zal worden geprobeerd om een registratie van apothekers op te zetten. Aangezien het opzetten en beheren van registratiesystemen zonder bijbehorend onderzoeksprogramma en publicatieplan een steriele aangelegenheid is en leidt tot verstarring en 'verturving' zoals Kweetal zou zeggen, wordt op basis van de gegevens uit de registratiesystemen een serie studies uitgevoerd die als doel hebben, oorzaken en gevolgen van regionale variaties in de spreiding van hulpverleners in kaart te brengen.
Voor dergelijke studies is onbelemmerde toegang tot kwalitatief betrouwbare registratiegegevens van groot belang; de registratiesystemen ontlenen op hun beurt hun flexibiliteit en relevantie weer aan het onderzoek. In deze symbiotische relatie tussen registratie en onderzoek gedijen beide opti-

maal. De tegenwoordig vaak gehoorde klacht dat men in de moderne informatica slechts 'registreert om het registreren' kan in een dergelijke situatie niet van toepassing zijn. De volgende projecten zullen in het programma 1985 worden begonnen, uitgevoerd of afgesloten:

- Registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren (huisartsen, verloskundigen, apothekers);
- Registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren (huisartsen, verloskundigen);
- Registratie van fysiotherapeuten;
- Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS);
- Spreiding van huisartsen (huisartsendichtheid);
- Locatie van voorzieningen (een literatuurverkenning);
- Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg;
- Vrouwelijke huisartsen - een vervolgstudie;
- De functie verloskundige zorg;
- De functie geneesmiddelenvoorziening.

3. SAMENWERKING EN SAMENHANG

In het meerjarenplan 1984/1985 werd het accent gelegd op het onderzoeken van de kosten van multi-disciplinaire samenwerking enerzijds en de baten anderzijds. Bovendien werd informatie verzameld uit het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden opdat bekend is hoeveel gezondheidscentra er zijn en waar ze zijn te localiseren. Op het gebied van de kosten van samenwerking is een aantal onderzoeken afgesloten; in 1984 verscheen een uitvoerig rapport over financieringsproblemen van gezondheidscentra waarvan de medewerkers niet in loondienst zijn. Het onderzoek naar de batenkant, samenwerken en verwijzen in dit geval, wordt nog voortgezet. Wat betreft de beschrijvende gegevens is er sprake van een nieuwe opzet van het project Registratie Samenwerkingsverbanden, in die zin, dat naast gezondheidscentra ook home-teams geregistreerd, geïnventariseerd en bestudeerd worden en dat extra informatie over huisartsgroepspraktijken nu achterwege gelaten wordt.
Op het gebied van samenhang en samenwerking (wat overigens niet hetzelfde is) is ook een serie onderzoeksvoorstellen te localiseren die in het oude meerjarenplan onder het kopje Effect-onderzoek Herstructurering Gezondheidszorg stond vermeld. Het betreft hier onderzoek naar afstemming van werkgebieden van samenwerkende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg en onderzoek naar de activiteiten van gemeenten op het gebied van planvoorbereiding en planvorming zoals bedoeld in de nieuwe Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening. Enerzijds wordt het evaluatie-onderzoek voortgezet, anderzijds wordt getracht om vooral het locale beleid, dat gericht zou moeten zijn op het vergroten van de samenhang in de gezondheidszorg, in kaart te brengen. Als basis voor het onderzoeksprogramma dient het project Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS), waarin vooral aandacht zal worden besteed aan home-team samenwerking.

3.1. Samenwerking in cijfers

Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden

De nieuwe opzet van het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden komt tegemoet aan een tweetal bezwaren tegen de oude opzet. Het eerste bezwaar was, dat alleen gezondheidscentra en huisartsgroepspraktijken werden geregistreerd en niet ook andere, wat vluchtiger, samenwerkingsverbanden. Het tweede bezwaar had te maken met de vraag die meestal naar aanleiding van de resultaten van de onderzoekingen werd gesteld: "Alles goed en wel, gezondheidscentra functioneren zus en zo, maar hoe zit het nu met vergelijkbare praktijken in een solo-situatie".

De huisartsgroepspraktijken zijn in de nieuwe registratie vervangen door home-teams. Home-teams zijn gestructureerde samenwerkingsverbanden van huisarts, maatschappelijk werkende en wijkverpleging, waarvan de deelnemers echter niet in één gebouw zijn gehuisvest. Het is de bedoeling om via de instellingen van maatschappelijk werk de home-teams op te sporen en vervolgens te enquêteren.

Het tweede bezwaar van de registratie oude stijl: het gebrek aan vergelijking met andere praktijkvormen zal worden opgevangen door regelmatig vergelijkend onderzoek te verrichten. Voor 1985 staat een onderzoek naar patiëntenparticipatie op het programma. Gegevens over huisartsgroepspraktijken zullen in bescheidener vorm geleverd worden uit het registratiesyteem van huisartsen. Wat betreft de financiering van het registratiesysteem: tot 1985 was dat een 'joint-venture' van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de Ziekenfondsraad en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Met ingang van 1985 is het registratiesysteem geheel gefinancierd door het Ministerie van WVC.

3.2. De evaluatie van samenwerking

Onder dit kopje valt het grote onderzoek naar samenwerken en verwijzen, dat probeert een antwoord te geven op de vraag of en zo ja waarom gezondheidscentra minder verwijzen

dan solo-praktijken; een onderzoek naar de vraag of dezelfde verbanden gevonden worden tussen samenwerken en fysiotherapie, diagnostiek en het voorschrijven van medicijnen, als tussen samenwerken en verwijzen; een onderzoek naar het functioneren van maatschappelijk werk in en buiten gezondheidscentra en een onderzoek naar het dienstenaanbod in gezondheidscentra en in andere huisartspraktijkvormen.
Onder het thema 'Samenwerking en samenhang' wordt voor het eerst melding gemaakt van een onderzoek, dat zoveel mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en solo-praktijken omvat, dat statistisch houdbare conclusies over verschillen in werkwijze en productie tussen deze praktijkvormen kunnen worden getrokken. Hoofdstuk 7 is aan deze omvangrijke 'praktijkstudie' gewijd.

Samenwerken en verwijzen (fase 2)

In het project 'Samenwerken en verwijzen' wordt door middel van de aftelmethode systematisch onderzocht of, en zo ja waarom, gezondheidscentra lagere verwijscijfers hebben dan solo-praktijken. In de eerste fase van het project is de vraag of gezondheidscentra minder verwijzen dan solo-praktijken al bevestigend beantwoord. In de tweede fase wordt een aantal verklaringen systematisch op plausibiliteit getoetst. De eerste verklaring zou kunnen zijn dat gezondheidscentra een selectieve groep patiënten bedienen. Uit gegevens die door het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn verzameld in het kader van de Gezondheidsenquête 1981 en 1982 kunnen patiënten van gezondheidscentra en van solo-praktijken systematisch met elkaar vergeleken worden op een groot aantal kenmerken. Uit deze vergelijking blijkt dat patiënten van gezondheidscentra, ook ziekenfondspatiënten, in het algemeen wat beter zijn opgeleid dan vergelijkbare patiënten uit solo-praktijken en dat de proportie patiënten die de huisarts in een periode van veertien dagen geheel niet heeft bezocht ook wat groter is. En, hoe cynisch het ook moge klinken, als men de huisarts niet bezoekt dan heeft men ook geen kans om verwezen te worden.
De volgende vraag die zal worden onderzocht is de vraag naar de selectiviteit van de huisartsen. Trekken

gezondheidscentra niet een speciaal soort artsen aan? Als men kijkt naar de enquêtes die jaarlijks worden gehouden onder adspirant-huisartsen, dan ziet men dat een grote groep daarvan de voorkeur geeft aan het werken in een gezondheidscentrum. Slechts een klein deel kan deze wens realiseren. Een groot deel van de artsen die de wens hebben uitgesproken om in een gezondheidscentrum te werken zal uiteindelijk in een solo-praktijk terecht komen. Verwijscijfers van deze artsen kunnen worden vergeleken met verwijscijfers van artsen die geen voorkeur voor een bepaalde praktijkvorm hadden of een solo-praktijk prefereerden. Uit de verschillen kan men concluderen of het inderdaad om een selectieve groep gaat of om omstandigheden waarin men zijn voorkeur voor een bepaalde wijze van praktijkvoering beter of slechter kan realiseren.
Tenslotte wordt gezocht naar het proces waarin samenwerking zijn invloed zou doen gelden op de verwijscijfers. Uit de eerste fase van dat project bleek dat de verschillen tussen gezondheidscentra en solo-praktijken vooral te vinden zijn op het gebied van de zogenaamde 'beschouwende' specialismen. Bij de 'snijdende' specialismen zijn de verschillen veel geringer. Dit verwijst naar de diagnostische activiteiten van de huisarts. Immers, verwijzingen naar beschouwende specialismen worden heel vaak gedaan omdat de huisarts niet precies weet wat er aan de hand is. De invloed van samenwerking, multi- en mono-disciplinair, op het diagnostisch proces en het uitsluiten van onzekerheid wordt in een aantal geselecteerde situaties intensief bestudeerd.
De resultaten van de drie bovengenoemde deelonderzoeken zullen in het eindrapport van de tweede fase van het project worden gepresenteerd.

Samenwerken en verwijzen (fase 3): Verschillen in het gebruik van diagnostische faciliteiten, fysiotherapie en het voorschrijven van medicijnen.
Niet alleen verschillen in verwijscijfers tussen verschillende praktijkvormen van huisartsen zijn van belang, maar ook (mogelijke) verschillen in hoeveelheden aangevraagde diagnostiek, fysiotherapie en voorge-

schreven geneesmiddelen. In 1984 is onderzocht in hoeverre bij afzonderlijke ziekenfondsen geregistreerde gegevens geschikt zijn om bovengenoemde probleemstelling te beantwoorden. Over dit haalbaarheidsonderzoek zal in 1985 worden gerapporteerd.
Op grond van de rapportage zal een subsidieverzoek aan de Ziekenfondsraad worden gericht, teneinde een meer volledig kosten/baten overzicht van het verschijnsel multi-disciplinaire samenwerking van de eerstelijnsgezondheidszorg te kunnen produceren.

De meerwaarde van samenwerking
In hoofdstuk 7 (vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk) wordt melding gemaakt van een belangrijk onderdeel van deze grootschalige studie: de meerwaarde van samenwerking. Het onderzoek is zo opgezet, dat het voldoende aantallen gezondheidscentra, al dan niet multidisciplinair samenwerkende duo- en groepspraktijken en al dan niet multidisciplinair samenwerkende solo-praktijken omvat. Al deze praktijkvormen zullen op zeer veel verschillende onderdelen worden vergeleken. Voor verdere informatie zie pag. 50 e.v.

Het dienstenaanbod in gezondheidscentra en elders
In het kader van het project Registratie Samenwerkingsverbanden is een aantal jaren aandacht besteed aan het dienstenaanbod in gezondheidscentra. Achtereenvolgens zijn de volgende onderwerpen (functies) aan de orde geweest: stervens- en rouwbegeleiding, verloskunde, jeugdgezondheidszorg en preventie. Deze functies hebben met elkaar gemeen dat er meer disciplines bij betrokken (kunnen) zijn. De aandacht is vooral gericht op drie kerndisciplines, 'huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende'. De resultaten van de studies zijn in een aantal monografieën beschreven. De vraag naar aanleiding van deze monografieën is gesteld of niet een vergelijkend onderzoek zou kunnen worden opgezet onder huisartspraktijken buiten gezondheidscentra. Er is een enquête vervaardigd die onder een grote steekproef huisartspraktijken is gehouden. De resultaten van deze enquête zijn in bewerking en zullen begin 1985 worden gepubliceerd.

Het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten

Het doel van dit project is tweeledig. Ten eerste betreft het een beproeving van de bruikbaarheid van centraal geregistreerde gegevens over het maatschappelijk werk die zijn verzameld door de Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening JOINT. Ten tweede zal geprobeerd worden om verschillen in functioneren, zoals dit in de registratie is neergelegd, te constateren tussen maatschappelijk werkenden en instellingen voor maatschappelijk werk die al dan niet intensief contact met de eerstelijnsgezondheidszorg onderhouden. Een belangrijke taak in het project is het toegankelijk maken van de landelijke registratie en van enkele grootstedelijke registratiesystemen en het vergelijkbaar maken van de gegevens en het opbouwen van een gegevensbestand, waaruit de tweede vraag te beantwoorden valt. De resultaten van het onderzoek zullen medio 1985 worden gepubliceerd.

3.3. Samenhang

Onder dit thema valt een aantal onderzoeken over de wijze waarop plaatselijk een beleid kan worden gevoerd om de verschillende delen van de gezondheidszorg beter op elkaar af te stemmen. Drie onderzoeken worden genoemd. Ten eerste onderzoek naar de wijze waarop gemeenten actief zijn op het gebied van planvorming en planvoorbereiding. Ten tweede een onderzoek naar afstemming van werkgebieden tussen verschillende disciplines (het betreft hier in feite twee onderzoeken: één in Rotterdam met behulp van gedetailleerd ziekenfondsmateriaal en één in de rest van het land waar meer globale gegevens worden gebruikt). Tenslotte wordt de bijzondere bestuurlijke situatie in de gemeente Almere, waar gezondheidszorg op een nieuwe leest wordt geschoeid, aan nader onderzoek onderworpen.

Samenhang in theorie en praktijk

Hoewel ieder zich bij het horen van het begrip 'samenhang' wel een voorstelling van iets (positiefs) kan maken, is het de vraag hoe dit typische beleidsbegrip vertaald moet worden in wetenschappelijk en empirisch

verantwoorde operationaliseringen.
Ter verbetering van de afstemming tussen de werelden van 'onderzoek' en 'beleid' is nadere literatuurstudie noodzakelijk. Als onderdeel van een doctoraal-scriptie beleidssociologie zal een nadere systematische verkenning en uitwerking van het begrip plaatsvinden.

Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
In de op stapel staande wet- en regelgeving op het gebied van de voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening wordt aan de gemeente een belangrijke rol toegekend bij de planvorming en planvoorbereiding op dit gebied. Sommige gemeenten keken al vooruit op de invoering van de WVG; andere zien zeer op tegen de inspanning die de nieuwe WGM met zich meebrengt.
Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de mate waarin en de wijze waarop gemeenten aan de vooravond van de invoering van de WGM activiteiten ontplooien op het gebied van planvoorbereiding met betrekking tot de inrichting van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Speciale aandacht zal worden geschonken aan de maatregelen die men treft of voornemens is te treffen op het gebied van de afbakening van werkgebieden van hulpverleners en de afstemming van werkgebieden van verschillende disciplines in de eerstelijns-(gezondheids)zorg.
Voor het onderzoek zal subsidie worden aangevraagd bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Afstemming werkgebieden Rotterdam
Het project, dat in het meerjarenplan 1984/1985 onder deze noemer werd vermeld, heeft nog steeds niet zijn aanvang genomen. De reden daarvoor is dat er problemen zijn gerezen rond het verstrekken van de voor dit project benodigde gegevens. De bedoeling was om vanuit de feitelijke spreiding van patiënten rond huisartspraktijken te kijken op welke wijze deze spreiding overeenkomt en verschilt met de gebiedsindelingen van

Kruiswerk, maatschappelijk werk en gezinsverzorging. De Stichting Ziekenfonds Rotterdam heeft haar toestemming voor het verstrekken van de gegevens afhankelijk gesteld van de goedkeuring van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging. Deze Vereniging staat op het standpunt dat gegevens slechts mogen worden verstrekt op het moment dat een wettelijke vestigingsregeling van kracht is. Aangezien dit laatste buiten de verantwoordelijkheid van een onderzoeksinstituut valt, verlopen de onderhandelingen moeizaam. Het project zou worden verricht als tweede project in het onderzoek naar knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg te Rotterdam (OKER) en zou gesubsidieerd worden door de Stichting Bevordering Volksgezondheid, die gelden beheert, onder meer bestemd voor de verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam. Hopelijk worden de beperkingen op het gebied van de gegevensleverantie in 1985 weggenomen, zodat dit onderzoek alsnog kan worden uitgevoerd.

Afstemming werkgebieden, een globale inventarisatie

In het hierboven genoemde onderzoek wordt de afstemming van werkgebieden, althans voor de ziekenfondsverzekerden, heel exact onderzocht. Een dergelijk onderzoek is alleen mogelijk als verzekerdenbestanden geautomatiseerd zijn en adressen toebedeeld kunnen worden aan bepaalde gebieden. Afgezien van de vraag of dit voor heel Nederland zou kunnen is de hoeveelheid gegevens die daarvoor zouden moeten worden bewerkt dusdanig omvangrijk dat men slechts hier en daar precies onderzoek zou kunnen verrichten. Een globale indicatie van de afstemming van werkgebieden kan men verkrijgen door huisartsen, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en Kruisverenigingen te ondervragen over de hoeveelheid hulpverleners waar zij, wat betreft hun praktijk of werkgebied, mee te maken hebben. Als men ook nog weet te schatten voor welk gedeelte van de praktijk of werkgebied de samenwerking van toepassing is, kan men grofweg een schatting maken of het gestelde criterium, dat 80% van de patiënten onder samenvallende werkgebieden zouden moeten ressorteren, een haalbare norm is. Bovendien kan worden be-

studeerd welke factoren bevorderen of belemmeren dat de werkelijkheid van de geformuleerde norm afwijkt.

Evaluatie gezondheidszorg Almere (deelproject bestuurlijke samenhang)

In de gemeente Almere vindt een belangwekkend experiment plaats dat beoogt de gezondheidszorg van meet af aan te concentreren op hetgeen in de eerste lijn kan worden gedaan. Terwijl op dit moment de wettelijke middelen ontbreken om het via het Projectplan Gezondheidszorg Almere vastgestelde beleid optimaal te voeren, wordt toch gepoogd een zorgsysteem van de grond te helpen dat in bestuurlijk en inhoudelijk opzicht één samenhangend geheel is. Het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) verrichten evaluatie-onderzoek naar de bestuurlijke en inhoudelijke samenhang van de (gezondheids)zorg in Almere.
Hoewel het onderzoek naar de bestuurlijke samenhang vooral plaatsvindt bij het NZI, is ook het NIVEL betrokken bij de deelonderzoeken die op dit terrein voor de duur van het project geschieden. In 1985 zijn dit een studie naar het huidige besturingssysteem in Almere, gecombineerd met de totstandkoming van het verpleeg/verzorgingshuis. Rapportage vindt plaats in het voorjaar van 1985. In het najaar van 1985 wordt vervolgens gestart met een case-studie naar bestuurs-organisatorische maatregelen in Almere. Hierbij zal in het bijzonder worden ingegaan op de integrale planning, het financieel kader en de gemeenschappelijke zorgbegroting van Almere.

