

De vier landelijke instituten
voor gezondheidszorgonderzoek

een overzicht van
onderzoeksprogramma's

1986 no.2

- NcGv - Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid,
Da Costakade 45, postbus 5103, 3502 JC Utrecht, tel.030-935141
- NZI - Nationaal Ziekenhuis Instituut,
Oudlaan 4, postbus 9697, 3506 GR Utrecht, tel. 030-739911
- NIPG/TNO - Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO,
Wassenaarseweg 56, postbus 124, 2300 AC Leiden, tel.071-178888
- Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns
gezondheidszorg,
Drieharingstraat 26, postbus 1568, 3500 BN Utrecht,
tel.030-319946

Utrecht, juli 1986

Omslagontwerp: Hans Lampe (NZI)

Tekstverwerking: Marjon van Leeuwen (Nivel)

Druk: Nivel

Drieharingstraat 26,

Postbus 1568

3500 BN Utrecht.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	3
1. HET INSTITUTENOVERLEG	5
1.1 Doelen en activiteiten van het institutenoverleg	5
1.2 Het gezondheidszorgonderzoek	6
2. DE VIER LANDELIJKE INSTITUTEN VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK	9
2.1 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid	9
2.2 Nationaal Ziekenhuisinstituut	10
2.3 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO	12
2.4 Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijns- gezondheidszorg	13
2.5 Nabeschouwing	16
3. DE ONDERZOEKSCAPACITEIT IN 1986	18
3.1 Indeling in onderzoeksvelden	18
3.1.1 Preventie	22
3.1.2 Samenhang voorzieningen	23
3.1.3 Kwaliteit van de zorg	25
3.1.4 Ontwikkeling zorgvraag	25
3.1.5 Effectiviteitsonderzoek	26
3.1.6 Ontwikkeling informatiesystemen	27
3.1.7 Ontwikkeling management instrumenten	27
3.1.8 Faciliteiten en mankracht	28
3.1.9 Verrichtingen en verstrekkingen	29
3.1.10 Financiering: systemen	29
3.1.11 Interne organisatie	29
3.1.12 Kosten: prijzen	30
3.2 Vergelijking tussen 1984 en 1986	30

4.	ANALYSE EN DISCUSSIE	33
4.1	Inleiding	33
4.2	De huidige stand van zaken	33
4.3	De ontwikkelingen sinds 1984	37
4.4	De onderzoekscapaciteiten in relatie tot de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg	41
Bijlage:	De onderzoeksprojecten van de vier instituten per thema	43

VOORWOORD

In september 1984 traden de vier landelijke instituten voor gezondheidszorgonderzoek voor de eerste keer naar buiten met een gezamenlijk overzicht van de onderzoeksprogramma's. Voor u ligt het tweede overzicht, een bundeling van de onderzoeksprogramma's voor 1986.

Waarom deze bundeling? Het antwoord ligt in de positie die de vier instituten in Nederland innemen. In principe bestrijken ze het gehele terrein van de gezondheidszorg: de preventieve en basisgezondheidszorg (NIPG/TNO), de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), de intramurale gezondheidszorg (NZI) en de geestelijke gezondheidszorg (NcGv). Hun maatschappelijke taak is primair gericht op het toepassen, resp. toepasbaar maken van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de gezondheidszorg en ze verkeren daarbij in de unieke positie dat zij voor wat betreft hun eigen sector directe relaties hebben met zowel het veld als met overkoepelende organisaties en de overheid.

De bedoeling van de bundeling is tweeërlei:

- het verschaffen van een handzaam overzicht van de onderzoeksactiviteiten van de vier instituten aan al diegenen die er belang bij (kunnen) hebben, zoals consumenten van de gezondheidszorg, hulpverleners, instellingen, overheden en het netwerk van overkoepelende, adviserende, beleidsvoorbereidende en beleidsuitvoerende instanties;
- het scheppen van een mogelijkheid om tot afstemming van onderzoeksprogramma's te komen en tot discussies over zwaartepunten en leemten in het totale onderzoekspakket.

Voorzover wij kunnen nagaan heeft het eerste overzicht aardig aan deze doelstellingen beantwoord. Het heeft zijn weg gevonden o.a. naar het kabinet die het vervolgens weer heeft gebruikt voor de opstelling van het stimuleringsprogramma gezondheidsonderzoek dat in december 1985 aan de Tweede Kamer is toegezonden. Hierin worden de vier instituten, naast enkele medische faculteiten, aangewezen als landelijke centra voor het gezondheidszorgonderzoek.

De voorliggende nota is vervaardigd volgens hetzelfde stramien als de eerste nota - een schematisch overzicht van de vier onderzoeksprogramma's aangevuld met inhoudelijke beschouwingen - waarbij nu ook een vergelijking is toegevoegd van de situatie in 1984 en 1986.

Uit deze vergelijking wordt zichtbaar hoe de vier instituten enkele "witte vlekken" uit 1984 hebben ingevuld. Nieuwe projecten werden ontwikkeld op het terrein van de zorgbehoeften, de vraag naar voorzieningen, de praktijk van de gezondheidszorg, samenwerking en samenhang tussen voorzieningen en de evaluatie van de zorg. Daarnaast geeft de vergelijking ook een beeld van de verbreding en verdieping in het totale onderzoekspakket en de gestage groei die het gezondheidszorgonderzoek kon doormaken; een verheugende aanwijzing voor het algemene belang dat kennelijk aan dit onderzoek wordt gehecht.

Rapporteur van de nota is Mw.drs. E.M. Sluijs (Nivel).

Utrecht, augustus 1986

Drs. T.E.D. van der Grinten (NcGv), voorzitter

Drs. J.M. Bensing (Nivel)

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

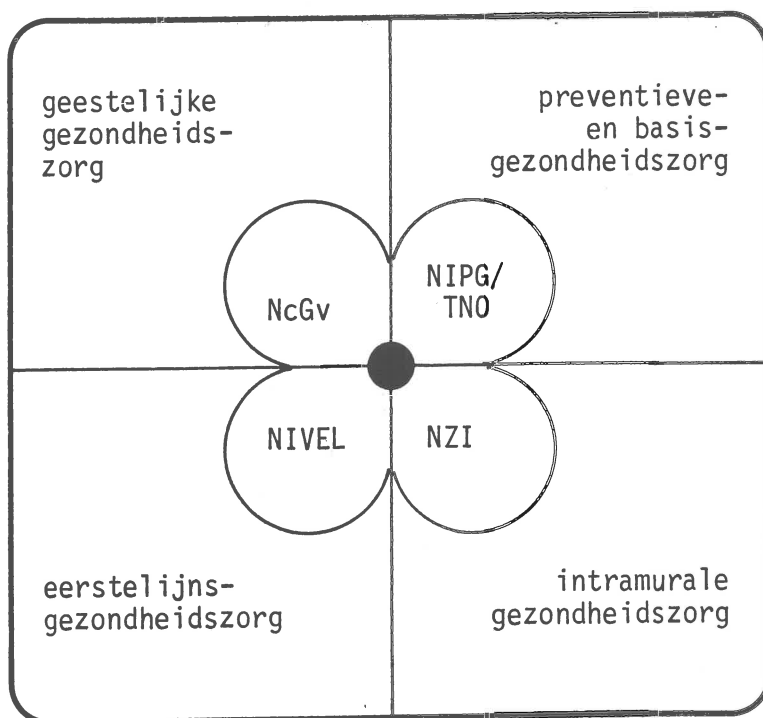
Dr. D. van der Meer (NZI)

INLEIDING

De voor u liggende nota bevat een beschrijving en analyse van de onderzoeksprogramma's van de vier landelijke instituten voor gezondheidszorg-onderzoek:

- Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv)
- Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI)
- Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG/TNO)
- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), (voorheen Nederlands Huisartsen Instituut).

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



Deze nota is een vervolg op de eerste Nota in 1984 waarin de vier landelijke instituten voor het eerst gezamenlijk hun onderzoeksprogramma's presenteerden.

In de huidige nota worden de onderzoeksprogramma's van 1986 beschreven en waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de situatie in 1984. Ontwikkelingen in de tijd kunnen in deze korte periode van 2 jaar nog nauwelijks zichtbaar gemaakt worden, wellicht bieden volgende nota's daartoe meer mogelijkheden.

Om deze nota te kunnen begrijpen zonder kennis van de nota uit 1984 zullen een aantal uitgangspunten en begrippen herhaald worden en wordt in het kort het ontstaan en het doel van het zogenoemde 'vier-instituten overleg' beschreven.

Voorgeschiedenis

In 1982 zijn de hiervoor genoemde vier instituten gestart met een regelmatig overleg op directieniveau. Het belangrijkste doel van het overleg is een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland.

Het initiatief tot dit overleg was mede afkomstig van het Ministerie van WVC vanuit de idee dat "de vier instituten beschouwd worden als de kern van het beleidsgericht gezondheidszorgonderzoek in Nederland en vanuit die positie een bijdrage zouden kunnen leveren aan de versterking van de landelijke coördinatie van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland".

Na een periode waarin de mogelijkheid en bereidheid tot samenwerking werd verkend en de doelen van het overleg werden vastgesteld werd begonnen met een inventarisering en vergelijking van de onderzoeksprogramma's van de instituten. Dit resulteerde in een eerste gezamenlijke nota "De vier landelijke instituten voor gezondheidszorgonderzoek: een overzicht van onderzoeksprogramma's" (NcGv, NZI, NIPG, NHI, 1984). De nota laat zien welke onderzoeksterreinen door de instituten worden bestreken, waar accenten en waar leemtes te vinden zijn en welke onderwerpen gestimuleerd zouden moeten worden.

De huidige nota heeft in grote lijnen dezelfde opzet: in hoofdstuk 1 worden de doelen en activiteiten van het overleg beschreven, hoofdstuk 2 geeft een korte typering van elk instituut afzonderlijk en in hoofdstuk 3 worden de onderzoeksprogramma's gepresenteerd en toegelicht. De nota wordt besloten met een analyse en discussie in hoofdstuk 4.

1. HET INSTITUTEN-OVERLEG

1.1 Doelen en activiteiten van het instituten-overleg.

De doelen van het vier-instituten-overleg werden in 1984 als volgt geformuleerd:

1. Een interne, samenbundelende functie:

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

2. Een externe, naar buiten gerichte functie:

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

Deze doelen gelden nog steeds en ter illustratie worden een tweetal activiteiten uit de afgelopen periode beschreven die aan deze doelen gerelateerd zijn:

- In 1984 hebben de vier instituten een gezamenlijke reactie gegeven op de nota "Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek" van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid waarin de Raad onder andere uitspraken doet over de kwaliteit van het gezondheidsonderzoek in Nederland. Voor het instituten-overleg was dit aanleiding tot een gedachtenwisseling over de kwaliteitscriteria die voor het gezondheidszorgonderzoek van de vier instituten gelden. Uit de discussie kwam naar voren dat, naast algemene kwaliteitseisen, specifieke kwaliteitscriteria van toepassing zijn die te maken hebben met het toegepast en multidisciplinair karakter van gezondheidszorgonderzoek. De nadere uitwerking hiervan heeft de aandacht van het instituten-overleg.

- Een tweede onderwerp dat de afgelopen periode de aandacht van het instituten-overleg had was de problematiek rond de verstrekking van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Het overleg bracht een advies uit over het 'Concept privacy' reglement van het Beleidsadviescollege Automatisering Gezondheidszorg en vervolgens werd, in samenwerking met de Erasmus universiteit te Rotterdam, een werkgroep ingesteld om deze problematiek te bestuderen. Deze werkgroep heeft zich tot taak gesteld op korte termijn een 'Code Commissie' in het leven te roepen die richtlijnen moet gaan verschaffen t.a.v. de gegevensverstrekking ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek alsmede voor de wijze waarop onderzoekers daarmee dienen om te gaan.

Uit deze voorbeelden en uit de huidige nota blijkt dat het instituten-overleg er in geslaagd is beide functies die het zich gesteld had vorm te geven: zowel de externe naar buiten gerichte functie als de interne samenbundelende functie.

Met betrekking tot dit laatste aspect kan nog genoemd worden dat het instituten-overleg zich beraadt over de ontwikkeling van een onderzoeksproject dat door de vier instituten gezamenlijk uitgevoerd zal gaan worden. Naar verwachting kan de konkrete uitwerking hiervan in de volgende nota beschreven worden.

In de komende periode zal het vier-instituten-overleg zich buigen over de eigen identiteit van het gezondheidszorgonderzoek en de verduidelijking daarvan; we volstaan in deze nota met een globale typering.

1.2 Het gezondheidszorgonderzoek

Zoals ook in de vorige nota is benadrukt is het vier-instituten-overleg uitsluitend gericht op het wetenschappelijk onderzoek dat door de instituten verricht wordt. Allerlei overige activiteiten, waarin de instituten overigens nogal verschillen, zijn buiten beschouwing gelaten.

