WERKPLAN 1986/1987

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) - Directeur Mw. Drs. J.M. Bensing
Postbus 1568 - 3500 BN - Utrecht Tel. 030 - 31 99 46

INHOUD blz

1. INLEIDING 1
   1.1. Opzet van het werkplan 1
   1.2. Hoofdlijnen van het onderzoeksprogramma 2
   1.3. Leeswijzer 6

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DR. J. VAN DER ZEE) 7
   2.1. Projecten 9
   2.2. Samenvatting 12

3. RELATIE TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. T.J.J.M.T. KERSTEN) 13
   3.1. Inleiding 13
   3.2. Instroom in de tweede lijn 14
   3.3. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg 20
   3.4. Samenvatting 22

4. EERSTE LIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. L. PETERS) 23
   4.1. Inleiding 23
   4.2. Projecten 23
   4.3. Samenvatting 27

5. SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE EERSTE LIJN (PROJECTLEIDER DRS. D. WIJKEL) 29
   5.1. Inleiding 29
   5.2. Samenwerking in cijfers 30
   5.3. De evaluatie van samenwerking 33
   5.4. Samenhang in de eerste lijn: de invloed van het plaatselijke beleid 37
   5.5. Samenvatting 40

6. VOLUME EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. L. HINGSTMAN) 42
   6.1. Registratieprojecten 42
   6.2. Onderzoeksprojecten 45
   6.3. Samenvatting 50

blz

7. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK (PROJECT-LEIDER MW. DRS. M. FOETS) 52
7.1. Inleiding 52
7.2. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk 52
7.3. Peilstations 62
7.3.1. Algemeen 62
7.3.2. Specifieke projecten 63
7.4. Gevolgen opheffing vrijwillige ziekenfondsverzekering 64
7.5. Samenvatting 65

8. HULPVERLENINGSPROCESSEN (PROJECTLEIDER DRS. P.F.M. VERHAAK) 67
8.1. Inleiding 67
8.2. De videotheek 68
8.3. Patiëntenvoorlichting 69
8.4. Psycho-sociale hulpverlening 72
8.5. Samenvatting 74

9. FYSIOTHERAPIE (PROJECTLEIDER DR. P.P. GROENEWEGEN) 75
9.1. Inleiding 75
9.2. Projecten 75
9.3. Samenvatting 79

10. HET KRUISWERK (PROJECTLEIDER MW. DR. A. KERKSTRA) 81
10.1. Inleiding 81
10.2. Projecten 82
10.3. Samenvatting 86

11. CONSUMENTENONDERZOEK (PROJECTLEIDER: VACATURE) 88
11.1. Inleiding 88
11.2. Projecten 89
11.3. Samenvatting 90

12. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE (PROJECTLEIDER MW. DRS. A.K. DE LEEUW) 91

13. OVERIGE ACTIVITEITEN 93
13.1. Inleiding 93
13.2. Projecten 93

blz

14. SAMENVATTING 95

Lijst van medewerkers 108

1. INLEIDING

Aangezien de invulling van verschillende vacatures en de uitvoering van het werkplan 1985 geleidelijk tot stand kwam, kan men 1986 beschouwen als het eerste jaar waarin het NIVEL op volle kracht met zijn onderzoeksprogramma voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg voor de dag komt.
De opbouw van kennis heeft door het vervaardigen van de 'Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn' een forse impuls gekregen; men kan stellen dat in ieder geval de kennis van Nederlandse onderzoeksliteratuur op het gehele terrein up to date is.
Ook zijn de in begin 1985 nog openstaande vacatures (waaronder de voor het nieuwe programma belangrijke post 'projectleider wijkverpleegkundig onderzoek') vervuld en is het management van het instituut substantieel versterkt.
De randvoorwaarden voor het verrichten van onderzoek zijn aanwezig; belangrijk is nu dat het instituut een aantal jaren kennis kan verwerven en de verworven kennis in een volgende fase kan toetsen. Nieuwe reorganisaties zijn desastreus voor de nu op gang gekomen gunstige ontwikkelingen.
Het opbouwen en consolideren van een programma voor wetenschappelijk onderzoek vergt nu eenmaal minimaal 5 jaar, pas dan gaat de geïnvesteerde kennis renderen.

1.1. Opzet van het werkplan

Zoals gebruikelijk worden de verschillende onderzoekingen themagewijs beschreven. Voor ieder thema is een projectleider verantwoordelijk, die onderzoek op dat veld entameert, begeleidt en uitvoert. De systematiek van de presentatie van de thema's is vergeleken met het vorige programma veranderd en enigszins consistenter geworden. Voor een goed begrip van het werkterrein van het NIVEL is een uiteenzetting van deze systematiek van belang; daarna volgen de verschillende deelprogramma's, dan tot slot de activiteiten van de afdeling bibliotheek en documentatie. Enige aandacht wordt nog besteed aan de in 1985 tot stand gekomen 'Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn'. Het ligt in de bedoeling deze activiteit eens in de zoveel jaar (gedacht wordt aan een periode van 3 jaar) te herhalen. De volgende versie zou dan in 1988 gereed moeten zijn. De organisatorische voor-

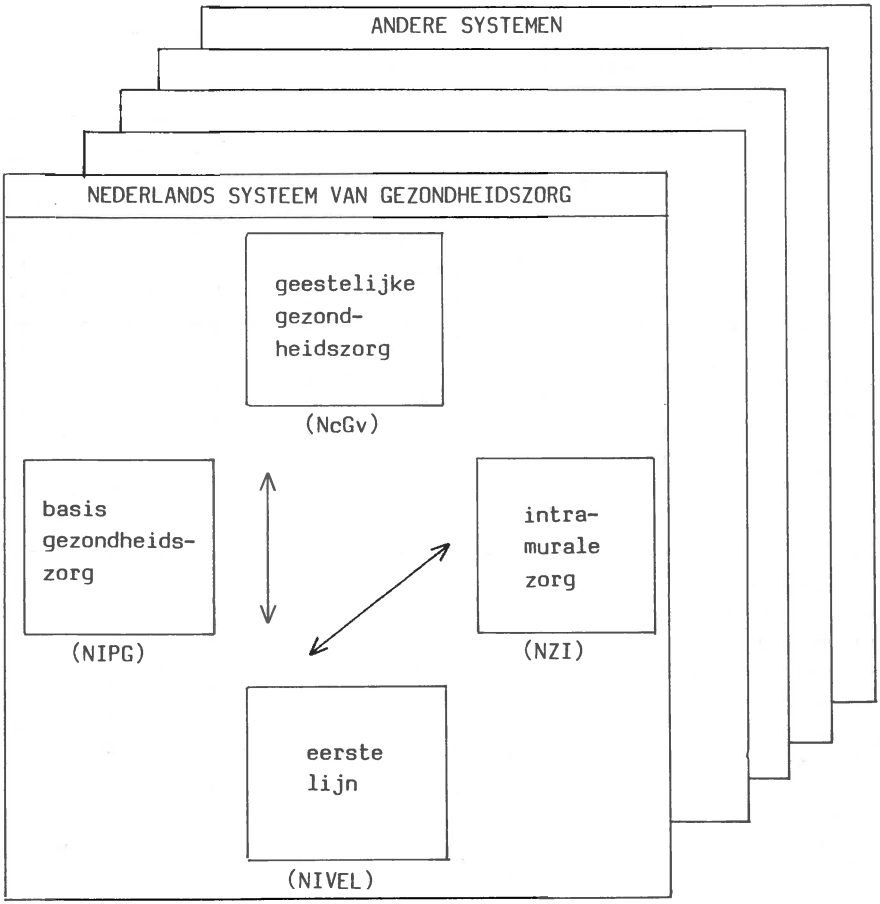
bereidingen (het systematisch bijhouden van de literatuur bijvoorbeeld) dienen echter continu plaats te vinden.
Een andere activiteit die buiten het beschrijven van het onderzoeksprogramma valt is de voorgenomen herhaling van het (succesvolle) symposium 'onderzoek eerste lijn', dat in 1984 voor het eerst werd gehouden en waaraan werd deelgenomen door vele onderzoekers afkomstig uit onderzoeksinstituten en universitaire vakgroepen.

1.2. Hoofdlijnen van het onderzoeksprogramma

De eerstelijns(gezondheids)zorg is een sector van de totale gezondheidszorg, valt binnen het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg en sociale zekerheid en is op haar beurt weer samengesteld uit een aantal componenten (verschillende beroepsgroepen bijvoorbeeld) die op hun beurt weer onderdelen van het NIVEL-onderzoeksprogramma vormen.
Als we van abstract naar concreet gaan dan heeft het 'breedste' onderwerp als thema de **(internationale) vergelijking van systemen van gezondheidszorg.** Hier wordt het Nederlandse systeem in het algemeen en de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg in het bijzonder vergeleken met andere op vitale kenmerken verschillende systemen. Binnen het Nederlandse systeem kunnen we de eerstelijns(gezondheids)zorg als sector bestuderen in samenhang met de andere sectoren van de gezondheidszorg. Schematisch ziet dat er als volgt uit (figuur 1 zie volgende pagina).

Men ziet dat de vier sectoren van de nederlandse gezondheidszorg 'bediend' worden door evenzovele onderzoeksinstituten. Opvallend is het ontbreken van een relatie tussen het onderzoeksveld van het NIVEL en dat van het NIPG.
Eerstelijnsgezondheidszorg en basisgezondheidszorg hebben zich zo gescheiden ontwikkeld (op de uitzondering van de zorg voor zuigelingen en kleuters na die bij het Kruiswerk is ondergebracht) dat er in ieder geval tussen de zorgsystemen nauwelijks sprake is van een relatie.
Anders ligt het met de verhouding 'curatieve versus preventieve taken' binnen het werkterrein van de huisarts, maar daarop komen we nog uitgebreid terug.
Twee belangrijke onderzoeksterreinen voor het NIVEL zijn in het schema weergegeven: relatie eerstelijns-tweedelijns (somatische) gezondheidszorg en de relatie eerste lijn/geestelijke gezondheids-

Figuur 1: Globaal overzicht van de onderzoeksthema's van het NIVEL



zorg. Op beide thema's is een onderzoeksprogramma geformuleerd, dat in de volgende hoofdstukken nader wordt beschreven.
Reeds gezegd is, dat de 'eerste lijn' op zichzelf weer is samengesteld uit verschillende componenten. Deze componenten laten zich het best door middel van een matrix weergeven, waarvan de verschillende beroepen in de eerste lijn de kolommen vormen en de rijen bepaalde aspecten weergeven die van de verschillende beroepsgroepen worden bestudeerd. Het volgende schema zal dit verduidelijken: in het schema vergroten we het blokje 'eerste lijn' uit het vorige schema.

Figuur 2: Onderzoeksthema's binnen de eerste lijn op het NIVEL

		(multidisciplinaire) samenwerking								
		gezondheidszorg							maatschappelijke dienstverlening	
		huis-arts	wijk-verpl. kund.	ver-los-kund.	apo-the-ker	fysio-thera-peut	tand-arts	overige beroe-pen	alg. maat-sch.werk	gezins-ver-zorg.
AANBOD	volume functie-aanbod	1 X		1 X	1 X	1.5 X	1 X			
	inhoud van het werk	2 X	4 X	1 X		5 X			X	X
PROCES	hulpverleningsproces (comminucatie hulpverl./cliënt	3 X				5 X	3 X		X	
VRAAG	hulpvraag	2.6 X	4.6 X	6	6	6	6	6	6	6 X

X = onderzoek door NIVEL verricht

X = nieuw onderzoek

1...6 = nummer verwijst naar het betreffende onderzoeksprogramma

Er is één overkoepelend onderwerp: samenwerking, vooral multidisciplinair, dat nog een onderdeel vormt van het meeromvattende begrip 'samenhang', waaronder de relatie van de eerste lijn met andere sectoren van de gezondheidszorg is begrepen. Rond dit onderwerp is een onderzoeksprogramma geformuleerd, dat in hoofdstuk 4 wordt beschreven.
De 'kruisjes' in de matrix geven aan op welke terreinen door het NIVEL onderzoek wordt verricht. De groepering van de 'kruisjes' in de programma's volgt niet een vaste systematiek. Soms wordt een compleet programma per discipline aangeboden (wijkverpleging, fysiotherapie) en soms worden gelijkgerichte onderwerpen door de disciplines heen in één programma aangeboden.
Een voorbeeld van dit laatste is het onderzoek op het gebied van 'volume- en functie-aanbod' dat over huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, apothekers en tandartsen tezamen in één programma wordt verricht. In het schema ziet men een scheiding tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Behalve op het gebied waar beide sectoren elkaar raken (bij multidisciplinaire samenwerking bijvoorbeeld) zal er door het NIVEL weinig onderzoek naar de maatschappelijke dienstverlening op zich zelf worden gedaan.
Het NIVEL is (voorlopig) een instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg en bestudeert de maatschappelijke dienstverlening daar waar er duidelijk raakvlakken met de gezondheidszorg zijn en niet als zelfstandig object van studie. Dat kan op papier een wat geforceerde indruk maken. In de praktijk blijkt dat nog wel mee te vallen, getuige onderzoek naar de raakvlakken tussen thuisverpleging en gezinszorg en naar de driehoeksrelatie huisarts, algemeen maatschappelijk werk en ambulante geestelijke gezondheidszorg.

In de 'hokjes' van de matrix treft men nummers aan die verwijzen naar de volgende thema's:
1. volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg
2. vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk
3. hulpverlener (arts) patiënt communicatie
4. het kruiswerk
5. de fysiotherapie
6. de consument en de eerstelijns(gezondheids)zorg.

Deze thema's worden verderop in het werkprogramma beschreven.

Tot zover een toelichting op de systematiek van het programma, bedoeld om het uitzicht op het bos door de hoeveelheid bomen niet te

doen teloor gaan.

1.3. Leeswijzer

Een enkele opmerking over de manier waarop het werkprogramma zich laat lezen, dient nog aan de inhoudelijke hoofdstukken vooraf te gaan.
Het werkprogramma geeft enerzijds een overzicht van de lopende activiteiten en bevat anderzijds ook een serie nieuwe plannen en ideeën. Soms zijn deze ideeën al in de vorm van een concreet onderzoeksplan gegoten, maar vaker nog betreft het tamelijk prille gedachten, die eerst nog verder moeten worden uitgewerkt voordat de eventuele 'subsidiabiliteit' kan worden beproefd.
Daarom is per project de 'status' ervan aangegeven (lopend project, subsidie aangevraagd etc.) en de (mogelijke) subsidiënt.
Ook is aangegeven wat men in 1986 kan verwachten aan activiteiten en (bij lopende projecten) wanneer het onderzoek is afgerond.
Tenslotte wordt aangegeven wie het project uitvoert.
In een enkele zin is weergegeven hoeveel mankracht (in full-time equivalenten uitgedrukt en zonder rekening te houden met overhead-activiteiten) het onderzoek op de basisbegroting, in lopende projecten en van alle projecten waarvoor subsidie-voorstellen zijn ingediend tezamen over 1986 gerekend, zal vergen. Dit is een tamelijk kunstmatig getal, dat wel enig inzicht geeft in de relatieve 'zwaarte' van de programma's.
Contactpersoon voor de verschillende thema's zijn de projectleiders wier naam in de aanhef van het betreffende hoofdstuk staat genoemd.
Als als 'financier' het NIVEL staat vermeld, dan wordt daarmee bedoeld het Ministerie van WVC via de basis (of doel)subsidie aan het NIVEL.

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DR. J. VAN DER ZEE)

Een belangrijk argument voor de toegenomen belangstelling voor internationale vergelijking van stelsels van gezondheidszorg en sociale zekerheid in de geïndustrialiseerde wereld is het gegeven, dat in alle landen het vraagstuk speelt van de beheersbaarheid van de nog steeds sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg zonder dat er nu van een duidelijk merkbare 'gezondheidswinst' tegenover deze kostenstijging sprake is.
Toch moet men het belang van internationaal vergelijkend onderzoek niet overtrekken. Ook al zou er uit de vergelijking komen dat een bepaalde bestuurlijke oplossing in het ene stelsel qua resultaten te prefereren is boven de oplossing in het eigen systeem (en een dergelijke uitkomst is ook gegeven de complexiteit van het vergelijkende onderzoek niet zo vreselijk waarschijnlijk) dan nog zou een mogelijke overname van deze oplossing op grote maatschappelijke weerstand stuiten, omdat elke verandering in het krachtenveld van onderhandelende partijen in de gezondheidszorg als een essentiële aantasting van de verworven positie zal worden ervaren.
Toch kan een blik over de grens de aandacht vestigen op vastgeroeste opvattingen en impliciete veronderstellingen die leven bij degenen die zich beroepsmatig met het eigen systeem van gezondheidszorg bezighouden. Er is weleens gezegd dat een vis nooit het water zou kunnen uitvinden en daar zit wel wat in.
Bij de keuze van vergelijkingsobjecten zou men zich moeten laten leiden door karakteristieke eigenaardigheden van het Nederlandse systeem van gezondheidszorg, te weten:

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, tot enkele paramedische verstrekkingen en de ambulante GGZ
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
6. een tamelijk sterke scheiding tussen de curatieve en preventieve gezondheidszorg.

Omdat bij voorbaat niet alle mogelijke systemen in geïndustrialiseerde landen bekend zijn, is het van belang om in ieder geval ook een inventariserende studie te verrichten naar basale kenmerken van systemen van gezondheidszorg in geïndustrialiseerde samenlevingen. Daarnaast kunnen op basis van de bestaande kennis op voorhand al stelsels worden aangewezen die op bovengenoemde (kenmerkende) eigenaardigheden van de Nederlandse gezondheidszorg verschillen.
In aanmerking komen de volgende stelsels:

- het Belgische (parallelle toegankelijkheid huisarts en specialist, geheel op verrichtingen gebaseerd systeem, met eigen bijdrage van patiëntenzijde)
- het Engelse (op alle punten het tegenovergestelde van het Belgische en met het Nederlandse overeenkomend wat betreft de positie van de huisarts, maar sterk contrasterend wat de positie van de veelal in loondienst gevestigde specialist betreft)
- het Deense. In Denemarken bestaan er 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,
  c. ook is in Denemarken de scheiding tussen curatieve en preventieve zorg minder strikt dan in Nederland. Huisartsen bijvoorbeeld zijn ook verantwoordelijk voor de (preventieve) zorg voor zuigelingen en kleuters.
- het Zweedse. Een 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 1000 in tegenstelling tot 110 per 1000 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 districtverpleegkundigen gaan. Bovendien is in Zweden de scheiding tussen het preventieve en curatieve gedeelte van de eerstelijnsgezondheidszorg geheel opgeheven. Men staat daar eigenlijk betrekkelijk onverschillig tegenover 'voorzieningen' en 'gezondheidszorg'. Vandaar ook dat de in natuurlijke zin meest dominante vorm van zorg (de ziekenhuiszorg) overheerst. Men pleegt 'gezondheidspolitiek' en geen 'gezondheidszorgpolitiek'. Provincies besteden 80% van hun budget aan gezondheidspolitieke zaken in brede zin (verkeersvei-

ligheid, milieuhygiëne, gezondheidszorg etc.)
- het Finse. In Finland is vooral de gemeentelijke planvorming en de rol van de lokale overheid bij structurering van de eerstelijnsgezondheidszorg van belang, terwijl in dit land ook interessante experimenten met geautomatiseerde gegevensverwerking in gang zijn.

Voor het uitvoeren van het programma is 1,6 FTE wetenschappelijk personeel nodig in 1986.

2.1. Projecten

INT 85-01 Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap

Financier : Europese Gemeenschap
Status : aanvang medio 1986. Activiteiten 1986: Materiaalverzameling
Uitvoering: P. Krogh-Jensen, P. Pedersen, Dr. D.L. Crombie, Dr. J. van der Zee.

Alvorens men gericht systemen van gezondheidszorg kan 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 in de loop van 1987 te houden symposium worden gepresenteerd. Op grond van de inventarisatie zal een aantal gerichte voorstellen worden geformuleerd voor vergelijking van systemen van gezondheidszorg.

INT 86-02 Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen

Financier : NIVEL en tijdschrift Praktijkmanagement
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: Monografieën + afsluitende publikatie. Afronding in de loop van 1986.
Uitvoering: Dr. J. van der Zee.

Op uitnodiging van het tijdschrift Praktijkmanagement wordt een serie korte monografieën geschreven over de wijze waarop huisartsen in een aantal Europese landen worden gehonoreerd en de hoogte van hun inkomen. In 1985 verschenen artikelen over: Het Verenigd Koninkrijk,

België, De Duitse Bondsrepubliek, Denemarken (tweemaal) en Zweden. Op stapel staan artikelen over Frankrijk, Italië, Finland, Noorwegen en Nederland. Het geheel zal in de loop van 1986 gebundeld worden.

INT 84-01 Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau

Financier : NIVEL
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: Analyse en rapportage.
Uitvoering: mevr. Drs. M. Foets, Dr. J. van der Zee.

In het kader van het nationaal programma van sociaal-wetenschappelijk 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. Het bewerken en vergelijkbaar maken van de verschillende onderzoeksbestanden vergt echter het nodige geduld. Het ligt in de bedoeling om de resultaten te presenteren op de (gemengd Vlaams/Nederlandse) sociologendagen van april 1986.

INT 84-02 Vraag/aanbod-relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg

Financier : NIVEL
Status : in bewerking. Activiteiten 1986: weinig tot geen (naar 1987) Afronding in 1987
Uitvoering: Dr. J. van der Zee.

Eén van de belangrijkse factoren, die in Nederland verschillen tussen huisartspraktijken en 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 echter dat in de Engelse gezondheidszorg deze in Nederland als vrijwel vaststaand beschouwde relatie niet werd gevonden. Dit doet de vraag rijzen onder welke omstandigheden dit verband zich voordoet. Is dit pas als er van een minimale beddendichtheid sprake is, of heeft de honorering per verrichting van de Nederlandse specialist daarmee iets te maken. 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.

INT 84-03 Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg

Financier : ?
Status : onderzoeksvoorstel in voorbereiding. Acitiviteiten 1986: indiening onderzoeksvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Dr. J. van der Zee.

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 artsengroepen aan een dergelijk systeem. In Nederland zou dit onderzoek gekoppeld moeten worden aan de in 1985 nog in de proeffase verkerende, maar wellicht in eind 1986 operationeel zijnde Grote Praktijkstudie.

Pro Memorie

Fysiotherapie in andere systemen van gezondheidszorg. Dit project wordt beschreven onder het deelprogramma Fysiotherapie (Fys 86.03) hoofdstuk 9.

Thuisverpleging in Nederland en Vlaanderen.

Zie hiervoor het deelprogramma: Wijkverpleging (Wijk 86.02) hoofdstuk 10.

Gezondheidscentra in internationaal verband.

Zie hiervoor het programma 'Samenwerking en Samenhang' (hoofdstuk 5)

- project SAM 86.05.

2.2. Samenvatting

Internationaal vergelijkend onderzoek kans pas gericht plaatsvinden als eerst de systemen van gezondheidszorg systematisch zijn geïnventariseerd 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:

INT 85.01 Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap
INT 85.02 Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen
INT 84.01 Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op microniveau
INT 84.02 Vraag/aanbod relaties en de Engelse gezondheidszorg
INT 84.03 Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg
FYS 86.03 Fysiotherapie in andere systemen van gezondheidszorg
WIJK 86.02 Thuisverpleging in nederland en Vlaanderen
SAM 86.05 Gezondheidscentra: internationaal

3. RELATIE TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. T.J.J.M.T. KERSTEN)

3.1. Inleiding

Het onderwerp 'relatie eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg' was altijd een belangrijk onderwerp op het Nederlands Huisartsen Instituut en blijft dat op het NIVEL.
Wel heeft zich een verschuiving voorgedaan van het typisch huisartsgerichte onderzoek naar de instroom in de tweede lijn (vooral verwijzingen van huisartsen) naar het op een breder deel van de eerste lijn betrekking hebbende 'uitstroom-onderzoek'. In dit laatste type onderzoek gaat het om zaken als ontslag uit het ziekenhuis en om nazorg door wijkverpleegkundigen en gezinsverzorging.
Dit neemt overigens niet weg dat onderzoek naar het verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten nog steeds een belangrijk thema voor het instituut is. Doordat dit thema op verschillende instituten nader is onderzocht, kan men hier van enige cumulatie van kennis spreken. Zo is de invloed van structurele factoren als de afstand tot het meest nabijgelegen ziekenhuis op het verwijscijfer uit de huisartspraktijk zo sterk dat nader onderzoek naar andere factoren, zoals bijvoorbeeld de taakopvatting van huisartsen, alleen gedaan kan worden als in dat onderzoek de invloed van deze afstandsfactor is uitgeschakeld. Ook is het langzamerhand duidelijk dat verder onderzoek zich vooral moet richten op de relatie tussen het aantal contacten tussen huisartsen en patiënt (op initiatief van de huisarts en op initiatief van de patiënt) en de verwijsbeslissingen die in de loop van de dag door de huisarts worden genomen. Het meestal gebruikte verwijscijfer: het aantal uitgeschreven ziekenfondsverwijskaarten betrokken op het aantal ziekenfondsverzekerden houdt te weinig rekening met het gegeven dat het **contact** in feite de meest relevante eenheid is om een verwijsbeslissing op te betrekken. Dergelijk onderzoek vergt echter tamelijk intensieve registratie van contacten en beslissingen en is door zijn aard ingewikkeld en kostbaar. Dit betekent dat het nodige onderzoek (ook op het NIVEL) gebeurt op grond van het klassieke ziekenfondsverwijscijfer. In de voorgenomen grootschalige studie naar ziekte en verrichtingen in de huisartspraktijk, bestaat de mogelijkheid het verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten op een methodologisch juiste manier te bestuderen.

