# WERKPLAN 1988-1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946
Bezoekadres: Drieharingstraat 6, Utrecht

INHOUD

pag


VOORWOORD 7

1. INLEIDING 9
   1.1. Recente ontwikkelingen 9
   1.2. Nieuwe elementen in het werkplan 10
   1.3. Korte schets van de onderzoeksthema's 11
   1.4. Positie van het NIVEL-onderzoek 13

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG 15
   2.1. Inleiding 15
   2.2. Projecten 17

3. RELATIE TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG 23
   3.1. Inleiding 23
   3.2. Projecten 24

4. EERSTE LIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 34
   4.1. Inleiding 34
   4.2. Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn 37
   4.3. Afstemming en samenwerking tussen ELGZ en AGGZ 42

5. SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE EERSTE LIJN 45
   5.1. Inleiding 45
   5.2. Projecten op het gebied van de multidisciplinaire samenwerking 47
   5.3. Projecten op het gebied van de bi-disciplinaire samenwerking 49
   5.4. Projecten op het gebied van de monodisciplinaire samenwerking 52
   5.5. Projecten op het gebied van samenhang 54

6. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTE LIJN 58
   6.1. Inleiding 58
   6.2. Registratieprojecten 59
   6.3. Onderzoeksprojecten 63

pag


**7. VRAAG/AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK** 68

7.1. Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk 68

7.2. Peilstations 83

**8. PARAMEDISCHE BEROEPEN** 88

8.1. Inleiding 88

8.2. Projecten 89

**9. EXTRAMURALE VERPLEGING** 95

9.1. Inleiding 95

9.2. Projecten 97

**10. HULPVRAAG EN HULPVRAGER IN DE EERSTE LIJN** 103

10.1. Inleiding 103

10.2. Projecten 104

**11. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE** 110

11.1. Inleiding 110

11.2. Automatisering 110

11.3. Documentatie 111

11.4. Registratie Wetenschappelijk Onderzoek 113

**12. OVERIGE ACTIVITEITEN** 115

12.1. Inleiding 115

12.2. Projecten 115

12.3. Congressen en symposia 117

**13. SAMENVATTING** 119

13.1. Inleiding 119

13.2. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 119

13.3. Relatie tussen eerste en tweede lijn 121

13.4. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg 123

13.5. Samenwerking en samenhang in de eerste lijn 124

13.6. Volume- en functie-aanbod in de eerste lijn 125

13.7. Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk 127

13.8. Paramedische beroepen 128

13.9. Extramurale wijkverpleging 129

13.10. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn 131

pag

13.11. Bibliotheek en documentatie 132
13.12. Overige activiteiten 133

**14. LIJST VAN PROJECTEN** 134

**15. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST VAN MEDEWERKERS** 140
15.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1988 140
15.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1988 141

## VOORWOORD

Voor U ligt het werkplan 1988/1989 van het NIVEL. Het werkplan is opgebouwd rond een aantal themagebieden (negen) die tevens de zwaartepunten van het onderzoeksprogramma van het NIVEL vormen. Per themagebied wordt eerst in een inleiding aangegeven in welke richting het onderzoek zich waarschijnlijk in de komende vijf tot tien jaar zal ontwikkelen. Vervolgens worden concrete projectbeschrijvingen gegeven van onderzoek dat al in uitvoering is of waarmee we in 1988 en 1989 hopen te beginnen.
Het programma is deels geïnspireerd door het eigen wetenschappelijke werk van het NIVEL: resultaten van eerder onderzoek of ideeën die voortkomen uit een onderzoeksmatige blik op de ontwikkelingen in de eerstelijnsgezondheidszorg en hun raakvlakken. Voor een belangrijk deel is het programma echter ook geïnspireerd door een consultatieronde die we ter voorbereiding van dat programma hebben gehouden langs een groot aantal instanties die wij beschouwen als de doelgroepen van het NIVEL: beroeps- en koepelorganisaties, patiëntenorganisaties, financiers, adviesorganen op het gebied van de gezondheidszorg, en uiteraard ook onze subsidiënt, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
Gaarne willen wij allen die - vaak met een grote betrokkenheid - op deze manier hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit programma van harte bedanken.

# 1. INLEIDING

## 1.1. Recente ontwikkelingen

Lag in 1986 bij het schrijven van het werkplan 1987/1988 de nadruk van het overheidsbeleid met het verschijnen van de Nota 2000 vooral op de inhoud van de zorg; het advies van de Commissie Dekker en het politieke vervolg op dit advies brengen de gezondheidszorg de komende jaren weer helemaal terug in de structuurdiscussie. Dit neemt niet weg dat de belangstelling van overheid en financiers van de gezondheidszorg steeds sterker wordt gericht op de vraag of bepaalde elementen van de zorg of veranderingen daarin nu inderdaad een heilzame invloed hebben op de gezondheid en het welbevinden van de Nederlandse bevolking. Onderzoek waarin de nadruk ligt op evaluatie (met een lelijke, want niet vertaalde, term noemt men dit vaak 'technology assessment') zullen de komende jaren steeds belangrijker worden in het NIVEL-onderzoeksprogramma. Onder 'technology' wordt vaak veel meer verstaan dan technologie in enge zin. Het Amerikaanse 'Office of Technology Assessment' heeft onlangs een studie het licht doen zien over de invloed van verschillende soorten honoreringen op het functioneren en presteren van artsen. Dit heeft met technologie in enge zin niet veel te maken, met 'assessment', dat wil zeggen met evaluatie, des te meer.
In de volgende serie projecten zijn evaluatie-elementen opgenomen:

- Evaluatie van het opheffen van het systeem van honorering per abonnement van huisartsen in Kopenhagen (hoofdstuk 2, internationaal vergelijkend onderzoek).
- Evaluatie van verschillende nazorgstructuren (hoofdstuk 3, relatie eerste-tweede lijn).
- Evaluatie van de verschillende effecten en determinanten van thuisbevallingen versus poliklinische bevallingen (hoofdstuk 3, relatie eerste-tweede lijn).
- Beloopstudie naar interventies op het vlak van psycho-sociale problematiek (hoofdstuk 4, eerste lijn en GGZ).
- De verschillende deelprojecten van de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere (hoofdstuk 5, samenhang en samenwerking).
- Tenslotte geeft de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk bij uitstek mogelijkheden tot het combineren van structureel en inhoudelijk onderzoek.

## 1.2. Nieuwe elementen in het werkplan

Een belangrijke verandering in het werkplan 1988/1989 vergeleken met het plan van vorig jaar, is het samenvoegen van twee themagebieden: Het onderzoek naar de relatie tussen eerste lijn van de gezondheidszorg en de GGZ en de projecten op het gebied van hulpverleningsprocessen. Het nu gecombineerde themagebied zal worden gecoordineerd door dr. P.F.M. Verhaak die tot voor kort het onderzoek naar hulpverleningsprocessen onder zijn hoede had. De belangrijkste reden voor deze samenvoeging is, dat onderzoek op het gebied van hulpverleningsprocessen zich toch voornamelijk bezighield met onderzoek naar de detectie en behandeling van psycho-sociale problematiek in de huisartsenpraktijk. De overlap tussen dit thema en de relatie eerste lijn / GGZ was dusdanig dat samenvoeging voor de hand lag. De projectleider van het thema relatie eerste lijn / GGZ, drs. L. Peters, is nu ingezet op het onderzoek naar hulpvraag en hulpvrager in het algemeen, zodat de vacature op dit laatstgenoemde themagebied nu vervuld is.

Hoewel in 1988 en 1989 een belangrijk deel van de activiteiten van het instituut zijn gericht op de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, zijn toch wel enkele nieuwe interessante ontwikkelingen te melden.
Binnen het themagebied Extramurale verpleegkundige zorg zal studie worden verricht naar de als paddestoelen uit de grond schietende instellingen voor thuisverpleging buiten de kanalen van kruiswerk en gezinsverzorging. In eerste instantie betreft dit een inventarisatie van de omvang van het verschijnsel, de herkomst en de achtergrond en de werkwijze van de deelnemers.
Binnen het themagebied fysiotherapie, waarvan het terrein uitgebreid is naar paramedische beroepen in het algemeen, wordt met de opzet begonnen van een netwerk van peilstations dat kan dienen als een referentiepunt voor de evaluatie van belangrijke voorgenomen ontwikkelingen in en rond de fysiotherapie. Aan de uitbreiding van het themagebied in de richting van paramedische beroepen in zijn algemeenheid, zal vorm worden gegeven met een schets van het beroep van logopedist. Deze schets zal zowel informatie over spreiding en volume van logopedische hulp bevatten als van de aard van de werkzaamheden en de vraag naar deze vorm van hulp.
Binnen de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is een tweede onderzoeker aangetrokken om een onderzoek naar reumatische aandoeningen en chronisch degeneratieve aandoenin-

gen van het bewegingsapparaat uit het materiaal van de studie voor te bereiden. Aansluiting bij het op dit moment in discussie zijnde nationale beleid op het gebied van reumabestrijding ligt in het voornemen.
De reeds bestaande onderzoeksactiviteiten op het gebied van de eerstelijns verloskundige zorg zullen worden uitgebreid met een onderzoek waarin de effecten van thuisbevallen versus poliklinisch bevallen worden bestudeerd. Ook een inventarisatie van de wijze waarop de nieuwe indicatielijst voor klinische verloskundige zorg in de praktijk wordt gehanteerd, ligt in het voornemen. Onderzoek naar eerstelijns verloskundige zorg is een belangrijk thema voor het NIVEL.
Waarschijnlijk zal aan het NIVEL in 1988 de opdracht worden gegeven om een scenario uit te werken voor de ontwikkelingen van de eerste lijn in de komende decennia. Een vooronderzoek voor dit scenario heeft aangegeven dat op twee terreinen - de relatie tussen eerste/ tweede lijn en thuiszorg - de scenariomethode vruchtbaar kan worden gehanteerd.

## 1.3. Korte schets van de onderzoeksthema's

In de werkplannen van de afgelopen jaren was enige ruimte gewijd aan een schets van de achtergrond en de herkomst van de door het NIVEL onderzochte thema's. Belangrijke elementen daaruit zijn: Het NIVEL is één van de vier sectorinstituten in het gezondheidszorgonderzoek; de andere sectorinstituten zijn:
- Het Nationaal Ziekenhuisinstituut;
- het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid en
- het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO.

De relatie tussen de eerste en de tweede lijn en de relatie tussen eerste lijn en GGZ vormen logische onderzoeksthema's voor een sectorinstituut. Ook de relatie tussen eerstelijns- en basisgezondheidszorg zou een logisch onderzoeksthema zijn, ware het niet dat de feitelijke relatie tussen deze sectoren vrijwel afwezig is. Waar geen feitelijke relaties bestaan is het moeilijk onderzoeken. Wèl is het zo dat in toenemende mate gedacht wordt over bevordering van samenwerking tussen eerstelijns- en basisgezondheidszorg. In de door de Wereld Gezondheidszorg Organisatie gehanteerde definitie van Primary Health Care zijn beide sectoren opgenomen. Experimenten waarin de basisgezondheidsdiensten epidemiologische surveillance van patiëntengroepen voor huisartsen op zich zouden nemen, zijn zeker de

moeite waard om te onderzoeken.
De vier sectoren van de gezondheidszorg zijn onderdeel van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. Bestudering van elementen van dit stelsel door internationale vergelijking van stelsels van gezondheidszorg, vormt een derde algemene onderzoeksthema op het instituut.
De overige onderzoeksthema's zijn gericht op onderdelen van de eerstelijnsgezondheidszorg. Een eerste thema is (multidisciplinaire) samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg en omvat onderzoek naar gezondheidscentra en andere samenwerkingsvormen. Vervolgens wordt vrij veel onderzoek verricht rond disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg. Soms wordt een bepaald aspect van meerdere disciplines bestudeerd, zoals bij het themagebied volume- en functie-aanbod, waar spreiding en dichtheid en samenstelling van de eerstelijnsberoepen centraal staat; soms worden van een discipline meerdere elementen onderzocht, zoals volume- en functie-aspecten, werkwijze, procesmatige elementen en de vraag naar en de behoefte aan de zorg.
Onderzoek naar werkwijze van huisartsen neemt een belangrijk deel van het werk van het NIVEL in beslag. De Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk levert voor vele jaren onderzoeksmateriaal.
De onderzoeksthema's laten zich als volgt opsommen:
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (hoofdstuk 2).
- Onderzoek naar de relatie tussen eerste en tweede lijn (hoofdstuk 3).
- Onderzoek naar eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 4).
- Onderzoek naar samenwerking en samenhang in de eerstelijnsgezondheidszorg (hoofdstuk 5).
- Volume- en functie-aanbod in de eerste lijn (hoofdstuk 6).
- Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk (hoofdstuk 7).
- Paramedische beroepen (hoofdstuk 8).
- Extramurale verpleging (hoofdstuk 9).
- Hulpvraag en hulpvrager in de gezondheidszorg (hoofdstuk 10).
- Bibliotheek en documentatie (hoofdstuk 11).
- Overige activiteiten (hoofdstuk 12).

Voor ieder themagebied is een projectleider verantwoordelijk; de namen vindt men boven de themagebieden.

## 1.4. Positie van het NIVEL-onderzoek

Een algemene kenschets van het NIVEL-onderzoek is dat het zich afspeelt in het spanningsveld tussen 'veld', 'beleid' en 'wetenschap'. De samenstelling van het bestuur van de Stichting NIVEL is dan ook zodanig dat deze drie sectoren gelijkelijk vertegenwoordigd zijn.
Hoewel in zijn algemeenheid een dergelijke beschrijving (spanningsveld tussen veld, beleid en wetenschap) een betrekkelijk plausibele indruk maakt, is het toch goed om nog eens nader te preciseren wat ermee wordt bedoeld.
Het aantal mogelijke spanningsrelaties is als volgt weer te geven:

veld ↯ beleid ↯ wetenschap (1)
veld/beleid ↯ wetenschap (2)
veld ↯ beleid, wetenschap (3)

In situatie (1) heeft iedereen ruzie met iedereen en over hetzelfde. Dit komt eigenlijk zelden voor. Vruchtbaar onderzoek is niet mogelijk.
Situatie (2) - wetenschap tegenover veld en beleid - is relevanter. Veld en beleid beschouwen onderzoek meestal 'instrumenteel'; ze kijken of de resultaten in hun kraam te pas komen en proberen, als dat niet het geval is, de consequenties daarvan te neutraliseren op verschillende wijzen.
De wetenschap heeft belang bij onderzoeksresultaten 'an sich', al is het bestaansrecht van toegepast onderzoek uiteraard in belangrijke mate bepaald door de bruikbaarheid ervan.
Een heel concreet voorbeeld van een situatie waarbij de eisen van veld en/of beleid met die van wetenschap in botsing komen is het inschakelen van een onderzoeksinstituut bij de evaluatie van een maatregel of een experiment, **nadat** deze is ingevoerd, zodat 'voormeting' en 'controlegroep' niet van toepassing zijn.
Wetenschappelijk gesproken valt aan zo'n onderzoek weinig eer te behalen; maatschappelijk gesproken kan beschrijving van het verloop van een bepaalde ontwikkeling uiterst nuttig zijn.
Voor het NIVEL heeft dat tot gevolg, dat aan een publicatie in een tijdschrift als Medisch Contact eenzelfde belang gehecht wordt als aan publicatie in Medical Care.
De situatie (3) dat veld en beleid ruzie hebben en de wetenschap terzijde staat is ook niet ondenkbeeldig.
Als de verhoudingen tussen overheid (rijks- of plaatselijke) en beroepsgroepen slecht is, is het klimaat voor onderzoek bedorven. Men

zal elke poging tot onderzoek beschouwen als een potentiële bedreiging.
Een onderzoeksinstituut kan zijn werkzaamheden alleen verrichten in een niet compleet verziekt klimaat, zeker als men zelf informatie moet verzamelen bij de participanten in de zorg.
De concrete vorm en het beschreven spanningsveld is nogal bepalend voor de positie die het onderzoeksinstituut inneemt. Uit het plaatje moge duidelijk zijn, dat een onderzoeksinstituut niet als 'behorend bij' een van de partijen mag worden gezien en er toch in moet slagen om voor meer partijen acceptabel te zijn. Dat vergt naast een zekere evenwichtskunst ook een vasthouden aan bepaalde wetenschappelijke standaarden, zoals openheid in publicatie en doorzichtigheid van gevolgde methoden en een begrip voor de positie die partijen vaak moeten innemen.

## 2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDERS DR. J. VAN DER ZEE, DR. P.P. GROENEWEGEN)

### 2.1. Inleiding

De behoefte om over de grens te kijken om te zien of men er elders wel in slaagt de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen zonder al te grote consessies te doen aan de kwaliteit van de zorg en het verworven recht van de bevolking om betrekkelijk snel en uitgebreid behandeld te worden, is de laatste tijd zeker niet verminderd. Nog steeds is men in de meeste systemen van gezondheidszorg druk bezig met het sleutelen aan de fundamenten ervan en blijken zaken die als vaststaand zijn aangenomen nu ter discussie te kunnen worden gesteld. In Nederland is bijvoorbeeld het opgeld doen van beginselen als concurrentie en marktgerichtheid opmerkelijk in deze toch voornamelijk collectieve sector, terwijl in andere landen juist een sterkere overheidsbemoeienis met de zorg wordt geconstateerd. Het laatste is bijvoorbeeld in Zuid-Europa het geval waar na de grote veranderingen in de Italiaanse en Portugese gezondheidszorg in 1978/79 en Spanje en Griekenland in 1983/84 tot ingrijpende wijzigingen van de grondslagen van hun systeem van gezondheidszorg overgingen.
Er is in deze sector sprake van twee benaderingen van de problematiek. Ten eerste kan men zoeken naar systemen van gezondheidszorg in industriële samenlevingen waar bijvoorbeeld de stijging van de kosten van de zorg beperkt is gebleven zonder dat dit evident ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg of de verworven rechten van de patiënten. Dan zoekt men naar systemen die op belangrijke kenmerken van het Nederlandse verschillen om te zien, als gedachtenexperiment, wat er zou kunnen gebeuren als bij ons deze kenmerken zouden worden veranderd.
Een tweede manier van analyseren is dat men systemen van gezondheidszorg als object van onderzoek beschouwt en probeert op kwantitatieve wijze relaties vast te stellen tussen bijvoorbeeld de mate van echelonnering van het systeem en de taakopvatting van huisartsen en specialisten. Deze laatste methodiek wordt altijd beperkt door het betrekkelijk geringe aantal mogelijke systemen van gezondheidszorg waarover de studies zouden kunnen gaan. De OESO telt 24 leden en men zou wellicht een achttal Oost-Europese landen daar nog bij kunnen tellen. Dit betekent dat men niet meer dan dertig tot veertig

systemen van gezondheidszorg als object van analyse zou kunnen nemen (in een bepaald land kunnen meer systemen van gezondheidszorg naast elkaar bestaan) met alle statistische problemen van dien. Het boeiende van de laatste aanpak is echter wel dat men kan uitstijgen boven loutere descriptie.
Kiest men de eerste aanpak: het zoeken van relevante vergelijkingsobjecten, dan zijn de volgende eigenschappen van de Nederlandse gezondheidszorg van belang:

1. Een bestuursmatige scheiding van 'planning' en 'financiering'.
2. Het bestaan van een duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur.
3. Een tamelijk sterke scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg, deze laatste hoort in vele landen tot 'primary health care'.
4. Een gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen.
5. Een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem in de tweedelijnsgezondheidszorg.
6. De indirecte toegang tot de specialistische zorg, tot enkele paramedische verstrekkingen en de ambulante GGZ.
7. Het bestaan van een verplicht (publiek) en een vrijwillig (privaat) gedeelte in het verzekeringssysteem, waarbij het laatste in omvang toeneemt.
8. Een tot op heden betrekkelijk bescheiden verplichte eigen bijdrage in het ziekenfondssysteem en een enorme variatie in vrijwillige eigen risico's in de particuliere sector. (Het lijkt er overigens op dat met name rond de eigen bijdragen de komende tijd veranderingen te verwachten zijn.)

Nu een inventarisatie van de belangrijkste kenmerken van Europese systemen van gezondheidszorg is verricht is een keuze van vergelijkingsobjecten gemakkelijker geworden. In het bijzonder valt te noemen het systeem in Denemarken. Tot medio 1987 had men daar voor de honorering van de huisartsen twee systemen. Binnen Kopenhagen eenzelfde type abonnementshonorarium als in Nederland en buiten Kopenhagen een gemengd abonnements/verrichtingensysteem. Medio 1987 is het Kopenhaagse systeem opgeheven en veranderd in hetzelfde systeem dat buiten Kopenhagen van kracht is. In samenwerking met een tweetal Deense onderzoeksinstellingen zijn we erin geslaagd om een aantal voormetingen te doen naar de werkwijze van huisartsen en, mits adequate vervolgfinanciering wordt gevonden, zullen ook de nametingen meer zicht moeten verschaffen op de invloed van financiële prikkels op het functioneren van huisartsen.
Kiest men de thematische aanpak dan zijn de volgende thema's van

belang: een hoeksteen van het beleid in de Nederlandse gezondheidszorg is een betrekkelijk strakke echelonnering. Is het nu mogelijk uit vergelijkend onderzoek (bijvoorbeeld in België waar specialistische zorg direct toegankelijk is) om gedachtenexperimenten te doen wat er zou gebeuren als in Nederland eenzelfde mogelijkheid tot directe toegang tot de specialistische zorg zou bestaan. Een ander belangrijk kenmerk in Nederland is een strikte scheiding tussen planning en financiering van de zorg. Een goede beschrijving van systemen waar planning en financiering in één hand zijn en waar regionale budgetten betrekkelijke beleidsvrijheid veroorzaken om de gezondheidszorg op regionaal niveau naar beste vermogen in te richten, is van groot belang voor het Nederlandse voorbeeld.
Een internationaal vergelijkend onderzoek naar de relatie tussen financiële incentives en echelonnering enerzijds en taakopvatting en werkwijze van huisartsen en specialisten anderzijds, zou een aantal verwachtingen over de invloed van deze factoren op keuzemogelijkheden voor patiënten kunnen toetsen.

## 2.2. Projecten

De in het werkplan 1987/1988 genoemde projecten zijn nog alle in uitvoering. Er is geen project vervallen.

De volgende projecten zijn voor de periode 1988/1989 voorzien:

**WHO INT 84.03 Verwijscijfers in Nederland en Denemarken; evaluatie van de opheffing van het Kopenhaagse systeem van honorering per abonnement van de huisarts**

Financier : WVC?
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Tweede ronde materiaalverzameling (eerste en tweede nameting) eerste analyses indien subsidie verkregen wordt. Afronding: 1989.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Dr. P.P. Groenewegen en Dr. J. van der Zee.

In Nederland worden huisartsen per abonnement en specialisten per verrichting gehonoreerd. In Denemarken (buiten Kopenhagen) worden huisartsen gedeeltelijk per verrichting gehonoreerd, maar zijn specialisten in dienstverband en krijgen zij salaris. In Kopenhagen kregen de huisartsen tot medio 1987 een ongedifferentiëerd abonnementshonorarium. Een vergelijking tussen deze drie systemen kan

inzichten opleveren in de wijze waarop het Nederlandse systeem consistenter zou moeten worden gemaakt, hetzij door huisartsen een gedifferentiëerd abonnementshonorarium of een gedeeltelijk verrichtingensysteem te bieden, hetzij door het systeem van betaling per verrichting voor specialisten te modificeren.
Zeker nu in 1987 het Kopenhaagse systeem opgeheven is, kan men bij zorgvuldige evaluatie nauwkeurig vaststellen wat er gebeurt als men het stelsel van beloningen van huisartsen fundamenteel wijzigt. De verzameling van materiaal in Nederland kan in het kader van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (zie hoofdstuk 7) plaatsvinden; voor Denemarken vindt deels (dat wil zeggen buiten Kopenhagen) routinematige verzameling van gegevens plaats en deels wordt apart informatie verzameld. De voormeting heeft in februari 1987 plaatsgevonden. Nametingen zijn in februari en september 1988 voorzien.

**WHO INT 85.01 Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap**

Financier : Europese Gemeenschap.
Status : Afronding. Activiteiten 1988: Afronding rapportage.
Uitvoering: P. Krogh-Jensen, P. Pedersen (Deens Huisartsen Instituut), Dr. D.L. Crombie (Birmingham Research Unit Royal College of General Practitioners), Dr. J. van der Zee, H. Kroon.

Alvorens men gericht systemen van gezondheidszorg kan vergelijken is het nodig dat deze systemen eerst op een aantal relevante kenmerken worden geïnventariseerd. The European General Practice Research Workshop (EGPRW) heeft besloten mee te werken aan een dergelijke inventarisatie. Voor deze inventarisatie is een onderzoeksvoorstel gemaakt, dat is ingediend bij de Medical Research Council van de Europese Gemeenschap. In de subgroep van deze raad die zich met Health Services Research bezig houdt is het voorstel positief begroet. De resultaten van de inventarisatie zijn op een in de loop van 1987 gehouden symposium gepresenteerd. Op grond van de inventarisatie is een aantal gerichte voorstellen geformuleerd voor vergelijking van systemen van gezondheidszorg. De concept rapportages zullen in 1988 tot publicaties worden verwerkt.

**WHO INT 85.02 Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen**

Financier : NIVEL en tijdschrift Praktijkmanagement.

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Afsluitende publicatie.
Uitvoering: Dr. J. van der Zee, H. Kroon.
Afronding : In de loop van 1988.

Op uitnodiging van het tijdschrift Praktijkmanagement is een serie korte monografieën geschreven over de wijze waarop huisartsen in een aantal Europese landen worden gehonoreerd en de hoogte van hun inkomen. Tot nu toe verschenen artikelen over: Het Verenigd Koninkrijk, België, de Duitse Bondsrepubliek, Denemarken (2x), Zweden, Frankrijk, Italië en Oostenrijk. Het geheel zal worden aangepast aan de meest recente ontwikkelingen en tot een Engelstalige publicatie worden bewerkt. Door enige vertraging zal de afronding pas in 1988 plaatsvinden.

**WHO INT 87.01 WHO-collaborating centre for primary health care**
Financier : WVC, NIVEL, WHO.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Uitvoering werkprogramma.
Contactpersoon: Dr. J. van der Zee.

In overleg met het Europese kantoor van de wereld gezondheids organisatie is een werkprogramma voor een zogenaamd 'collaborating centre' op het gebied van eerstelijnsgezondheidszorg (primary health care) opgesteld. In dit werkprogramma wordt enerzijds de deelname van het NIVEL beschreven aan de door de WHO-geëntameerde onderzoekingen; anderzijds zal het NIVEL ook optreden als organisator voor een aantal internationale activiteiten.
Voorbeelden hiervan zijn (zie ook INT 87.02):
- Deelname van de NIVEL-peilstations aan de International Primary Care Network (hoofdstuk 7).
- Organisatie van een internationale conferentie over thuisverpleging.
- Organisatie van een studiebijeenkomst over de samenwerking tussen eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (binnen en buiten gezondheidscentra).

Het collaborating centre is op 27 augustus 1987 geopend. Het programma geldt voor een periode van 4 jaar. NIVEL-projecten die in het werkprogramma zijn opgenomen zullen in het werkplan 1988/1989 van een aanduiding WHO zijn voorzien.

**WHO INT 87.02 WHO-studie: 'Primary health care after the Bordeaux Conference'**

Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Afronding rapportage gegevens op regionaal niveau.
Uitvoering: Dr. J. van der Zee, H. Kroon.