Hoewel dergelijke verschillen ook in het onderzoek te vinden zijn - elke sector heeft eigen specifieke problemen die een eigen benadering vereisen - is het totaal aan onderzoek onder de term gezondheidszorgonderzoek of health services research onder te brengen.

Het object van gezondheidszorgonderzoek is de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg en de doelmatigheid en doeltreffendheid ervan. Het onderzoek is enerzijds gericht op de gezondheidszorg(voorzieningen) zelf en de afstemming hiervan op de zorgvraag en anderzijds op factoren die de zorgvraag beïnvloeden dat wil zeggen op gezondheid, op gezondheidsbeïnvloedende factoren en op het voorkomen van ziekte of aandoeningen op zich.

Twee belangrijke kenmerken van gezondheidszorgonderzoek zijn:

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

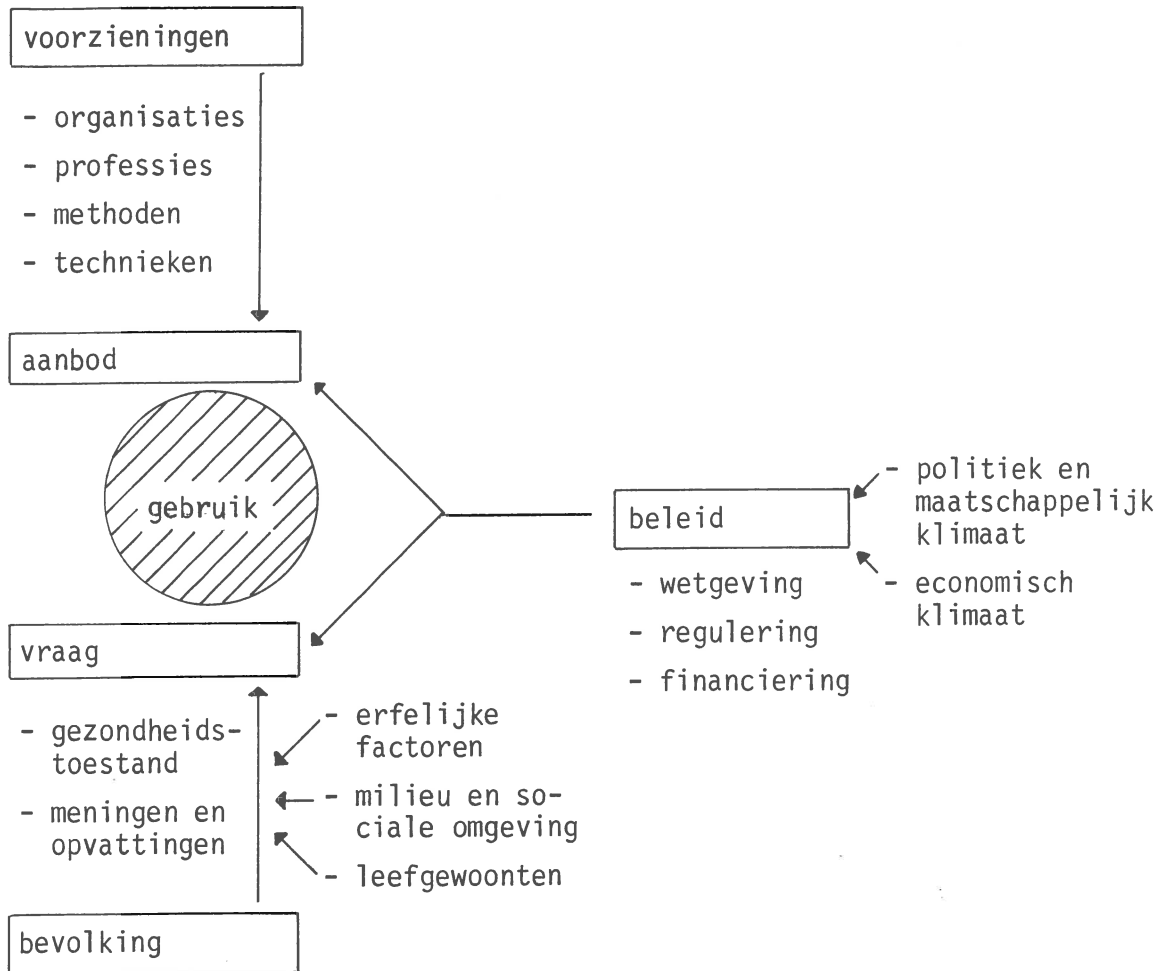
- Het onderzoek is interdisciplinair van karakter. Afhankelijk van de specifieke vraagstelling zullen verschillende disciplines bij het onderzoek betrokken zijn zoals bedrijfs- en bestuurskundigen, economen, epidemiologen, juristen, medici, organisatiedeskundigen, planologen, psychologen, sociologen, etcetera.

In het gezondheidszorgonderzoek spelen drie hoofdelementen een rol:

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

Schematisch als volgt voor te stellen.

het terrein van het gezondheidszorgonderzoek



Het schema laat in grote lijnen zien dat vele factoren van invloed kunnen zijn op de vraag naar voorzieningen, op de zorgverlening zelf en op de effecten daarvan. Het bestuderen en blootleggen van deze invloeden en mechanismen is de taak van het gezondheidszorgonderzoek.

Er bestaat nog geen algemeen geldende en eenduidige definitie van gezondheidszorgonderzoek. Meestal volstaat men met een omschrijving of typering en zoals al gezegd zal het instituten-overleg zich de komende tijd met deze materie bezighouden. We volstaan in deze nota met het beschrijven van de concrete onderzoeksthema's. Daaraan voorafgaand worden in het volgende hoofdstuk de vier instituten kort getypeerd.

2. DE VIER LANDELIJKE INSTITUTEN VOOR GEZONDHEIDSZORGONDERZOEK.

2.1 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

De stichting Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) is een onafhankelijk instituut voor informatie, onderzoek en advies op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg. De uitvoering van de werkzaamheden vindt plaats in twee secties: de sectie Informatie en Documentatie en de sectie Onderzoek.

Daarnaast is aan het instituut een Adviescommissie Levensbeschouwing en een Adviescommissie Geschiedenis van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg verbonden en participeert het NcGv o.a. in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Gezondheidsraad, het Koningin Juliana Fonds, het Nederlands Comité Kinderpostzegels en de Nederlandse Omroep Stichting.

Onder de sectie Informatie en Documentatie ressorteert de uitgave van: het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv), de Gids Geestelijke Gezondheidszorg, het Literatuurbulletin Geestelijke volksgezondheid (LGv) en de Bibliotheekaanwinsten. Daarnaast is in deze sectie de bibliotheek, film- en videotheek, alsmede de voorbereiding van de studiedagen ondergebracht. Begin 1986 beschikte deze sectie over 14 vaste medewerkers en 1 projectmedewerkster.

In de sectie Onderzoek wordt onderzoek verricht naar: de praktijk van de hulpverlening; het (her)structureringsbeleid en reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg; de voorwaarden voor de hulpverlening; de patiëntenrechten en patiëntenbelangen; vraagstukken van geestelijke volksgezondheid. Adviezen op basis van het onderzoeksresultaat worden in deze sectie voorbereid.

Begin 1986 bestond de sectie uit 8 wetenschappelijke medewerkers in vaste en 22 in tijdelijke dienst. Onderzoeksresultaten, studierapporten, studieverslagen, e.d. worden gepubliceerd in de NcGv-reeks.

Als uitgangspunten voor het onderzoek worden o.a. gehanteerd:

- aansluiten bij actuele vraagstukken (geen strikt theoretisch werk);
- streven naar praktische toepasbaarheid;
- aansluiten bij vragen van cliënten van geestelijke gezondheidszorg;
- plaatsing van de (beleids)vragen op deelterreinen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg als geheel.

De ca. 25 onderzoeksprojecten die momenteel worden uitgevoerd zijn ingedeeld in 7 hoofdthema's:

- Praktijk van de hulpverlening
- Behoeftte aan en vraag naar hulpverlening
- Structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg
- Beroepsuitoefening in de geestelijke gezondheidszorg
- Evaluatie en registratie
- Patiëntenrechten en patiëntenbelangen
- Geestelijke volksgezondheid.

In het programma voor 1986 krijgen de "praktijk van de hulpverlening", "structuur en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg" en de "evaluatie en registratie" de meeste aandacht, althans naar aantallen onderzoeksprojecten gerekend. Hieruit spreekt een nog steeds bestaande behoefte aan gedetailleerde informatie over de geestelijke gezondheidszorg en het weerspiegelt ook het belang dat aan de (re-)organisatie van de geestelijke gezondheidszorg wordt gehecht.

2.2 Nationaal Ziekenhuisinstituut

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

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

Het NIPG/TNO-programma omvat onderzoek gericht op (gezondheidszorg) voorzieningen die van belang zijn voor de preventie, op levensomstandigheden en leefwijzen die in positieve of negatieve zin op de gezondheid kunnen inwerken, alsmede op de vroegtijdige onderkenning van gezondheidsafwijkingen die zich onder invloed van omgevingsfactoren en/of individugebonden factoren kunnen voordoen. Het onderzoek van het NIPG/TNO kenmerkt zich door een brede, veldgeoriënteerde, probleemgerichte en hieruit voortvloeiend een vaak multidisciplinaire benadering.

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

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

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

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

Het werkprogramma is ingedeeld naar hoofdonderwerpen en onderwerpen:

hoofdonderwerp	
- Preventieve Gezondheidszorg algemeen	<ul style="list-style-type: none">. Basisgezondheidszorg: epidemiologie volksgezondheidsproblemen. Basisgezondheidszorg: . evaluatieonderzoek. Basisgezondheidszorg: onderzoek naar structuur en werkwijzen. Preventieve gezondheidszorg voor gehandicapten. Neurofysiologie
- Jeugdgezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">. Zuigelingen en kleuters. Schoolgaanden en adolescenten
- Preventieve Gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">. Zelfstandigheid en zorgbehoefte van ouderen
- Mens en Arbeid	<ul style="list-style-type: none">. Epidemiologie en bedrijfsgezondheidszorg. Arbeidsomstandighedenonderzoek. Experimenteel psychologisch en psychofysiologisch onderzoek. Gehoor en geluidonderzoek. Sociaal wetenschappelijk milieu onderzoek

2.4 Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) is op 1 januari 1985 opgericht als rechtsopvolger van het Nederlands Huisartsen Instituut. De oprichting van het Nivel was het logische gevolg van een ontwikkeling die al enige jaren aan

de gang was namelijk de verbreding en uitbreiding van het onderzoeks-terrein. Traditioneel stond in het NHI de huisarts centraal terwijl het Nivel is uitgegroeid tot een instituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

Ook op het Nivel blijft het onderzoek naar de huisarts een centraal thema gelet op de belangrijke plaats die de huisarts in de eerstelijns inneemt. Daarnaast is onderzoek naar andere beroepsgroepen in de eerstelijns - dankzij een uitbreiding van de onderzoekscapaciteit - in versneld tempo tot ontwikkeling gekomen. Een ontwikkeling die de komende jaren nog verder voortgaat. Ook bij de afdeling Bibliotheek, Documentatie en Informatie begint deze verbreding van het terrein duidelijk zichtbaar te worden.

Het Nivel heeft zich statutair tot doel gesteld het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Daarbij oriënteert zij zich zowel op de hulpvragers als op de hulpverleners. Door middel van de volgende werkzaamheden wordt getracht het doel te bereiken:

- a. het verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
- b. het beheren van een bibliotheek en het verrichten van documentatie-activiteiten;
- c. het beheren van registratiesystemen en het opstellen van gegevensoverzichten daaruit;
- d. het organiseren van congressen en dergelijke met betrekking tot onderzoek van structuren en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg;

Het bestuur van de Stichting Nivel is tripartite samengesteld uit kringen van veld, beleid en wetenschap: in het bestuur participeren vertegenwoordigers van koepel- en van beroepsorganisaties, van

financiers en van consumentenorganisaties; de wetenschappelijke leden zijn à titre personnel benoemd.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is nog steeds de belangrijkste financier van het instituut. Daarnaast worden projecten gefinancierd door de Ziekenfondsraad, door veld- en beroepsorganisaties, door Gemeenten en door verschillende fondsen.

Het type onderzoek dat het Nivel verricht is in grote lijnen onveranderd gebleven. Het accent ligt op 'health services research' waarbij de epidemiologische aspecten de laatste tijd meer tot ontwikkeling komen. Er zijn in toenemende mate raakvlakken met het gezondheidsonderzoek. Wat betreft het object van onderzoek is de verbreding van het veld hiervoor al genoemd.

De gebruikers van de producten van het Nivel vindt men vooral in kringen van de overheid (inclusief de gemeentelijke overheden), het 'georganiseerde' veld, en ook wel patiëntenorganisaties.

Inhoudelijk kan men het onderzoek dat het Nivel verricht globaal omschrijven als het verklaren van het feitelijk gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (vooral in de eerstelijns) vanuit de vraag- en aanbodfactoren onder de condities van het stelsel van financiering, verzekering en wetgeving.