Bij de besprekingen van de onderzoekingen zullen wij een onderscheid maken tussen projecten die te maken hebben met:
1. instroom in de tweede lijn en
2. de uitstroom uit de tweede lijn.
Voor het uitvoeren van het programma van 1986 is 4.7 FTE wetenschappelijk personeel nodig.

3.2. Instroom in de tweede lijn

REL 85.01 Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken

Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: afronding (begin 1986)
Uitvoering: Dr. J. van der Zee.

Al sedert geruime tijd is er sprake van beleidsvoornemens om het huidige stelsel van verwijs- en herhalingskaarten te vervangen door een stelsel van advies- en behandelkaarten. De wijziging is mede bedoeld om de huisarts een grotere invloed te geven op de poliklinische behandeling van zijn patiënten. Om na te gaan wat de invloed is van deze stelselwijziging op het doen en laten van de huisarts, is in 1984 aan de 62 huisartsen die deelnemen aan het peilstationproject gevraagd om een aantal soorten verwijzingen te registreren.
Het betreft hier verwijzingen ter geruststelling, ter diagnose, ter behandeling, voor oogafwijkingen en overige verwijzingen. Bovendien hebben zij een aantal vragen beantwoord betreffende hun houding ten aanzien van specialisten en de tweedelijnsgezondheidszorg. Begin 1986 zal van deze voormeting verslag worden gedaan. Het ziet er overigens niet naar uit dat op korte termijn de wijziging van het stelsel een feit wordt. Het overleg van ziekenfondsen, huisartsen en specialisten dat nodig is om de stelselwijziging te realiseren maakt door zijn tripartite karakter de invoering van een nieuw stelsel zeer gecompliceerd. Op het moment dat het stelsel van consult- en behandelkaarten wordt ingevoerd, zal echter opnieuw bij de peilstationartsen geregistreerd worden.

REL 85.02 Alternatieven voor abonnementshonorarium van huisartsen

Financier : Ziekenfondsraad (?)
Status : in voorbereiding (projectvoorstel ingediend). Activiteiten 1986: afhankelijk van het doorgaan van experimenten
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten en een aan te trekken onderzoeker.

Van verschillende zijden is gesteld dat een honoreringssysteem waarin de huisarts per abonnement en de specialist per verrichting wordt betaald, het aantal verwijzingen naar de tweede lijn bevordert.
De vraag is nu door middel van welke honoreringswijze van huisartsen dit effect zou kunnen worden omgebogen. Eén van de mogelijkheden waar wel aan gedacht wordt, houdt in dat de huisarts gedeeltelijk volgens een verrichtingensysteem gehonoreerd wordt. Men kan dan bijvoorbeeld denken aan de kleine chirurgische ingrepen. Deze verrichtingen zijn extra interessant, omdat in eerder onderzoek gevonden is dat huisartsen die veel kleine chirurgie doen over de hele linie lage verwijscijfers hebben. Eén van de problemen met de verrichtingen-honorering is dat het leidt tot volumegroei van de zorg. Artsen zouden wellicht meer verrichtingen gaan uitvoeren dan men had voorzien, zo blijkt uit allerlei onderzoek.
Een passende onderzoeksopzet met betrekking tot de gedeeltelijke verrichtingenhonorering wordt op dit moment uitgewerkt in samenwerking met een regionaal ziekenfonds dat een experiment wil uitvoeren op dit terrein.

In den lande wordt ook nog aan andere alternatieven voor de abonnementshonorering gedacht. Eén daarvan is een soort bonus-(malus)-systeem waarbij de huisarts extra honorering ontvangt, als hij onder een bepaald streef-verwijscijfer blijft.
Een andere mogelijkheid is het toekennen van een surplus bovenop de basishonorering van huisartsen, als zij taken uitvoeren die op het grensvlak van de eerste- en tweede lijn liggen. Met de betreffende instanties zal worden nagegaan waar het NIVEL op deze terreinen zinvol onderzoek kan uitvoeren.

REL 86.01a-c Invloed van de huisarts in de tweede lijn

Onder dit thema vallen drie onderzoeksprojecten, waarvan er twee betrekking hebben op de 'instroom' (de invloed van de huisarts op het aantal door de specialist uitgeschreven herhalingskaarten en de invloed van de huisarts op het aantal uit zijn praktijk opgenomen patiënten) en één op de 'uitstroom' (de invloed van de huisarts op het 'ontslag' uit het ziekenhuis).
Gedrieën vormen deze projecten het proefschrift van de projectleider op dit thema: de drie onderdelen zullen ook als afzonderlijke publikaties verschijnen.

REL 86.01a De invloed van de huisarts op het aantal door specialisten uitgeschreven herhaalkaarten

Financier : NIVEL
Status : in 1986 uitgevoerd, deel materiaal reeds in 1982 verzameld. Activiteiten 1986: materiaalverzameling en rapportage
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten

In 1982 werd een onderzoeksverslag gepubliceerd onder de titel 'De invloed van de huisarts na de verwijskaart' waaruit blijkt, dat de patiënten van de ene huisarts veel meer poliklinische zorg ontvangen dan van de andere huisarts. Dat valt op te maken uit het aantal herhaalkaarten dat de specialist uitschrijft als vervolg op de verwijskaart van de huisarts. De verschillen in behandelingsomvang bestaan tussen huisartsen die verwijzen naar dezelfde specialist en de verschillen blijven ook aanwezig als gecorrigeerd wordt voor de invloed van leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten. De verschillen tussen huisartsen zijn dus niet aan deze twee voor de hand liggende factoren (verschillende specialisten, verschillen in leeftijd en geslacht van de patiëntenpopulatie) toe te schrijven.

De analyses voor het onderzoek zijn uitgevoerd op voorhanden zijnde gegevens van een regionaal ziekenfonds. In het onderzoek kon nog niet worden nagegaan of de verschillen in behandelingsomvang teruggevoerd kunnen worden op verschillen tussen huisartsen wat betreft hun invloed in de tweede lijn. Daarvoor is materiaalverzameling nodig bij de betreffende huisartsen (vragenlijsten over taakafbakening huisarts/specialist).
Gepoogd zal worden in 1986 dit materiaal te verzamelen en hiermee het eerste deel van het drieluik af te sluiten.

REL 86.01b Planning van gezondheidszorg op gewestelijk niveau

Financier : Stadsgewest Roermond
Status : in voorbereiding. Activiteiten in 1986: Materiaalverzameling/rapportage
Uitvoering: Drs. R.T.J. Hamers onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Het stadsgewest Roermond heeft het NIVEL verzocht om gegevens te verzamelen die het nodig heeft voor zijn planningsactiviteiten in de komende jaren. Het betreft hier gegevens over spreiding en volume van voorzieningen, relatie voorzieningen/cliëntenpopulatie, afstem-

ming van werkgebieden, samenhang en samenwerking en het signaleren van knelpunten die in de ogen van de hulpverleners een doelmatig functioneren van de eerstelijnszorg belemmeren.
Een belangrijk thema in dit onderzoek zal zijn het mogelijkerwijs verminderen van (overbodige) ziekenhuisopnamen. Dit thema zal extra worden uitgediept opdat het deel kan uitmaken van bovengenoemd 'drieluik' van onderzoeksprojecten.

REL 86.01c De invloed van de huisarts op het ontslag uit het ziekenhuis: zie pagina 21

REL 84.01 Ziekenhuis Lelystad
Financier : Preventiefonds
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: afronding per eind 1985 of begin 1986, indiening follow-up-voorstel
Uitvoering: Drs. G.D.J. van der Speld, supervisor Mr.Drs. J.P. Dopheide.

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 begin 1986 met een 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.
Het vermoedelijke eindresultaat van het project Lelystad, dat geen toename van de verwijzingen naar de tweede lijn te zien geeft, ondanks de grotere nabijheid van tweedelijnsvoorzieningen, doet de vraag rijzen of dit een stabiel gegeven is. Als inderdaad, zoals eerder gesuggereerd, sprake is van een Hawthorne-effect, zou op termijn het verwijscijfer wel moeten gaan stijgen. Blijkt dit niet te gebeuren, dan blijft de vraag waarom Lelystad een uitzondering is op de in onderzoek steeds weer bevestigde regel, dat het verwijscijfer hoger is bij kleinere afstand tot tweedelijnsvoorzieningen. Al met al is een follow-up op het huidige project gewenst. Een voorstel

hiervoor zal in 1986 worden ingediend.

REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere
Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: deelrapporten. Afronding 1987 (eerste fase)
Uitvoering: Drs. H.J. Sixma.

In Almere krijgt de gezondheidszorg een experimentele vorm. Belangrijkste kenmerken van de Almeerse opzet zijn een sterke, buurtgerichte eerstelijnszorg, een in omvang beperkte tweede lijn, samenhang tussen de voorzieningen en dit alles tegen relatief lage kosten. Aan het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) is verzocht de evaluatie van het experiment te verzorgen. In dit kader is in januari 1985 een eerste gezamenlijk deelrapport verschenen met daarin een beschrijving van de uitgangssituatie. Bij het vervolg van het onderzoek zal het NZI zich voornamelijk bezighouden met de bestuurlijke kanten van het experiment, terwijl het NIVEL zich richt op de inhoudelijke samenhang van de gezondheidszorgvoorzieningen. Wij beperken ons hier tot het NIVEL-deel.
In het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) is een belangrijke plaats ingeruimd voor de opvattingen van de bevolking. Niet alleen participeren bewoners-vertegenwoordigers in de verschillende bestuurs- en projectorganisaties, maar ook via geregelde meningspeilingen bij de bevolking dient te worden nagegaan of het experiment wat de bewoners betreft nog wel op koers ligt.
Hiertoe is door het NIVEL een enquête opgesteld naar ervaringen met de eerste- en tweedelijnszorg en de wenselijkheid van verschuivingen in de verschillende soorten hulpverlening. Bij het opstellen van de vragenlijst is rekening gehouden met het onderzoek in Lelystad. De resultaten in Almere kunnen voor een deel met de bevindingen in Lelystad worden vergeleken. Over de bevolkingsenquête verschijnt in de eerste maanden van 1986 een deelrapport.
Als start voor een longitudinaal onderzoek naar de medische consumptie in Almere, waarbij met name ook de invloed van het in Almere te vestigen ziekenhuis zal worden onderzocht, heeft in het voorjaar van 1985 een consult- en verwijsregistratie plaatsgevonden in alle huisartspraktijken. Over deze eerste meting zal in de eerste helft van 1986 een afzonderlijk deelrapport verschijnen.
Tenslotte zal in 1986 onderzoek worden verricht naar de EHBO-voorziening in Almere en naar patiëntenstromen op het grensgebied tussen eerste- en tweede lijn. EHBO wordt in Almere verleend vanuit de ge-

zondheidscentra en is daarmee toebedeeld aan de eerste lijn. De in Almere gevestigde polikliniek zou waar het de EHBO betreft eigenlijk geen functie mogen vervullen. Bij het onderzoek naar de EHBO-functie zullen zowel bij hulpverleners als bij de slachtoffers gegevens worden verzameld over de actuele gang van zaken.
De vraag of een versterkte eerstelijnszorg zijn positie waar maakt komt ook aan de orde bij het onderzoek naar patiëntenstromen. De bedoeling is dat een honderdtal patiënten met rugklachten gedurende een langere periode worden gevolgd op hun gang door het stelsel van zorgvoorzieningen. Rapportage over beide deelprojecten vindt plaats eind 1986/begin 1987.
Subsidiëring van de eerste fase van het project gezondheidszorg Almere eindigt op 31-1-1987. Indien tot voortzetting van zowel het project als het evaluatie-onderzoek door het NIVEL wordt besloten, dan staan voor de jaren 1987/1988 herhaalmetingen op het programma van de hierboven omschreven deelonderzoekingen. Dit programma kan in overleg met de begeleidingscommissie worden aangevuld met onderzoek op het terrein van de inhoudelijke samenhang.

REL 87.01 Verwijsbrieven en specialistenbrieven
Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: geen.
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten (voorlopig).

Huisartsen lichten specialisten over de achtergronden en motieven van een verwijzing in door middel van verwijsbrieven.
Specialisten rapporteren op hun beurt schriftelijk aan huisartsen over de behandeling in de tweede lijn. Het plan bestaat om een analyse te maken van de inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. Voor verwijsbrieven geldt dan tevens de vraag wat de invloed is van de verwijsbrief op het doen en laten van de specialist. Specialistenbrieven zullen geëvalueerd worden op duidelijkheid bijvoorbeeld in verband met nazorg van ziekenhuispatiënten, controle van chronische patiënten, voortzetting van de behandeling in de tweede lijn, etc. In het onderzoek dient uiteraard de privacy van betrokken patiënten voldoende gewaarborgd te zijn.

REL 87.02 Rol van de eerste lijn bij opname in het verpleeghuis
Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: geen.
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Ongeveer de helft van de patiënten die wordt opgenomen in het verpleeghuis lag in de periode daaraan voorafgaand in het ziekenhuis. De rest komt uit het bejaardenhuis of woonde zelfstandig. De vraag is welke rol de eerste lijn speelt bij het tot stand komen van opnamen in het verpleeghuis.
Ook is het relevant om in dit verband verschillen in opvattingen en werkwijze te inventariseren tussen verschillende hulpverleners. Dat geldt zowel voor hulpverleners van verschillende als van gelijke disciplines.

Pro Memorie
Verwijscijfers van huisartsen - deelproject 'grote praktijkstudie'.
In de voorgenomen nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is ook een deelproject 'verwijzen' opgenomen. In deze deelstudie zal (eindelijk) het onderwerp op methodologisch correcte wijze kunnen worden aangepakt, omdat verwijsbeslissingen van huisartsen betrokken kunnen worden op de contacten tussen huisarts en patiënt. Het deelproject wordt in het betreffende hoofdstuk (7) beschreven.

3.3. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg

REL 85.03 Substitutie van verpleegkundige zorg
Financier : WVC
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: onderzoeksvoorstel, materiaalverzameling
Uitvoering: Drs. R. Krijgsman (onder leiding van Mw. Dr. A. Kerkstra en Drs. T.J.J.M.T. Kersten).

Substitutie van ziekenhuisverpleging door thuisverpleging vraagt om gedetailleerde kennis van de factoren die deze substitutie beïnvloeden.
Daarvoor is een goede beschrijving op microniveau noodzakelijk, zowel van de mate waarin beslissingen over de lengte van de verpleegduur worden beïnvloed door de mogelijkheden tot thuisverpleging en thuisverzorging als van 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.

Begin 1986 zal over dit onderwerp een onderzoeksvoorstel worden geformuleerd in nauw overleg met naaste betrokkenen. Het project wordt verder beschreven in hoofdstuk 10 over het Kruiswerk.

REL 86.01c Nazorg van ziekenhuispatiënten in Rotterdam

Financier : Stichting Bevordering Volksgezondheid
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: materiaalverzameling. Afronding eind 1986 begin 1987
Uitvoering: junior-onderzoeker onder supervisie van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Dit project is bedoeld om na te gaan hoe de nazorg van verschillende categorieën ziekenhuispatiënten is geregeld in Rotterdam. Het onderzoek moet concrete aanbevelingen opleveren voor een verbetering van de organisatie van de nazorg. Daarbij zal gekeken worden naar alle betrokken hulpverleners: specialisten, ziekenhuisverpleging en mogelijk ook het ziekenhuis-maatschappelijk werk, verder huisartsen, wijkverpleging, gezinsverzorging en eventueel ook het algemeen maatschappelijk werk. Speciale aandacht zal geschonken worden aan het functioneren van de huisarts met betrekking tot de nazorg van ziekenhuispatiënten. De invloed van de huisarts op het ontslag, breder geformuleerd op verplaatsing van de behandeling van tweede- naar eerste lijn, maakt deel uit van het al eerder besproken promotieonderzoek.

REL 84.03 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen

Financier : NIVEL
Status : in afwachting. Activiteiten 1986: indien geschikte uitvoerder wordt gevonden
Uitvoering: Stagiaire doctoraalstudent onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

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.
Zoals gezegd, zijn voor dit onderzoek gegevens nodig over de regionale spreiding van de functie thuisverpleging, wat iets anders is dan de dichtheid van wijkverpleegkundigen. Voorlopig zullen deze gegevens nog niet beschikbaar zijn, zodat de uitvoering van het project even op zich zal laten wachten.
Wellicht dat in sommige provincies de cijfers wel beschikbaar zijn; als dat het geval is, kan het onderzoek toch voortgang vinden.

3.4. Samenvatting

Bij het onderzoek naar de relatie tussen eerste en tweede lijn wordt er naast het (huisartsgerichte) onderzoek naar de instroom in de tweede lijn ook onderzoek geëntameerd naar het (eerstelijns-georiënteerde) onderzoek van de uitstroom uit de tweede lijn.
Wat betreft de **instroom** worden de volgende onderzoekingen geformuleerd:

REL 85.01 Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken
REL 85.02 Alternatieven voor een abonnementshonorarium van huisartsen
REL 86.01a De invloed van de huisarts op het aantal door de specialist uitgeschreven herhaalkaarten
REL 86.01b Planning van gezondheidszorg op gewestelijk niveau
REL 84.01 Ziekenhuis Lelystad
REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere
REL 87.01 Verwijsbrieven en specialistenbrieven
REL 87.02 Rol van de eerste lijn bij opname in het verpleeghuis

Over de **uitstroom** wordt het volgende onderzocht:

REL 85.03 Substitutie van verpleegkundige zorg
REL 86.01c Nazorg van ziekenhuispatiënten in Rotterdam
REL 84.03 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen

4. EERSTE LIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. L. PETERS)

4.1. Inleiding

Het voorgenomen onderzoek van het NIVEL voor de jaren 1986 en 1987 op het terrein van de relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg tracht aan te sluiten bij twee centrale uitgangspunten: Het verbeteren van de afstemming tussen eerste lijn en gespecialiseerde GGZ-voorzieningen en het optimaliseren van de eerste lijn wat betreft de opvang van psycho-sociale problematiek. Hiervan afgeleide onderzoeksvragen als 'Wat voor psycho-sociale problematiek kan de eerste lijn aan?', 'Welke organisatorische en opleidingscondities zijn hiervoor nodig?', 'Welke taakverdeling en samenwerkingsvorm tussen eerste lijn en GGZ is het meest doeltreffend en rendabel?' vereisen een grote hoeveelheid (onderzoeks)gegevens, die momenteel slechts ten dele beschikbaar zijn.
Het voorgenomen onderzoek is in sommige gevallen een voortzetting van in 1985 begonnen projecten (de inventarisatie van samenwerking tussen eerste lijn en GGZ en de samenhang tussen eerstelijnssamenwerking en het beroep op GGZ-voorzieningen) en betreft in de andere gevallen nieuwe projecten.
Voor de uitvoering van de projecten is in 1986 1.5 FTE wetenschappelijk onderzoeker nodig.

4.2. Projecten

GGZ 85.01 Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg

Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling en bewerking. Afronding begin 1987
Uitvoering: Drs. G.J. Visser (NIVEL) en Mw. Drs. D. de Ridder (NcGv)

Dit in september 1985 begonnen onderzoek is een gezamenlijk project van het NcGv en het NIVEL. Het Ministerie van WVC subsidieert dit project. Met het onderzoek wordt beoogd een landelijk overzicht te geven van de omvang, de vorm, de inhoud en de participanten van bestaande samenwerking tussen enerzijds huisartsen en AMW en ander-

zijds extra- en intramurale GGZ-voorzieningen. 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 de 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 vindt plaats door middel van een spiegelbeeldmethode: aan eerstelijns- en GGZ-voorzieningen zullen zoveel mogelijk hetzelfde soort gegevens gevraagd worden.
Op grond 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. Februari 1987 kan de eindrapportage van dit project tegemoet worden gezien.

GGZ 85.02 AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze

Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: onderzoeksvoorstel
Uitvoering: Drs. L. Peters (en eventueel nieuwe onderzoeker)

Rond de positie en functie van het AMW als eerstelijnsvoorziening wat betreft psycho-sociale hulpverlening ten opzichte van de AGGZ bestaat veel onduidelijkheid. De JOINT en de NVAGG constateren op basis van een inventarisatie-enquête dat de psycho-sociale hulpverlening als een overlappend werkterrein wordt ervaren en derhalve taakafbakening wenselijk is. Hoewel een empirische ondersteuning ontbreekt, wordt toch (door het Sociaal en Cultureel Planbureau bijvoorbeeld) op basis van regionale AGGZ-gegevens over het aantal contacten per cliënt gesteld dat 15% van de huidige RIAGG-cliëntèle ook door het AMW behandeld kan worden.

In 1986 zal een onderzoek voorbereid worden dat ten doel heeft, op basis van empirische gegevens, een antwoord te krijgen op de vraag in hoeverre AMW en RIAGG, wat betreft patiëntenkenmerken, probleemaanbod en werkwijze overeenkomen, danwel verschillen.
Vooralsnog wordt aan de volgende opzet gedacht:

1. Op basis van bestaande registratiesystemen (JOINT, NVAGG-Informatiesysteem, RIAGG-Informatiesysteem) nagaan in hoeverre beide soorten voorzieningen overeenkomen wat betreft 'harde' kenmerken als bijvoorbeeld sociaal-economische status van de cliënten, aantallen contacten en duur van de behandeling.
2. Door middel van een casuïstische behandeling met behulp van gefingeerde casus nagaan of en in hoeverre AGGZ-hulpverleners en AMW-hulpverleners overeenkomen wat betreft:
   a. de definiering van psycho-sociale problemen (cultuurverschillen?) en
   b. hun visie op de gewenste hulpverlening.
3. Afhankelijk van de uitkomsten onder 2a op basis van registratiegegevens nagaan of en in hoeverre het probleemaanbod en de ondernomen actie bij het AMW en de AGGZ overeenkomen.

GGZ 86.01 Het verwijzen van psycho-sociale problematiek door huisartsen, een onderzoek bij de peilstationspraktijken

Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling. Afronding in de loop van 1987
Uitvoering: Drs. L. Peters.

Uit eerder door het NIVEL verricht onderzoek komt naar voren dat huisartsen in verhouding tot het aanbod aan psycho-sociale problemen slechts zelden naar een GGZ-voorziening verwijzen. Desondanks is meer kennis over deze verwijzingen noodzakelijk. Voor de betrokken patiënt (en vaak ook voor de huisarts) zijn dergelijke verwijzingen vaak ingrijpend. In 1985 heeft het NIVEL de begeleidingscommissie van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations verzocht (en bereid gevonden) het onderwerp 'verwijzingen psycho-sociale problematiek' op de weekstaat 1986 op te nemen en de 45 deelnemende praktijken te vragen per verwijzing enkele aanvullende gegevens te verstrekken.
De vraagstelling van dit onderzoek is tweeledig: nagaan in hoeverre huisartsen, als ze verwijzen, differentiëren tussen bijvoorbeeld geestelijke verzorging, het AMW en de diverse GGZ-voorzieningen en als tweede vraag, nagaan in hoeverre diverse aspecten van het onder-

scheid 'licht-zwaar' (onder andere soort problematiek, mate van belasting voor de patiënt, prognose) hierbij een rol spelen.
In tegenstelling tot ander onderzoek, waar de analyse- en interpretatiemogelijkheden door de kleine aantallen verwijzingen en/of de retrospectieve benadering beperkt zijn, bieden de Peilstations door zowel het relatief grote aantal te verwachten verwijzingen (circa 2.000) als de wijze van registratie voldoende mogelijkheden om deze vragen te beantwoorden.
Omdat de deelnemende huisartsen gevraagd wordt de (verwezen) psycho-sociale problematiek in eigen woorden te omschrijven zal tijdens de gegevensverzameling in 1986 tevens onderzocht worden in hoeverre de diverse bestaande classificatiesystemen bruikbaar en vooral onderling consistent zijn bij het classificeren van psycho-sociale problemen.
De rapportage van het gehele project zal in 1987 plaatsvinden na het verschijnen van het jaarverslag 1986 van de CMR.

GGZ 86.02 Psychologen in de eerste lijn
Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: onderzoeksvoorstel
Uitvoering: Drs. L. Peters.

Het NIVEL en de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het voormalige NHI hebben in het verleden diverse onderzoeksactiviteiten rond (eerstelijns)psychologen ondernomen. Behalve een - in 1985 herziene - bibliografie, is in 1977 een verslag verschenen van een inventariserend onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en psychologen terwijl in 1979 een evaluatie-onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en psychologen in Capelle aan de IJssel is afgesloten. Met het verschijnen van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid is aan de discussie rond de vraag of de psycholoog al dan niet als nieuwe discipline in de eerste lijn moet worden opgenomen een extra element toegevoegd: bij wijze van experiment zouden psychologen een louter ondersteunende (en niet zelf behandelende) taak ten opzichte van de eerste lijn dienen te krijgen.
Los van deze discussie, heeft een toenemend aantal psychologen zich vrij gevestigd, soms - maar dat is van recente datum - onder het expliciete etiket van eerstelijnspsycholoog. Tot nu toe ontbreekt echter een betrouwbaar overzicht van hun aantal, hun werkwijze, hun gerichtheid op en contacten met andere eerstelijnsdisciplines.

GGZ 86.03 Mental health in primary care
Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: Engelstalig rapport (mogelijk doorlopend in 1987)
Uitvoering: Mw. Drs. J.M. Bensing, Drs. J. Peters.