Effecten van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners

Hoewel de algemene maatregelen van bestuur, die de vestiging van hulpverleners moeten reguleren, nog steeds niet van kracht zijn, fungeren er wel allerlei vormen van vestigingsbeleid die gelden voor de leden van de beroepsverenigingen. Sinds maart 1983 hebben de leden van de Landelijke Huisartsen Vereniging een vestigingsbeleid geaccepteerd en ook de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie heeft al jaren een vestigingsbeleid voor haar leden.

Daarnaast wordt in toenemende mate voor vestigingsbeleid gebruik gemaakt van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet (bij fysiotherapeuten bijvoorbeeld). Onderzocht is in welke mate het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging invloed heeft gehad op de aard en de omvang van het aantal vestigingen. Uit een eerste analyse die betrekking heeft op de periode 1983/1984 blijkt dat het aantal vrije vestigingen in ieder geval niet afgenomen is.
Verder onderzoek op dit gebied zal vooral de vorm aannemen van het evalueren van de wettelijke vestigingsmaatregelen, die in 1985 zullen worden afgekondigd. De registratiesystemen van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg leveren vrijwel automatisch de gegevens die nodig zijn voor de evaluatie van dit beleid.

3.4. Samenvatting

Onder het thema samenwerking en samenhang zijn de volgende projecten geformuleerd:

- Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS);
- Samenwerken en verwijzen, fase 2;
- Samenwerken en verwijzen, fase 3: verschillen in het gebruik van diagnostische faciliteiten, fysiotherapie en het voorschrijven van medicijnen;
- De meerwaarde van samenwerking;
- Het dienstenaanbod in gezondheidscentra en elders;
- Het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten;
- Samenhang in theorie en praktijk;
- Afstemming werkgebieden Rotterdam;
- Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van de samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening;
- Afstemming werkgebieden, een globale inventarisatie;
- Evaluatie gezondheidszorg Almere (deelproject 'bestuurlijke samenhang');
- Effecten van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners.

4. PATIËNTENSTROMEN TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn vormen de belangrijkste dynamiek in de gezondheidszorg. Het is dan ook geen wonder dat van ouds de activiteiten van het NHI gericht waren op de invloed die huisartsen hebben op het verwijscijfer, op het opnamecijfer en op de verpleegduur in ziekenhuizen. De overgang van NHI naar NIVEL maakt dat het eenvoudiger wordt om ook andere invloeden, bijvoorbeeld in de ziekenhuisnazorg, te bestuderen. De inschakeling van wijkverpleging en gezinszorg bij de keuze tussen verpleging in het ziekenhuis of verpleging thuis is een belangrijk onderzoeksveld voor het nieuwe instituut.
Evenals in het meerjarenplan 1984/1985 onderscheiden we projecten die te maken hebben met:
1. de instroom in de tweede lijn;
2. de uitstroom uit de tweede lijn en
3. mechanismen, oftewel "hoe werkt het?".

4.1. Instroom in de tweede lijn

Onderzoek op het gebied van de instroom in de tweede lijn heeft vooral te maken met de beleidsvoornemens die zijn geformuleerd om het oude stelsel van verwijs- en herhaalkaarten te vervangen door een stelsel van consult- en behandelkaarten. Om te kunnen bezien wat de invloed van deze maatregel is, zijn in 1984 de peilstationsartsen ingeschakeld om een heel jaar lang aan te geven of een verwijzing vooral ter diagnostiek en/of ter geruststelling was, danwel ter behandeling of contrôle van de patiënt. Op het moment dat de nieuwe maatregelen ingaan zal via de peilstationsartsen ook registratie plaatsvinden van de nieuwe consult- en behandelkaart. Vergelijking van deze twee gegevens levert inzicht in de effecten van de maatregel.
Een tweede project dat onder het thema Instroom is geformuleerd heeft te maken met de merkwaardige structuur van de Nederlandse gezondheidszorg, waarin de huisarts voor het grootste deel van zijn patiënten een abonnementstarief ontvangt en de specialist per verrichting wordt gehonoreerd.

De gedachte is dat het honoreren van een aantal specifieke diagnostische en therapeutische verrichtingen huisartsen tot meer zelf doen en minder verwijzen zal stimuleren. Een regionaal ziekenfonds is bereid om met een gedeeltelijk verrichtingensysteem te experimenteren en heeft het NIVEL gevraagd de evaluatie van dit experiment te verzorgen.
Onder het thema Instroom vallen de volgende projecten:

Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken
In 1984 hebben de 62 huisartsen, die deelnemen aan het peilstationsproject, aangegeven hoe vaak zij wekelijks patiënten ter geruststelling, diagnose, behandeling of voor andere redenen verwijzen. Bovendien hebben deze artsen een aantal vragen beantwoord betreffende hun houding ten opzichte van specialisten en de tweedelijnsgezondheidszorg. Het ligt in de bedoeling om op het moment dat het nieuwe stelsel van consult- en behandelkaarten wordt ingevoerd wederom aan de peilstationsartsen te vragen om de consult- en de behandelkaarten te registreren. Uit de geconstateerde verandering kan men het effect van het invoeren van de consult- en behandelkaart beter aflezen dan bij vergelijking van het totale ruwe ziekenfondsverwijscijfer met het totale consult- en behandelkaartcijfer.

Directe invloed van huisartsen op ziekenhuisopnamen
Als men de hoeveelheid door specialisten uitgeschreven herhaalkaarten terugvoert naar de huisartspraktijk van de patiënten voor de behandeling waarvan de kaarten zijn uitgeschreven, dan kan men per praktijk een grotere variatie aantreffen dan toegeschreven kan worden aan de samenstelling van de praktijk, de ligging van de praktijk ten opzichte van het ziekenhuis en de praktijkvorm. Zo luiden de resultaten van het in 1984 gepubliceerd onderzoek "De invloed van de huisarts na de verwijskaart".
Dit resultaat geeft voldoende stof voor een onderzoek naar de invloed van de huisarts op het aantal uit zijn praktijk opgenomen patiënten. Onderscheiden dient te worden of het om acute, direct door de huisarts ver-

zorgde opnamen gaat of om opnamen die voortvloeien uit eerdere verwijzingen.
Uiteraard gaat het in dit onderzoek om het vinden van beïnvloedbare factoren die de variatie verklaren in de verhouding tussen opnamen, verwacht op grond van bekende parameters, en in het feitelijk aangetroffen aantal.

De invloed van een verrichtingentarief in de huisartspraktijk op de verhouding: zelf doen/verwijzen
Van verschillende zijden is gesteld dat een honoreringssysteem waarin de huisarts per abonnement en de specialist per verrichting wordt betaald verwijzingen naar de tweede lijn bevordert. Als men de huisarts zou honoreren voor het verrichten en beoordelen van bepaalde soorten diagnostiek en voor het zelf doen van kleine chirurgische ingrepen, dan zou het verwijscijfer naar de tweede lijn moeten afnemen. In bijna elk onderzoek wordt gevonden dat huisartsen die als antwoord op een vragenlijst opgeven, dat zij zelf bepaalde vormen van kleine chirurgie verrichten, ook lage verwijscijfers hebben, onafhankelijk van de nabijheid van een ziekenhuis.
In overleg met een regionaal ziekenfonds zal een evaluatie-onderzoek worden opgezet van de relatie tussen honorering per verrichting en het verwijscijfer. Omdat het ook een bekend gegeven is dat extra aandacht van onderzoekers het verwijscijfer van huisartsen al beïnvloedt, zal een controlegroep moeten worden gevonden waar ook de verwijscijfers worden onderzocht en bijgehouden, maar waar het gewone abonnementstarief blijft bestaan.

Tenslotte moet in het kader van de verwijsstudies nog genoemd worden het project **Samenwerken en verwijzen,** waarin wordt onderzocht in welke mate en op welke wijze multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg de instroom naar de tweede lijn beïnvloedt. Dit project staat beschreven in het vorige hoofdstuk, dat gaat over samenwerking en samenhang.
Een onderzoek op micro-niveau, **Verwijzen op micro-niveau** is opgenomen bij de deelstudies in de nationale praktijkstudie: vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk.

4.2. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg

Als men de trits verwijzing, opname, verpleegduur beschouwt, dan wordt de huisarts een afnemende mate van invloed daarop toegeschreven. Verwijsbeslissingen liggen voor een deel nog in de handen van de huisarts; men kan ook een zekere mate van vrijheid daarbij veronderstellen. Bij ziekenhuisopname is de specialist al belangrijker dan de huisarts en bij de lengte van de verpleegduur heeft dikwijls het ziekenhuis de belangrijkste stem. Dit neemt niet weg dat een beslissing over de duur van het verblijf in een algemeen ziekenhuis af kan hangen van de mate waarin aan de patiënt thuiszorg geboden kan worden, zowel van medische als van verpleegkundige aard. Een goede relatie met het ziekenhuis en met de specialist kan voorkomen dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis verblijven. Dit geldt des te meer als er een goede samenwerking bestaat tussen huisarts, specialist, ziekenhuisverpleging, thuisverpleging en gezinszorg. In de praktijk is het organiseren van een dergelijk samenspel niet eenvoudig, zeker niet in de situaties waarin specialisten met zeer veel huisartsen en meer groepen verpleegkundigen te maken hebben en de thuisverpleging en de huisartsen met soms wel meer dan vijf ziekenhuizen. Bovendien kan het beleid van ziekenhuizen per afdeling sterk verschillen.
Los van de gewenste situatie, is onderzoek naar de feitelijke afstemming van samenwerking en coördinatie van belang. Zelfs in eenvoudige kwantitatieve zin zou het nuttig zijn om uit te rekenen of bijvoorbeeld de huisartsendichtheid en de wijkverpleegkundigendichtheid van invloed is op de verpleegduur in een gebied. Hiervoor zijn echter gegevens nodig betreffende de regionale spreiding van de functie thuisverpleging (wat nog iets anders is dan de dichtheid van wijkverpleegkundigen) en, zoals we al eerder in dit werkplan hebben gesteld, deze gegevens ontbreken.
De volgende projecten worden onder het thema "Uitstroom" ondergebracht:

Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen

Op het NHI/NIVEL is een zekere traditie ontstaan in het ontwerpen van zogenaamde rekenmodellen voor de gezondheidszorg. In deze rekenmodellen worden regionale verschillen in verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers verklaard uit een aantal vrij ruwe indicatoren van het functioneren van de gezondheidszorg. De voornaamste aandacht in de geformuleerde modellen lag bij verwijs- en opnamecijfers. Ook de verpleegduur per opname kan met de bestaande gegevens redelijk worden voorspeld, zeker als men beschikt over regionale gegevens over de thuisverpleging, over de gezins- en bejaardenzorg en over het aantal bejaardentehuizen. Gepoogd zal worden om met behulp van de bestaande gegevens een proefmodel te maken ter verklaring van de verpleegduur per opname, waarin de zorgsector in regionale kwantitatieve parameters zal zijn ondergebracht.

Substitutie van verpleegkundige zorg

Naast de ontwikkeling van het hierboven genoemde macro-model is het nuttig om te kijken welke factoren substitutie van verpleegkundige zorg beïnvloeden. Daarvoor is eerst een goede beschrijving op micro-niveau noodzakelijk, zowel van de mate waarin beslissingen over de lengte van de verpleegduur worden beïnvloed door de mogelijkheden tot thuisverpleging en thuisverzorging als de vorm waarin communicatie en coördinatie van thuiszorg plaatsvindt. In dit onderzoek zou een beschrijving kunnen worden meegenomen van het functioneren van nazorgfunctionarissen (of liever gezegd: functionarissen ten behoeve van de continuïteit van zorg) die bij een aantal Kruisverenigingen in dienst zijn. In 1985 zal over dit onderwerp een onderzoeksvoorstel worden geformuleerd in nauw overleg met naaste betrokkenen. Het project wordt verder beschreven in hoofdstuk 10: Het Kruiswerk.

4.3. Het mechanisme

Een aantal relaties die in de onderzoeken zijn vastgesteld en zullen worden vastgesteld - in de vorige pagina's ge-

noemd - zijn eerder statistisch dan causaal van aard. Zelfs de in Nederland zo belangrijke factor als 'afstand tot een algemeen ziekenhuis' werkt op een wijze die niet precies bekend is. Tenslotte gaat het niet om zwaartekracht en fysica, maar om het gedrag van huisartsen, specialisten en patiënten en zullen afwegingen over de afstand op zichzelf of over de vervoersmogelijkheden, een rol spelen in de beslissing om al dan niet een verwijzing tot stand te brengen. Het is echter ook goed mogelijk dat 'afstand' staat voor een verschil in sociale en culturele gewoonten, die de houding ten opzichte van het ziekenhuis en verwijzing beïnvloeden of zelfs van invloed zijn op de gezondheidstoestand van personen.
Het is niet onbelangrijk - zeker niet omdat men nog steeds bezig is met het verplaatsen van ziekenhuizen van binnenstad naar perifere gemeenten - om te weten hoe een factor als 'afstand' van invloed is op verwijs- en opnamecijfers.
Het NIVEL is in de gelegenheid gesteld om vrij nauwgezet te volgen hoe de opening van een ziekenhuis in een tot nu toe ziekenhuisloos gebied het gedrag van huisartsen en patiënten heeft beïnvloed.

Ziekenhuis Lelystad

Dit project, dat in de herfst van 1981 begon met subsidie van het Preventiefonds, behandelt de gevolgen van een sprongsgewijze vergroting van het aanbod van tweedelijnsvoorzieningen voor de medische consumptie in de desbetreffende regio. Het project zal in 1985 met het eindrapport worden afgesloten. De tussenrapportages tot nu toe geven te zien dat de huisartsen hun gedrag niet of nauwelijks hebben veranderd onder invloed van het ziekenhuis. Dit komt niet overeen met de verwachting en in het eindrapport zal ook aandacht worden besteed aan de vraag of dit inderdaad zo is en waarom dit zo zou kunnen zijn. De continue evaluatie en aanwezigheid van onderzoekers zou niet geheel vreemd aan deze resultaten kunnen zijn.
Over de veranderingen in opvatting van de bevolking zijn nog geen gegevens beschikbaar, maar deze zullen ook in het eindrapport worden verwerkt.

Evaluatie gezondheidszorg Almere
In Almere wordt aan de gezondheidszorg een experimentele vorm gegeven, waarbij samenhang tussen voorzieningen, een sterke eerste en een beperkte tweede lijn en lage kosten belangrijke kenmerken zijn. Aan het NHI/NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut is verzocht de evaluatie van dit experiment te verzorgen. Een beschrijving van de gezondheidszorg in brede zin is in 1984 afgesloten. Op grond van deze beschrijving is een enquête onder de bevolking afgenomen, waarin mensen gevraagd wordt naar hun ervaringen met eerste- en tweedelijnszorg en naar de wenselijkheid van de verschuiving van klinische naar poliklinische zorg. De bevolkingsenquête bevat mede een aantal vragen die ook in het vorige onderzoek zijn genoemd, waardoor de resultaten van de enquête in Almere vergelijkbaar zijn met die van Lelystad. Tegelijkertijd gaat in 1985 een consult- en verwijsregistratie in poliklinieken en huisartspraktijken van start. Deze registratie dient mede als basismateriaal voor een longitudinaal onderzoek, waarbij de invloed van de verdere aanbouw van het ziekenhuis wordt bestudeerd. Tenslotte zal in de tweede helft van 1985 gericht onderzoek naar de EHBO-functie in Almere en naar het beleid ten aanzien van patiënten met lage rugpijn worden verricht.

4.4. Samenvatting

Onder het thema Patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn is een aantal projecten geformuleerd dat enerzijds de instroom vanuit de eerste lijn (vooral geconcentreerd op verwijscijfers van huisartsen) en anderzijds de uitstroom uit de tweede lijn (ziekenhuisnazorg bijvoorbeeld) als onderwerp heeft. Bovendien wordt getracht om te achterhalen hoe belangrijk de mechanismen in dit veld feitelijk zijn. De volgende projecten zijn geformuleerd:
- Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken;
- Directe invloed van huisartsen op ziekenhuisopnamen;
- De invloed van een verrichtingentarief in de huisartspraktijk op de verhouding: zelf doen/verwijzen;

- Samenwerken en verwijzen, zie hoofdstuk 3: Samenwerking en samenhang;
- Verwijzen op micro-niveau, zie hoofdstuk 7: Vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk;

Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen;

- Substitutie van verpleegkundige zorg (zie ook hoofdstuk 10: Het Kruiswerk);
- Ziekenhuis Lelystad;
- Evaluatie gezondheidszorg Almere

5. EERSTELIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Nu in de beleidsvoornemens van de Rijksoverheid de eerste lijn in het algemeen en de huisarts en het maatschappelijk werk in het bijzonder zo'n duidelijke voorpostfunctie zijn toebedeeld ten opzichte van de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, dient een onderzoeksprogramma met als titel 'eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg' op het NIVEL niet te ontbreken.
Niet dat het onderwerp als zodanig in de onderzoeksactiviteiten van het toenmalige NHI ontbrak - men denke aan de in 1976/1977 uitgevoerde inventarisatie van de samenwerking huisarts/psycholoog, aan de trits evaluatieonderzoekingen over achtereenvolgens het inschakelen van een psycholoog in de eerste lijn (SPEECH), het geven van consultatie uit de GGZ aan een groep huisartsen (consultatieproject Eindhoven) en het inschakelen van een team van hulpverleners op psycho-sociaal gebied (PSH-Breda) en de uitgebreide onderzoekstraditie op het gebied van de psycho-sociale hulpverlening van de huisarts (met name video-onderzoek), maar het recente beleid, zoals dat bijvoorbeeld in de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid is neergelegd, vergt deels aangepast onderzoek.
Onderzoek bijvoorbeeld naar de vraag 'Wat voor psycho-sociale problematiek kan de eerste lijn aan?', 'Van welke condities is de opvangmogelijkheid van de eerste lijn afhankelijk?', 'Welke vormen van kennis- en deskundigheidsoverdracht van tweede- naar eerstelijnszorg levert het meeste rendement?', 'Hoe kunnen eerste- en tweelijnszorg het beste op elkaar worden afgestemd?'.
Deels zal het onderzoek inventariserend van aard zijn, de reeds genoemde inventarisatie van samenwerking huisarts/psycholoog dient up-to-date te worden gebracht en uitgebreid te worden met een inventarisatie van samenwerking tussen huisartsen en Algemeen Maatschappelijk Werk enerzijds en alle vormen van geestelijke gezondheidszorg anderzijds; niet alleen de Ambulante GGZ en de RIAGG's, maar ook de vrijgevestigde psychiater en de intramurale GGZ. Deels heeft het ook een verklarend en/of een evaluatief karakter.