De onderzoeksprojecten van het Nivel zijn het komende jaar rond de volgende tien thema's gegroepeerd:

1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg
2. Relatie tussen eerste en tweedelijnsgezondheidszorg
3. Eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg
4. Samenwerking en samenhang in de eerstelijns
5. Volume en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg
6. Vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk
7. Hulpverleningsprocessen
8. Fysiotherapie
9. Het Kruiswerk
10. Consumentenonderzoek

2.5. Nabeschouwing

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

Ten aanzien van het onderzoeksaspect werd in 1984 een aantal overeenkomsten en een aantal verschillen tussen de instituten geconstateerd die ook nu nog onverkort gelden.

We zullen ze beknopt herhalen:

Overeenkomsten:

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

Verschillen:

- wat betreft de financiering kent het NZI een relatief grote basis-subsidie, terwijl het NcGv en het Nivel veel op contractbasis werken. Bij het NIPG/TNO bestaat ongeveer 50% uit basis- en doel-financiering;
- de instituten verschillen in hun positie ten aanzien van overheid en veld:
bij het NZI bestaat er een directe relatie, zowel bestuurlijk als financieel, met de NZR als koepel van de intramurale instellingen. Het NIPG/TNO zit ingebed in de TNO-structuur. Bij het NcGv en het Nivel bestaan directe en indirecte bestuurlijke relaties met het onderzoeksveld en een financiële relatie met de rijksoverheid.
- er zijn verschillen in de mate waarin de onderzoeksresultaten door het instituut zelf worden geïmplementeerd of toegepast. In het beleid van het NZI wordt onderzoek, advisering, opleiding en beleidsontwikkeling als een geïntegreerd geheel gezien. Het NIPG/TNO beschouwt implementatie van onderzoek als een van haar taken met name op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg. Het NcGv en het Nivel zijn wat betreft de toepassing van onderzoek veel meer afhankelijk van derden;
- de instituten verschillen qua omvang nogal van elkaar. Hierbij moet er echter nogmaals op gewezen worden dat uitsluitend naar de onderzoekscapaciteit is gekeken en dat een ander beeld ontstaat wanneer alle overige activiteiten in de vergelijking worden betrokken. Overigens is de onderzoekscapaciteit in alle instituten de afgelopen jaren toegenomen, we komen daarop terug in het volgende hoofdstuk.

3. DE ONDERZOEKSCAPACITEIT IN 1986

3.1 Indeling in onderzoeksvelden

Om een gezamenlijke presentatie van de vier programma's mogelijk te maken is een indeling gemaakt in 12 thema's die de elementen uit het gezondheidszorgonderzoek vertegenwoordigen en waar het meeste onderzoek goed in past. Deze thema's zijn dezelfde als in de vorige nota omdat gebleken is dat aan de hand van deze indeling een zinvolle discussie over accenten en leemten in het onderzoekspakket mogelijk is en om een vergelijking met de situatie in 1984 te kunnen maken.

In 1984 werd deze indeling ook door het Ministerie van WVC gebruikt waardoor toen ook een vergelijking met het departementale onderzoeksprogramma mogelijk was. Inmiddels hanteert het Ministerie een andere indeling in specifieke bevolkingsgroepen die echter onvoldoende toegesneden is op het onderzoek van de vier instituten. We zullen de huidige indeling blijven gebruiken totdat andere doelen nieuwe of meer specifieke indelingen vereisen.

Met nadruk moet erop gewezen worden dat door de gekozen benadering in deze nota sector-specifieke aspecten onder tafel verdwijnen. Men kan dit duidelijk zien wanneer men de eigen indelingen van de instituten met elkaar vergelijkt zoals die in hoofdstuk 2 beschreven zijn. In de nu volgende schema's wordt derhalve een grotere overeenkomst in het onderzoek gesuggereerd dan in werkelijkheid het geval is. De 12 gebruikte thema's zijn:

1. Ontwikkeling zorgvraag
2. Preventie
3. Samenhang voorzieningen
4. Interne organisatie
5. Kwaliteit
6. Faciliteiten en mankracht
7. Verrichtingen en verstrekkingen
8. Kosten (prijscomponent)

9. Financiering (systemen)
10. Management (en beleids-)instrumenten
11. Effectiviteitsonderzoek
12. Ontwikkeling informatie-systemen

Deze 12 thema's worden hierna afzonderlijk toegelicht aan de hand van de 2 tabellen op de volgende pagina's.

In tabel I wordt een overzicht gegeven van de totale onderzoekscapaciteit die op elk van de 12 thema's is ingezet. De gegevens zijn ontleend aan de werkplannen van de instituten over 1986 waarbij de capaciteit is uitgedrukt in manjaren c.q. full time equivalenten (fte).

De capaciteit geldt alleen het 'echte' onderzoekswerk; overhead, coördinatie, voorbereiding en ondersteuning zijn niet meegerekend hoewel deze grenzen niet altijd even scherp te trekken zijn. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de gegevens is dan ook op zijn plaats: de cijfers moeten beschouwd worden als globale indicaties en niet als exacte kwantiteiten.

In tabel 2 zijn de onderzoeksprojecten nogmaals ingedeeld maar nu in een matrixvorm om te illustreren welke thema's vaak op zichzelf worden onderzocht en welke in combinatie met andere thema's voorkomen. De gevolgde procedures zijn bij elk overzicht in een noot vermeld. De vergelijking met 1984 wordt verderop in een aparte paragraaf 3.2 besproken.

N.B. Bij de beschouwing van de capaciteitsverdeling in de volgende tabellen kan het nuttig zijn om, terwille van de vergelijking, bij het NIPG een onderscheid te maken tussen het preventieonderzoek enerzijds en het overige onderzoek anderzijds.

Zie tabel 1 en 2

Tabel 1: Onderzoekscapaciteit in manjaren per onderzoeksveld en per instituut over 1986

	1. Ontwikkeling zorgvraag	2. Preventie	3. Samenhang voorzieningen	4. Interne organisatie	5. Kwaliteit	6. Faciliteiten en mankracht	7. Verrichtingen/ verstrekingen	8. Kosten (prijscomponent)	9. Financiering (systemen)	10. Management instrumenten	11. Effectiviteitsonderzoek	12. Ontwikkeling informatiesyst.	TOTAAL
NCGV	2,6	2,8	3,3	0,9	4,2	3,1	4,9	-	-	1,7	4,5	1,6	29,6
NZI	2,2	-	6,9	1,6	3,6	1,8	-	0,4	5,2	7,3	2,8	4,3	36,1
NIPG	5,3	39,8	2,0	-	4,7	-	-	0,4	-	0,5	5,3	5,4	63,4
Nivel	3,8	1,2	4,6	1,4	2,8	4,3	2,8	-	2,4	2,0	1,5	1,1	27,9
totaal in manj.	13,9	43,8	16,8	3,9	15,3	9,2	7,7	0,8	7,6	11,5	14,1	12,4	157,0
totaal in proc.	8,9%	27,9%	10,7%	2,5%	9,7%	5,9%	4,9%	0,5%	4,8%	7,3%	8,9%	7,9%	100%

Gevolgde procedure: per instituut is de onderzoekscapaciteit omgerekend in volledige manjaren. Een half-time onderzoeker is dus 0,5 manjaar. Van elk onderzoeksproject is bepaald welk(e) onderzoeksveld(en) het meest van toepassing is/zijn. Als het onderzoeksproject in meerdere onderzoeksvelden past is de capaciteit evenredig over de velden verdeeld.

Tabel 2: Matrix van de onderlinge relaties tussen de onderzoeksvelden



1. Ontwikkeling zorgvraag	18											
2. Preventie	3	49										
3. Samenhang voorzieningen	4		21									
4. Interne organisatie	2		2	6								
5. Kwaliteit	2	2	1	2	13							
6. Faciliteiten en mankracht	1		1			10						
7. Verrichingen verstrekkings	7		5		1	4	7					
8. Kosten (prijscomponent)							2					
9. Financiering (systemen)								14				
10. Management instrumenten	1		5		3	2			11			
11. Effectiviteitsonderzoek		8	10	1	1	2	1		5	7		
12. Ontwikkeling informatiesystemen	2	1				2	1		1		18	

In deze matrix staan op de vetgedrukte diagonaal de 176 projecten die door één van de 12 thema's getypeerd worden. In de overige cellen staan de 83 projecten die twee thema's bestrijken. Als voorbeeld de betekenis van de tweede rij (zie pijl):

- in de eerste cel staan 3 projecten die zowel gericht zijn op ontwikkeling zorgvraag als op preventie
- in de tweede cel staan 49 projecten waarop alleen preventie van toepassing is.

Wanneer naar de totale onderzoekscapaciteit wordt gekeken dan ziet men wat betreft de ingezette mankracht de volgende zwaartepunten:

- Preventie	27.9%	(43,8 fte)
- Samenhang voorzieningen	10.7%	(16,8 fte)
- Kwaliteit	9.7%	(15,3 fte)
- Ontwikkeling zorgvraag	8.9%	(13.9 fte)
- Effectiviteitsonderzoek	8.9%	(14.1 fte)
- Ontwikkeling informatiesystemen	7.9%	(12.4 fte)
- Ontwikkeling managementinstrumenten	7.3%	(11.5 fte)

Een andere indeling is mogelijk op grond van overzicht 2 door te kijken naar het aantal onderzoeken dat in een bepaald thema is ondergebracht. In dat geval tellen de onderzoeken die bij twee thema's ondergebracht zijn echter ook twee keer mee zodat de aantallen de 100% overstijgen. We geven ook hier de rangorde weer met vermelding van het aantal projecten dat in één of in twee thema's is ondergebracht.

- Preventie	63 projecten	(49 alleen, 14 gecombineerd)
- Samenhang voorzieningen	49	" (21 " , 28 "
- Ontwikkeling zorgvraag	40	" (18 " , 22 "
- Effectiviteitsonderzoek	35	" (7 " , 28 "
- Ontwikkeling management- instrumenten	28	" (11 " , 17 "
- Verrichtingen/verstrekkingen	26	" (7 " , 19 "
- Kwaliteit	25	" (13 " , 12 "
- Ontwikkeling informatie- systemen	25	" (18 " , 7 "
- Faciliteiten en mankracht	22	" (10 " , 12 "

3.1.1 Preventie

Bij preventie-onderzoek gaat het om het opsporen van ziekten in een vroeg stadium, om het bestuderen van de achtergronden en de effecten van riskant gedrag alsmede van de mogelijkheden voor G.V.O. en gedragsverandering. In principe gaat het daarbij om de vraag welke preventieve maatregelen of versterking van preventieve zorg de behoefte aan curatieve gezondheidszorg kan voorkómen of verminderen.

Preventie-onderzoek beslaat een breed terrein variërend van onderzoek naar leefgewoonten en het gebruik van alcohol en drugs tot aan het medisch-biologisch preventie-onderzoek bijvoorbeeld onderzoek naar de effecten van screening op P.K.U. en C.H.T.

Evenals in 1984 wordt ook in 1986 weer ruim een kwart van alle onderzoeksinspanning (43,8 fte) aan dit thema gewijd. Niet verwonderlijk is het grootste deel (90%) hiervan afkomstig van het NIPG.

Het thema bedrijfsgezondheidszorg neemt hierbij een belangrijke plaats in. Op dit gebied wordt onder andere onderzoek verricht naar de invloed van arbeidsomstandigheden op de gezondheid zoals geluidsbelasting, blootstelling aan gevaarlijke stoffen, oorzaken van bedrijfsongevallen etcetera.

Een tweede accent ligt op de jeugdgezondheidszorg variërend van consultatiebureau onderzoek tot bijvoorbeeld onderzoek naar risicofactoren bij schoolgaande adolescenten. Daarnaast vindt men bij het NIPG onderzoek naar ouderen bijvoorbeeld dementie-onderzoek en onderzoek rond speciale groepen met een verhoogd risico zoals migranten en woonwagenbewoners.

Bij het NcGv is ongeveer 6% van het overige preventie-onderzoek te vinden en 3% bij het Nivel. Het onderzoek van het NcGv is gericht op het voorkómen van chroniciteit in de psychiatrie en op preventie van drugsverslaving.

Het onderzoek van het Nivel heeft als onderwerp de voorlichting die gegeven wordt door huisartsen en door fysiotherapeuten.

Er is bij dit Preventie-thema een grote diversiteit in onderzoeksbenaderingen te zien die grotendeels is terug te voeren op de specifieke problemen in een bepaalde sector. Bij het NcGv en het Nivel ziet men vooral een gedragsmatige benadering terwijl men bij het NIPG/TNO daarnaast vooral ook een technisch wetenschappelijke en een medische biologische aanpak vindt.

Voor een opsomming van alle onderzoeksprojecten die onder het thema preventie gerangschikt zijn wordt verwezen naar bijlage 1.