Versterking van de eerste lijn op het terrein van de opvang en behandeling van psycho-sociale problematiek is geen louter Nederlandse optie. Zowel de World Health Organization als de World Federation for Mental Health dragen dit voornemen onder het credo 'Health for all by the year 2000' en de nadruk op het primary health care concept regelmatig in diverse activiteiten uit. In veel opzichten heeft Nederland met zijn in vergelijking sterke eerstelijnsgezondheidszorg een voorsprong op andere landen. Om de Nederlandse stand van zaken rond psycho-sociale hulpverlening door de eerstelijnszorg en de relatie met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg meer bekendheid te geven zal het NIVEL in 1986 een Engelstalig rapport samen stellen. Hierbij zal onder meer gebruik worden gemaakt van de bijdragen die het voormalige NHI onder de titels 'psycho-sociale problemen in de eerstelijnszorg' en 'relatie eerstelijnszorg/geestelijke gezondheidszorg' in 1984 heeft vervaardigd ten behoeve van de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid.

Pro Memorie
In hoofdstuk 7 (vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk) wordt een beschrijving gegeven van de voorgenomen grootschalige nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. In dit onderzoek is ook een onderdeel 'psycho-sociale problematiek' en 'relatie huisarts/maatschappelijk werk/(ambulante) GGZ' opgenomen. Een aantal van de hierboven genoemde vraagstellingen zullen als deelproject van deze studie aan de orde komen.

4.3. Samenvatting

Onder het thema Eerste lijn en Geestelijke Gezondheidszorg is een vijftal projecten gepland die deels een inventariserend en deels een meer verklarend evaluatief karakter hebben.
GGZ 85.01 - Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (in samenwerking met het NcGv)
GGZ 85.02 - AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze

GGZ 86.01 - Het verwijzen van psycho-sociale problematiek door huisartsen in het peilstationsproject

GGZ 86.02 - Psychologen in de eerste lijn (in samenwerking met het NcGv)

GGZ 86.03 - Mental health in primary care

P.M. In de grote praktijkstudie is eveneens een deelproject huisarts/AMW/(A)GGZ opgenomen (hoofdstuk 7: Project NAT 86.07).

5. SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE EERSTE LIJN (PROJECTLEIDER DRS. D. WIJKEL)

5.1. Inleiding

Hoewel het begrip samenwerking anno 1985 niet meer zo vaak en met minder nadruk wordt genoemd dan een jaar of tien geleden (nu is het 'preventie' en 'vroege opsporing' wat de klok slaat) is de modale praktijkvorm nog steeds de solopraktijk en heeft de modale huisarts in Nederland slechts een beperkt aantal contacten met collega's en vertegenwoordigers van andere disciplines. De Engelse gasthoogleraar huisartsgeneeskunde Dr. F.M. Hull vond de dominantie van de solopraktijk in de Nederlandse gezondheidszorg geen gunstig teken, en zeker geen teken van efficiëntie. Hij wees erop dat een twintigtal jaren geleden in het Verenigd Koninkrijk hetzelfde gebrek aan organisatie te onderkennen viel. Door een gericht stimuleringsbeleid van groepspraktijken, gezondheidscentra en multifunctionele eenheden van huisartsen, assistentie en paramedische beroepen is de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg in zijn ogen veranderd in een goedlopende efficiënte zorgverleningsindustrie die onder medisch studenten net zo populair is als de specialistische geneeskunde. Twintig jaar geleden was dit anders. Geen reden dus om op het gebied van samenwerking op de lauweren te rusten, zeker nu de onderzoeksresultaten en kosten/batenstudies in de richting wijzen van duidelijk te herkennen voordelen, juist op het gebied van multidisciplinaire samenwerking-onder-één-dak. Voor onderzoekers blijft overigens nog wel de vraag bestaan hoe nu precies de samenwerking (mono- en multidisciplinair) de gevonden effecten teweegbrengt. Alle onderzoek dat probeert duur, intensiteit en vorm van de samenwerking in verband te brengen met bepaalde effecten, zoals het verwijscijfer, vindt moeilijk interpreteerbare resultaten en zeker geen ondubbelzinnige.

Het onderzoeksprogramma rond het thema samenhang en samenwerking in de eerste lijn bestaat uit drie gedeelten:
Het eerste deel betreft het registratiesysteem van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden dat met ingang van 1985 van opzet is veranderd en nu ook multidisciplinaire samenwerking in home-team-verband registreert.
Aan dit registratiesysteem is een serie onderzoekingen vastgekoppeld.

Het tweede gedeelte betreft onderzoek in de evaluatiesfeer: kosten en baten-analyses van multidisciplinaire samenwerking en gezondheidscentra.
En tenslotte bevat het onderzoeksprogramma ook een serie onderzoekingen die eerder te maken hebben met het onderwerp 'samenhang' dan met samenwerking. Onderwerp van onderzoek is het gemeentelijk beleid op het gebied van het vergroten van de samenhang in de eerstelijnsgezondheidszorg bijvoorbeeld door het afstemmen van de werkgebieden van de verschillende hulpverleners in de eerstelijnszorg.
Voor de uitvoering van het programma is in 1986 6.2 FTE wetenschappelijk medewerker nodig, waarvan 1.2 voor het project Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS).

5.2. Samenwerking in cijfers

In deze paragraaf wordt het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden in zijn nieuwe opzet beschreven en staan de met dit systeem verbonden onderzoekingen vermeld.

Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)
Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten in 1986: rapportage, resultaten. Afronding: in beginsel continu registratieproject, tussentijdse evaluatie ultimo 1987
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma (projectleider ROS).

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. Gegevens over groepspraktijken van huisartsen zullen geleverd worden uit het registratiesysteem van huisartsen (zie hoofdstuk 6 over volume- en functie-aanbod in de eerste lijn). Het tweede bezwaar van de registratie oude stijl: het gebrek aan vergelijking met andere praktijkvormen, zal worden opgevangen door regelmatig vergelijkend onderzoek te verrichten.

De volgende onderzoeksprojecten zijn of worden binnen het project opgenomen: (De onderzoekingen met de code RSV stammen nog uit het 'oude' project)

1. RSV 84.01 - Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra
2. RSV 84.02 - Overlegvormen
3. ROS 85.01 - Basisgegevens van gezondheidscentra en home-teams
4. ROS 86.01 - Is kwaliteit van samenwerking meetbaar?
5. ROS 87.01 - Kwaliteit van samenwerking en produktiecijfers
6. ROS 87.02 - Verschillen in verwijscijfers van huisartsen binnen gezondheidscentra en groepspraktijken
7. ROS 87.03 - Overlegvormen in home-teams.

Ad 1. RSV 84.01 - Patiêntenparticipatie

Financier : WVC (eigenlijk: WVC, Ziekenfondsraad, LHV: Financiers oude registratiesysteem van samenwerkingsverbanden)
Status : in afronding. Activiteiten 1986: rapportage
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma en Mw. Ir. N.E. Warmenhoven.

Een van de onderwerpen die niet noodzakelijkerwijs maar wel in de praktijk samenvalt met het verschijnsel 'gezondheidscentrum' is het fenomeen patiënten/cliënten participatie. Vooral als het gezondheidscentrum van de rechtspersoon van een stichtings- of verenigingsvorm gebruikmaakt, zijn ook de formele participatiemogelijkheden aanzienlijk. In het onderzoek worden de verschillende vormen van participatie geïnventariseerd en wordt ook bezien in welke mate en op welke gebieden 'professionals' invloed toelaten.

Ad 2. RSV 84.02 Overlegvormen

Financier : (zie 1)
Status : in afronding. Activiteiten 1986: rapportage
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma en Mw. Ir. N.E. Warmenhoven.

In 1978 is een inventarisatie gemaakt van de vormen, de frequentie en de duur van het monodisciplinaire overleg tussen huisartsen en het multidisciplinaire overleg in de toenmalige gezondheidscentra en

groepspraktijken.
De geïnventariseerde gegevens hebben destijds dienst gedaan bij het ontwikkelen van de 15% norm: de extra tijd die samenwerking door de bank genomen zou kosten. Ook zijn de cijfers (zonder veel succes overigens) gebruikt om het verband tussen vorm en intensiteit van samenwerking en het verwijscijfer van gezondheidscentra vast te stellen.
Herhaling (met deels verbeterde begrippen) van het onderzoek uit 1978 zal vooral dienen als basis voor verder onderzoek.

Ad 3. ROS 85.01 Basisgegevens van home-teams en gezondheidscentra
Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: rapportage (jaarlijks terugkerend)
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.

Analoog aan de produkten van het registratiesysteem van samenwerkingsverbanden 'oude stijl' worden ook basisgegevens (samenstelling, rechtsvorm, geografische spreiding etc.) van home-teams (naast die van gezondheidscentra) in 1986 voor de eerste maal gepubliceerd, nadat in 1985 de verzameling van gegevens heeft plaatsgevonden. Het ligt in de bedoeling om deze basisgegevens jaarlijks te publiceren.

Ad 4. ROS 86.01 Meten van kwaliteit van samenwerking
Financier : WVC (via ROS)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: ontwikkelen meetinstrument en verzamelen gegevens
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.

Het tot nu toe verrichte onderzoek op het vlak van (multidisciplinaire) samenwerking in de gezondheidszorg heeft weinig inzicht opgeleverd in de wijze waarop 'samenwerken' invloed heeft op het functioneren van de participanten. Aard, vorm, intensiteit en duur van de samenwerking blijken slechts beperkt van belang. In dit deelproject zal worden geprobeerd om op een theoretisch verantwoorde basis (te denken valt aan de samenwerkingsmodellen van Verhaaren (1980) en Visser (1980)) het begrip 'samenwerking' te ontleden en te operationaliseren.

Ad 5. ROS 87.01 Samenwerking en produktiecijfers
Financier : WVC (via project ROS)
Status : vervolg van ROS 86.01. Activiteiten in 1986: geen

Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.

Een logisch vervolg op het voorgaande project is een onderzoek waarin de nieuwe operationalisaties van 'samenwerking' in verband worden gebracht met algemene indicatoren voor de effectiviteit van zorg als het aantal verwijzingen naar medisch specialisten en het aantal aangevraagde machtigingen fysiotherapie of het aantal door fysiotherapeuten gedeclareerde behandelingen. Deze laatste bleken namelijk in de Amsterdamse gezondheidscentra het sterkst samen te hangen (negatief) met de wijze en vorm van samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut.

Ad 6. ROS 87.02 Verschillen in verwijscijfers tussen artsen binnen groepspraktijken en gezondheidscentra

Financier : WVC (via ROS)
Status : idee. Activiteiten in 1986: geen
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.

Om administratieve redenen is het meestal niet mogelijk om verwijscijfers van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra afzonderlijk te onderverdelen. Men werkt met gemiddelden. Voor het beantwoorden van de vraag: hoe 'werkt' samenwerking is het van belang om deze afzonderlijke verwijscijfers wel te achterhalen en in verband te brengen met kenmerken van individuele en collectieve aard.

Ad 7. ROS 87.03 Overlegvormen in home-teams

Financier : WVC (via ROS)
Status : regulier jaarlijks onderzoek 1987. Activiteiten in 1986: geen
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma en Mw. Ir. N.E. Warmenhoven.

Analoog aan de reeds genoemde onderzoekingen naar het overleg in gezondheidscentra, zal een dergelijke inventarisatie bij home-teams worden gemaakt.

5.3. De evaluatie van samenwerking

In 1985 werd een omvangrijk evaluatieproject van gezondheidscentra, gecentreerd rond het verwijscijfer van huisartsen uit gezondheidscentra, met een eindrapport voor de opdrachtgever (de Ziekenfondsraad) afgesloten. In 1986 (voorjaar) zullen de resultaten de basis

vormen van een academisch proefschrift.
Heel in het kort komen de resultaten van dit onderzoek op het volgende neer:

- De verwijscijfers van huisartsen in gezondheidscentra zijn **inderdaad** lager dan die van hun solistische collegae. De verschillen zitten vooral bij de beschouwende specialismen
- Gegeven de samenstelling van de praktijken naar leeftijd en geslacht zijn patiënten van gezondheidscentra niet 'gezonder' dan die van andere praktijkvormen
- Huisartsen uit gezondheidscentra vormen weliswaar qua instelling een te onderscheiden groep, maar verwijscijfers van die artsen die na hun opleiding een samenwerkingsverband prefereerden en toch in een solopraktijk terecht kwamen verschillen niet van de cijfers van hun collegae die geen voorkeur voor samenwerken uitspraken
- Hoe nu precies samenwerking en welke factoren nu precies in samenwerking het functioneren beïnvloedt is niet duidelijk geworden.

Verder evaluatie-onderzoek op grote schaal is gegeven de uitkomsten niet zo nodig, zij het dat het onderwerp 'fysiotherapie' onzes inziens nog wel de aandacht verdient. Verder vooral nader onderzoek naar de vraag 'hoe **werkt** het nu?' Als men namelijk de vraag naar het 'waarom' niet kan beantwoorden, kan de discussie over het 'nut' van samenwerken ieder ogenblik weer oplaaien.

Daarnaast is ook onderzoek naar monodisciplinaire en bilaterale samenwerking van belang. In het programma staan enkele projecten in dit genre genoemd (medisch-farmacotherapeutisch overleg, huisarts/maatschappelijk werk, monodisciplinaire samenwerking en onderlinge consultatie tussen huisartsen).

Projecten

SAM 84.01 Samenwerken en verwijzen
Financier : Ziekenfondsraad (NIVEL voor de afronding)
Status : eindrapport gereed, omwerking tot dissertatie. Activiteiten 1986: dissertatie
Uitvoering: Drs. D. Wijkel

Korte inhoud: zie inleiding hierboven.

SAM 86.01 Samenwerken en fysiotherapie
Financier : NIVEL
Status : voorbereiding. Activiteiten in 1986: materiaalverzameling en bewerking, loopt door in 1987
Uitvoering: Drs. D. Wijkel.

Ten behoeve van een mogelijk vervolgonderzoek voor het onderzoek 'samenwerken en verwijzen' is een studie onder ziekenfondsen verricht naar de aanwezigheid van bruikbare gegevens over aangevraagde machtigingen en gedeclareerde verrichtingen fysiotherapie. Uit deze uitvoerbaarheidsstudie kwam naar voren dat voldoende gegevens voorhanden zijn om een regionaal, verkennend onderzoek te verrichten naar de vraag of samenwerkingsverbanden ook op dit vlak verschillen van solopraktijken.

SAM 86.02 Medisch-farmacotherapeutisch overleg
Financier : Ziekenfondsraad (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: vervaardigen projectvoorstel en indienen subsidieverzoek
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. D. Wijkel.

Uit een inventarisatie van samenwerkingscontacten tussen huisartsen en andere hulpverleners in het kader van het project 'Samenwerken en Verwijzen' bleek dat ongeveer de helft van de Nederlandse huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken deel nam aan overleg over geneesmiddelen samen met een apotheker. Dat overleg kan overigens verschillende vormen aannemen, van incidenteel overleg over nieuwe geneesmiddelen tot het vervaardigen van een formularium geneesmiddelen, waarin huisartsen en apothekers afspraken maken.
Doel van de laatste vorm van samenwerking is te komen tot grotere uniformiteit in het voorschrijven binnen de waarneemgroepen van huisartsen, verhoging van de kwaliteit en verlaging van de kosten.
Op lokaal niveau is een dergelijke samenwerking weleens onderzocht, meestal met als uitkomst dat zo'n medisch-farmacotherapeutisch overleg inderdaad het gewenste doel bereikt. Men moet echter voorzichtig zijn met de interpretatie van dergelijke enthousiaste rapportages.
Het ligt in het voornemen om een onderzoeksvoorstel te formuleren waarin:

a. de verschillende verschijningsvormen van dit type overleg landelijk worden geïnventariseerd
b. geprobeerd wordt om deze vormen in verband te brengen met enkele kwaliteits- en efficiëntiecriteria, hetzij transversaal dan wel

retrospectief hetzij longitudinaal en prospectief. Onderwerp van onderzoek zal zijn zowel de groepsoutput als de verandering in de individuele deelnemende artsen en apothekers.

SAM/M&V 86.03 Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen

Financier : WVC
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: onderzoeksvoorstel en begin project
Uitvoering: n.n. (supervisie Drs. D. Wijkel en Drs. L. Hingstman).

Eén van de afspraken tussen het Ministerie van WVC en de Landelijke Huisartsen Vereniging is geweest dat een bepaald bedrag (8 miljoen gulden) ter beschikking zou worden gesteld om de lokale ondersteuningsstructuur van de beroepsgroep huisartsen te versterken. Het Ministerie van WVC heeft het NIVEL verzocht een voorstel voor een evaluatie te formuleren. Het is de bedoeling dat er een effect-evaluatie plaatsvindt. Over vorm en inhoud van het onderzoek wordt nog nader overleg gepleegd.

Samenwerking eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening

Uit het gegeven dat maatschappelijk werk en gezinszorg als **kerndisciplines** in de eerstelijnszorg worden beschouwd, zou men mogen opmaken dat de onderlinge relaties tussen de 'Vier' niet problematisch zijn.
Dit is echter niet het geval. In kringen van het Algemeen Maatschappelijk Werk bestaat bijvoorbeeld de vrees dat intensieve samenwerking met de gezondheidszorg maatschappelijk werkers ertoe zou verleiden om het 'medisch model' te gaan hanteren in plaats van te werken aan structurele oplossingen voor de gepresenteerde problematiek. Uit een in 1985 afgesloten onderzoek op het NIVEL bleken echter nauwelijks verschillen in (centraal geregistreerd) functioneren tussen maatschappelijk werkers die al dan niet intensief met de gezondheidszorg samenwerken.
Het gegevensbestand waarop deze conclusies zijn gebaseerd bevat echter nog wel meer relevante informatie, die in het kader van de onderzoeksopdracht in eerste aanleg buiten beschouwing zijn gelaten. De volgende uitwerking wordt voorgesteld.

SAM 86.04 Samenwerking tussen Algemeen Maatschappelijk Werk en eerstelijnsgezondheidszorg

Financier : NIVEL
Status : wordt uitgevoerd als er tijd en geld over is. Activiteiten 1986: materiaalverwerking en rapportage
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten, eventueel met behulp van stageaire.

In de kringen van multidisciplinaire samenwerking heerst de gedachte dat via de huisarts verwezen cliëntèle van het Algemeen Maatschappelijk Werk bijvoorbeeld in eèn eerder stadium (en dus met kortere therapie te helpen) bij het AMW arriveert dan in het geval van eigen initiatief. Ook zouden via de huisarts verwezen cliënten eerder voor psycho-sociale dan voor bijvoorbeeld materiële problemen worden verwezen. Met behulp van de Cliëntenregistratie AMW kan deze vraag worden beantwoord. In het onderzoek zal ook rekening gehouden worden met verschillende 'settings' (stad/platteland) en zal ook de relatie tussen AMW, gezinszorg en wijkverpleging moeten worden bestudeerd. De intensiteit van samenwerking tussen AMW en gezondheidszorg zal als variabele worden 'meegenomen'.

SAM 86.05 Gezondheidscentra in internationaal verband
Financier : Raad van Europa
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: rondreis en materiaalverzameling
Uitvoering: Drs. D. Wijkel.

De Raad van Europa stelt regelmatig studiebeurzen ter beschikking om bepaalde aspecten van de gezondheidszorg in de bij de Raad aangesloten landen te bestuderen. Het verschijnsel (multidisciplinaire) samenwerking-onder-één-dak is uniek voor Nederland; het schijnt te 'werken', maar vraag niet hoe. Bestudering van min of meer vergelijkbare organisatievormen in Noorwegen en Finland en vooral van de organisatorische randvoorwaarden kan voor Nederland van belang zijn. Het 'uitdragen' van het unieke Nederlandse voorbeeld moet zeker niet worden onderschat.

5.4. Samenhang in de eerste lijn: de invloed van het plaatselijke beleid

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 onderzoe-

ken worden genoemd. Ten eerste onderzoek naar de wijze waarop gemeenten actief zijn op het gebied van planvorming en planvoorbereiding. Dit onderzoek omvat ook een onderdeel waar afstemming van werkgebieden tussen verschillende disciplines onderzocht wordt.
In het onderzoek wordt kennis verzameld over de behoefte van lokale overheden aan beleidsinformatie. Een voorstel voor het samenstellen van een bestand met statistische informatie vormt het tweede onderzoek.
Tenslotte wordt de bijzondere bestuurlijke situatie in de gemeente Almere, waar gezondheidszorg op een nieuwe leest wordt geschoeid, aan nader onderzoek onderworpen.
Het geheel wordt vooraf gegaan door een bureau-onderzoek waarin het typische beleidsbegrip 'samenhang' vertaald wordt naar meetbare eenheden.

SAM 84.02 Samenhang in theorie en praktijk
Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten in 1986: afronding.
Uitvoering: H. Kuijlen (doctoraalscriptie).

Samenhang wordt sinds het uitkomen van de Structuurnota in 1974 als een dominante plannings- en beleidsdoelstelling gehanteerd. Het onderhavige project richt zich op het ontwikkelen van meetinstrumenten die aangeven of in meer of mindere mate samenhang is bereikt. Begrippen als doelmatigheid, efficiency en afstemming spelen daarbij een belangrijke rol.
Instrumenten zullen ontwikkeld worden op het terrein van de geografische samenhang (WVG regio's), de bestuurlijke samenhang, functionele samenhang en operationele samenhang.
In de eindfase van het project is ook een validering van de ontwikkelde meetinstrumenten voorzien.

SAM 85.01 Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten in 1986: materiaalverzameling, bewerking, tussenrapportage afronding per maart 1988.
Uitvoering: Drs. D.H. de Bakker en Drs. M.J.P. Wulms.

In de op stapel staande wet- en regelgeving op het gebied van de voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverle-

ning wordt aan de gemeente een belangrijke rol toegekend bij de planvorming en planvoorbereiding op dit gebied. Sommige gemeenten liepen 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.

SAM 85.02 Afstemming werkgebieden, een globale inventarisatie
Financier : WVC
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: uitwerken onderzoeksopzet, deel materiaalverzameling
Uitvoering: Drs. D.H. de Bakker en Drs. M.J.P. Wulms.

Gekoppeld aan het hierboven genoemde onderzoek wordt een uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van het in de WVG gestelde criterium dat 80% van de patiënten en cliënten van de 4 kerndisciplines in de eerstelijnszorg onder samenvallende werkgebieden zouden moeten ressorteren.
Dit onderzoek zal in eerste instantie licht moeten werpen op de vraag wat nu precies verstaan zou moeten worden onder 'afstemming van werkgebieden', en wanneer dat eenmaal is vastgesteld welke gegevens nodig en beschikbaar zijn om die nader gedefinieerde afstemming te kunnen meten. In het onderzoek is vervolgens voorzien in een landelijk onderzoek naar de feitelijke situatie met betrekking tot die afstemming.

SAM 86.06 Opbouw gegevensbestand gemeentelijke planning
Financier : NIVEL
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: opzetten database
Uitvoering: Drs. D.H. de Bakker, Drs. D. Wijkel.

Met de naderende invoering van de WVG en WGM en de daaruit voortkomende taken voor gemeenten op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg ontstaat een zekere behoefte aan gegevens die relevant zijn voor planningsactiviteiten. Het NIVEL wordt in verband met die informatiebehoefte regelmatig benaderd door gemeenten en interge-

meentelijke instanties met het verzoek gegevens te willen verstrekken, dan wel om te adviseren over de verdere planningsprocedure (zie bijvoorbeeld het project REL 86.01b van het stadsgewest Roermond). Om steeds op ad-hoc basis aan die verzoeken tegemoet te komen heeft belangrijke nadelen, zodat het van belang lijkt een gestandaardiseerd gegevensbestand op te bouwen, waarin van alle Nederlandse gemeenten de relevante gegevens worden opgenomen. Gekoppeld aan die gegevens is een geografisch en cartografisch informatiesysteem voorzien dat een toegesneden informatiepakket voor individuele gemeenten en bovengemeentelijke samenwerkingsorganen levert.

5.5. Samenvatting

In het hoofdstuk 'Samenhang en Samenwerking' worden 3 groepen van onderzoekingen beschreven. Eén groep bestaat uit het registratiesysteem van home-teams en gezondheidscentra en de bijbehorende onderzoeksprojecten.

RSV 84.01 Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra
RSV 84.02 Overlegvormen in gezondheidscentra
} 'restanten' van het Registratiesysteem van samenwerkingsverbanden 'oude stijl'

ROS 86.01 Basisgegevens van gezondheidscentra en home-teams
ROS 86.02 Is kwaliteit van samenwerking meetbaar?
ROS 87.01 Kwaliteit van samenwerking en produktiecijfers
ROS 87.02 Verwijscijfers van huisartsen **binnen** groepspraktijken en gezondheidscentra
ROS 87.03 Overlegvormen van home-teams

Een tweede groep heeft betrekking op (de evaluatie) van mono- en multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

SAM 84.01 Samenwerken en Verwijzen
SAM 86.01 Samenwerken en Fysiotherapie
SAM 86.02 Medisch-farmacotherapeutisch overleg
SAM 86.03 Waarneemgroepen van huisartsen
SAM 86.04 Samenwerking tussen Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijnsgezondheiddszorg
SAM 86.05 Gezondheidscentra in internationaal verband

Tenslotte is er een serie onderzoekingen die zich vooral bezighouden met het thema 'samenhang' en dan vooral met de invloed van de lokale overheden op het vergroten van de samenhang.

SAM 84.02 Samenhang in theorie en praktijk (desk research)
SAM 85.01 Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
SAM 85.02 Afstemming werkgebieden: een globale inventarisatie
SAM 86.06 Opbouw gegevensbestand gemeentelijke planning.