Het Europese kantoor van de wereld gezondheids organisatie heeft een onderzoek opgezet om de ontwikkelingen inzake de eerstelijnsgezondheidszorg vast te stellen nà de in 1983 in Bordeaux gehouden internationale conferentie rond dit thema.
De nationale en regionale gegevens betreffende Nederland worden door het NIVEL in twee fasen verzameld. De nationale gegevens in 1986: regionale gegevens in 1987. Rapportage volgt in 1988.

**WHO INT 87.03 Regionale analyse van Europese systemen van gezondheidszorg: vergelijking van Nederland, België en Noord-Frankrijk**

Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Analyse gegevens, publicatie. Afronding: 1988.
Uitvoering: Drs. R.T.J. Hamers o.l.v. Dr. J. van der Zee en Dr. P.P. Groenewegen.

In de studie 'Hospital admissions in the Dutch and Belgium health care systems' werden twee zaken aangetoond. Ten eerste, dat vergelijkend onderzoek van systemen van gezondheidszorg via analyse van regionale gegevens vruchtbaar is. Ten tweede, dat men op deze wijze een onderscheid kan maken tussen universele factoren, die op uiteenlopende systemen van gezondheidszorg van toepassing zijn en factoren die uniek zijn voor het systeem in kwestie.
Uitbreiden van het bestand van regionale gegevens van België-Nederland met een veertigtal regio's uit Noord-Frankrijk is mogelijk dankzij samenwerking met het CRESGE (Centre des Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion) van de katholieke universiteit van Lille (Prof. Dr. J.C. Sailly). Verdere uitbreiding naar Z.O.-Engeland en de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen ligt de komende jaren in de bedoeling.

**NIEUW WHO INT 88.01 Internationale vergelijking van taakverdeling tussen huisarts en specialist**

Financier : EEG?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Projectvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Dr. J. van der Zee en Dr. P.P. Groenewegen.

Nadat de in project INT 85.01 genoemde inventarisatie van systemen van gezondheidszorg is afgesloten, is het mogelijk om hypothesen te formuleren over de relatie tussen de mate van echelonnering van een systeem van gezondheidszorg, de dichtheden van huisartsen en specialisten en ziekenhuisbedden, financiële incentives voor huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en patiënten en de taakuitoefening van huisartsen en specialisten in extramurale en in intramurale settings. Belangrijk probleem in dergelijk onderzoek is het onderscheiden van de variatie **binnen** een systeem van de gezondheidszorg en de variatie **tussen** systemen. Door groepen huisartsen, specialisten en patiënten te ondervragen met schriftelijke vragenlijsten kan door middel van variantie-analyse en dergelijke binnen- en tussenvariantie worden onderscheiden. Uitvoering van het onderzoek is afhankelijk van acceptatie van het projectvoorstel door COMAC/HSR van de EEG en samenwerking met een aantal instituten in de te onderscheiden systemen van gezondheidszorg.

**NIEUW** **INT 88.02** **Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg**
**WHO** Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Verkennende besprekingen en mogelijk projectvoorstel.
Uitvoering: Dr. J. van der Zee.

Juist omdat op het ogenblik grote veranderingen te constateren zijn in vrijwel elk systeem van gezondheidszorg is het goed bijhouden van een aantal elementen van die systemen van groot belang. Het kost iedere keer en iedere waarnemer weer heel veel moeite om recentere gegevens te zoeken over wat anderen al eerder hebben uitgezocht maar dan meestal net op een iets andere manier. Ondanks de grote hoeveelheid publicaties waarin systemen van gezondheidszorg op bepaalde aspecten worden vergeleken is toch een uitvoerige set basisdocumentatie niet voorhanden. Het is de vraag of een instelling als het NIVEL zulks alleen zou moeten doen. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat het Centre de Sociologie et Démographie Medicales (ook een WHO-collaborating centre onder leiding van Dr. Bui Dang Ha Doan) dat zich specialiseert in het verzamelen van manpower gegevens, die sector voor zijn rekening neemt en dat voor het onderwerp 'ziektekostenverzekering' een vervolg wordt gevonden op een interessante notitie die

door de VNZ vervaardigd is in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Het NIVEL zou informatie over taakuitoefening, echelonnering, toegankelijkheid en gebruik van gezondheidszorg kunnen verzamelen als aanvulling en in zekere zin de verzameling van de andere gegevens kunnen coördineren.

**Pro memorie**
Ook in de andere hoofdstukken van het werkplan staan projecten vermeld die internationale vergelijking tot doel hebben. Dit zijn de volgende projecten:

**WHO PEIL 87.01 Deelname aan het International Primary Care Network**
In navolging van het Nederlandse Peilstationsnetwerk bij huisartsen, dat nu ruim 15 jaar bestaat, zijn in enkele andere landen vergelijkbare netwerken opgezet. Deze zijn (tezamen met de NIVEL-Peilstations) gaan samenwerken in een internationaal netwerk waardoor internationale vergelijkingen kunnen worden gemaakt (zie ook hoofdstuk 7).

**WHO ALG. 88.01 Internationale Conferentie extramurale verpleegkundige zorg**
In 1989 zal een wetenschappelijke internationale conferentie worden gehouden over thuisverpleging in verschillende landen. (zie ook hoofdstuk 12).

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

### 3.1. Inleiding

De relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg is aan sterke veranderingen onderhevig. De belangrijkste verandering is dat het sinds jaren gehuldigde principe van de echelonnering in de gezondheidszorg wat minder centraal staat. Noodzakelijk geachte kostenbesparing in de gezondheidszorg denkt men vooral te bereiken via commercialisering. De belangrijkste ingrediënten van het toekomstige beleid zijn eigen bijdragen voor de patiënt en concurrentie tussen de zorgverstrekkers.

Welke veranderingen zien we in de praktijk? Belangrijke ontwikkelingen zijn: de commerciële thuisverpleging als alternatief voor een langdurig verblijf in het ziekenhuis en commerciële instellingen die zich bezighouden met het uit winstoogpunt aantrekkelijke deel van het tweedelijnsaanbod. Ook is er een voornemen van de regering om per 1 februari 1988 patiënten een bijdrage van 25 gulden te vragen voor verwijzing naar de specialist. De vraag is welke invloed deze maatregel zal hebben op het verwijscijfer. Verder moet worden genoemd de in betekenis toenemende dagbehandeling in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Deze tussenvoorzieningen schuiven tussen het klassieke eerste echelon en de behandeling 'binnen de muren'. Het voorbeeld van de thuisdialyse, waar nierpatiënten met behulp van moderne technologie in de regel zonder inschakeling van professionele eerstelijnshulp in hun thuissituatie zichzelf kunnen behandelen, vindt ook op andere terreinen navolging. Toekomstige technologische ontwikkelingen zullen deze tendentie zonder twijfel versterken.
Van de zijde van de eerstelijnshulpverlening wordt op deze ontwikkeling ambigu gereageerd. 'Penetratie' van het ziekenhuis in de huizen van de patiënten acht men ongewenst, taakverzwaring door het verkorten van de verpleegduur en het verschijnen van de reeds genoemde tussenvoorzieningen eveneens, althans wanneer dat niet tegelijkertijd gepaard gaat met daadwerkelijke versterking van de eerstelijnszorg. De eerste lijn is in de verdediging en weet niet goed raad met nieuwe initiatieven. Budgettering maakt de ziekenhuissector vindingrijk en de ruimte voor nieuwe vormen en experimenten lijkt ook groter te zijn dan voorheen. Bij overheid en ziekenfondsen heeft de ge-

dachte postgevat, dat uniforme en algemene regels hun doel dikwijls voorbijschieten en dat men eerder meer (financiële) prikkels, 'incentives', moet scheppen die zonder al te veel ingrijpen en controle de zaken efficiënter en effectiever doen verlopen bij aanbieders en vragers van zorg.
De ontwikkelingen maken een en ander er niet overzichtelijker op; het zal niet eenvoudig zijn om de uitkomsten van her en der zonder al te veel onderling contact opgezette initiatieven op hun waarde te schatten. Evaluatie-onderzoek is immers moeilijk volgens de regels der kunst te verrichten, omdat een toedeling op toevalsbasis aan de verschillende condities vrijwel nooit te verwezenlijken is. Dikwijls ontbreekt de mogelijkheid tot 'voormeting' geheel. Systematisch opgezette experimenten waarin van het begin af aan met de evalueerbaarheid is rekening gehouden, zullen eerder bruikbare (want generaliseerbare) resultaten opleveren dan ad hoc activiteiten. In ieder geval is het zinvol om de veelheid van initiatieven te inventariseren. Het NIVEL is dan ook verheugd dat het op initiatief van Prof. Dr. J.C. van Es opgerichte Projectbureau eerste-tweede lijn sinds kort van start is gegaan met deze inventariserende werkzaamheden.
Het onderzoek binnen het thema relatie eerste-tweede lijn bouwt enerzijds voort op de bestaande onderzoekstraditie (verwijzen van huisartsen naar specialisten, nazorg voor uit het ziekenhuis ontslagen patiënten en taakafbakening tussen huisarts en specialist). Anderzijds zullen nieuwe ontwikkelingen worden bestudeerd als het voortschrijden van nieuwe technologieën en de mogelijke toepassing daarvan in de eerstelijnsgezondheidszorg, alsmede tussenvormen tussen eerste lijn en tweede lijn zoals dagverpleging en dagbehandeling. Voorts zal gezocht blijven worden naar de vraag welke beleidsmaatregelen wel en niet succesvol (zullen) zijn in het verwezenlijken van de verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn. Speciale aandacht zal daarbij gegeven worden aan de gevolgen van commercialisering en het invoeren van eigen bijdragen.

## 3.2. Projecten

Uit het werkprogramma 1987/1988 zijn de volgende projecten vervallen:

| | | |
|---|---|---|
| REL 87.06 | Verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg door technologische vernieuwingen | Voorstudie afgerond (nieuw vervolgproject met dezelfde titel) |

**REL 84.03 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen**

Financier : NIVEL.

Status : Eind 1987 begin 1988 zal een pilot-study uitgevoerd worden van drie maanden. Verder verloop afhankelijk van de bevindingen in de pilot-study. Activiteiten 1988: Afronding voorstudie.

Uitvoering: Mw. Drs. V.J.J. Schrijnemaekers onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Op het NHI/NIVEL is een traditie ontstaan in het ontwerpen van zogenaamde rekenmodellen voor de gezondheidszorg. In deze rekenmodellen worden regionale verschillen in verwijs-, opname- en verpleegduurcijfers verklaard uit een aantal vrij ruwe indicatoren van het functioneren van de gezondheidszorg. De voornaamste aandacht in de geformuleerde modellen lag bij verwijs- en opnamecijfers. Ook de verpleegduur per opname kan met de bestaande gegevens redelijk worden voorspeld, zeker als men beschikt over regionale gegevens over de thuisverpleging, over de gezins- en bejaardenzorg en over het aantal bejaardentehuizen. Gepoogd zal worden om met behulp van de bestaande gegevens een proefmodel te maken ter verklaring van de verpleegduur per opname, waarin de zorgsector in regionale kwantitatieve parameters zal zijn ondergebracht.
Zoals gezegd, zijn voor dit onderzoek gegevens nodig over de regionale spreiding van de functie thuisverpleging, wat iets anders is dan de dichtheid van wijkverpleegkundigen. Dergelijke gegevens lijken beschikbaar te zijn. In de pilot-study zal op proef geanalyseerd worden met voor handen zijnde, oudere gegevens. Tevens zal gewerkt worden aan de opbouw van meer recente databestanden.

**REL 86.01 Invloed van de huisarts in de tweedelijn**

Financier : NIVEL/Ziekenfondsraad.

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalbewerking.

Uitvoering: Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Afronding : 1989

De invloed van de huisarts in de tweede lijn is object van studie in het promotie-onderzoek van de projectleider van het themagebied 'relatie tussen eerste en tweede lijn'. De centrale vraag in de eerste fase van het project was of de patiënten van bepaalde huisartsen minder behandeling in de tweede lijn ontvangen als gevolg van het feit dat deze huisartsen actiever de specialistische behandeling van

hun patiënten blijven volgen. Huisartsen kunnen de tweedelijnsbehandeling van hun patiënten sturen, zo luidt de veronderstelling, door bijvoorbeeld in de verwijsbrief aan te geven wat ze van de specialist willen: alleen een advies of verdere behandeling van de patiënt. Een tweede manier waarop de huisarts de tweedelijnsbehandeling kan beperken is door afspraken met specialisten te maken over de categorieën chronische patiënten van wie hij zelf de behandeling doet.
Om de bovengestelde onderzoeksvraag te beantwoorden, zou allereerst op betrouwbare wijze (door middel van registratie) nagegaan moeten worden of huisartsen in werkelijkheid actief zijn om invloed te hebben in de tweede lijn. Blijkt dit het geval, dan zou nagegaan moeten worden of op basis van de mate waarin huisartsen actief zijn in de tweede lijn verschillen verklaard kunnen worden in de hoeveelheid tweedelijnsbehandeling voor hun verwezen patiënten. Alvorens aan een dergelijke omvangrijke operatie te beginnen, is in het project eerst op basis van alleen secundair materiaal (ziekenfondsgegevens over de omvang van de tweedelijnszorg-produktie per huisarts) gezocht naar aanwijzingen voor invloed van de huisarts in de tweede lijn. Deze positieve aanwijzingen werden inderdaad in enige mate gevonden.
De tijd is nu rijp voor de volgende fase in het project, waarbij de bovenbeschreven grondige aanpak gevolgd zal worden. Gegevens uit het deelproject 'Nazorg en continuïteit van zorg' (zie NAT 87.10) bieden daartoe een unieke mogelijkheid. Er zal aan de hand van door de huisarts geregistreerde gegevens een inventarisatie worden gemaakt van de bemoeienis die de huisarts heeft met de intramurale behandeling van zijn patiënten: zijn invloed op het intramurale deel van de tweede lijn. Met als uitgangspunt de Social exchange theory van Thibaut en Kelley zullen verschillen tussen huisartsen verklaard worden in de mate waarin zij deze invloed uitoefenen. Ook zal worden nagegaan of de invloed van de huisarts resulteert in minder opnamen en een kortere ligduur.

**REL 87.03 Ziekenhuis Lelystad: een follow-up studie**

Financier : Praeventiefonds (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Start follow-up onderzoek, afhankelijk van subsidiëring.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

In 1986 is het eindrapport verschenen van een studie die met subsidie van het Praeventiefonds is uitgevoerd naar de gevolgen van een sprongsgewijze vergroting van het aanbod aan tweedelijnsvoorzienin-

gen op de medische consumptie in de desbetreffende regio. Opvallend resultaat van het onderzoek was, dat nauwelijks veranderingen bleken op te treden in het gebruik van de eerstelijnsvoorzieningen. Tegen de uitgesproken verwachting in, gingen huisartsen ook niet meer verwijzen naar de tweedelijn. Alleen het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners bleek aanzienlijk te stijgen.
De grote vraag is enerzijds of de gevonden resultaten in de tijd gezien stabiel blijken te zijn. De gelijk blijvende verwijspercentages van de huisartsen wijzen er wellicht op, dat ze zich schrap zetten tegen de in gang gezette ontwikkelingen. Deze houding is mogelijk nog versterkt, doordat men zich bekeken voelde door de onderzoekers (het bekende Hawthorne-effect). Anderzijds is het van belang nader te onderzoeken waarom en op welke wijze de stijging van het aantal ziekenhuisopnamen heeft plaatsgevonden. Al met al is er genoeg reden voor een follow-up studie, die duidelijk maken kan wat de ontwikkelingen op de langere termijn zijn. Daarom wordt eind 1987 een onderzoeksvoorstel geformuleerd voor een dergelijke studie.

**REL 87.04 Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Interimrapportage/materiaalverzameling.
Uitvoering: Drs. W. Zijlmans (onderzoeker) en Mw. Drs. A. de Wit (assistent-onderzoeker) onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.
Afronding : 1989.

In het werkplan 1986/1987 stond het project 'substitutie van verpleegkundige zorg' (REL 85.03) vermeld. Dit kort lopende project was opgezet om de nodige basisinformatie te verzamelen over de wijze waarop het kruiswerk de nazorg voor ontslagen ziekenhuispatiënten structureert. Daarover is gerapporteerd in de publicatie 'Georganiseerde nazorg in Nederland'. Belangrijkste resultaat was, dat weliswaar overal in Nederland een organisatiestructuur bestaat, maar dat de vorm van deze structuur, en met name de functie die de zogeheten verpleegkundige continuïteit van zorg in deze structuur vervult, nogal sterk verschilt. Globaal gesproken zijn er drie structuren.
In het medio 1987 gestarte onderzoek zullen deze drie organisatievormen op een aantal punten worden geëvalueerd. (o.a. ligduur, omvang en verloop van nazorg). Tevens zal een exploratieve studie worden verricht naar andere factoren (met name in de tweede lijn en bij patiënten) die mogelijk hierop van invloed zijn, zodat een eerste

zicht ontstaat op het relatieve belang van de nazorgstructuur bij het kruiswerk temidden van alle andere factoren die het verloop van een goede nazorg beïnvloeden.

**REL 87.05 Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsiepatiënten**

Financier : Subsidieverzoek hernieuwd ingediend bij het Praeventiefonds.
Status : In Voorbereiding. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling en rapportage.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Dr. D. Wijkel.
Afronding : 1988.

Door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de federatie voor epilepsiebestrijding is gestructureerd overleg in het leven geroepen met het doel de huidige situatie in de epilepsie-hulpverlening, die vrijwel geheel binnen de tweedelijnsgezondheidszorg plaatsvindt, te verbeteren door versterking van de hulpverlening aan epilepsiepatiënten in de eerstelijn. Het inventariseren en expliciteren van taakopvattingen van huisartsen en bij de epilepsiebestrijding betrokken neurologen, wordt noodzakelijk geacht voordat consensus kan worden bereikt. Het inventariseren van de discrepantie tussen taakopvatting en taakuitoefening van huisarts en neuroloog, alsmede wederzijdse verwachtingen over de taakuitoefening en de belemmeringen die het realiseren van de gewenste taakuitoefening frustreren, wordt in een onderzoek door het NIVEL uitgezocht. De overleggroep zal de resultaten verwerken in een 'raamwerk' dat de basis zal vormen voor een plaatselijk experiment met duidelijk afgebakende taken voor huisarts en specialist. De evaluatie van dit experiment zal zo mogelijk ook door het NIVEL worden uitgevoerd.

NIEUW **REL 88.01 Verwijsbrieven en specialistenbrieven**

Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling en rapportage.
Uitvoering: Mw. C.M.Th. Verhage-Spliet (stagiaire) onder supervisie van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.
Afronding : 1988.

Huisartsen lichten specialisten over de achtergronden en motieven van een verwijzing in door middel van verwijsbrieven. Specialisten rapporteren op hun beurt aan huisartsen door middel van zogeheten

'specialistenbrieven' over de behandeling in de tweede lijn. In het kader van een stage-onderzoek wordt een inhoudsanalyse gepleegd op 200 verwijsbrieven en 200 bijbehorende specialistenbrieven. Het gaat om brieven die betrekking hebben op poliklinische behandeling bij het specialisme interne geneeskunde. Nagegaan wordt onder andere: welke achtergrondgegevens van de patiënt vermeld worden, of de huisarts een procedurevoorstel doet bij de verwijzing, hoe leesbaar de brieven zijn (volgens een subjectief oordeel), of de specialist antwoord geeft op eventuele vragen in de verwijsbrief van de huisarts (volgens een subjectief oordeel). Speciale aandacht wordt besteed aan de relatie tussen de inhoud van de verwijsbrief en de inhoud van de specialistenbrief. Bijvoorbeeld: als de huisarts een procedurevoorstel doet met betrekking tot het verloop van de tweedelijnsbehandeling, is de specialist daar blijkens zijn brief dan op ingegaan.

**NIEUW REL 88.02 Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek**

Financier : Praeventiefonds (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Vervolmaken onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. T.J.J.M.T. Kersten en een interne begeleidingsgroep met specifieke inhoudelijke deskundigheid.

Op initiatief van de afdeling Gelderland van de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, werkt het NIVEL aan een plan voor een onderzoek op het terrein van de verloskundige zorg. Het onderzoek beoogt een evaluatie van het resultaat van de normale, fysiologische bevalling onder leiding van een verloskundige al naar gelang de bevallingslocatie. Daarbij zullen ook de klinische vervolgen op thuis of poliklinisch gestarte bevallingen in ogenschouw worden genomen. Bij het onderzoek wordt expliciet aandacht besteed aan andere factoren dan de bevallingslocatie waarvan bekend is dat ze het resultaat van de bevalling bepalen. Een belangrijk voorbeeld daarvan is pariteit, waarbij speciaal ook de relatie tussen pariteit en de bevallingslocatie interessant is.

**NIEUW REL 88.03 Evaluatie van 'De nieuwe verloskundige indicatielijst'**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Uitwerken plannen voor een evaluatie-onderzoek.

Uitvoering: n.n. onder supervisie van een begeleidingsgroep van het NIVEL.

Sinds enige tijd functioneert 'De nieuwe verloskundige indicatielijst', ook wel de nieuwe Kloostermanlijst geheten. De lijst specificeert of er sprake is van indicatie voor eerstelijns- respectievelijk tweedelijns verloskundige zorg. Ook wordt de wenselijkheid van geformaliseerd overleg tussen eerste en tweede lijn aangegeven; evenals de condities voor een zogeheten mediumsituatie (bevalling in het ziekenhuis, maar begeleiding van de zwangerschap en bevalling door een eerstelijns verloskundige zorgverlener).
Mede omdat de invoering van de nieuwe Kloostermanlijst al plaatsvindt, is een evaluatie niet eenvoudig te realiseren. De verandering is in de verloskundige wereld echter dermate ingrijpend, dat zelfs een analyse van het proces van invoering al relevant is. Moeilijkheden bij dit type onderzoek zijn de controverses tussen partijen die betrokken zijn bij dit veld en de complexiteit van valide effect-metingen.

**NIEUW REL 88.04 Substitutie van zorg tussen eerste en tweede lijn door deskundigheidsbevordering huisartsen via nascholing en toetsing**

Financier : Ziekenfondsraad (?)
Status : Projectvoorstel in voorbereiding. Activiteiten 1988: Afhankelijk van financiering, start materiaalverzameling.
Uitvoering: n.n. onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Het Nederlandse systeem waarin, globaal gesteld, huisartsen per abonnement en specialisten per verrichting worden betaald, is niet bevorderlijk voor het op gang brengen van door het beleid nagestreefde substitutie. Waar de plannen tot stelselwijziging een aantal jaren terug vaak de richting uitgingen van een vorm van abonnementshonorering voor specialisten (loondienst), denkt men recentelijk meer aan een vorm van (gedeeltelijke) verrichtingenhonorering van huisartsen. Dit om hen te stimuleren tot meer 'zelf doen' en minder verwijzen.
De vraag is nu of verrichtingenhonorering alleen dit gewenste effect zal opleveren. Huisartsen zouden immers min of meer 'automatisch' zichzelf de benodigde extra deskundigheid om meer zelf te doen moeten eigen maken.
Strevend naar een meer volledige invulling van het basistakenpakket en naar kwalitatief goede zorg tegen lage kosten, willen we in het

onderhavige project nagaan wat aan kwaliteitsverbetering van het huisartsgeneeskundig handelen, substitutie en kostenbesparing te bereiken is via een gericht programma van deskundigheidsbevordering. Nascholing en intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld pharmacotherapeutisch overleg) gekoppeld aan een scholingskosten-vergoeding aan huisartsen zijn de ingrediënten.
Aan het project wordt gewerkt in samenwerking met het ziekenfonds Drenthe - Noord Overijssel.

**NIEUW REL 88.05 Evaluatie project samenwerking 1e-2e lijn VU**

Financier : Project samenwerking 1e-2e lijn VU A'dam.
Status : In voorbereiding: Onderzoeksplan wordt ontwikkeld. Mogelijke activiteiten 1988: Materiaalverzameling.
Uitvoering: n.n. onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Het project samenwerking 1e-2e lijn aan de Vrije Universiteit van Amsterdam voert een aantal deelprojecten uit die allemaal ten doel hebben: bevorderen dat de patiënt hulp geboden wordt in dat echelon, dat het beste aansluit bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt. Om dit doel te bereiken ontwikkelt men samenwerkingsmodellen en zet men experimentele structuren op om samenwerkingsmodellen in de praktijk uit te voeren. De uitgevoerde experimenten worden geëvalueerd. Voor een deel zijn deze evaluaties specifiek voor een bepaald project, maar er wordt tevens een overall-evaluatie beoogd, die een totaalbeeld van de resultaten van de activiteiten van het samenwerkingsproject verschaft. Momenteel (eind 1987) wordt gewerkt aan het formuleren van een onderzoeksplan voor de overall-evaluatie. Daarin zal de nadruk liggen op het vaststellen van de effecten van de experimentele samenwerkingsprojecten.

**NIEUW WHO REL 88.06 Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing;** deelproject toepassing van de 'smart card' t.b.v. medicatiebewaking.

Financier : WVC.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Start van het project.
Uitvoering: n.n.

In 1987 is een voorstudie uitgevoerd naar de mogelijkheden van verbetering van aspecten van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing. Als een van de mogelijke projecten is uit die voorstudie de toepassing van 'smart cards' bij medicatiebewaking naar voren

gekomen. Medicatiebewaking is op dit moment geconcentreerd in de apotheek. De patiënt kan van verschillende artsen (bijvoorbeeld de huisarts en de specialist) medicijnen voorgeschreven krijgen die schadelijke interacties kunnen vertonen. Als in de apotheek de 'geneesmiddelengeschiedenis' van alle patiënten bijgehouden wordt en een systeem van medicatiebewaking gehanteerd wordt, kunnen schadelijke interacties etcetera gesignaleerd worden in de apotheek. Dit systeem werkt bij de gratie van het feit dat de meeste Nederlanders in principe altijd naar dezelfde apotheek gaan. Als de op handen zijnde wijziging van de honorering van apothekers (eventueel in combinatie met verhoogde concurrentie tussen apotheken) daaraan een eind zou maken, dient ook het systeem van medicatiebewaking - en vooral de opslag van de geneesmiddelengeschiedenis van patiënten - aan de veranderde omstandigheden aangepast te worden. Technisch gezien is een meer patiëntgecentreerde medicatiebewaking mogelijk door de smart card.
In het project zal nagegaan worden:

a. Hoe groot de verwachte wijziging in de één op één relatie tussen apotheker en patiënt zal zijn.
b. Wat de praktische problemen zijn van de invoering van smart-cards bij de medicatiebewaking.
c. In hoeverre het voorschrijfpatroon van artsen beïnvloed wordt door het feit dat de volledige geneesmiddelengeschiedenis van de patiënt door de patiënt bij zich gedragen wordt en tijdens het consult beschikbaar kan zijn.

**Pro Memorie**
Projecten over het thema relatie eerste/tweede lijn beschreven in andere hoofdstukken van het werkprogramma.

**NAT 87.09 Verwijzingen van huisartsen**

In de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is ook een deelproject 'verwijzen' opgenomen. In deze deelstudie zal (eindelijk) het onderwerp op methodologisch correcte wijze kunnen worden aangepakt, omdat verwijsbeslissingen van huisartsen betrokken kunnen worden op de contacten tussen huisarts en patiënt. Het deelproject wordt beschreven in hoofdstuk 7.

**NAT 87.10 Nazorg en continuïteit van zorg**

Deelproject van de 'Nationale Studie'. Dit onderdeel van de Nationa-

le Studie brengt in kaart op welke wijze en in welke mate de huisarts betrokken is bij de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis (inclusief de beslissingen tot opname en ontslag en het verlenen van nazorg). Tevens wordt een beeld verkregen van de snelheid en de kwaliteit van de berichtgeving aan de huisarts over opname en ontslag van de patiënten uit zijn praktijk uit het ziekenhuis (zie ook hoofdstuk 7).