3.1.2 Samenhang voorzieningen

Tot dit onderzoeksveld behoren allerlei vormen van samenhang en samenwerking op bestuurlijk, functioneel en operationeel niveau. Naar inhoud zijn in dit onderzoeksveld de volgende thema's aan te geven:

- samenwerking binnen de eerste lijn
- relatie tussen eerste en tweede lijn
- relatie tussen eerstelijns en (A)GGZ
- relatie tussen de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg
- relatie tussen de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Daarnaast valt er binnen dit onderzoeksveld een geografische indeling te maken, waarbij vooral de regionale samenhang (van de tweedelijnsvoorzieningen) en de subregionale samenhang (afstemming van werkgebieden binnen de eerstelijns) van belang is.

De vier instituten besteden tezamen 10,7% (is 16,8 fte) van hun onderzoekscapaciteit aan het thema samenhang en samenwerking. Elk instituut neemt hiervan een gedeelte voor zijn rekening waarvan het NZI het meest (41%) en het NIPG het minst (12%). Het onderzoek van het NZI is vooral gericht op de regionale samenhang en regionale planning van tweede- en derdelijnsvoorzieningen. Daarnaast vindt men projecten die gericht zijn op de (regionale) coördinatie van de zorg voor ouderen.

Een geheel ander type onderzoek vindt men bij het Nivel. Het belangrijkste thema is hier de onderlinge samenwerking binnen de eerstelijns zowel in als buiten gezondheidscentra en de effecten daarvan op de hulpverlening. Daarnaast is er traditiegetrouw het onderzoek naar de relatie tussen de eerste en de tweedelijns met als nieuw onderwerp de nazorg aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten waarbij het accent ligt op de samenwerking tussen wijkverpleging, ziekenhuis en huisarts.

Het NcGv verricht onderzoek naar de nazorg in de geestelijke gezondheidszorg en daarnaast is er een aantal projecten gericht op het functioneren van de Riagg's en de relatie van de Riagg met andere voorzieningen.

Bij het NIPG vindt men onder dit thema onder andere planningsonderzoek in de gezondheidszorg.

Op dit onderzoeksveld vindt men ook incidentele samenwerkingsprojecten tussen de instituten onderling. Het NZI en het Nivel doen een gezamenlijk onderzoek naar de experimentele gezondheidszorg in Almere en het NcGv en het Nivel onderzoeken de samenwerking tussen eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg. Uit overzicht 2 blijkt tenslotte dat relatief veel onderzoek gedaan wordt naar de effectiviteit van samenwerking; het onderzoek naar de effecten van samenwerking op het verwijzen door de huisarts is daar een mooi voorbeeld van.

3.1.3 Kwaliteit van de zorg.

Bij onderzoek naar de kwaliteit in de gezondheidszorg kunnen twee aspecten onderscheiden worden, concrete aspecten en belevingsaspecten. Concrete aspecten zijn dan vooral de beschikbaarheid van voorzieningen, de bereikbaarheid, het medisch technisch of verpleegkundig handelen etcetera. Deze aspecten komen vaak voor in combinatie met doelmatigheid. Als belevingsaspecten kunnen worden genoemd de bejegening van de patiënt, de relatie hulpvrager-hulpverlener, het klimaat in de instelling, de tevredenheid van de patiënt etcetera.

Onderzoek naar de kwaliteit van de zorg is bij alle instituten te vinden (9,7% =15,3 fte). Er is een diversiteit aan projecten waarvan het merendeel gericht is op de bestudering van de concrete hulpverlening. Ook het onderzoek naar klachtenregelingen en klachtenbehandeling is bij dit thema ondergebracht. Ook wordt wel onderzoek naar patiëntentevredenheid verricht. Gewezen kan worden op het onderzoek naar en de ontwikkeling van patiënten-enquêtes en op het onderzoek met betrekking tot patiënten-voorlichting.

3.1.4 Ontwikkeling zorgvraag

Bij 'ontwikkeling zorgvraag' gaat het om de bestudering van de hulpvraag: wat is de behoefte aan gezondheidszorg c.q. gezondheidszorgvoorzieningen, welke factoren hangen hiermee samen en welke veranderingen en ontwikkelingen - zowel kwantitatief als kwalitatief - doen zich in de zorgbehoefte voor. Ook het onderzoek naar de gezondheidstoestand en naar factoren die gezondheid en ziekte beïnvloeden hoort nadrukkelijk bij dit thema thuis. Onderzoek naar de ontwikkeling van de zorgvraag heeft tot doel om tot een goede afstemming van hulpaanbod op hulpvraag te komen. Dit geldt voor alle niveau's, zowel bij de hulpverlening aan een individuele patiënt als bij het creëren van nieuwe gezondheidszorgvoorzieningen in een land.

Alle instituten houden zich met dit onderzoek bezig, totaal 8,9% (is 13,9 fte) waarbij het NIPG/TNO met 5,3 manjaar het grootste deel voor zijn rekening neemt. Het onderzoek bij het NIPG heeft relatief vaak een specifieke aandoening of stoornis tot onderwerp bijvoorbeeld afasie, gehoorstoornissen, handicaps, terwijl projecten bij de overige instituten relatief vaker over de totale zorgvraag handelen (o.a. epidemiologisch en morbiditeitsonderzoek). Bij bijna alle instituten is er

aandacht voor de behoefte aan gezondheidszorgvoorzieningen voor ouderen en de onderlinge afstemming daarvan. Onderzoek naar de ontwikkeling van de zorgvraag komt vaak voor in combinatie met andere thema's (zie de eerste kolom in overzicht 2). In 7 projecten wordt de ontwikkeling van de zorgvraag bestudeerd in samenhang met verrichtingen/verstrekkingen, terwijl ook de combinatie met samenhang voorzieningen en met preventie voorkomt (respectievelijk 4 en 3 maal). Bij dit onderzoeksthema, de zorgvraag, ligt het accent per definitie op de patiënt of consument.

3.1.5 Effectiviteitsonderzoek

Effectiviteit heeft te maken met de vraag of de beschikbare middelen doeltreffend worden ingezet. Vertaald in voorzieningen betekent dit de vraag naar 'de juiste patiënt in de juiste voorziening'. Vertaald naar behandelingen betekent dit de vraag naar de zinvolheid ervan. Met opzet is niet de term evaluatie-onderzoek gebruikt omdat die term voor de meest uiteenlopende onderzoeksbenaderingen wordt gebruikt. Alleen evaluatie-onderzoek waarin expliciet sprake is van het meten van effecten is bij dit thema opgenomen.

Van de totale 8.9% (14,1 fte) onderzoekscapaciteit op dit gebied nemen het NcGv en het NIPG een wat groter deel voor hun rekening dan de andere twee instituten. Het NcGv houdt zich wat dit thema betreft vooral bezig met de evaluatie van nieuwe hulpverleningsvormen bijvoorbeeld aan drugs-verslaafden en met programma-evaluatie. Het NIPG onderzoekt o.a. de effecten van screening op CHT en PKU in de jeugdgezondheidszorg en op cervix-carcinoom bij volwassenen. Het NZI onderzoekt de effecten van hospital audit en evalueert samen met het Nivel de experimentele gezondheidszorg in Almere. Het Nivel onderzoekt verder de effecten van samenwerking op het handelen van verschillende hulpverleners in de eerstelijnszorg. Effectiviteitsonderzoek komt bijna altijd in combinatie met andere thema's voor, zoals overzicht 2 laat zien. Dit ligt voor de hand omdat doorgaans de effectiviteit van 'iets' (samenwerken, hulpverlening etc.) wordt gemeten.

Overigens dient men zich goed te realiseren dat bij 28 van de 35 effectiviteitsonderzoekingen slechts een gedeelte van de totale capaciteit bij het thema effectiviteit is opgevoerd (in tabel 1). De resterende ingezette capaciteit is bij de andere thema's ondergebracht omdat deze

projecten 2 thema's in zich verenigen. Deze opzet is gekozen om ervoor te zorgen dat de totale capaciteit steeds optelt tot 100% en dus een reëel beeld van de situatie geeft. Wel is het zo dat dit in het nadeel werkt van de thema's die vaak in combinatie met elkaar voorkomen omdat elk thema dan maar een gedeelte van de capaciteit krijgt toebedeeld. Hoewel deze 'vertekening' voor alle thema's geldt, geldt het in het bijzonder voor effectiviteitsonderzoek waar verreweg de meeste projecten gecombineerd zijn met een (zie overzicht 2) ander thema.

3.1.6 Ontwikkeling informatiesystemen

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

De 7,9% (is 12.4 fte) onderzoekscapaciteit is te vinden bij het NZI en het NIPG en in mindere mate bij het NcGv en het Nivel. De informatiesystemen die het NIPG op dit moment ontwikkelt liggen vooral op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg. De projecten bij het NcGv en het Nivel staan ten dienste van epidemiologisch respectievelijk morbiditeitsonderzoek terwijl het Nivel daarnaast informatiesystemen opzet van alle beroepsbeoefenaren in de ELGZ.

De ingezette capaciteit op dit gebied kan door de jaren heen sterk wisselen per instituut. Wanneer namelijk een informatiesysteem ontwikkeld is en 'goed loopt' wordt het project niet meer tot de onderzoeksactiviteiten gerekend maar valt het onder registratie-activiteiten die, zoals gezegd, in deze nota buiten beschouwing blijven.

3.1.7 Ontwikkeling management (en beleids-)instrumenten

In dit onderzoeksveld horen efficiëncy vraagstukken thuis en de ontwikkeling van beheers- en bestuursmodellen. Het gaat hierbij niet alleen om beheers- en bestuursmodellen voor instellingen of organisaties maar ook voor bijvoorbeeld gemeentelijke, provinciale en landelijke overheid. Ook beleidsevaluatie en planningsonderzoek wordt tot dit terrein gerekend.

De totale capaciteit is 7,3% (is 11,5 fte) die voor het grootste deel

bij het NZI te zien is (7,3 fte) en voornamelijk de intramurale sector betreft. Het onderzoek is vooral gericht op het meer doelmatig laten functioneren van (hulpverlenings)instellingen. Als voorbeelden kunnen genoemd worden onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid van verpleeghuizen, ondersteuning van beleidsplannen van ziekenhuizen en de toetsing van aangewende middelen, werklasteronderzoekingen etcetera. Het spreekt vanzelf dat dit onderzoek in hoge mate sectorspecifiek is, in de eerstelijns komen grootschalige en complexe organisaties als ziekenhuizen niet voor. Het onderzoek van het Nivel op dit thema heeft vooral betrekking op gemeentelijke planning van de gezondheidszorg en de afstemming van werkgebieden. Het NcGv houdt zich bezig met beleidsanalyse en programma-evaluatie en het NIPG evalueert de proefregio Kennemerland.

Na deze beschrijving van de onderzoeksvelden met een relatief grote capaciteitsbezetting volgen nu de onderzoeksvelden die minder zwaar bezet zijn, te weten:

- Faciliteiten en mankracht	5,9%	(9,2 fte)
- Verrichtingen/verstrekkingen	4,9%	(7,7 fte)
- Financiering (systemen)	4,8%	(7,6 fte)
- Interne organisatie	2,5%	(3,9 fte)
- Kosten (prijscomponent)	0,5%	(0,8 fte)

3.1.8 Faciliteiten en mankracht

Bij faciliteiten en mankracht gaat het om de voorzieningen-component van de volume-ontwikkeling. Tot dit terrein behoort onderzoek naar omvang en samenstelling van de beroepsgroepen en van de huidige en verwachte ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Datzelfde geldt voor de diverse gezondheidszorginstellingen zoals consultatiebureau's, RIAGG's, ziekenhuizen etcetera en de daarbij behorende apparatuur en faciliteiten.

De 5,9% (is 9,2 fte) capaciteit is voor het grootste deel bij het Nivel en het NcGv te vinden. Het Nivel onderzoekt naast de huisartsen de opbouw en spreiding van de overige beroepsgroepen in de ELGZ zoals fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen etcetera. Het NcGv richt zich meer op de taakstelling en onderlinge taakafbakening van

een aantal disciplines in de geestelijke gezondheidszorg en het NZI houdt zich bezig met personeelsplanning en behoefte-raming voor de intramurale sector. Het NIPG heeft in 1986 geen capaciteit op dit terrein ingezet.

3.1.9 Verrichtingen en verstrekkingen.

Het onderzoek naar verrichtingen en verstrekkingen betreft de behandelingscomponent van de volume-ontwikkeling. Het gaat hier vooral om het feitelijke gedrag van de hulpverleners. Daarnaast hoort hier ook het onderzoek thuis naar afstemmingsvraagstukken met betrekking tot hulpvraag-hulpaanbod en onderzoek naar substitutiemogelijkheden.

Alleen het NcGv en het Nivel hebben op dit thema onderzoekscapaciteit ingezet in 1986, totaal 4,9% (is 7,7 fte). De projecten bij het NcGv hebben o.a. betrekking op de behoefte aan zorg, behandelingen door hulpverleners en de behandelduur en de nazorgproblematiek. Relatief vaak is de RIAGG object van onderzoek. Bij het Nivel is het onderzoek niet alleen gericht op verrichtingen door de huisarts maar in 1986 ook op de werkwijzen van wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten.