6. VOLUME- EN FUNCTIEAANBOD IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DRS. L. HINGSTMAN)

Met het gereedkomen van de eerste fase van het registratiesysteem van fysiotherapeuten is een belangrijke lacune in de informatievoorziening van de (extramurale) gezondheidszorg opgeheven. Onvolledige gegevens zijn er nog over enkele paramedische en ondersteunende beroepen (logopedisten, diëtisten, praktijkassistenten) en, paradoxaal genoeg, over de hulpverleners in dienst van het Kruiswerk.

Een goed 'bestand' van beroepsbeoefenaren in de elgz is voor het NIVEL vooral voor belang van het eigen wetenschappelijk onderzoek.
Van zo'n bestand wordt op twee manieren gebruik gemaakt: ten eerste is het een basis voor het trekken van steekproeven en ten tweede worden de gegevens op zich gebruikt als basis voor verder onderzoek naar de samenstelling van de beroepsgroep, de regionale spreiding etc.
Aangezien in toenemende mate voorwaarden gesteld worden aan het verstrekken van gegevens (al dan niet 'op naam'), die onafhankelijk onderzoek op zijn zachtst gezegd niet bevorderen, is eigen gegevensverzameling voor een onderzoekinstelling van steeds groter belang.
Doordat aan de kwaliteit van gegevens die voor wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt hoge eisen worden gesteld, zijn de cijfers ook bruikbaar in de beleidssfeer, zij het niet primair als zodanig bedoeld.
Zoals gebruikelijk worden de verschillende registratieprojecten en onderzoeksprojecten afzonderlijk weergegeven. Voor de uitvoering van het programma is in 1986 2.8 FTE wetenschappelijk personeel nodig.

6.1. Registratieprojecten

Het is goed in herinnering te halen, dat er bij de registratiesystemen naar gestreefd wordt om zowel informatie over de gevestigde beroepsbeoefenaren te verzamelen als over 'adspirant' beroepsbeoefenaren, dat wil zeggen over personen die de beroepsopleiding hebben gevolgd maar zich (nog) niet gevestigd hebben. Een dergelijk dubbel systeem bestaat reeds voor de huisartsen en wordt in 1986 opgezet voor de verloskundigen. Voor fysiotherapeuten wordt een ander systeem gevolgd: hier wordt (voorlopig) één jaargroep gevolgd.

De volgende registratiesystemen van beroepsbeoefenaren worden op het NIVEL bijgehouden:

1) REG 84.01 Huisartsenregistratie
2) REG 84.02 Registratie van adspirant-huisartsen
3) REG 84.03 Verloskundigen-registratie
4) REG 86.01 Registratie adspirant-verloskundigen
5) REG 85.01 Fysiotherapeuten-registratie
6) REG 86.02 Registratie adspirant-fysiotherapeuten
7) REG 86.03 Apothekers-registratie

ad 1. REG 84.01 Huisartsenregistratie
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : in bedrijf. Activiteiten 1986: jaarlijkse overzichten.
Uitvoering: drs. L. Hingstman en Drs. H. Boon.

De huisartsenregistratie van het NIVEL omvat gegevens als leeftijd, geslacht, jaar en universiteit artsexamen, beroepsopleiding, vestigingsvorm, vestigingswijze, praktijkvorm, praktijkadres (**niet:** praktijkgrootte) en eventueel reden van vertrek uit de praktijk van alle huisartsen die zich sinds 1955 in Nederland gevestigd hebben. Doordat mutaties **met** mutatiedatum zijn opgenomen is het mogelijk om met het bestand de stand van zaken op iedere gewenste datum te reconstrueren.

ad 2. REG 84.02 Registratie van adspirant huisartsen
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : in bedrijf. Activiteiten 1986: jaarlijkse cijfers.
Uitvoering: zie 1)

De basis van de registratie van adspirant huisartsen bestaat uit jaarlijkse peilingen onder diegenen die de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd en zich nog niet hebben gevestigd en ook niet te kennen gegeven hebben de 'moed' definitief te hebben opgegeven. Gevraagd wordt naar de activiteiten in het afgelopen jaar, de praktijkwensen en het zoekproces.

ad 3. REG 84.03 Verloskundigen-registratie
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : in bedrijf. Activiteiten 1986: jaarlijkse cijfers.
Uitvoering: zie 1)

De verloskundigen-registratie bevat hetzelfde type informatie als de

huisartsen-registratie, inclusief gegevens over het werkgebied van verloskundigen. Niet geregistreerd is het aantal bevallingen en eerstingeschreven patiënten.
De informatie is volledig vanaf **1968.** Ook hier zijn mutaties op datum vastgelegd.

ad 4. REG 86.01 Registratie adspirant verloskundigen
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : in bedrijf. Activiteiten 1986: Opzet en eerste resultaten.
Uitvoering: zie 1.

Van de drie beroepsopleidingen voor verloskundigen in Amsterdam, Rotterdam en Heerlen studeren jaarlijks niet meer dan 40 à 50 verloskundigen af. De meesten zijn (zo blijkt uit onze informatie) al snel aan het werk. Echter, systematisch bijgehouden wordt dit niet. Met tamelijk geringe moeite is voor deze groep een registratie op te zetten, die de instroom in het beroep van verloskundigen precies in kaart brengt.

ad 5. REG 85.01 Fysiotherapeuten-registratie
Financier : WVC (op projectbasis).
Status : in bedrijf. Activiteiten in 1986: Eerste rapportage.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman.

Vanwege de grote omvang van de beroepsgroep (± 15.000 beroepsbeoefenaars) wordt bij de fysiotherapeuten-registratie niet het systeem van mutatie-op-datum gevolgd, maar worden alle mutaties éénmaal per jaar ingevoerd en wordt ook éénmaal per jaar een nieuw bestand gecreëerd. In 1985 is voor de eerste maal door middel van vergelijken van gegevens uit verschillende bronnen (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen, Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en de beide beroepsverenigingen) een zo volledig mogelijk fysiotherapeutenbestand gecreëerd. In 1986 zal daarover de eerste rapportage volgen en zal de eerste mutatieronde plaatsvinden.

ad 6. REG 86.02 Overzicht adspirant fysiotherapeuten
Financier : WVC. (op projectbasis).
Status : materiaalverzameling. Activiteiten 1986: Eerste enquête en wellicht resultaten.
Uitvoering: drs. L. Hingstman.

Het bijhouden van het fysiotherapeutenbestand wordt eenvoudiger als er jaarlijks informatie ter beschikking komt over degenen die de beroepsopleiding hebben gevolgd en zich nog niet (zelfstandig, in dienstverband, als medewerker op 'notabasis') gevestigd hebben. Vooral de laatste categorie is door z'n wisselende beroepsparticipatie moeilijk in de registratie vast te leggen. Door de omvang van de groep lijkt het echter niet doenlijk om alle afgestudeerden elk jaar te enquêteren. Het voorstel is nu om allen die in een bepaald jaar de opleiding voltooiden een tweetal jaren later te enquêteren en één jaargroep (cohort) gedurende 5 jaar te volgen.

ad 7. REG 86.03 Apothekers-registratie

Financier : (?).
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: Start en eerste materiaalverzameling.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman.

In de registratie van huisartsen is van oudsher een vraag opgenomen over de apotheekvergunning van de huisarts. Tesamen met een nieuw op te zetten registratie van apothekers kan op deze wijze de gehele geneesmiddelenvoorziening in kaart worden gebracht. In overleg met de beroepsorganisatie van apothekers (de KNMP) zal in de loop van 1986 een registratie worden opgezet; ook van de apothekers die geen lid zijn van de beroepsorganisatie.

6.2. Onderzoeksprojecten

Met het verschijnen van het proefschrift van P.P. Groenewegen in 1985 over spreiding en lokatiekeuze van huisartsen, is een belangrijk stuk onderzoek op het vlak van oorzaken van differentiële spreiding van huisartsen afgesloten. Verder onderzoek op dit gebied zal zich enerzijds bezighouden met spreiding van voorzieningen binnen stedelijke gebieden en agglomeraties.
Voorts zal worden geprobeerd om de spreiding van huisartsen te vergelijken met de spreiding van andere voorzieningen, in de verwachting tot een index voor voorzieningendichtheid te kunnen komen.
Het ook in het vorige werkplan genoemde onderzoek naar de verloskundige markt heeft enige vertraging ondervonden, maar zal in 1986 worden uitgevoerd. De volgende onderzoekingen staan op het programma:

VFA 86.01 Spreiding van eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden.

Financier : NIVEL.
Status : voorgenomen. Activiteiten 1986: presentatie resultaten.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman en drs. H. Boon.

Onderzoek naar de spreiding van eerstelijnsvoorzieningen binnen stedelijke gebieden vormt een aanvulling op eerder verricht onderzoek naar de spreiding van (onder meer) huisartsen, waar de gemeente de kleinste eenheid van analyse vormt.
In het onderzoek zullen principes worden toegepast die in het algemeen worden gebruikt voor het verklaren van de spreiding van diensten in stedelijke gebieden. Bij het weergeven van intra-urbane spreidingspatronen binnen de ELGZ zou men gebruik kunnen maken van het op de Utrechtse Universiteit in gebruik zijnde Geografische Informatie Systeem.

VFA 84.01 Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg.

Financier : NIVEL.
Status : lopende activiteit. Activiteiten 1986: incidenteel.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman, dr. P.P. Groenewegen, en dr. J. v.d. Zee.

Analoog aan de voor de algemene gezondheidszorg ontwikkelde regionale vraag/aanbod modellen die verwijzingen van huisartsen of ziekenhuisopnamen als onderwerp hebben, kan men voor het gebruik van diensten van huisarts, tandarts, fysiotherapeut of wijkverpleegkundigen ook proberen de belangrijkste vraag/aanbod relaties in kaart te brengen. Voor het gebruik van de voorzieningen kan meestal nuttig gebruik worden gemaakt van de gezondheidsenquêtes van het CBS. Voor 1986 staat op stapel: het gebruik van diensten van de fysiotherapeut; voor 1987: het gebruik van geneesmiddelen.
Herhaling van een op andere gegevens (LSO-1977) uitgevoerde analyse van tandheelkundige zorg zal zomogelijk eveneens in 1986 plaatsvinden.

VFA 84.02 Lokatie van 'voorzieningen' in de eerstelijnsgezondheidszorg

Financier: NIVEL.
Status: breikous. Activiteiten in 1986: alleen als er een stageaire gevonden kan worden.
Uitvoering: n.n. o.l.v. drs. L. Hingstman.

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 lokatie op een geheel andere manier plaatsvindt dan de beslissing om zich ergens (vrij) te vestigen. Ten tweede zal er vanaf 1986 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 staat van de beslissing van de hulpverleners. Dit betekent dat het spreidingspratroon van hulpverleners in toenemende mate het karakter van 'public facility location' krijgt (vergelijkbaar met de lokatie van school, buurthuis en bibliotheek). In 1986 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).

VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie

Financier : ZWO.
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling, tussentijdse rapportage.
Uitvoering: Mw. Drs. D. Kortenhoeven onder supervisie van dr. P.P. Groenewegen (NIVEL) en Mw. dr. A. van Doorne-Huiskes (Rijks Universiteit te Utrecht).

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 huisartspraktijk te bemachtigen. Aandacht zal geschonken worden aan belemmerende bepalingen en aan belemmeringen in de financieringssfeer, zodat ook over meer jaren informatie zal worden verkregen over de factoren die van invloed zijn op de uitkomst van het zoekproces: soort en tijdstip van de vestiging als huisarts of het niet doorzetten van de plannen.

VFA 86.02 Vergelijkende analyse van spreidingspatronen van hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg

Financier : NIVEL.
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: analyse en rapportage.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman.

Het vervaardigen (in 1985) van een kaartenboekje met spreidingsgegevens van hulpverleners en voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg bracht een aantal interessante overeenkomsten aan het licht. Het 'klassieke' spreidingspatroon van huisartsen laat een grote dichtheid zien in de vanouds welvarende gebieden. Een 'band' beginnende bij Wassenaar - lopend via Kennemerland, het Gooi en Utrechtse Heuvelrug naar de Veluwezoom. Door de nivellering van de huisartsendichtheid van het afgelopen decennium is dat patroon minder sterk zichtbaar geworden bij huisartsen. Bij tandartsen en fysiotherapeuten vindt men het echter nog wel terug.
Apothekers en verloskundigen vindt men daarentegen vooral in de stedelijke gebieden. Analyse van de gezamenlijke variatie of juist de afwijkingen daarvan, zal voor een aanvulling van kennis en inzicht rond spreidingspatronen zorgen.

VFA 85.02 Twintig jaar vestigingscohorten: een analyse van het zoeken en vinden van huisartspraktijken voor de generatie 1957-59, 67-69 en 77-79

Financier : NIVEL.
Status : analyse. Activiteiten 1986: rapportage.
Uitvoering: dr. P.P. Groenewegen.

Oorspronkelijke was dit enquête-onderzoek onder huisartsen die zich resp. in de periode 1957-59, 1967-69 en 1977-79 hadden gevestigd bedoeld als onderdeel van de studie naar lokatiekeuze en vestigingen van huisartsen (proefschrift P.P. Groenewegen). Het wordt nu uitgewerkt als afzonderlijk onderzoek.
In dit onderzoek komen het zoeken naar een praktijk, de voorkeuren en de investeringen ter sprake voor 3 generaties huisartsen die zich hebben gevestigd in zeer verschillende omstandigheden.

VFA 85.03 De verloskundige markt

Financier : WVC.
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: analyse en rapportage.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman en drs. H. Boon.

In de afgelopen decennia heeft zich een aantal verschuivingen voorgedaan rond de verloskundige zorg in Nederland. De belangrijkste zijn:
- afname aantal thuisbevallingen
- toename aantal ziekenhuisbevallingen
- afname aandeel huisarts en toename aandeel gynaecoloog (verloskundigen hebben hun aandeel iets kunnen vergroten).

Deze ontwikkelingen zijn binnen Nederland niet overal op gelijke wijze verlopen; zo zijn er gebieden in ons land waar nauwelijks thuisbevallingen plaatsvinden en er zijn gebieden waar veel meer dan gemiddeld thuis bevallen wordt.
Het doel van het onderzoek is de geografische verschillen te inventariseren en waar mogelijk te verklaren. Voor het onderzoek wordt gebruik gemaakt van CBS-gegevens over plaats en leiding van de bevallingen, van de registratiesystemen van huisartsen en verloskundigen en van eigen enquêtegegevens over verloskundige activiteiten van huisartsen.

VFA 87.01 Verloskundige activiteiten van huisartsen
Financier : NIVEL (?).
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: subsidie-mogelijkheden verkennen en/of enquête opstellen.
Uitvoering: Drs. L. Hingstman, Drs. W.G.W. Boerma.

Zoals bij het onderzoek VFA 85.03: de verloskundige markt reeds is vermeld, is onder een (grote) steekproef huisartsen informatie verzameld over verloskundige activiteiten (1982/83). Gegeven de snelle veranderingen op dit vlak is het raadzaam deze vragenlijst nog eens rond te sturen om te zien hoe de verloskundige zorg door de huisarts zich heeft ontwikkeld. Voldoende hoeveelheid informatie moet worden verzameld om ook op regionaal niveau analyses te kunnen verrichten.

VFA 87.02 De functie geneesmiddelenvoorziening
Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: geen.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. L. Hingstman.

Door vertraging van het registratiesysteem van apothekers (nu gepland voor medio 1986) is het onderzoek naar geneesmiddelenvoorziening verschoven tot de eerste betrouwbare resultaten uit dit registratiesysteem zijn verkregen en zijn gecombineerd met de gegevens over de door huisartsen uitgeoefende apotheekfunctie.

VFA 87.03 Alternatieve genezers
Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: projectvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. L. Peters.

Bij de registratie van gevestigde huisartsen komen we sinds jaar en dag een bonte verzameling 'alternatieve' (huis)artsen tegen. Soms huisartsen die een normaal contract met het ziekenfonds hebben, maar (op verzoek of bij voorkeur) homoeopathische behandelingen toepassen maar ook acupuncturisten/anesthesisten met een consultatieve praktijk.
De indruk bestaat dat deze rijk geschakeerde groep in omvang toeneemt; het onderzoek is bedoeld als inventarisatie. Het is de bedoeling om er ook een consumentendeel aan te koppelen. Het is de vraag of ook niet-artsen moeten worden geïnventariseerd.

6.3. Samenvatting

Het deelprogramma Volume- en Functie-aanbod (VFA) in de eerstelijns-(gezondheids)zorg valt uiteen in een registratieprogramma en een onderzoeksdeel. Lag in 1985 het accent op registratie-activiteiten (vooral het opzetten van de registratie van fysiotherapeuten), in 1986 zal onderzoek de boventoon voeren, zowel routinematig (resultaten uit de verschillende registraties) als meer complex van aard (de markt voor verloskundige zorg). De kwaliteit van de registratiegegevens logenstraft de gedachte dat men informatie over extramurale gezondheidszorg bij uitstek op regionaal niveau zou moeten verzamelen: de NIVEL-registraties laten zien, dat centrale informatievoorziening over de eerstelijn heel wel mogelijk is.
Een belangrijk argument voor de eigen registratiefunctie van het NIVEL is, dat toegang, zelfs tot betrekkelijk publieke gegevens, in toenemende mate aan voorwaarden wordt gebonden. Hoe begrijpelijk de zorg voor privacy van de geregistreerden ook is, wetenschappelijk onderzoek wordt serieus erdoor belemmerd. Bij degenen die zich dit bewust zijn, treft men duidelijk andere prioriteiten aan. Bovendien verhindert nauwe koppeling van registratie aan een onderzoeksprogramma dat er geregistreerd wordt omwille van het registreren:
De volgende projecten staan op het programma, eerst registratieprojecten en dan het onderzoek.
- REG 84.01 en REG 84.02 Registratie van gevestigde en adspirant-huisartsen

- REG 84.03 en REG 86.01 Registratie van gevestigde en adspirant verloskundigen
- REG 85.01 en REG 86.02 Registratie van gevestigde en inventarisatie van adspirant fysiotherapeuten
- REG 86.03 Registratie van gevestigde apothekers

Onderzoek

VFA 86.01 Spreiding eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden
VFA 84.01 Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
VFA 84.02 Lokatie van voorzieningen in de elgz
VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie
VFA 86.02 Vergelijkende analyse van spreidingspatronen in de elgz
VFA 85.02 Twintig jaar vestigingscohorten
VFA 85.03 De verloskundige markt
VFA 87.01 Verloskundige activiteiten van huisartsen
VFA 87.02 De functie geneesmiddelenvoorziening
VFA 87.03 Alternatieve genezers

7. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK (PROJECTLEIDER Mw. DRS. M. FOETS)

7.1. Inleiding

Het leeuwendeel van het geschrevene in dit hoofdstuk is gewijd aan een poging om op grote schaal informatie over ziekten en verrichtingen uit Nederlandse huisartsenpraktijken te verzamelen. Gezien de omvang en de complexiteit van dit project, waarvan een uitvoerbaarheidsstudie 1 oktober 1985 is begonnen, is er weinig ruimte voor andere onderzoekingen binnen dit thema.
Twee uitzonderingen: ten eerste het gebruikelijke overzicht van de activiteiten van het peilstationsproject en ten tweede een onderzoek naar de effecten van de voorgenomen wijziging van het stelsel van verzekeringen tegen ziektekosten op het gebruik van voorzieningen van gezondheidszorg door degenen die nu vrijwillig in het ziekenfonds verzekerd zijn. Voorts wordt binnen de 'grote praktijkstudie' een aantal deelprojecten beschreven. Alle projecten worden tamelijk summier behandeld, voor geïnteresseerden is een volledig projectvoorstel verkrijgbaar.
Uitvoering van het programma voor 1986 vergt 3.7 FTE wetenschappelijk personeel. De Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk begint per 1-1-1987.

7.2. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

7.2.1. Inleiding

Wat er in het werkplan 1985 is gesteld over de onevenwichtige ontwikkeling van de informatievoorziening in de Nederlandse gezondheidszorg, is nog onverminderd van toepassing. Aan 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 steeds vaker informatieverzameling als zelfstandige bezigheid wordt uitgeoefend in zelfstandige instellingen, terwijl de behoefte aan informatie dikwijls flexibel en specifiek is. De tweede oorzaak is, dat verzameling 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 vrijwel 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 nodig om continu geautomatiseerde informatie uit huisartspraktijken naar voren te brengen. Beter is het om het Angelsaksische voorbeeld 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 een groot aantal 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 hoezeer 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 variantie 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 van het begin af aan als centraal object van studie te worden meegenomen. 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- en beleidsvragen. In overleg met het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, met het secretariaat van de Ziekenfondsraad en de beide beroepsverenigingen van huisartsen is een aantal relevante beleidsvragen geformuleerd die hun vertaling hebben gevonden in een tiental wetenschappelijke onderzoeksprojecten. Daarbij is het wel de bedoeling om de gegevens nodig voor al deze projecten te verkrijgen door middel van één grote informatieverzameling.

Beleidsvragen

In het Nederlandse gezondheidsbeleid zijn verschuiving van specialistische naar extramurale zorg, en van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg centrale gedachten. Men wil op die manier tege-

lijkertijd de kostengroei afremmen en de kwaliteit van de zorg verbeteren. De reeds genomen en nog te nemen maatregelen richten zich zowel op de vraagzijde (drempelverhogende maatregelen) als op de aanbodzijde (volumebeleid, veranderingen in de honoreringswijze, stimuleren van coördinatie en samenhang).
Er is echter onvoldoende informatie aanwezig om te beoordelen
- of de eerstelijnszorg, in samenspel met de zorg uit de naaste omgeving en het vermogen voor zich zelf te zorgen, voldoende is toegerust om voornoemde verschuiving op te vangen.
- wat de effecten zijn van het gevoerde beleid (inclusief neven- en niet gewenste effecten).

In de Nederlandse gezondheidszorg neemt de huisarts een sleutelpositie in, omdat hij de toegangspoort is tot de meeste andere zorgsectoren. Daarom is informatie over de huisartspraktijk een potentieel belangrijke bron van informatie voor het beleid. Mede ten gevolge van zijn abonnementsgewijze honorering (voor ziekenfondspatiënten) is er echter een grote informatie-leemte. Dit onderzoek wil dit verhelpen.

De onderzoeksopzet in een notedop

Zoals de titel voor het project suggereert, staat de registratie van ziekten en verrichtingen (aan elkaar gerelateerd) in de huisartspraktijk centraal.
De klachten en ziekten die in de huisartspraktijk worden aangeboden worden verbonden aan het geheel van gezondheidsproblemen, dus inclusief deze die men zelf of met behulp van de sociale omgeving oplost.
De verrichtingen in de huisartspraktijk impliceren zowel het werk dat de huisarts zelf doet, als datgene wat hij terugverwijst naar de patiënt en diens directe omgeving, en datgene wat hij doorgeeft naar andere zorgsectoren (verwijzingen, opnamen, geneesmiddelen).
Aan het voorgaande worden tenslotte zaken gerelateerd zoals praktijkkenmerken, het professioneel netwerk en taakopvattingen van artsen.

Veranderingen ten opzichte van werkplan 1985

De voornaamste wijziging van het voorstel sinds het najaar van 1984 is het laten vallen van het onderzoek: 'de meerwaarde van samenwerking'. Dit onderzoek vereiste een zeer aanzienlijke uitbreiding van de oorspronkelijke opzet omdat in een 'normale steekproef' van 100 praktijken niet meer dan 1 of 2 gezondheidscentra zouden worden aangetroffen. Het laten vallen van dit onderwerp maakt de opzet van het totale project minder massaal en dus ook organisatorisch minder

kwetsbaar.
Verder zijn in vergelijking met het oorspronkelijke projectvoorstel enkele recente beleidsvragen (naar preventie, en het gebruik van laboratorium en Rö-diagnostiek) in het onderzoek verwerkt.

NAT 85.01 Haalbaarheidsstudie

Financier : Ziekenfondsraad (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten).
Status : in uitvoering. Afronding: 30-6-1986.
Uitvoering: J. van der Velden, huisarts, MSc, Mw. Drs. M. Foets.

Een project van een hierboven genoemde schaal kan niet zonder uitvoerige haalbaarheidsstudie worden verricht. De periode van oktober 1985 tot en met juni 1986 zal daarom besteed worden aan een precies en gedetailleerd voorbereiden van de grote studie.
In deze haalbaarheidsstudie kunnen verschillende onderdelen worden onderscheiden.

a. Precisering van de onderzoeksopzet
   Op basis van een consultatieronde bij diverse beleidsinstanties (WVC, Ziekenfondsraad, NHG, LHV, KLOZ, VNZ) en op basis van bestaande onderzoeksresultaten, zal de onderzoeksopzet in een aantal deelprojecten nauwkeuriger geformuleerd worden. Deze stap is een essentiële voorwaarde om de meeste volgende stappen goed te kunnen zetten.
b. Voorbereiding van de materiaalverzameling
   Hieronder vallen diverse activiteiten:
   - omvang en aard van de steekproef bepalen
   - registratieperiode en -duur bepalen
   - nagaan of er voldoende bereidheid is om aan een dergelijk onderzoek mee te doen
   - een precieze kostenraming vervaardigen

Specificering van de onderzoeksopzet in deelonderzoeken

De onderzoeksopzet kan in een aantal deelonderzoeken worden gespecificeerd. Zoals gezegd zullen deze in het kader van de haalbaarheidsstudie verder uitgewerkt worden. Deze verdere uitwerking is van groot belang voor meer methodologische kwesties zoals de steekproefbepaling en de registratieduur. De deelonderzoeken kunnen grosso modo in drie categorieën worden ingedeeld.

a. Deelonderzoeken die betrekking hebben op het centrale deel van de opzet, zijnde ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

NAT 86.01 Een Nationale morbiditeitsstudie

Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ)

Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: start materiaalverzameling. Afronding: eind 1988 - begin 1989.