**BIDOC 88.02 Registratie projecten ter verbetering relatie 1e/2e lijn**

Analoog aan de opzet van het registratiesysteem van onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg, zal er een permanente inventarisatie plaatsvinden van initiatieven op het vlak van de verbetering van de relatie tussen eerste- en tweedelijns(gezondheids)zorg.

**ALG. 87.02 Projectbureau eerste/tweede lijn**

Op initiatief van Prof. Dr. J.C. van Es is eind 1987 een projectbureau in het leven geroepen dat enerzijds initiatieven en experimenten inventariseert en anderzijds deze kennis gebruikt om initiatieven te helpen opzetten, te ondersteunen en te stimuleren.
Het inventariserende gedeelte wordt door het NIVEL verzorgd en wordt beschreven in hoofdstuk 12 (overige activiteiten). Het projectbureau zelf zal autonoom gaan opereren onder begeleiding van een stuurgroep waarin alle 'partijen' vertegenwoordigd zijn; het experiment heeft een voorlopige looptijd van 3 jaar.

# 4. EERSTE LIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DR. P.F.M. VERHAAK)

## 4.1. Inleiding

De onderzoeksactiviteiten van het NIVEL binnen het bovengenoemde themagebied richten zich op twee aandachtspunten:

1. herkenning, behandeling en eventuele verwijzing van psychosociale problemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg;
2. afstemming en samenwerking tussen de generalistische eerstelijnsgezondheidszorg en de gespecialiseerde tweedelijns GGZ.

We zullen deze twee aandachtspunten - die overigens vaak zodanig verweven zijn dat in verschillende projecten aspecten van beide te ontwaren zijn - in het onderstaande successievelijk bespreken.

Omtrent de eerstelijnshulp die ten behoeve van psychosociale klachten geboden wordt, leeft de gedachte dat deze voor verbetering vatbaar is (Nota Geestelijke Volksgezondheid, 1984). Onderzoek zou inzicht moeten verschaffen in de sterke en zwakke punten van de eerstelijn in dat opzicht; daarnaast zou het gegevens moeten opleveren over de wijze waarop de meer gespecialiseerde GGZ het beste aan kan sluiten op de eerstelijn, hetzij om te specialistische taken over te nemen, hetzij om de eerstelijn te ondersteunen. Teneinde uit te kunnen maken welke vorm van hulpverlening het meest geschikt is in bepaalde situaties is er ook behoefte aan evaluaties van diverse hulpverleningssoorten.

De kennis over het probleemaanbod op dit gebied is de afgelopen jaren toegenomen (Regioproject Nijmegen, Eerstelijnsproject Groningen, Interdoktervariantieproject NIVEL). Minder duidelijk blijft het in hoeverre deze problemen in de eerstelijn behandeld zouden moeten worden, en hoe adequaat de gebruikelijke hulp die daarbij geboden wordt is. Over preventieve activiteiten op het gebied van de GGZ door eerstelijnshulpverleners is tot nu toe nauwelijks onderzoek verricht.
Huisartsen wordt vaak door meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners verweten dat ze veel psychische problematiek in een vroeg stadium niet herkennen. De vraag is in de eerste plaats in hoeverre dit nu zo is, en in de tweede plaats wat (eventueel) de consequenties daar dan van zijn. De vraag die gesteld kan worden is, of het nu zoveel

meer oplevert dat een huisarts iedere psychische klacht problematiseert, dan wanneer hij dit soort aspecten aan het complex van klachten min of meer toedekt.
Op deze vragen zullen we in het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk nader ingaan.
De kwaliteit van het handelen van huisartsen in deze wordt bestudeerd in onderzoeksprojecten rond de videotheek; hiertoe zal deze de komende jaren ook uitgebreid worden.

Over het werk van algemeen maatschappelijk werkenden op het gebied van de GGZ beschikken we over cijfermateriaal uit de diverse AMW-registratie-systemen. Over de aard van het hulpverleningsproces is weinig bekend. In het kader van onderzoek naar afstemming tussen AMW en RIAGG hopen we ook meer inhoudelijke gegevens te verzamelen over het hulpverleningsproces dat zich tussen maatschappelijk werker en cliënt afspeelt.

Aspecten van psychosociale hulpverlening en preventie door wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten komen aan de orde in projecten uit de betreffende themagebieden, respectievelijk het werk van wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden in Nederland en patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten.
Naast de hulp die sinds de jaren zeventig op GGZ-gebied in de eerstelijn gebruikelijk is (huisarts, AMW), ontwikkelt zich in de persoon van de vrijgevestigde psycholoog, die vaak nauw met huisartsen samenwerkt, een nieuw hulpaanbod.
Zijn er omtrent de aangeboden psychische morbiditeit en daaruit voortvloeiende behandelingen door huisarts en AMW tenminste nog morbiditeitsgegevens en behandelingsgegevens bekend, van de eerstelijnspsycholoog weten we niet eens betrouwbaar hoeveel er zijn. In 1987 zal een begin gemaakt worden met een inventarisatie van werkzame eerstelijnspsychologen en een beschrijving worden gegeven van de werkzaamheden die ze verrichten. Tevens bestaat de hoop dat in 1988 de in de Nota Geestelijke Volksgezondheid aangekondigde experimenten met eerstelijnspsychologen een aanvang kunnen nemen. Evaluatie van deze experimenten zal gegevens opleveren omtrent de bijdrage van eerstelijnspsychologen aan het totaal pakket van GGZ in de eerstelijn.

Wat betreft het tweede aandachtspunt, afstemming en samenwerking, is een belangrijke vraag in hoeverre het juiste probleem bij de meest geschikte hulpverlener terecht komt. Deze vraag wordt des te actue-

ler wanneer elementen uit de aanbevelingen van de commissie Dekker worden overgenomen, waarmee het bijvoorbeeld verzekeraars mogelijk wordt gemaakt een keuze te maken in het type hulpverlener waarmee men een contract wil aangaan.
Omtrent onderlinge beeldvorming in de samenwerking tussen ELGZ-GGZ heeft het inmiddels afgeronde onderzoek "Inventarisatie samenwerking ELGZ-GGZ" de nodige gegevens verschaft. Effecten van samenwerking met de AGGZ op het functioneren van ELGZ-hulpverleners zijn tot op heden geen onderwerp van onderzoek geweest; de wenselijkheid van evaluatie-onderzoek staat buiten kijf aangezien dergelijke effecten de legitimatie zouden moeten verschaffen aan de energie die in samenwerking gestoken moet worden.

In het kader van onderzoek naar samenwerking en afstemming van psychosociale hulpverlening zullen in de periode 1988-1989 onderzoeken geëntameerd worden, waarbij de hulpvraag bij en het hulpaanbod vanuit AMW en RIAGG vergeleken wordt. Samenwerkings- en afstemmingsaspecten zijn ook te onderscheiden in de al eerder genoemde experimenten met eerstelijnspsychologen. Het effect van samenwerking op het herkennen en behandelen van psychische problemen door huisartsen is meetbaar in het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Daarnaast wordt het onderzoek naar verwijspatronen tussen huisarts en GGZ voortgezet.

Achtereenvolgens behandelen we de projecten op het gebied van psychosociale hulpverlening in de eerstelijn en de projecten betreffende samenwerking en afstemming tussen eerste- en tweedelijn.
In vergelijking met het programma '87-'88 zijn de volgende projecten verdwenen:

GGZ 85.01 Inventarisatie samenwerking eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg; afgerond in 1987

GGZ 87.02 Samenwerking RIAGG, gezinszorg en wijkverpleging en psychogeriatrische problematiek; te kleinschalig experiment voor serieus evaluatieonderzoek.

HVP 86.01 Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk: afgerond.

HVP 86.02 Motieven voor preventief handelen bij huisartsen: afgerond.

Voorts veranderden een aantal projecten van code:

GGZ 86.02 werd PSH 87.03
GGZ 87.01 werd PSH 87.04
VID 87.01 werd PSH 88.01
VID 87.02 werd PSH 88.02
VID 87.03 werd PSH 88.03

## 4.2. Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn

**PSH 84.01 Wisselende gespreksmodellen**

Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Analyse.
Uitvoering: Mw. Drs. J.M. Bensing, Dr. P.F.M. Verhaak.
Afronding : 1989.

Een verdere analyse wordt gemaakt van het hulpverleningsproces in consulten met een klacht die zowel somatische als psychosociale aspecten kent (hypertensie).
Nagegaan wordt onder welke condities de psychische aspecten ter sprake komen en wat hierin de relatieve invloed is van huisarts en patiënt. De consulten zijn door een extern panel van huisartsen gescoord met betrekking tot de kwaliteit van het medisch-technisch, respectievelijk psychosociale handelen.
In 1988/1989 zal de analyse hiervan afgerond worden.

**PSH 87.01 Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk (zie ook NAT 87.08)**

Financier : WVC, ZFR.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. L. Peters en Dr. P.F.M. Verhaak.
Afronding : 1990.

Bij de detectie en behandeling van psychische problemen speelt de artsenfactor een belangrijke rol, zo heeft eerder onderzoek ons geleerd. In hoeverre een verschillende aanpak op langere termijn tot verschillende resultaten leidt, is echter tot nu toe een onbeantwoorde vraag. De rol van de patiënt in het geheel is evenmin goed onderzocht tot nu toe.
De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk biedt de mogelijkheid voor een longitudinaal onderzoek, waarin een aantal van dergelijke vragen beantwoord kan worden. Daarnaast wordt in het kader van deze studie op veel grotere schaal informatie ingewonnen bij patiënten dan in eerder onderzoek ooit mogelijk was. Een aantal deelonderzoeken wordt hierbij voorgesteld.
Teneinde deze onderzoeken uit te voeren zal bij vijftien artsen materiaal als aanvulling op de praktijkstudie verzameld moeten worden: 750 video-opnamen, interviews bij extra cohorten patiënten en een

verlenging van de registratie tot één jaar zijn noodzakelijk.

**PSH 87.01a Hulpzoeken by psychosociale problemen**

Dit deelonderzoek wordt in hoofdstuk 10 Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn toegelicht.

**PSH 87.01b Psychosociale klachten: een dwarsdoorsnede**

In het eerste deelonderzoek wordt een nadere (deels epidemiologische) analyse gemaakt van de psychische problematiek in de huisartspraktijk. Onderscheid wordt gemaakt tussen openlijk gepresenteerde psychische problematiek en gemaskeerde psychische problematiek. In aansluiting op eerder onderzoek wordt een studie gemaakt van de interdoktervariantie op dit terrein.

**PSH 87.01c Het beloop van psychosociale klachten**

In een volgend deelonderzoek staat de vraag centraal "hoe het met de problemen verder ging?"
Over het handelen van huisartsen zijn de meningen verdeeld, wanneer het om psychische problemen gaat. Enerzijds waarschuwt men er voor dat het toedekken van psychische aspecten leidt tot een niet terechte nadruk op de lichamelijke kant van het probleem. Onnodige behandeling zou voorkomen kunnen worden wanneer men voor het niet-lichamelijke aspect meer aandacht had. In het verlengde hiervan wordt wel gesteld dat het niet tijdig onderkennen van psychische problematiek tot verergering hiervan leidt.
Van de andere kant waarschuwt men ervoor niet ieder geestelijk ongemak te problematiseren; veel problemen gaan ook "vanzelf" over. De dagelijkse gang van zaken in de huisartspraktijk ondersteunt deze veronderstelling evenals resultaten van eerder wetenschappelijk onderzoek ('Probleempatiënten' een blijvend etiket?). In het verlengde daarvan stelt men dat in een aantal gevallen de patiënt en zijn omgeving een subtiele omgangsvorm met bepaalde problematiek hebben gevonden en dat iedere openlijke bespreking daarvan meer schade aan zou richten dan goed zou doen. Het is allebei ongetwijfeld waar; het is alleen de vraag wanneer en bij wie de ene dan wel de andere benadering geldig is.
In dit onderzoek vergelijken we het beloop gedurende een jaar van de expliciet als zodanig benoemde psychische problemen en van klachten die in somatische termen zijn verwoord, maar waarbij psychische

achtergronden meespelen volgens de arts. Hierbij wordt tevens de befaamde artsenfactor in beschouwing genomen.

**PSH 87.02 Hulpverlening bij psychische klachten door de algemeen maatschappelijk werker**

Financier : NIVEL.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling.
Uitvoering : Dr. P.F.M. Verhaak, n.n.

In het kader van het project GGZ 85.02 worden bij algemeen maatschappelijk werkers bandopnamen van een aantal hulpverleningsgesprekken bij psychische klachten gemaakt. Deze zullen op de eerste plaats ten dienste staan van project GGZ 85.02, maar bieden daarnaast mogelijkheden om de inhoud van AMW-hulpverlening op een explorerende wijze te onderzoeken.
Geleid door de vraag waar de grenzen van de mogelijkheden van diverse eerstelijnshulpverleners op het gebied van behandeling van psychosociale problematiek liggen, bestuderen we deze gesprekken van AMW-ers met cliënten. Deze zullen worden vergeleken met eerder bestudeerde gesprekken tussen huisarts en patiënt waarbij gebruik gemaakt kan worden van het aldaar ontwikkelde begrippenapparaat.
Speciale aandacht wordt besteed aan probleemformulering door cliënten van het AMW en de AMW-er, de gehanteerde hulpverleningsmethodiek en de hulpverleningsstrategieën.

**PSH 87.03 Psychologen in de eerstelijn**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling en rapportage.
Uitvoering : n.n. onder leiding van Dr. P.F.M. Verhaak.
Afronding : 1988.

Het NIVEL en de toenmalige afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI hebben in het verleden diverse onderzoeksactiviteiten rond het verschijnsel 'eerstelijnspsychologen' ondernomen. Sindsdien is de discussie over de wenselijkheid van psychologie als discipline in de eerstelijn niet verstomd: als - voorlopig - laatste geluid in deze kwestie kunnen de uitspraken van prof. Diekstra worden genoemd.
Los van deze discussie, heeft een toenemend aantal psychologen zich vrij gevestigd, soms onder het expliciete etiket van eerstelijnspsycholoog. Tot nu toe ontbreekt echter een betrouwbaar overzicht van

hun aantal, hun werkwijze, hun gerichtheid op en contacten met andere eerstelijnsdisciplines.
Hierin wil het onderhavige onderzoek voorzien. Centrale doelstelling ervan is het verkrijgen van inzicht in het functioneren van psychologen in de eerstelijn en de positie die deze hulpverleners innemen ten opzichte van enerzijds de extramurale geestelijke gezondheidszorg en anderzijds ten opzichte van huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk.

**PSH 87.04 Evaluatie Experimenten Psychologen in de eerste lijn**

Financier : VNZ (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Ontwikkeling experimenten, formulering onderzoeksvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Dr. P.F.M. Verhaak.

In de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid worden experimenten aangekondigd met betrekking tot de psycholoog in de eerste lijn. In de gedachtengang van de Nieuwe Nota zou de psycholoog in dergelijke experimenten vooral diagnostische en ondersteunende (o.a. consultatie) taken op zich moeten nemen. In een later stadium is uitgesproken dat kortdurende interventies door psychologen binnen deze experimenten niet uitgesloten worden geacht.
Het NIVEL participeert in de Werkgroep experimenten met psychologen in de eerstelijn (WEPEL), die aanbevelingen doet over de opzet van de experimenten en de evaluatie hiervan. In het najaar van '87 zal de gedachtenvorming hierover binnen de WEPEL rond zijn.
Het Ministerie van WVC (participeert in de WEPEL) is nog doende financieringsmogelijkheden voor de experimenten te vinden. Indien de resultaten van een analyse van ziekenfondsgegevens uit Kennemerland (een regio met veel eerstelijnspsychologen) veelbelovend zijn, is de VNZ wellicht bereid experimenten en evaluatie te financieren.

**De videotheek**

Voor het onderzoek naar hulpverlening door de huisarts wordt ook geput uit de consulten die in de NIVEL-videotheek zijn opgeslagen.
De NIVEL-videotheek bevat 2500 consulten van 60 artsen, die in de periode 1975-1984 zijn verzameld en als basis hebben gediend voor verschillende onderzoekingen (meestal van evaluatieve aard).
Alle consulten zijn gecodeerd en in een computerbestand vastgelegd.
Hoewel men met betrekking tot generalisatie enige voorzichtigheid in acht moet nemen (de oudste consulten dateren immers al uit 1975 en

bij de recentere video-opnamen wordt schriftelijk toestemming van de patiënt gevraagd, wat meer weigeringen tot gevolg heeft) is het bestand bruikbaar als bron van informatie voor vele beleids- en wetenschappelijke vragen, juist ook omdat sommige gegevens (als bijvoorbeeld de duur van een consult) in ander materiaal niet zo precies vastgesteld kunnen worden, zeker niet gerelateerd aan de in het consult gepresenteerde problematiek.
Over de basisgegevens die in de videotheek tot en met 1984 zijn opgeslagen is een verslag uitgebracht (Dokters in beeld, NIVEL, 1987). In het najaar 1987 zal de videotheek uitgebreid worden met ± 750 consulten die in het kader van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk worden verzameld.
Het volgend onderzoek is binnen de videotheek gepland.

**PSH 88.01 (voorheen VID 87.01) Uitbreiding videotheek**
Financier : NIVEL.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Invoering gegevens.
Uitvoering: n.n. student-assistent.
Afronding : 1988.

Indien het onderzoeksprogramma PSH 87.01 doorgang vindt en in dit kader nieuwe opnamen gemaakt worden, zullen deze consulten op de standaardformulieren gescoord worden en ingevoerd in het videotheekbestand.

**PSH 88.02 (voorheen VID 87.02) Pillen of praten**
Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Publicatie. (Afronding)
Uitvoering: Mw. A. Jol.

Een analyse van consulten waarin bij gelijksoortige (psychosociale) klachten psychofarmaca worden voorgeschreven of een therapeutisch gesprek gevoerd wordt.

**PSH 88.03 (voorheen VID 87.03) Van klacht tot diagnose**
Financier : NIVEL.
Status : Idee. Activiteiten 1988: Begin uitvoering.
Uitvoering: n.n. student-assistent onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing en Dr. P.F.M. Verhaak.

In het onderzoek naar de epidemiologie van psychosociale klachten

vragen we ons af waarom de klachten van de een wel in een psychosociale context worden beschouwd en die van de ander niet. In het voorgestelde onderzoek hiernaar (PSH 87.01) beschikken we alleen over registratiegegevens. Er komt geen informatie beschikbaar over het proces tussen klacht en diagnose. Met behulp van de videotheek kan juist dit proces zichtbaar worden gemaakt. We beschikken hier zowel over de letterlijke uitingen van de patiënt als over de diagnose die de arts noteerde, als over het proces (onder andere de communicatie tussen deze twee momenten). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen twee groepen consulten:

- patiënten die meteen met een psychosociale klacht komen;
- patiënten die met een somatische klacht komen, waarbij de arts psychosociale problemen vermoedt.

In beide gevallen wordt het verloop van het consult bestudeerd, waarbij zoveel als mogelijk ook informatie van de kant van de patiënt betrokken wordt.

## 4.3. Afstemming en samenwerking tussen ELGZ en AGGZ

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

Financier : NIVEL; bij uitvoering?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Onderzoeksvoorstel.
Uitvoering : n.n. onder supervisie van Dr. P.F.M. Verhaak.

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

1. Op basis van bestaande registratiesystemen (JOINT, NVAGG-Informatiesysteem, RIAGG-Informatiesysteem) nagaan in hoeverre beide soorten voorzieningen overeenkomen wat betreft 'harde' kenmerken als bijvoorbeeld sociaal-economische status van de cliënten, aan-

tallen contacten en duur van de behandeling.

2. Door middel van een casuïstische benadering (waarbij "experts" de cases beoordelen) nagaan of en in hoeverre AGGZ-hulpverleners en AMW-hulpverleners overeenkomen wat betreft:
   a. de definiering van psycho-sociale problemen (cultuurverschillen?) en
   b. hun visie op de gewenste hulpverlening.

Overleg hieromtrent vindt plaats met JOINT en NVAGG.
In samenhang hiermee krijgt project PSH 87.02 gestalte.

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

Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Analyse en eindrapportage. (Afronding)
Uitvoering: Drs. L. Peters.

Uit eerder door het NIVEL verricht onderzoek komt naar voren dat huisartsen in verhouding tot het aanbod aan psycho-sociale problemen slechts zelden naar een GGZ-voorziening verwijzen. Desondanks is meer kennis over deze verwijzingen noodzakelijk. Voor de betrokken patiënt (en vaak ook voor de huisarts) zijn dergelijke verwijzingen vaak ingrijpend. In 1985 heeft het NIVEL de begeleidingscommissie van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations verzocht (en bereid gevonden) het onderwerp 'verwijzingen psycho-sociale problematiek' op de weekstaat 1986 op te nemen en de 45 deelnemende praktijken te vragen per verwijzing enkele aanvullende gegevens te verstrekken. Ook in 1987 zullen deze gegevens verzameld worden.
De vraagstelling van dit onderzoek is tweeledig: nagaan in hoeverre huisartsen, als ze verwijzen, differentiëren tussen bijvoorbeeld geestelijke verzorging, het AMW en de diverse GGZ-voorzieningen en als tweede vraag, nagaan in hoeverre diverse aspecten van het onderscheid 'licht-zwaar' (onder andere soort problematiek, mate van belasting voor de patiënt, prognose) hierbij een rol spelen.
In tegenstelling tot ander onderzoek, waar de analyse- en interpretatiemogelijkheden door de kleine aantallen verwijzingen en/of de retrospectieve benadering beperkt zijn, bieden de Peilstations door zowel het relatief grote aantal te verwachten verwijzingen (circa 1.500 in twee jaar) als de wijze van registratie voldoende mogelijkheden om deze vragen te beantwoorden.
De rapportage van het project zal in 1988 plaatsvinden na het ver-

schijnen van het jaarverslag 1987 van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations.

**Pro memorie**
Projecten over het thema eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg beschreven in andere hoofdstukken van het werkprogramma.

NAT 87.08 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk in de relatie met AMW/(A)GGZ (hoofdstuk 7).

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

## 5.1. Inleiding

Het ontbreekt blijkbaar aan de randvoorwaarden om intensieve mono- en multidisciplinaire samenwerking tot een dominant verschijnsel in de Nederlandse eerstelijnszorg te maken. Ondanks een duidelijk en gericht - zij het spaarzaam, wellicht tè spaarzaam - stimuleringsbeleid, stagneert de groei van het aantal gezondheidscentra en is nog meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen in een solopraktijk werkzaam. Ondanks een beleid dat aan de samenwerking tussen de vier zogeheten 'kerndisciplines' in de eerste lijn hoge prioriteit geeft, is één van de voornaamste obstakels bij deze samenwerking - het scheppen van gelijke doelpopulaties voor de hulpverleners uit de vier kerndisciplines - nog niet veel dichter bij een oplossing gekomen. De richting waarin beleidsmatig werd gekoerst (WVG-WGM) lijkt op een dood spoor te zijn aangeland. Bovendien kost 'samenwerking' tijd en moet men zeker gezien de teruglopende 'formele' arbeidstijd scherpe prioriteiten stellen; zowel op microniveau - bij de samenwerkende hulpverleners - als op macroniveau - bij de beleidsmakers.
Een van de consequenties is, dat meer belangstelling ontstaat voor andere (minder intensieve) vormen van samenwerking. Voor het onderzoek betekent dit dat zal moeten worden aangegeven in hoeverre de lichter gestructureerde samenwerking dezelfde baten opleveren tegen geringere kosten.
Al is aangetoond dat huisartsen in gezondheidscentra minder personen naar specialisten doorverwijzen; onduidelijk is echter nog hoe nu het samenwerken dit effect precies veroorzaakt. Ook zou onderzocht moeten worden of op andere gebieden (voorschrijven van geneesmiddelen, gebruik van fysiotherapie, kwaliteit van zorg) en voor andere in het samenwerkingsverband betrokken disciplines effecten van samenwerking kunnen worden vastgesteld. Zoals in het vorige werkplan al stond vermeld: Als men niet weet **waarom** en **hoe** samenwerking lagere verwijscijfers met zich meebrengt, dan kan de discussie over het nut ervan ieder ogenblik weer oplaaien. Verder onderzoek op dit terrein blijft daarom noodzakelijk.
Als men naar toekomstige ontwikkelingen kijkt, dan zijn voorts de volgende zaken van belang:
- Experimenten betreffende een nauwere samenwerking tussen collec-

tieve preventieve zorg (basisgezondheidsdiensten) en curatieve zorg. Een sprekend voorbeeld van een bestaande integratie (in de persoon van de zorgverlener) vindt men overigens bij de wijkverpleegkundigen. Onderzoek op dit terrein wordt van belang omdat Nederland zich verplicht heeft om in het kader van de doelstellingen die door de Europese leden van de Wereld Gezondheidsorganisatie zijn geformuleert (Health for all in the year 2000) tot een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg te komen, hetgeen o.a. inhoudt een samenwerking tussen van wat in Nederland onder basisgezondheidszorg wordt verstaan (collectieve preventie) en de meer curatief gerichte eerstelijnszorg.

- Nader onderzoek naar kwaliteit van samenwerking en meer nadruk op evaluatie in brede zin.
- Opzet en evaluatie van experimenten op het gebied van de afstemming van werkgebieden.
- Een algemene desk-research-achtige studie die mede op basis van buitenlandse ervaringen beziet hoe bijvoorbeeld door het introduceren van (financiële) 'incentives' (zoals in Engeland) een impuls aan de groei van het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra kan worden gegeven.
- Studies die blootleggen wat samenwerking betekent voor degenen die hulp ontvangen. Enerzijds het effect van de geïntegreerde zorg, anderzijds de beleving ervan.

Het onderzoeksprogramma voor 1988/1989 bevat een aantal elementen die op deze toekomstige ontwikkelingen inspelen.

Daarnaast is het programma gericht op een goede beschrijving en duiding van de bestaande situatie. Voor dit laatste is het systeem van Registratie & Onderzoek naar Samenwerkingsverbanden (ROS) een belangrijke bron van gegevens.

Kortweg kan men het onderzoek als volgt samenvatten: 1) Een serie onderzoekingen die het gebied van de multi-disciplinaire samenwerking en samenhang beschrijven en tot onderwerp van evaluatie-onderzoek hebben. 2) Een serie onderzoekingen die diverse vormen van bidisciplinaire samenwerking tot onderwerp hebben. 3) Enkele projecten met betrekking tot de samenhang binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

De volgende projecten uit het werkplan 1987/1988 zijn vervallen:

| | | |
|---|---|---|
| SAM 87.02 | Functioneren waarneemregelingen | Het onderzoek kon op te weinig locaties worden uitgevoerd om voor subsidiegevers interessant te zijn. |

| | | |
|---|---|---|
| SAM 85.01 | Gemeentelijke activiteiten op het gebied van de samenhang tussen zorgvoorzieningen in de eerste lijn. | Afgerond. |
| SAM 88.02 | Evaluatie van afstemming van werkgebieden. | Door het niet doorgaan van de WVG is dit onderwerp minder relevant geworden. |

Bij de projecten uit het Registratiesysteem van Samenwerkingsverbanden (ROS) zijn de nummers veranderd:
ROS 86.01b werd 86.01
ROS 87.01c werd 87.01
ROS 87.01d werd 87.02

## 5.2. Projecten op het gebied van de multidisciplinaire samenwerking

**ROS 85.01 Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)**
Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Continu project. Activiteiten in 1988 en 1989: Rapportages resultaten.
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma (projectleider ROS) en Mw. Ir. N.E. Warmenhoven.