3.1.10 Financiering: systemen

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

Het NZI en ook het Nivel nemen de 4,8% (is 7,6 fte) ingezette capaciteit voor hun rekening.

Het onderzoek van het NZI heeft vooral betrekking op budgetteringssystemen van ziekenhuizen en instellingen. Het Nivel houdt zich bezig met internationale vergelijkingen van gezondheidszorgsystemen en bestudeert op nationaal niveau de effecten van wijzigingen in het verzekering- en tarievenstelsel.

3.1.11 Interne organisatie

Onder dit thema is het onderzoek opgevoerd naar het functioneren van ziekenhuizen, verpleeghuizen, RIAGG's etcetera en ook het onderzoek naar de bestuurlijke en functionele organisatie van dergelijke instellingen.

Er wordt weinig onderzoek op dit gebied door de vier instituten verricht, totaal 2,5% (is 3,9 fte).

Van het NZI kunnen genoemd worden de werklasteronderzoeken in verpleeg-

huizen en in de zwakzinnigenzorg en onderzoek naar het functioneren van geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen. Het Nivel onderzoekt organisatie aspecten in het werk van de huisarts (gezondheidscentra, waarneemgroepen) en in het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (o.a. deeltijdarbeid).

3.1.12 Kosten: prijzen

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

Door de vier instituten wordt nauwelijks onderzoek op dit terrein verricht (totaal 0,5%, is 0,8 fte).

Wel houdt het NZI zich bezig met de registratie van kostensoorten en kostenplaatsen in de intramurale gezondheidszorg maar deze activiteit wordt niet tot onderzoek gerekend.

3.2 Vergelijking tussen 1984 en 1986

Hoewel de werkprogramma's van de afzonderlijke instituten in 1986 een aantal veranderingen en vernieuwingen laten zien vergeleken met 1984 zijn deze veel minder goed zichtbaar in de vergelijking van het totale onderzoekspakket van de vier instituten. De oorzaak hiervan ligt in de globale indeling die in deze nota en bij de vergelijking gehanteerd wordt waardoor allerlei nuances onder tafel verdwijnen.

Het feit bijvoorbeeld dat het Nivel een aantal onderzoeken is gestart rond de wijkverpleging blijft onzichtbaar omdat in de 12 onderzoeksvelden geen onderscheid naar discipline wordt gemaakt. Een voorzichtige interpretatie van de vergelijking tussen 1984 en 1986 zoals die in overzicht 3 wordt gegeven is dan ook geboden.

Zie tabel 3

Het eerste wat in de tabel opvalt is een toename van de onderzoekscapaciteit bij de vier instituten.

De gezamenlijke onderzoekscapaciteit is gestegen van 130,6 naar 157 man-jaren, een uitbreiding van 20%. Relatief is het NcGv het sterkst gegroeid met een toename van 36% vergeleken met 1984. Ten dele ligt de verklaring hiervoor in de invloed van het overheidsbeleid dat gericht is

Tabel 3 : Vergelijking van de onderzoekscapaciteit in 1984 en 1986 in fte. en in percentages

	1. Ontwikkl. zorgvr.	2. Preventie	3. Samenhang	4. Interne org.	5. Kwaliteit	6. Facilit. mankr.	7. Verrichtingen	8. Kosten (prijs)	9. Financ. (syst.)	10. Managem. instr.	11. Effectiviteit	12. Inform. syst.	TOTAAL
NGCV 84	1,9	2,8	4,2	0,6	2,4	0,7	1,2	-	-	1,8	6,1	0,1	21,8
86	2,6	2,8	3,3	0,9	4,2	3,1	4,9	-	-	1,7	4,5	1,6	29,6
NZI 84	0,2	-	8,6	0,7	5,5	1,3	0,1	0,9	3,6	9,9	0,2	1,0	32,0
86	2,2	-	6,9	1,6	3,6	1,8	-	0,4	5,2	7,3	2,8	4,3	36,1
NIPG 84	6,1	30,5	1,9	0,1	2,1	0,2	-	-	-	1,7	5,4	7,3	55,3
86	5,3	39,8	2,0	-	4,7	-	-	0,4	-	0,5	5,3	5,4	63,4
Nivel 84	2,9	-	3,8	0,7	2,2	3,5	3,2	0,3	1,0	0,3	1,2	2,4	21,5
86	3,8	1,2	4,6	1,4	2,8	4,3	2,8	-	2,4	2,0	1,5	1,1	27,9
Totaal 84 (fte)	11,1	33,3	18,5	2,1	12,2	5,7	4,5	1,2	4,6	13,7	12,9	10,8	130,6
86	13,9	43,8	16,8	3,9	15,3	9,2	7,7	0,8	7,6	11,5	14,1	12,4	157,0
Totaal 84 in %	8,5%	25,5%	14,2%	1,6%	9,3%	4,4%	3,4%	0,9%	3,5%	10,4%	9,9%	8,3%	100%
86	8,9%	27,9%	10,7%	2,5%	9,7%	5,9%	4,9%	0,5%	4,8%	7,3%	8,9%	7,9%	100%

op een zekere concentratie van het wetenschappelijk onderzoek. Overigens is een relativering van deze uitbreiding op zijn plaats omdat steeds meer onderzoekers op contractbasis werkzaam zijn en dus niet tot de intrinsieke capaciteit van een instituut gerekend kunnen worden.

Een tweede verandering betreft de doorlooptijd van de onderzoeksprojecten. In 1984 bedroeg de gemiddelde capaciteit per onderzoeksproject 0,84 manjaar (130,6 manjaar op 156 projecten); in 1986 is dat 0,61 manjaar (157 manjaar op 259 projecten). Dit betekent dat relatief gezien het aantal korte projecten is toegenomen vergeleken met het langlopende onderzoek. Een ontwikkeling die niet in alle opzichten gunstig te noemen is omdat continuïteit in het onderzoek een voorwaarde is voor accumulatie van kennis. De toename van het aantal korte projecten weerspiegelt het grotere aandeel van contractresearch in het totale onderzoekspakket. Ook hier moet echter weer een relativering worden toegevoegd: de hier becijferde verkorte doorlooptijd van projecten is ook voor een deel het gevolg van een nadere detaillering in sommige werkprogramma's waardoor ook deelprojecten als apart project opgevoerd zijn. Deze trend is vooral bij het Nivel te zien.

Wanneer gekeken wordt naar de 12 onderzoeksvelden dan ziet men op 9 van de 12 thema's een toename van de ingezette capaciteit in 1986.

Deze toename geldt relatief het sterkst voor het thema preventie met een toename van 33,3 manjaar naar 43,8 manjaar. Een gemiddelde toename (variërend van 2 tot 4 manjaren) is te zien bij de thema's ontwikkeling zorgvraag, interne organisatie, kwaliteit, faciliteiten en mankracht, verrichtingen/verstrekkingen, financiering (systemen), effectiviteitsonderzoek en ontwikkeling informatie systemen. En een lichte daling van de ingezette capaciteit geldt voor de thema's samenhang voorzieningen, kosten (prijscomponent) en ontwikkeling management instrumenten. We komen hier in het laatste hoofdstuk op terug.

4. ANALYSE EN DISCUSSIE

4.1. Inleiding

De overzichten in het vorige hoofdstuk hebben als extern doel inhoudelijke informatie aan te reiken aan geïnteresseerden en aan degenen die deze informatie nodig hebben bijvoorbeeld in het kader van onderzoeksprogrammering.

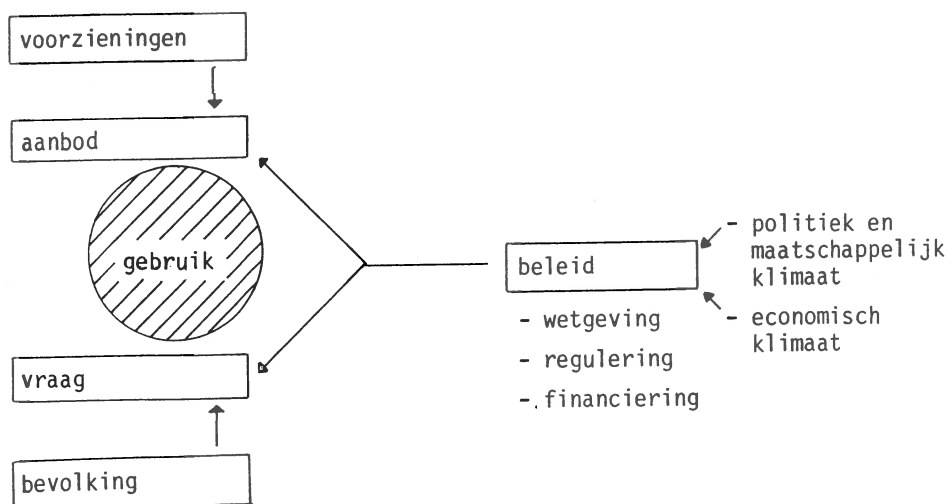
In die zin kan het uitbrengen van deze nota gezien worden als voorwerk voor programmeringsactiviteiten.

Intern, voor de vier instituten, vormen de gegevens de basis op grond waarvan een discussie over accenten en leemten in het onderzoekspakket gevoerd kan worden.

Dit laatste hoofdstuk vormt de neerslag van deze discussie. We beginnen met een beschouwing van de huidige situatie in paragraaf 4.2. Vervolgens relateren we deze aan de aandachtspunten die in 1984 in de vorige nota naar voren werden gebracht (par. 4.3) en tot slot brengen we de huidige stand van zaken in verband met de verwachte ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de mogelijke implicaties daarvan voor het gezondheidszorgonderzoek van de vier instituten (par. 4.4).

4.2. De huidige stand van zaken

Als uitgangspunt voor de bespreking van de huidige onderzoekscapaciteit gebruiken we het in paragraaf 1.2 beschreven vraag-aanbod model. We geven het model nog even schematisch weer.



In het model wordt uitgedrukt dat het gebruik van voorzieningen beïnvloed wordt door vraag en aanbod onder de condities van financiering, verzekering en wetgeving. Deze condities wisselen afhankelijk van het gevoerde beleid op deze terreinen. Zowel vraag als aanbod oefenen een directe invloed uit op het gebruik van voorzieningen terwijl de invloed van het beleid veelal indirect is via de voorzieningen die zij creëert en via regel- en wetgeving. We zullen de onderzoekscapaciteit op deze drie terreinen vraag, aanbod en beleid afzonderlijk beschouwen.

De vraag naar voorzieningen

Bij het onderzoek rond de vraag naar voorzieningen kan men drie aspecten onderscheiden:

- a) Het in kaart brengen van het feitelijk gebruik van voorzieningen uitgesplitst naar bevolkingscategorieën en gerelateerd aan patiëntenkenmerken. Hiermee heeft men een eerste indicatie voor de (toekomstige) behoefte aan voorzieningen.
- b) Het bestuderen van de factoren die de vraag beïnvloeden. De belangrijkste factor is de gezondheidstoestand van de bevolking die op haar beurt weer beïnvloed wordt door erfelijkheid, milieu, leefgewoonten etcetera. Een tweede factor wordt gevormd door persoonskenmerken als consumptiegeneigdheid, klaaggeneigdheid en dergelijke.
- c) Tot slot kan men onderzoeken hoe het hulpaanbod zich verhoudt tot de hulpbehoefte.

Wanneer we naar de 12 onderzoeksvelden kijken dan kunnen daarvan 2 thema's tot de vraagzijde gerekend worden, 'ontwikkeling zorgvraag' en 'preventie'. Ruim eenderde van de totale onderzoekscapaciteit (36,8%) is op deze thema's te vinden.

Het onderzoek naar ontwikkelingen in de zorgvraag (8,9%) is het meest duidelijk aan de vraagkant gesitueerd. Het in kaart brengen en analyseren van het feitelijk gebruik van voorzieningen neemt hier in alle sectoren de belangrijkste plaats in. Daarnaast vindt men onderzoek naar behoefte aan voorzieningen, meestal gericht op speciale groepen zoals jeugdigen, ouderen, migranten en gehandicapten. Verreweg de meeste capaciteit aan de vraagzijde is te vinden op het thema 'preventie' (27,9%) en dan voornamelijk bij het NIPG. Een deel hiervan is gericht op het zo vroeg mogelijk opsporen van aandoeningen (secundaire preventie) terwijl een ander deel gericht is op het voorkómen van aandoeningen (primaire

preventie) door het opsporen en elimineren van de oorzaken. In de jeugdgezondheidszorg gaat het daarbij om erfelijke invloeden en leefgewoonten, in de bedrijfsgezondheidszorg worden arbeidsomstandigheden en invloeden van schadelijke stoffen bestudeerd.

De projecten met als onderwerp secundaire (en tertiaire) preventie kunnen ook tot de vraagzijde rekenen hoewel hierbij soms preventieve en curatieve aspecten met elkaar verweven zijn. Dit betreffen bijvoorbeeld projecten rond opsporing of vroegdiagnostiek van specifieke stoornissen (NIPG) preventie van chroniciteit in de psychiatrie (NcGv) en patiëntenvoorlichting (Nivel).