Inventarisatie samenwerking eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg

Dit onderzoek is een gezamenlijk project van het NcGv en het NIVEL.

Begin 1985 zal bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een subsidieverzoek ingediend worden om de uitvoering van een landelijke inventarisatie naar de relatie tussen enerzijds huisartsen en AMW en anderzijds extra- en intramurale GGZ-voorzieningen mogelijk te maken.

Met het onderzoek wordt beoogd een overzicht te geven van de omvang, de vorm, de inhoud en de participanten van bestaande samenwerking tussen eerste lijn en GGZ. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan de wederzijdse beeldvorming, de ervaren knelpunten en de wensen ter verbetering van taakafstemming en samenwerking. Door het koppelen van deze gegevens met persoonlijke gegevens (bijvoorbeeld taakopvatting huisartsen) en structurele (GGZ-dichtheid, praktijkvorm huisartsen, intake organisatie RIAGG's, opnamebeleid), zal het onderzoek aanknopingspunten geven over de haalbaarheid en gewenste invulling van huidige beleidsvoornemens met betrekking tot de versterking van de psycho-sociale behandelcapaciteit van de eerste lijn en de afstemming van deze sector met de GGZ. Een tweede toepassingsgebied is het vergelijken van resultaten van lopend (en voorgenomen) regionaal en casuïstisch onderzoek met de aldus verkregen landelijke gegevens en het gericht kunnen opzetten van samenwerkingsexperimenten tussen bijvoorbeeld huisarts-eerstelijnspsycholoog en eerste lijn-RIAGG.

De materiaalverzameling zal door middel van een spiegelbeeldende methode plaatsvinden: eerstelijns- en GGZ-voorzieningen zullen zoveel mogelijk hetzelfde soort gegevens gevraagd worden.

Op basis van de resultaten van een eerste onderzoeksfase, waarin een landelijke steekproef huisartsen een schriftelijke vragenlijst zal worden voorgelegd, zullen enkele gezondheidsregio's geselecteerd worden waarin naast AMW-instellingen alle (soorten) GGZ-voorzieningen (eerstelijnspsychologen, vrijgevestigde psychiaters, RIAGG's, poliklinieken, PAAZen en APZen) benaderd worden.

Taakafstemming en samenwerking tussen huisartsen, AMW en RIAGG

Bij het streven naar een verbetering van de samenhang tussen eerstelijn en GGZ en een versterking van de deskundigheid en de capaciteit van de eerstelijn op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg neemt het trio huisarts, AMW en RIAGG een centrale plaats in. Bestaande onderzoeks- en registratiegegevens geven aan dat het aan de afstemming tussen deze drie nog al eens schort. Vaste werkcontacten tussen RIAGG en eerste lijn zijn eerder uitzondering dan regel, de - onder andere in de Wettelijke Regeling AGGZ - voorgestane poortwachtersfunctie van de eerste lijn blijkt niet uit bestaande verwijspatronen, terwijl wat betreft taakuitoefening overlap tussen AMW en AGGZ gesignaleerd wordt. In 1985 zal, zo mogelijk in samenwerking met de betrokken (beroeps)organisaties (LHV, Joint, NVAGG), een onderzoeksproject voorbereid en gestart worden met een tweeledig doel:

- het evalueren van samenwerkingsexperimenten tussen huisarts, AMW en RIAGG;
- gegeven het bestaande eerstelijnsaanbod, het vergroten c.q. optimaliseren van de psycho-sociale opvangcapaciteit van de eerstelijn door middel van consultatie en dienstverlening vanuit de RIAGG's.

Vooralsnog zou gedacht kunnen worden aan de volgende punten:

- voorpostfunctie AMW inzake opvang psycho-sociale problematiek in combinatie met verwijsbevoegdheid naar AGGZ;
- de intake- en dienstverleningsorganisatie van de RIAGG's;
- de intermediaire rol van de huisarts, in het bijzonder wat betreft (verwijs)contacten naar psychiatrische poliklinieken en intramurale GGZ;
- specifieke functies als bijvoorbeeld 7 x 24 uurs bereikbaarheid, nazorg psychiatrische patiënten, crisisinterventie.

Globaal zou de opzet van het project er als volgt uit kunnen zien:

a) analyse van bestaande samenwerkingsexperimenten;
b) opzetten c.q. aanpassen van dergelijke experimenten;

c) evaluatie;
d) inplementatie: het ontwikkelen van samenwerkings modellen.

Exclusief een, gezien de te verwachten belangentegenstellingen, ruime voorbereidingstijd, zal de uitvoering van het onderzoek circa 3,5 jaar in beslag nemen.

Eerstelijnssamenwerking en beroep op GGZ-voorzieningen

Uit het (lopende) onderzoeksproject 'Samenwerken en Verwijzen' (zie pag. 15) blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra significant minder verwijzen naar psychiatrie dan hun collega's in andere praktijkvormen. Deze uitkomst roept een aantal vragen op:

- in hoeverre worden deze verschillen ook aangetroffen ten aanzien van verwijzingen naar de AGGZ;
- in hoeverre wordt het (eventueel) minder verwijzen naar de GGZ gecompenseerd door meer verwijzingen naar het AMW en/of andere eerstelijnsdisciplines;
- en tenslotte kan, analoog aan de laatste fase van het project Samenwerken en Verwijzen, de vraag gesteld worden of de gevonden verschillen op het conto van samenwerking (vergelijk bijvoorbeeld hometeams), praktijkvorm of andere factoren (bijvoorbeeld patiëntenkenmerken) komen.

Tussentijdse resultaten uit het Interdoktervariantieproject (zie hoofdstuk 8, pagina 61) lijken de hypothese te ondersteunen dat huisartsen in gezondheidscentra minder naar psychiatrie, meer naar AMW en ongeveer evenveel naar de AGGZ verwijzen. Voorlopige resultaten uit het onderzoek naar het functioneren van maatschappelijk werkenden (binnen en buiten de ELGZ) (zie pagina 18) wijzen er overigens op dat dit niet betekent dat maatschappelijk werkenden werkzaam in een gezondheidszorgsetting, relatief meer met psycho-sociale problematiek geconfronteerd worden dan hun collega's die in een algemene setting werkzaam zijn. In het kader van de stimulering van samenwerking binnen de eerste lijn en in het bijzonder de daaraan gekoppelde verwachting dat dit de kwaliteit en kwantiteit aan opvang van psycho-sociale problemen door de eerstelijn

kan versterken, zal het NIVEL in 1985 een onderzoek voorbereiden waarin:

a) mede op basis van de drie genoemde projecten zal worden nagegaan of eerstelijnssamenwerking resulteert in een geringer beroep op tweedelijns-GGZ voorzieningen;
b) zo ja, welk soort problematiek, c.q. soort patiënten in of ten gevolge van samenwerking in de eerste respectievelijk tweede lijn behandeld worden. Naar verwachting zal dit onderzoek eerst in 1986 een aanvang kunnen nemen.

5.1. Samenvatting

Met het verschijnen van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid en de reacties die deze in kringen van veld en beleid heeft opgeroepen, is nader onderzoek op het gebied van de relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg uitermate relevant geworden. Het NIVEL heeft (deels tesamen met het NcGv) de volgende projecten op dit terrein opgezet:

- Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (samenwerkingsproject tussen NIVEL en NcGv);
- Taakafstemming en samenwerking tussen huisartsen, AMW en RIAGG;
- Eerstelijnssamenwerking en beroep op GGZ-voorzieningen;
- Onderzoek internationale literatuur consultatie en dienstverlening van GGZ aan huisartsen.

Tenslotte vormt het onderwerp Verwijzen naar de (A)GGZ een van de deelprojecten uit de voorgenomen grootschalige praktijkstudie (zie aldaar).

6. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG

In tijden dat de grondslagen van menig systeem van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit opnieuw worden bezien, is onderlinge vergelijking van systemen van gezondheidszorg qua kosten en opbrengsten een zaak die in de belangstelling staat. Het is zeker niet zo dat als zou blijken dat een bepaald systeem een aantal duidelijke voordelen heeft boven een ander, invoering van een dergelijk systeem niet met grote moeilijkheden en problemen gepaard zou gaan (omdat weerstand tegen welke verandering dan ook als verzet tegen een aanslag op verworven rechten zou worden beschouwd), maar men kan tenminste bezien of een voorgestelde wijziging van het systeem van gezondheidszorg effecten in een bepaalde richting zou hebben. Vergelijking van de Nederlandse gezondheidszorg met andere systemen is alleen zinvol als dit gebeurt op de hoofdzaken van systemen. Voor Nederland zijn dit:

1. een gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen;
2. een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem in de tweedelijnsgezondheidszorg;
3. de indirecte toegang tot de specialistische zorg en tot enkele paramedische verstrekkingen;
4. het bestaan van een verplicht (publiek) en een vrijwillig (privaat) gedeelte in het verzekeringssysteem;
5. het bestaan van een duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur.

Welke systemen komen nu in aanmerking voor vergelijking? Ten eerste systemen waar de tweedelijnszorg strakker beheerst en gepland is en bijvoorbeeld niet op verrichtingen--basis is gefinancierd. Dit geldt bijvoorbeeld in Engeland, de Scandinavische landen en voor een gedeelte in Duitsland. Ten tweede landen waar huisartsen niet per abonnement maar per verrichting worden betaald. Dit geldt voor België, Frankrijk, Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk. Ten derde die landen waar niet een gedeeltelijk publiek en een ge-

deeltelijk privaat systeem van ziektekostenverzekeringen bestaat, maar hetzij het één, hetzij het ander. Een volledig privaat systeem kennen wij niet, maar de meeste landen hebben een vrijwel volledige collectieve financiering van de zorg. In het Verenigd Koninkrijk bestaat de iedere burger omvattende National Health Service; maar ook in België en in Frankrijk en in de meeste andere landen om ons heen is verzekering collectief. In Duitsland kent men, evenals in Nederland, de deels publieke, deels private verzekering. Ten vierde is interessant een systeem waarin bijvoorbeeld de specialistische zorg niet via de huisarts toegankelijk is, maar rechtstreeks kan worden geraadpleegd. België is hier een duidelijk voorbeeld van, evenals Frankrijk. Ten vijfde is van belang om systemen, die geen duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg kennen, zoals het Zweedse, waarin alle gezondheidszorg rond het ziekenhuis is geconcentreerd, in de vergelijking te betrekken.
In Zweden en in Finland zijn vooral de wettelijke instrumenten waarmee de eerste lijn een centrale plaats wordt toegekend van belang. De rol van de gemeente bij het opzetten van een eerstelijnsgezondheidszorg is in Finland sterk uitgewerkt en heeft al een aantal delegaties van Nederlandse grote gemeenten aangelokt.
Het internationaal vergelijkend onderzoek wordt deels aangepakt met een gerichte verkenning per land of systeem van gezondheidszorg, en deels door meerdere systemen met elkaar te vergelijken. Wat dat laatste betreft wordt de Europese huisartsenonderzoeksgroep: The European General Practice Research Workshop, ingeschakeld om de rol van de huisarts in een aantal Europese landen en met name de rol van de huisarts in relatie tot de rol van de specialist systematisch te vergelijken. Wat betreft de afzonderlijke landen zijn interessant:

1. België, vanwege:
   a. volledig collectieve financiering van de zorg
   b. een vrije toegankelijkheid van de specialistische zorg
   c. een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem.
2. Verenigd Koninkrijk, omdat dit als een volledige tegenpool van het Belgische systeem kan worden beschouwd:
   a. alles per abonnement of in dienstverband

b. volledig collectieve financiering voor alle burgers met geringe eigen bijdrage
c. een strak beheerste tweedelijnszorg.

3. Denemarken. In Denemarken beschikt men over twee systemen van gezondheidszorg:
   a. Het Kopenhaagse, dat min of meer gelijk is aan het systeem in het Verenigd Koninkrijk,
   b. het systeem buiten Kopenhagen, waarin huisartsen deels bij abonnement en deels per verrichting worden betaald en de tweede lijn tamelijk planmatig en met dienstverbanden is georganiseerd;
4. Zweden. Eén van de interessante trekken van de Zweedse gezondheidszorg is dat deze in een omschakelingsproces is van een volledig op de tweede lijn geconcentreerd systeem (opnamecoëfficiënten van 180 per 1.000 in tegenstelling tot 110 per 1.000 in Nederland) naar een systeem waar de eerstelijnszorg belangrijker is. Van belang is bovendien dat in de eerstelijnsgezondheidszorg de eerste contacten niet via de huisarts, maar via de districtsverpleegkundigen gaan.
5. Finland. In Finland is vooral de gemeentelijke planvorming en de rol van de lokale overheid bij structurering van de eestelijnsgezondheidszorg van belang, terwijl in dit land ook interessante experimenten met geautomatiseerde gegevensverwerking in gang zijn.

Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau

In het kader van het nationaal programma van sociaalwetenschappelijk onderzoek in het koninkrijk België is in 1978/1979 een omvangrijke enquête gehouden naar gezondheid, ziekte en doktersbezoek onder de inwoners van een negentigtal gemeenten in Vlaanderen. De enquête vertoont gelijkenis met de te onzent gehouden proefonderzoekingen Medische Consumptie over welk bestand het NIVEL beschikt. Gegevens van inwoners van gemeenten aan weerszijden van de grens zullen in dit onderzoek vergeleken worden.

Directe toegang tot de specialist in de Belgische gezondheidszorg

Een belangwekkend aspect van de Belgische gezondheidszorg is dat specialisten direct toegankelijk zijn. Vooral van de diensten van de zogeheten populaire specialisten: gynaecoloog, internist en kinderarts, wordt, zeker in stedelijke gebieden, gebruik gemaakt. In Nederland moeten ook particuliere patiënten meestal een bezoek aan een huisarts hebben gebracht voordat ze de specialist raadplegen. Uit een inventarisatie in België van het soort patiënten dat en het soort klachten waarvoor men rechtstreeks contact met de specialist zoekt, zou kunnen worden afgeleid wat er in de Nederlandse gezondheidszorg zou kunnen gebeuren als de huisarts niet meer de nu bestaande zeeffunctie zou vervullen.

Vraag/aanbod-relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg

Eén van de belangrijkste factoren, die in Nederland verschillen tussen huisartspraktijken in verwijscijfers beïnvloedt, is de afstand van de huisartspraktijk tot het algemene ziekenhuis. In tot onze beschikking staand Engels onderzoeksmateriaal (uit het tweede National Morbidity Survey uit 1970/1971) bleek dat in de Engelse gezondheidszorg deze in Nederland als vrijwel vaststaand beschouwde relatie niet werd gevonden. Nadere informatie in Engeland is verzameld over de afstand tot, de omvang van, de aard van de ziekenhuizen, waarop de Engelse huisartsen uit het tweede National Morbidity Survey waren georiënteerd. Deze informatie wordt aan het bestaande bestand toegevoegd, waarna gekeken wordt of er nu wel een verband met aard en omvang van en afstand tot de Engelse ziekenhuizen wordt gevonden.

Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg

In Nederland worden huisartsen per abonnement en specialisten per verrichting gehonoreerd. In Denemarken worden huisartsen gedeeltelijk per verrichting gehonoreerd, maar zijn specialisten in dienstverband en

krijgen zij een salaris. In Engeland bestaat het honorarium van de huisarts uit een abonnement en zijn specialisten eveneens gesalarieerd. Dit laatste geldt bovendien wat betreft Denemarken voor het gezondheidszorgsysteem in Kopenhagen. Een vergelijking tussen deze drie landen en deze vier systemen kan inzichten opleveren in de wijze waarop het Nederlandse systeem consistenter zou moeten worden gemaakt, hetzij door huisartsen een gedifferentieerd abonnementshonorarium of een gedeeltelijk verrichtingensysteem te bieden, hetzij door het systeem van betaling per verrichting voor specialisten te modificeren.
In het kader van de European General Practice Research Workshop (EGPRW) is overeenstemming bereikt over de deelname van Deense en Engelse artsenberoepen aan een dergelijk systeem. In Nederland zou dit onderzoek gekoppeld moeten worden aan de in 1985 nog in de proeffase verkerende, maar in 1986 operationeel zijnde Grote Praktijkstudie.

Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap

Alvorens men gericht systemen van gezondheidszorg wil vergelijken is het nodig dat deze systemen eerst op een aantal relevante kenmerken worden geïnventariseerd. The European General Practice Research Workshop (EGPRW) heeft besloten mee te werken aan een dergelijke grondige inventarisatie. Voor deze inventarisatie is een onderzoeksvoorstel gemaakt, dat is ingediend bij de Medical Research Council van de Europese Gemeenschap. In de subgroep van deze raad die zich met Health Services Research bezig houdt is het voorstel positief begroet en zullen de resultaten van de inventarisatie op een eind 1985 te houden symposium worden gepresenteerd. Op grond van de inventarisatie zal een aantal gerichte voorstellen worden geformuleerd voor vergelijking van systemen van gezondheidszorg.

6.1. Samenvatting

Internationaal vergelijkend onderzoek kan pas gericht plaatsvinden als eerst de systemen van gezondheidszorg systematisch zijn geregistreerd en met elkaar zijn vergeleken. Desalniettemin kan van een aantal systemen nu wel gezegd worden dat ze op relevante punten van het Nederlandse systeem afwijken. Op deze wijze zijn de volgende landen geselecteerd: België, Engeland, Denemarken, Zweden en Finland. Dit heeft geresulteerd in de volgende projecten:

- Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau;
- Directe toegang tot de specialist in de Belgische gezondheidszorg;
- Vraag/aanbod-relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg;
- Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg;
- Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap.

7. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Er is iets grondig mis met de informatievoorziening in de gezondheidszorg. Aan de hoeveelheid informatie geen gebrek. Men kan zelfs stellen dat de toename van de hoeveelheid beschikbare informatie in de gezondheidszorg in geautomatiseerde registratiesystemen gelijke tred houdt met de onbruikbaarheid ervan. Deze onbruikbaarheid heeft twee oorzaken. De eerste is dat in toenemende mate informatieverzameling als zelfstandige bezigheid wordt uitgeoefend in zelfstandige instellingen, terwijl de behoefte aan informatie dikwijls flexibel en specifiek is. De tweede oorzaak is dat, waar gegevensverzamelingen opgezet zijn, de toegang tot deze verzamelingen in toenemende mate wordt belemmerd door allerlei regelingen die de dragers van de informatie beschermen. Wat dat betreft is het feit dat landelijk geldige informatie over de huisarts en de eerstelijnsgezondheidszorg in feite geheel afwezig is in de praktijk minder een bijzonderheid dan het op het eerste gezicht lijkt. Het is kostbaar, niet efficiënt en vooral ook niet nódig om continue geautomatiseerde informatie uit huisartspraktijken naar voren te brengen. Beter is het om het Angelsaksische voorbeeld na te volgen en eens in de zoveel jaar (bijvoorbeeld eens in de vijf of tien jaar) gericht informatie te verzamelen op voldoende grote schaal om alle relevante beleids- en wetenschappelijke vraagstellingen in de eerstelijnsgezondheidszorg, die althans met dit type informatie kunnen worden opgelost, te beantwoorden. Het belangrijkste uitgangspunt van het opzetten van een grootschalige studie in Nederlandse huisartspraktijken blijft, dat men niet alleen informatie over hulpvraag, ziekte, klachten, problemen en interventies van huisartsen moet verzamelen, maar ook over voldoende gegevens moet beschikken om de altijd weer geconstateerde interdokter- en interpraktijkvariantie in de gevonden data te kunnen analyseren. Wat men ook in huisartspraktijken onderzoekt en hoe zeer men ook probeert om door middel van definities, afspraken, statistische en fysieke controle een gelijke aanpak van huisartsenzijde te bewerkstelligen, altijd treft men een enorme bron van vari-

antie aan die niet terug te brengen is op de aard van de patiënten en de aangeboden problematiek. Wil informatie uit huisartspraktijken bruikbaar zijn voor beleid in de gezondheidszorg, dan dient deze interdokter- en interpraktijkvariantie vanaf het begin af aan als relevant object van studie mee te worden genomen.

Op basis van het voorgaande en met voorgaande uitgangspunten heeft het NIVEL een voorstel vervaardigd voor een eenmalige grootschalige verzameling van informatie in de huisartspraktijk op basis van een aantal wetenschappelijke vragen en een aantal acute en actuele beleidsvragen. In nauw overleg met het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en met het Secretariaat van de Ziekenfondsraad is een aantal relevante beleidsvragen geformuleerd die hun vertaling hebben gevonden in een negental wetenschappelijk onderzoeksprojecten die de gestelde beleidsvragen kunnen beantwoorden.
Het formuleren van de vragen is van belang omdat de aard van de vragen van belang kan zijn voor de omvang van de steekproef van te onderzoeken praktijken en de samenstelling van de steekproef. In het (hypothetische) voorbeeld dat men de werkwijze van vrouwelijke huisartsen met die van hun mannelijke collegae wil vergelijken, kan men niet met een steekproef van 100 praktijken volstaan, omdat daar slechts een tiental vrouwen in aangetroffen worden. Wil men dit probleem onderzoeken, dan dient men een groter aantal praktijken van vrouwelijke artsen in het onderzoek te betrekken dan men op grond van een representatieve steekproef zou aantreffen. Dit geldt voor een groot aantal andere vraagstukken evenzeer. De opzet van het onderzoek is zodanig, dat uitgegaan wordt van een, gegeven de omstandigheden zo representatief mogelijk 2%-steekproef uit Nederlandse praktijken en dat deze steekproef wordt aangevuld op een aantal criteria die voor de beleids- en wetenschappelijke vragen van belang zijn.
In het meerjarenplan 1984/1985 is al gesteld dat bij deze studie uitgegaan wordt van het gegeven dat zelfregistratie in praktijken onvoldoende betrouwbaar is en dat de gegevens die spontaan door de huisarts in zijn kaartsysteem worden genoteerd te particulier en te idiosyncratisch zijn om voor systematisch wetenschappelijk onderzoek te worden gebruikt.

Oplossingen voor dit probleem zijn gevonden door de codering niet tijdens het spreekuur van de huisarts zelf te laten plaatsvinden en door te werken met gestandaardiseerde registratieformulieren.

7.1. De beleidsvragen

De belangrijkste actuele beleidsvraagstukken centreren zich rond de vraag hoe er een verschuiving in de zorg tot stand kan worden gebracht van specialistische en intramurale zorg naar generalistische zorg in de woonomgeving van de patiënt en van professionele zorg in zijn algemeenheid naar zelfzorg en mantelzorg. Een speciaal punt van aandacht daarbij is de vraag in hoeverre een hechtere structuur en samenwerking binnen de eerste lijn hierop van invloed kan zijn. Deze vraagstukken hebben geleid tot het formuleren van een viertal zogenaamde kernprojecten, onderzoekingen die antwoord geven op acute relevante vraagstukken. Het betreft hier:

a) onderzoek naar verwijzingen van huisartsen;
b) onderzoek naar het voorschrijven van fysiotherapie in de huisartspraktijk;
c) de relatie tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg in de huisartspraktijk;
d) overwegingen bij de mogelijkheid van een gedifferentieerd abonnementshonorarium;
e) de meerwaarde van samenwerking.

De vraagstukken die in deze onderzoekingen worden aangesneden hebben gemeen dat de centrale functie van de huisarts als degene die diensten ook uit andere sectoren van de gezondheidszorg toegankelijk kan maken, onderwerp van studie is. Bovendien wordt onderzocht of de te nemen maatregelen op het gebied van beperking van het verstrekkingenpakket voor hulp invloed hebben op de relatie tussen zelfzorg en professionele zorg.
Tenslotte wordt als belangrijk onderzoeksproject genoemd onderzoek naar de meerwaarde van samenwerking waarin op een groot aantal punten onderzocht wordt of de mate en de intensiteit en de vorm waarmee huisartsen samenwerken van invloed is op de zorg die zij aan de patiënten verschaffen.

Naast deze vijf zogenaamde kernprojecten is nog een viertal nevenprojecten geformuleerd die qua relevantie een iets lagere prioriteit hebben, maar die, gegeven de intensiteit en omvang van de materiaalverzameling, op betrekkelijk eenvoudige wijze kunnen worden beantwoord. Het gaat hier om:

a) onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen;
b) de nazorg van ziekenhuispatiënten;
c) de relatie huisarts-(ambulante) geestelijke gezondheidszorg/algemeen maatschappelijk werk;
d) bijzondere extra aandacht vragende groepen in de huisartspraktijk.

Naast de onderzoeken met de bovengenoemde titels kan de praktijkstudie een bijzonder belangrijke bijdrage leveren tot de ontwikkeling van huisartsgeneeskunde en sociale wetenschappen in de gezondheidszorg, omdat door de omvang van het materiaal vele vraagstukken op het gebied van de relatie van achtergronden van patiënten met morbiditeit, op het gebied van de relatie tussen morbiditeit en verrichtingen en op de invloed van huisarts- en praktijkkenmerken op datgene wat zich aan de huisarts voordoet, met vrucht kunnen worden bestudeerd. Uiteraard heeft men bij deze vraagstukken niet de garantie dat nu net het ene toevallige relevante gegeven opgenomen is. Dit laatste heeft men wel bij de negen projecten die hierboven zijn genoemd.

7.2. Fasering

Een project van een hierboven genoemde schaal en omvang (een grove raming van het budget komt uit op een bedrag van ruim tien miljoen gulden, gespreid over vijf jaar) kan niet zonder uitvoerige haalbaarheidsstudie worden verricht. In 1985 zal dan ook de voornaamste aandacht worden gewijd aan het precies en gedetailleerd voorbereiden van de grote studie. Door de grote omvang van de studie kan een kleine miscalculatie op het laagste niveau van registratie en verwerking van de gegevens grote budgettaire consequenties hebben. Het is daarom zaak dat de studie tot in detail wordt doorgerekend en voorbereid en dat geëxperimenteerd wordt met de meest efficiënte manier van omgaan met lokale en centrale computers. Projectsgewijs kunnen we ons het volgende beeld schetsen voor 1985:

Haalbaarheidsstudie grote praktijkonderzoek

In het voorgaande is reeds ingegaan op de problemen van een grootschalige praktijkstudie waarbij men niet wil vertrouwen op de zelfregistratie van de huisarts en men de praktijken ook niet wil belasten en tot onnatuurlijk werken wil forceren door de eis te stellen dat de praktijkadministratie voortaan geheel gecomputeriseerd zal plaatsvinden. Als men dit laatste wel doet (en voor universitaire en wetenschappelijke doeleinden zijn er instellingen die dat inderdaad propageren), dan heeft men altijd te maken met een zeer bijzondere selectie van huisartsen en huisartspraktijken die, hoe wetenschappelijk relevant de gegevens ook mogen zijn, toch geen goede informatie leveren over hoe de gezondheidszorg in zijn algemeenheid functioneert. Ook moet de huisarts niet gedwongen worden tot het hanteren van allerlei classificatiesystemen die hij in het dagelijks leven ook niet hanteert. Uit het oogpunt van gezondheidszorgonderzoek dient de situatie in de huisartspraktijk zo natuurlijk en neutraal mogelijk te worden gadegeslagen. Dit betekent dat reizende codeurs, uitgerust met de modernste installaties op het gebied van bruikbare computerapparatuur, eens in de zoveel tijd de informatie die in de huisartspraktijk op basis van gestandaardiseerde registratieformulieren is verzameld, moeten coderen en in een centraal systeem inbrengen. De snelheid waarmee men erin slaagt om de door de huisartsen en assistenten geleverde informatie te verwerken en de soepelheid waarmee het leveren van de informatie gepaard gaat, zijn bepalend voor het welslagen van de Grote Praktijkstudie.

In het haalbaarheidsonderzoek zal driftig worden geëxperimenteerd met de meest efficiënte en de minst belastende wijze van materiaalverzameling. Aan de hand van de ervaringen die in 1985 worden opgedaan zullen de kosten van de werkelijk uit te voeren studie exact kunnen worden gecalculeerd. Afhankelijk van de omvang van deze calculatie zal het project ook in 1986 worden voortgezet.

Vanaf 1986 zullen - indien de voorstudie positieve resultaten oplevert en de benodigde financiering gevonden wordt - de volgende deelprojecten worden uitgevoerd:

Relatie huisarts-fysiotherapeut

Eén van de deelprojecten die worden opgenomen in de grootschalige praktijkstudie is een studie naar de verwijsrelatie tussen huisarts en fysiotherapeut. Deze studie zal voortbouwen op een in 1985 uit te voeren onderzoek onder de reeds genoemde peilstationsartsen. De peilstationsartsen noteren in 1985 nauwgezet welke patiënten zij naar de fysiotherapeut voor de eerste maal verwijzen, op welke indicatie en proberen te achterhalen wat er met deze patiënten verder gebeurt. Op grond van deze basis-informatie kan een gericht onderzoek worden opgezet onder een groter aantal praktijken waarin de variatie in intensiteit en aanleiding tot het voorschrijven van fysiotherapie onderwerp van studie is. Dit deelonderzoek zal deel gaan uitmaken van het deelprogramma 'fysiotherapie'.

Verwijzen op micro-niveau

Hoewel op het gebied van verwijzen al vrij veel kennis verzameld is, is het meeste onderzoek toch verricht met zogenaamd sub-optimaal materiaal, hetzij materiaal dat alleen het grove ziekenfondsverwijspercentage bevat, hetzij materiaal uit een zeer gering aantal praktijken, hetzij materiaal dat bijvoorbeeld geen indicatiestellingen voor de verwijzingen inhoudt. Het project verwijzen op micro-niveau probeert de vele vragen die in het verwijsonderzoek zijn gerezen nu met juiste materiaal te onderzoeken, namelijk een registratie van een groot aantal contacten, inclusief klachten en problemen, zodat indicatiestelling voor verwijzen in de ene praktijk kan vergeleken worden met indicatiestellingen in andere praktijken en in verband gebracht worden met kenmerken van patiënten, praktijken en huisartsen. Dit deelonderzoek zal deel gaan uitmaken van het deelprogramma 'relatie eerste en tweede lijn'.

Zelfzorg, mantelzorg versus professionele zorg

In het gezondheidszorgonderzoek kan men twee typen onderzoeksopzetten aanwijzen. Het eerste type behelst een enquête onder grotere of kleinere groepen patiënten, waarin een groot aantal zogenaamde achtergrondkenmerken van consumenten in de gezondheidszorg in verband worden gebracht met het door deze personen opgegeven gebruik van diensten van huisartsen, specialisten, fysiotherapeuten, tandartsen enz.. Men beschikt hier over veel kenmerken van patiënten, maar het probleem is dat de opgave van het gebruik van diensten van professionals in de gezondheidszorg, alsmede over de kenmerken van de betreffende praktijken (praktijkgrootte, samenwerkingsvormen, etc.) voor zover al gevraagd, meestal niet erg betrouwbaar is en bovendien niet het gehele scala omvat dat deze professionals zelf in hun praktijk tegenkomen. Ook in de meest geavanceerd opgezette enquêtes blijft toch 30% van de bevolking niet thuis geven bij het beantwoorden van de vragen. Het zou onwaarschijnlijk zijn dat deze 30% ook de huisarts niet zou bezoeken en het is ook niet terecht om te vermoeden dat degenen die wel aan dergelijk onderzoek meedoen niet afwijken qua kenmerken van degenen die niet thuis geven of weigeren mee te doen. In de zogenaamde praktijkstudies weet men wel welke zorgvraag de huisarts bereikt, maar beschikt men over bedroevend weinig kenmerken van patiënten. Leeftijd en geslacht zijn meestal wel bekend en vaak ook de verzekeringsvorm in ruwe zin, maar daar blijft het meestal bij. Opleiding, beroep, inkomen, opvattingen over ziekte en gezondheid, gezinssamenstelling, dit alles zijn gegevens die huisartsen zelden op betrouwbare wijze kunnen opleveren. Het ligt daarom in de bedoeling om in de Grote Praktijkstudie ook systematisch extra informatie van patiënten te verzamelen. Deels zal dit gebeuren door een korte enquête met achtergrondkenmerken in de praktijk af te nemen en de 30% gemiddeld van de patiënten die de huisarts in een jaar tijd niet bezoekt schriftelijk te enquêteren, maar daarnaast zal gepoogd worden om in een beperkt aantal locaties een uitvoerige gezondheidsenquête onder de patiënten af te nemen en de resultaten van deze enquê-

te te vergelijken met hetgeen men bij de huisarts presenteert of althans wat de huisarts van deze presentatie noteert. Op deze manier kan de relatie tussen zelfzorg/mantelzorg en professionele zorg worden onderzocht. Het onderzoek zal in nauwe samenwerking met de hoofdafdeling Gezondheidsstatistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek worden opgezet. Het deelonderzoek zal zowel deel gaan uitmaken van het deelprogramma 'vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk' als van het deelprogramma 'consumentenonderzoek'.

Overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium

Als men beschikt over een grotere hoeveelheid kenmerken van patiënten dan alleen leeftijd en geslacht, dan kan men in de Grote Praktijkstudie vrij simpel vaststellen in welke mate bepaalde groepen patiënten meer of minder beslag op de tijd van de huisarts leggen. Als er een ondubbelzinnige relatie blijkt te bestaan tussen bepaalde kenmerken van patiënten - liefst uiterlijk en zonder twijfel vaststelbaar - en het tijdsbeslag voor de huisarts, dan zou een dergelijk resultaat een basis kunnen zijn voor een mogelijk gedifferentieerd abonnementshonorarium. Hij kan dan namelijk groepen patiënten duidelijk aanwijzen, die zonder twijfel een grotere belasting voor de huisartspraktijk vertonen dan andere. Een dergelijk gedifferentieerde aanpak zou meer recht doen aan de feitelijke werkbelasting en de energie die de huisarts aan zijn praktijk moet besteden dan het wel erg ongedifferentieerde abonnementsbedrag. Voorwaarde is dat de groepen ondubbelzinnig localiseerbaar zijn en dat alle invloeden van de huisarts zelf op het beroep dat de patiënten op hem doen zijn uitgeschakeld. Dit deelonderzoek blijft deel uitmaken van het deelprogramma 'vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk'.

De meerwaarde van samenwerking

De mogelijke meerwaarde van samenwerking in de huisartspraktijk wordt in het project 'Samenwerken en Verwijzen' afgeleid van de hoeveelheid verwijzingen naar

de tweedelijnsgezondheidszorg. Daarnaast kan zij ook worden gerelateerd aan het voorschrijven van geneesmiddelen, het uitschrijven van machtigingen voor fysiotherapie, het laten verrichten van laboratoriumonderzoek, het doen opnemen van patiënten in het ziekenhuis, het beïnvloeden van de verpleegduur van reeds opgenomen patiënten enz., enz..
De meerwaarde van samenwerking, waarvan het onderzoek tot nu toe geconcentreerd is geweest rond het verwijzen in de huisartspraktijk, kan breder en systematischer worden opgezet. Als men een dergelijk onderzoek opzet, moeten niet alleen gezondheidscentra vergeleken worden met solo-praktijken, maar dient ook mono-disciplinaire samenwerking in duo-praktijken en groepspraktijken te worden onderzocht en bovendien de gestructureerde en geformaliseerde samenwerking in home-teams ook bij het onderzoek te worden betrokken. Deze eis heeft tot gevolg dat het aantal te onderzoeken praktijken in de Grote Praktijkstudie sterk moet worden uitgebreid. Bij een normale 2%-steekproef treft men niet meer dan één of twee gezondheidscentra aan en niet meer dan twee groepspraktijken of een twintigtal duo-praktijken. Ongeveer 35% van de Nederlandse huisartsen heeft een zogenaamde home-team-samenwerking. Deze groep is dus ook ondervertegenwoordigd. Wil men al deze samenwerkingsvormen systematisch met elkaar vergelijken, dan dient men over vijf groepen van ongeveer veertig praktijken te beschikken: veertig gezondheidscentra, veertig duo- en groepspraktijken met home-team-samenwerking en veertig duo- en groepspraktijken zonder home-team-samenwerking,aangevuld met veertig solo-praktijken zonder samenwerking en veertig solo-praktijken met samenwerking. Deze onderzoeksopzet beïnvloedt de omvang van het totale project zeer. Men zal dus in gemoede moeten afwegen of het antwoord op de vraag naar de meerwaarde van samenwerking de extra inspanningen bij de materiaalverzameling waard is. Wanneer dit deelonderzoek doorgaat, zal het worden ondergebracht bij het deelprogramma 'samenwerking en samenhang'.

Voorschrijven in de huisartspraktijk
Op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen is reeds enig zinvol onderzoek verricht. Het voordeel van een deelonderzoek 'het voorschrijven van medicijnen' in de Grote Praktijkstudie is echter dat het nu mogelijk is om de variaties in het voorschrijven te relateren aan de variaties in andere producten van de huisartspraktijk, machtigingen fysiotherapie, verwijzingen, laboratoriumonderzoek, etc. en aan kenmerken van klachten, patiënten en praktijk. Hierdoor wordt het onder andere mogelijk om subsitutieprocessen te bestuderen. In een dergelijk deelonderzoek is het van belang om de benodigde informatie in gedetailleerde vorm te verzamelen. Soort, omvang, toedieningsvorm van de voorgeschreven geneesmiddelen dienen nauwkeurig te worden vastgesteld. Dit deelonderzoek blijft deel uitmaken van het deelprogramma 'vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk'.