Het registratiesysteem omvat zowel gezondheidscentra als home-teams. De overeenkomst tussen deze beide samenwerkingsvormen is de integratie van een aantal hulpverleners binnen een gestructureerde groep, waarin afstemming van functies kan plaatsvinden. Er zijn echter ook verschillen. In gezondheidscentra zijn de hulpverleners in een gezamenlijk gebouw ondergebracht en is de samenwerking geformaliseerd. De minder sterk geformaliseerde home-teams ontberen die gemeenschappelijke huisvesting. De home-teams worden rechtstreeks opgespoord via de instellingen voor maatschappelijk werk, waarna ze geënquêteerd worden. De ontwikkeling in het aantal en spreiding van home-teams en gezondheidscentra kan zo worden afgezet tegen de ontwikkelingen van het aantal duo- en groepspraktijken, waarover gegevens verzameld worden binnen het themagebied volume- en functieaanbod.
De volgende onderzoeksprojecten zijn of worden binnen het project opgenomen:

**ROS 85.01a Basisgegevens van home-teams en gezondheidscentra**
Start 1985.
Activiteiten 1988: Rapportage (jaarlijks terugkerend).

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

**WHO ROS 86.01 Evaluatie van specifieke vormen van samenwerking**
Start 1987
Activiteiten 1988: Gegevens verzamelen en eerste rapportage. Loopt door in 1989.
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.
Afronding : 1989.

Het tot nu toe verrichte onderzoek op het vlak van (multidisciplinaire) samenwerking in de gezondheidszorg heeft weinig inzicht opgeleverd in de wijze waarop 'samenwerken' invloed heeft op het functioneren van de participanten. Aard, vorm, intensiteit en duur van de samenwerking blijven slechts beperkt van belang. In dit deelproject zal de kwaliteit van het handelen in een samenwerkingsverband in een aantal stappen worden onderzocht. In de eerste fase van het project zal een inventarisatie plaatsvinden van onderwerpen, categorieën van patiënten en resultaten van behandelingen, waarvan verondersteld mag worden dat ze door het samenwerken beïnvloed worden. Daarna zullen de geselecteerde aspecten van kwaliteit geoperationaliseerd worden en kunnen criteria worden opgesteld. In een derde fase worden dan gegevens verzameld op basis waarvan de kwaliteit van het handelen in samenwerkingsverbanden kan worden gemeten.

**ROS 87.01 Afstemming van doelpopulaties in de praktijk van de hulpverlening**
Start 1987
Activiteiten in 1988: Materiaalverwerking en rapportage. (Afronding)
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma.

Afstemming van doelpopulaties is een belangrijke voorwaarde om tot goede en zinvolle samenwerking te komen. In het onderzoek wordt op lokaal niveau aan de hand van de in zorg zijnde patiënten beschreven

in hoeverre doelpopulaties zijn afgestemd. Vervolgens wordt onderzocht of er samenhang bestaat tussen deze samenwerkingsconditie en het bestaan van interdisciplinair hulpverleningsbeleid ten aanzien van bepaalde zorgcategorieën en andere werkcontacten. Voorts worden belemmeringen voor betere afstemming geïnventariseerd.
In de eerste fase zal de afstemming van de doelpopulaties van wijkverpleging en huisartsen onderwerp van studie zijn.

**ROS 87.02 Stagnatie in de groei van het aantal gezondheidscentra**
Start 1987.
Activiteiten in 1988: Vervolgproject. Onderzoeksvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Drs. W.G.W. Boerma.

De belangrijkste groei in het aantal gezondheidscentra heeft in de jaren zeventig plaatsgevonden. Anno 1986 neemt het aantal gezondheidscentra, ondanks stimuleringssubsidies nauwelijks nog toe. De vraag dringt zich op wat de oorzaak van deze stagnatie is. Zijn de hulpverleners niet meer geïnteresseerd omdat te veel tijd is gemoeid met organisatorische kwesties (binnenhalen van subsidies), of zijn de detacherende instellingen terughoudend geworden. Ook kan de teruglopende nieuwbouw een mogelijke verklaring vormen. Op basis van een eerste inventarisatie van mogelijke oorzaken is een publicatie verzorgd. Deze inventarisatie geeft aanleiding een vervolgproject te formuleren. De uitkomsten kunnen van belang zijn voor het stimulerend beleid van de overheid.

## 5.3. Projecten op het gebied van de bi-disciplinaire samenwerking

**SAM 86.01 Samenwerken en fysiotherapie**
Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1988: Materiaalbewerking en rapportage.
Uitvoering: Dr. D. Wijkel.
Afronding : 1988.

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

naar de vraag of samenwerkingsverbanden ook op dit vlak verschillen van solopraktijken.
Van een aantal ziekenfondsen zijn de gegevens inmiddels verzameld. Afhankelijk van de resultaten uit het verkennende onderzoek zullen ook andere ziekenfondsen benaderd worden voor het verstrekken van gegevens.

**SAM 87.01 Samenwerking reguliere en alternatieve genezers**

Onder dit project vallen drie deelonderzoeken waarvan er twee medio 1987 in uitvoering zijn genomen. De gemeenschappelijke noemer van deze onderzoeken is de samenwerking tussen reguliere genezers, i.c. huisartsen, reumatologen en alternatieve genezers. In het project is een belangrijke plaats ingeruimd voor patiënten, zowel wat betreft het feitelijk gebruik van alternatieve geneeswijzen, hun ervaringen daarmee, als hun opvattingen over de wenselijke rol die huisarts en reumatoloog als intermediair naar alternatieve genezers zouden moeten innemen.

**SAM 87.01a Haalbaarheid samenwerkingsexperimenten**

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Invitational conference en eindrapportage.
Uitvoering: Drs. P. Kuindersma, onder begeleiding van Drs. L. Peters (projectleider hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn).
Afronding : 1988.

In de in februari 1986 uitgebrachte 'Voortgangsrapportage alternatieve geneeswijzen 1986' aan de Tweede Kamer wordt de overweging uitgesproken een onderzoek te laten instellen naar de mogelijkheden om experimentele samenwerkingsverbanden op te richten of aan bestaande centra te verbinden, waarin op bescheiden schaal reguliere artsen de hulp van alternatieve artsen en therapeuten kunnen inroepen. Dit onderzoek sluit hierbij aan door na te gaan welke experimenten 'denkbaar' zijn en welke experimenten 'realiseerbaar' zijn naar de mening van huisartsen, alternatieve genezers, patiënten en instanties in de beleids- en financiële sfeer. Het onderzoek is volgens een Delphi-achtige benadering opgezet waarbij interviews en een conferentie belangrijke onderdelen vormen.

**SAM 87.01b Huisarts en alternatieve geneeswijzen**

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling en analyse.

Uitvoerder: Drs. G.J. Visser, onder begeleiding van Drs. L. Peters (projectleider hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn).

Afronding 1988.

Ondanks hoge financiële drempels (in vergelijking met de reguliere gezondheidszorg) wordt veelvuldig van alternatieve geneeswijzen gebruik gemaakt. Daarbij blijkt uit beschikbare gegevens dat er sprake is van een relatief autonoom consumptiepatroon in de zin dat patiënten vaak zonder medeweten van hun huisarts of specialist alternatieve genezers raadplegen. Dit onderzoek is er op gericht inzicht te verkrijgen in de feitelijke en wenselijke (taak)opvattingen en activiteiten van huisartsen op het gebied van advisering over, verwijzen naar, en samenwerking met alternatieve genezers. Hierbij wordt zowel het oordeel van huisartsen als van patiënten betrokken. Het onderzoek kent twee hoofdonderdelen: een landelijke schriftelijke enquête onder huisartsen en schriftelijke enquêtes onder patiënten van drie groepen huisartsen, te weten: huisartsen die zelf alternatieve behandelingsmethoden toepassen, huisartsen die dit niet doen maar wel contacten met alternatieve genezers onderhouden en tenslotte huisartsen die een afwijzende opstelling hebben ten opzichte van alternatieve genezers.

**SAM 87.01c Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen**

Status : Subsidie toegezegd; onderzoek wordt in 1989 in uitvoering genomen.

Uitvoering: Drs. G.J. Visser, onder begeleiding van Drs. L. Peters (projectleider hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn).

Uit onderzoek is bekend dat patiënten met chronische aandoeningen betrekkelijk vaak gebruik maken van medische voorzieningen. Het raadplegen van alternatieve genezers vormt hier geen uitzondering op. Chronische ziekten vormen bijna per definitie een groep aandoeningen waar de huidige reguliere geneeskunde minder succes heeft en waarbij de betrokken patiënten derhalve in sterkere mate geneigd zijn de mogelijkheden van alternatieve geneeswijzen te onderzoeken. Zo blijkt uit onderzoek dat het percentage reumapatiënten dat ooit een alternatieve genezer heeft bezocht 56% was in het geval patiën-

ten in een ruraal gebied woonachtig zijn en 52% in urbane gebieden. Hetzelfde onderzoek geeft tevens aan dat 75% à 80% van deze gebruikers van alternatieve geneeswijzen hierover geen contact heeft gehad met de huisarts of reumatoloog, zij het dat dit percentage minder lijkt te worden. In hoeverre deze situatie als (on)wenselijk door de betrokken patiënten en behandelaars wordt gezien is echter onduidelijk. Met dit onderzoek wordt gestreefd inzicht te verkrijgen in de feitelijke en wenselijke (taak)opvattingen en activiteiten van reumatologen op het gebied van advisering over, verwijzen naar, en samenwerking met alternatieve genezers, zowel naar het oordeel van de reumatologen zelf als van hun patiënten. De opzet van dit onderzoek is in grote lijnen identiek aan het onderzoek 'Huisarts en alternatieve geneeswijzen' (SAM 87.01b).

## 5.4. Projecten op het gebied van de monodisciplinaire samenwerking

Een kritische analyse van de lagere verwijscijfers van samenwerkingsverbanden leidde tot de conclusie dat vooral de combinatie van monodisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking samenhangt met lagere verwijscijfers. Het onderzoek leverde geen afdoend antwoord op de vraag hoe de samenwerking nu precies het functioneren van huisartsen beïnvloedt en welke factoren daarbij een rol spelen. Wel zijn enige theoretische verklaringen aangedragen die het proces inzichtelijk zouden kunnen maken. Deze wijzen in de richting van de hypotheses dat wanneer huisartsen elkaar informeel intercollegiaal kunnen consulteren, dit kan leiden tot een relatief laag verwijscijfer. Verder onderzoek naar de samenwerking binnen de beroepsgroep huisartsen is noodzakelijk.
Monodisciplinaire samenwerking zowel op vak-inhoudelijk als organisatorisch gebied (waarneemgroepen) is van belang, zeker nu de huisartsen recentelijk een landelijk ondersteuningsnetwerk hebben kunnen opzetten.

**SAM 86.03 Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Afronding vooronderzoek. Loopt mogelijk door in 1989.
Uitvoering: Drs. D. Delnoy; Drs. D.H. de Bakker (supervisie).

Eén van de afspraken tussen het Ministerie van WVC en de Landelijke

Huisartsen Vereniging is geweest dat een bepaald bedrag (8 miljoen gulden) ter beschikking zou worden gesteld om de lokale ondersteuningsstructuur van de beroepsgroep huisartsen te versterken. Het Ministerie van WVC heeft het NIVEL verzocht een voorstel voor een evaluatie te formuleren. Het is de bedoeling dat er een effect-evaluatie plaatsvindt.
Het project bestaat uit een inventariserende fase, waarin via een rondgang langs de betrokkenen (overheid, huisartsen) en de verschillende disctrictsbureaus gegevens over de doelstellingen en werkprogramma's van de Stichting Deskundigheidsbevordering Huisartsen en de Stichting Ondersteuning Huisartsen zullen worden verzameld. Deze inventarisatie zal mogelijk een concrete uitwerking van het evaluatie-onderzoek, in de tweede fase opleveren.

**SAM 88.01 Evaluatie onderlinge consultatie van huisartsen**

Financier : Eerste fase NIVEL; tweede fase (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1988: Uitwerking van het onderzoek; materiaalbewerking. In 1989: Rapportage en vervolgonderzoek.
Uitvoering: Dr. D. Wijkel.

Uit een enquête onder huisartsen werkzaam in solo- en duopraktijken bleek, dat een klein deel (ongeveer 10%) van de huisartsen deelnam aan een of andere toetsingsgroep; 24% van de huisartsen bleek een collega-huisarts regelmatig te consulteren. Ook consultatie van de specialist kwam regelmatig voor. Deze samenwerking mag verondersteld worden een positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de zorgverlening.
Uit Amerikaanse publicaties blijkt dat 'peer review' inderdaad invloed kan hebben. Op basis van de hiervoor genoemde enquête kon vastgesteld worden dat artsen in duopraktijken die hun collega regelmatig consulteren lagere verwijscijfers hebben. Het vermoeden bestaat dat er ook verschillen kunnen optreden tussen huisartsen die op intensieve wijze meedoen aan toestingsgroepen binnen de waarneemgroep of vanuit de universitaire huisartsopleiding. Een van de vragen van het onderzoek zal dan ook zijn of deze verschillen ook tot resultaat leiden.
In de eerste fase zal op basis van gegevens verzameld bij de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (zie NAT 87.01) worden nagegaan in hoeverre onderlinge consultatie en intercollegiale patiëntbesprekingen samenhangt met het handelen van de huisarts. In een tweede fase zou op basis van de opgedane ervaringen

een evaluatie-onderzoek op grotere schaal kunnen plaatsvinden.

## 5.5. Projecten op het gebied van samenhang

Al sinds het uitkomen van de 'structuurnota' in 1974 wordt door de overheid een beleid gevoerd gericht op grotere samenhang binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Aan gemeenten en samenwerkingsverbanden van gemeenten werd in dat beleid een belangrijke rol toebedeeld. Met het intrekken van de WVG is de rol van de gemeente beperkt tot het uitvoeren van het vestigingsbesluit en de basisgezondheidsdienst.
Samenhang in voorzieningen, afstemming van werkgebieden en het vestigingsbeleid zijn aandachtspunten waar onderzoeksprojecten op geformuleerd zijn.

**SAM 85.02 Afstemming werkgebieden van eerstelijnsdisciplines, een globale inventarisatie**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Eindrapportage.
Uitvoering: Drs. D.H. de Bakker.
Afronding : 1988.

In dit onderzoek wordt de vraag gesteld naar de haalbaarheid van het in de nota eerstelijnszorg gestelde criterium dat 80% van de patiënten en cliënten van de 4 kerndisciplines in de eerstelijnszorg onder samenvallende werkgebieden zouden moeten ressorteren.
In het onderzoek is in eerste instantie aandacht besteed aan de vraag hoe afstemming van werkgebieden gedefinieerd kan worden en welke activiteiten zijn ontplooid om tot die afstemming te geraken. Daarnaast werd via vier verschillende methoden uitgezocht hoe dit het best empirisch vastgesteld kon worden. In concreto is voor één van de grote steden de afstemming van werkgebieden nauwkeurig in kaart gebracht. Duidelijk is, dat 80% overlap in patiëntenpopulatie in een grote stad niet gehaald wordt. Op het platteland ligt dat veel eenvoudiger.
Met behulp van ziekenfondsgegevens wordt voor een aantal regio's met plattelandsgebieden en middelgrote steden de situatie geïnventariseerd.

**NIEUW SAM 88.03 De uitvoering van het vestigingsbeleid huisartsen door gemeenten**

Financier : WVC.

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1988: Onderzoeksvoorstel, materiaalverzameling en rapportage.
Uitvoering: n.n. supervisie Dr. D. Wijkel.
Afronding : 1988.

Als onderdeel van het afgeronde project over 'gemeentelijke activiteiten op het gebied van de samenhang tussen voorzieningen in de eerste lijn' (SAM 85.01) werd een inventarisatie verricht van de manier waarop het vestigingsbesluit door de gemeenten, danwel samenwerkingsverbanden van gemeenten wordt uitgevoerd.
Vragen die daarbij aan de orde kwamen waren onder meer, of de verbetering van de afstemming van werkgebieden en het stimuleren van de samenwerking ook in de vestigingscommissies een rol speelden. Op het moment van deze inventarisatie waren vestigingscommissies nog niet in alle gemeenten actief. In 1988 is ondertussen voldoende ervaring met het vestigingsbeleid opgedaan om een verantwoorde evaluatie te kunnen uitvoeren.

**WHO REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere**
Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988/1989: Materiaalverzameling en analyse ten behoeve van deelonderzoeken uit de tweede fase; loopt door in de volgende jaren.
Uitvoering: Drs. H.J.M. Sixma.
Afronding : 1993/1994.

In Almere krijgt de gezondheidszorg een experimentele vorm. De belangrijkste kenmerken van de Almeerse opzet zijn een sterke, buurtgerichte eerstelijnszorg, een in omvang beperkte tweedelijnszorg, samenhang tussen de voorzieningen en dit alles tegen relatief lage kosten en afgestemd op de behoefte van de bewoners. Het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) verzorgen de evaluatie van het experiment Almere. Na een eerste gezamenlijk deelrapport met daarin een beschrijving van de uitgangssituatie, is het NZI zich vooral bezig gaan houden met de bestuurlijke kanten van het Almeerse zorgmodel en richtte het NIVEL de aandacht op inhoudelijke aspecten van de eerstelijnszorg. Onder deze laatste noemer zijn in 1986 en 1987 twee rapporten uitgebracht, te weten een deelrapport over het werken van de Almeerse huisarts en een deelrapport over de EHBO-voorziening in Almere.
Op 01-02-1987 is het project gezondheidszorg Almere en daarmee ook het evaluatie-onderzoek rondom het project, een tweede fase inge-

gaan. Voor wat betreft het evaluatie-onderzoek zal deze fase doorlopen tot 3 jaar nadat het ziekenhuis Almere is geopend. Deze opening is gepland rond de jaarwisseling 1990/1991. In de jaren 1988 en 1989 zal daarbij gewerkt worden aan de volgende deelprojecten:

**REL 84.02a Patiënten met rugklachten**
Start : 1987.
Status: In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling; 1989 rapportage.

Bij dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre de taken van de eerste lijn en de specialistische zorg op elkaar aansluiten. Hierbij worden 100 patiënten met rugklachten gevolgd op hun gang door het stelsel van zorgvoorzieningen.

**REL 84.02b Almere - Nationale Studie**
Start : 1987.
Status: In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling en bewerking; 1989 rapportages.

Voor deze studie zullen een 18-tal Almeerse huisartsen integraal aanhaken bij de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk'. Met behulp van dit deelonderzoek zullen waardevolle gegevens worden verkregen over de behoefte aan zorg (patiëntenenquête), taakopvattingen en taakverrichtingen van de huisartsen (huisartsenenquête), het werken van huisarts en assistente (contactregistratie) en de nazorg aan ziekenhuispatiënten (nazorgenquête). De Almeerse gegevens zullen direct vergelijkbaar zijn met de landelijke gegevens. De dataverzameling van het deelonderzoek loopt in de periode 01-10-1987 tot 31-03-1988.

**REL 84.02c Wijkverpleegkundige zorg**
Start : 1988.
Status: In voorbereiding. Activiteiten in 1988: Materiaalverzameling; 1989 rapportage.

Parallel aan het deelonderzoek 'Almere-Nationale studie' loopt een onderzoek naar het functioneren van de wijkverpleegkundige zorg in Almere. Met name zal aandacht worden geschonken aan de consultatiebureaufunctie, de zorg aan ouderen en de taakafbakening tussen wijkverpleging-gezinszorg-mantelzorg.

Voor de periode na 1989 staan herhalingen op het programma van de contact- en verwijsregistratie, het EHBO-onderzoek en (rond 1992) de onderzoeken waarvoor nu de eerste metingen worden gehouden. Tevens kunnen in deze periode nog één of meerdere nieuwe deelonderzoeken starten, waarbij bijvoorbeeld gedacht wordt aan een onderzoek naar het functioneren van het maatschappelijk werk/GGZ in Almere. Voorstellen voor de fase na 1989 zullen in de loop van 1988/1989 met de begeleidingscommissie worden besproken.

**Pro memorie**
Projecten over het thema samenwerking en samenhang in de eerste lijn beschreven in andere hoofdstukken van het werkprogramma.

ALG 88.03 Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg

In de systematische beschrijving van de eerstelijns(gezondheids)zorg in de toekomst worden twee thema's aangesneden. De ontwikkeling van de relatie huisarts/specialist en de ontwikkeling van de thuiszorg in hun samenhang met de ontwikkelingen van vraag naar en aanbod van gezondheidszorg.

# 6. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTE LIJN

## 6.1. Inleiding

Voor onderzoek in en de sturing van de eerstelijnsgezondheidszorg is nauwkeurige informatie over het volume-aanbod onontbeerlijk. Immers, tal van beleidsmaatregelen zijn direct of indirect van invloed op het volume-aanbod. Om het effect van dit soort maatregelen te kunnen meten moet men beschikken over volledige volume-aanbodgegevens (bijvoorbeeld effect vestigingsbeleid huisartsen).
Planning van en anticipatie op toekomstige ontwikkelingen en de vraag naar diensten binnen de eerste lijn is zonder kennis van het verloop en opbouw van beroepsbeoefenaren een ongewisse zaak. Sterker nog: men kan de aandacht pas verschuiven naar de kwaliteit van de geleverde zorg en de gezondheidstoestand en het welzijn van de bevolking als het structurele deel van de zorg de beleidsmakers niet meer voor onaangename verrassingen plaatst.
Kennis over de dynamiek van vraag en aanbod van zorg kan voorkomen dat onevenwichtigheden in het gebruik van voorzieningen keer op keer om ad hoc beleidsmaatregelen vragen. Het is de taak van het onderzoek rond 'volume-functie-aanbod in de eerste lijn' om mogelijke onevenwichtigheden in het algemeen en onevenwichtigheden in de regionale verdeling van de eerstelijnsgezondheidszorg op te sporen.
Daarnaast zal het onderzoek zich ook moeten concentreren op onevenwichtigheden in de toekomstige ontwikkeling van een beroep en inzicht vergaren in de invloed die deze onevenwichtigheden op het gebruik van de zorgvoorzieningen hebben. Dit betekent dat binnen het themagebied ook aandacht besteed wordt aan onderzoek naar de instroom van beroepsbeoefenaren alsmede naar het vraagstuk van de aansluiting tussen de opleiding en de beroepsactiviteiten. Op basis hiervan kunnen uitspraken worden gedaan over de wijze waarop onderwijs- en opleidingssector aansluiten bij de maatschappelijke behoeften en mogelijkheden.

In het kader van bovengenoemde beschrijving zal het onderzoek op het themagebied 'Volume- en Functie-aanbod in de eerste lijn' de komende jaren gericht zijn op drie aandachtsvelden.
In de eerste plaats zullen naast het in stand houden van de bestaande volume-aanbodgegevens, nieuwe gegevens worden verzameld voor een aantal paramedische beroepen, zoals logopedie en diëtetiek. Hierbij

wordt niet gedacht aan een uitbreiding van de systematisch en permanente informatieverzameling, maar aan éénmalige inventarisaties, waarin naast volume-aanbodgegevens vooral ook onderzoek wordt gedaan naar de door de beroepsgroep uitgeoefende functies en de vraag naar hun diensten.
Het tweede aandachtsveld heeft vooral betrekking op onderzoek naar de relatie tussen vraag en aanbod. Een van de onderwerpen die hierin centraal staat is de afstemming tussen vraag en aanbod in grote steden.
Het onderzoek naar functie-aanbod vormt het derde belangrijke aandachtsveld binnen dit themagebied. Dit onderwerp heeft de laatste jaren te weinig aandacht gekregen. In de komende jaren zal het een belangrijk onderzoeksgebied zijn binnen dit themagebied. In de eerste plaats zal een onderzoek worden begonnen naar het functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie. Hierin zal met name het vraagstuk van de 'specialisatie' in de eerstelijnsfysiotherapie aan de orde komen. Ook met betrekking tot de huisartsen zal een onderzoek naar het functie-aanbod worden gestart.
Kort samengevat kan het onderzoek binnen het thema 'Volume- en functie-aanbod' als volgt worden weergegeven:

- In stand houden + kleine uitbreiding (apothekers) bestaande registratiesystemen;
- uitbreiding onderzoek binnen de sector paramedische beroepen (zie hoofdstuk 8);
- onderzoek naar de effecten van regionale onevenwichtigheden in het zorgaanbod in de eerste lijn en naar de aansluiting van aanbod op gebruik, zorgbehoefte en zorgvraag;
- onderzoek naar functie-aanbod.

## 6.2. Registratieprojecten

In 1987 is de registratie van fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg verbeterd en uitgebreid. Alle fysiotherapeuten zijn door middel van een enquête benaderd, terwijl de fysiotherapeuten die niet op de enquête gereageerd hebben, telefonisch zijn benaderd.
Op 1 februari 1988 loopt bovengenoemd registratieproject ten einde. Als vervolg op dit project is een onderzoeksvoorstel ingediend om het registratieproject voort te zetten. De gegevensverzameling in dit nieuwe project is vrijwel identiek aan de gegevensverzameling die in het laatste jaar van het vorige project heeft plaatsgevon-

den. Het enige verschil is dat nu om de twee jaar alle fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn via een enquête worden aangeschreven. In de tussenliggende jaren zullen vergelijkingen met andere bestaande (maar ieder op zich onvolledige) bestanden plaatsvinden.
Met het registratieproject van werkzame fysiotherapeuten loopt op 1 februari 1988 ook het registratieproject van adspirant-fysiotherapeuten ten einde. Voor dit project zijn in 1987 alle fysiotherapeuten geënquêteerd die in 1985 en 1986 van de opleiding zijn gekomen. In de eerste maanden van 1988 zal over dit onderzoek gerapporteerd worden. Uit de evaluatie van dit project is gebleken dat het nauwelijks haalbaar is om voor deze registratie dezelfde methode te hanteren als voor de adspirant-huisartsen en adspirant-verloskundigen. Dit heeft ons doen besluiten om deze registratie niet voort te zetten.
In de loop van 1987 is met de KNMP overeenstemming bereikt over het opzetten van de registratie van apothekers. Een en ander betekent dat in 1988 een begin kan worden gemaakt met deze registratie.
In het vorige werkplan werd voorgesteld om een registratie van diëtisten en logopedisten op te zetten. Voor een uitbreiding van de registratiesystemen met deze twee beroepsgroepen bleken geen financieringsmogelijkheden voor handen. Daarvoor in de plaats bleek er wel behoefte te zijn aan onderzoek naar een compleet profiel van (een van) beide beroepsgroepen. In zo'n project zouden zowel gegevens over het volume-aanbod en de regionale spreiding moeten worden opgenomen, alsook gegevens over de vraag naar logopedisten en/of diëtistische hulp en de effecten daarvan. Een voorstel (de logopedie betreffend) is opgenomen bij het themagebied 'Paramedische Beroepen' (FYS 88.03 - hoofdstuk 8).

De volgende registratiesystemen van beroepsbeoefenaren worden op het NIVEL bijgehouden of zullen in 1988 worden opgezet:
1) REG 84.01 Huisartsenregistratie
2) REG 84.02 Registratie van nog niet gevestigde huisartsen
3) REG 84.03 Verloskundigenregistratie
4) REG 86.01 Registratie nog niet gevestigde verloskundigen
5) REG 85.01 Fysiotherapeutenregistratie
6) REG 86.03 Apothekersregistratie

De volgende registratieprojecten uit het werkplan 1987/1988 zijn vervallen:
REG 87.01 Diëtistenregistratie - vooralsnog uitgesteld
REG 87.02 Logopedisten-registratie - vooralsnog uitgesteld

REG 86.02 Registratie adspirant-fysiotherapeuten - afgerond in 1987

**Ad 1. REG 84.01 Huisartsenregistratie**
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : In bedrijf. Activiteiten 1988: Jaarlijks overzicht.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

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

**Ad 2. REG 84.02 Registratie van nog niet gevestigde huisartsen**
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : In bedrijf. Activiteiten 1988: Jaarlijks overzicht.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

De basis van de registratie van nog niet gevestigde huisartsen bestaat uit jaarlijkse peilingen onder diegenen die de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd en zich nog niet hebben gevestigd en te kennen hebben gegeven op zoek te zijn naar een praktijk. Naast vragen over de activiteiten in het afgelopen jaar, de praktijkwensen en het zoekproces wordt in het kader van het per 1 februari 1986 van kracht geworden vestigingsbesluit ook informatie verzameld over de vergunningsaanvragen.