Consumentenonderzoek en onderzoek naar afstemmingsvraagstukken op het gebied van vraag en aanbod nemen een zeer bescheiden plaats in.

Samenvattend kan gesteld worden dat het onderzoek naar het feitelijk gebruik van voorzieningen in alle sectoren redelijk ontwikkeld is of ontwikkeld wordt; dat onderzoek op het gebied van gezondheidsbeïnvloedende factoren alleen in de jeugdgezondheidszorg en in de bedrijfsgezondheidszorg goed ontwikkeld is; dat onderzoek naar persoonskenmerken als consumptiegeneigdheid, klaaggeneigdheid en naar leefgewoonten schaars vertegenwoordigd is en ditzelfde geldt ook voor afstemmingsvraagstukken op het gebied van vraag en aanbod.

Het aanbod van voorzieningen

Aan de aanbodzijde kunnen eveneens een drietal aspecten onderscheiden worden die voor onderzoek in aanmerking komen:

- a) Het in kaart brengen van de aanwezige professies, voorzieningen en organisaties en het analyseren van de ontwikkelingen die zich daarin voordoen;
- b) De samenhang van en de onderlinge relaties tussen deze voorzieningen, organisaties en professies met daarbij vraagstukken rond samenwerking en taakafbakening.
- c) De hulpverlening zelf. Dat wil zeggen de verrichtingen en verstrekkingen, de kwaliteit en de effectiviteit daarvan en de kosten.

Allereerst moet opgemerkt worden dat het onderzoek met betrekking tot de aanbodzijde sterker ontwikkeld is dan het onderzoek naar de vraagkant. Ongeveer tweederde van de totale onderzoekscapaciteit is hierop gericht.

Een verklaring hiervoor is te vinden in de sturende werking die van de financiers uitgaat en in de tradities van de instituten en de structuur waarin zij zich bevinden.

De eerste twee aspecten zijn het sterkst ontwikkeld namelijk het onderzoek naar organisaties en professies en het onderzoek naar samenwerking en samenhang. Het onderzoek naar professies betreft vooral de eerstelijns en ook wel de geestelijke gezondheidszorg. Het accent ligt daarbij op de samenstelling en geografische spreiding van de beroepsgroepen en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen. In de tweedelijnsgezondheidszorg ligt het accent op het functioneren van organisaties en instellingen en wordt ook onderzoek gedaan naar personeelsplanning en -ontwikkeling. In de basisgezondheidszorg is dit type onderzoek minder sterk ontwikkeld.

Het onderzoek naar samenwerking en naar samenhang van voorzieningen is in alle instituten goed ontwikkeld. Binnen elk echelon wordt zowel de interne samenwerking bestudeerd (gezondheidscentrum, RIAGG, ziekenhuis) als de externe samenwerking (bijvoorbeeld de samenwerking tussen AGGZ en intramurale GGZ of tussen huisarts en fysiotherapeut). Tussen de echelons is vooral het onderzoek naar de relatie tussen eerste- en tweedelijns van een degelijk niveau (samenwerken, verwijzen, nazorg) terwijl recent ook de relatie tussen de eerstelijns en de (A)GGZ de aandacht heeft. De relatie tussen eerstelijns en basisgezondheidszorg is nog nauwelijks onderzocht terwijl dit ook min of meer geldt voor de relaties tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en zelfzorg en mantelzorg.

In toenemende mate wordt onderzoek verricht naar de samenhang van voorzieningen op groter schaal bijvoorbeeld op gemeentelijk maar vooral op regionaal niveau. Ook dit onderwerp is bij alle vier de instituten te vinden. Het onderzoek naar het derde aspect aan de aanbodskant, de verrichtingen/verstrekkingen, verkeert nog in een fase van ontwikkeling. Dit type onderzoek vindt men vooral in de ELGZ en in de (A)GGZ maar heeft veelal nog een inventariserend karakter: 'wie doet wat en op welke wijze'. Onderzoek naar kwaliteitsaspecten is bij alle instituten te vinden. Onderzoek waarin alle aspecten tezamen worden onderzocht dat wil zeggen kwaliteit, effectiviteit en kosten van de hulpverlening komt (nog) niet voor.

Beleid

Zoals in het vraag-aanbod model is beschreven heeft het beleid doorgaans een indirecte invloed op het gebruik door de voorzieningen die zij creëert. Bestudering van deze invloed loopt dan ook doorgaans via bestudering van deze voorzieningen. De incidenteel voorkomende directe invloed van het beleid zoals bijvoorbeeld in het geval van de 'eigen bijdrage' laat zich daarentegen direct analyseren. Of het beleid ook op andere wijze invloed op de vraag uitoefent bijvoorbeeld op de houding van de bevolking ten aanzien van gezondheidsgedrag of medische consumptie is door de complexiteit nauwelijks onderzoekbaar.

Allereerst moet opgemerkt worden dat een groot deel van het onderzoek van de vier instituten beleidsonderbouwend of beleidsadviserend van karakter is. Het sterkst geldt dat voor de onderzoeken die gericht zijn op de evaluatie van beleidsmaatregelen zoals de evaluatie van de experimentele gezondheidszorg in Almere en van de WVG in Kennemerland, de gevolgen van de herstructurering van de G.G.Z., van vestigingsbeleid, budgettering etcetera.

Onderzoek naar het gehele beleidsproces zelf, dat wil zeggen het ontstaan van beleidsmaatregelen, de implementatie, de werking en de evaluatie daarvan kwam tot voor kort niet in het onderzoekspakket voor.

Recent zijn echter wel projecten gestart die analyse of evaluatie van het beleid tot onderwerp hebben (bij het NcGv en bij het NZI) en is het Nivel begonnen met onderzoek naar gemeentelijke en gewestelijke planning. Schaars is ook het onderzoek naar financieringssystemen en de effecten daarvan; alleen bij het Nivel en bij het NZI zijn enkele projecten rond dit thema te vinden.

4.3 De ontwikkelingen sinds 1984

In deze paragraaf zetten we de huidige situatie af tegen de situatie in 1984. We richten ons daarbij uitsluitend op die thema's die in de vorige nota als leemte of als stimuleringsgebied werden aangemerkt.

We hanteren weer de indeling in vraag, aanbod en beleid.

De vraag naar voorzieningen

In 1984 werd opgemerkt dat relatief weinig onderzoek werd verricht rond de vraag naar voorzieningen. Als verklaring werd onder andere opgemerkt dat aangrijpingspunten voor het beleid aan de aanbodskant liggen waardoor dergelijk onderzoek meer kans heeft op financiering door de overheid. Het zijn doorgaans de fondsen die onderzoek naar de behoefte aan voorzieningen financieren maar dergelijke middelen zijn slechts schaars voorhanden.

Deze situatie is in 1986 nog net zo. Ook op dit moment worden veel projecten aan de vraagkant door fondsen gefinancierd bijvoorbeeld Praeventiefonds, Ziekenfondsraad, etc. Toch is de ingezette capaciteit in 1986 toegenomen van 44,4 fte (=34%) naar 57,7 fte (=36,8%) en deze toename geldt vooral het preventie-onderzoek (zie ook paragraaf 4.2).

Met betrekking tot de vraagkant werden in 1984 de volgende drie gebieden genoemd waarvan stimulering gerechtvaardigd leek:

- 1) onderzoek naar achtergronden van de vraag, waaronder ontwikkelingen in ziekte en gezondheid (inclusief factoren die gezondheid/ziekte beïnvloeden);
- 2) algemeen epidemiologisch onderzoek;
- 3) onderzoek naar afstemmingsvraagstukken rond hulpvraag - hulpaanbod.

Allereerst moet opgemerkt worden dat verschuivingen die in twee jaar optreden in een onderzoekspakket marginaal zijn. Degelijk onderzoek vereist nu eenmaal een zekere continuïteit zodat veel instituten ook werken met meerjarenprogramma's en een aantal vaste onderzoeksteams in dienst hebben met specifieke deskundigheden. Dat neemt niet weg dat daarnaast ook elk jaar nieuwe thema's ontwikkeld worden en bij de vergelijking met 1984 richten we ons dan ook voornamelijk op de nieuw gestarte projecten. Wanneer we deze nieuwe projecten bezien in het licht van de drie genoemde stimuleringsgebieden dan valt het volgende te constateren.

Bij het NcGv en bij het NZI zijn inderdaad enkele projecten van start gegaan naar de behoefte of vraag naar voorzieningen. Onderzoek naar ontwikkelingen in ziekte en gezondheid daarentegen komt, behalve bij het NIPG, ook in 1986 nog weinig voor. Wel zijn bij het NIPG weer nieuwe projecten op dit gebied gestart, vaak ook met een epidemiologisch karakter. Ook op andere instituten lijken epidemiologische aspecten meer de aandacht te krijgen. Bij het Nivel komt dit tot uiting in de nationale

morbiditeitstudie en ook het NcGv begint met de ontwikkeling van dit thema voor de geestelijke volksgezondheid.

Wat betreft afstemmingsvraagstukken met betrekking tot hulpvraag - hulp-aanbod zijn geen nieuwe projecten ontwikkeld met uitzondering van een project op het Nivel met als thema vraag/aanbod modellen in de fysiotherapie.

Concluderend lijkt het erop dat inderdaad het onderzoek naar zorgbehoeften en onderzoek met een epidemiologisch karakter meer tot ontwikkeling lijkt te komen, waarmee ook de aandacht voor ontwikkelingen in ziekte en gezondheid toeneemt. Het onderzoek naar vraag - aanbod relaties is, vergeleken met 1984, niet noemenswaardig toegenomen.

Het aanbod aan voorzieningen

Met betrekking tot de aanbodkant werd in 1984 geconstateerd dat veel thema's goed ontwikkeld zijn zoals het onderzoek naar professies en organisaties, naar samenwerking en samenhang tussen voorzieningen en naar relaties tussen de echelons. Toch werden ook hier enkele leemten gesignaleerd met name op de volgende gebieden:

- 1) wat de organisaties betreft, onderzoek naar instellingen voor wijkverpleging, voor gezinszorg en voor algemeen maatschappelijk werk;
- 2) wat betreft de relaties tussen de echelons vooral de relatie van de eerstelijns met de (A)GGZ en met de maatschappelijke dienstverlening en de relatie tussen professionele zorg en zelfzorg en mantelzorg;
- 3) als belangrijkste leemte werd genoemd het onderzoek naar verrichtingen en verstrekkingen en de effecten daarvan.

Wanneer we ook hier weer naar de nieuw gestarte projecten kijken dan valt het volgende vast te stellen.

In z'n algemeenheid is het onderzoek naar professies en organisaties gestegen met twee procent (6% in 1984 en 8,4% in 1986). De nieuwe projecten op het gebied van organisaties hebben als onderwerp RIAGG's, verpleeghuizen, instellingen voor wijkverpleging en consultatiebureaus.

Bij de professies is nieuw onderzoek gestart naar psychiaters, psychologen, B-verpleegkundigen, verloskundigen en wijkverpleegkundigen.

De onderzoekscapaciteit naar samenwerking en samenhang laat ten opzichte van 1984 een daling zien van 3,5% maar blijft desondanks met 10,7% een zwaartepunt in het totale pakket. Nieuw onderzoek in 1986 betreft inderdaad de relatie tussen de eerstelijns en de (A)GZZ (een project dat door

het NcGv en het Nivel gezamenlijk wordt uitgevoerd). Nieuw zijn ook projecten op het gebied van nazorg, zowel in de somatische als in de geestelijke gezondheidszorg. Bij het NIPG is onderzoek gestart naar regionale V.T.O.-samenwerkingsverbanden.

Het onderzoek naar verrichtingen en verstrekkingen is gestegen van 3,4% naar 4,9% en deze stijging komt voor rekening van het NcGv. De projecten hebben betrekking op verslavingszorg, jeugdhulpverlening en aspecten van psychiatrische behandeling, opname en nazorg. Een aantal van deze projecten is ook gericht op de evaluatie of effectiviteit van experimentele hulpverleningsmethoden. Nieuw bij het Nivel is het onderzoek naar het werk van de wijkverpleegkundigen. Bij de andere instituten zijn geen projecten rond dit thema gestart.

In 1984 werd vastgesteld dat "een belangrijke oorzaak voor de geringe onderzoeksactiviteit op dit gebied (...) gelegen is in de mate waarin medische behandelgegevens worden bewaakt, ook wanneer het gaat om geaccumuleerde gegevens waarin afzonderlijke patiënten en hulpverleners niet meer te herkennen zijn". Het lijkt erop dat dit argument in 1986 nog sterker geldt dan in 1984 gelet op de huidige discussies rond gegevensverstrekking ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Konkluderend kunnen we stellen dat wat betreft de organisaties en professies een aantal nieuwe thema's ontwikkeld wordt waaronder het thema wijkverpleegkundigen. Onderzoek naar instellingen voor gezinszorg en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk ontbreekt nog. Wat betreft de relatie tussen de echelons zijn de nieuwe thema's de relatie tussen de ELGZ en de (A)GZZ en nazorgproblematiek. Als leemte geldt ook in 1986 nog onderzoek naar de relatie tussen ELGZ en maatschappelijke dienstverlening en naar de relatie tussen professionele zorg en zelfzorg en mantelzorg.