Uitvoering: J. van der Velden, arts, MSc.

Over de morbiditeit in huisartspraktijken zijn in Nederland geen volledige gegevens beschikbaar. Het laatste landelijk representatieve onderzoek dateert al uit 1969 (Oliemans). In de continue morbiditeitsregistratie van de Peilstations wordt slechts een beperkt aantal ziektebeelden bijgehouden. Daarnaast worden hier en daar wel volledige morbiditeitsregistraties gedaan, evenwel steeds in een beperkt aantal huisartspraktijken. Opzet en vorm van de bovengenoemde morbiditeitsregistratie is vergelijkbaar met de Engelse National Morbidity Surveys.

In dat deel van de studie zal een volledige registratie plaatsvinden van de hulpvraag (uitgedrukt voor zover mogelijk in diagnosecategorieën en anders in symptomen, klachten, problemen of redenen-voorcontact) en van verrichtingen in de huisartspraktijk. Daarnaast zullen zo veel mogelijk relevante kenmerken van patiënten vastgesteld worden, evenals een aantal huisarts- en praktijkkenmerken. Zo kan bijvoorbeeld een verband worden gelegd tussen de omvang van de praktijk en de incidentie en prevalentie van verschillende minder vaak voorkomende aandoeningen.

Op die manier wordt het mogelijk om de relatie te bestuderen tussen patiëntenkenmerken en morbiditeit evenals tussen morbiditeit en verrichtingen. Ook wordt het mogelijk om de interdokter- en interpraktijkvariantie op velerlei terreinen te bestuderen. Dit accent op (beleidsmatig van belang zijnde) interdoktervariatie legt een aantal beperkingen op aan de mate waarin men prioriteit kan geven aan het bevorderen van de kwaliteit van de morbiditeitsgegevens. Het gaat er in de studie om het functioneren van de gezondheidszorg te bestuderen in z'n meest natuurlijke vorm. Hierin passen geen series instructies en criteria over de vraag wanneer men een bronchitis een bronchitis mag noemen.

NAT 86.02 Verrichtingen in de huisartspraktijk

Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ)

Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: start materiaalverzameling. Afronding: 1988/1989

Uitvoering: J. van der Velden, arts, MSc.

De tweede 'poot' van de studie bevat een overzicht van de verrichtingen in de huisartspraktijk. Voor zover de huisarts deze verrichtingen **zelf** doet, worden ze in dit project beschreven; houdt de 'verrichting' een relatie in met andere delen van de gezondheidszorg dan staat het onderzoek onder b) vermeld. Deze indeling is hier en daar wat kunstmatig
- waar dat zo is (zoals bij laboratoriumgebruik) wordt het onderwerp in één project behandeld.

De volgende typen 'verrichtingen' worden beschreven

- diagnostiek - eigen laboratorium en tests inclusief tensie-meting, (voor zover althans met behulp van 'zelfregistratie' vaststelbaar)
- therapie
  - kleine chirurgie - inbrengen bepaalde hulpmiddelen,
  - prescripties
  - leefregels (belangrijk in verband met het thema 'preventie')
  - gesprekken
  - terugbestellen (vorm en intensiteit)

Het 'takenpakket' van de beroepsvereniging kan met behulp van een beschrijving van het feitelijk vòòrkomen van de verrichtingen in de huisartspraktijk worden 'geijkt'. Overigens is een beschrijvend overzicht van verrichtingen 'sec' slechts van beperkt belang. Belangrijker is het onderzoek naar de relatie tussen aandoeningen en klachten en de daar op volgende verrichtingen.

NAT 86.02a Preventieve activiteiten in de huisartspraktijk

Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: start materiaalverzameling. Afronding: 1988/1989
Uitvoering: J. van der Velden, arts, MSc.

Bij de het overzicht van verrichtingen zal bijzondere aandacht worden besteed (een afzonderlijk deelrapport zal er aan worden gewijd) aan preventieve activiteiten in de huisartspraktijk. Zo zal over bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld mannen boven 35 jaar) uit de administratie van de huisarts informatie verzameld worden en ook zal op het registratieformulier aandacht worden besteed aan het geven van leefregels, het meten van bloeddruk etc. In de patiëntenenquêtes zal worden gepoogd het oordeel van patiënten over preventieve activiteiten te achterhalen.

NAT 87.01 Bijzondere groepen in de huisartspraktijk
Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: waarschijnlijk geen
Afronding: 1987
Uitvoering: J. van der Velden, arts, MSc.

Als men beschikt over een grotere hoeveelheid kenmerken van patiënten dan alleen leeftijd en geslacht zoals beroep, opleiding, inkomen, gezinssamenstelling en ethniciteit, dan kan men in de Grote Praktijkstudie een aantal groepen in de huisartspraktijk in kaart brengen, die extra zorg vragen. In dit deelonderzoek wordt een beschrijvende analyse gegeven van de morbiditeit, de raadpleegfrequentie (mede in relatie tot zelf- en mantelzorg) en het tijdsbeslag van de huisarts. Zijn er inderdaad op duidelijk demografische karakteristieken terug te voeren bijzondere zorg vragende groepen in de huisartspraktijk te onderscheiden, dan zou men kunnen overwegen om de bestaande 'strakke' honorering te differentiëren.

b. Deelonderzoeken die betrekking hebben op de relatie tussen de huisarts en andere sectoren van professionele zorg

NAT 86.03 Verwijzen naar medische specialisten
Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status: start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: begin materiaalverzameling. Afronding: 1988
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten, Dr. J. van der Zee.

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 naar medische specialisten probeert de vele vragen die in het verwijsonderzoek zijn gerezen nu met adequaat materiaal te onderzoeken, namelijk een registratie van een groot aantal contacten, inclusief gegevens over de indicatiestelling. Zo kunnen ook variaties in indicatiestelling in verband gebracht worden met kenmerken van patiënten, praktijken en huisartsen. Belangrijke vragen in het onderzoek zijn:
zijn de verbanden die in onderzoek zijn geconstateerd dat eigenlijk van 'verkeerde' verwijscijfers gebruik maakt, nader te specificeren

als men over betere cijfers beschikt. Welk onderdeel van het verwijscijfer (verwijzingen ter geruststelling, ter diagnose, ter behandeling, op initiatief patiënt, op initiatief huisarts, op initiatief specialist) hangt bijvoorbeeld met de taakopvatting van de huisarts samen en welk deel is het meest gevoelig voor omvang van en afstand tot de tweedelijnszorg.

NAT 86.04 Relatie huisarts-fysiotherapeut
Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status : start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: begin materiaalverzameling. Afronding: 1988
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen

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 uitgevoerd onderzoek onder de reeds genoemde peilstationsartsen. De peilstationsartsen noteerden 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.

NAT 86.05 Voorschrijven in de huisartspraktijk
Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status : start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: begin materiaalverzameling. Afronding: 1987/1988
Uitvoering: Mw. Drs. M. Foets

Op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen is reeds enig zinvol onderzoek verricht. Het opnemen van een deelonderzoek 'het voorschrijven van medicijnen' in de Grote Praktijkstudie maakt het nu ook mogelijk om de variaties in het voorschrijven te relateren aan de variaties in andere produkten van de huisartspraktijk, machtigingen fysiotherapie, verwijzingen, laboratorium-onderzoek, etc. en aan kenmerken van klachten, patiënten en praktijk. Hierdoor wordt het onder andere mogelijk om substitutieprocessen te bestuderen. In een dergelijk deelonderzoek is het van belang om de benodigde informatie in gedetailleerde vorm te verzamelen. Soort, omvang en toedieningsvorm van de voorgeschreven geneesmiddelen dienen nauwkeurig te

worden vastgesteld. In het onderzoek zal worden 'meegenomen' òf en zo ja in welke mate de huisartsen deelnemen aan zogenaamd medisch farmacotherapeutisch overleg.

NAT 86.06 Gebruik van laboratorium en Rö-diagnostiek in de huisartspraktijk

Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status : start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: uitwerking en begin materiaalverzameling. Afronding 1987/1988
Uitvoering: Drs. D. Wijkel

Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen is één van de sterkst stijgende onderdelen van de gezondheidszorg, vooral in de klinische en poliklinische sfeer.
Nederlandse huisartsen plachten vanouds slechts van een beperkt 'pakket' diagnostische verrichtingen gebruik te maken, soms in eigen beheer, meestal via zogenaamde huisartsenlaboratoria en ook (voor de meer complexe zaken) van de diagnostische afdelingen van ziekenhuizen.
Inzicht in kwantiteit en kwaliteit van op initiatief van huisartsen verrichte laboratorium, Rö- en andere meer complexe diagnostiek ontbreekt echter. In dit deelonderzoek staat een grondige beschrijving van de situatie voorop.

NAT 86.07 Relatie huisarts/(A)GGZ respectievelijk AMW

Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status : start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: begin materiaalverzameling. Afronding: 1988
Uitvoering: Drs. L. Peters

Het aantal verwijzingen van huisartsen naar hulpverleners in de (A)GGZ 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 bui-

ten 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.

NAT 86.08 Opname in en ontslag uit het ziekenhuis
Financier : WVC/Ziekenfondsraad/NIVEL
Status : start materiaalverzameling. Activiteiten 1986: begin materiaalverzameling. Afronding: 1988
Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten, Mw. Dr. A. Kerkstra.

In het kader van de beleidsintentie om de klinische zorg te beperken ten voordele van ambulante- en thuiszorg, past ook onderzoek naar de ziekenhuisopnamen en -ontslagen. Het is natuurlijk wel zo dat vele onderzoeksvragen op dit terrein even goed en soms zelfs beter kunnen beantwoord worden op basis van een onderzoek naar opnamen en ontslagen in een aantal ziekenhuizen. Wat ziekenhuisopnamen betreft kan de frequentie ervan gerelateerd worden aan de morbiditeitsgegevens, aan de verwijzingen, en aan patiëntenkenmerken. Ook kan van elke opname genoteerd worden wanneer de huisarts bericht krijgt, of hij de patiënten in het ziekenhuis opzoekt enz. Verder kan het tijdstip geregistreerd worden waarop de ontslagbrief binnenkomt evenals de activiteiten die de huisarts naar aanleiding hiervan onderneemt. Op die manier kan een beeld verkregen worden van de wijze waarop de nazorg wordt georganiseerd, welke rol de huisarts daarin speelt, hoe de samenwerking verloopt met kruiswerk en gezinszorg.
Binnen dit onderzoek zal ook de zorg, door huisartsen verleend aan patiënten in dagverpleging, worden geregistreerd.

c. Deelonderzoeken die betrekking hebben op de relatie tussen professionele zorg en zelf- en mantelzorg

Bij een beleid dat de capaciteit van het professionele zorgaanbod probeert te beperken rijst de vraag of dit automatisch leidt tot een opvang in zelf- en mantelzorg.
Daarom is het van belang deze praktijkstudie zo op te zetten dat een antwoord kan worden gegeven op de vraag voor welke klachten en problemen mensen beroep doen op een huisarts, respectievelijk een oplossing zoeken in zelf- en mantelzorg.
Hiertoe dient men de gegevens uit de huisartspraktijk aan te vullen met informatie van patiëntenzijde, in vragenlijsten verzameld. Er worden twee soorten vragenlijsten verspreid.
Ten eerste een vragenlijst met een beperkte hoeveelheid 'achtergrond' informatie van iedere patiënt.

Het betreft hier gegevens als: opleiding/beroep/sociale status, burgerlijke staat, herkomst (autochtonen, allochtonen incl. streek of land van herkomst), soort en samenstelling van het samenlevingsverband, evt. kerkelijke gezindte (NAT 86.09). Deze informatie dient ook om de 'noemer' (de personen waarop de ziektecijfers moeten worden betrokken) interessanter en relevanter te maken. Ten tweede wordt van een beperkte groep (of uit een beperkt aantal praktijken een grotere groep) personen informatie verzameld van het type dat in de CBS-gezondheidsenquête wordt gevraagd. Vragen over ervaren gezondheidstoestand, klachten, problemen, houdingen ten aanzien van ziek zijn, onwelbevinden, artsen etc. Door de informatie te vergelijken met de gegevens uit het patiëntendossier (uiteraard na toestemming) kan ook een wederzijdse geldigheids- en betrouwbaarheidscontrole worden uitgevoerd. Door per klacht na te vragen of men actie heeft ondernomen (zelfzorg, professionele zorg) kan worden bestudeerd welk deel van het ervaren onwelbevinden bij de huisarts terecht komt en welk deel zelf wordt afgehandeld (NAT 86.10).
Voor beide projecten gelden de volgende kenmerken:
Financier : WVC/Ziekenfondsraad.
Status : NAT 86.09 uit te voeren vanaf het begin.
NAT 86.10 in 1987 beginnen.
Uitvoering: Mw. Drs. M. Foets

7.3. Peilstations

7.3.1. Algemeen

Hoewel er zeker naar zal worden gestreefd om de peilstations bij de in de vorige paragraaf genoemde Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk te betrekken, is het de bedoeling de systematiek van dit nationaal en internationaal bekende project te handhaven. De opzet van de peilstations is, om jaarlijks het vóórkomen van een beperkt aantal, zo scherp mogelijk omschreven ziekten en verrichtingen te laten turven door de 45 deelnemende praktijken.

Project PEIL 84.01 Continue Registratie Peilstations Nederland
Financier : WVC (doelsubsidie).
Status : Continu Project. Activiteiten 1986: zie hieronder
Uitvoering: A.I.M. Bartelds, arts - projectleider

Voor 1986 staan de volgende onderwerpen op het programma:

1. influenza
2. cervix uitstrijkje
3. sterilisatie
4. morning after pil
5. suïcidepoging
6. ulcus pepticum
7. huisdierenbeten
8. nazorg psychiatrische patiënten
9. otitis media
10. cerebro-vasculair accident (CVA)
11. verwijzingen i.v.m. psycho-sociale problematiek

De onderwerpen 1 - 5 staan al langer op het programma (influenza al sinds 1970); de onderwerpen 6 - 11 zijn nieuw in 1986.
De otitis-media studie is internationaal van opzet. De Nederlandse peilstations doen mee aan een door de Kellog -Foundation gefinancierd project.

7.3.2. Specifieke projecten

De gegevens uit het Peilstationsproject worden gebruikt in verschillende onderzoekingen binnen en buiten het NIVEL. Naast deze onderzoekingen is er sprake van enkele extra-projecten die hieronder staan vermeld.

PEIL 86.01 Uitbreiding Populatiekenmerken Peilstationspraktijken

Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: voorbereiden subsidie-aanvrage.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. A.I.M. Bartelds en Dr. J. van der Zee.

Van de peilstationspraktijken is de samenstelling bekend naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Vergeleken met landen, waar de huisarts geen nauw omschreven groep patiënten bedient is dat, epidemiologisch gezien, al een groot voordeel. Voor veel epidemiologische vraagstukken is kennis van leeftijd en geslacht van de patiëntengroep echter niet voldoende. Een bekend gegeven is 'social class'; in de Angelsaksische wereld min of meer een routine-gegeven; in Nederland een in het oog springende omissie in de (officiële) gezondheidsstatistiek.
Ethnische herkomst is eenzelfde relevant gegeven voor het volksge-

zondheidsbeleid, burgerlijke staat en gezinssamenstelling evenzo.
Voor de peilstationspraktijken die deelnemen aan de grote praktijkstudie komt na afloop een 'geautomatiseerd' patiëntenbestand beschikbaar dat bovengenoemde kenmerken bevat. De peilstations die buiten de praktijkstudie blijven, vallen wel onder dit project. Het ligt in de bedoeling om een geanonimiseerd patiëntenbestand centraal bij de houden en alleen de mutaties regelmatig te verwerken.

PEIL 86.02 Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing

Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: produktie
Uitvoering: redactie Drs. A.I.M. Bartelds en Dr. J. van der Zee

Het peilstationsproject heeft in de afgelopen 15 jaar informatie verschaft over een serie interessante onderwerpen, die gemeenschappelijk hebben dat ze betrekking hebben op 'public health policy' in brede zin. Te noemen vallen onderwerpen als 'cervix-uitstrijkjes', 'sterilisaties', 'suïcide', 'euthanasie', 'abortus', verschillende chronische en acute aandoeningen, maar ook gezondheidszorgonderzoek als verwijzingen naar medische specialisten, verwijzingen naar fysiotherapie en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.
Het ligt in de bedoeling om degenen die de verschillende 'rubrieken' hebben verzorgd te verzoeken om hun bevindingen in een hoofdstuk om te zetten en ook een aantal algemene hoofdstukken te formuleren over de aard van het project, de selectiviteit van de artsen etc. Ter discussie is of er een Engelstalige of Nederlandstalige studie moet verschijnen.

7.4. Gevolgen opheffing vrijwillige ziekenfondsverzekering.

Het is een beetje arbitrair om het project te laten vallen onder 'vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk'; een andere mogelijkheid zou zijn bij 'consumentenonderzoek' (hoofdstuk 11). De reden om dit project toch hier onder te brengen is het gegeven dat juist het gebruik van diensten van de huisarts niet centraal kan worden bestudeerd. De bedoeling is om een niet al te kleine groep op dit moment vrijwillig verzekerden te volgen in hun gang door de gezondheidszorg vóór en na wijziging van hun status als verzekerde.

V&A 86.01 Gevolgen opheffing vrijwillige ziektekostenverzekering
Financier : Ziekenfondsraad (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: subsidie-aanvrage + materiaalverzameling
Uitvoering: n.n. onder supervisie van mw. Drs. M. Foets

Nu de vrijwillige ziekenfondsverzekering vermoedelijk zal verdwijnen, rijst de vraag naar het effect van deze maatregel. Twee zaken zijn van belang:

1e een beschrijving van de nieuwe verzekeringsvorm (het 'speciale' pakket of toch iets anders) van deze groep op verschillende momenten, aangevuld met vragen over de redenen waarom men al dan niet voor een bepaalde vorm gekozen heeft.

2e bestudering van gebruik van voorzieningen en de aan gezondheidszorg uitgegeven kosten vóór en na de stelselwijziging. Van een aantal voorzieningen is het gebruik met enige goede wil centraal te achterhalen, maar met name het gebruik van diensten van de huisarts is door de honorering per abonnement niet op voorhand bekend.
Bovendien waaiert de groep 'ex-vrijwilligen' uit over een groot aantal verschillende verzekeringsvormen en maatschappijen, zodat van die kant geen complete informatie voorhanden is.

Gezien de benodigde snelheid zal eind 1985/begin 1986 een onderzoeksvoorstel worden ingediend. Samenwerking met andere (meer economisch geschoolde) onderzoekers wordt overwogen.

7.5. Samenvatting

Onder het thema vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk vallen in 1986-1987 de volgende onderzoekingen:

- het peilstationsproject
- een haalbaarheidsstudie naar het uitvoeren van een grote en nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
- een onderzoek naar het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering.

Wanneer de haalbaarheidsstudie positieve resultaten oplevert en er financieringsbronnen gevonden worden, zijn vanaf eind 1986 de volgende elf projecten gepland (die overigens in een aantal gevallen geheel of gedeeltelijk binnen andere deelprogramma's van het NIVEL zullen worden uitgevoerd):

NAT 86.01 Een nationale morbiditeitsstudie
NAT 86.02 Verrichtingen in de huisartspraktijk
NAT 86.02a Preventieve activiteiten in de huisartspraktijk
NAT 87.01 Werkbelasting van de huisarts en financieringsstructuur
NAT 86.03 Verwijzen naar medisch specialisten
NAT 86.04 Relatie huisarts/fysiotherapeut
NAT 86.05 Voorschrijven in de huisartspraktijk
NAT 86.06 Gebruik van laboratorium- en Rö-diagnostiek
NAT 86.07 Relatie huisarts (A)GGZ, resp. AMW
NAT 86.08 Opname in en ontslag uit het ziekenhuis
NAT 86.09 Achtergronden van patiënten
NAT 86.10 Zelfzorg en mantelzorg bij ervaren onwelbevinden

Tenslotte zal binnen de peilstations (analoog aan project NAT 86-09) geprobeerd worden om permanent de hoeveelheid bekende achtergrondkenmerken van patiënten te vergroten, zodat meer en gevarieerder epidemiologisch onderzoek kan worden verricht.
Ook zal een bundel worden samengesteld met de hoogtepunten van het peilstationsproject van de afgelopen 15 jaar.

8. HULPVERLENINGSPROCESSEN (PROJECTLEIDER DRS. P.F.M. VERHAAK)

8.1. Inleiding

Voor het onderzoek naar hulpverleningsprocessen vormt 1986 een keerpunt. Een groot project als 'Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek' wordt dan (met een academisch proefschrift) afgerond en ook op ander gebied is er sprake van het in gang zetten van nieuwe ontwikkelingen.
Een eerste thema waarop nieuw onderzoek verricht zal worden is patiëntenvoorlichting. De afgelopen periode is hiervoor al het nodige aan voorwerk (vooral instrumentontwikkeling) verricht. Het ligt in de bedoeling om voor drie disciplines - huisarts, fysiotherapeut en tandarts - onderzoeksvoorstellen te ontwikkelen, die deels met elkaar overeenkomen (in ieder geval in systematiek) en, uiteraard, disciplinegewijs van elkaar verschillen. In het onderzoek zal het **effect** van patiëntenvoorlichting een belangrijke plaats innemen. Doel van de onderzoekingen is mede het effectiever maken van de voorlichting.
Een tweede thema waarop nieuw onderzoek wordt geëntameerd betreft de omgang met psycho-sociale (aspecten van) klachten door andere hulpverleners dan huisartsen. In het interdoktervariantieproject is een goed beeld geschetst van de manier waarop huisartsen deze klachten tegemoet treden en de factoren die daarbij een rol spelen. Zo'n beeld zou de komende jaren ook van andere hulpverleners verkregen moeten worden, om uiteenlopende redenen. Behandeling door maatschappelijk werkers en psychologen is van belang omdat deze twee een claim leggen op behandeling van psycho-sociale problemen als een systematische bezigheid met specifieke methodes. Belangrijke vragen zijn: waarin verschilt het handelen van disciplines onderling, wat is het verschil met wat huisartsen doen, is er sprake van andere klachten, andere patiënten, etc. Onderzoeksresultaten zullen een rol spelen in de door de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid opgeroepen discussie over de vraag 'wat hoort er in de eerste lijn thuis en wat dient door meer gespecialiseerde hulpverleners te worden opgelost'.
De wijze waarop door wijkverpleegkundigen met dergelijke klachten wordt omgegaan is eveneens interessant maar heeft een andere achtergrond.
Bij deze hulpverleners is het psycho-sociale aspect veelal impli-

ciet, waarbij de hulpverlener een andere betekenis aan de problematiek en aan zijn handelen toekent dan de patiënt: wijkverpleegkundigen die hun preventieve en signalerende taak benadrukken, terwijl de patiënt slechts oog heeft voor hun curatieve taken. In dergelijke situaties is het van belang om vast te stellen wat er feitelijk gebeurt en of de patiënt ook profiteert van de meerwaarde die zijn klacht voor de hulpverlener heeft (doet de hulpverlener ook iets met zijn interpretatie?)
Tenslotte blijft er aan de psycho-sociale hulpverlening door de huisarts het nodige te onderzoeken. In dit kader wordt het oude plan: 'wisselende gespreksmodellen' weer van stal gehaald (dit was sinds 1983 getemporiseerd).
Achtereenvolgens komen drie thema's binnen het project hulpverleningsprocessen aan de orde: de videotheek, patiëntenvoorlichting en psycho-sociale hulpverlening in de eerste lijn.
Het uitvoeren van het programma vergt 3.2 FTE wetenschappelijk medewerkers in 1986.

8.2. De videotheek

De NIVEL-videotheek bevat 2500 consulten van 60 artsen, die in de periode 1975-1984 zijn verzameld en als basis hebben gediend voor verschillende onderzoekingen (meestal van evaluatieve aard).
Alle consulten zijn gecodeerd en in een computerbestand vastgelegd. Hoewel men met betrekking tot generalisatie enige voorzichtigheid in acht moet nemen (de oudste consulten dateren immers al uit 1975 en bij de recentere video-opnames wordt schriftelijk toestemming van de patiënt gevraagd, wat meer weigeringen tot gevolg heeft) is het bestand bruikbaar als bron van informatie voor vele beleids- en wetenschappelijke vragen, juist ook omdat sommige gegevens (als bijvoorbeeld de duur van een consult) in ander materiaal niet zo precies vastgesteld kunnen worden, zeker niet gerelateerd aan de in het consult gepresenteerde problematiek.
Het ligt in de bedoeling om in 1986 met een overzichtsboek te komen met informatie uit (enerzijds) en mogelijkheden voor (anderzijds) deze videotheek.

VID 86.01 De videotheek in cijfers

Financiering	: NIVEL
Status	: in uitvoering. Activiteiten 1986: publikatie
Uitvoering	: Drs. P.F.M. Verhaak.

De genoemde publikatie heeft betrekking op de volgende onderwerpen:
- achtergronden van de in het bestand opgenomen artsen (met het oog op de representativiteit van de opgenomen consulten)
- gegevens over de representativiteit in de tijd van de gegevens
- cijfers over: . leeftijd en geslacht van de patiënten
  . klachten
  . verrichtingen
  . medicijnen
  . verwijzingen
  . 'klachtoverstijgende' handelingen met betrekking tot voorlichting, zelfzorg en dergelijke
- variatie tussen artsen in de bovengenoemde opzichten
- tijdsbeslag van diverse aspecten
- longitudinaal beeld: wat is het aandeel van nieuwe klachten en herhaalconsulten, in welke gevallen bestelt de arts patiënten terug voor een volgende afspraak?