**Ad 3. REG 84.03 Verloskundigenregistratie**
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : In bedrijf. Activiteiten 1988: Jaarlijkse cijfers.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

De verloskundigenregistratie bevat hetzelfde type informatie als de huisartsenregistratie, inclusief gegevens over het werkgebied van verloskundigen. Niet geregistreerd is het aantal bevallingen en ingeschreven patiënten.
De informatie is volledig vanaf **1968.** Ook hier zijn mutaties op datum vastgelegd.

**Ad 4. REG 86.01 Registratie nog niet gevestigde verloskundigen**
Financier : NIVEL (doelsubsidie WVC).
Status : In bedrijf. Activiteiten 1988: Jaarlijkse cijfers.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

Van de drie beroepsopleidingen voor verloskundigen in Amsterdam, Rotterdam en Heerlen studeren jaarlijks niet meer dan 40 à 50 verloskundigen af. Deze groep plus degenen die in de peilingen van de voorafgaande jaren te kennen hebben gegeven nog niet zelfstandig gevestigd te zijn, maar nog steeds op zoek zijn, worden ieder jaar via een vragenlijst benaderd. Het registratiesysteem bevat gegevens vanaf 1984.

**Ad 5. REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten**
Financier : WVC (projectsubsidie?).
Status : Onderzoeksvoorstel ingediend. Activiteiten 1988: Vergelijken van gegevensbestanden.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman.

Het registratiesysteem van fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg is in 1985 gestart met een vergelijking van gegevens uit verschillende bronnen (Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen; Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid; Nederlands Genootschap van Fysiotherapie en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten). Op basis van deze bestandsvergelijkingen zijn voor peildatum 1 januari 1985 en peildatum 1 januari 1986 cijfermatige overzichten gepubliceerd over het aantal, de samenstelling en de geografische spreiding van fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Gezien het feit dat er op basis van bovengenoemde bestandsvergelijkingen nog steeds hiaten in de gegevens voorkwamen, is besloten om voor peildatum 1 januari 1987 alle fysiotherapeuten werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg met een enquête te benaderen. De uitkomsten van deze enquête zullen in de eerste maanden van 1988 gepubliceerd worden.
Op 1 februari 1988 loopt het project ten einde. Alvorens plannen in te dienen om dit project te continueren is een evaluatieverslag gemaakt over de eerste drie jaar van het project. Op basis hiervan is voor de komende vier jaar een nieuw plan ingediend waarin ten behoeve van de registratie van fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg alle fysiotherapeuten om de twee jaar geënquêteerd zullen worden, te beginnen in 1989. In de tussenliggende jaren (1988 en

1990) zullen wederom vergelijkingen worden gemaakt tussen de gegevensbestanden van de VNZ, GHI, NGF en NVVF.

**Ad 7. REG 86.03 Apothekersregistratie**

Financier : WVC (doelsubsidie).
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Verwerken enquête en presentatie eerste resultaten.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

In de registratie van apothekers wordt dezelfde registratiemethode toegepast als voor huisartsen en verloskundigen. De gegevens die in de apothekersregistratie worden opgenomen zijn onder andere de naam, leeftijd, geslacht, jaar en universiteit van afstuderen, functie, praktijkadres, afgiftepunten, werkgebied e.a. Ten behoeve van dit registratieproject is in 1987 met de KNMP overeenstemming bereikt over het verstrekken van gegevens en een privacy-reglement.
In 1988 zullen alle in Nederland werkzame apothekers door middel van een enquête benaderd worden, daarmee kan de situatie per 1 januari 1988 in beeld gebracht worden. Om over gegevens te kunnen beschikken die een veel langere periode bestrijken zullen in de enquête ook een aantal retrospectieve vragen gesteld worden.
Er zal gestreefd worden naar een registratiesysteem waarin de informatie volledig is van 1972. Dat betekent dat alle apothekers geënquêteerd zullen worden die ooit na 1972 werkzaam zijn geweest.

## 6.3. Onderzoeksprojecten

In de algemene inleiding is reeds gezegd dat de aandacht van het onderzoek binnen het thema 'Volume- en functieaanbod in de eerste lijn' verschuift van 'volume-aanbod' naar 'functie-aanbod'. Eén van de voorbeelden hiervan is het onderzoek naar de 'specialisatie' in de eerstelijnsfysiotherapie. In dit onderzoek zal in de eerste plaats gekeken worden in hoeverre fysiotherapeuten zich via nascholingscursussen ten aanzien van behandelingsmethode en/of ziekte- en patiëntencategorieën bepaalde specifieke deskundigheden hebben verworven en in de tweede plaats in hoeverre men hiervan in de praktijkuitoefening gebruik maakt.
Ook voor de huisartsen zal een inventarisatie gemaakt worden naar het functie-aanbod. Er zal onderzocht worden in hoeverre huisartsen betrokken zijn bij de zorg voor bepaalde patiënten-categorieën (verzorgingstehuizen, bejaardentehuizen en dergelijke) of betrokken zijn

bij andere activiteiten van de gezondheidszorg (keuringsarts, gemeente-arts, consultatiebureau-arts en dergelijke).
Naast onderzoeken naar het functie-aanbod blijven ook de onderzoeken naar relatie tussen vraag en aanbod een belangrijk onderdeel vormen van dit themagebied.

De volgende onderzoekingen uit het werkplan 1987/1988 zijn vervallen:
VFA 85.02 Twintig jaar vestigingscohorten. Afgevoerd wegens tijdgebrek.

**VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie**
Financier : ZWO.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Eindrapportage.
Uitvoering: Mw. Drs. D. Kortenhoeven onder supervisie van Dr. P.P. Groenewegen (NIVEL) en Mw. Dr. A. van Doorne-Huiskes (Rijks Universiteit te Utrecht).
Afronding : 1988.

In het onderzoek naar vestigingsproblemen bij vrouwelijke huisartsen dat eind 1984 werd afgesloten is tegelijkertijd een hele jaargroep alumni van de beroepsopleiding voor huisartsen ondervraagd; niet alleen vrouwen, maar ook de mannen. De bedoeling van deze ondervraging was om een basis te hebben voor een vervolgonderzoek waarin een gehele jaargroep aanstaande huisartsen zal worden gevolgd op hun pad naar de vestiging als huisarts. Het verloop van de voorkeuren, de aspiraties en de aard van de zoekpogingen zullen in dit onderzoek in verband worden gebracht met de mate waarin en de wijze waarop men erin slaagt om binnen een bepaalde periode een huisartspraktijk te bemachtigen. Aandacht zal geschonken worden aan belemmerende bepalingen en aan belemmeringen in de financieringssfeer, zodat ook over meer jaren informatie zal worden verkregen over de factoren die van invloed zijn op de uitkomst van het zoekproces: soort en tijdstip van de vestiging als huisarts of het niet doorzetten van de plannen.

**VFA 86.01 Spreiding van eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden**
Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Presentatie resultaten.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.
Afronding : 1988.

Het onderzoek naar de spreiding van eerstelijnsvoorzieningen heeft zich de laatste jaren vooral toegespitst op analyses op landelijke schaal, waarin de verschillen tussen regio's centraal stonden. Ook binnen de regio's zouden er grote verschillen in aanbod van eerstelijnsvoorzieningen kunnen voorkomen. Een specifieke regio in dit verband vormen de grote steden van ons land. Dit zijn gebieden met de grootste bevolkingsconcentraties en met hun eigen specifieke grootstedelijke problematiek.
Naast een inventarisatie van de eerstelijnsvoorzieningen en de geografische spreiding, zal de nadruk vooral komen te liggen op de relatie tussen het aanbod en de vraag, waarbij de vraag voornamelijk geoperationaliseerd zal worden door middel van demografische factoren. Aan de hand van deze demografische factoren zullen ook toekomstverkenningen gemaakt worden.
Aangezien de uitgangspositie niet voor alle stedelijke gebieden gelijk is, zal het onderzoek plaatsvinden in de vier grote steden van ons land.

**VFA 87.04 Inventarisatie van aantallen en functie van waarneemgroepen van huisartsen**

Financier : NIVEL.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Uitwerken onderzoeksopzet en materiaalverzameling.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Dr. L. Hingstman en Dr. D. Wijkel.

De waarneemgroep is uit onderzoeksoogpunt van belang als kleinste eenheid waarin de beroepsgroep huisartsen georganiseerd is. Eén van de belangrijkste functies van waarneemgroepen is het regelen van de continuiteit in de bereikbaarheid van de huisartsenhulp. Verder kan de waarneemgroep een rol spelen bij het bespreken van patiënten, toetsing, deskundigheidsbevordering of farmacotherapeutische besprekingen. In het projectvoorstel zullen de volgende elementen naar voren komen: omvang van de waarneemgroepen, geografische spreiding, soorten waarneemregelingen, samenwerking met andere disciplines, vergaderfrequentie, kwaliteitsbevorderende activiteiten.
Voortbouwend op bovengenoemde inventarisatie zal in een eventuele tweede fase van het project een evaluatie-onderzoek gedaan worden naar de effecten van activiteiten die binnen de waarneemgroepen plaatsvinden.

**VFA 88.01 Verloskundige activiteiten van huisartsen**
Financier : NIVEL
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Geen
Uitvoering: Dr. L. Hingstman

In 1982/1983 is voor de laatste maal informatie verzameld omtrent de verloskundige activiteiten van huisartsen. Gegeven de snelle veranderingen op dit terrein is het raadzaam om in 1989 wederom bij de huisartsen te informeren hoe de verloskundige zorg door de huisarts zich heeft ontwikkeld. Hiervoor moet een enquête worden gehouden op een dusdanige schaal dat ook regionale verschillen in beeld kunnen worden gebracht. De resultaten zullen in verband worden gebracht met de resultaten uit voorgaande enquêtes om ontwikkelingen in de tijd zichtbaar te maken.

NIEUW **VFA 88.03 Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie: inventarisatie en verklaring van verschillen tussen praktijken**
Financier : WVC (Projectsubsidie?)
Status : Projectvoorstel ingediend. Activiteiten 1988: Uitwerken onderzoeksvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Dr. L. Hingstman.

Binnen de fysiotherapie heeft in de afgelopen jaren een verbreiding, maar vooral uitdieping van het beroepsterrein plaatsgevonden. Dit heeft er onder andere toe geleid dat steeds meer fysiotherapeuten speciale deskundigheden hebben opgebouwd met betrekking tot behandelingsmethoden en/of ziekte- en patiëntencategorieën en deze in meer of mindere mate etaleren.
In dit verband zien we dat binnen de eerstelijnsfysiotherapie steeds vaker met het begrip 'specialisatie' wordt geschermd. Het ontstaan van specifieke deskundigheden in de fysiotherapie heeft in eerste instantie te maken met het feit dat tal van fysiotherapeuten meer specifieke kennis en vaardigheden ten aanzien van bepaalde behandelingsmethoden en/of ziekte- en patiëntencategorieën wilden verwerven. Dit heeft er onder andere toe geleid dat er een scala aan nascholingscursussen is ontstaan. Eén van de doelstellingen van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de mate waarin fysiotherapeuten hebben deelgenomen aan deze nascholingscursussen. De tweede doelstelling heeft betrekking op de mate waarin fysiotherapeuten gebruik maken van hun via nascholingscursussen verkregen specifieke deskundigheid. Hierbij zal vooral gekeken worden in hoeverre de praktijkomvang van invloed is op de mogelijkheden om de specifieke deskun-

digheden uit te oefenen.
Tot slot zal worden onderzocht in hoeverre het uitoefenen van een specifieke deskundigheid gevolgen heeft voor de uitrusting van praktijken.

**NIEUW VFA 88.05 Functie-aanbod van huisartsen**

Financier : NIVEL.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Gegevensverzameling.
Uitvoering: Dr. L. Hingstman en Drs. F. van Dam.

Onder het begrip 'functie-aanbod van huisartsen' kunnen tal van onderwerpen worden ondergebracht. In dit onderzoek zal een inventarisatie gemaakt worden in hoeverre huisartsen bij bepaalde zorgactiviteiten betrokken zijn. In de eerste plaats zal gekeken worden hoeveel huisartsen tijd besteden aan de zorg van patiënten in bejaarden- en verzorgingstehuizen. In de tweede plaats zal onderzocht worden hoeveel huisartsen als keuringsarts en/of gemeente-arts werkzaam zijn en hoeveel tijd dit met zich meebrengt. In 1988 zal hiertoe een enquête worden gehouden onder een steekproef van huisartsen.

**Pro memorie**

Projecten over het thema 'Volume- en Functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg' beschreven in andere hoofdstukken van het werkprogramma.

**NIEUW** FYS 88.03 Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn

Over logopedie ontbreken de elementaire gegevens die nodig zijn ter ondersteuning van het beleid van de beroepsorganisatie van logopedisten en van andere instanties, waaronder de overheid. Getracht zal worden om deze leemte op te lossen door het samenstellen van monografieën (zie hoofdstuk 8).

# 7. VRAAG/AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK (PROJECTLEIDERS MW. DR. M. FOETS EN J. VAN DER VELDEN, ARTS)

## 7.1. Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

### Inleiding

Op het moment van dit schrijven is de materiaalverzameling van de Nationale Studie halverwege. Uitzondering hierop vormen evenwel de longitudinale projecten, psycho-sociale hulpverlening in de huisartspraktijk en huisarts en chronische aandoeningen, die per 1 januari 1988 aan zullen vangen.
Terugkijkend op de afgelopen periode kunnen we constateren, dat de materiaalverzameling, dankzij én de voortreffelijke medewerking van de huisartsen én de interne- cq veldwerkorganisatie, waarin ongeveer 50 veldwerkers/datatypistes functioneren, in goede banen verloopt.
Ten opzichte van het oorspronkelijke design van de Studie is er nu meer aandacht voor het werk van de praktijkassistente (via een aparte registratie), en voor praktijkmanagement/voering in het algemeen, een logisch gevolg van een in deze richting gewijzigd beleid.
Vanaf heden zal de aandacht steeds meer gericht zijn op analyse van het verzamelde materiaal.

### Achtergrond van de Studie

Het ontbreken van gedetailleerde informatie op landelijk niveau van huisarts(praktijken) mag de belangrijkste drijfveer genoemd worden van de Studie. Bovendien kunnen wetenschappelijke en beleidsvragen op dit essentiële terrein nu slechts met suboptimaal en/of verouderd materiaal beantwoord worden: men is afhankelijk van ziekenfondsverwijscijfers/machtigingen als losstaande gegevens enerzijds en anderzijds van verouderde en/of regionaal vastgelegde morbiditeitcijfers.
Continue geautomatiseerde informatie uit huisartspraktijken is kostbaar, niet efficiënt en niet nodig: vandaar dat gekozen is voor een periodiek (mogelijk eenmaal per 5 of 10 jaar) plaatsgrijpende materiaalverzameling, die ons nu in staat stelt de positie van de huisartsgeneeskunde binnen de Nederlandse gezondheidszorg te evalueren. Daardoor vormt de Studie ook een baseline waarop alle veranderingen, die ons gezondheidszorgsysteem te wachten staan, afgemeten

kunnen worden en dit geldt voor de huisartsgeneeskunde nog sterker. De belangstelling van buitenaf voor het project is navenant groot.

**Het onderzoek in een notedop**

Het onderzoek ziet er in een notedop als volgt uit. Bij een voldoende grote steekproef van Nederlandse huisartsen (160 in getal) worden zowel morbiditeit als verrichtingen - aan elkaar gerelateerd - geregistreerd. De aldus geregistreerde klachten en ziekten worden in verband gebracht met diverse patiëntenkenmerken en met het geheel van gezondheidsproblemen, dus inclusief deze die men zelf of met behulp van de sociale omgeving oplost. De verrichtingen in de huisartspraktijk impliceren zowel het werk dat de huisarts zelf doet, als datgene wat hij doorgeeft naar andere zorgsectoren (verwijzingen, machtigingen en opname).
Aan het voorgaande worden tenslotte zaken gerelateerd zoals praktijkkenmerken, het professioneel netwerk en taakopvattingen van artsen.

**Onderzoeksmethoden**

Kort samengevat is het onderzoeksvoorstel gefundeerd op vijf methoden van dataverzameling:
- De hoeksteen van de studie wordt gevormd door gegevens (morbiditeit en verrichtingen) die verzameld worden via de registratie van contacten tussen huisarts en patiënt. Hiertoe is een uitgebreid registratieformulier ontworpen. Voor de contacten tussen assistente en patiënt is eveneens - een meer eenvoudig - formulier ontwikkeld.
- Van alle patiënten van de registrerende artsen wordt een aantal kenmerken vastgelegd (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, verzekeringsvorm, beroep, opleiding, ethniciteit, samenlevingsvorm, huisvestingssituatie). Hierdoor worden de via de contactregistratie verkregen gegevens over morbiditeit interessanter en relevanter omdat de 'noemer' van de epidemiologische breuk zo meer informatie omvat dan in Nederland gebuikelijk (geslacht en leeftijd en soms verzekeringsvorm).
- Bij een steekproef van 100 patiënten van elke deelnemende huisarts wordt een uitgebreid mondeling interview in combinatie met een gezondheidsdagboek afgenomen. Hierin komen gezondheid en ziekte aan de orde, riskante en gezondheidsbevorderende gewoontes, netwerken, het gebruik maken van diensten in de gezondheidszorg, zelf- en

mantelzorg. Zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de CBS-gezondheidsenquête.

- Aan alle deelnemende huisartsen wordt een enquête afgenomen: hierin komen zowel kenmerken van de huisarts aan de orde als praktijkkenmerken.
- Voor patiënten die worden opgenomen in de loop van de registratieperiode zijn aparte formulieren en enquêtes ontwikkeld. Het formulier 'huisarts: opname en ontslag' moet door de veldwerker worden ingevuld samen met de huisarts. De vragen handelen over de opname en het verblijf in het ziekenhuis en over het ontslag en de nazorg. De 'patiënten nazorg-enquête' wordt ingevuld door ontslagen patiënten en handelt hoofdzakelijk over de nazorg en de continuïteit van zorg.

Het onderzoek wordt uitgevoerd bij 160 huisartsen en hun patiënten, in vier periodes van drie maanden. Hiertoe werd een aselecte gestratificeerde steekproef getrokken, en er bleken ook voldoende artsen bereid te zijn om mee te werken.
Ten behoeve van twee deelprojecten (zie verder NAT 87.02 en NAT 87.08) zullen 15 van de deelnemende huisartsen (verbonden aan het NUHI) de registratie gedurende twee, respectievelijk één jaar voortzetten.
Ten behoeve van een aantal deelprojecten worden aanvullende methodes ontwikkeld (resultaten van diagnostische tests ten behoeve van NAT 87.04, audio-opnames ten behoeve van NAT 87.08; aparte patiëntenenquête ten behoeve van NAT 87.10.)

**Planning**
De planning van het onderzoek is als volgt.

**1. Materiaalverzameling**
**a. Overzicht verwachte afronding veldwerkzaamheden per registratie perioden Nationale Studie**

| Periode | contact registratie | medicijnen registratie | patiënten registratie | patiënten enquête | huisarts enquête | nazorg |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 (april-juni '87) | 8/87 | 12/87 | 12/87 | 11/87 | 5/88 | 2/87 |
| 2 (juli-sept '87) | 11/87 | 2/88 | 1/88 | 1/88 | 5/88 | 2/87 |
| 3 (okt-dec '87) | 2/88 | 4/88 | 3/88 | 3/88 | 5/88 | 4/88 |
| 4 (jan-maart '88) | 4/88 | 6/88 | 5/88 | 5/88 | 5/88 | 4/88 |

**b. Kwaliteitscontrole**

Gedurende de hele periode van de materiaalverzameling wordt de kwaliteit van de gegevens gecontroleerd.

* Uniformiteitstests worden afgenomen, voor de veldwerkers (diagnoses beroepen - episodekoppeling).
* Papieren patiënten worden 3x voorgelegd aan elke huisarts (diagnoses).
* Teruglezen van een steekproef van in de computer gevoerde gegevens/controles van de episodekoppeling.

**c. Terugrapportage naar de artsen**

De huisartsen krijgen terugrapportages over de door hun geregistreerde gegevens: dat gebeurt in principe een eerste keer telkens ongeveer één maand na het begin van de registratie, en een tweede keer aan het eind van elke registratieperiode. In de praktijk blijkt deze planning niet haalbaar, vooral vanwege de vertragingen bij de data-entry: de terugrapportages gebeuren daarom met enige vertraging.

## 2. Analyses

In de eerste helft van 1988 wordt van alle projectleiders verwacht dat ze hun ideeën/wensen in verband met uit te voeren analyses bijstellen èn concretiseren.

### De deelprojecten

De kern van de Studie wordt gevormd door 12 deelprojecten. De financier van alle projecten is WVC/Ziekenfondsraad. Alle studies worden in de periode medio 1989 - 1e kwartaal 1990 afgerond.

**WHO NAT 87.01 Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk**

Uitvoering: J. van der Velden, arts; R. Edens, arts.

Over de in de huisartspraktijken gepresenteerde morbiditeit zijn momenteel in Nederland geen nationale gegevens beschikbaar. Het laatste onderzoek op nationale schaal dateert uit 1969 (Oliemans). Meer recente projecten, zijn niet landelijk representatief of registreren slechts beperkt.

Onderhavige studie laat het toe om na bijna twintig jaar weer op nationaal niveau een morbiditeitsregistratie uit te voeren. Tegelijkertijd vormen de hieruit voortkomende gegevens het uitgangspunt voor het handelen van de huisarts, en vormen zij dus ook de basis voor de volgende deelprojecten binnen de Nationale Studie.
De centrale doelstelling van dit deelproject is dus een weergave van in de huisartspraktijk gepresenteerde morbiditeit. Vanuit epidemiologisch standpunt stellen zich vooral problemen bij de teller van het epidemiologische quotiënt. De aan de huisarts aangeboden gezondheidsproblemen zijn slechts een grove benadering van onder de bevolking voorkomende morbiditeit. Aan de tellerzijde stelt zich een tweede probleem, namelijk dat van de "case definition". De huisartsen zullen de aangeboden morbiditeit voor zover mogelijk registreren in diagnosecategorieën. Ten eerste is evenwel bekend dat er op het punt van diagnosestelling aanzienlijke interdoktervariantie bestaat. Ten tweede is het in de huisartspraktijk niet altijd mogelijk om een duidelijke diagnose te stellen. In al deze laatste gevallen zullen waarschijnlijkheidsdiagnoses, symptomen of redenen voor contact geregistreerd worden.
Voor een beperkt aantal ziekten met een hoge incidentie, respectievelijk prevalentie zal in elk geval gebruik gemaakt worden van diagnostische criteria, hetgeen weinig invloed zal hebben op de gegevensverzameling omdat hieromtrent een grote mate van consistentie verwacht kan worden bij de Nederlandse huisartsen. Het gaat hier met name om de chronische aandoeningen uit project NAT 87.02.
Aan de noemer-zijde is het probleem beperkt tot de vraag of de steekproef van huisartsen ons tevens een goede aselecte steekproef van de totale bevolking oplevert. Van alle bij deze huisartsen ingeschreven patiënten zal een aantal kenmerken geregistreerd worden (zie hoger). Het beschrijven van het vóórkomen van klachten en ziekten in de huisartspraktijk naar bovengenoemde patiëntenkenmerken zal één van de hoofdlijnen van de Nationale Studie vormen. Hierdoor wordt de weg geopende naar meer sociaal-epidemiologisch onderzoek.

**NAT 87.02 Huisarts en chronische aandoeningen**
Uitvoering: J. van der Velden, arts; F. Schellevis, arts.

Chronische aandoeningen zullen bij de toekomstige vergrijzing van de bevolking een steeds belangrijker stempel op het werk van de huisarts drukken. Met de toename van de gemiddelde leeftijd in de bevolking valt een aanzienlijke toename van de prevalentie en incidentie van chronische aandoeningen te verwachten.

Vanuit de huisartspraktijk is op landelijke schaal weinig bekend over chronische aandoeningen, zowel wat betreft hun voorkomen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte als wat betreft het door de huisarts dienaangaand gevoerde beleid. Wel is bekend dat huisartsen sterk verschillen in de mate waarin ze de controle en behandeling van deze ziekten als hun taak beschouwen. Aangezien de chronische aandoeningen ook een hoog kostengenererend effect hebben, zijn de vérstrekkende consequenties voor de gezondheidszorg duidelijk en is specifieke aandacht hiervoor gerechtvaardigd.
Omdat dit onderzoek als invalshoek de huisartspraktijk heeft, worden alleen die aandoeningen in aanmerking genomen, waar de huisarts frequent mee geconfronteerd wordt en die beleidsmatig het meest relevant zijn. De aandoeningen waarop het onderzoek zich richt zijn: hypertensie, chronische cardio-vasculaire aandoeningen, CARA, chronische degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat en psycho-sociale problematiek (dit laatste onderdeel wordt uitgewerkt in NAT 87.08).
Bij dit project is een eerste vraagstelling dan ook welk het aandeel is van deze chronische aandoeningen in de huisartspraktijk. Daarbij kunnen verbanden worden gelegd met patiëntenkenmerken; en kan er gekeken worden naar eventueel interfererende aandoeningen.
Ten tweede kan bestudeerd worden welk beleid de huisartsen voeren ten aanzien van patiënten met chronische aandoeningen (diagnostisch en therapeutisch), naar de interdoktervariantie op dit terrein, naar de werkbelasting die deze aandoeningen met zich meebrengen.
Vervolgens worden op basis van de huidige stand van wetenschap, van ervaringen in reeds ontwikkelde monitoringsystemen en van de resultaten uit de tweede vraagstelling monitoringsystemen ontwikkeld, toegespitst op deze chronische aandoeningen. In dit monitoringsysteem zal aan signalering, opsporing, diagnosticering, behandeling en controle van patiënten met deze chronische aandoeningen aandacht worden besteed.
Tenslotte worden de artsen periodiek op de hoogte gebracht van diverse aspecten van hun werkwijze ten aanzien van patiënten met de betreffende chronische aandoeningen. Het doel hiervan is het verbeteren van de diagnostiek en opsporing van tot dan toe onbekende patiënten, het verbeteren van de behandeling van de bekende patiënten en een meer gerichte verwijzing naar de tweedelijnszorg, terwijl het al dan niet natuurlijke verloop van deze chronische aandoeningen eveneens gemeten zal worden.
Dit deelproject wordt uitgevoerd in een 7-tal praktijken (15 huisartsen) uit de regio Nijmegen/Z.O. Brabant en geschiedt in samen-

werking met het Nijmeegs Universitair Huisartsinstituut. De data verzameling en begeleiding zal geschieden in twee groepen van 7 resp. 8 artsen, waarvan de registratie van de eerste groep zal aanvangen op 1 januari 1988 en doorlopen tot 1 oktober 1989. De tweede groep start en eindigt 3 maanden later.

**NAT 87.03 Huisarts en preventie**

Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma; J. van der Velden, arts; Dr. P.F.M. Verhaak.