Ook het onderzoek naar verrichtingen en verstrekkingen en vooral naar de effecten daarvan is, met uitzondering van enkele projecten in de geestelijke gezondheidszorg, in de afgelopen twee jaar nog niet verder van de grond gekomen.

Beleid

In 1984 werd vastgesteld dat nauwelijks onderzoek verricht werd naar het beleidsproces zelf.

Deze situatie is nog niet veel veranderd, ook in 1986 is het onderzoek op dit gebied schaars. Toch kunnen hier enkele nieuwe projecten genoemd worden zoals de beleidsanalyse met betrekking tot de herstructurering in de GGZ en onderzoek naar het overheidsbeleid met betrekking tot de intramurale gezondheidszorg.

Wat wel meer tot ontwikkeling lijkt te komen is onderzoek naar planning in de gezondheidszorg, zowel op gemeentelijk als op regionaal niveau.

Al met al heeft het totale onderzoekpakket van de vier instituten een vrij stabiel karakter. Wanneer met echter alleen de nieuwe projecten in ogenschouw neemt, zoals in deze paragraaf gedaan is, dan zijn op veel gebieden nieuwe ontwikkelingen te constateren waarvan er een aantal in de in 1984 gewenste richting gaan.

4.4 De onderzoekscapaciteit in relatie tot de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Bepalend voor het denken over de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het uitgangspunt van de overheid een verdere kostenstijging te voorkomen. Dit betekent dat verbeteringen in de gezondheidszorg voornamelijk door verschuivingen en nauwelijks door uitbreidingen tot stand zullen moeten komen. Daarmee is het begrip substitutie nog even actueel als in 1983 en blijft de vraag welke taken met behoud van kwaliteit op een lager (goedkoper) niveau uitgevoerd kunnen worden een kernvraag. Andere mogelijkheden om verbeteringen bij gelijkblijvende middelen te bewerkstelligen liggen op het gebied van een betere afstemming van het hulpaanbod op de hulpbehoefte en kunnen verwacht worden van verbeteringen in kwaliteit en effectiviteit van de concrete hulpverlening. Tot slot kan men zich richten op het voorkómen van ziekten en daarmee op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking, een lijn die ook in de Nota 2000 gepropageerd wordt.

Wat zijn nu de implicaties van deze vier aspecten voor het gezondheidszorgonderzoek van de vier instituten.

1. Uit de substitutiegedachte vloeit logisch voort dat het onderzoek naar (multidisciplinaire) samenwerking en naar de relaties tussen de echelons een actueel onderzoeksthema blijft. Speciale aandacht ver-

dient daarbij de instroom in de tweedelij n (verwijzen) en de uitstroom met het accent op de nazorg.

Stimulering verdient daarnaast het onderzoek naar taakafbakening en taakverschuiving gekoppeld aan de kwaliteit van het handelen. Wat de relaties tussen de echelons betreft verdient het aanbeveling de relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de basisgezondheidszorg te analyseren; dit thema is tot nu toe opvallend afwezig.

2. Aktueel blijft het onderzoek naar afstemmingsvraagstukken op het gebied van hulpvraag - hulpaanbod. Voor het bestuderen van dergelijke vraagstukken is allereerst nodig dat een helder beeld ontstaat van het gebruik van de huidige voorzieningen uitgesplitst naar specifieke bevolkingsgroepen waarvan kenmerken en specifieke behoeften moeten worden vastgelegd. Deze gegevens kunnen dan vervolgens gerelateerd worden aan huidige en toekomstige demografische ontwikkelingen. Wat betreft de intramurale zorg zijn wat dit betreft al vele gegevens bekend, in de overige echelons moet daar nog het nodige aan gedaan worden. Overigens lijkt voor alle echelons stimulering van afstemmingsvraagstukken gerechtvaardigd.
3. Zoals al eerder in de nota opgemerkt blijft het belangrijk onderzoek te ontwikkelen naar de kwaliteit, effectiviteit en de kosten van verrichtingen en verstrekkingen. Het belang van dergelijke gegevens behoeft geen verdere toelichting. Het blijft echter de vraag of de belemmerende omstandigheden voor dit type onderzoek zich de komende jaren in gunstige zin zullen wijzigen.
4. Tot slot het voorkómen van ziekten, de zelfzorg en mantelzorg en de gezondheidstoestand van de bevolking. Voor het onderzoek betekent dit in de eerste plaats het doorgaan met de in gang gezette ontwikkeling van het epidemiologisch onderzoek. Daarnaast is een belangrijk thema de evaluatie van experimenten op het gebied van preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en vroegtijdige opsporing. Hoewel dit type onderzoek in de basisgezondheidszorg goed ontwikkeld is verkeert het in de andere echelons nog in een pril stadium. Voor alle instituten lijkt het daarnaast relevant onderzoek te stimuleren naar de relatie tussen ziekte en gezondheid enerzijds en patiëntkenmerken en leefgewoonten anderzijds.

Bijlage

De onderzoeksprojecten van de vier instituten per thema

1. ONTWIKKELING ZORGVRAAG - onderzoeksprojecten per instituut in 1986
1. NcGv (2,6 manjaar) - Preventie van chroniciteit in de psychiatrie: katamnetisch onderzoek opnamebeoordelingscohort GG en GD Amsterdam '83-'85.
- Behoeftte aan en vraag naar hulpverlening
- Behoeftteonderzoek GGZ-voorzieningen
- Historisch dossieronderzoek cliënten IMP-Amsterdam
- Relatie geestelijke gezondheidszorg en eerste lijnhulpverlening
- Psychosociale problemen en hulpverlening
- Epidemiologie en registratie
2. NZI (2,2 manjaar) - Specifieke vraagfactoren
- Macro-effecten vergrijzing
- Regionale consumptieverschillen
- Differentiatie van zorg in verpleeghuizen
- Ondersteuning taakvisiegroepen secties NZR
3. NIPG (5,3 manjaar) - Vooronderzoek analyse volksgezondheid
- BIBAS-Vooronderzoek trendanalyse
- Afasie-onderzoek, 2e fase
- Keukens voor gehandicapte ouderen
- CB-kinderen (POKCK-trajekt) 0-2 jaar
- Onderzoek psychosociale problemen van Turkse adolescenten in Nederland
- Risicofactoren t.a.v. schoolgaande adolescenten
- J.G.Z. t.b.v. oudere adolescenten; functies en organisatie
- Alternatieve woonvormen voor ouderen
- Pathways and blockages of services for the Elderly
4. Nivel (3,8 manjaar) - Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro-niveau
- Vraag/aanbod relaties in de Engelse gezondheidszorg
- Nazorg aan ziekenhuispatiënten te Rotterdam
- Ziekenhuis Lelystad
- AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze
- Mental health in primary care

- Patiëntenparticipatie in gezondheidscentra
- Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
- Nationale morbiditeitsstudie (eerste fase; haalbaarheidsstudie)
- Continue Registratie Peilstations Nederland
- Uitbreiding populatiekenmerken peilstationspraktijken
- Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing
- De videotheek in cijfers
- Probleempatiënten: een blijvend etiket?
- Hulpverlening bij psychische klachten door maatschappelijk werker en psycholoog
- Fysiotherapie bij de Nederlandse peilstations
- Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapie
- Consumenten onderzoek

2. PREVENTIE - onderzoeksprojecten per Instituut in 1986

1. NcGv (2,8 manjaar) - Medische behandeling van extreem problematische druggebruikers: morfineverstrekkingsexperiment
- Preventie van chroniciteit in de psychiatrie: katamnestic onderzoek opnamebeoordelingscohort GG en GD Amsterdam '83-'85
- Sociaal functioneren schizofrene patiënten: deelonderzoek Preventie Psychose Projekt Rotterdam
- Evaluatie Fountain House experiment

2. NZI (0,0)

3. NIPG (39,8 manjaar) - Regionale gezondheidsverschillen
- BIBAS- literatuurstudie surveillance-methode
- EEG-profiel II
- Bromide-onderzoek II
- Kwantitatieve EEG-analyse van kinderen met lichte cerebrale stoornissen
- Keukens voor gehandicapte ouderen
- Vaccinatie en juveniele diabetes
- Proefonderzoek aangeboren toxoplasmose
- Zorgverlening Turkse en Marokkaanse kinderen op het CB
- CMT en psychomotorische ontw. premature kinderen
- Evaluatie screening op CMT en PKU
- Vaccinatie-onderzoek
- Non-participanten
- Onderzoek verandering infectiedruk van toxoplasma gondii
- Onderzoek psychosociale problemen van Turkse adolescenten in Ned.
- Onderzoek V.O.G. (Vroegtijdige opsporing Gehoorstoornissen)
- Vroegdiagnostiek van het dementieel syndroom
- Geluidsbelasting etc. van ouderen
- Grondslagen van een continue gezondheidszorg voor ouderen
- Dementie in de huisartsenpraktijk; een secundaire analyse
- Beëindiging arbeidzaam leven
- Gezondheidsonderzoek bij stucadoors
- Nadere analyse EEG-onderzoek pendelen
- Silicose fijn-keramische ind. (sic-analyse)
- Epideminologie van bedrijfsongevallen

- Arbeidsongeschiktheid en verzekeringsvorm in de Ziektewet; incl. fase 2
- Problematiek van het bewegingsapparaat
- Risico's blootstelling chemische stoffen
- Signalering beroepsproblemen aandoeningen
- Voorstudie op onderzoek epidemiologisch onderzoek rug
- Inventarisatie GVO-methode rugklachten
- Problematiek adembescherming NAM-personal
- Kort-cyclische arbeid, fase 2
- Gezondheidsaspecten werken met metaalbewerkingsvloeistoffen
- N.S.-project
- Taakanalyse, observatietechniek en arbeidsveiligheid
- Arbeidshandicap en Technologie
- Registratie methoden werkhouding en bewegingen
- Hormonale en metabole reacties van stress bij risico groepen
- Gezondheidseffekten van stress
- Werk- rusttijden en ongevallenanalyses
- Signalering effecten blootstelling styreen
- Gehoorscherpthe en geluidsbelasting bij adolescenten
- Cursussen bedrijfsaudiometrie en schoolaudiometrie
- Preventie gehoorschade
- Verbodswetgeving
- Gehooronderzoek in de bouwrijverheid
- Aanvaardbaarheidsgrenzen voor geur, fase III en IV
- Gezondheidsrisico's woonwagenbewoners
- Bewonersgedrag en ventilatieonderzoek
- Effecten op mensen van trillingen en infrageluid
- Luidheid in complexe geluids-situaties
- Hinder door geluid op de arbeidsplaats
- Bewonersgedrag i.v.m. stoken
- Hinder door verwaaid kolenstof, fase 2

4. Nive1 (1,2 manjaar)
- Nationale morbiditeitsstudie (eerste fase; haalbaarheidsstudie)
 - Patiëntenvolichting in de huisartspraktijk
 - Motieven voor preventie bij de huisarts
 - Patiëntenvoorlichting bij de fysiotherapeut

3. SAMENHANG VOORZIENINGEN - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (3,3 manjaar) -
 - Relatie geestelijke gezondheidszorg en eerste lijnshulpverlening
 - Intake RIAGG's
 - Bestuurlijke modellen RIGG-en RIAGG's en jeugdzorg
 - Verslavingszorg in Amsterdam
 - Gemeenschappelijke besluitvorming over behandeling
 - Beschermende woonvormen en de RIAGG
 - Huisvestingsmogelijkheden voor ex-psy-chiatrische patiënten
 - Beleidsanalyse herstructurering GGZ
 - Sociaal psychiatrische dienstencentra in Amsterdam
 - Nazorgproblematiek in de psychiatrie

- 2 NZI (6,9 manjaar) -
 - Regionale functieplanning/medische beleidsplannen
 - Verzorgingsgebieden intramurale voorzieningen
 - Verpleeghuisplanning
 - Planvorming psychiatrie
 - Ondersteuning regionale samenwerking in de ggz
 - Substitutie
 - Evaluatieproject Almere
 - Managementondersteuning bij samenwerking
 - Samenwerking en zorgverschuiving
 - Geriatrie afdelingen in algemene ziekenhuizen
 - Coördinatie zorg voor ouderen (Gelderse Vallei en Midden-Holland)
 - Ontwikkeling Z.V.O. Den Bosch
 - Bouwstenen

3. NIPG (2,0 manjaar) -
 - Gebruik van (intramurale) psychiatrische voorzieningen in Zuid-Holland
 - Simulatiemodel planning gezondheidszorg
 - Modellen voor de uitvoering van jeugd tandzorg
 - Evaluatie regionale VTO-samenwerkingsverbanden
 - Alternatieve woonvormen voor ouderen
 - Policies and services for the elderly

4. Nivel (4,6 manjaar) -
 - Gezondheidscentra internationaal
 - De invloed van de huisarts op door specialisten uitgeschreven herhaalkaarten
 - Nazorg aan ziekenhuispatiënten te Rotterdam
 - Ziekenhuis Lelystad
 - Evaluatie gezondheidszorg Almere
 - Rol van de eerste lijn bij opname in het verpleeghuis

- Substitutie van verpleegkundige zorg
- Inventarisatie samenwerking eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (in samenwerking met het NcGv)
- Overlegvormen in gezondheidscentra
- Is kwaliteit van samenwerking meetbaar?
- Samenwerken en verwijzen
- Samenwerken en fysiotherapie
- Medisch-farmacotherapeutisch overleg
- Samenhang in theorie en praktijk (desk research)
- Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
- Afstemming werkgebieden een globale inventarisatie
- Relatie huisarts/fysiotherapeut
- Relatie huisarts/(A)GGZ respectievelijk AMW
- Opname in en ontslag uit het ziekenhuis
- De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen.