Nazorg van ziekenhuispatiënten
Het ligt in eerste instantie niet direct voor de hand om de nazorg van ziekenhuispatiënten helemaal vanuit de huisartspraktijk te onderzoeken. Het is immers de vraag of de huisarts precies weet wat er bijvoorbeeld tussen ziekenhuisverpleging en thuisverpleging wordt afgesproken en of al dan niet gezinshulp wordt aangetrokken. Wel is het zo dat huisartsen als regel een zogenaamde ontslagbrief van het ziekenhuis krijgen. De huisarts weet dus als regel wie van zijn patiënten is opgenomen en wanneer deze patiënt is ontslagen. Het vaststellen van de actie die naar aanleiding van de ontslagbrief wordt genomen, het registreren van het tijdstip waarop de ontslagbrief binnenkomt en van de activiteiten die de huisarts bijvoorbeeld tevoren heeft ondernomen geven zinvolle informatie over bijvoorbeeld de haalbaarheid van het organiseren van de nazorg van ziekenhuispatiënten rond de huisartspraktijk en meer in zijn algemeenheid over de continuïteit van zorg tussen eerste en tweede lijn. Overigens zal in de loop van 1985 een specifiek op de thuisverpleging en -verzorging toegesneden project rond de nazorg worden ontworpen.

Relatie huisarts/(A)GGZ respectievelijk AMW
Het aantal verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de GGZ, AGGZ en het Algemeen Maatschappelijk Werk is dusdanig gering dat men eerder zal moeten onderzoeken wat huisartsen doen bij door hen onderkende psycho-sociale problematiek dan dat men zich op de verwijsrelatie dient te concentreren. Van speciaal belang daarbij is het om generaliseerbare gegevens te verkrijgen over de vraag welke psycho-sociale problematiek door de huisarts aan de patiënten wordt teruggegeven (zelfzorg, mantelzorg), welke problematiek in de huisartspraktijk zelf wordt afgehandeld en welke problematiek wordt doorverwezen (en waarom) naar AMW, respectievelijk RIAGG. Een tweede vraagstuk is of er in de huisartspraktijk sprake is van niet door huisartsen onderkende psycho-sociale problematiek. Dit laatste onderwerp vergt uiteraard een oordeel buiten de huisarts zelf. Overwogen wordt of gekoppeld aan de praktijkstudie op beperkte schaal een gericht onderzoek met behulp van audio- of videomateriaal ter beantwoording van deze vraag kan dienen.
Dit deelonderzoek zal onderdeel gaan uitmaken van enerzijds het deelprogramma 'relatie eerstelijn - geestelijke gezondheidszorg' en anderzijds van het deelprogramma 'het hulpverleningsproces'.

Bijzondere groepen in de huisartspraktijk
Min of meer analoog met het onderzoek naar bouwstenen voor een gedifferentieerd abonnementshonorarium is het zinvol om bepaalde extra zorgvragende groepen in de huisartspraktijk in kaart te brengen. Men zal in dit onderzoek een beschrijvende analyse moeten geven van de morbiditeit, de raadpleegfrequentie (mede in relatie tot zelf- en mantelzorg) en het tijdsbeslag van de huisarts. Het localiseren van bijzondere groepen kan het denken in de richting van gerichte stimuleringsmaatregelen bevorderen. Dit deelonderzoek blijft deel uitmaken van het deelprogramma 'vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk'.

Peilstations

Als een grootschalige studie in de huisartspraktijk zou doorgaan, dan zou het onwaarschijnlijk zijn dat de peilstations daarbij in het geheel niet betrokken zouden worden. De enige voorwaarde hiervoor is dat volstrekt zeker en duidelijk moet zijn dat de gekozen middelen tot het geformuleerde doel leiden. De peilstations op zichzelf kan men betitelen als een systeem met een ijzeren formule, waarvan de bekendheid en het succes tot ver over de Nederlandse grenzen doordringt. Het inschakelen van de peilstations bij de grootschalige praktijkstudie is dan ook ook alleen verantwoord als werkelijk tot op de bodem uitgezocht is dat een dergelijke studie haalbaar is en de verwachte grote beleidsrelevante en wetenschappelijke resultaten oplevert. In 1985 is dat in ieder geval nog niet het geval. De peilstations gaan voort op de beproefde weg en registreren de volgende onderwerpen:

- influenza;
- cervix uitstrijkje;
- ziekte van Parkinson;
- sterilisatie;
- morning after pil;
- maligniteiten;
- depressie;
- suïcidepoging;
- hartinfarct;
- ulcus pepticum;
- verwijzingen naar fysiotherapie.

Mocht het zo zijn, dat de praktijkstudie financieel en onderzoekstechnisch haalbaar blijkt te zijn, dan zal naar alle waarschijnlijkheid een beroep op de peilstations worden gedaan om in 1986 te worden ingeschakeld bij het verzamelen van gegevens over alle morbiditeit en verrichtingen. Het blijft hier bij een één jaar durende eenmalige zaak, daarna kan men weer op de beproefde voet voortgaan. Ook als de peilstations aan de praktijkstudie deelnemen blijft een accent op een tiental te registreren problemen en ziektebeelden zonder meer bestaan en verandert er wat betreft het jaarverslag eigenlijk vrij weinig.

Morbiditeit en gezondheidszorgonderzoek

Als men spreekt over gezondheidszorgonderzoek: onderzoek

waarin variaties in het functioneren van onderdelen van gezondheidszorg centraal staan, dan is men altijd in zekere mate gehandicapt door de veelheid van ziekten, klachten en problemen die zich bijvoorbeeld in de huisartspraktijk kunnen voordoen. Sommigen proberen dat op te lossen door ziekten en morbiditeitsclassificaties in aanvang dusdanig te vergroven dat slechts een beperkt aantal categorieën kan worden genoteerd (te denken valt bijvoorbeeld aan de gangbare huisartsenclassificatie). Beter is het echter onzes inziens om klachten, problemen, ziekten en redenen voor contact zo scherp en verfijnd mogelijk te noteren, en daarnaast een instrumentarium te vervaardigen dat afhankelijk van de vraagstelling die men hanteert erin kan slagen om de veelheid van verschijnselen systematisch te reduceren. Te denken valt hierbij aan een model, waarbij op de ene dimensie alle in de huisartspraktijk voorkomende klachten, ziekten, problemen en redenen voor contact, worden aangegeven en op de andere dimensie een aantal verschillende factoren waarvan wordt aangenomen dat zij de gezondheid of genezing beïnvloeden. Men kan bijvoorbeeld laten vaststellen:

a) in welke mate psycho-sociale factoren bij het ontstaan en de presentatie een rol spelen;
b) de ernst, de hinder, de levensbedreiging van de klachten, symptomen en ziekten;
c) of de klachten en problemen behoren tot de categorie die vanzelf overgaat of dat medisch ingrijpen nut heeft;
d) of de medische wetenschap iets weet over het ontstaan van klachten;
e) of de medische wetenschap iets weet over de succesvolle behandeling van klachten;
f) of voedingsgewoonten invloed hebben op het ontstaan van de presentatie van de klachten;
g) of zogenaamde riskante gewoonten (alcohol, tabak, gebrek aan lichaamsbeweging etc.) invloed hebben op het ontstaan of de presentatie van de klachten;
h) of arbeidsomstandigheden of woonomstandigheden de prevalentie beïnvloeden;

enz. enz..

Constructie van een dergelijke matrix hoeft niet in één keer afdoende te zijn opgelost. Men kan afhankelijk van de vraagstelling de matrix aanvullen; men kan bovendien de

oordelen in de tijd laten wijzigen. Wel is het nodig dat een tamelijk verfijnde en uitgebreide lijst van problemen, klachten en ziekten aan een voldoende aantal beoordelaars wordt voorgelegd, zodat men niet alleen de spreiding en het gemiddelde van het oordeel kan vaststellen, maar eventueel ook onderzoek kan doen naar de factoren die beïnvloeden dat bepaalde beoordelaars een bepaalde score op de klachtenlijst vertonen. Het construeren van de matrix, het bijhouden ervan en het vervolmaken ervan is een onderzoek dat na een aanvangssubsidie tot de basisactiviteiten van het instituut kan behoren. Met het groeperen van ziekten en aandoeningen naar kenmerken die direct te herleiden zijn op onderzoeksvragen heeft men het probleem van de veelheid van verschijnselen op constructieve wijze geëlimineerd.

7.3. Samenvatting

Onder het thema vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk vallen in 1985:
- het peilstationsproject;
- een haalbaarheidsstudie naar het uitvoeren van een grote en nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Daarnaast dient er een studie te worden verricht naar het hanteerbaar maken van morbiditeitsgegevens voor gezondheidszorgonderzoek.

Wanneer de haalbaarheidsstudie positieve resultaten oplevert en er financieringsbronnen gevonden worden, zijn vanaf 1986 de volgende negen projecten gepland (die overigens in een aantal gevallen geheel of gedeeltelijk binnen andere deelprogramma's van het NIVEL zullen worden uitgevoerd):
- relatie huisarts-fysiotherapeut;
- verwijzen op micro-niveau;
- zelfzorg, mantelzorg versus professionele zorg;
- overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium;
- de meerwaarde van samenwerking;
- voorschrijven in de huisartspraktijk;
- nazorg van ziekenhuispatiënten;
- relatie huisarts (A)GGZ/AMW;
- bijzondere groepen in de huisartspraktijk.

8. HET HULPVERLENINGSPROCES

Waar gedragingen van hulpverleners niet louter bestaan uit objectieve, goed afgrensbare handelingen, is observatie van gedrag in de hulpverleningssituatie van groot belang voor het verkrijgen van een beter begrip voor het functioneren van de hulpverlening. Dit geldt zowel voor het functioneren van de huisarts, als - en wellicht in nog sterkere mate - voor het functioneren van de verpleegkundige in de thuisverpleging of voor het functioneren van de maatschappelijk werkende in diens contact met de cliënt. Vooral waar veel aandacht dient te worden besteed aan het verhelderen van de hulpvraag (en dat zal bij veel beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg het geval zijn), is observatie één van de weinige geldige methoden voor het verkrijgen van valide informatie over hetgeen zich tussen hulpverlener en hulpvrager afspeelt.
Op het gebied van het werk van de huisarts heeft het NIVEL een langdurige traditie van observatie-onderzoek. Inmiddels is een videotheek van ongeveer drieduizend spreekuurconsulten aangelegd, afkomstig van ongeveer zestig huisartsen. De consulten zijn zodanig gerangschikt, dat op een betrekkelijk eenvoudige wijze informatie over een breed scala van hulpvragen en interventies kan worden verzameld.
Onderzoek naar het hulpverleningsproces behoeft niet alleen gebruik te maken van video- of audiomateriaal. Zelfregistratie, het vergelijken van oordelen van patiënten over een spreekuurgesprek en het oordeel van de huisarts, het enquêteren van patiënten en huisartsen over elkaars beeldvorming zijn evenzovele middelen waarmee meer zicht kan worden verkregen op wat er zich tussen hulpvrager en hulpverlener afspeelt.
Onder het thema 'hulpverleningsproces' is een serie onderzoekingen gerangschikt die deels bestaan uit het exploiteren van de collectie videomateriaal voor verschillende doelstellingen, dikwijls ter ondersteuning van elders in het instituut plaatsvindend onderzoek. Bovendien wordt een aantal voorstellen gemaakt om van andere hulpverleners dan huisartsen procesinformatie te verzamelen en tenslotte valt

onder dit thema een serie projecten die met gecombineerde materiaalverzameling het functioneren van met name huisartsen in kaart zal brengen. Een bezwaar namelijk van het gebruiken van procesobservaties is de enorme tijdbelasting die de observatie en analyse met zich meebrengen. Automatisch houdt dit bijna in dat slechts van een gering aantal hulpverleners voldoende informatie kan worden verzameld, hetgeen de generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten bemoeilijkt. Wil men op grotere schaal iets over het functioneren van hulpverleners zeggen, dan zal men andere methoden van materiaalverzameling moeten toepassen. Voor de validering **van deze minder intensieve methoden** (men denken aan vragenlijsten en zelfregistratie) is video-materiaal onontbeerlijk.

8.1. Projecten

8.1.1. De videotheek

Uit het video-onderzoek vallen de volgende projecten op het gebied van de huisarts te vermelden:

Onderzoek tijdsinvestering

Om diverse redenen is een goede analyse van de tijdbesteding van huisartsen in relatie tot kenmerken en klachten van patiënten van groot belang. Uit de videotheek is af te leiden in welke mate het besteden van tijd aan patiënten eerder een kenmerk van huisartsen of van patiënten en hun klachten is.

De resultaten van dit onderzoek hebben naast hun intrinsieke belang ook waarde voor het deelproject van de Grote Praktijkstudie 'Bouwstenen voor een gedifferentieerd abonnementshonorarium'.

Verwijzingen naar fysiotherapie

Een deel van de drieduizend consulten mondt uit in een verwijzing naar de fysiotherapeut. In het kader van het onderzoeksprogramma fysiotherapie is aanvullende informatie over het type gepresenteerde klachten en de door huisarts respectievelijk patiënt uitgesproken wens voor een verwijzing naar de fysiotherapeut een welkome aanwinst.

Tevens kan een vergelijking worden gemaakt tussen con-

sulten van patiënten met vergelijkbare klachten die wel en die niet naar de fysiotherapeut worden verwezen. Ook hier is het van belang in hoeverre er een 'artsenfactor' in het spel is.

Pillen of praten

Op analoge wijze kan worden vastgesteld in welke mate en vorm consulten waar medicijnen worden voorgeschreven verschillen van consulten waar dat niet gebeurt. Uiteraard dient hier de aard van de hulpvraag constant te worden gehouden. De vraag is of het hier een kenmerk van huisartsen of van arts/patiënt-interacties betreft. Met behulp van de in de videotheek opgenomen gegevens kan hierover meer informatie worden verkregen.

Instrumentontwikkeling, de mondigheid van de patiënt

Voor een veelheid van vraagstukken op het gebied van consumentenrechten, patiënteninspraak en mondigheid van patiëntenzijde, is het ontwikkelen van een instrument, waarmee de mondigheid in maat en getal kan worden vastgelegd, van een zeker belang. De videotheek geeft de mogelijkheden om een dergelijk instrument te ontwikkelen. Het instrument kan worden toegepast op onderzoek in de sector Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Nadere uitwerking psycho-sociale klachtenaanbod

In de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid wordt een scherp onderscheid gemaakt tussen 'psycho-sociale problematiek bij in beginsel gezonde mensen' en 'ernstige psychische problematiek'. In het ene geval zouden de hulpverleners in de eerste lijn, huisarts, maatschappelijk werk, de aangewezen personen zijn om de hulpvraag te verhelderen en te interveniëren; in het tweede geval zou men zulks moeten overlaten aan de specialisten uit de (A)GGZ. Uit de reacties op de Nieuwe Nota blijkt echter dat velen vraagtekens zetten bij de mogelijkheid en de zin van een dergelijk scherp onderscheid. Nader onderzoek is nodig ter onderbouwing van de indicatiestelling voor de behandeling van psycho-sociale problemen in de eerste lijn en de (gespe-

cialiseerde) (A)GGZ. Uit de drieduizend videoconsulten kunnen consulten, waarin psycho-sociale problematiek wordt aangeboden, worden geselecteerd en nader worden geanalyseerd. Resultaten van dit onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de nu vaak theoretische discussie over de mate waarin de in de nieuwe nota genoemde scheiding een goed uitgangspunt vormt voor beleid.

8.1.2. Overige projecten

Naast de typische videotheekprojecten kunnen enkele lopende en nieuwe onderzoeken worden vermeld, die deels wel en deels niet met behulp van het videomateriaal worden onderzocht.

Effectmeting patiëntenvoorlichting

Een aantal van de hiervoor genoemde voorbereidende onderzoeken zullen uitmonden in een te subsidiëren onderzoeksvoorstel op het gebied van patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Video-observatie is bij uitstek het middel om het feitelijke voorlichten te kunnen bestuderen. In enkele voorbereidende projecten zijn dan instrumenten ontworpen om mondigheid van de patiënt te meten en de kwaliteit van de door de arts geleverde voorlichting. Video-onderzoek alleen is echter niet genoeg. Het gaat uiteraard ook om de effecten van de verschillende typen voorlichting.

Wisselende gespreksmodellen: variaties in de arts/patiënt communicatie

Eén van de uitkomsten van vorig onderzoek is, dat huisartsen binnen één consult wisselende gespreksmodellen kunnen hanteren. Een snel, gericht, directief type dat door middel van differentiaaldiagnose en gerichte anamnestische vragen probeert om lichamelijke klachten en aandoeningen op het spoor te komen en een dikwijls in verschillende vorm uitgevoerd meer psychosociaal gesprekstype, waarin de patiënt meer gestimuleerd wordt om een inbreng in het gesprek te leveren en waarin het verloop en de uitkomst veel onzekerder zijn. Ook de duur van deze gespreksfragmenten is langer. Interessant is om te onderzoeken op welke momen-

ten in het gesprek en op grond van welke stimuli de huisarts tot het ene of het andere model overgaat. Zijn het kenmerken van patiënten die de wisselingen veroorzaken, of gaat het meer om een gespreksstijl van huisartsen zelf.
De uitvoering van dit onderzoek heeft enige vertraging opgelopen, omdat het in de tijd moet worden uitgevoerd, die het hoofd van de afdeling Onderzoek over heeft, naast de dagelijkse werkzaamheden. De reorganisatieperikelen in 1984 en het wegvallen van de algemeen directeur hebben die hoeveelheid tijd tot vrijwel nul gereduceerd.

Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek
In 1985 zal een eindrapport verschijnen van dit nu drie jaar durende project, dat door het Preventiefonds is gesubsidieerd. In een vijfendertigtal praktijken is een grote hoeveelheid videomateriaal verzameld en bovendien is aan de artsen, die aan het videodeel van het onderzoek meedoen, een aantal vragenlijsten voorgelegd, die ook zijn voorgelegd aan een grote steekproef huisartsen. In het onderzoek zal worden bezien of de grote variabiliteit in het gedrag van huisartsen terug te brengen is op een aantal algemene kenmerken. De tot nu toe uitgevoerde analyses wijzen erop, dat een groot aantal gedragingen, zowel geobserveerde als als antwoord op vragen in een vragenlijst geformuleerde, zijn terug te brengen tot een enkele gedragsstijl die artsen in meer en mindere mate kunnen vertonen. Het onderzoek zal worden afgesloten met een dissertatie.