De overheid hecht voor haar toekomstig beleid in de gezondheidszorg grote waarde aan preventie. Via gezondheidsbevorderende maatregelen wil men een positieve beïnvloeding van de gezondheidstoestand en via gezondheidsbeschermende maatregelen wil men omstandigheden voorkomen die een negatieve invloed hebben op de gezondheidstoestand. De nadruk op preventie en vroegtijdige opsporing van hart- en vaatziekten en van kanker laat zich rechtvaardigen door het feit dat zij samen driekwart van de doodsoorzaken in Nederland uitmaken. In navolging van de WHO verwacht de overheid daarbij veel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het onderbrengen van het screeningsprogramma cervix-carcinoma is daar een uiting van. De vraag is echter welke mogelijkheden tot preventie de eerste lijn, en met name de huisarts te bieden heeft. De onderhavige studie wil een inventarisatie maken van wat de huisarts aan preventieve activiteiten registreert. Dit houdt een zekere beperking in: huisartsen hebben niet de neiging om voorlichting en het verstrekken van adviezen als aparte activiteiten te registreren. Toch kunnen registreerbare activiteiten wel een beeld geven van de mate waarin huisartsen zich positief/preventief opstellen.

Ten behoeve van onderzoek, zullen daarom alleen de volgende preventieve activiteiten in beschouwing genomen worden:

- immunisatie bij volwassenen: hepatitis, griep;
- het geven van adviezen inzake roken en drinken;
- het opsporen van hypertensie door bloeddrukmeting;
- borstonderzoek;
- het opsporen van cervix carcinoom;
- sociaal bezoek bij bejaarden;
- opsporen van diabetes bij vrouwen boven de 35 jaar;
- het opsporen van chronische complicaties bij diabetespatiënten.

Daarbij kan dan onderzocht worden in welke mate huisartsen deze activiteiten verrichten, hoeveel tijd dit kost en welke omstandigheden één en ander bevorderen danwel afremmen.

**NAT 87.04 Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk**
Uitvoering: Dr. D. Wijkel.

Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen is één van de sterkst in omvang en kosten toenemende onderdelen van de gezondheidszorg. Over het aandeel hierin van de huisartsen kunnen momenteel geen betrouwbare uitspraken gedaan worden, omdat basale informatie ontbreekt.
Voor wat betreft de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in deze bestaat er ook behoefte aan het ontwikkelen van meer empirische criteria. Tot nu toe worden deze criteria meestal gebaseerd op het oordeel van deskundigen (vaak uit de specialistische hoek), maar deze worden in het dagelijks handelen van de huisarts slechts ten dele gevolgd.
Op basis van registratie in de huisartspraktijk zal inzicht verkregen worden in het gebruik van laboratoriumtests, röntgenverrichtingen en electrocardiogrammen. Een grondige beschrijving van de kwantiteit en de kosten van dergelijke diagnostiekaanvragen bij huisartsenlaboratoria en bij diagnostische afdelingen van ziekenhuizen staat daarbij voorop. Ook wat de huisarts zelf doet wordt beschreven. Belangrijk hierbij is dat een diagnostische test verschillende doelstellingen kan hebben zoals: ontdekking, bevestiging, uitsluiting en controle.
Wat betreft de meer kwalitatieve aspecten stelt deze studie zich bescheiden op. Wel kan bestudeerd worden hoeveel testen er nodig zijn om tot een definitieve diagnose te komen, in welke volgorde deze testen worden verricht en waar, hoe frequent diagnosen hierop worden aangepast etcetera.

**NAT 87.05 Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk**
Uitvoering: Mw. Dr. M. Foets.

Hoewel de schattingen erover uiteenlopen, is het voorschrijven van geneesmiddelen de meest voorkomende interventie in de huisartspraktijk. Daarnaast is het voorschrijven van geneesmiddelen maatschappelijk bekeken een onderwerp van veel discussie in Nederland.
Relatief gesproken gaat het hier om een goed ontwikkeld onderzoeksterrein, zowel landelijk als internationaal. Toch kleven er aan de Nederlandse onderzoekingen terzake nog een aantal beperkingen. Zo zijn landelijk representatieve gegevens niet of nauwelijks beschikbaar. Meestal wordt gewerkt met ziekenfondsgegevens. Daardoor is weinig bekend over het voorschrijfgedrag ten aanzien van particulier

verzekerden. Evenmin bestaat systematische kennis over het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende artsen. Tenslottte wordt het voorschrijfgedrag meestal erg ruw gemeten (aantal voorschriften per verzekerde - kosten per voorschrift). Een verdere handicap is het feit dat vrijwel nooit enige relatie gelegd kan worden met morbiditeitsgegevens. Meer inhoudelijk kwalitatief-evaluatief onderzoek wordt daardoor nogal bemoeilijkt. Tenslotte is veel onderzoek beperkt gebleven tot de analyse van bivariate analyses tussen een aantal factoren en verschillende aspecten van het voorschrijfpatroon. Gelet op deze beperkingen is het dus zinvol om een ruimer onderzoek op te zetten naar het voorschrijfpatroon van huisartsen, en met name naar de factoren die verschillen daarin kunnen verklaren.
Het voorschrijfpatroon van huisartsen wordt gekenmerkt door grote variatie.
Het hiervoor gebruikte verklaringsmodel omvat de volgende factoren:
- factoren op macro-niveau: de vraag vanuit de maatschappij; het geneesmiddelenonderzoek van farmaceutische industrie; de controle door de overheid;
- de invloed van voorgenoemde factoren wordt aan de arts doorgegeven via verschillende informatiebronnen: professionele en niet-professionele;
- het effect van deze invloeden is tenslotte afhankelijk van een aantal kenmerken van artsen (persoonlijke en beschikbare therapeutische alternatieven) en van patiëntenkenmerken.

Dit onderzoek zal, op basis van dit model, kijken naar voorschrijfvolume, voorschrijfkosten en voorschrijfkwaliteit.
- voorschrijfvolume: alhoewel hierover reeds één en ander bekend is, is de meerwaarde van deze studie nu juist gelegen in het feit dat ook de relatie met morbiditeitsgegevens gelegd kan worden. Ook is het mogelijk om op basis van deze studie uitspraken te doen over de verhouding tussen het voorschrijven van geneesmiddelen en andere mogelijke interventies door de huisarts, ook weer in relatie met morbiditeitsgegevens.
  Voor elk voorgeschreven geneesmiddel zal informatie beschikbaar zijn over de reële dagelijkse voorgeschreven dosering, uitgedrukt (voor zover mogelijk) in een gewichtseenheid van het werkzame bestanddeel.
- voorschrijfkosten en voorschrijfkwaliteit: Omdat de registratie van de voorgeschreven geneesmiddelen zo gedetailleerd gebeurd en omdat koppeling met morbiditeitsgegevens mogelijk is, is het achteraf - na de materiaalverzameling - mogelijk om inzicht te krijgen in een aantal aspecten van de farmacotherapeutische rationali-

teit en de economische efficiëntie van het voorschrijven.

**NAT 87.06 Verloskundige zorg door de huisarts**
Uitvoering: Drs. W.G.W. Boerma; Dr. L. Hingstman; J. van der Velden, arts.

De rol van de huisarts binnen de verloskundige zorg is aangetast. Niet alleen de versterkte aanwezigheid van de verloskundige, maar ook geringere ervaring van de opgeleide huisarts, de toegenomen vertechnologisering van de verloskunde en het lagere geboortecijfer spelen daarin een rol. Door een aantal huisartsen wordt verloskunde nog gezien als een integraal onderdeel van hun takenpakket. Een herdefiniëring van hun taak in de verloskundige zorg is noodzakelijk. Eén van de belangrijkste vragen daarbij is, wat de huisarts in Nederland nog aan verloskundige zorg doet, en waardoor dat wordt bepaald? Hierop wil dit project een antwoord geven.
De verloskundige zorg in de eerste lijn in Nederland mag voor de geïndustrialiseerde maatschappij uniek genoemd worden: een hoog percentage thuisbevallingen (35%/CBS, 1984) is gekoppeld aan één van de laagste prenatale mortaliteitscijfers (9.8 per 1000/CBS, 1984). Het beleid van de overheid ten aanzien van verloskundige zorg is in de afgelopen decaden steeds gericht geweest op zoveel mogelijk fysiologische bevallingen thuis, onder leiding van een verloskundige. Dit betekent dat de huisarts alleen op plaatsen, waar geen verloskundige praktiseert, het primaat ten aanzien van ziekenfondspatiënten heeft (de particulier patiënt kan ten alle tijde kiezen tussen verloskundige en huisarts). De rol van de huisarts binnen de verloskundige zorg is dientengevolge aangetast en blijkt vooral overgenomen door de obstetricus.
De discussie over de bijdrage van de huisarts aan de verloskundige zorg spitst zich toe op de vraag hoe essentieel de aanwezigheid van de huisarts tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed is voor het verdere leven van moeder en kind. Naast een beschrijving en verklaring in kwantitatieve zin van het aandeel van de huisarts in de verloskundige zorg, zullen dergelijke kwalitatieve zaken ook in het onderzoek aan de orde komen.

**NAT 87.07 Huisarts en fysiotherapeutische zorg**
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen.

Op grond van de Wet op de Paramedische Beroepen en het Fysiotherapeutenbesluit mogen fysiotherapeuten alleen behandelen na verwijzing

door een arts. Dit betekent dat de verwijzing bepalend is voor het tijdstip waarop en de aard van de klachten waarmee patiënten onder behandeling van fysiotherapeuten komen. Aangezien ongeveer 80% van de patiënten die in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken behandeld worden, door een huisarts verwezen wordt, is de huisarts een belangrijke schakel in de consumptie van fysiotherapeutische zorg.
De beperkingen van het NIVEL project Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg - de verwijscijfers kunnen wel op de praktijkpopulatie betrokken worden, maar niet op het aantal contacten en het scala van therapeutische mogelijkheden blijft onbekend - kunnen in de Nationale Studie ondervangen worden, al is de registratieperiode van drie maanden voor deze vraagstelling eigenlijk te kort. Door groepering van gegevens zal dit zoveel mogelijk opgevangen worden. De vraagstelling luidt:

- Blijven de in eerder onderzoek geconstateerde verschillen in verwijscijfers tussen (groepen) huisartsen bestaan, als de verwijscijfers betrokken worden op het aantal arts-patiënt-contacten?
- In hoeverre komen verschillen in het verwijscijfer van (groepen) huisartsen voort uit verschillen in het klachtenaanbod? In hoeverre zijn er patronen te constateren bij een gegeven klachtenaanbod in de volgorde of gelijktijdige toepassing van therapeutische alternatieven?
- Hoe kunnen in zijn algemeenheid de verschillen tussen (groepen) huisartsen in het verwijscijfer naar fysiotherapie verklaard worden?

Om deze laatste vraag te beantwoorden zal een verklaringsmodel ontwikkeld worden dat voortbouwt op onderzoek naar het verwijzen naar medisch specialisten en op lopend onderzoek naar verwijzingen naar fysiotherapeuten.
Bevolkingsonderzoek naar de sterk toegenomen fysiotherapeutische zorg en daarin naar de determinanten van bezoek aan de fysiotherapeut is in Nederland eveneens nauwelijks verricht. In deze lacune kan voorzien worden door het bevolkingsonderzoek dat deel uitmaakt van de Nationale Studie. De vraagstelling luidt:

- Hoe kunnen verschillen in medische consumptie en met name in de consumptie van fysiotherapeutische zorg in de bevolking verklaard worden?
- Wat zijn de achtergronden van het laatste bezoek aan een fysiotherapeut (direct - na verwijzing, vrijgevestigde praktijk - instelling, verwezen door huisarts - specialist etcetera)?
- Bij wat voor soort gezondheidsproblemen vinden mensen dat ze naar een fysiotherapeut zouden moeten kunnen?

- Hoe is het ziektegedrag van de bevolking bij klachten die tot het typische werkterrein van fysiotherapeuten behoren

**NAT 87.08 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie tussen de huisarts-(a)ggz/amw**

Uitvoering: Mw. Drs. J.M. Bensing; Drs. L. Peters; Dr. P.F.M. Verhaak, Drs. J. Wennink.

Met de invoering van de Wettelijke Regeling AGGZ en de in 1984 door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebrachte Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid krijgt de rol van de eerstelijn - en daarbinnen vooral de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk - op het gebied van geestelijke gezondheidszorg nadrukkelijk de aandacht. Er zijn echter onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar voor de beantwoording van de volgende vragen: Wat kan de huisarts zelf aan (herkennen, diagnosticeren, behandelen) en wanneer heeft hij of zij de hulp nodig van andere (gespecialiseerde) psychosociale hulpverleners (advies, consult, verwijzen).
Doel van dit onderzoek is dan ook deze lacune te verminderen.
De vraagstellingen van dit onderzoek luiden dan:

- In welke mate komen psychosociale problemen in de Nederlandse huisartspraktijk voor; wat is de aard en ernst van deze problemen; door welke factoren kunnen eventuele verschillen verklaard worden.
- Op welke wijze gaan huisartsen met deze problemen om en als ze verwijzen, in hoeverre en op welke grond differentiëren ze daarbij tussen het AMW en de diverse GGZ-voorzieningen; en welke factoren bepalen eventuele verschillen.
- Hoe is het verloop van psychosociale problemen onder verschillende behandelingscondities en in hoeverre hangt dit samen met arts-, praktijk- en patiëntenkenmerken.

Vooral deze laatste vraagstelling vereist een longitudinale onderzoeksopzet, van minimaal één jaar, gelet op de veelal langere duur van psychosociale probleemepisodes. Vanuit praktische overwegingen is hierbij gekozen voor een cohort dat zal worden samengesteld uit patiënten met expliciete psychosociale klachten bij een vijftiental huisartsen.

**NAT 87.09 Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten**

Uitvoering: Dr. J. van der Zee.

Het bruto-ziekenfondsverwijscijfer (het aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten betrokken op het aantal ziekenfondsver-

zekerden) is één van de belangrijkste parameters geworden voor het functioneren van de gezondheidszorg. De 'baten' van gezondheidscentra worden eraan afgemeten; het succes van de verlaging van de rekennormpraktijk en niet te vergeten het hele substitutiebeleid tussen eerste en tweede lijn. Het is evenwel reeds lang bekend dat dit bruto-ziekenfondsverwijscijfer in feite ongeschikt is om deze belangrijke rol in het gezondheidszorgonderzoek te vervullen. Enerzijds bestaat het uit actieve verwijsbeslissingen van de huisarts (te betrekken op het aantal arts-patiënt-contacten in plaats van het aantal patiënten) anderzijds worden de verwijskaarten zonder al te veel scrupules verstrekt op verzoek van de specialist, achteraf of routinematig ten behoeve van controle door de oogarts van refractie afwijkingen.
Bovendien ontbreekt als regel elke informatie over het verwijzen van particulier verzekerden en worden uitspraken gedaan over substitutie van zorg die slechts betrekking hebben op een deel van de gezondheidszorg.
Tenslotte is een belangrijk euvel dat aan verwijsonderzoek kleeft, dat zelden of nooit het gezondheidsprobleem of de indicatiestelling tot de verwijzing in het onderzoek is opgenomen, laat staan dat vastgesteld kan worden wat, gegeven de klacht of het gezondheidsprobleem, de kans op een verwijzing is.
Het doel van het deelonderzoek 'verwijzen' is dan ook om met adequaat onderzoeksmateriaal de variatie in verwijscijfers tussen huisartspraktijken te bestuderen en antwoord te geven op de vraag in welke mate 'omstandigheden' als afstand tot en omvang van het aanbod aan ziekenhuisbedden en specialistische zorg en de gezondheidstoestand van de praktijkpopulatie, tezamen met (beïnvloedbare) factoren als omvang, vorm en organisatie van de huisartspraktijk het verwijscijfer beïnvloeden. Taakopvatting en taakuitoefening van de huisarts zorgen tezamen met de wijze waarop patiënten tegen ziektekosten zijn verzekerd voor relevante aanvullende informatie.
Factoren die het verwijscijfer beïnvloeden kan men indelen in drie categorieën:

- mogelijkheidsfactoren: deze hebben niet alleen betrekking op de aanwezigheid of de bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen, maar ook op de financiële mogelijkheden van de patiënt.
- noodzaakfactoren: de noodzaak van een verwijzing is een resultante van de ernst van het aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsprobleem en diens diagnostische maar vooral therapeutische mogelijkheden. Zijn opvattingen over wat des 'huisarts' is en wat des 'specialist' spelen hierbij een belangrijke rol.

- behoeftefactoren: De verwijsbehoefte bij de huisarts kan voortvloeien uit de noodzaak, maar zal eerder terug te voeren zijn op onzekerheid of de behoefte om de patiënt een tijdje 'kwijt' te zijn. Vooral verwijzingen ter geruststelling van de patiënten ('uitsluiting' of 'bevestiging') vallen in deze categorie. De behoefte van de patiënt om verwezen te worden speelt tenslotte ook een rol. Sommige huisartsen laten zich daardoor sterker leiden dan andere.

**NAT 87.10 Nazorg en continuïteit van zorg**
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra; Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Het beleid van de overheid is gericht op continuïteit van zorg en ook op substitutie van tweedelijns- door eerstelijnszorg. In veel publicaties blijkt men op deze punten hoge verwachtingen van de huisarts te hebben, die als spil van de eerste lijn wordt gezien. Het is echter nauwelijks bekend in hoeverre de huisarts in de praktijk actief betrokken is bij opname, behandeling, ontslag en nazorg van zijn patiënten.
Het weinige dat uit onderzoek bekend is over de berichtgeving en het overleg tussen huisarts en specialist over de klinische patiënten geeft geen erg positief beeld. Veel huisartsen krijgen geen bericht of pas erg laat. Over de betrokkenheid van de huisarts bij nazorg is al evenmin veel bekend.
In het kader van deze deelstudie staan daarom volgende vraagstellingen centraal:
- Hoe verloopt de gestructureerde berichtgeving van specialist naar huisarts over opname en ontslag?
- In welke mate vindt overleg plaats tussen huisarts en specialist over opname, behandeling, ontslag en nazorg en wat is de aard van dit overleg?
- Welke nazorg-activiteiten onderneemt de huisarts ten behoeve van welke categorieën ontslagen ziekenhuispatiënten?
- In welke mate komt het voor dat de huisarts al dan niet op eigen initiatief contact heeft met de professionele en niet-professionele thuiszorg om de nazorg voor ontslagen patiënten te organiseren?

Uit onderzoek is verder weinig bekend over de behoefte aan eerstelijnszorg van patiënten die opgenomen zijn (geweest) in het ziekenhuis zoals ziekenhuisbezoek door de huisarts tijdens de behandeling, nazorg door de huisarts, wijkverpleging, en gezinsverzorging na het ontslag. Daarbij kan niet alleen de vraag gesteld worden of nazorg door deze disciplines wel of niet nodig is in de ogen van de patiënt

maar is het ook zinvol om in te gaan op de vraag hoe de nazorg er inhoudelijk uit zou moeten zien.
Daarom worden ook de volgende twee vraagstellingen opgenomen:
- Wat is de aard en de omvang van de zorg die de patiënt naar eigen zeggen behoeft tijdens en na de opname in het ziekenhuis?
- Welke en hoeveel zorg ontvangt de patiënt feitelijk van de genoemde professionele eerstelijnshulpverleners en van de niet-professionele thuiszorg?

**NAT 87.11 Werkbelasting in de huisartspraktijk**
Uitvoering: J. van der Velden, arts; Dr. J. van der Zee.

Het huidige uniforme abonnementshonorarium voor ziekenfondsverzekerden past zich maar matig aan de zwaarte van de individuele huisartspraktijk aan. Er wordt binnen de Nederlandse gezondheidszorg dan ook reeds geruime tijd discussie gevoerd over de relatie tussen inzet en beloning van de huisarts. Tot voor kort werd aan twee systemen gedacht, te weten het gedifferentieerd abonnementshonorarium en het gemengd abonnementshonorarium. Momenteel blijkt er her en der bij ziekenfondsen belangstelling te bestaan voor experimenten met alternatieven voor het huidige abonnementshonorarium (bonus/malus, gedeeltelijke verrichtingen-honorering, uitkering van tantièmes bij achterblijven van de kosten).
In deze studie zal daarom het identificeren van factoren - zowel aan vraag- als van aanbodszijde - die de werkbelasting van de huisartspraktijk bepalen, centraal staan.
Factoren die deze werkbelasting bepalen situeren zich zowel aan vraag- als aanbodszijde. Wat de vraagzijde betreft kan in het algemeen onderzocht worden hoe de werkbelasting van de huisarts eruit ziet. Voorts kan meer specifiek gekeken worden of bepaalde op basis van objectieve criteria te identificeren patiëntengroepen dan wel bepaalde ziektecategorieën de huisartspraktijk meer belasten. Wat de aanbodzijde betreft zal dit onderzoek uitspraken kunnen doen over de randvoorwaarden en de omstandigheden, waarin de huisarts functioneert (praktijkorganisatie, rolopvattingen en attitudes), maar ook over de wijze waarop de huisarts zijn werkbelasting aanpakt (cq. geïnvesteerde tijd per eerste contact/terugbestelgedrag).

**NAT 87.12 Professionele zorg, zelf- en mantelzorg**
Uitvoering: Mw. Dr. M. Foets.

Diverse beleidsmaatregelen en beleidsvoorwaarden willen duidelijke

beperkingen aanbrengen in het professionele zorgaanbod. Bovendien is het een duidelijke beleidsintentie om zelfzorg en zorg verleend door de directe omgeving te stimuleren. Achterliggende rationaliteiten hierbij zijn enerzijds kostenbeheersing, en anderzijds stimulering van zelfredzaamheid. Daarbij rijst natuurlijk de vraag of beperkingen in de capaciteit of de toegankelijkheid van de hulpverlening automatisch leiden tot een opvang in zelf- en mantelzorg.
Daarom is het van belang deze praktijkstudie zó op te zetten dat een antwoord gegeven kan worden op de vraag onder welke condities en voor welke klachten en problemen mensen een beroep doen op een huisarts, respectievelijk een oplossing zoeken in zelf- en mantelzorg.
In het gezondheidszorgonderzoek dat zich met ziektegedrag en medische consumptie (in casu, het consulteren van de huisarts) bezighoudt, zijn twee methodes gangbaar: enerzijds bevolkingsonderzoeken, anderzijds praktijkstudies. Aan beide types kleven een aantal beperkingen. Bij bevolkingsonderzoeken wordt de rol van aanbod-factoren vaak over het hoofd gezien en zijn de consumptiegegevens vaak onbetrouwbaar. Bij praktijkstudies beschikt men over slechts een beperkt aantal patiëntengegevens en kan niets gezegd worden over klachten en problemen waaraan mensen niets doen of waaraan ze zelf, eventueel met hulp van hun omgeving wat doen.
Het doel van deze studie is beide methodes te combineren. Ten eerste wordt een beperkte hoeveelheid achtergrondinformatie van iedere patiënt uit de huisartspraktijk verzameld. Daarnaast wordt bij een steekproef van patiënten uit elke praktijk een gezondheidsenquête gehouden, waarin uitgebreidere informatie verzameld wordt. Deze geselecteerde personen wordt tevens gevraagd om een gezondheidsdagboekje bij te houden, dit om zicht te krijgen op de gezondheidsproblemen waarvoor geen professionele hulp wordt ingeroepen.
Samenvattend wil dit deelproject inzicht verschaffen in:
- de subjectief ervaren gezondheidstoestand;
- de factoren die bepalen óf en wanneer mensen beroep doen op professionele zorg;
- de omstandigheden waaronder en de gezondheidsproblemen waarvoor substitutie van professionele zorg door zelf- en mantelzorg mogelijk is.

## 7.2. Peilstations

Doordat een voldoende aantal praktijken bereid waren tot deelname aan de Nationale Studie, was inschakeling van de peilstations niet

noodzakelijk. Het jaar 1988 zal dan ook voor de peilstations op de gebruikelijke wijze verlopen met registreren van een aantal 'oude' en nieuwe onderwerpen op de zogenaamde weekstaten.
Wel wordt ernaar gestreefd om, in het kielzog van de Nationale Studie, de patiëntenbestanden van de peilstationpraktijken te 'automatiseren' en van epidemiologische achtergrondinformatie te voorzien. Tevens zullen activiteiten worden ontplooid in het kader van een internationaal overleg voor een International Primary Care Network, teneinde registratie in verschillende landen qua methodiek en inhoud op elkaar af te stemmen zonder, uiteraard, de betekenis van de peilstations voor het nationale beleid te doen verminderen.

**Projecten**

**PEIL 84.01 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland**
Financier : WVC (doelsubsidie).
Status : Continu project. Activiteiten 1988: zie hieronder.
Uitvoering: A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider.

Voor 1988 worden de volgende onderwerpen geregistreerd:

| | | | registratie sinds: |
|---|---|---|---|
| 1. | Influenza(-achtige ziektebeelden) | | 1970 |
| 2. | Cervix-uitstrijkje | | 1976 |
| 3. | Sterilisatie verricht | | 1972 |
| 4. | Morning-after pil voorgeschreven | | 1972 |
| 5. | Suïcide(poging) | 1970-1972 | 1979 |
| 6. | Zwangerschap (ondanks anticonceptie) | | 1987 |
| 7. | Dementie | | 1987 |
| 8. | Voorschrijven rohypnol | | 1987 |
| 9. | Ontslag psychiatrische patiënt | | 1987 |
| 10. | (Poli-)klinische mammografie | | 1988 |
| 11. | AIDS | | 1988 |
| 12. | Aanvragen echografie | | 1988 |
| 13. | Acute ongewone hoofdpijn | | 1988 |
| 14. | Brandwonden | | 1988 |
| 15. | Opname psychiatrische patiënt | | 1988 |

**Incidentele onderzoeken:**

| | |
|---|---|
| Euthanasie (verzoek toepassing) | 1977 |
| Anorexia nervosa en boulimie | 1985 |
| Incest | 1988 |

**PEIL 86.01 Uitbreiding Populatiekenmerken Peilstationpraktijken**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Voorbereiden subsidie-aanvraag.

Uitvoering: n.n. onder supervisie van A.I.M. Bartelds, huisarts en Dr. J. van der Zee.

Van de peilstationpraktijken is de samenstelling bekend naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Vergeleken met landen, waar de huisarts geen nauw omschreven groep patiënten bedient is dat, epidemiologisch gezien, al een groot voordeel. Voor veel epidemiologische vraagstukken is kennis van leeftijd en geslacht van de patiëntengroep echter niet voldoende. Een bekend gegeven is 'social class'; in de Angelsaksische wereld min of meer een routine-gegeven; in Nederland een in het oog springende omissie in de (officiële) gezondheidsstatistiek.
Ethnische herkomst is eenzelfde relevant gegeven voor het volksgezondheidsbeleid, burgerlijke staat en gezinssamenstelling evenzo. Voor de peilstationpraktijken die deelnemen aan de grote praktijkstudie komt na afloop een 'geautomatiseerd' patiëntenbestand beschikbaar dat bovengenoemde kenmerken bevat. De peilstations die buiten de praktijkstudie blijven, vallen wel onder dit project. Het ligt in de bedoeling om een geanonimiseerd patiëntenbestand centraal bij te houden en alleen de mutaties regelmatig te verwerken.

**PEIL 86.02 Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing**

Financier : NIVEL/WVC.

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Afronding.

Uitvoering: Redactie A.I.M. Bartelds, huisarts en Dr. J. van der Zee.

Afronding : 1988.

Het peilstationsproject heeft in de afgelopen 15 jaar informatie verschaft over een serie interessante onderwerpen, die gemeenschappelijk hebben dat ze betrekking hebben op 'public health policy' in brede zin. Te noemen vallen onderwerpen als 'cervix-uitstrijkjes', 'sterilisaties', 'suïcide', 'euthanasie', 'abortus', verschillende chronische en acute aandoeningen, maar ook gezondheidszorgonderzoek als verwijzingen naar medische specialisten, verwijzingen naar fysiotherapie en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg.
Het ligt in de bedoeling om degenen die de verschillende 'rubrieken'

hebben verzorgd (zowel binnen het NHI/NIVEL zelf als met name ook daarbuiten) te verzoeken om hun bevindingen in een hoofdstuk om te zetten. Vanwege de ook in internationaal opzicht bijzondere positie van het peilstationsproject wordt de bundel Engelstalig.