Daarnaast liggen er nog enkele onderwerpen, waarvoor in 1985 materiaal is verzameld en geanalyseerd. Het betreft hier de onderwerpen:
- pillen of praten (een analyse van de consulten waarin bij gelijke klacht een recept werd voorgeschreven dan wel een gesprek volstond)
- fysiotherapie (ook weer gelijksoortige klachten en onderscheid tussen al dan niet doorverwijzen naar fysiotherapie)
- bejaarden (in samenwerking met een aantal studenten wordt de presentatie van klachten en de reactie van de huisarts bij bejaarden bestudeerd).

Als de dienst het toelaat worden deze onderwerpen tot artikelen omgezet.

8.3. Patiëntenvoorlichting

Binnen dit algemene thema vallen vier observatie-onderzoekingen, die achtereenvolgens patiëntenvoorlichting bij huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en wijkverpleegkundigen tot onderwerp hebben.
Voor het huisartsenproject is in 1985 het nodige voorwerk op het vlak van instrumentontwikkeling verricht; het onderzoek bij de andere disciplines zal gedeeltelijk gebruik maken van het algemene theoretische kader en de verworven kennis, en zal anderzijds discipline-specifieke elementen bevatten. Het observatie-onderzoek zal worden aangevuld met informatie van cliëntenzijde over de wijze waarop men de voorlichting opvat en de mate waarin men er zich in zijn ge-

drag door laat leiden.

HVP 86.01 Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk
Financier : Preventiefonds (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: voorbereiden en indienen subsidie-aanvrage, wellicht materiaalverzameling
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. P.F.M. Verhaak.

Aan de hand van videomateriaal is in 1985 een instrument ontworpen om verschillende aspecten van 'patiëntenvoorlichting' te meten. Het betreft hier voorlichting over klacht en behandeling, over leefgewoontes en zelfzorg en voorlichting waarbij basiskennis over ziekte en klachten wordt overgebracht.
Dit instrument is getoetst op 250 consulten die betrekking hebben op zogenaamde 'lichte ongesteldheden' (verkoudheid, malaise, hoofdpijn, hoesten, etc.) en 350 consulten waarbij huid- en oorklachten aan de orde komen (publikatie begin 1986). Het onderzoeksinstrument geeft een goede beschrijving van het fenomeen 'patiëntenvoorlichting', doch dient te worden aangevuld met een aantal metingen van het **effect** van de voorlichting en wel in die zin dat met behulp van de resultaten het voorlichten van huisartsen effectiever kan worden.
Een onderzoeksvoorstel in bovenstaande trant zal bij het Preventiefonds worden ingediend.

HVP 86.02 Motieven voor preventief handelen bij huisartsen
Financier : NHG (ged.), WVC (?)
Status : uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling en rapportage
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. P.F.M. Verhaak

In opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap en ten behoeve van het NHG-congres in november 1986, zal er door het NIVEL een schriftelijke enquête onder huisartsen worden opgezet, waarin vragen over preventieve activiteiten worden gesteld in combinatie met vragen over motieven waarom de betreffende artsen meer of minder preventieve taken vervullen.
De resultaten van het onderzoek zullen op het NHG-congres worden gepresenteerd.

HVP 86.03 Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie
Financier : Preventiefonds (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: voorbereidingen in-

dienen projectvoorstel
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. P.F.M. Verhaak.

Als er één terrein is waar voorlichting (over de juiste lichaamshouding, het vermijden van spanningen en verkramptheid) van belang is, is het de fysiotherapie. Juiste (en vooral effectieve) voorlichting kan vele behandelingen overbodig maken.
In 1986 zal een onderzoeksvoorstel worden voorbereid dat, evenals in het huisartsenproject, zowel instrumenten zal ontwikkelen met betrekking tot het voorlichten door fysiotherapeuten, alsook zal proberen criteria te formuleren waaraan men het effect van de voorlichting kan afmeten. Een en ander zal in samenwerking met de beroepsgroep worden opgezet.

HVP 87.01 Patiëntenvoorlichting bij tandartsen

Financier : Preventiefonds (?), NMT (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: geen
Uitvoering : n.n. onder leiding van Drs. P.F.M. Verhaak.

Bij tandartsen zijn twee dingen van belang, die beide hun plaats dienen te vinden binnen het projectvoorstel.
Ten eerste is het van belang om het vermogen van tandartsen te meten om hun patiënten op hun gemak te stellen en aan hun angst voor pijn tegemoet te komen. Observatie-onderzoek is hiervoor de meest aangewezen methode.
Ten tweede is het van belang om de voorlichting over het onderhoud van het gebit en het gebit bedreigende gewoonten (van het consumeren van suikergoed tot het vervullen van de gebitsonvriendelijke stopperspilplaats in een voetbalelftal) meetbaar te maken en op effect te onderzoeken. Effecten zijn op het tandheelkundige vlak, zeker binnen een bepaalde tijdspanne, tamelijk precies vast te stellen.

HVP 87.02 Patiëntenvoorlichting bij wijkverpleegkundigen

Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: overleg of het onderwerp geen deel uit kan maken van het project WIJK 85-01 - het werk van wijkverpleegkundigen
Uitvoering: hangt af van bovengenoemd overleg.

Het werk van wijkverpleegkundigen heeft in de zorg voor zuigelingen en kleuters een expliciete voorlichtende taak; in de thuisverpleging is er een duidelijk potentieel aanwezig.

Het is de vraag of hier een apart project op zijn plaats is. Dat zal afhangen van de mogelijkheden die het onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen, I' biedt.

8.4. Psycho-sociale hulpverlening

Dit is het klassieke thema in de groep die zich met de studie van 'Hulpverleningsprocessen' bezig houdt. Een aantal onderwerpen resteert nog uit vorige beleidsplannen en betreft het handelen van de huisarts met betrekking tot de detectie en behandeling van psychosociale problematiek. Nieuw is een voorstel om bij andere hulpverleners in de 'psycho-sociale' sfeer (maatschappelijk werkende, eerstelijnspsycholoog) het hulpverleningsproces te observeren en te systematiseren.

HVP 84.01 Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek
Financier : Preventiefonds (NIVEL, voor de afronding)
Status : in afronding. Activiteiten 1986: Academisch proefschrift
Uitvoering: Drs. P.F.M. Verhaak.

Het per september 1985 gereed gekomen eindrapport van het project 'Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek' vormde tegelijkertijd het concept van een begin 1986 te verdedigen academisch proefschrift. Met dit proefschrift zal dit project zijn afgerond. Gepoogd zal worden in 1986 een of meer artikelen in de internationale vakpers te publiceren.

HVP 84.02 Wisselende gespreksmodellen
Financier : NIVEL
Status : analyse en rapportage. Activiteiten 1986: artikel
Uitvoering: Mw. Drs. E.M. Sluijs, Mw. Drs. J.M. Bensing, Drs. P.F.M. Verhaak

In het werkplan 1985 is beschreven hoe zeer de gespreksvoering van huisartsen verschilt in de 'somatische' en 'psycho-sociale' gedeelten van een gesprek. In een (engelstalig) artikel zullen deze verschillende gespreksmodellen worden beschreven en zal bovendien getracht worden om de 'trigger', het mechanisme, dat voor het overschakelen van het ene model naar het andere zorgt, te localiseren.

HVP 84.03 Probleempatiënten: een blijvend etiket?
Financier : (NIVEL)
Status : in afronding. Activiteiten 1986: Academisch proefschrift
Uitvoering: Drs. F.L. Sanavro (Hoewel de betreffende medewerker het NIVEL in 1985 heeft verlaten verkeert het proefschrift in een dusdanige vergevorderde staat dat in de loop van 1986 de definitieve afronding zal volgen).

Dit project is een nadere bewerking van het in 1982 afgesloten project 'Probleempatiënten in de huisartspraktijk'. Eén van de belangwekkende resultaten van het onderzoek is, dat van de patiënten, die in het begin van het project door de artsen als probleempatiënten 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.

HVP 87.03 Hulpverlening bij psychische klachten door maatschappelijk werker en psycholoog
Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: geen
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. P.F.M. Verhaak.

Voor een goed begrip van dit project dient men zich hoofdstuk 4 (relatie 1e lijn/GGZ) in gedachten te nemen. Daar werden twee projecten geformuleerd (GGZ 85-02 AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze en GGZ 86-02: psychologen in de eerste lijn), waarin het werk van RIAGG-psychologen, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen in algemene zin aan de orde is gesteld.
Dit project dient (in nauwe samenwerking met bovengenoemde onderzoekingen) een aanvulling op **inhoudelijk** vlak te geven.
Het ligt in de bedoeling om (audio-)banden met gesprekken te analyseren met (een deel van) het begrippenapparaat dat is ontwikkeld

voor het analyseren van psycho-sociale hulpverlening door huisartsen.

8.5. Samenvatting

Het onderzoeksprogramma van het thema 'Hulpverleningsprocessen', dat tot nu toe zich tot de **huisarts** beperkte, wordt in 1986/1987 uitgebreid naar andere disciplines (fysiotherapeut, tandarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werkende, psycholoog). Wat dit betreft is de invloed van de uitgroei van het NIVEL naar een eerstelijnsinstituut duidelijk zichtbaar.
Het programma bestaat uit drie delen:

1. projecten op basis van de **videotheek** van arts/patiënt consulten
2. onderzoekingen rond het thema 'Patiëntenvoorlichting'
3. hulpverlening bij psycho-sociale problematiek door huisarts, maatschappelijk werkenden en psychologen.

De volgende projecten staan op het programma:

Ad 1: VID 86.01 De videotheek in cijfers
Ad 2: HVP 86.01 Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk
HVP 86.02 Motieven voor preventief handelen bij huisartsen
HVP 86.03 Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeut
HVP 87.01 Patiëntenvoorlichting bij tandarts
HVP 87.02 Patiëntenvoorlichting bij wijkverpleegkundigen
Ad 3: HVP 84.01 Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek
HVP 84.02 Wisselende gespreksmodellen
HVP 84.03 Probleempatiënten: een blijvend etiket?
HVP 87.03 Hulpverlening bij psychische klachten door maatschappelijk werkende en psycholoog

9. FYSIOTHERAPIE (PROJECTLEIDER DR. P.P. GROENEWEGEN)

9.1. Inleiding

Voor het onderzoeksprogramma 'fysiotherapie' is het tweede jaar aangebroken en dat betekent dat er bij het schrijven van het werkplan 1986/1987 niet veel meer over te zeggen valt, dan dat er druk materiaal wordt verzameld.
Dit geldt zowel op het gebied van de (in hoofdstuk 6 reeds behandelde) registratie van mankracht in de fysiotherapie als bij de beide andere onderzoekingen die in 1985 in gang zijn gezet: fysiotherapie bij de peilstations en fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg.
Voor het succes van een wetenschappelijk programma is het van belang dat nieuw onderzoek eerst opgezet wordt als de resultaten van het onderzoek uit de eerste fase bekend zijn. Pas dan kan men leren van de opgedane ervaringen. Naast het lopende onderzoek zijn echter nog enkele voorstellen geformuleerd, deels (zoals het project 'classificatie') omdat ze nodig zijn ter aanvulling van het lopende programma, deels omdat ze aansluiten bij elders op het NIVEL verricht onderzoek (zoals het project 'patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie) en deels omdat een tamelijk ingrijpende maatregel in de honorering van de fysiotherapeut op stapel staat (voorstel voor een vast tarief per zitting).
Uitvoering van het programma vergt 1.7 wetenschappelijk medewerker (op full-time basis) in 1986.

9.2. Projecten

FYS 85.01 Fysiotherapie bij de peilstations
Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ)
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: tussenrapportage. Afronding : 1987
Uitvoering: Drs. J. Kerssens, Drs. E. Curfs, Dr. P.P. Groenewegen

In 1985 hebben de 45 Nederlandse peilstations gedurende een jaar aangegeven voor wie en hoe vaak ze een nieuwe machtiging fysiotherapie aanvroegen. Bij een aantal met de peilstationspraktijken samenwerkende fysiotherapeuten is informatie verzameld over de behande-

ling van de verwezen patiënten. De eerste analyses wijzen in ieder geval op een aanzienlijke variatie tussen de praktijken (van 10 per 100 tot 90), groter nog zelfs dan bij verwijzingen naar medisch specialisten.
De informatie uit dit onderzoek zal worden gebruikt als basis van het onderdeel 'fysiotherapie' van de voorgenomen Grote Praktijkstudie (project NAT 86.04 in hoofdstuk 7).

FYS 85.02 Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg

Financier : WVC/Ziekenfondsraad (AFBZ, zelfde projectsubsidie als FYS 85.01)

Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling. Afronding: 1987

Uitvoering: Drs. J. Kerssens, Drs. E. Curfs, Dr. P.P. Groenewegen

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.

FYS 85.03 Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapeutische zorg
Financier : NIVEL
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: rapportage (wellicht doorlopend in 1987)
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen.

De beschrijvende gegevens uit bovenstaande projecten leveren voldoende informatie op om eenvoudige 'vraag/aanbodmodellen' te kunnen construeren. 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 via huisartsen en specialisten in het onderzoek moeten betrekken.
Sommige ziekenfondsen in Nederland hebben een tamelijk uitvoerige registratie van bij hen ingediende machtigingen en/of gedeclareerde verrichtingen 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 patiëntenpopulatie, kenmerken van huisartsen- en specialistenpraktijk en kenmerken van de spreiding van fysiotherapeutische zorg.
Het onderzoek zal worden afgestemd op het in het hoofdstuk 'Samenhang' genoemde project SAM 86.01 (samenwerken en fysiotherapie).

FYS 86.01 Classificatie in de fysiotherapiepraktijk
Financier : NIVEL
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: desk-research, rapportage
Uitvoering: Drs. E. Curfs, Dr. P.P. Groenewegen.

In het project FYS 85.01 (fysiotherapie bij de peilstations) is er sprake van een 'verwijsdiagnose' (indicatie bij verwijzing) van de huisarts en van 'werkdiagnose' van de behandelende fysiotherapeut.

Vergelijking van de beide vereist een gemeenschappelijke classificatie, die bovendien liefst ook nog de mogelijkheden moeten scheppen (als de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps) ook de vorderingen van de behandelende patiënt weer te geven.
Een classificatie die aan al deze eisen voldoet, bestaat niet. In het onderzoek zal worden bestudeerd of de bestaande classificaties door middel van aanpassingen geschikt gemaakt kunnen worden. Aansluiting zal worden gezocht bij reeds bestaande initiatieven op dit vlak.

FYS 86.02 Wijziging tariefstructuur fysiotherapie
Financier : NIVEL (?)
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: ?
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen.

Tussen beroepsorganisaties en ziekenfondsen is enige tijd (zonder resultaat) onderhandeld over het wijzigen van het stelsel van honorering per verrichting naar een vaste honorering per zitting. Nu heeft de VNZ het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) aangeraden dit zittingentarief in te voeren. De VNZ wil echter wel dat fysiotherapeuten verrichtingen blijven registreren om veranderingen vast te kunnen stellen.
Men kan zich voorstellen dat registratie onder die omstandigheden niet optimaal zal verlopen.
Wil men vergelijkbaar materiaal verzamelen dan zou men de in project FYS 85.01 bij de deelnemende fysiotherapiepraktijken als vóórmeting kunnen beschouwen. Men moet deze praktijken dan namelijk wel bereid vinden om later nog eens een tijdje registratie bij te houden.
Ook zou bekeken moeten worden of ziekenfondsen toch niet vergelijkbare gegevens zouden kunnen leveren (al was het maar over de kosten).

FYS 86.03 Fysiotherapie in internationaal verband
Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: voorbereiding
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen.

Verhelderend voor een goed begrip van de positie van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg is een studie van de plaats van de fysiotherapie in andere systemen van gezondheidszorg.
Informatie over: wettelijke status, opleiding, mankracht, activitei-

ten, verhouding tot de medische professie, plaats in de extramurale zorg, honorering, financiering, is de moeite van het verzamelen waard.
Zo mogen bijvoorbeeld in België de kinesietherapeuten (is gelijk fysiotherapeuten) niet zelfstandig fysiotechniek beoefenen - alleen onder leiding van een fysiotherapeut (dat wil zeggen een revalidatie-arts in Nederlandse termen), terwijl in België er naast de Hogere Beroepsopleiding tot fysiotherapeut ook een universitaire bestaat (met dezelfde bevoegdheden).

Pro memorie:
Over fysiotherapeuten en fysiotherapie gaan ook nog de volgende projecten, die elders beschreven zijn:
REG 85.01 - registratie van gevestigde fysiotherapeuten (hfdst. 6)
REG 86.02 - registratie van adspirant-fysiotherapeuten (hfdst. 6)
NAT 86.04 - fysiotherapie in de grote praktijkstudie (hfdst. 7)
HVP 86.03 - Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie (hfdst. 8)
SAM 86.01 - Samenwerking en fysiotherapie (hfdst. 5)

9.3. Samenvatting

Het onderzoeksprogramma fysiotherapie is in 1985 van start gegaan met een serie onderzoekingen, die in 1986 en gedeeltelijk in 1987 zullen doorlopen en waarvan de informatie zal dienen om nieuw onderzoek te formuleren dat voortbouwt op de verworven kennis. Het betreft hier de volgende onderzoekingen:
FYS 85.01 - Fysiotherapie bij de Nederlandse peilstations
FYS 85.02 - Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg
FYS 85.03 - Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapie

Daarnaast zijn enkele nieuwe onderzoekingen geformuleerd:
FYS 86.01 - Classificatie in de fysiotherapiepraktijk
FYS 86.02 - Wijziging tariefstructuur fysiotherapie
FYS 86.03 - Fysiotherapie in internationaal verband

Tenslotte zijn enkele fysiotherapieprojecten ook elders vermeld:
REG 85.01 en REG 86.02 - Registratie van gevestigde en adspirant-fysiotherapeuten (hfdst. 6)
NAT 86.04 - Fysiotherapie in de grote praktijkstudie (hfdst. 7)
HVP 86.02 - Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapie (hfdst. 8)
SAM 86.01 - Samenwerken en fysiotherapie (hfdst. 5).

10. HET KRUISWERK (PROJECTLEIDER Mw. Dr. A. KERKSTRA)

10.1. 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 beide onder de noemer van het kruiswerk vallen. Daarnaast omvat 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 naar alle activiteiten van het kruiswerk geen zinvolle aanpak. Men dient de verschillende functies te onderscheiden en per functie het te verrichten onderzoek daarop toe te snijden.
In 1985 werd het kruiswerk voor het eerst als onderzoeksterrein in het werkplan van het NIVEL opgenomen. Daarin hebben activiteiten die centraal staan in de gedachten over de vorm waarin de eerstelijnsgezondheidszorg moet worden gegeven de hoogste prioriteit gekregen. 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.
Aangezien het verwerven van velddeskundigheid enige tijd in beslag neemt en er bovendien op het gebied van de extramurale verpleegkundige zorg géén sprake is van een duidelijke onderzoekstraditie is in 1985 vooral tijd besteed aan het formuleren van onderzoeksprojecten en het verwerven van subsidies voor de uitvoering van deze projecten.
Eén onderzoek, 'Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid' is reeds in 1985 uitgevoerd en afgerond. Drie andere onderzoeksprojecten zijn eind 1985 gestart en zullen in 1986 en 1987 worden afgerond. Deze onderzoeken zijn vooral beschrijvend van aard en hebben gedeeltelijk een voorbereidend karakter voor vervolgonderzoek. Er worden meetinstrumenten ontwikkeld waarmee de werkzaamheden en de tijdsbesteding van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart kunnen worden gebracht.
Het onderzoek op het gebied van de jeugdgezondheidszorg heeft betrekking op de verschillende wijzen waarop de consultatiebureaus

zijn georganiseerd en het aandeel van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen in deze zorgsector.
Verder lijkt het zinvol om aan de vraagzijde een begrip als zorgbehoefte of verpleegbehoefte nader te definiëren en in concreet meetbare onderdelen uiteen te leggen.
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 enige bezorgdheid tegemoet wordt gezien. Het lijkt zinvol om eens te bezien hoe onze zuiderburen dit probleem hebben aangepakt.
Op langere termijn zou onderzoek naar de thuisverpleging samen moeten vallen met onderzoek op het gebied van de gezinsverzorging, omdat hier sprake is van een vloeiende overgang, zeker wat de zorgbehoefte betreft.
Voor de uitvoering van het programma is 3.3 FTE wetenschappelijk medewerker nodig.

10.2. De projecten

WIJK 85.01 Het werk van wijkverpleegkundigen-I: instrumentonwikkeling

Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling en tussenrapportage. Afronding: 1 januari 1987.
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra, Mw. Drs. A. de Wit.

De wetenschappelijke kennis over het dagelijks handelen van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden is betrekkelijk gering. In de jaren zeventig zijn enkele onderzoeken op landelijk niveau uitgevoerd, maar meer recente gegevens op landelijke schaal ontbreken.
Om dergelijk onderzoek uit te voeren dienen meetinstrumenten beschikbaar te zijn, waarmee het wijkverpleegkundig handelen kan worden beschreven. Binnen het kruiswerk bestaat het Wijk Administratie Systeem dat in beginsel in staat moet zijn om dergelijke beschrijvende gegevens te leveren; de hierin gebruikte begrippen zijn echter soms erg ruim en er bestaat geen zekerheid over de vraag of iedere wijkverpleegkundige de begrippen op dezelfde wijze interpreteert.
Deze eerste fase van dit uit twee delen bestaande onderzoek is gericht op het verzamelen van basiskennis over het handelen van wijk-

verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en definiëren van de belangrijkste begrippen en het ontwikkelen van één of meer meetinstrumenten die geschikt zijn om op landelijke schaal en op een representatieve manier het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kaart te brengen.
Hiertoe worden verschillende meetmethoden, zoals (participerende) observatie, zelfregistratie, vragenlijsten en interviews uitgetest bij kleine aantallen wijkverpleegkundigen. De meest veelbelovende methode zal op landelijke schaal worden toegepast.

WIJK 87.01 Het werk van wijkverpleegkundigen-II: beschrijvend onderzoek op landelijke schaal

Financier : WVC
Status : in voorbereiding (in WIJK 85-01). Activiteiten 1986: geen
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra, Mw. Drs. A. de Wit.

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, op grond waarvan definitief zal worden vastgesteld welke activiteiten gemeten worden en met welke methode; welke kenmerken van de organisatie (in ruime zin) van belang zijn om in beschouwing te nemen; hoeveel wijkziekenverzorgenden en wijkverpleegkundigen in het onderzoek moeten worden betrokken, en in welke verschillende situaties ze werkzaam dienen te zijn.
Beide projecten worden als één gefaseerd geheel gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

WIJK 85.02 Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden

Financier : WVC
Status : in uitvoering (samen met het Instituut Voor Arbeidsvraagstukken (IVA) te Tilburg). Activiteiten: 1986 materiaalverzameling en rapportage. Afronding: 1 januari 1987
Uitvoering: Drs. G.D.J. van der Speld.

In het kruiswerk gelden beperkingen met betrekking tot de hoeveelheid deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Deze vloeien voort uit het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties, daterend uit 1981, waarbij als motivering geldt dat continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening niet aangetast

mogen worden. Binnen de grenzen van dit besluit kunnen de kruisverenigingen verder zelf hun beleid voeren met betrekking tot deeltijdarbeid. Toch rijzen hier en daar problemen met deze toegestane maximale hoeveelheid deeltijdarbeid. Om daarin een inzicht te krijgen is een onderzoek opgezet. De probleemstelling van het onderzoek is drieledig:

1. Hoe is het gesteld met de omvang en de aard van deeltijdarbeid onder (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden?
2. Welke consequenties heeft deeltijdarbeid voor het functioneren van de organisatie, voor de zorgverlening en voor de werknemers en wat zijn hierbij de knelpunten?
3. Welke mogelijkheden zijn er om deeltijdarbeid uit te breiden?

De beantwoording van deze vragen geschiedt aan de hand van de volgende taakverdeling:

- Het IVA onderzoekt de mogelijkheden en beperkingen van deeltijdarbeid op het niveau van de organisatie (erkende kruisverenigingen) en kijkt daarbij vooral naar organisatorische consequenties, consequenties voor de zorgverlening en financiële consequenties. Als methode hanteert het IVA case-studies en een schriftelijke enquête onder alle erkende kruisorganisaties in Nederland.
- Het NIVEL richt zich op het niveau van de individuele werknemer door middel van een schriftelijke enquête en gaat na welke knelpunten men ervaart bij deeltijdarbeid, in hoeverre men bereid is tot deeltijdarbeid en hoe men tegenover verschillende vormen van deeltijdarbeid staat.

WIJK 85.03 De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen

Financier : WVC
Status : in uitvoering. Activiteiten 1986: materiaalverzameling. Afronding: eerste fase 1 mei 1987
Uitvoering: Mw. Drs. T. Vorst-Thijssen.

De zorg voor zuigelingen en kleuters behoort deels tot de taak van huisartsen en wijkverpleegkundigen en wordt deels in consultatiebureaus, die doorgaans tot de basisgezondheidszorg worden gerekend, verricht. De samenstelling van het team dat daar werkt varieert; soms werkt er een consultatiebureau-arts, soms een huisarts samen met een wijkverpleegkundige en in de consultatiebureaus 'nieuwe stijl' hebben de arts en de wijkverpleegkundige om de beurt zitting.