4. INTERNE ORGANISATIE

- onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (0,9 manjaar)

- Intake RIAGG's
- Klachtenbehandeling in de AGGZ
- Efficiency van de RIAGG
- De gedeconcentreerde APZ-ontwikkeling in de regio Dordrecht

2. NZI (1,6 manjaar)

- Deconcentratie en bestuurbaarheid APZ
- Differentiatie van zorg in verpleeghuizen
- Follow-up behandelmodulen en -structuren
- Werklast onderzoek verpleeghuizen en zwakzinnigenzorg
- Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen

3. NIPG (0,0)

4. Nivel (1,4 manjaar)

- Overlegvormen in gezondheidscentra
- Waarneemgroepen van huisartsen
- De videotheek in cijfers
- Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (samenwerkingsproject tussen NIVEL en IVA)
- De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen

5. KWALITEIT- onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (4,2 manjaar) - Psychosociale hulp aan etnische minderheden in de eerste lijn
- Omgaan met beperkte handelingsmogelijkheden in psychogeriatrische verpleeghuizen
- Gedwongen psychiatrische opnemng

2. NZI (3,6 manjaar) - Zorgvernieuwing
- Patiëntenvoorlichting
- Klachtenbehandeling in algemene ziekenhuizen
- Gebruikswaarde A.V.-middelen
- Interne klachtenregeling in verpleeghuizen
- Kwaliteit en doelmatigheid verpleeghuizen
- Werklast onderzoek verpleeghuizen en zwakzinningen-zorg

3. NIPG (4,7 manjaar) - Evaluatie artsenlaboratoria
- Bibliografie basisgezondheidszorg
- Kwaliteitsbevordering basisgezondheidszorg
- Onderzoek voorzieningen gehandicapten
- Incontinentie-onderzoek
- Ontwikkeling kwaliteitscriterium KGZ
- Arbeidsvriendelijke technologie; kwaliteit van de arbeid

4. Nivel (2,8 manjaar) - Nazorg aan ziekenhuispatiënten te Rotterdam
- Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk
- Patiëntenvoorlichting bij de fysiotherapeut
- Interdoktervariantie bij psychó-sociale problematiek
- Wisselende gespreksmodellen
- Probleempatiënten: een blijvend etiket?
- Hulpverlening bij psychische klachten door maatschappelijk werker en psycholoog
- Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (samenwerkingsproject tussen Nivel en IVA)
- De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkerterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen.

6. FACILITEITEN/MANKRACHT - onderzoeksprojecten per Instituut in 1986
1. NcGv (3,1 manjaar)
 - Enquête psychiatrische deeltijdbehandeling
 - Kind van drie meesters
 - De psychiater en de RIAGG
 - Taak en identiteit van de B-verpleegkundige
 - Evaluatie patiëntenvertrouwenswerk

 2. NZI (1,8 manjaar)
 - Personeelsontwikkeling 1975-1995
 - Behoefteraming medische specialisten
 - Personeelsplanning en -voorziening
 - Ondersteuning in-service onderwijs
 - Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen

 3. NIPG (0,0)

 4. Nivel (4,3 manjaar)
 - Gezondheidszorgplanning op gewestelijk niveau
 - Substitutie van verpleegkundige zorg
 - Psychologen in de eerste lijn (in samenwerking met het NcGv)
 - Basisgegevens in gezondheidscentra en home-teams
 - Registratie beroepsbeoefenaren in de ELGZ
 - Spreiding eerste lijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden
 - Spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
 - Lokatie van voorzieningen in de elgz
 - Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie
 - Vergelijkende analyse van spreidingspatronen in de elgz
 - Twintig jaar vestigingscohorten
 - De verloskundige markt
 - Deeltijdarbeid van (hoofd)wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (samenwerkingsproject tussen NIVEL en IVA)
 - Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg

7. VERRICHTINGEN/VERSTREKKINGEN - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (4,9 manjaar)
 - Behoeftte aan en vraag naar hulpverlening
 - Historisch dossieronderzoek cliënten IMP-Amsterdam
 - RIAGG's en jeugdzorg
 - Verslavingszorg in Amsterdam
 - Beschermende woonvormen en de RIAGG
 - Enquête psychiatrische deeltijdbehandeling
 - De psychiater en de RIAGG
 - Taak en identiteit van de B-verpleegkundige
 - Gedwongen psychiatrische opneming
 - Nazorgproblematiek in de psychiatrie
 - Psychosociale problemen en hulpverlening
 - Beperking van de behandelduur in het APZ

2. NZI (0,0)

3. NIPG (0,0)

4. Nivel (2,8 manjaar)
 - Verwijscijfers in de Engelse, Nederlandse en Deense gezondheidszorg
 - Verwijskaarten, consult- en behandelkaarten bij de Nederlandse peilstationspraktijken
 - De invloed van de huisarts op door specialisten uitgeschreven herhaal kaarten
 - Rol van de eerste lijn bij opname in het verpleeghuis
 - AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze
 - Het verwijzen van psycho-sociale problematiek door huisartsen in het peilstationsprojekt
 - Mental health in primary care
 - Nationale morbiditeitsstudie (eerste fase; haalbaarheidsstudie)
 - Voorschrijven in de huisartspraktijk
 - Gebruik van laboratorium en Rö-diagnostiek in de huisartspraktijk
 - Opname in en ontslag uit het ziekenhuis
 - Het werk van wijkverpleegkundigen (fase I en II - instrument-ontwikkeling en beschrijvend onderzoek)
 - Fysiotherapie als extramurale gezondheidszorg
 - Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapie

8. KOSTEN (PRIJS) - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (0,0)

2. NZI (0,4 manjaar) - Prijsindex gezondheidszorg

3. NIPG (0,4 manjaar) - MANUS-project

4. Nivel (0,0)

9. FINANCIERING (SYSTEEM) - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (0,0)

2. NZI (5,2 manjaar)
- Macrorekenmodel gezondheidszorg
 - FOGM
 - Functiegerichte budgettering in ziekenhuizen
 - Evaluatie experimenten budgettering ziekenhuizen
 - Regionale ondersteuning budgettering in instellingen
 - Ondersteuning tarievencommissies
 - Budgetformule
 - Gevolgen stelselwijziging

3. NIPG (0,0)

4. Nivel (2,4 manjaar)
- Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese gemeenschap
 - Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen
 - Alternatieven voor abonnementshonorarium van huisartsen
 - Opheffing vrijwillige ziekenfonds verzekering
 - Wijziging tariefstructuur fysiotherapie
 - Fysiotherapie in internationaal verband

10. MANAGEMENT INSTRUMENTEN - onderzoeksprojecten per Instituut in 1986

1. NcGv (1,7 manjaar) - Behoeftonderzoek GGZ-voorzieningen
- Bestuurlijke modellen van RIGG-en
- GGZ in getallen
- Programma-evaluatie en geestelijke gezondheidszorg
- Programma-evaluatie op RIGG-niveau
- Beleidsanalyse herstructurering GGZ
- Interorganisationele samenwerking

2. NZI (7,3 manjaar) - Economisch management en kostencalculaties
- Analyses jaarrekening ziekenhuisvoorzieningen
- Rekeningschema
- Managementondersteuning bij samenwerking
- Patiëntenvoorlichting
- Patiënten-enquêtes
- Beleidsplannen ziekenhuizen
- Toetsing aangewende middelen
- Hospital audit
- Onderzoek jaarverslagen
- Interne klachtenregeling in verpleeghuizen
- Kwaliteit en doelmatigheid verpleeghuizen
- Werklast onderzoek verpleeghuizen en zwakzinnigenzorg
- Ondersteuning inservice onderwijs
- Besluitvormingsprocessen
- Overheidsbeleid en regelgeving
- Technology assessment

3. NIPG (0,5 manjaar) - Evaluatie WVG Kennemerland

4. Nivel (2,0 manjaar) - Gezondheidszorgplanning op gewestelijk niveau
- Gemeentelijke planvorming en planvoorbereiding op het gebied van samenhang van voorzieningen van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening
- Afstemming werkgebieden een globale inventarisatie
- Opbouw gegevensbestand gemeentelijke planning

11. EFFECTIVITEITS ONDERZOEK - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (4,5 manjaar) - Medische behandeling van extreem problematische druggebruikers: morfineverstrekkingsexperiment
- Verslavingszorg in Amsterdam
- Sociaal functioneren schizofrene patiënten: deelonderzoek Preventie Psychose Projekt Rotterdam
- Evaluatie Fountain House experiment
- Programma-evaluatie en geestelijke gezondheidszorg
- Programma-evaluatie op RIGG-niveau
- Evaluatie patiëntenvertrouwenswerk
- Sociaal psychiatrische dienstencentra in Amsterdam
- De gedeconcentreerde APZ-ontwikkeling in de regio Dordrecht
- Beperking van de behandelduur in het APZ

2. NZI (2,8 manjaar) - Evaluatieproject Almere
- Toetsing aangewende middelen
- Hospital audit
- Programma-evaluatie psychiatrie
- Geriatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen
- Technology assessment

3. NIPG (5,3 manjaar) - Evaluatie artsenlaboratoria
- Kosten-baten; kosten-effektiviteitsanalyse; screening op cervix-carcinoom
- GVO- basisgezondheidsdiensten
- Uitvoering wet infectieziekten en opsporing ziekte-oorzaken
- Zorgverlening Turkse en Marokkaanse kinderen op CB
- Evaluatie screening op CMT en PKU
- Ton-participatie
- Modellen JGZ 4-12 jarigen
- Geluidsbelasting etc. van ouderen
- Policies and services for the Eldery
- Vergelijking 4-tal methoden van gehooronderzoek
- Onderzoek bewonersgedrag t.b.v. rekenmodellen ter voorspelling van het huishoudelijke energieverbruik

4. Nivel (1,5 manjaar) - Ziekenhuis Lelystad
- Evaluatie gezondheidszorg Almere
- Psychologen in de eerste lijn (in samenwerking met het NcGv)
- Is kwaliteit van samenwerking meetbaar?
- Samenwerken en verwijzen
- Samenwerken en fysiotherapie
- Medisch-farmacotherapeutisch overleg
- Nationale morbiditeitsstudie (eerste fase; haalbaarheidsstudie)

12. ONTWIKKELING INFORMATIESYSTEEM - onderzoeksprojecten per instituut in 1986

1. NcGv (1,6 manjaar) - Registratie GGZ-onderzoek
- Epidemiologie en registratie

2. NZI (4,3 manjaar) - Informatiebeleid in ziekenhuizen
- ZIN/AZ + MCFIS
- Informatiebehoefte verpleeghuizen
- Ontwikkeling van beleidsinformatiesystemen
- Informatievoorziening intramurale gezondheidszorg

3. NIPG (5,4 manjaar) - BIBAS-literatuurstudie surveillance-methoden
- Bibliografie JGZ
- Bibliografie VTO 0-7 jarigen
- Peilstations JGZ
- POF- (subproject centraal gegevensbestand)
- Model bedrijfsgezondheidszorg; fase 2
- Ontwikkeling registratiesysteem voor gezondheidsgegevens i.b.v. BGZ
- NIPS- ziekteverzuimstatistiek
- Onderzoek naar de opzet van een permanent dok. centrum inzake onderzoeksgegevens bij BGD'en
- Ontwikkeling info systeem BGZ
- Bibliografie arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg
- Arbeid in de gezondheidszorg POF

4. NIVEL (1,1 manjaar) - Basisgegevens in gezondheidscentra en home-teams
- Opbouw gegevensbestand gemeentelijke planning
- Registratie beroepsbeoefenaren in de ELGZ
- Nationale morbiditeitsstudie (eerste fase; haalbaarheidsstudie)
- Het werk van wijkverpleegkundigen (fase I en II - instrument-ontwikkeling en beschrijvend onderzoek)
- Classificatie in de fysiotherapiepraktijk