**WHO PEIL 87.01 Deelname aan het International Primary Care Network**

Financier : Kellogg Foundation?
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Deelname Aids-project.
Uitvoering : A.I.M. Bartelds, huisarts.
Afronding : 1988.

Op initiatief van de Amerikaanse arts Jack Froom hebben 'peilstationhouders' uit verschillende landen zich aaneengesloten tot een 'International Primary Care Network', dat tot doel heeft het voorkomen van bepaalde ziekten in de huisartspraktijk internationaal te vergelijken. In 1986 vond als voorstudie een registratie van Otitismedia plaats; in 1988 zullen contacten naar aanleiding van Aids en daarmee samenhangende problemen worden geregistreerd.

**NIEUW PEIL 88.01 Vragen over AIDS**

Financier : NIVEL, ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988, bij uitvoering materiaalverzameling.
Uitvoering: n.n., A.I.M. Bartelds, huisarts, Drs. L. Peters.
Afronding : 1989.

De huisarts wordt een belangrijke rol toebedacht bij de opvang en begeleiding van AIDS-patiënten en mensen die zich met hun angst voor of vragen over AIDS tot een hulpverlener willen wenden. Hoewel de meeste huisartsen AIDS (nog) niet uit eigen praktijkervaring kennen, is de verwachting dat ze wel met - al dan niet 'terechte' - angst voor of vragen over AIDS geconfronteerd worden.
In dit onderzoek willen we (in navolging van wat nu al in de stedelijke peilstationprojecten Den Haag en Amsterdam gebeurt) op landelijk niveau in beeld brengen hoe vaak huisartsen met 'angst voor AIDS' geconfronteerd worden, hoe patiënten hun bezorgdheid, of vragen om informatie aan de huisarts laten blijken, of en zo ja, tot welke risicogroep deze patiënten behoren en welke actie de huisarts onderneemt.
Voor de gegevensverzameling zal een beroep worden gedaan op de huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeitsregistratie Peil-

stations Nederland (zie pagina 84). Het onderzoek vindt, bij uitvoering, mede plaats in het kader van het 'International Primary Care Network'.

# 8. PARAMEDISCHE BEROEPEN (PROJECTLEIDER: VACATURE)

## 8.1. Inleiding

Vanaf het eerste werkplan van het NIVEL in 1985 is er een apart themagebied 'Fysiotherapie' onderscheiden. Zoals uit de titel van dit hoofdstuk blijkt, wordt dit themagebied nu verbreed tot 'Paramedische beroepen'. Voor deze verbreding van het themagebied zijn drie redenen aan te voeren.
In de eerste plaats biedt de verwachte ontwikkeling van het onderzoek op het gebied van de fysiotherapie de ruimte voor een uitbreiding. Het onderzoek 'fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg' waarin het verwijzen door huisartsen naar fysiotherapeuten, de samenstelling van de patiëntenpopulatie en aspecten van de behandeling door fysiotherapeuten onderzocht zijn, wordt in 1987 afgerond.
In het vorige werkplan is gepleit voor een vervolg op dat onderzoek dat twee aspecten in zich verenigt: enerzijds de evaluatie van beleidsmaatregelen en aspecten van de fysiotherapeutische behandeling onderzoeken in deelstudies van beperkte omvang en anderzijds een continuïteit in gegevensverzameling door deze deelonderzoeken bij één en dezelfde groep fysiotherapeuten uit te voeren. Deze continuïteit in de gegevensverzameling heeft als belangrijk voordeel dat de mogelijkheid geschapen wordt om veranderingen in het beleid met betrekking tot de fysiotherapie te evalueren. Immers, bij continuïteit in de gegevensverzameling zijn op dezelfde manier verzamelde gegevens over de situatie vóór en na een verandering in het beleid (denk aan: invoering van een zittingentarief, veranderingen in het verzekeringsstelsel) beschikbaar. Het ziet er naar uit dat een dergelijk project nu gerealiseerd zal worden.
Een tweede reden voor uitbreiding van het themagebied is gelegen in de overeenkomstige situatie van paramedische beroepen in de eerste lijn. De structurele positie van de paramedische beroepen in de eerste lijn is hetzelfde. Deze positie is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen en de daarbij behorende besluiten voor de afzonderlijke beroepen. Kenmerkend is dat patiënten niet rechtstreeks de paramedische hulpverlener raadplegen, maar dat de verwijzer bepaalt welke patiënten bij de paramedicus komen, met andere woorden: er vindt selectie van patiënten plaats waarop de paramedische hulpverlener zelf geen rechtstreekse invloed heeft.
Ook inhoudelijk zijn er tussen paramedische beroepen in de eerste

lijn overeenkomsten. Zo richten zowel fysiotherapeuten als logopedisten zich op het opheffen van beperkingen in het functioneren van patiënten. De raakvlakken tussen fysiotherapie en ergotherapie (die op dit moment in verschillende experimenten als eerstelijnsvoorziening geleverd wordt) zijn groter, terwijl de oefentherapie volgens Cesar en Mensendieck en de fysiotherapie zich voor een belangrijk deel op dezelfde patiëntengroepen richten.
Een andere overeenkomst tussen de paramedische beroepen in de eerste lijn is dat er betrekkelijk weinig evaluatie-onderzoek gedaan is naar de resultaten van de behandelingen en dat er allerwege aangedrongen wordt op dergelijk onderzoek. Het beschikbare onderzoekskader is echter gering, vooral voor de kleinere beroepsgroepen onder de paramedische beroepen.
Een derde reden om de aandacht binnen het themagebied te verbreden naar de paramedische beroepen in de eerste lijn, is dat er van verschillende zijden om een dergelijke verbreding gevraagd is. Op het gebied van de fysiotherapie is in de loop van de jaren onderzoek verricht naar onderwerpen als de ontwikkeling van de beroepsorganisatie, de wettelijke status van het beroep, het opbouwen van een economische positie, de ontwikkeling van de menskracht, het verwijsproces en de behandeling. Op grond van de ervaringen die daarbij opgedaan zijn, willen we er in eerste instantie naar streven voor andere paramedische beroepen deze onderwerpen - zij het minder uitgebreid - geconcentreerd te beschrijven in de vorm van monografieën. Het ligt in de bedoeling te beginnen met een monografie op het gebied van de logopedie.

## 8.2. Projecten

Projecten die in het werkprogramma 1987/1988 stonden en die niet meer opgenomen zijn in dit werkprogramma.

FYS 85.01 Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: Afgerond.

FYS 86.03 Fysiotherapie in internationaal verband.
Externe financiering voor een project als dit is niet te vinden; uitvoering binnen de basissubsidie is voorlopig moeilijk vanwege de wisseling van projectleiders. Het onderzoek wordt daarom voor onbepaalde tijd uitgesteld.

FYS 87.02 Verschuivingen van intra- naar extramurale zorg en de rol van de fysiotherapie daarin.
Dit onderzoek was opgenomen als een van de mogelijkheden

voor een vervolg op het onderzoek 'Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg'. De belangstelling van potentiële subsidiënten voor dit onderzoek was te gering om er mee door te gaan. Een deel van de vraagstelling is opgenomen in een deelproject van FYS 87.01.

FYS 88.01 Praktijkvoering van fysiotherapeuten en kwalitatieve en kwantitieve aspecten van het zorgaanbod.
Dit project is opgenomen als een van de onderzoeken rond het registratiesysteem van fysiotherapeuten.

Het project HVP 86.03 'Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten' is in dit deel van het werkplan opgenomen onder het nummer FYS 86.04.

Projecten die blijven staan:

**FYS 85.03 Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapeutische zorg**
Financier : NIVEL.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Rapportage.
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen.
Afronding : 1988.

Administratieve gegevens die door ziekenfondsen verzameld worden, leveren voldoende informatie op om eenvoudige 'vraag/aanbodmodellen' te kunnen construeren. Bij de constructie van deze modellen moet men zich ervan bewust zijn, dat de fysiotherapeut eigenlijk geen eerstelijnshulpverlener is omdat de vraag naar zijn diensten altijd via een arts zal moeten lopen. Om het gebruik van diensten in de fysiotherapie te kunnen analyseren, zal men ook verwijspatronen via huisartsen en specialisten in het onderzoek moeten betrekken.
Sommige ziekenfondsen in Nederland hebben een tamelijk uitvoerige registratie van bij hen aangevraagde machtigingen en/of gedeclareerde verrichtingen fysiotherapie opgezet. Machtigingen zijn terug te voeren op de huisartspraktijk waartoe de patiënt behoort, op de huisarts of specialist die de machtiging heeft aangevraagd en op de fysiotherapeut die de behandeling gaat uitvoeren. Dezelfde ziekenfondsen beschikken over tamelijk gedetailleerde gegevens betreffende het aanbod aan fysiotherapeutische zorg in de regio en tesamen kunnen, met behulp van deze gegevens, enkele proefmodellen worden ontwikkeld, waarin het gebruik van diensten van de fysiotherapeut in verband wordt gebracht met de samenstelling van de patiëntenpopulatie, kenmerken van huisartsen- en specialistenpraktijken en kenmerken van de spreiding van fysiotherapeutische zorg.

Het onderzoek zal worden afgestemd op het in het hoofdstuk 'Samenhang' genoemde project SAM 86.01 (samenwerken en fysiotherapie).

**FYS 86.04 Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten**

Financier : Praeventiefonds.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Instrumentontwikkeling.
Uitvoering: Mw. Drs. E.M. Sluijs.
Afronding : 1990.

Het doel van dit drie jaar durende project is om te inventariseren welke relevante activiteiten fysiotherapeuten op het gebied van patiëntenvoorlichting ondernemen. Hiertoe wordt in het eerste jaar het meetinstrumentarium ontwikkeld. Met behulp van de resultaten van dit onderzoek moet het vervolgens mogelijk zijn in een tweede fase de effecten van patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten bij de patiënt vast te stellen. Gedacht wordt hierbij aan effecten op welbevinden van de patiënt, therapietrouw en kans op recidive.

**FYS 87.01 Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie**

Financier : WVC/Ziekenfondsraad.
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Opzet van de gegevensverzameling.
Uitvoering: Drs. J.J. Kerssens, Drs. E.Chr. Curfs.
Afronding : 1992.

De veranderingen op het gebied van de honorering van fysiotherapeuten en van het verstrekkingenpakket die in de komende jaren mogelijk doorgevoerd worden, zijn alleen te evalueren indien men beschikt over vergelijkbare gegevens vóór en na de verandering. Dergelijke gegevens zijn op het gebied van de fysiotherapie niet 'standaard' voorhanden, maar moeten apart verzameld worden. Dit kan in principe in ad hoc opgezette projecten, maar daaraan kleven twee bezwaren:

a) het is veelal niet te overzien op welke termijn een besluit genomen wordt om een wijziging door te voeren en op het moment dat een besluit genomen wordt, is de tijd vaak te kort om nog een voormeting te organiseren of werpt de wijziging zijn schaduwen zover vooruit dat van een echte voormeting nauwelijks sprake is;
b) de aanpassing aan een nieuwe situatie verloopt geleidelijk waardoor een nameting bij voorkeur een langere tijd moet beslaan.

Beide argumenten pleiten voor een langdurige informatieverzameling

die in principe bruikbaar is voor de beantwoording van uiteenlopende vraagstellingen op het gebied van de beleidsevaluatie en het effectonderzoek. Hierdoor wordt de infrastructuur die opgebouwd moet worden om onderzoek te kunnen doen in de fysiotherapiepraktijk, gedurende een langere periode en voor meerdere vraagstellingen gebruikt. De vraagstellingen op de volgende gebieden komen in de komende jaren voor nader onderzoek in aanmerking:

- Wijziging van het honoreringsstelsel van fysiotherapeuten. Hierbij staat de vraag centraal wat het effect op de beroepsuitoefening zal zijn voor een wijziging van het huidige verrichtingensysteem naar een betaling per zitting.
- De overname van tweedelijnsbehandelingen door eerstelijnsfysiotherapeuten.
  Het doel van dit deelonderzoek is te inventariseren in hoeverre een informatie-overdracht plaatsvindt indien patiënten na behandeling in het ziekenhuis of op de polikliniek verder behandeld worden door eerstelijnsfysiotherapeuten en in hoeverre de informatie die overgedragen wordt, adequaat is om er de behandeling op te baseren.
- Fysiotherapie en beperkende maatregelen aan de vraagzijde. Bij bezuinigingsvoorstellen op het gebied van de gezondheidszorg wordt fysiotherapie veelal genoemd als een van de verstrekkingen waarvoor eigen bijdragen van de patiënten ingevoerd kunnen worden. In de herstructureringsvoorstellen wordt gedacht aan een beperkt basispakket van voorzieningen waarvoor een verplichte verzekering geldt en een aanvullend pakket, waarin de fysiotherapie zou vallen en dat vrijwillig verzekerd kan worden. Beide soorten maatregelen stellen beperkingen aan de vraag naar fysiotherapeutische zorg. De vraag welke groepen patiënten het sterkst de gevolgen zullen ondervinden van dergelijke beperkingen, wordt in dit deelproject gesteld.
- Fysiotherapie en pijnbehandeling.
  Het meest frequent voorkomende behandeldoel van fysiotherapeuten bleek in een eerder onderzoek pijnvermindering (al of niet in combinatie met andere behandeldoelen) te zijn. Het doel van dit deelonderzoek is na te gaan welke behandelvormen toegepast worden om pijn te bestrijden en hoe het verloop van pijnklachten is gedurende de fysiotherapeutische behandeling.
- Epidemiologische basisgegevens in de extramurale fysiotherapie.
  Aangezien de gegevens ten behoeve van de bovenstaande deelprojecten verzameld worden in een periode van vier jaar bij een en dezelfde groep fysiotherapeuten en aangezien deze gegevens voor een

belangrijk deel gemeenschappelijk zijn, bieden deze gegevens een basis voor epidemiologische analyse. Dit deelproject wordt doorlopend uitgevoerd naast de vier bovenbeschreven deelprojecten die na elkaar uitgevoerd worden.

**FYS 88.02 De resultaten van fysiotherapeutische behandeling bij specifieke klachten**

Financier : 1e fase basissubsidie, daarna projectsubsidie.
Status : In voorbereiding; in 1988 zal begonnen worden met de uitvoering van de eerste fase binnen de basissubsidie, daarna zal externe financiering gezocht worden.
Uitvoering: n.n.

Het onderzoek is opgedeeld in drie fasen en richt zich op de evaluatie van de behandeling van een specifieke groep klachten. Een definitieve keuze met betrekking tot de klachten is nog niet gemaakt, maar op dit moment wordt gedacht aan (eventueel nog te specificeren) knieklachten. Dit betreft een relatief vaak voorkomende groep klachten in de fysiotherapiepraktijk, maar ook in de chirurgische en orthopedische praktijk.
De eerste fase van het onderzoek bestaat uit een analyse van de regionale variatie in (eventueel nader te specificeren) knie-operaties. Op basis van de uitkomsten van de eerste fase zullen twee extreme gebieden geselecteerd worden. In deze gebieden zal met behulp van interviews en enquêtes getracht worden het verwijs- en behandelbeleid van huisartsen, fysiotherapeuten en (orthopedisch) chirurgen in beeld te brengen. In de derde fase zal een evaluatie opgezet worden van verschillende behandelwijzen van knieklachten.

NIEUW **FYS 88.03 Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn**

Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Schrijven projectvoorstel.
Uitvoering: n.n.

Over logopedie ontbreken de elementaire gegevens die nodig zijn ter ondersteuning van het beleid van de beroepsorganisatie van logopedisten en van andere instanties, waaronder de overheid. Getracht zal worden om deze leemte op te vullen door het samenstellen van een monografie die de volgende onderwerpen beslaat:

- Beschrijven van de achtergronden van het beroep (historie wettelijke regelingen, financiële regelingen).

- De selectie van patiënten (verwijzing noodzakelijk, wie zijn de verwijzers, bij welke klachten verwijzen zij patiënten).
- Het zorgaanbod (menskracht, opbouw en spreiding beroepsgroep, verleende zorg).

Op grond van de kennis die opgedaan wordt bij het samenstellen van deze monografie, kunnen daarna voorstellen ontwikkeld worden voor onderzoek naar de effecten van logopedische behandelingen.

**Pro memorie**

Ook in enkele andere hoofdstukken van het werkplan staan projecten vermeld rond het thema fysiotherapie. Dit zijn de volgende projecten:

**SAM 86.01 Samenwerking en fysiotherapie**

Op basis van een analyse van ziekenfondsgegevens wordt de relatie onderzocht tussen multidisciplinaire samenwerking en aangevraagde machtigingen en gedeclareerde verrichtingen fysiotherapie (zie ook hoofdstuk 5).

**REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten**

In het kader van het onderzoek naar het volume- en functieaanbod is analoog aan de registratie van enkele andere beroepsgroepen in de eerste lijn een registratie opgezet van gevestigde fysiotherapeuten (zie ook hoofdstuk 6).

**NAT 87.07 Huisarts en fysiotherapeutische zorg**

In de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk wordt nader onderzoek gedaan naar de oorzaken van verschillen tussen huisartsen bij het verwijzen naar fysiotherapie. Ook wordt in het bevolkingsonderzoek nagegaan waarom mensen naar de fysiotherapeut (willen) gaan (zie ook hoofdstuk 7).

# 9. EXTRAMURALE VERPLEGING (PROJECTLEIDER MW. DR. A. KERKSTRA)

## 9.1. Inleiding

Een eerste (demografische) ontwikkeling die voor de extramurale verpleging van belang is, is de vergrijzing van Nederland. Niet alleen groeit het percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder, maar ouderen blijven ook langer leven zodat we in toenemende mate te maken krijgen met hoogbejaarden van 80 jaar en ouder, de zogenaamde dubbele vergrijzing. Uit het scenariorapport "Ouder worden in de toekomst" (1984), waarin onder andere wordt geprobeerd te voorspellen welke gevolgen de vergrijzing zal hebben voor de vraag naar gezondheidszorg in het jaar 2000, komt onmiskenbaar naar voren dat ongeacht het model (referentie-, groei- of krimpmodel) dat wordt gehanteerd, de vraag naar wijkverpleegkundige zorg in de thuissituatie zal toenemen.
Parallel aan deze vergrijzing is er sprake van een (overheids)beleid dat gericht is op het zo lang en gezond mogelijk zelfstandig doen functioneren van ouderen. Uit de Nota 2000 komt naar voren dat in de zorg voor ouderen de versterking van **thuiszorg** de allerhoogste prioriteit verdient. Ook in het recente rapport "Bereidheid tot verandering" van de commissie Dekker wordt benadrukt dat er substitutie van tweedelijnszorg door thuiszorg dient plaats te vinden.
Deze ontwikkeling heeft tot gevolg dat de wijkverpleging een toenemende vraag naar zorg van ouderen kan verwachten. Daarnaast zal ook de inhoud van de verleende zorg gaan verschuiven alsmede de tijdstippen (avond- en nachtzorg) waarop hulp nodig is. Bij de inhoud van de zorg denken we bijvoorbeeld aan het uitlenen en bedienen van kostbare verpleegapparatuur, meer nadruk op het ondersteunen van mantelzorg bij terminale patiënten en demente bejaarden. Wat het tijdstip van zorgverlening betreft komt uit onderzoek naar de 24-uurszorg naar voren dat van de patiënten die een beroep doen op de avond- en nachtzorg 75% ouder dan 65 jaar is.
Tot slot zal een intensieve samenwerking, afstemming en overleg, met andere professionele en informele hulpverleners noodzakelijk zijn om een efficiënte en kwalitatief goede thuiszorg te verlenen. De samenwerking met de gezinsverzorging verdient daarbij bijzondere aandacht in verband met mogelijke onderlinge substitutie en afstemming.
Een tweede ontwikkeling betreft de nadruk die in de Nota 2000 wordt gelegd op verschillende doelgroepen waaraan zorg wordt verleend.

Voor de wijkverpleging zijn dat met name de chronische ziekten (CARA, reuma, diabetes en dergelijke), hart- en vaatziekten, kanker en diverse handicaps. Gegevens omtrent de (preventieve) zorg die wijkverpleegkundigen aan deze doelgroepen verlenen, alsmede omtrent de ondersteuning die ze hierbij ontvangen van bijvoorbeeld districtsverpleegkundigen zijn niet aanwezig.
Een derde ontwikkeling betreft het in een snel tempo ontstaan van allerlei particuliere bureaus voor thuisverpleging die hulp geven aan patiënten in hun thuissituatie, al dan niet aanvullend op de zorg die door de wijkverpleging wordt verleend. Deze organisaties voor thuisverpleging lijken alle wind in de zeilen te krijgen nu de commissie Dekker pleit voor meer marktgericht werken in de gezondheidszorg.
De eerste onderzoeken op het terrein van de wijkverpleging die door het NIVEL in de afgelopen twee jaar zijn afgerond, waren vooral beschrijvend van aard en gericht op het ontwikkelen van meetinstrumenten. Dit is noodzakelijk vanwege het feit dat er op het gebied van de extramurale verpleegkundige zorg geen duidelijke onderzoekstraditie bestaat. De meetinstrumenten die in deze eerste fase zijn ontwikkeld worden gebruikt in een landelijk representatief onderzoek om het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden alsmede de patiëntencategorieën waaraan zij zorg verlenen in kaart te brengen. Dit onderzoek is medio 1987 gestart en moet voldoende basisgegevens opleveren, van waaruit nieuwe projecten kunnen worden geformuleerd.
Daarnaast is de tweede fase van het onderzoek op het terrein van de jeugdgezondheidszorg eind 1987 gestart waarin de taakuitvoering van huisartsen, consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen op de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen wordt onderzocht.
Op langere termijn, hierbij denken we aan een periode van ongeveer vier jaar, zal het onderzoek, gezien de geschetste ontwikkelingen, gecentreerd zijn rond drie thema's:

1. Onderzoek op het gebied van het aanbod, de organisatie en afstemming van de thuiszorg, met name voor ouderen. Binnen dit thema zal de wijkverpleegkundige zorg niet geïsoleerd worden onderzocht, maar in relatie tot andere professionele en informele hulpverleners binnen de thuiszorg, met name de gezinsverzorging. Tevens zal het aandeel van de particuliere bureaus in de thuiszorg worden geïnventariseerd. Er zullen verschillende deelprojecten worden geformuleerd in de komende jaren.
2. Onderzoek aan de vraagzijde. Het is van belang om op het gebied van de thuiszorg begrippen als zorgbehoefte of verpleegbehoefte

nader te definiëren en in concreet meetbare onderdelen uiteen te leggen. Op deze wijze kan ook inzicht worden verkregen in het aandeel van de informele zorg en de afstemming tussen de hulpverleners en de vertaling van hulpbehoefte in hulpvraag. Binnen dit thema zal worden voortgebouwd op de resultaten van het onderzoek "Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid" dat door het NIVEL in 1985 werd afgerond. Het onderzoeksproject "Nazorg en continuïteit van zorg" dat geformuleerd is binnen de Nationale Studie heeft onder andere tot doel na te gaan welke en hoeveel zorg ex-ziekenhuispatiënten behoeven en ontvangen van professionele eerstelijnshulpverleners en van de niet-professionele thuiszorg. Dit project kan daarmee mede als deelproject binnen dit thema worden beschouwd.

3. Onderzoek naar het aanbod van wijkverpleegkundige zorg voor speciale doelgroepen. Voor één of meerdere doelgroepen (bijvoorbeeld CARA, gehandicapten) zullen deelprojecten worden geformuleerd met als doel de wijkverpleegkundige zorg en de ondersteuning die wijkverpleegkundigen daarbij krijgen van andere medewerkers in het kruiswerk, bijvoorbeeld districtsverpleegkundigen, in kaart te brengen.

Dan volgt nu de beschrijving van de onderzoeksprojecten in 1988.

## 9.2. Projecten

De volgende projecten uit het werkplan 1987/1988 vindt men niet meer in het huidige programma terug:

| | | |
|---|---|---|
| WIJK 85.03 | De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen, fase I | Afgerond |
| WIJK 87.03 | Thuisverpleging in Vlaanderen en Nederland | Afgerond |
| WIJK 88.01 | Evaluatie experimenten thuiszorg | Dit wordt vervangen door WIJK 88.01 particuliere thuisverpleging |

**WIJK 87.01 Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: beschrijvend onderzoek op nationale schaal**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Materiaalverzameling.
Uitvoering: Mw. Drs. T. Vorst-Thijssen, Mw. Dr. A. Kerkstra.
Afronding : 1989.

Met behulp van meetinstrumenten die in de eerste fase van dit onderzoek zijn ontwikkeld, zullen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden beschreven en gekwantificeerd. Verder is het in deze studie mogelijk om landelijk gezien de variatie in de werkzaamheden van de beide beroepsgroepen te beschrijven en te relateren aan individuele kenmerken van de betrokkenen (bijvoorbeeld opleiding en werkervaring), aan gegevens over de organisatie van het werk (bijvoorbeeld wijkgericht/buurtgericht), urbanisatiegraad en aan de mate van contacten en samenwerking met andere hulpverleners in de eerste en de tweede lijn van de gezondheidszorg. Tenslotte zal in kaart worden gebracht welke preventieve en curatieve zorg wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen overdag, 's avonds en 's nachts.

**WIJK 87.02 De zorg voor zuigelingen en kleuters: het werkterrein van huisartsen, consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen, fase 2**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Instrumentontwikkeling, materiaalverzameling en dataverwerking.
Uitvoering: n.n. onder begeleiding van Mw. Dr. A. Kerkstra.
Afronding : Begin 1989.

In de tweede fase van het onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters wordt de taakuitvoering van huisartsen, consultatiebureau-artsen en wijkverpleegkundigen op de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen in kaart gebracht. Nagegaan wordt in hoeverre huisartsen en CB-artsen een verschillende werkwijze volgen tijdens de consultatiebureauzittingen en wat de specifieke kenmerken en kwaliteiten zijn van de werkwijze van beide soorten artsen. Van huisartsen, als gezinsarts, wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij kennis en informatie over het kind en zijn sociale omgeving, waar zij uit overige contacten met het kind over beschikken, gebruiken tijdens hun consultatiebureauwerk. Consultatiebureau-artsen daarentegen zijn vanuit hun opleiding meer gericht op de groep jeugdigen als geheel en meer epidemiologisch ingesteld. Het is de verwachting dat zij bijvoorbeeld een meer uniforme en systematische werkwijze volgen en hun bevindingen

nauwkeuriger registreren. Tevens wordt nagegaan in welke mate en op welke wijze wijkverpleegkundigen kennis en informatie waar zij uit overige contacten met het kind over beschikken, gebruiken in hun consultatiebureauwerk en of hun werkwijze verschillend is wanneer ze met een huisarts of een consultatiebureau-arts samenwerken.

**WIJK 87.04 De zorgbehoefte ontleed**

Financier : WVC?

Status : In 1988 zal worden begonnen met een voorstudie. Activiteiten 1988: Literatuurstudie onder meer gericht op inventarisatie van meetinstrumenten op dit terrein, rapportage, schrijven van een onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: n.n. onder begeleiding van Mw. Dr. A. Kerkstra, Drs. L. Peters.

Het is zinvol om op het gebied van de thuiszorg een begrip als zorgbehoefte nader te definiëren en in concreet meetbare onderdelen uiteen te leggen. De cliënt/patiënt wordt hierbij als informant genomen. Op deze wijze kan inzicht worden verkregen in het aandeel van de informele zorg en in de vraag op welk moment een behoefte wordt vertaald in een vraag naar hulp van professionele hulpverleners. Vooral de betrekkelijke uitwisselbaarheid van professionele zorg op het grensgebied tussen gezinsverzorging en ziekenverzorging zal in het onderzoek nader worden bestudeerd.