Dit onderzoek beoogt te inventariseren in welke vorm en in welke mate huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen werkzaam zijn op het gebied van de zorg voor 0-4 jarigen, zowel in de georganiseerde jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus) als daarbuiten.
De voor- en nadelen van de verschillende uitvoeringsvarianten van de consultatiebureaus worden vanuit verschillende invalshoeken onderzocht. In de eerste plaats wordt nagegaan welke knelpunten worden ervaren door wijkverpleegkundigen, huisartsen en consultatiebureau-artsen in de zorg voor 0-4 jarigen. Gevraagd wordt naar mogelijke problemen die voortkomen uit de organisatie van de zorg, de taakverdeling tussen de hulpverleners en meer inhoudelijke problemen, zoals verschil in opleiding, nascholing of opvattingen over de waarde van het preventieve werk in consultatiebureaus. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de communicatie tussen het consultatiebureau en de eerste lijn, in die gevallen waarin de huisarts geen bureau leidt en aan de communicatie tussen het consultatiebureau en de tweede lijn, in geval van verwijzing. Tevens wordt onderzocht in hoeverre huisartsen en wijkverpleegkundigen informatie die zij uit overige contacten (bijvoorbeeld spreekuurcontacten of huisbezoeken) over het kind hebben, gebruiken in hun consultatiebureauwerk. Tenslotte wordt bij deze evaluatie ook de 'consument' ondervraagd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen een feitelijk gegeven als de deelname aan de georganiseerde jeugdgezondheidszorg en subjectieve gegevens zoals de tevredenheid met de gang van zaken bij de verschillende uitvoeringsvormen.

WIJK 87.02 Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland

Financier : ?
Status : idee. Activiteiten 1986: zoeken naar belangstellenden aan Vlaamse zijde en financiering
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra, Dr. J. van der Zee.

Het zou interessant zijn om in Nederland en België 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 wat 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.

WIJK 87.03 Kraamzorg
Financier : ?
Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: onderzoeken of nader onderzoek nodig is
Uitvoering: eventueel n.n., mw. Dr. A. Kerkstra.

Zonder kraamzorg zou het unieke Nederlandse instituut van de thuisbevalling geen levensvatbaarheid hebben. Voor het voortbestaan van de thuisbevalling is een goed aansluitende kraamzorg van groot belang. De indruk bestaat dat kraamzorg weinig flexibel wordt verstrekt, minder flexibel althans dan consumenten en bijvoorbeeld verloskundigen en huisartsen zouden willen zien. Daarnaast bestaat de indruk dat er regionaal wel sprake is van variatie en dat men in de ene plaats kan krijgen wat er in de andere niet tot de mogelijkheden behoort.
In opdracht van de Nationale Kruisvereniging is in 1981 een onderzoek verricht naar knelpunten in de zorg. Het verslag van dit onderzoek zal begin 1986 worden vrijgegeven.
Gegeven het bestaan van dit onderzoek zal in 1986 eerst bezien worden of bovengenoemde vragen niet reeds beantwoord zijn.
Indien er vragen over blijven zal een onderzoeksvoorstel worden voorbereid en ingediend.

10.3. Samenvatting

Het programmadeel 'Kruiswerk' voor de jaren 1986-1987 zal voor een groot deel bestaan uit het uitvoeren van onderzoek dat gebaseerd is op de in 1985 geformuleerde onderzoeksvoorstellen.
De wijkverpleging staat hierin centraal en het onderzoek heeft een instrument- en begripsontwikkelend, verkennend karakter. In het volgende meerjarenplan zal wellicht ook aandacht worden besteed aan andere disciplines binnen het kruiswerk. De volgende projecten zullen in 1986-1987 worden uitgevoerd:

WIJK 85.01 en WIJK 87.01 - Het werk van wijkverpleegkundigen (fase I en II-instrumentontwikkeling en beschrijvend onderzoek).
WIJK 85.02 - Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (sa-

menwerkingsproject tussen NIVEL en IVA).

WIJK 85.03 - De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen.

WIJK 87.02 - Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland.

WIJK 87.03 - Kraamzorg.

11. CONSUMENTENONDERZOEK (PROJECTLEIDER - VACATURE)

11.1. Inleiding

Vrijwel ieder onderzoek uit de voorgaande hoofdstukken heeft zijn pendant aan consumentenzijde. Spreiding van hulpverleners over bepaalde regio's, betekent 'bereikbaarheid' voor de gebruiker van de diensten. Bepaalde monopoloïde structuren (apotheek versus apotheekhoudende huisartsen, verloskundige versus huisarts) houden weinig rekening met de wensen van de consument. Een beleid van zuinig omspringen met verwijskaarten en recepten in de huisartspraktijk zou weleens op protesten van consumentenzijde kunnen stuiten.
Soms wordt de mening van gebruikers van zorg expliciet in een onderzoek meegenomen (bij jeugdgezondheidszorg, bij kraamzorg, bij het onderzoek naar de gevolgen van het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering), maar vaker is er slechts impliciet sprake van aandacht voor de gebruiker van de zorg.
Door het ontbreken van een projectleider in dit veld verloopt het specifieke consumentenonderzoek met horten en stoten. In 1985 werd het onderzoek naar knelpunten in de eerste lijn te Rotterdam afgesloten; datzelfde gold voor het samen met de Consumentenbond uitgevoerde onderzoek naar opvattingen van huisartsen en patiënten over het onderwerp 'patiëntenrechten' in brede zin.
Sinds het afronden van deze projecten liggen de werkzaamheden stil; er wordt gewerkt aan een onderzoeksvoorstel om een consumentenpanel gezondheidszorg in te stellen, inclusief een bijbehorend onderzoeksprogramma.
Eén project, dat nog wel in het werkplan 1985 voorkwam, is nu afgevoerd. Het betreft hier een onderzoek naar de functies van patiëntenorganisaties op microniveau (waarom is de één wel en de ander onder gelijke omstandigheden géén lid) en op macroniveau (welke organisaties weten de meeste maatschappelijke veranderingen teweeg te brengen). Er bleek bij de overkoepelende organisatie van patiëntenverenigingen geen interesse voor dit onderwerp en daarmee heeft het te weinig draagvlak om kans op uitvoering te maken.

Het is overigens zinvol om consument en patiënt niet begripsmatig gelijk te schakelen. Voor een patiënt en zeker voor een chronische patiënt is het ziek of gehandicapt zijn een integraal en permanent onderdeel van zijn bestaan en omvat veel meer dan het consumeren van

diensten in de gezondheidszorg. De consument van zorg past meer in een beperkte economische benadering van de gezondheidszorg.

11.2. Projecten

CON 86.01 Een consumentenpanel

Financier : ?

Status : in voorbereiding. Activiteiten 1986: voorbereiding onderzoeksvoorstel

Uitvoering: n.n. onder leiding van Dr. J. van der Zee, Drs. H. Sixma.

Bekend in kringen van het gezondheidszorgonderzoek is het zogenaamde 'gehandicaptenpanel'; een door de Nederlandse Stichting voor de Statistiek samengestelde representatieve groep chronisch zieken en gehandicapten, aan wie regelmatig vragen worden gesteld over zaken die voor gehandicapten van bijzonder belang zijn.
Het ligt in de bedoeling om in samenwerking met de Consumentenbond naast dit gehandicaptenpanel een panel samen te stellen van doorsnee gebruikers van de gezondheidszorg. Dit panel zou een signalerende en kritische functie moeten vervullen ten aanzien van zaken waarvoor het oordeel van de gebruikers van de (eerstelijns)gezondheidszorg van belang is.
Twee zaken zijn van belang in dit opzicht.
Ten eerste dient men niet in de valkuilen van het panelonderzoek te vallen; panels tenderen tot forum van 'deskundigen' te worden, met een meer dan modale kennis van het onderwerp waarover ze worden ondervraagd. Dit kan enigszins worden tegen gegaan door delen van het panel te 'verversen'.
Ten tweede moet men zorgvuldig uitzoeken over welke onderwerpen het zinvol is om het oordeel van consumenten te vragen; een oordeel over de inhoudelijke kwaliteit van de zorg moet met grotere voorzichtigheid worden gehanteerd dan een oordeel over de organisatorische aspecten van de praktijkvoering.
Voordat een panel kan worden samengesteld, zal eerst het nodige vooronderzoek moeten gebeuren. Dit vooronderzoek kan aansluiten op eerder onderzoek van het NIVEL - bijvoorbeeld het onderzoek naar de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg onder de leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen. Een belangrijk onderwerp voor het panel zal zijn de beoordeling van de effecten van praktijkgrootte (en mogelijke praktijkverkleining) en praktijkorganisatie,

aangezien dit onderwerp in de serie afspraken tussen het Ministerie van WVC, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Ziektekostenverzekeraars een vooraanstaande rol speelt.
Ook kan het panel als instrument voor marketing onderzoek worden gebruikt en kunnen wensen van consumenten permanent worden gepeild.
Hiernaast worden in de Grote Praktijkstudie enkele projecten voorbereid die zelfzorg en mantelzorg als onderwerp hebben. Hier komt de positie van de cliënt/patiënt/consument duidelijk tot uitdrukking.

11.3. Samenvatting

Van het consumentenonderzoek valt betrekkelijk weinig samen te vatten. In de loop van 1985 zijn enkele onderzoeksprojecten afgerond; er staat slechts één (zij het omvangrijk en complex) project op stapel: Het - naar analogie van het bestaande Gehandicaptenpanel - oprichten van het forum van consumenten van de (eerstelijns)gezondheidszorg. Nader onderzoek moet echter nog uitwijzen over welke onderwerpen het oordeel van de consument als meer en minder valide dient te worden beschouwd.

12. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE (PROJECTLEIDER Mw. DRS. A.K. DE LEEUW)

Nu de integratie tussen 'bibliotheek en documentatie' en 'wetenschappelijk onderzoek' op het NIVEL duidelijk zijn vorm heeft gekregen zal in 1986 voornamelijk gewerkt worden aan de automatisering van de bibliotheek. In samenwerking met de Stichting GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) en met het NcGv (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid) zal deze automatisering plaatsvinden.
Deze drie instituten hebben direct toegang tot elkaars collectie. Door deze 'uitbreiding' van het bestand kan service verleend worden over een breed terrein.
In 1985 is reeds begonnen om ten dienste van de geautomatiseerde documentatie-activiteiten een trefwoordenlijst samen te stellen, die aansluit bij het specialistisch karakter van de bibliotheek van het NIVEL. In 1986 verwachten wij deze activiteit af te ronden, waardoor het mogelijk wordt met een fijnmazig zoeksysteem, snel en doelmatig relevante literatuur te vinden.
De aandacht zal in 1986 verdeeld moeten worden over de uitvoering van de automatisering en het systematiseren van de documentatie-activiteiten.
Literatuurontsluiting en verspreiding van informatie dient gericht, doeltreffend en systematisch te gebeuren. Het ontsluiten en vinden van literatuur gebeurt door middel van een trefwoordensysteem, het verspreiden van informatie door middel van publikaties waarin literatuur van eigen en andere collecties beschreven wordt.

Bibliografieën
Gezien de grote belangstelling voor eerder vervaardigde bibliografieën als 'de psycholoog in de eerste lijn', zal worden voortgegaan met het vervaardigen ervan.
De volgende onderwerpen komen in 1986 aan de orde:
- wijkverpleging (in bewerking - gereed begin 1986)
- bejaarden (in bewerking - gereed begin 1986)
- relatie eerste-tweede lijn (relatie huisarts/specialist bij verwijzing, opname in en ontslag uit het ziekenhuis); taakafbakening huisarts/specialist - samenwerking ziekenhuisverpleging/thuisverpleging/gezinszorg (een serie van 3 bibliografieën)
- taakopvattingen van huisartsen
- preventie in de eerstelijn (ook meerdere bibliografieën over:

vroege opsporing - leefgewoonten).

Voorrang hebben de bibliografieën over preventie, fysiotherapie en relatie 1e-2e lijn. Geprobeerd zal worden om (bijvoorbeeld voor de preventie-bibliografieën) te werken met extra budgettaire financiering. Zeker als men beseft dat het NHG-Congres van 1986 aan preventie gewijd zal zijn, zullen NIVEL-activiteiten in goede aarde vallen.
De bibliografieën zullen in een herkenbare serie verschijnen; nauw zal worden samengewerkt met de onderzoeker, werkzaam op de verschillende thema's.
In 1987 - als het automatiseringsproject geheel is afgerond - komen deze documentatie-activiteiten in het volle licht van de aandacht te staan.
Het ligt in de bedoeling om dan zeer regelmatig - gedacht wordt aan 4 à 6 maal per jaar - een bibliografie uit te brengen, die na bepaalde tijd geactualiseerd zal worden. De inhoud van de bibliografieën zal voornamelijk literatuur bevatten van wetenschappelijke aard, voorzien van een referaat.
De rode draad die door de opgenomen literatuur loopt wordt beschreven in een inleiding.

Literatuurlijsten
Een 'voorloper' van een bibliografie is de 'literatuurlijst'. Voor de bibliotheek- en documentatie-afdeling is het vervaardigen ervan minder werk; het werk dat wordt verricht is echter een goede basis voor het meer uitvoerige bibliografische werk. Over bovengenoemde onderwerpen zullen dus eerst literatuurlijsten verschijnen, maar ook de actualiteit kan in deze maandelijkse lijsten tot uiting komen.
Naast genoemde activiteiten zal de gebruikelijke dienstverlening uiteraard gecontinueerd worden. Deze houdt in:
- de uitlening
- het op aanvraag vervaardigen van copieën van tijdschriftartikelen
- het uitgeven van de maandelijkse aanwinstenlijst
- het uitgeven van de driemaandelijkse aanwinstenlijst op het gebied van samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg
- het geven van inlichtingen

13. OVERIGE ACTIVITEITEN

13.1. Inleiding

Traditioneel staan onder 'overige activiteiten' de plannen vermeld voor de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek en Onderzoeksprogrammering.
Ditmaal worden ze vergezeld van een plan voor de herhaling van het eind 1984 gehouden symposium 'Onderzoek eerste lijn' en van een serie gezamenlijke activiteiten van de 4 landelijke sectorinstituten voor het gezondheidszorgonderzoek.
De activiteiten vergen 0.2 FTE wetenschappelijk personeel in 1986.

13.2. Projecten

Registratie Wetenschappelijk Onderzoek
Financier : WVC (doelsubsidie)
Status : continue activiteit. Activiteiten 1986: jaarlijks overzicht
Uitvoering: Mw. Drs. E.M. Sluijs en Mw. E. Becht-Melai.

Inhoud
In het registratiesysteem van lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn wordt van elk onderzoek een serie gegevens verzameld over mankracht en middelen, inhoud en methodiek en produkten in termen van publikaties.
Jaarlijks verschijnt een overzicht van de lopende onderzoekingen, terwijl de kwantitatieve informatie verwerkt wordt in statistische overzichten ten dienste van de onderzoeksprogrammering.
In deze onderzoeksprogrammering vervult het NIVEL een inventariserende en signalerende functie; men zou dit kunnen betitelen als 'proto-programmering'. Dit werk kan op tamelijk eenvoudige wijze worden gebruikt ten behoeve van een programmerende functie, maar dit is afhankelijk van de uiteindelijke organisatie van het (toegepaste) wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg.

Symposium: De Eerste Lijn Onderzocht
(organisatie: Drs. W.G.W. Boerma, Drs. D. Wijkel)
Evenals eind 1984 zal voorjaar 1987 een symposium worden georgani-

seerd over onderzoek in en over de eerste lijn. Ook ditmaal zal met behulp van externe referenten zowel een selectie worden gemaakt uit de kort omschreven onderwerpen als uit de uiteindelijke bijdragen.
Een congresbundel zal het geheel afsluiten. Punt van discussie is nog of de opzet van 1984 ongewijzigd zal worden herhaald (een staalkaart van lopend en afgesloten onderzoek) of dat een meer themagewijze aanpak zal worden verkozen.

Trendstudie 1988
Nu met het verschijnen van de overzichtsstudie onderzoek eerste lijn het Nederlandse onderzoek op dit terrein is geïnventariseerd en beschreven is het lonend om de na mei 1985 verschenen literatuur systematisch bij te houden. Het vervaardigen van een nieuwe overzichtsstudie in 1988 (men moet de tussenpoze niet te kort nemen) dient nu al (procedureel) te worden voorbereid.

Gezamenlijk Onderzoek vier sectorinstituten gezondheidszorg (Contactpersoon Dr. J. van der Zee)
Nadat in 1984 een nota is verschenen waarin de onderzoeksprogramma's van de vier sectorinstituten in de gezondheidszorg met elkaar zijn vergeleken op overeenkomsten en verschillen, is de onderlinge samenwerking tussen NIVEL, Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO (NIPG/TNO) verder voortgeschreden.
De gedachte is nu om een gezamenlijk onderzoeksproject te formuleren en in federatief verband uit te voeren.
Drie van de vier instituten (NIVEL, NZI, NcGv) zijn typische 'aanbod-instituten' die vooral het functioneren van de aanbodzijde van de gezondheidszorg als object van studie hebben. Het NIPG houdt zich ook met 'gezondheidsmeting' bezig, dus in combinatie zouden de vier instituten een zinvol en vooral niet fragmentarisch onderzoek kunnen verrichten.
Gekozen is voor 'ouderen' als centraal thema. Gezondheidstoestand, onwelbevinden, behoefte aan (professionele) hulp of zorg en de feitelijke hulpvraag kunnen door de vier instituten samen elk met zijn eigen invalshoek worden onderzocht.
Veel aandacht zal in het onderzoek worden geschonken aan de overgang tussen ervaren onwelbevinden, hulpbehoefte en hulpvraag. Aangezien studie van het zorgaanbod de sterke kant van de instituten vormt, zal keer op keer zich door de onderzoekers de vraag worden gesteld of het specifieke zorgaanbod inderdaad een adequaat antwoord op de

hulpvraag geeft. De mate en vorm waarin het aanbod de vraag beïnvloedt vormen een centraal thema in het onderzoek. Voor 1986 worden de voorstellen verder uitgewerkt en wordt bezien in hoeverre de vraagstellingen met bestaande gegevens kunnen worden beantwoordt of dat eigen materiaalverzameling nodig is. Als financier van het onderzoek wordt aan het het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gedacht.

14. SAMENVATTING

14.1. Algemeen

In tweeërlei opzicht markeert het werkplan 1986/1987 een nieuwe fase van het instituut. Ten eerste worden begin 1986 enkele grote langlopende onderzoeksprojecten afgesloten (twee daarvan met een academisch proefschrift, namelijk 'Samenwerken en Verwijzen', 'Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek') terwijl een serie van nieuwe projecten (voor een deel kortlopend, maar ook van langere duur) eind 1985 is begonnen.
Deze laatste projecten hebben niet meer de huisarts als onderwerp van onderzoek, maar fysiotherapie of wijkverpleging, zodat (en dat is het tweede punt) met bovengenoemde omschakeling het NIVEL eerst met recht 'eerstelijnsinstituut' genoemd kan worden.
Niet dat de huisarts uit de aandacht verdwenen is; wie het werkplan bekijkt ziet dat in hoofdstuk 7 een gigantisch onderzoeksproject staat geformuleerd: 'Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', waarvan per 1 oktober 1985 de uitvoerbaarheidsstudie daadwerkelijk begonnen is.
Het werkplan is ingedeeld in een tiental thema's, waarvan de eerste vier de 'eerstelijns(gezondheids)zorg' als object hebben, en de laatste zes verschillende onderdelen van de eerste lijn bestuderen (disciplines bijvoorbeeld).
Alle thema's zijn nu met 'projectleiders' bemand, behalve het consumentenonderzoek, waar nog steeds geen ruimte voor is binnen de begroting.
Het werkplan wordt besloten met een overzicht van de activiteiten van de bibliotheek- en documentatie-afdeling en van een aantal algemene 'overige' activiteiten, waaronder de Registratie van Lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eerste lijn.

Thema's, projectleiders en hoofdstukindeling luiden als volgt:

hoofdstuk 2 Internationaal vergelijkend onderzoek - Dr. J. van der Zee
hoofdstuk 3 Relatie eerste/tweede lijn in de gezondheidszorg - Drs. T.J.J.M.T. Kersten
hoofdstuk 4 Relatie eerste lijn/GGZ - Drs. L. Peters
hoofdstuk 5 Samenwerking en samenhang binnen de eerste lijn - Drs. D. Wijkel

hoofdstuk 6 Volume- en functie-aanbod in de ELGZ - Drs. L. Hingstman
hoofdstuk 7 Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk - Mw. Drs. M. Foets
hoofdstuk 8 Hulpverleningsprocessen - Drs. P.F.M. Verhaak
hoofdstuk 9 Fysiotherapie - Dr. P.P. Groenewegen
hoofdstuk 10 Wijkverpleging - Mw. Dr. A. Kerkstra
hoofdstuk 11 Consumentenonderzoek
hoofdstuk 12 Bibliotheek en documentatie - Mw. Drs. A.K. de Leeuw
hoofdstuk 13 Overige activiteiten

14.2. Internationaal vergelijkend onderzoek

Het feit dat vrijwel alle systemen van gezondheidszorg te kampen hebben met dezelfde soort problematiek (zeer beperkte beheersbaarheid en weinig 'gezondheidswinst' in verhouding tot de extra kosten) creeert een neiging om over de grenzen heen te kijken. Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg heeft de volgende karakteristieke eigenschappen:
- scheiden van het bestuurlijke en financiële circuit
- belangrijke rol huisarts
  . geen directe toegang specialist en (A)GGZ
  . betaling grotendeels per abonnement terwijl specialist per verrichting wordt betaald
  . samenwerking tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
- geen geheel publiek verzekeringssysteem (belangrijke rol voor particuliere maatschappijen)
- vrijwel complete (behalve bij de wijkverpleging) organisatorische scheiding van curatieve en preventieve zorg
- geen of nauwelijks 'eigen' bijdrage voor de (collectief verzekerde) patiënten.

Internationaal vergelijkend onderzoek is van belang op punten waar andere systemen van deze Nederlandse karakteristieken verschillen. Omdat niet op voorhand alles bekend is over andere systemen (die bovendien niet erg stabiel zijn op 't ogenblik) is **inventarisatie** nodig. Op kosten van de EEG wordt de relatie huisarts/specialist geïnventariseerd (honorering, taakafbakening etc.). Ook wordt een inventarisatie gemaakt van honoreringswijze en inkomens van huisartsen, terwijl een voorstel is geformuleerd voor een inventarisatie van de

plaats van de fysiotherapie.
Op grond van hetgeen nu reeds bekend is, wordt een onderzoek voorgesteld naar verwijzingen in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken (binnen en buiten Kopenhagen), thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland en medische consumptie in het algemeen in Vlaanderen en Nederland.
De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt:

INT 85.01 Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese gemeenschap
INT 85.02 Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen
INT 84.01 Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op microniveau
INT 84.02 Vraag/aanbod relaties in de Engelse gezondheidszorg
INT 84.03 Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg
FYS 86.03 Fysiotherapie in andere systemen van gezondheidszorg
WIJK 86.02 Thuisverpleging in Nederland en Vlaanderen
SAM 86.05 Gezondheidscentra internationaal.

14.3. Relatie eerste/tweede lijn

Op dit vlak is er naast aandacht voor het huisarts-gerichte onderzoek naar 'instroom' van de tweede lijn (vooral verwijsonderzoek) ook onderzoek naar het meer 'eerstelijns-georiënteerde' onderzoek naar de 'uitstroom' uit de tweede lijn (nazorg bijvoorbeeld).
Dat wil niet zeggen dat er geen onderzoek meer naar 'verwijzen' wordt gedaan. Zeker als er beter onderzoeksmateriaal voorhanden is dan het meestal gebruikte ziekenfondsverwijspercentage is verwijsonderzoek nuttig en zinvol.
Binnen het thema loopt één groot project af 'Ziekenhuis Lelystad'. Aangezien de verwachte verandering in gedrag en opvatting van huisartsen en patiënten in veel minder sterke mate is opgetreden, wordt nog een 'follow-up' voorstel geformuleerd. Het tweede grote project 'Evaluatie gezondheidszorg Almere' (sterke eerste lijn - zeer beperkte tweede lijn) loopt door tot in 1987.
Nieuw onderzoek is er op het vlak van de invloed van huisartsen in de tweede lijn (op opname en ontslag uit het ziekenhuis), vorm en functies van nazorg en op de mogelijkheden om in algemeen bestuurlijke zin de relatie tussen eerste en tweede lijn te beïnvloeden en onderzoek naar de vraag of er in de honorariumsfeer bij huisartsen 'prikkels' zijn in te bouwen die doorverwijzingen naar de tweede

lijn kunnen verminderen.
De volgende projecten zijn geformuleerd:

REL 85.01 Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken
REL 85.02 Alternatieven voor abonnementshonorarium van huisartsen
REL 86.01a-c Invloed van de huisarts in de tweede lijn
REL 86.01a De invloed van de huisarts op door specialisten uitgeschreven herhaalkaarten
REL 86.01b Gezondheidszorgplanning op gewestelijk niveau
REL 86.01c Nazorg van ziekenhuispatiënten te Rotterdam
REL 84.01 Ziekenhuis Lelystad
REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere
REL 87.01 Verwijsbrieven en specialistenbrieven
REL 87.02 Rol van de eerste lijn bij opnamen in het verpleeghuis
REL 85.03 Substitutie van verpleegkundige zorg
REL 84.03 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen

14.4. Relatie eerste lijn/GGZ

De Nieuwe Nota Volksgezondheid zorgt hier voor inspiratie door zijn prikkelende uitspraken over 'lichtere' en 'zwaardere' psycho-sociale problematiek, waarvan het eerste soort in de eerste lijn en het tweede soort in de (ambulante) GGZ behandeld zou moeten worden. Zowel inhoudelijk (wat **is** lichtere en zwaardere problematiek en wat **zijn** de behandelmogelijkheden van de eerste lijn) als organisatorisch (hoe zit het nu feitelijk met verwijzingen en afstemming) zijn er legio vragen die met behulp van onderzoek beantwoord kunnen worden. De 'inhoudelijke' vragen worden deels bij het hoofdstuk 'hulpverleningsprocessen behandeld: de afstemming- en organisatievraagstukken treft men vooral in dit hoofdstuk aan. Naast het voorgestelde onderzoek vindt men in het werkplan ook een voorstel om een Engelstalige overzichtsstudie te vervaardigen die de unieke rol van de Nederlandse eerstelijnszorg en de ambulante GGZ belicht. De volgende projecten zijn voorgesteld:

GGZ 85.01 Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (in samenwerking met het NcGv)
GGZ 85.02 AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze
GGZ 86.01 Het verwijzen van psycho-sociale problematiek door huisartsen in het peilstationsproject

GGZ 86.02 Psychologen in de eerste lijn (in samenwerking met het NcGv)
GGZ 86.03 Mental health in primary care.