Probleempatiënten, een blijvend etiket?
Ook dit project, een nadere analyse van het in 1982 afgesloten project Probleempatiënten in de huisartspraktijk, zal in 1985 met een proefschrift worden afgesloten. Eén van de belangwekkende resultaten van het onderzoek is, dat van de patiënten, die in het begin van het project door de artsen als probleempatiënt werden betiteld, 70% dit etiket aan het eind van het project niet meer kreeg toebedeeld. Gelukkig voor de hulpverlening is een probleempatiënt niet een patiënt

die eindeloos en continu een beroep blijft doen op de hulpverlening in de eerste lijn. In het project zal worden uitgezocht op welke gronden de patiënten, wier problematiek aan het eind van het jaar 'over' was, verschillen van patiënten die nog steeds als probleempatiënt zijn betiteld. In het onderzoek is bovendien informatie verzameld over de wederzijdse oordelen van artsen en patiënten over elkaar en over het klachtenpatroon dat 'normale' patiënten en probleempatiënten in anderhalf jaar tijd bij hun huisarts presenteren.

8.2. Samenvatting

Onder het thema 'het hulpverleningsproces in de huisartspraktijk' valt een serie onderzoeken die, op basis van een collectie van drieduizend op videoband opgenomen spreekuurgesprekken, de communicatie tussen huisarts en patiënt tot onderwerp van studie hebben. Vooral het functioneren van huisartsen bij psycho-sociale problematiek wordt hierbij bestudeerd.
Videomateriaal is niet het enige dat wordt gebruikt: vragenlijsten en registratie vormen soms aanvullende, soms op zichzelf staande methoden. De volgende video-onderzoeken vinden plaats:

- Onderzoek tijdsinvestering van huisartsen;
- Pillen of praten (consulten waar wel en waar niet medicijnen worden voorgeschreven);
- Instrumentontwikkeling om 'mondigheid van de patiënt' te meten;
- Behandelingsmogelijkheden van huisartsen bij psycho-sociale problemen;
- Wisselende gespreksmodellen, variaties in de arts/patiënt communicatie.

Gemengde technieken worden gebruikt in:

- Meting van het effect van patiëntenvoorlichting (onderzoeksvoorstel);
- Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek;
- Probleempatiënten, een blijvend etiket? (Geen video.)

9. DE FYSIOTHERAPIE

Onderzoek op een nog weinig ontgonnen terrein heeft een duidelijk te herkennen karakteristiek. Nadat eerst een aantal jaren gesteld was dat zelfs de meest elementaire kennis ontbrak op het gebied van het gebruik van de diensten van de fysiotherapeut, zijn de afgelopen jaren enkele incidentele studies verschenen, waarbij verslag werd gedaan van het functioneren van de fysiotherapie in bepaalde omstandigheden. De resultaten van dergelijke, min of meer casuïstische, onderzoeken spreken elkaar nogal eens tegen, of zijn althans dikwijls met elkaar in strijd. Toch zijn dergelijke gevalsbeschrijvingen van belang om een begrippenapparaat te ontwikkelen en om een eerste inzicht te krijgen in de reikwijdte van een verschijnsel. De volgende stap is het verrichten van beschrijvend onderzoek op grotere schaal. Hiervoor is de tijd inmiddels rijp. Na een dergelijke beschrijvende fase kan onderzoek worden ontworpen, dat probeert om de aangetroffen variatie op velerlei gebied te verklaren of althans onder een meer algemene noemer te brengen.
Het NIVEL heeft een programma ontworpen rond het thema Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg. Dit programma zal in 1985 met behulp van subsidies van Rijksoverheid en de Ziekenfondsraad worden gerealiseerd en zal naast een hoeveelheid beschrijvende gegevens ook stof leveren voor nader verklarend onderzoek. Het is zinvol om het onderzoek in te delen naar studies aan de vraagzijde, studies aan de aanbodzijde en studies naar financiering en wet- en regelgeving rond dit deelterrein van de gezondheidszorg.

9.1. Projecten

De beschrijving per project luidt als volgt:

Een registratie van mankracht in de fysiotherapie
Elk onderzoek naar de fysiotherapie dient te kunnen uitgaan van een betrouwbare, systematische persoonsregistratie van fysiotherapeuten. In 1985 zal een dergelijk systeem op het NIVEL worden opgezet met behulp

van een subsidie, verstrekt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Gezien de omvang van de beroepsgroep en de veel minder duidelijke afbakening in echelons is een intensieve, op datum gemuteerde registratie, zoals voor huisartsen en verloskundigen wordt opgezet en bijgehouden, voor de fysiotherapie een al te zeer tijdsintensieve bezigheid. Gewerkt zal worden met het vergelijken van bestanden uit verschillende bronnen en het eenmaal per jaar aanpassen van de gevonden mutaties. Het doel van het registratiesysteem is:

a. Het samenstellen van cijfermatige overzichten van opbouw en samenstelling van de actieve beroepsgroep, van het aantal nieuwe beroepsbeoefenaren, het aantal de praktijk verlatende beroepsbeoefenaren en de spreiding van beroepsbeoefenaren over Nederland;
b. Basisgegevens te leveren voor nadere analyses voor het spreidingspatroon van fysiotherapeutische zorg en voor analyses van aanbod en vraag naar fysiotherapeutische zorg.
c. Het beschikken over gegevens van de totale populatie fysiotherapeuten om steekproeven te kunnen trekken ten behoeve van nader wetenschappelijk onderzoek.

Naast gegevens over gevestigde fysiotherapeuten zal een systeem worden opgezet van degenen die de opleiding tot fysiotherapeut met goed gevolg hebben afgelegd. De registratie van menskracht in de fysiotherapie zal worden ondergebracht in de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg (BELG).

Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg

Voor degenen, die gewend zijn om te denken in de strakke medische echelonnering, is de in de paramedische sector gebruikte, veel vrijere indeling, een moeilijk navolgbare zaak. Toch kan men niet uitvlakken dat voor de fysiotherapeut een verwijzing van elke behandelende arts kan komen. Een indeling in strikte echelons is in de fysiotherapie moeilijker en waarschijnlijk ook minder wenselijk dan in de geneeskundige sector. Als men een duidelijke inventarisatie wil

maken van de hoeveelheid menskracht, die in de fysiotherapie beschikbaar is voor extramurale zorg, dan dient men ook te inventariseren in welke mate instellingen, die in de medische sector als tweede of derde echelon worden beschouwd (algemene ziekenhuizen, revalidatie-inrichtingen en verpleeghuizen), in feite ook direct toegankelijke ambulante zorg verlenen. Hiertoe wordt onder alle hoofden van de afdelingen of diensten fysiotherapie van alle algemene en academische ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatie-instellingen een enquête gehouden, waarin de volgende onderwerpen aan de orde komen:

a. mogelijkheden voor poliklinische behandeling;
b. verhouding in aantal behandelingen of behandeluren tussen kliniek en polikliniek;
c. uitrusting van de afdeling fysiotherapie (aanwezigheid van speciale apparatuur of ruimtes);
d. samenstelling van het patiëntenbestand.

Aan de hand van dergelijke enquêteresultaten kan worden onderzocht in welke mate instellingen, die in medische typologie als tweede- of derdelijnsinstellingen worden bestempeld, een bijdrage leveren aan de extramurale fysiotherapie. Dergelijke gegevens kunnen van belang zijn voor vele doeleinden, waarvan de meeste op het gebied van de planning van voorzieningen zullen liggen.

Fysiotherapie bij de peilstations

De praktijken, die deelnemen aan de continue morbiditeitsregistratie Nederland peilstations (46 praktijken, 62 artsen), zullen in 1985 alle nieuw uitgeschreven machtigingen op het gebied van de fysiotherapie registreren. Per uitgeschreven machtiging wordt ook een aantal vragen verzameld, die betrekking hebben op de indicatiestelling, de aangevraagde behandelingen en de aard van de aangeboden problematiek. Doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de reikwijdte van het verschijnsel 'verwijzing naar fysiotherapie'. Een belangrijk deel van het onderzoek zal in beslag worden genomen door het verzamelen van nadere informatie in de fysiotherapeutische praktijken. Van eminent belang is immers om uit te zoeken hoe de rela-

tie is tussen de indicatiestelling van de huisarts, de aangevraagde fysiotherapie en de feitelijke modificaties, die door de fysiotherapeuten worden aangebracht. Nadere informatie zal door middel van vragenlijsten bij de deelnemende huisartsen en fysiotherapeuten worden verzameld om een eerste poging te wagen om de ongetwijfeld aanzienlijke aangetroffen variatie te duiden. Aangezien fysiotherapie vooral betrekking heeft op een relatief geringe groep patiënten, die naar verhouding veel vervolgbehandelingen consumeren, zal ook de geschiedenis van de patiënt op fysiotherapeutisch gebied in het onderzoek worden betrokken. De beschrijvende informatie uit dit project zal als basis dienen voor het deelproject 'relatie huisarts/fysiotherapeut', dat voor 1986 is voorzien als onderdeel van de voorgenomen Grote Praktijkstudie.

Vraag/aanbod relaties in de fysiotherapeutische zorg

De hierboven genoemde gegevens kunnen, als er gegevens beschikbaar zijn over het gebruik van diensten van de fysiotherapeut, al stof leveren voor eenvoudige vraag /aanbod modellen. Bij de constructie van deze modellen moet men zich ervan bewust zijn, dat de fysiotherapeut eigenlijk geen eerstelijnshulpverlener is in die zin, dat de vraag naar zijn diensten altijd via een arts zal moeten lopen. Om het gebruik van diensten in de fysiotherapie te kunnen analyseren, zal men ook verwijspatronen bij huisartsen en specialisten in het onderzoek moeten betrekken.

Sommige ziekenfondsen in Nederland hebben een tamelijk uitvoerige registratie van bij hen ingediende machtigingen fysiotherapie opgezet. Machtigingen zijn terug te voeren op de huisartspraktijk waartoe de patiënt behoort, aan wie de machtiging is opgedragen en op degene die de machtiging feitelijk heeft uitgeschreven. Dezelfde ziekenfondsen beschikken over tamelijk gedetailleerde gegevens betreffende het aanbod aan fysiotherapeutische zorg in de regio en tesamen kunnen, met behulp van deze gegevens, enkele proefmodellen worden ontwikkeld, waarin het gebruik van diensten van de fysiotherapeut in verband wordt gebracht met de samenstelling van de patiëntpopulatie, kenmerken van huis-

arts- en specialistenpraktijken en kenmerken van de spreiding van fysiotherapeutische zorg.

9.2. Samenvatting

Naast het opzetten van een registratie van fysiotherapeuten, onontbeerlijk als basis voor onderzoek, wordt in het project 'fysiotherapie bij de peilstations' beschrijvende informatie verzameld over het aantal en de aard van in de huisartspraktijk uitgeschreven aanvragen voor behandelingen door de fysiotherapeut. Dit project zal als grondslag dienen voor het project 'relatie huisarts/fysiotherapeut', dat deel uitmaakt van de Grote Praktijkstudie en voor 1986 is voorgenomen.
Daarnaast zal op basis van gegevens van twee ziekenfondsen een proeve van een vraag/aanbod model worden ontwikkeld.
Tenslotte zal worden geïnventariseerd in welke mate 'eerstelijnsfysiotherapie' (fysiotherapie voor ambulante patiënten) geleverd wordt aan tweedelijnsinstellingen als algemeen ziekenhuis, verpleeghuis en revalidatie-inrichting.

10. HET KRUISWERK

Inleiding

Onder de term Kruiswerk valt een verzameling activiteiten die elders, in andere landen, door afzonderlijke organisaties worden uitgevoerd. In België kent men bijvoorbeeld de dienst voor het Kinderwelzijn en organisaties voor Thuisverpleging, die in Nederland beiden onder de noemer van het Kruiswerk vallen. Daarnaast telt het Kruiswerk activiteiten op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de diëtetiek, de kraamzorg en de coördinatie van de nazorg van ziekenhuispatiënten. Gegeven dit heterogene takenpakket is het ontwerpen van één alomvattend onderzoeksprogramma over alle activiteiten van het Kruiswerk geen zinvolle taak. Men dient de verschillende functies te onderscheiden en per functie het te verrichten onderzoek daarop toe te snijden.
Nu het NIVEL zijn eerste voorzichtige schreden op dit nieuwe onderzoeksterrein gaat zetten, kan men niet verwachten dat een onderzoeksprogramma zal worden geformuleerd voor het hele terrein. Enkele activiteiten echter zijn zo centraal in de gedachten over de vorm waarin de eerstelijnsgezondheidszorg moet worden gegeven, dat zij in het onderzoeksprogramma de hoogste prioriteit hebben. Dat zijn ten eerste de taken van het Kruiswerk op het gebied van de thuisverpleging (zowel activiteiten van wijkverpleegkundigen als van wijkziekenverzorgenden) en de taken op het gebied van de zuigelingen- en kleuterzorg. Voor deze twee onderscheiden taken is het van belang om toegespitste onderzoeksprogramma's te ontwerpen, al zal bijvoorbeeld in een onderzoek naar de tijdsbesteding en taakvervulling van de wijkverpleegkundigen elk van beide taken aan de orde moeten komen.
Het eerste werkplan op het gebied van het Kruiswerk, dat door het NIVEL wordt uitgevoerd, is bescheiden van aard. Het verwerven van een velddeskundigheid neemt enige tijd in beslag en bovendien bestaat er op het gebied van de extramurale verpleegkundige zorg niet een duidelijke onderzoeks-

strategie en ontbreekt het zelfs aan elementaire gegevens. Na de grotere onderzoeken uit het begin van de jaren zeventig is er eigenlijk weinig systematisch materiaal verzameld over het feitelijk functioneren van medewerkers van het Kruiswerk en, zo het al verzameld is, is het niet gepubliceerd. Wat doet een wijkverpleegkundige precies en hoe kan men variaties in het functioneren systematisch analyseren? Hoe kan men een begrip als zorgbehoefte of verpleegbehoefte in concrete meetbare onderdelen uiteenleggen? Welke factoren in de maatschappij en de directe omgeving van patiënten bepalen de verpleegbehoefte en de mate waarin iemand zichzelf kan redden of geholpen wordt door zijn naaste omgeving? Welke factoren bepalen of oudere hulpbehoevende mensen op zichzelf blijven wonen, bij hun kinderen intrekken, in het bejaardenhuis gaan of in een verpleeghuis terechtkomen? Het zijn alle vraagstukken, die de afgelopen jaren sterk aan relevantie en actualiteit hebben gewonnen en waarop (vooral op het gedeelte zorgbehoefte, zelfstandigheid, zelfredzaamheid van oudere mensen) ook wel onderzoek wordt uitgevoerd, maar waar de informatie niet zo voor handen is, dat duidelijke conclusies kunnen worden getrokken. Ook over de aanbodzijde - aan de wijze waarop hulpverleners in de eerste lijn tegemoet komen aan zorgbehoefte van patiënten - ontbreekt nog de nodige kennis.
De meest beleidsrelevante en ook wetenschappelijk belangwekkende sector is de sector der thuisverpleging. Gezien de toenemende vergrijzing van de bevolking en de vooruitgang van de medische wetenschap, de terugdringing van de verpleegduur in ziekenhuizen en de eindigheid van de hoeveelheid nieuw op te zetten verpleeg- en verzorgingstehuizen, ligt hier het meest relevante onderzoeksterrein. Maar ook op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en vooral op het gebied van de relatie tussen de zorg op afroep van de huisarts en de algemene preventieve zorg vanuit de consultatiebureaus, valt belangwekkend onderzoek te verrichten.
Het zal geen verwondering wekken dat de in het werkplan 1985 voorgestelde onderzoeken vooral beschrijvend van aard zijn. Eén onderzoek is per 1 januari 1985 begonnen: behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Ander beschrijvend onderzoek zal, zodra subsidies zijn verkregen, worden verricht. Binnen dit beschrijvende onderzoek hebben wij nog onderscheid gemaakt tussen onderzoek, waarin

gegevens worden verkregen door middel van registratie, vragenlijsten en interviews en onderzoek, waarbij op de één of andere wijze observatietechnieken worden gehanteerd. Tenslotte wordt een onderzoeksvoorstel geformuleerd, waarin het werk van de Belgische thuisverpleging met het werk van de Nederlandse wijkverpleging wordt vergeleken. In België heeft men, wat betreft de veroudering van de bevolking, nu al te kampen met een situatie die in Nederland voor het jaar 2000 met angst en beven tegemoet wordt gezien. Het lijkt zinvol om eens te bezien hoe onze zuiderburen dit probleem hebben aangepakt.

10.1. Projecten

Substitutie van verpleegkundige zorg (op macro- en micro-niveau)

Het project 'substitutie van verpleegkundige zorg' gaat ervan uit dat een nauwe samenwerking tussen huisarts, wijkverpleging en gezinszorg de verpleegduur in ziekenhuizen negatief kan beïnvloeden.

Macro

Het is een vraagstuk, dat zich laat onderzoeken met behulp van zogenaamde macro-(reken)modellen, waarin per regio een aantal geaggregeerde gegevens wordt verzameld, met behulp waarvan gekeken wordt of bijvoorbeeld een groter volume aan wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden en een grotere huisartsendichtheid van invloed zijn op de gemiddelde verpleegduur per opname, gegeven de dichtheid van specialisten of ziekenhuisbedden, om maar een voorbeeld te noemen. Voor het opstellen van een dergelijk rekenmodel is echter cijfermateriaal nodig over de geografische spreiding van wijkverpleegkundige zorg en dan nog wel voor dat stuk van de zorg, dat op thuisverpleging betrekking heeft. Deze gegevens ontbreken voor Nederland als totaal; het is niet onmogelijk dat ze op provinciaal niveau wel aanwezig zijn.

Micro

Behalve op macro-niveau kan ook onderzoek op micro-niveau plaatsvinden. Men zou dan moeten onderzoeken of bepaalde samenwerkingsvormen, gemeten in aard en intensiteit, er beter in slagen de gemiddelde verpleeg-

duur terug te brengen dan andere samenwerkingsvormen of dan vormen van hulpverlening, waarin samenwerking ontbreekt. In dit onderzoek zou speciale aandacht kunnen worden besteed aan het functioneren van zogenaamde nazorgfunctionarissen in het Kruiswerk. Deze functionarissen zijn speciaal belast met het beter opzetten en coördineren van de bestaande mogelijkheden tot het geven van ziekenhuisnazorg en het bevorderen van de continuïteit van zorg. In een veldonderzoek kunnen situaties vergeleken worden waar nazorgfunctionarissen actief zijn en situaties waarin zij ontbreken.

Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid

Ook het Kruiswerk moet zich aanpassen aan veranderend beleid. Als de verpleegduur in het ziekenhuis bewust wordt teruggedrongen, neemt de belasting van de thuisverpleging toe; als de bevolking veroudert, eveneens. Het is van groot belang dat de aansluiting tussen zorgbehoefte en zorgaanbod ook bij veranderend beleid niet verloren gaat. In een door de Provinciale Zeeuwse Kruisvereniging en de Regionale Kruisvereniging Twente gesubsidieerd onderzoek worden voor drie categorieën van zorg: ex-ziekenhuispatiënten, chronisch zieken en bejaarden, telkens via de case-control methode, tien gevallen gezocht, die met elkaar vergelijkbaar zijn, maar verschillen ten aanzien van het al dan niet beroep doen op wijkverpleegkundige hulp.

Onderzocht zal worden waarom de ene groep wel en de andere groep niet van hulp wordt voorzien en wat het zou betekenen als bepaalde veranderde beleidsdoelen (bijvoorbeeld een kortere opnameduur) waren gerealiseerd. Stel bijvoorbeeld dat 24-uurs bereikbaarheid, of liever gezegd het ontbreken van een 24-uurs bereikbaarheid, een reden zou zijn waarom een patiënt in een ziekenhuis blijft liggen, omdat de thuisverpleging het probleem niet adequaat kan opvangen. In dat geval kan worden gesteld dat verbetering van de bereikbaarheid een grotere groep cliënten onder het bereik van de zorg zou kunnen brengen. Het onderzoek draagt een verkennend karakter en is meer kwalitatief dan kwantitatief van aard. Op grond van de resultaten kunnen breder opgezette onderzoeken worden geformuleerd.

Het werk van wijkverpleegkundigen - I: instrumentontwikkeling

Aangezien over het handelen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden weinig feitelijke gegevens bekend zijn, zeker niet in een gedetailleerdheid die voor onderzoek en beleid gewenst is, dienen eerst in een verkennende studie proefonderzoeken plaats te vinden, waarin met verschillende methoden, variërend van intensieve observatie tot extensief vragenlijstonderzoek, geprobeerd wordt om een optimum te vinden tussen de vereiste mate van betrouwbaarheid en geldigheid van de verzamelde data en de inspanning die het kost om de gegevens te verzamelen. Qua begripsontwikkeling zal worden geprobeerd de wel zeer globale begrippen uit het door de Kruisorganisaties gehanteerde Wijk Administratie Systeem nader te preciseren. Een hulpmiddel hierbij kan het categorieënsysteem van mevrouw Van den Brink-Tjebbes zijn, maar ook andere of zelf te ontwikkelen observatieschema's komen in aanmerking.
Het doel van het onderzoek is om een landelijk representatief en beschrijvend onderzoek mogelijk te maken, waarin het werk van wijkverpleegkundigen en de variaties daarin zo betrouwbaar mogelijk worden vastgelegd.

Het werk van wijkverpleegkundigen - II: beschrijvend onderzoek op landelijke schaal

Over dit onderzoek valt niet veel meer dan bovengenoemde intenties te vermelden. De opzet is immers sterk afhankelijk van de resultaten van de eerste fase. Beide projecten zijn als één gefaseerd geheel ter subsidiëring bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ingediend.

Deeltijdarbeid wijkverpleegkundigen

Een onderwerp dat heel wat op het bovengenoemde lijkt, maar betrekking heeft op een veel beperkter vraagstelling, is het project 'deeltijdarbeid'. In dit onderzoeksvoorstel, dat op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur vervaardigd is, wordt bezien of en in hoeverre het werk van de wijkverpleegkundige zich voor arbeid in deeltijd leent. Belangrijke vragen zijn:

- betekent deeltijdarbeid noodzakelijkerwijs een functionele splitsing in gezondheidszorg en thuisverpleging?
- hoe is continuïteit van zorg bij deeltijdarbeid te realiseren en bij welke vormen van deeltijdarbeid worden de nadelige gevolgen het minst manifest?
- wat is het oordeel van verpleegkundigen en hun omgeving over deeltijdarbeid?

De vraag of de wijze, waarop het Kruiswerk in Nederland is georganiseerd, een gegeven vormt waaraan niet te tornen valt, wordt onderzocht in het voorstel om over de grens met België te kijken naar het functioneren van de thuisverpleging aldaar.

Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland

Het zou interessant zijn om in de provincies, die aan weerszijden van de Belgisch/Nederlandse grens liggen, het werk van de thuisverpleging (dat wil zeggen van wijkziekenverzorgenden, verpleegkundigen in de wijk en wijkverpleegkundigen aan Nederlandse zijde en verpleegkundigen aan Vlaamse zijde) met elkaar te vergelijken. België telt een veel groter aantal bejaarden dan Nederland, zelfs zoveel, dat het getal dat voor Nederland in het jaar 2000 wordt genoemd, nu reeds in België werkelijkheid is. Vergelijkingen van de werkzaamheden van de thuisverpleging kunnen belangrijke informatie opleveren voor de wellicht noodzakelijke aanpassing die in Nederland de wijkverpleegkundige op termijn moet ondergaan. Nodig is een goed observatie- of registratie-instrument, dat kan worden verkregen uit de twee hiervoor genoemde onderzoeken.

Kruisorganisatie als basis van de eerste lijn

Afgezien van allerlei politieke consequenties is het een niet onbelangrijke vraag wat het voor de eerstelijnsgezondheidszorg zou betekenen, als de coördinatie daarvan in handen van de Kruisorganisatie was, bijvoorbeeld in situaties dat de Kruisorganisatie ook huisartsen in loondienst zou hebben. Wil men een dergelijke vraag met behulp van onderzoek beantwoorden, dan dient men van te voren een aantal vragen op te

stellen over de theoretische voordelen en nadelen, die een dergelijke organisatie kan hebben.

Voordelen:

1. Door het verenigingskarakter van het Kruiswerk is inspraak en zeggenschap van cliënten en patiënten in ieder geval in principe goed realiseerbaar. Het is de vraag of dit ook in de praktijk gebeurt, maar in het onderzoek kan worden gekeken of en in welke mate patiëntenbeïnvloeding van het werk van huisartsen en verpleegkundigen via de verenigingsstructuur een rol speelt.
2. Door preventieve zorg en curatieve zorg organisatorisch aan elkaar te koppelen (bijvoorbeeld in het geval van de jeugdgezondheidszorg) zou, als het goed is, zowel de preventieve als de behandelende sector beter geïnformeerd moeten zijn over de toestand van de ingeschreven kinderen. Beter en meer informatie valt te kwantificeren en kan door middel van vragenlijsten of inspectie van het kaartenbestand worden achterhaald en vergeleken met situaties waar huisarts en consultatiebureau organisatorisch niets met elkaar te maken hebben en situaties waar huisarts en consultatiebureau wel zijn verenigd, maar niet een dergelijke intensieve organisatorische relatie met het kruiswerk bestaat.
3. Als in de betreffende Kruisorganisatie ook de nazorg van uit het ziekenhuis ontslagen patiënten is geregeld, kan men in de praktijk onderzoeken of in de situatie dat organisatorisch alles in handen van het Kruiswerk is, de ziekenhuisnazorg en zorg voor chronisch zieken beter verloopt. Parameters in dit gebied zijn de ligduur per opname, contact met de patiënten in het ziekenhuis, discussie over de ontslagdatum, de hoeveelheid informatie die bekend is, zowel bij huisarts als bij de verpleegkundige, over de geneeskundige dan wel verpleegkundige aspecten van de betreffende patiënten. De hoeveelheid bekende informatie kan door middel van vragenlijsten en inspectie van de kaartsystemen worden onderzocht.

Probleem in het project zal zijn om goede vergelijkingsgroepen te vinden omdat alleen al het feit, dat een dergelijk onderzoek gehouden wordt, al bepaalde

gedragspatronen in het leven kan roepen of in ieder geval kan stimuleren.

Meetinstrumenten aan de vraagzijde
In al het onderzoek rond extramurale verpleegkundige zorg bestaat sterke behoefte aan instrumenten om het begrip 'zorgbehoefte' te meten. In samenwerking met de capaciteitsgroep verpleegwetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg zal gewerkt worden aan instrumentontwikkeling. Hoewel de urgentie om snel 'beleidsrelevante' en 'landelijk representatieve' onderzoeksresultaten op dit verwaarloosde terrein te produceren sterk naar voren wordt gebracht, dient men toch te beseffen dat onderzoek op het gebied van de wijkverpleegkundige zorg nog lang niet in het stadium verkeert, dat dergelijke uitkomsten verwacht kunnen worden. Eerst dient begrips- en instrumentontwikkeling plaats te vinden; dan pas kan beschrijvend onderzoek en verklarende analyse plaatsvinden.

Jeugdgezondheidszorg
De openbare zorg voor jeugdigen kent verpleegkundige en medische aspecten. In het hoofdstuk 'Kruiswerk' zijn deze laatste ook op hun plaats. In 1984 is een voorstel vervaardigd om te onderzoeken of huisartsen, die zelf consultatiebureaus doen, beter gebruik maken van bevindingen uit de publieke sector in hun huisartswerk en omgekeerd in hun consultatiebureau, dan huisartsen die iets dergelijks niet doen. De gedachte achter het onderzoek is, evenals bij het project 'Kruisorganisatie als basis van de eerste lijn', dat een integratie van openbare gezondheidszorg en zorg-op-afroep over en weer tot kwaliteitsverbetering zal leiden.

10.2. Samenvatting

Karakteristiek van het programmadeel 'Kruiswerk' is een voorzichtige, instrument- en begripsontwikkelende, verkennende aanpak.
De volgende onderzoeken staan op stapel:

- Substitutie van verpleegkundige zorg (ziekenhuis- en thuisverpleging);
- Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid;
- Het werk van wijkverpleegkundigen (deel I en II - beschrijvend onderzoek);
- Deeltijdarbeid omtrent wijkverpleegkundigen;
- Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland;
- Kruisorganisaties als basis van de eerste lijn;
- Jeugdgezondheidszorg - het werk van huisarts en consultatiebureau-arts.

Continu zal aandacht worden besteed aan instrumentontwikkeling en begripsontwikkeling in samenwerking met de capaciteitsgroep verpleegwetenschappen van de Rijksuniversiteit Limburg.

11. CONSUMENTENONDERZOEK IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Eén van de belangrijkste karakteristieken van consumenten in de gezondheidszorg is dat het er véél zijn. Dit merkt men als men de schaal, waarop consumentenonderzoek plaatsvindt of hoort te vinden, vergelijkt met de schaal, waarop onderzoek onder hulpverleners in zijn algemeenheid wordt beoefend. Waar men met een vierhonderdtal enquêtes onder huisartsen al een heel aardig beeld kan schetsen van wat er onder de huisartsengroep over een bepaald verschijnsel wordt gedacht, daar heeft men dikwijls een tienvoudig aantal consumenteninterviews voor nodig. Onderzoek onder consumenten, vooral naar onderwerpen, die liggen op het terrein van patiëntenparticipatie, inspraak en consumentenrechten, is echter van groot belang voor het inrichten van de eerstelijnsgezondheidszorg ter plaatse.
Bij de opzet van het onderzoek wordt nauw samengewerkt met consumentengroeperingen. In 1984 werd een onderzoek afgesloten over bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg onder leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen; in 1985 wordt daarop voortgeborduurd met een onderzoek onder de titel 'Consumentenrechten en de arts/patiënt relatie', dat onder auspiciën van de Consumentenbond plaatsvindt. Consumentenrechten worden hier heel breed opgevat: het betreft hier thema's als het in gesloten enveloppen meegeven van verwijsbrieven, het recht op informatie over waarnemingen, tarieven, openingstijden van de praktijk en zelfs wellicht informatie over de opvatting van de hulpverlener op bepaalde ethisch gevoelige terreinen. Van belang is het om uit te zoeken welke huisartsen of welke groepen van huisartsen meer of minder positief tegenover dergelijke wensen van patiëntenzijde staan. Eveneens van belang is het om te weten welke groepen patiënten sterk hechten aan een dergelijke bejegening. Het is niet waarschijnlijk dat elke patiënt behoefte aan de volle waarheid en niets dan de waarheid heeft en wil weten wat zijn huisarts denkt over de meest uiteenlopende zaken. In het onderzoek dat tesamen met de Consumentenbond wordt verricht, wordt uitgezocht waar mogelijke spanningen tussen wensen

van patiënten en van huisartsen bestaan.
Uit het in 1984 verrichte onderzoek is duidelijk geworden dat patiëntenorganisaties, dikwijls probleemgericht gegroepeerd, een bijzondere rol in de gezondheidszorg spelen en zouden kunnen spelen. Het ontstaan van belangengroepen, gebaseerd op gemeenschappelijke problematiek aan patiëntenzijde, de functies die deze groepen op macro-niveau in de samenleving en op micro-niveau voor de leden en personen, die potentieel lid zouden zijn, vervullen, is een, niet alleen beleidsrelevant, maar ook wetenschappelijk fascinerend onderwerp van onderzoek.
Rond het thema Consumentenonderzoek, dat in 1985 niet ten volle kan worden ontwikkeld, omdat op dit gebied een projectleider ontbreekt, worden de volgende onderzoeken uitgevoerd:

11.1. Projecten

Onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (OKER)
Begin 1985 zal het eerste deel worden afgerond van een onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam. Het onderzoek, gesubsidieerd door de Rotterdamse Stichting Bevordering Volksgezondheid, heeft een dubbele doelstelling. Ten eerste zou, in het eerste deel, de visie van de consument in de gezondheidszorg duidelijk naar voren gebracht moeten worden. Ten tweede zouden de resultaten van - in het bijzonder - het tweede deel van het onderzoek toepasbaar moeten zijn in het kader van de mogelijkheden die de gemeente ter beschikking staan om een beleid in de gezondheidszorg te voeren. Ten tijde van het onderzoek zag het ernaar uit dat dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg er zou zijn. De ontwikkelingen op het gebied van deze wetgeving kunnen als bekend worden verondersteld, maar het ziet er toch naar uit dat in 1985 in ieder geval een vestigingsregulering tot stand zal komen en dat de gemeenten toch grotere bevoegdheden op het gebied van het beleid in de gezondheidszorg verkrijgen dan zij tot nu toe hebben gehad.
In het eerste deel van het onderzoek is allereerst een aantal vraaggesprekken gevoerd met georganiseerde pa-

tiënten- en consumentengroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam. Het betreft hier een aantal verenigingen van gehandicapten en chronische patiënten, maar ook van categorieën van de bevolking, zoals bejaarden, migranten, uitkeringsgerechtigden, die ieder op hun eigen wijze een bijzondere relatie met de gezondheidszorg onderhouden of zouden kunnen onderhouden. De resultaten van de vraaggesprekken, die betrekking hadden op de vraag welke knelpunten door deze organisaties werden gesignaleerd, zijn voorgelegd aan organisaties van hulpverleners, aan politieke partijen, aan het ziekenfonds en aan de gemeente zelf. Uit dit vraag- en antwoordspel over de band is een beeld geconstrueerd over de belangrijkste problemen die hulpvragers en hulpverleners en algemene partijen in de eerstelijnsgezondheidszorg signaleerden. Opvallend is dat de wijze, waarop hulpverleners in georganiseerde vorm en de gemeente tegen het gezondheidszorgbeleid aankijken, qua inhoud nogal sterk verschilt van de opvattingen van patiënten- en cliëntengroeperingen. Een beleid, dat gericht is op versterking van samenhang, vindt weinig weerklank in de consumentenorganisaties, omdat de problematiek van doelmatigheid, samenhang en overlappingen slechts zelden door de consument direct worden ervaren.

Patiëntenrechten, onderzoek in samenwerking met de Consumentenbond

In 1984 is onder een groep huisartsen en onder een groep consumenten een gelijkluidende vragenlijst afgenomen, waarin vragen zijn gesteld over opvattingen op het gebied van inspraak, voorlichting, informatie, het al dan niet gesloten meegeven van verwijsbrieven, het mededeling doen van praktijkorganisatie en opvattingen over verschillende onderdelen van de hulpverlening enz.. Enkele resultaten van dit onderzoek zijn in 1984 al gepubliceerd in de maandelijkse Consumentengids; aanvullende subsidie van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is verkregen om de resultaten van het huisartsen- en patiëntenonderzoek ten eerste verder uit te werken en uitvoerig te beschrijven en ten tweede te onderzoeken op welke punten er discrepanties zijn tussen opvattingen van huisartsen en van patiëntengroepen om op deze wijze te kunnen voor-

spellen waar in de praktijk wrijvingen op dit gebied kunnen plaatsvinden. Halverwege 1985 zal de rapportage van dit onderzoek gereed komen.

Patiëntenorganisaties

Eén van de manieren om de gezondheidszorg meer aan de behoefte van bepaalde belanghebbenden aan te passen, is - althans wat betreft de patiëntenzijde - het zich verenigen op grond van gelijke problematiek. Bij onderzoek naar de functie van dergelijke categoriale organisaties, dient men duidelijk onderscheid te maken tussen functies op micro- en meso-niveau (dat wil zeggen wederzijdse steun en begrip en uitwisseling van informatie om bepaalde schokkende ervaringen beter te kunnen verwerken) en functies op macro-niveau, waarin een patiëntenorganisatie de belangen van de leden in de gezondheidszorg en de samenleving behartigt. Het antwoord op de vraag, waarom de ene groep er wèl in slaagt om een belangrijk deel van de belanghebbenden achter zich te verenigen en de andere groep niet, hangt mede af van de aard van de ziekte of handicap. Daarbij is het fascinerend om te zien dat er blijkbaar een zekere fasering in het ontstaan van patiëntengroepen te onderkennen valt. Organisaties van migraine- en hyperventilatiepatiënten proberen erkenning te krijgen dat het om een medisch probleem gaat, dat extra attentie van de maatschappij behoeft, terwijl reeds lang bestaande organisaties als invaliden- en gehandicaptenbonden dit stadium allang achter de rug hebben.
In 1985 zullen enkele voorstellen op het gebied van georganiseerde activiteiten van patiëntenzijde worden ontwikkeld. Deze voorstellen zullen zowel betrekking hebben op de macro- als op de micro-aspecten van de collectieve organisaties.

Praktijkstudie

In het patiëntenonderzoek, dat gekoppeld is aan de grote nationale praktijkstudie, zal het thema zelfzorg/mantelzorg versus professionele zorg uitvoerig aan de orde komen.