14.5. Samenwerking en samenhang in de eerstelijns(gezondheids)zorg

Met het onderwerp Samenwerking en Samenhang wordt de eerstelijn-in-zijn-geheel als onderwerp van onderzoek verlaten en nemen we een kijkje **binnen** de eerste lijn, zij het wel het meest algemene en overkoepelende onderwerp.
Met het beëindigen van het onderzoek 'Samenwerken en Verwijzen' is een einde gekomen aan een langlopend door de Ziekenfondsraad gefinancierd evaluatie-onderzoek. De resultaten zijn van dien aard - (huisartsen in gezondheidscentra verwijzen inderdaad minder dan hun solistische collegae; dit ligt niet aan doorkruisende factoren en ook niet aan 'gezondere' patiënten; het zijn **andere** artsen, maar ze hebben wel deze organisatievorm nodig om hun ideeën in de praktijk te brengen, alleen **hoe** (multidisciplinaire) samenwerking nu precies inwerkt op het verwijscijfers is minder duidelijk) - dat beleidsmatig gezien meer onderzoek nu niet direct nodig is. Wel wordt nog een voorstel geformuleerd om 'samenwerking en fysiotherapie' te onderzoeken, terwijl ook een voorstel zal worden geformuleerd voor de evaluatie van medisch-farmacotherapeutisch overleg.
Onder het thema samenhang valt als vanouds het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden, dat met ingang van 1985 van opzet veranderd is. Vroeger werden gezondheidscentra en huisartsgroepspraktijken geregistreerd en nu 'home-teams' (niet-gemeenschappelijk gehuisveste multidisciplinaire samenwerkingsverbanden) in plaats van de huisartsgroepspraktijken. Centrale vraag in het aan het registratiesysteem gekoppelde **onderzoek** is of dit laatstgenoemde type samenwerking een zelfde soort effect heeft bij verwijscijfers van de huisartsen bijvoorbeeld als de samenwerking-onder-één-dak.
Naast onderzoek naar samenwerking wordt binnen dit thema ook onderzoek verricht dat men kan kenschetsen met de term 'samenhang'. Vooral de rol van de (lokale) overheid in het scheppen van een samenhangend beleid (inzonderheid de afstemming van de werkgebieden van de vier kerndisciplines) is hier onderwerp van studie.

De volgende projecten zijn in het werkplan geformuleerd:
Binnen het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden:

RSV 84.01 Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra
RSV 84.02 Overlegvormen in gezondheidscentra

'restanten' van het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden 'oude stijl'

ROS 86.01 Basisgegevens in gezondheidscentra en home-teams
ROS 86.02 Is kwaliteit van samenwerking meetbaar?
ROS 87.02 Verwijscijfers van huisartsen binnen groepspraktijken en gezondheidscentra
ROS 87.03 Overlegvormen en home-teams

Een tweede groep heeft betrekking op (de evaluatie) van mono- en multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.
SAM 84.01 Samenwerken en verwijzen
SAM 86.01 Samenwerken en fysiotherapie
SAM 86.02 Medisch-farmacotherapeutisch overleg
SAM 86.03 Waarneemgroepen van huisartsen
SAM 86.04 Samenwerking tussen Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijnsgezondheidszorg
SAM 86.05 Gezondheidscentra in internationaal verband.

Tenslotte is er een serie onderzoekingen die vooral betrekking hebben op het thema 'samenhang' en dan vooral met de invloed van de lokale overheden op het vergroten van de samenhang.
SAM 84.02 Samenhang en theorie in praktijk (desk research)
SAM 85.01 Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
SAM 85.02 Afstemming werkgebieden en globale inventarisatie
SAM 86.06 Opbouw gegevensbestand gemeentelijke planning

14.6. Volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg

Het onderzoek in deze sector is (van oudsher) gebaseerd op (zelfbeheerde) registraties van gevestigde en adspirant-beroepsbeoefenaren. Sinds 1975 bestaat er een registratie van gevestigde huisartsen; in 1980 is daar de registratie van adspirant-huisartsen bij gekomen; in 1983 werd het registratiesysteem van verloskundigen operationeel en in 1985 werd een begin gemaakt met een omvangrijk karwei: de registratie van fysiotherapeuten.
Nu het opzetten van dit laatstgenoemde systeem is afgerond en de

eerste informatie begin 1986 zal verschijnen, wordt het accent verlegd van 'registratie' naar 'onderzoek'. De enige voorgenomen registratie-activiteit in 1986 is het beginnen van een registratie van apothekers.
Met het gereed komen van een proefschrift over de spreiding van huisartsen, heeft het onderzoek binnen dat onderwerp zijn voorlopige afronding gekregen. Het centrale onderzoeksthema voor 1986 wordt: 'de verloskundige markt'. In dit onderzoek wordt met behulp van gegevens uit de verloskundigen-registratie, enquêtemateriaal over het uitoefenen van de verloskunde door huisartsen en CBS-gegevens over plaats en leiding van de bevalling gepoogd verschuivingen in de verloskundige markt te reconstrueren en zo mogelijk te verklaren. Ook wordt in het onderzoeksprogramma aandacht besteed aan het (met de intrede van een vestigingsbeleid) veranderde karakter van de vestiging van jonge beroepsbeoefenaren. In toenemende mate neemt deze vestiging het karakter aan van 'public facility location', ter vergelijking met het oprichten van een bibliotheek, een school of ... een gezondheidscentrum.
De volgende projecten zijn geformuleerd:
REG 84.01 Huisartsenregistratie
REG 84.02 Registratie van adspirant-huisartsen
REG 84.03 Verloskundigen-registratie
REG 86.01 Registratie adspirant-verloskundigen
REG 85.01 Fysiotherapeuten-registratie
REG 86.02 Registratie adspirant-fysiotherapeuten
REG 86.03 Apothekers-registratie

VFA 86.01 Spreiding eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden
VFA 84.01 Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
VFA 84.02 Lokatie van voorzieningen in de elgz
VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie
VFA 86.02 Vergelijkende analyse van spreidingspatronen in de elgz
VFA 85.02 Twintig jaar vestigingscohorten
VFA 85.03 De verloskundige markt
VFA 87.01 Verloskundige activiteiten van huisartsen
VFA 87.02 De functie geneesmiddelenvoorziening
VFA 87.03 Alternatieve (huis)artsen

14.7. Vraag/aanbodrelaties in de huisartspraktijk

Het onderzoek in dit veld wordt gedomineerd door de voorgenomen om-

vangrijke en complexe 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk', ter voorbereiding waarvan per oktober 1985 een 9 maanden durende haalbaarheidsonderzoek aangevangen is.
In deze grote studie wordt gepoogd om (voor het eerst sinds Oliemans' uit het eind van de jaren zestig daterende studie) op nationale schaal gegevens te verzamelen over ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en wel bij een dusdanig aantal huisartspraktijken, dat van meet af aan de zonder twijfel aangetroffen interdokter- en interpraktijk variatie als serieus object van studie wordt meegenomen. Om te voorkomen dat er 'registratie omwille van de registratie' plaatsvindt is in overleg met de beleidsinstanties die het onderzoek financieren of die anderszins als belanghebbende kunnen worden beschouwd, een aantal beleidsrelevante onderzoeksvragen geformuleerd ter beantwoording waarvan de onderzoeksopzet zo goed mogelijk is aangepast, zodat tenminste deze vragen in het project kunnen worden beantwoord.
Daarnaast levert de studie nog een schat aan gegevens over de relatie tussen bepaalde klachten of ziekten en de door de huisarts verrichte handelingen. Als de materiaalverzameling zal zijn voltooid, zullen de gegevens van het bovengenoemde type voor nader wetenschappelijk onderzoek ter beschikking worden gesteld. Teneinde aan een belangrijk euvel van dit type studies (praktijkstudies) tegemoet te komen, wordt er naar gestreefd om door middel van (deels korte, deels meer uitgebreide) vragenlijsten meer informatie over achtergronden van patiënten te weten te komen dan de obligatie 'leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm'. Deze aanvullende gegevens leveren enerzijds interessantere 'noemers' op voor de morbiditeits- en verrichtingengegevens en geven anderzijds informatie over de klachten die de gezondheidszorg niet bereiken.

Binnen de praktijkstudie zijn de volgende projecten omschreven:

NAT 85.01	Haalbaarheidsstudie
NAT 86.01	Een nationale morbiditeitsstudie
NAT 86.02	Verrichtingen in de huisartspraktijk
NAT 86.02a	Preventieve activiteiten in de huisartspraktijk
NAT 87.01	Bijzondere groepen in de huisartspraktijk
NAT 86.03	Verwijzen naar medische specialisten
NAT 86.04	Relatie huisarts/fysiotherapeut
NAT 86.05	Voorschrijven in de huisartspraktijk
NAT 86.07	Gebruik van laboratorium en Rö-diagnostiek in de huisartspraktijk
NAT 87.07	Relatie huisarts/(A)GGZ respectievelijk AMW

NAT 86.08 Opname in en ontslag uit het ziekenhuis.

Het ligt in de bedoeling om, bij een positief resultaat van de haalbaarheidsstudie, in de tweede helft van 1986 met de materiaalverzameling te beginnen.

Peilstations

Deels naast en wellicht deels binnen de praktijkstudie zullen ook in 1986 en 1987 de Peilstations hun programma van onderwerpen registreren. Er zal naar worden gestreefd om de Peilstations (op vrijwillige basis) bij de praktijkstudie te betrekken; de praktijken die meedoen verwerven een 'geautomatiseerd' patiëntenbestand, waarin een beperkt maar relevant aantal achtergrondkenmerken van patiënten zal zijn opgenomen. Mocht de praktijkstudie niet doorgaan of mocht slechts een beperkt aantal peilstatons meedoen dan zal toch worden geprobeerd om van de patiëntenbestanden op permanente basis meer achtergrondinformatie te weten te komen ter verbetering van de epidemiologische 'noemer'. Een ander voornemen is om voor 1986 te komen met een bloemlezing: 'hoogtepunten uit de peilstations', waarin degenen op wier verzoek een rubriek op de wekelijkse registratieformulieren is opgenomen, zal worden gevraagd 'hun' onderwerpen te beschrijven. In de afgelopen 15 jaar hebben meer dan voldoende boeiende en gerucht-makende onderwerpen deel uitgemaakt van het wekelijkse registratieproject.

Voor 1986 worden de volgende onderwerpen geregistreerd:
PEIL 84.01 Continue Registratie Peilstations Nederland
PEIL 86.01 Uitbreiding populatiekenmerken peilstationspraktijken
PEIL 86.02 Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing

Stelselwijziging

Nu de vrijwillige ziekenfondsverzekering op het punt staat opgeheven te worden, rijst de vraag wat er met deze ex-vrijwillig verzekerden gaat gebeuren.
Ten eerste is het van belang te weten welke particuliere verzekering men gaat nemen, hoe men daaraan komt en of dit een stabiel gegeven is in de loop van de tijd.
De tweede vraag is in welke mate en op welke wijze de medische consumptie van deze groep wordt beïnvloed door de nieuwe verzekeringsvorm.
Om deze vragen te beantwoorden wordt eind 1986 een onderzoeksvoor-

stel gemaakt.

14.8. Hulpverleningsprocessen

Met het gereedkomen van 'interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek' is een belangrijk stuk observatie-onderzoek naar communicatiestijlen van huisartsen afgesloten. De nieuwe plannen binnen dit thema bestaan enerzijds uit het 'uitbaten' van de 2500 op videoband opgenomen consulten tellende videotheek, door in één publikatie een aantal deelaspecten te beschrijven (klachten, verrichtingen, prescripties, verwijzingen, tijdsbeslag en consulten) en als één geheel te presenteren.
Op het gebied van de communicatie tussen huisarts en patiënt wordt nog nader onderzoek verricht naar het geobserveerde verschijnsel dat huisartsen een volledig ander gedrag vertonen in de 'somatische' gedeelten van het consult dan in de 'psycho-sociale' delen. Het omschakelen van het ene gedrag naar het andere gaat plotseling en is volledig. Interessant is het te onderzoeken waar de schakelaar zit.
Verder onderzoek in de communicatie tussen hulpverlener en patiënt zal vooral rond het thema 'patiëntenvoorlichting' plaatsvinden.
Twee onderzoeksvoorstellen staan voor eind 1985, begin 1986 op stapel: patiëntenvoorlichting in de **huisartspraktijk** en patiëntenvoorlichting bij **fysiotherapie.** In beide onderzoekingen zal zowel observatiemateriaal (tenminste audiobanden) worden bestudeerd alsook bij patiënten nagevraagd worden wat er van de voorlichting is blijven hangen en hoe men erop reageert. Een zelfde type onderzoek bij **tandartsen** en bij de **wijkverpleging** staat voor 1987 op het programma. Ook zal onderzoek worden voorbereid naar de wijze waarop maatschappelijk werkenden en psychologen bij psychische en sociale klachten hulp verlenen.

Tenslotte zal op verzoek van het NHG een onderzoek worden verricht naar motieven voor preventie bij huisartsen.

Een opsomming van de onderzoekingen luidt als volgt:
VID 86.01 De videotheek in cijfers
HVP 86.01 Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk
HVP 86.02 Motieven voor preventie bij de huisarts
HVP 86.03 Patiëntenvoorlichting bij de fysiotherapeut
HVP 87.01 Patiëntenvoorlichting bij de tandarts
HVP 87.02 Patiëntenvoorlichting bij de wijkverpleegkundige

HVP 84.01 Interdoktervariantie bij psycho-sociale problematiek
HVP 84.02 Wisselende gespreksmodellen
HVP 84.03 Probleempatiënten: een blijvend etiket?
HVP 87.03 Hulpverlening bij psychische klachten door maatschappelijk werker en psycholoog.

14.10. Het Kruiswerk

Ook bij dit onderwerp geldt dat eind 1985 een begin is gemaakt met het zo noodzakelijke wetenschappelijke voorwerk: instrumentontwikkeling en het verzamelen van beschrijvende gegevens.
Het onderzoek wordt gedomineerd door een serie door het Ministerie van WVC gesubsidieerde onderzoeksprojecten, die deels tamelijk algemeen van aard zijn en tot doel hebben het werk van wijkverpleegkundigen goed te beschrijven met relevante begrippen en deels betrekking hebben op specifieke onderwerpen als 'zorg voor zuigelingen en kleuters' en 'deeltijdarbeid in de wijkverpleging'.
Twee nieuwe onderzoekingen staan op stapel: een vergelijking van de thuisverpleging in Nederland en Vlaanderen, waar men anno 1985 te kampen heeft met een 'vergrijzing' die in Nederland pas in het eerste decennium van de 21e eeuw zal ontstaan en een onderzoek naar kraamzorg, omdat kraamzorg de pijler is onder het unieke Nederlandse 'instituut': de thuisbevalling.

De volgende projecten staan vermeld:
WIJK 85.01 Het werk van wijkverpleegkundigen (fase I en II - instru-
WIJK 87.01 ment-ontwikkeling en beschrijvend onderzoek)
WIJK 85.02 Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (samenwerkingsproject tussen NIVEL en IVA)
WIJK 85.03 De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureauartsen
WIJK 87.02 Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland
WIJK 87.03 Kraamzorg.

14.11. Consumentenonderzoek

Het ontbreken van een project in dit veld laat zijn sporen na in het onderzoeksprogramma. Alleen een voorstel tot het instellen van een

consumentenpanel wordt besproken. De visie van de patiënt/consument komt echter ook aan de orde in de onderzoekingen naar jeugdgezondheidszorg, kraamzorg, en bij het onderzoek naar aanleiding van de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.
Het voorgestelde 'panel' kent een pendant in de wereld van chronische zieken en gehandicapten (het door de Nederlandse Stichting voor de Statistiek 'beheerde' gehandicaptenpanel).
Bij de opzet zal zoveel mogelijk naar vergelijkbaarheid met het gehandicaptenpanel worden gestreefd.
Verder consumentenonderzoek is afhankelijk van het aantrekken van een 'trekker' op dit gebied.

14.12. Bibliotheek & Documentatie

Bij de overgang van bibliotheek en documentatie van de voormalige 'servicepoot' van het NHI naar het uit de onderzoeksafdeling voortgekomen NIVEL zijn de producten van bibliotheek en documentatie langzamerhand van karakter veranderd. Meer aandacht is er voor bibliografieën en hun voorlopers geannoteerde literatuurlijsten, waarbij in 1986 onderwerpen aan de orde komen als:
- wijkverpleging
- bejaarden
- relatie eerste/tweede lijn
- preventie etc.

Een tweede in 1986 veel aandacht vragende activiteit is de voorgenomen automatisering van de bibliotheek in samenwerking met de Stichting GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) en het NcGv (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid).

14.13. Overige activiteiten

Onder deze restpost vallen de activiteiten binnen het Registratiesysteem van lopend Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) in en over de eerste lijn, een voorstel om het (succesvolle) symposium 'De eerste lijn onderzocht' uit 1984 in het voorjaar van 1987 te herhalen en een serie voorstellen om een hernieuwde uitgave van de Overzichtsstudie Onderzoek Eerste lijn in 1988 of 1989 te herhalen en een plan van de vier nationale sectorinstituten voor het gezondheidszorgonderzoek om een gezamenlijk thema systematisch aan te pakken. Gekozen

is voor het onderwerp 'de zorg voor ouderen', waarvoor onderzoeksvoorstellen in 1986 nader zullen worden uitgewerkt.

LIJST VAN MEDEWERKERS

Leiding

01	Directeur	Mevr. Drs. J.M. Bensing
02	Hoofd Inhoudelijke Zaken	Dhr. Dr. J. van der Zee
03	Hoofd Projectbeheer	Dhr. Mr. Drs. J.P. Dopheide
04	Hoofd Algemene Zaken	Dhr. T.J.M. de Jong
05	Wetenschappelijk ass. Directeur	Mevr. Drs. E.M. Sluijs
06	Wetenschappelijk ass. Hoofd I.Z.	Dhr. Drs. E. Smits
07	Wetenschapsjournalist	Dhr. Drs. G.W. Olthof
08	Medewerker lay-out en vormgeving	Mevr. M.M. Cornelius
09	Secretaresse Bestuur	Mevr. B.M.W. Sluijk
10	Secretaresse Directeur	Mevr. M. van Leeuwen
11	Secretaresse Hoofden	Mevr. H.E. van Rhijn
12	Medewerker secretariaat publiciteit	Mevr. Y. Driendijk
13	Typist(e) leiding	vacature

Bibliotheek en Documentatie

01	Coördinator	Mevr. Drs. A.K. de Leeuw
02	Bibliothecaris	Mevr. I. de Garde
03	Documentalist	Dhr. J.A.J. Kuijlen
04	Medewerker	Mevr. A. van der Velde
05	Medewerker classificatie en documentatie	Dhr. Drs. R. Willemsen
06	Medewerker Registratie Wetenschappelijk Onderzoek	Mevr. E. Becht
07	Secretaresse	Mevr. M.E. Geelen
08	Administratief medewerker	Mevr. C.M. Felperlaan

Onderzoek

01	Arts-onderzoeker Peilstations	Dhr. A.J.M. Bartelds, arts
02	Projectleider BELG	Dhr. Drs. L. Hingstman
03	Projectleider Fysiotherapie	Dhr. Dr. P.P. Groenewegen
04	Projectleider 1e/2e lijn	Dhr. Drs. T.J.J.M.T. Kersten

05	Projectleider Multidisciplinaire Samenwerking	Dhr. Drs. D. Wijkel
06	Projectleider 1e lijn/GGZ	Dhr. Drs. L. Peters
07	Projectleider Hulpverleningsprocessen	Dhr. Drs. P.F.M. Verhaak
08	Projectleider Wijkverpleging	Mevr. Dr. A. Kerkstra
09	Projectleider Consumentenonderzoek	vacature
10	Projectleider Vraag/Aanbod	Mevr. Drs. M.M. Foets
11	Projectleider ROS	Dhr. Drs. W. Boerma
12	Projectleider Haalbaarheidsstudie	Dhr. J. van der Velden, arts
13	Onderzoeker Gemeentelijk beleid	Dhr. Drs. D.H. de Bakker
14	Onderzoeker Fysioth. in de Nederlandse Gezondheidszorg	Dhr. Drs. J.J. Kerssens
15	Onderzoeker Almere	Dhr. Drs. H. Sixma
16	Onderzoeker Inventarisatie EL/GGZ	Dhr. Drs. G.J. Visser
17	Onderzoeker Jeugdgezondheidszorg	Mevr. Drs. T. Vorst
18	Onderzoeker Nazorg	Dhr. Drs. A.R. Krijgsman
19	Onderzoeker Vrouwelijke Huisartsen	Mevr. Drs. D. Kortenhoeven
20	Onderzoeker deeltijdarbeid Kruiswerk	Dhr. Drs. G.D.J. van der Speld
21	Onderzoeker Midden-Limburg	Dhr. Drs. R. Hamers
22	Consulent Fysiotherapie	Dhr. M. Curfs
23	Veldwerkorganisator Haalbaarheidsstudie	Dhr. Drs. C. Koopmans
24	Wetenschappelijk assistent ROS	Mevr. Ir. N. Warmenhoven
25	Assistent-onderzoeker wijkverpleging	Mevr. Drs. A. de Wit
26	Wetenschappelijk assistent BELG	Dhr. Drs. H. Boon
27	Wetenschappelijk assistent Gem. beleid	Dhr. Drs. P. Wulms
28	Student-assistent Hulpverleningsprocessen	Dhr. J. Hoekstra
29	Student-assistent Vrouwelijke Huisartsen	Mevr. I. Maas
30	Student-assistent wijkverpleging	vacature
31	Programmeur Algemeen	Dhr. L. Fransen
32	Programmeur BELG/Registratie Fysiotherapeuten	Dhr. P. Storck
33	Systeemontwerper Haalbaarheidsstudie	Dhr. G. Brunner

34	Research-medewerker Algemeen BELG	Mevr. M. Boschman
35	Research-medewerker Algemeen	vacature
36	Research-assistent Algemeen	Dhr. Th.H. Mulder
37	Research-assistent Algemeen/ROS	Mevr. M. Duister
38	Research-assistent Algemeen	Dhr. J. Gravenstein
39	Research-assistent Haalbaarheids-studie	Dhr. R. van Dam
40	Research-assistent Midden-Limburg	vacature
41	Research-assistent deeltijd Kruis-werk/Jeugdgezondheidszorg/ overige projecten	vacature
42	Medewerker secretariaat Hulpver-leningsprocessen	Mevr. A.C.A.M. Verwey
43	Medewerker secretariaat Samenhang	Mevr. E.M.C. van Baal
44	Medewerker secretariaat Vraag/Aan-bod + Fysioth. in de Ned. GZ	Mevr. N.C. Termaat
45	Medewerker secretariaat Volume/ Functie-aanbod	vacature
46	Medewerker secretariaat Haalbaar-heidsstudie	Mevr. R. Karamat Ali
47	Medewerker secretariaat Peilsta-tions	Mevr. M. van Valen
48	Medewerker secretariaat Peilsta-tions	Mevr. F. Hoeben
49	Medewerker secretariaat ROS	Mevr. H. van Dijk
50	Medewerker secretariaat Midden-Limburg/Jeugdgezondheidszorg	vacature
51	Medewerker secretariaat Algemeen	Mevr. M. van Geelkerken
52	Administratief medewerker BELG/ Registratie Fysiotherapeuten	Mevr. A. Nijhof
53	Administratief medewerker Re-gistratie Fysiotherapeuten	Dhr. A. Simons
54	Administratief medewerker BELG	Dhr. A. Scheepmaker
55	Administratief medewerker BELG	Dhr. H. Rodriquez

ALGEMENE DIENST

01	Administrateur	Dhr. H. Buitinck
02	Assistent-administrateur	vacature
03	Medewerker F&A	Mevr. H.A.T. Besselse
04	Medewerker F&A	Mevr. A. de Vlieger
05	Hoofd Huishouding	Mevr. L. Jurrius
06	Assistent Hoofd Huishouding	Mevr. H. Hameete
	vacant	
07	Off-set drukker	Dhr. A. Leerentveld
08	Medewerker Receptie/Verzendafd.	Mevr. C. Felperlaan
09	Medewerker Receptie/Verzendafd.	Mevr. W. Smit
10	Medewerker Receptie/Beheer	Dhr. W. Spruit
11	Typist(e) Algemene Dienst	Mevr. S. Hey
12	Schoonmaak	Mevr. Th. Sieders
13	Schoonmaak	Mevr. C. Drielinger
14	Schoonmaak	vacature