11.2. Samenvatting

Onder het thema 'consumentenonderzoek' wordt een bescheiden programma uitgevoerd, totdat de vacature van de projectleider als vast bestanddeel van de begroting is gerealiseerd. Onderzoek wordt gedaan naar:

- knelpunten in de eerstelijns(gezondheids)zorg te Rotterdam (OKER), gezien vanuit het standpunt van de patiënt;
- consumentenrechten en de arts/patiënt relatie (onderzoek bij artsen en patiënten in samenwerking met de Consumentenbond);
- de functie van patiëntenverenigingen op macro- en microniveau (onderzoeksvoorstel om in 1985 te vervaardigen).

Tenslotte wordt het thema 'zelfzorg/mantelzorg versus professionele zorg' uitgewerkt in een nationale studie naar ziekten en verrichten in de huisartspraktijk.

12. BIBLIOTHEEK- EN DOCUMENTATIEFUNCTIE

Nu per 1 januari 1985 het NIVEL beschikt over de bibliotheek en een deel van de documentatie-afdeling van het voormalige NHI, kan de bibliotheek beter geïntegreerd worden in het wetenschappelijk onderzoek. Dit kan uiteraard pas gebeuren als er een coördinator van bibliotheek en documentatie is aangetrokken en alles, wat hieronder staat vermeld, moet ook als voorlopig worden beschouwd.
Als we als voorbeeld nemen de overzichtsstudie op het gebied van onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, dan is het al snel duidelijk dat er een niet goed af te bakenen grens ligt tussen wetenschappelijk onderzoek, bureau-onderzoek, documentatie en bibliografisch werk. Ook als men kijkt naar het succes van enkele bibliografieën, die door de afdeling Onderzoek zijn uitgegeven, zoals de bibliografie over onderzoek naar de psycholoog in de eerste lijn en naar psycho-sociale problematiek in de eerstelijnsgezondheidszorg, dan ziet men duidelijk dat systematische beschrijving van bepaalde terreinen, die ook door onderzoekingen worden bestreken, kan leiden tot een aantal produkten, die gretig afgenomen worden en een grote steun kunnen zijn voor degenen die zich verder willen verdiepen in wat er zoal verschijnt op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg.
Naast het normale bibliothecaire werk, het opbergen, ontsluiten en annoteren van boeken, rapporten en tijdschriften, zal in de toekomst aandacht worden besteed aan het systematisch presenteren van datgene wat in de bibliotheek of in bibliotheken van andere instituten is opgeslagen. Wat dit betreft is een belangrijke taak voor bibliotheek en documentatie weggelegd op het gebied van geannoteerde bibliografieën op deelterreinen van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook zal aandacht worden besteed aan een verdere automatisering van de opgeslagen literatuur. Zoeksystemen moeten worden uitgebreid en flexibel gemaakt. Dit kan alleen met behulp van geautomatiseerde opslag van de gegevens.
Als een onderzoeksvraag naar het NIVEL komt, zal eerst worden bekeken of deze vraag niet door middel van documenta-

tiewerk kan worden beantwoordd. Zeker als het een algemene vraag betreft of een verkennende vraag naar een nieuw terrein, is een eerste documentaire beschrijving van het terrein van groot belang. Daarbij zal meer dan voorheen onderscheid worden gemaakt tussen beschouwende literatuur en wetenschappelijk onderzoek op bepaalde terreinen. Dergelijke activiteiten kunnen voor de individuele onderzoekers - van zowel binnen als buiten het instituut - van groot belang zijn, niet in de laatste plaats door de tijdsbesparing die dit oplevert. Bovendien kunnen dergelijke documentatie-activiteiten een indirecte bijdrage leveren aan de zo noodzakelijk geachte afstemming van wetenschappelijk onderzoek en benutting van eerdere onderzoeksresultaten.
In het werkplan van 1986 zal de integratie van bibliotheek en documentatie in de onderzoeksprojecten concreet worden uitgewerkt. Dit jaar wordt besteed aan de voorbereiding daarvan, naast de (vanzelfsprekende) aandacht voor de continuïteit van de huidige dienstverlening en activiteiten van bibliotheek en documentatie.

13. OVERIGE ACTIVITEITEN

Naast de thema gerichte onderzoeksgroepen is het verzamelen van informatie over onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg van ouds een activiteit van het NHI geweest. De Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) bevat nu op geautomatiseerde basis een schat van kennis over de aard en het verloop van onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg. Uit de overzichten, die nu uit het systeem naar voren komen, kan worden afgelezen hoeveel mankracht er aan onderzoek wordt besteed, hoeveel geld ermee is gemoeid, op welke thema's onderzoek schaars en op welke thema's onderzoek overvloedig is, en wat de looptijd en de onderzoeksproducten zijn.
In 1985 wordt verder gewerkt aan een vervolmaking van het trefwoordensysteem en het preciseren van de onderzoeksvragenlijsten naar kosten, die met het onderzoek zijn gemoeid en de hoeveelheid tijd die eraan wordt besteed. De tot nu toe gebruikte grove categorieën zullen worden verfijnd. In ieder geval betekent deze activiteit dat naast het jaarlijkse RWO-rapport, met een overzicht van alle onderzoeken, steeds meer statistische overzichten zullen verschijnen. Ook kan op verzoek per trefwoord of per onderwerp een overzicht worden uitgedraaid van de op dat moment lopende onderzoeken. Als basis voor onderzoeksprogrammering is een goed registratiesysteem van groot belang.
In 1985 zal verder gewerkt worden aan het vormgeven van onderzoeksprogrammering en het aanhalen van de banden tussen de vier landelijke instituten op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek: het NIVEL, het Nationaal Ziekenhuisinstituut, het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid en het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO.
In 1984 kwam een nota gereed, waarin het totale onderzoekspakket van de vier instituten werd gepresenteerd en een overzicht werd gegeven van de terreinen waarop ieder instituut afzonderlijk bezig is.
In 1985 zal dit zogenaamde 'institutenoverleg' gewijd zijn aan de problematiek van de belemmerde toegankelijkheid van

gegevens voor wetenschappelijk onderzoek in het kader van de steeds stringenter wordende privacy-regulering. Zowel door actieve groepen aan patiënten- en cliëntenzijde (vooral uit de geestelijke gezondheidszorg) als door een zekere belangenstrijd over de informatica, die vanuit de beroepsverenigingen wordt gevoerd, wordt het in toenemende mate moeilijk om gegevens voor wetenschappelijk onderzoek ter beschikking te krijgen, zelfs wanneer deze onherleidbaar zijn tot de individuele hulpverlener of patiënt. Juist onderzoek, waar men het verloop van bepaalde ziekten wil onderzoeken of de gang van een groep patiënten door de gezondheidszorg wil bestuderen, loopt ernstig gevaar wanneer men geheel afhankelijk is van personen, die hun toestemming tot het onderzoek moeten geven. Op die manier wordt het onmogelijk een beeld te krijgen van het functioneren van de gezondheidszorg in zijn totaliteit.

Overzichtsstudie

Medio 1985 zal door het NIVEL een overzichtsstudie worden geproduceerd, waarin de stand van kennis, ontleend aan onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg, in het kort zal worden beschreven. Een dergelijke overzichtsstudie geeft weer wat op dat moment bekend is op een bepaald gebied. De studie zal de volgende thema's bevatten:

- Beleid, planning en bestuur in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- Regionalisering;
- Samenhang en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- Morbiditeit, mortaliteit en hulpvraag;
- Psycho-sociale problemen;
- Hulpverlening aan speciale groepen in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- De patiënt/consument in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- Huisarts;
- Wijkverpleging;
- Gezins- en bejaardenzorg;
- Maatschappelijk werk;
- Fysiotherapie;
- Verloskundige zorg;
- Apotheker;

- Overige beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg;
- Relatie eerstelijnsgezondheidszorg/basisgezondheidszorg en preventie;
- Relatie eerste lijn/tweede lijn;
- Relatie eerstelijnsgezondheidszorg/(A)GGZ.

De meeste bijdragen worden geschreven door medewerkers van het NIVEL; voor sommige bijdragen wordt ook steun van buiten gevraagd. Het bijeen zoeken van de literatuur is voor een eenmalige studie een omvangrijk, intensief en weinig bevredigend karwei. Onderzocht zal moeten worden of het mogelijk is om, na het verschijnen van het eerste overzicht, de verder verschijnende literatuur systematisch op eenvoudige wijze bij te houden. Als dat zou lukken, dan zal het ook wel mogelijk zijn om over een jaar of twee weer een dergelijke studie het licht te doen zien.

Tenslotte mag niet onvermeld blijven, dat ook in 1985 een deel van de activiteiten van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek gewijd zal zijn aan het verder verspreiden van de informatie, die in de verschillende onderzoeken wordt gevonden. Wetenschapsjournalist en medewerker publiciteitsvormgeving zullen in samenwerking met de onderzoekers ook in 1985 weer een aantal makkelijk toegankelijke publicaties het licht doen zien. Deze publicaties zijn vooral bedoeld voor beleidsmensen, geïnteresseerde consumenten en actieve beroepsbeoefenaren, die zo in één oogopslag kunnen zien wat de belangrijkste resultaten van een bepaald onderzoek zijn. Ook de relatie met de pers loopt dikwijls via deze verkorte brochures, die dan ook nog vaak vergezeld gaan van een samenvatting en een persbericht.

SAMENVATTEND OVERZICHT VAN DE ONDERZOEKSACTIVITEITEN

Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg

- Registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren (huisartsen, verloskundigen, apothekers);
- Registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren (huisartsen, verloskundigen);
- Registratie van fysiotherapeuten;
- Registratie en Onderzoek van Samenwerkingssystemen (ROS) [1]);
- Spreiding van huisartsen (huisartsendichtheid);
- Locatie van voorzieningen (een literatuurverkenning);
- Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg;
- Vrouwelijke huisartsen - een vervolgstudie;
- De functie verloskundige zorg;
- De functie geneesmiddelenvoorzieningen.

Samenwerking en samenhang

- Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS);
- Samenwerken en verwijzen, fase 2;
- Samenwerken en verwijzen, fase 3: verschillen in het gebruik van diagnostische faciliteiten, fysiotherapie en het voorschrijven van medicij-nen;
- De meerwaarde van samenwerking;
- Het dienstenaanbod in gezondheidscentra en elders;
- Het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten;
- De meerwaarde van samenwerking [2]);
- Samenhang in theorie en praktijk;
- Afstemming werkgebieden Rotterdam;
- Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van de samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening;
- Afstemming werkgebieden, een globale inventarisatie;
- Evaluatie gezondheidszorg Almere (deelproject 'bestuurlijke samenhang');
- Effecten van het vestigingsbleid op de spreiding van hulpverleners.

1) Valt organisatorisch in eerste instantie onder 'Samenwerking en samenhang', maar heeft inhoudelijk bindingen met dit terrein.

2) Onderdeel Grote Praktijkstudie.

Relatie eerste/tweede lijn

- Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken;
- Directe invloed van huisartsen op ziekenhuisopnamen;
- De invloed van een verrichtingentarief in de huisartspraktijk op de verhouding: zelfdoen/verwijzen;
- Samenwerken en verwijzen [3];
- Verwijzen op micro-niveau [6];
- Relatie huisarts/fysiotherapeut [4];
- Nazorg van ziekenhuispatiënten [6];
- Regionale verschillen in verpleegduur in algemeen en academische ziekenhuizen;
- Substitutie van verpleegkundige zorg [5];
- Ziekenhuis Lelystad;
- Evaluatie gezondheidszorg Almere.

[3]) Valt organisatorisch onder 'samenwerken en samenhang' maar heeft inhoudelijk bindingen met dit terrein.

[4]) Onderdeel Grote Praktijkstudie, deels uitgevoerd bij 'fysiotherapie'.

[5]) Valt organisatorisch onder 'Kruiswerk' maar heeft inhoudelijk bindingen met dit terrein.

[6]) Onderdeel Grote Praktijkstudie.

Relatie eerste lijn/GGZ

- Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (samenwerkingsproject tussen NIVEL en NcGv);
- Taakafstemming en samenwerking tussen huisartsen, AMW en RIAGG;
- Eerstelijnssamenwerking en beroep op GGZ-voorzieningen;
- Onderzoek internationale literatuur consultatie en dienstverlening van GGZ aan huisartsen;
- Verwijzen naar de (A)GGZ [6]).

Internationaal vergelijkend onderzoek

- Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau;
- Directe toegang tot de specialist in de Belgische gezondheidszorg;
- Vraag/aanbod-relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg;
- Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg;
- Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap.

Vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk

- Peilstationsproject;
- Haalbaarheidsstudie naar het uitvoeren van een grote en nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Bij positieve uitslag:
  * zelfzorg, mantelzorg, professionele zorg [7]),
  * overwegingen bij een gedifferentieerd abonnementshonorarium,
  * voorschrijven in de huisartspraktijk,
  * bijzondere groepen in de huisartspraktijk,
  * verwijzen op micro-niveau [8]),
  * relatie huisarts/fysiotherapeut [8]),
  * de meerwaarde van samenwerking [8]),
  * nazorg van ziekenhuispatiënten [8]),
  * relatie huisarts/(A)GGZ [8]).

[6]) Onderdeel Grote Praktijkstudie.
[7]) Gedeeltelijk ook in 'consumentenonderzoek'.
[8]) In andere projectgroepen uitgevoerd.

Het hulpverleningsproces

- Video-onderzoek:
  * onderzoek tijdsinvestering van huisartsen,
  * pillen of praten (consulten waar wel en waar niet medicijnen worden voorgeschreven),
  * instrumentontwikkeling om 'mondigheid van de patiënt' te meten,
  * behandelingsmogelijkheden van huisartsen bij psycho-sociale problemen,
  * wisselende gespreksmodellen, variaties in de arts/patiënt-communicatie.
- Meting van het effect van patiëntenvoorlichting (onderzoeksvoorstel);
- Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek;
- Probleempatiënten, een blijvend etiket?
- Relatie huisarts/(A)GGZ [9]).

Fysiotherapie

- Fysiotherapie bij de peilstations;
- Relatie huisarts/fysiotherapeut [10]);
- Vraag/aanbod-model fysiotherapie;
- Inventarisatie 'eerstelijnsfysiotherapie' in de tweede lijn.

Kruiswerk

- Substitutie van verpleegkundige zorg (ziekenhuis- en thuisverpleging);
- Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid;
- Het werk van wijkverpleegkundigen (deel I en II - beschrijvend onderzoek);
- Deeltijdarbeid wijkverpleegkundigen;
- Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland;
- Kruisorganisaties als basis van de eerste lijn;
- Jeugdgezondheidszorg - het werk van huisarts en consultatiebureau-arts.

Consumentenonderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg

- Onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (OKER);
- Patiëntenrechten, onderzoek in samenwerking met de Consumentenbond;
- Patiëntenorganisaties;
- Zelfzorg, mantelzorg, professionele zorg [9]).

[9]) Onderdeel Grote Praktijkstudie.

[10]) Onderdeel Grote Praktijkstudie, deels uitgevoerd in 'relatie eerste/tweede lijn'.

Medewerkers van het NIVEL per 1 januari 1985

Instituutsleiding

drs. J.M. Bensing, directeur
dr. J. van der Zee, hoofd inhoudelijke zaken
mr. drs. J.P. Dopheide, hoofd onderzoeksprojecten
T.J.M. de Jong, hoofd algemene zaken (per 1 maart 1985).

Projectleiders

mr. drs. J.P. Dopheide, relatie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (voorlopig)
drs. P.P. Groenewegen, fysiotherapie
drs. L. Hingstman, volume- en functieaanbod (registratiesystemen beroepen eerstelijnsgezondheidszorg (BELG))
drs. L. Peters, eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg
drs. P.F.M. Verhaak, hulpverleningsprocessen
drs. D. Wijkel, samenwerking en samenhang
dr. J. van der Zee, internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg; vraag/aanbod-relaties in de huisartsenpraktijk (voorlopig).

Onderzoekers

drs. W. Boerma, registratie samenwerkingsverbanden
dr. H.J.A. Collette, continue morbiditeitsregistratie peilstations
drs. D. Kersten, project "Het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten"
drs. D. Kortenhoeven, project "Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid"
drs. F.P. Nijhout, project "Ziekenhuis Lelystad"
drs. F. Sanavro, hulpverleningsprocessen en video
drs. H.J.M. Sixma, project "Evaluatie gezondheidszorg Almere"
drs. G.J. Visser, onderzoek knelpunten eerstelijnsgezondheidszorg Rotterdam (OKER)
ir. N.E. Warmenhoven, project "Patiëntenrechen"

Wetenschappelijke assistentie

drs. R. Hamers, beroepen eerstelijnsgezondheidszorg
drs. E. Smits, vraag-aanbodstudies
drs. E.M. Sluijs, wetenschappelijk assistent directie

Student-assistenten

J.T. van Buschbach
J. Hoekstra
C. Koopmans

Computer-assistentie

M.A. Boschman, research-medewerkster
G. Brunner, research-medewerker
M.H. Duister, research-assistente
J. Gravestein, medewerker data-entry
Th.H. Mulder, research-assistent
P. Storck, programmeur

Secretariaat, tekstverwerking en administratieve ondersteuning

M. Butzelaar, secretariaat projectleiders
R. van Dam, administratief medewerker
C. Diemer, administratief medewerkster
H.C. van Dijk, administratief medewerkster
Y. Driendijk, secretariaat hoofden
J.C. Evers, secretariaat projectleiders
M. van Geelkerken, typiste projectleiders
F.G. Hoeben, secretariaat peilstations
W.M.A. Koster, secretariaat projectleiders
M. van Leeuwen, secretariaat directie
M. Mijderwijk, secretariaat peilstations
A. Nijhof, administratief medewerkster
A. Scheepmaker, administratief medewerker
A. Simons, administratief medewerker
B. Sluijk, secretariaat bestuur
A.C.A.M. Verweij, secretariaat projectleiders

Bibliotheek en Documentatie

E. Becht, registratie wetenschappelijk onderzoek
I. de Garde, bibliothecaris
C.M. Felperlaan, administratief medewerkster
J.A.J. Kuijlen, documentalist

C. de Leeuw, medewerker classificatie
A. van der Velde, bibliotheekassistente

Publiciteit
M.M. Cornelius, lay-out
drs. L. Kik, wetenschapsjournalist

Financiën en administratie
H.A.T. Besselse, administratief medewerkster
H. Buitinck, administrateur
J.H. de Vlieger, administratief medewerkster

Personeelszaken
M. van den Berg, personeelsfunctionaris
S. Hey, typiste

Receptie, postbeheer, verzending
R. Breteler
C.M. Felperlaan
W. Smit

Huishoudelijke dienst
L.J. Jurrius, hoofd
H. Hameete, assistente

Drukkerij
A. Leerentveld, offset-drukker/reproducist