NIEUW **WIJK 88.01 Particuliere thuisverpleging**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Schrijven van onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra.

Particuliere verpleegbureaus bestaan al heel lang. Maar pas toen met name particuliere ziektekostenverzekeraars bereid bleken de kosten van thuishulp te vergoeden, werd het interessant om die hulp op grote schaal aan te bieden. De laatste paar jaar zijn particuliere bureaus voor thuisverpleging dan ook als paddestoelen uit de grond geschoten. Er bestaat echter geen overzicht van hoeveel bureaus er zijn in Nederland, het aantal verpleegkundigen dat werkzaam is in deze sector, het type zorg dat wordt geboden, welke patiënten een beroep doen op deze bureaus, hoe groot de eigen bijdrage is van de patiënten, op welke wijze de kwaliteitsbewaking wordt geregeld e.d. Dit onderzoek is bedoeld als een eerste inventarisatie op het ter-

rein van de particuliere thuisverpleging.

**NIEUW WIJK 88.02 Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen**

Financier : Nederlands Astma Fonds?

Status : Indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd zal in 1988 worden gestart. Activiteiten 1988: Instrumentontwikkeling, consensusconferentie, interim-rapportage, materiaalverzameling.

Uitvoering: n.n. onder begeleiding van mw. Dr. A. Kerkstra.

Uit verschillende publicaties komt naar voren dat de verpleegkundige hulpverlening aan CARA-patiënten niet optimaal verloopt. Zo is er wat de extramurale CARA-huisbezoeken betreft een discussie gaande of een all-round werkende wijkverpleegkundige eigenlijk wel in staat is om alle taken in verband met CARA-thuiszorg op verantwoorde wijze uit te voeren.
In dit onderzoek zullen drie modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen worden geëvalueerd. Het belangrijkste verschil tussen deze modellen is degene die de extramurale CARA-huisbezoeken aflegt en hierover terugrapporteert aan de specialist. Dit zijn (afhankelijk van het model) sociaal verpleegkundigen uit het ziekenhuis, specifieke verpleegkundigen of all-round werkende wijkverpleegkundigen. De modellen zullen worden vergeleken op kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Emma Kinderziekenhuis te Amsterdam, de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland en de Stichting Amsterdams Kruiswerk.

**NIEUW WIJK 89.01 Thuisverpleging in Belgie en Nederland: een vervolgstudie**
**WHO**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Geen; in 1989 wordt een onderzoeksvoorstel geschreven.

Uitvoering: n.n. onder begeleiding van mw. Dr. A. Kerkstra

België telt een veel groter aantal bejaarden dan Nederland, zelfs zoveel, dat het getal wat voor Nederland in het jaar 2000 wordt genoemd, nu reeds in België werkelijkheid is. Aangezien in Nederland het met name de ouderen zijn die hulp krijgen van de wijkverpleging, is het interessant om in Nederland en België het werk van de thuis-

verpleging met elkaar te vergelijken. Deze vergelijking kan belangrijke informatie opleveren voor de wellicht noodzakelijke aanpassing die in Nederland de wijkverpleging op termijn moet ondergaan. In dit kader is in 1987 door een stagiair een literatuurstudie en een exploratief onderzoek verricht. In dit kleinschalige onderzoek werd gedurende 6 weken in Nederland en 6 weken in België het werk van wijkverpleegkundigen, respectievelijk thuisverpleegkundigen geobserveerd. Op grond van de resultaten van deze literatuur- en pilotstudie zal een voorstel worden geformuleerd voor een onderzoek op grotere schaal.

**Pro memorie**
In de volgende projecten speelt extramurale verpleegkundige zorg ook een rol:

**REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere**
Binnen dit project wordt een deelonderzoek naar het functioneren van de wijkverpleegkundige zorg in Almere uitgevoerd. Met name wordt aandacht geschonken aan de consultatiebureaufunctie, de zorg aan ouderen en de taakafbakening tussen wijkverpleging-gezinszorg-mantelzorg (zie hoofdstuk 3).

**REL 84.03 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen**
Voortbouwend op eerdere macrorekenmodellen waarin met name het verwijzen van eerste naar tweede lijn centraal stond, wordt verder gewerkt aan rekenmodellen waarin de regionale verschillen in verpleegduur worden geanalyseerd (zie hoofdstuk 3).

**REL 87.04 Evaluatie Nazorg ziekenhuispatiënten**
De organisatiestructuur van de nazorg bij het kruiswerk kent in Nederland grofweg drie varianten. In een evaluatiestudie worden deze drie varianten op een aantal "output"-variabelen met elkaar vergeleken (ligduur, omvang en verloop van nazorg). Tevens zal een exploratieve studie worden verricht naar factoren in de tweede lijn en bij patiënten die ook van invloed zijn op genoemde "output"-variabelen (zie hoofdstuk 3).

**NAT 87.10 Nazorg en continuïteit van zorg**
Deelproject van de 'Nationale studie'. Dit onderdeel van de Nationale studie brengt in kaart wat de aard en omvang van de zorg is die patiënten naar eigen zeggen behoeven na het ontslag uit het zieken-

huis. Tevens wordt nagegaan welke zorg patiënten feitelijk ontvangen na hun ontslag van bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleging, gezinszorg en mantelzorg (zie hoofdstuk 7).

**ALG 88.01 Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg**

In 1989 zal een wetenschappelijke conferentie worden gehouden over wijkverpleging in verschillende landen (zie ook hoofdstuk 12).

**ALG 88.02 Symposium onderzoek wijkverpleegkunde**

Na afronding van het beschrijvende onderzoek op nationale schaal: het werk van wijkverpleegkundigen (en ziekenverzorgenden), zullen de resultaten in het veld verspreid worden door middel van dit symposium (zie ook hoofdstuk 12).

# 10. HULPVRAAG EN HULPVRAGER IN DE EERSTE LIJN (PROJECTLEIDER DRS. L. PETERS)

## 10.1. Inleiding

In het onderzoek dat in de voorgaande hoofdstukken is besproken speelt de hulpvrager of de consument vaak een rol, zo niet als informatiebron dan toch als uiteindelijke doelgroep waarvoor het onderzoek gedaan wordt. Het onderzoek in het themagebied 'Hulpvraag en hulpvrager' vormt hier in zoverre een uitzondering op dat de hulpvrager en het vragen om hulp centraal staan. Dit uit zich vooral in de onderwerpkeuze die nauw aansluit bij het belang of de belangstellingssfeer van de hulpvrager.
In veel beleidsnota's bestaat de neiging de (potentiële) hulpvrager vooral als **consument** van gezondheidszorgvoorzieningen te beschouwen. De nadruk die in het (overheids)beleid wordt gelegd op kostenbeheersing en op substitutievraagstukken (van specialistische naar eerstelijnszorg, van eerstelijnszorg naar zelf- en mantelzorg) is hier debet aan. De premisses die daarbij, vaak impliciet, worden gehanteerd: a) mensen kunnen en willen verantwoordelijkheid dragen voor eigen gezondheid (leefgewoonten, zelfzorg) en die van anderen (mantelzorg) b) er is sprake van consensus tussen consumenten en de professionele gezondheidszorg over hoe de gezondheidszorg er idealiter uit zou moeten zien; zijn echter nog weinig op hun geldigheid onderzocht.
Een tweede ontwikkeling betreft de veranderende opstelling en betrokkenheid van (potentiële) hulpvragers bij de gezondheidszorg. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de toenemende rol die diverse patiëntenorganisaties in de discussie van de gezondheidszorg innemen, maar ook in algemeen maatschappelijke ontwikkelingen waarin (bepaalde groepen) patiënten steeds duidelijker hun voorkeur voor een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen) te kennen geven of juist hun afkeer of ontevredenheid in de vorm van het indienen van klachten bij, onder andere, medische tuchtcolleges.
Het NIVEL heeft de afgelopen jaren al enkele projecten op het gebied van consumentenonderzoek verricht: onder andere onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg, naar patiëntenrechten, en naar de behoefte aan wijkverpleegkundige zorg. Met de vervulling van de vacature voor de projectleider van het themagebied 'Hulpvraag en hulpvrager' per september 1987 is het mogelijk een onderzoeksprogramma op dit terrein te ontwikkelen.

Het programma voor de jaren 1988/1989 bevat lopend onderzoek naar hulpzoeken bij psychosociale problemen en reeds in vorige jaren gepland onderzoek: de opzet van een consumentenpanel, een inventarisatie van wensen en ervaringen met betrekking tot kraamzorg en een onderzoek naar de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekeringen op het gedrag van consumenten. Nieuw in dit programma is een onderzoek naar de mate waarin en de wijze waarop huisartsen met hulpvragen op het gebied van AIDS geconfronteerd worden. Een tweede nieuw onderwerp is het voorgenomen onderzoek met als vraag hoe vaak (en op welke gebieden) patiënten in hun contact met huisartsen aandringen op diensten van hulpverleners, zonder dat de huisarts dat nodig vindt.

## 10.2. Projecten

**VRA 87.01 Kraamzorg: een inventarisatie van wensen en ervaringen**
Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Onderzoeksvoorstel.
Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. L. Peters.

Thuisbevallingen bestaan bij gratie van een goed georganiseerde, flexibele en deskundige kraamzorg. Zonder het instituut der 'thuisbevalling' zou het bestaan van bijvoorbeeld zelfstandig gevestigde verloskundigen niet denkbaar zijn.
Voor het in stand houden van deze unieke Nederlandse vorm van zorg dient de kraamzorg optimaal aan te sluiten bij de wensen van de gebruikers van deze zorg.
In het onderzoek zullen wensen en ervaringen met kraamzorg bij consumenten centraal staan. Specifieke aandacht zal daarbij uitgaan naar de ervaringen met flexibele kraamzorg.
Indien onderzoekstechnisch (casefinding!) uitvoerbaar, zal in dit onderzoek aandacht besteed worden aan de ervaringen van consumenten met het onlangs door enkele ziektekostenverzekeraars ingevoerde 'declaratiesysteem' waarbij na een (thuis)bevalling een vast bedrag per dag wordt uitgekeerd, ongeacht of (en zo ja, de wijze waarop) dit geld door de consument aan kraamzorg besteed wordt.

**PSH 87.01a Hulpzoeken bij psychosociale problemen**

Financier : NIVEL, AFBZ.

Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Afronding materiaalverzameling en start analyse.

Uitvoering: Drs. L. Peters.

Afronding : 1990.

Onderzoek naar (verschillen tussen) huisartsen wat betreft de detectie van psychosociale problemen, de ondernomen actie en de invloed hiervan op het beloop van dergelijke problemen vereist - naast gegevens over artsen en arts-patiënt interactie - gegevens over de patiënten zelf. De klassiek psychiatrisch-epidemiologische benadering blijkt, vooral wat betreft (niet psychiatrische) psycho-sociale problemen, hiervoor niet toereikend. Weliswaar vindt men, curieus genoeg, een aantal gemeenschappelijke determinanten van zowel het beroep doen op de hulp van de huisarts als de (ambulante) GGZ; deze determinanten verklaren echter - rechtstreeks - maar een heel klein deel van de variantie in het gebruik van diensten.

In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre een benadering die gebaseerd is op het door De Swaan ontwikkelde concept 'protoprofessionalisering' een (aanvullende) verklaring biedt voor verschillen in het beloop van psychosociale problemen en in het bijzonder voor de rol die de huisarts daarin speelt. Hiervoor is het onder meer noodzakelijk gegevens te verzamelen ten aanzien van de vraag óf en zo ja hoe de patiënt klachten als een psychosociaal probleem definieërt (de 'subjectieve' morbiditeit), de patient zijn probleem als behandelbaar door een professional definieert, welk soort instantie (huisarts, GGZ) de patient voor zijn klacht benadert en op welke wijze de patiënt zijn klacht presenteert. Hierbij zou verondersteld kunnen worden dat patiënten met een hoge mate van protoprofessionalisering:

a. relatief eerder (en/of meer) rechtstreeks (zonder tussenkomst van een verwijzer zoals de huisarts) contact opnemen met een GGZ-hulpverlener of -instelling.
b. als ze de huisarts consulteren, psychische klachten relatief minder vaak in somatische termen presenteren.
c. indien tot behandeling wordt besloten, ze relatief vaker een gespreksmatige (en minder vaak een somatische) behandeling krijgen.
d. indien tot verwijzing wordt besloten, relatief vaker naar een therapie-georiënteerde GGZ-hulpverlener of -instelling verwezen worden en minder vaak naar het AMW of een op 'ondersteuning' of crisisopvang georiënteerde GGZ-hulpverlener of -instelling.

De voor dit onderzoek benodigde gegevens worden verzameld in het kader van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen (zie hoofdstuk 7). Het onderzoek is een onderdeel van het project 'Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk (zie hoofdstuk 4).

**VRA 86.01 Een consumentenpanel**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Vooronderzoek en onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. L. Peters.

Bekend in kringen van het gezondheidszorgonderzoek is het zogenaamde 'gehandicaptenpanel'; een door de Nederlandse Stichting voor de Statistiek samengestelde representatieve groep chronisch zieken en gehandicapten aan wie regelmatig vragen worden gesteld over zaken die voor gehandicapten van bijzonder belang zijn.
Het ligt in de bedoeling om in samenwerking met de Consumentenbond naast dit gehandicaptenpanel een panel samen te stellen van doorsnee gebruikers van de gezondheidszorg. Dit panel zou een signalerende en kritische functie moeten vervullen ten aanzien van zaken waarvoor het oordeel van de gebruikers van de (eerstelijns)gezondheidszorg van belang is.
In een vooronderzoek zal onder andere aandacht besteed worden aan de volgende zaken:

- Welke (soort) onderwerpen komen op inhoudelijke en praktische gronden het meest in aanmerking om aan een consumentenpanel voor te leggen en - hiermee samenhangend - in welke mate moet het project gelegenheid bieden om op actuele onderwerpen in te gaan.
- Welke omvang moet het panel krijgen en hoe moeten de panelleden gerecruteerd worden: representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking of - bijvoorbeeld - werving uit de praktijken van de Peilstationartsen (zie paragraaf 7.2). Welke maatregelen zijn nodig om (blijvend) te voldoen aan de eis van 'doorsneegebruikers' (panels tenderen tot forum van deskundigen te worden, een panel 'vergrijst' sneller dan de doorsneegebruiker).
- Welke begeleidingsstructuur van het project komt het meest in aanmerking en welke mogelijkheden moeten geschapen worden voor het inbrengen van onderwerpen door derden.

**VRA 88.01 De invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op het gedrag van consumenten**

Financier: ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Geen, mogelijk aanvang maken met voorbereiden onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: n.n. onder leiding van Drs. L. Peters.

Nu het aantal 'particulier verzekerden' toeneemt en bovendien binnen de particuliere verzekering steeds meer varianten ontstaan is een precies onderzoek naar de wisselwerking tussen de factoren die de keuze voor een variant beïnvloeden, de aard van de variant en de consumptie van zorg, zinvol omdat hierover dikwijls slechts gissingen bestaan. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk waarom personen die niet voor hulp van de huisarts zijn verzekerd óók lagere kosten op het gebied van poliklinische zorg maken, àls ze met deze zorg in aanraking komen.
Bovendien is nog nimmer onderzoek verricht naar de vraag of het 'voorschieten' van ziektekosten nu een kostenremmend effect heeft. Het gedrag van verzekerden wier maatschappij de rekeningen voldoet en van verzekerden die de kosten moeten voorschieten zou vergeleken kunnen worden.
De hoogte van het eigen risico, de wisseling daarin bij het voorzien van hogere ziektekosten (zwangerschap, bevalling) en het 'opsparen' van niet hinderlijke gezondheidsproblemen tot het 'eigen risico' het toe laat, zijn middelen waarmee bewuste consumenten de nadelen van een hoog eigen risico kunnen pareren. Interessant is het om uit te zoeken hoe het 'kostenbewustzijn' bij aanbieders en vragers van zorg verandert als het 'eigen risico' is volgemaakt.
Een uitvoerig onderzoek onder 'particulier verzekerden' kan deze en andere zaken verduidelijken en informatie opleveren ten behoeve van toekomstige structurering van de ziektekostenverzekering, die wat betreft structuur waarschijnlijk veel parallellen zal vertonen met de huidige ziektekostenverzekeringen voor particulier verzekerden.

NIEUW **VRA 88.02 Hulpvrager en versterking van de eerste lijn**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Mogelijk aanvang maken met onderzoeksvoorstel.

Uitvoering: Drs. L. Peters, bij uitvoering n.n.

Het overheidsbeleid, gericht op versterking van de eerstelijn onder gelijktijdige terugdringing van specialistische zorg, heeft nog wei-

nig succes gehad. Bij het zoeken naar oorzaken hiervan wordt vooral naar de aanbodzijde gekeken en gewezen op de problemen om hier sturend op te treden. De eenzijdige aandacht op aanbodfactoren als oorzaak hiervan gaat voorbij aan factoren aan de vraagzijde. Zo kan verondersteld worden dat de (toenemende) mondigheid van patiënten zich mede uit in een (toenemend) beroep op de tweedelijnszorg. Mensen die ziek zijn (of ziekzijn vermoeden) willen de beste hulp en die wordt naar het oordeel van velen eerder door de specialist dan door de huisarts geboden.
Voor de huisarts - als belangrijkste eerstelijnsdiscipline - heeft dit een paradoxale situatie tot gevolg. De overheid, maar ook de financiers en beroepsverenigingen, hanteren de gulden richtlijn 'zoveel mogelijk zelf doen'. Aan de andere kant wordt de huisarts, getuige enkele onderzoeken, veel met patiënten geconfronteerd die verwezen willen worden, ook al vindt de huisarts dat niet nodig.
Het gegeven dat deze paradox ook al in het overheidsbeleid zelf ligt opgesloten - versterking van de eerstelijn versus het centraal stellen van de (mondigheid, verantwoordelijkheid, behoeften van de) patiënt, verdient nader aandacht.
In dit onderzoek zal op basis van (onderzoeks)literatuur, interviews met huisartsen en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen bekeken worden in welke mate en op welk gebied hulpvragers een 'tweedelijnsgerichtheid' hebben en hoe huisartsen daarmee omgaan.

**Pro memorie**
Ook in enkele andere hoofdstukken van het werkplan staan projecten vermeld rond het thema hulpvraag en hulpvrager in de eerstelijn:

**SAM 87.01b Huisarts en alternatieve geneeswijzen**
In dit onderzoek worden huisartsen en patiënten uitgebreid geenqueteerd over de feitelijke en wenselijke rol van huisartsen op het gebied van adviseren over, verwijzen naar, en samenwerken met alternatieve genezers (hoofdstuk 5).

**SAM 87.01c Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen**
In dit onderzoek worden reumapatiënten en reumatologen geenqueteerd over de feitelijke en wenselijke rol van reumatologen op het gebied van adviseren over, verwijzen naar, en samenwerken met alternatieve genezers (hoofdstuk 5).

**REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere**
In een deelonderzoek van dit project zullen honderd patiënten met

rugklachten worden gevolgd tijdens hun contacten met zorgvoorzieningen (hoofdstuk 5).

**NAT 87.10 Nazorg en continuïteit van zorg**
In dit onderzoek wordt onder meer nagegaan welke (na)zorg ontslagen ziekenhuispatiënten ontvangen en hoe zich deze zorg verhoudt tot de door patiënten gewenste nazorg (hoofdstuk 7).

**NAT 87.12 Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg**
In de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk wordt een grootscheepse bevolkingsenquête gehouden (12.000 interviews) waarin onder andere wordt ingegaan op de relatie tussen professionele zorg, mantelzorg en zelfzorg (hoofdstuk 7).

**PEIL 88.01 Vragen over Aids**
In dit onderzoek wordt een overzicht verkregen van vragen over en in verband met Aids in de 45 huisartspraktijken van het NIVEL peilstationsproject (hoofdstuk 7).

**WIJK 87.02 De zorg voor zuigelingen en kleuters: fase 2**
In de tweede fase van het onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters wordt de taakuitvoering van huisartsen, consultatiebureauartsen en wijkverpleegkundigen op de consultatiebureaus voor 0-4-jarigen in kaart gebracht (hoofdstuk 9).

**WIJK 87.04 De zorgbehoefte ontleed**
In dit onderzoek wordt, met de patiënt/cliënt als informant, de uitwisselbaarheid van professionele zorg op het grensgebied tussen gezinsverzorging en ziekenverzorging bestudeerd (hoofdstuk 9).

# 11. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE (PROJECTLEIDER MW. DRS. A.K. DE LEEUW)

## 11.1. Inleiding

De werkzaamheden van de afdeling 'bibliotheek en documentatie' bestaan uit een aantal bibliotheekactiviteiten als collectievorming, uitlening, lopende dienstverlening en uit een aantal activiteiten op documentatiegebied als thesaurusbouw, ontsluiting van literatuur, informatieverschaffing en het vervaardigen van bibliografieën.
Wat betreft de lopende bibliotheekactiviteiten vormt de automatisering en de samenwerking op dit vlak tussen het NIVEL, de bibliotheek van het Landelijke Centrum Dienstverlening GVO en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid een belangrijk aandachtspunt voor de komende jaren.
Op het gebied van documentatiewerkzaamheden wordt enerzijds nauw aangesloten op de onderzoeksactiviteiten van het NIVEL, anderzijds zullen door het verrichten van literatuurstudies nieuwe onderzoeksterreinen worden verkend. Het vervaardigen van bibliografieën zal ook in de jaren 1988/1989 voortgang vinden met een 6- à 7-tal publicaties per jaar.

## 11.2. Automatisering

**BIDOC 86.01 Automatisering bibliotheek en samenwerking GVO, NcGv**
Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Invoering van gegevens installatie van verschillende modules, formalisering samenwerking.
Uitvoering: J.A.J. Kuylen en Mw. Drs. A.K. de Leeuw.

Medio 1988 zal de automatisering van de bibliotheek en documentatie een feit zijn, dat wil zeggen dat de catalogus is opgeslagen in de NIVEL-database eerstelijnsgezondheidszorg en dat zowel de bestellingenadministratie als de uitleenadministratie geautomatiseerd zullen zijn. Juridische consequenties, gebruikersproblematiek, organisatievorm en de problematiek rondom de deelname en het gebruik van de database door externen zullen in dat jaar bijzondere aandacht behoeven.

Naast het automatiseren van de eigen bibliotheek- en documentatie-activiteiten zal tevens via buitenlandse databases gezocht kunnen worden naar literatuur.

## 11.3. Documentatie

Voor het toekennen van trefwoorden en het gericht zoeken naar literatuur wordt binnen de bibliotheek van het NIVEL gebruik gemaakt van een thesaurus (een gestructureerde trefwoordenlijst). Met behulp van de beschikbare software zal in 1988 gewerkt worden aan het structureren van de huidige trefwoordenlijst, waardoor het zoeken naar literatuur verfijnd en vereenvoudigd kan worden.
Samenvattingen bij ontsloten literatuur worden zowel door medewerkers van de bibliotheek als door externe referenten samengesteld.
Een van de belangrijkste functies van de bibliotheek en documentatie is het verspreiden van documentaire informatie over de eerstelijnsgezondheidszorg. Concreet gebeurt dit door het publiceren van bibliografieën in de vorm van een serie over een scala van onderwerpen. Deze bibliografieën verschijnen 6 à 7 maal per jaar: kwaliteitseisen en de moeilijkheidsgraad van bepaalde onderwerpen bepalen het tempo van verschijnen.
Naast bibliografieën, die in eigen beheer worden uitgegeven, zullen deels extern gefinancierd, literatuurstudies verschijnen.

**Bibliografieën**
De volgende bibliografieën staan voor 1988/1989 op het programma:

| | |
|---|---|
| - Honorering per verrichting van (huis)artsen | 1988 |
| - Thuisverpleging buitenland, m.n. wijkverpleging | 1988 |
| - Compliantie | 1988 |
| - Maatschappelijk werkenden | 1988 |
| - Update psycholoog in de eerstelijn | 1988 |
| - Update verloskunde | 1988 |
| - SES en gezondheidsverschillen | 1988 |
| - Evaluatie thuiszorgexperimenten | 1988 |
| - Patiëntenorganisaties en de ELGZ | 1989 |
| - Patiëntensatisfactie: rapportage door patiënten | 1989 |
| - Nazorg in internationaal verband | 1989 |
| - Onderlinge consultatie huisartsen | 1989 |
| - Chronische aandoeningen en huisarts | 1989 |

Uitvoering: K. Dijkhuis, Drs. P. van der Heyden, J.A.J. Kuylen, Mw. Drs. A.K. de Leeuw, Drs. F. Wieman.

**Monografieën**

**BIDOC 86.02 Beleid rond de eerstelijnsgezondheidszorg**
Financier : Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Eindrapportage.
Uitvoering: Dr. P.P. Groenewegen, Drs. E.M. Sluijs.

Het beleid van 'versterking eerstelijn' wordt de laatste tijd van enige kanttekeningen voorzien. Vooral het feit dat de groei van de intramurale sector nauwelijks tot staan gekomen is, roept twijfels op over de effectiviteit van het beleid gericht op substitutie van zorg van tweede door eerste lijn.
Ruim een decennium na de Structuurnota is het tijd voor een beschrijving van de elementen die niet, matig en goed geslaagd zijn voor het beleid ter versterking van de eerstelijn. Een inventarisatie van buitenlandse voorbeelden maakt deel uit van de monografie, die uit 4 gedeelten bestaat:
1. Analyse van het beleid (1987);
2. buitenlandse voorbeelden (1987);
3. inventarisatie van veldinitiatieven (tegen 1988);
4. conclusies en aanbevelingen (begin 1988).

**BIDOC 87.01 Kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg**
Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Literatuurstudie/rapportage.
Uitvoering: Mw. J..H. Rengelink, arts o.l.v. Dr. D. Wijkel.
Afronding : 1988/1989.

Het meten van kwaliteit van zorg in ruime zin is een noodzakelijke stap voor het uitvoeren van evaluatie-onderzoek dat zich tot dusver vooral op externe zaken als 'kosten' en op interne procesmatige zaken richtte. In het hierboven genoemde literatuuronderzoek zal gepoogd worden om alle concreet gemeten vormen van 'kwaliteit van zorg' te inventariseren en op mogelijke bruikbaarheid te toetsen. Het betreft hier onderzoek bij huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundige zorg.

**BIDOC 87.02 Monografieën eerstelijnszorg in industriële samenlevingen.**

Financier : (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Projectvoorstel, literatuurstudie/rapportage.

Uitvoering: n.n. onder supervisie van Mw. Drs. A.K. de Leeuw, Dr. J. van der Zee.

Een overzicht van ontwikkelingen op het gebied van de eerstelijnszorg in industriële samenlevingen, kan voor het Nederlandse beleid van belang zijn. Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de organisatiestructuur van de eerstelijnszorg, de juridische en financiële aspecten van de zorg en vestigingsvoorwaarden voor de verschillende beroepen in EEG-verband.

**BIDOC 87.03 Leefstijl en gezondheidsgedrag**

Financier : NIVEL.

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Literatuurstudie/rapportage.

Uitvoering: Mw. Drs. A.K. de Leeuw

Gezien de nadruk die in het overheidsbeleid gelegd wordt op gezondheid, 'health for all in het jaar 2000' is het zinvol om aan de hand van literatuur na te gaan hoe verschillende leefstijlen van invloed kunnen zijn op de gezondheid, in hoeverre men, bijvoorbeeld door voorlichting, mensen zou kunnen beïnvloeden om gezonder te gaan leven en in hoeverre dit wenselijk is.

## 11.4 Registratie Wetenschappelijk Onderzoek

**BIDOC 88.01 (voorheen ALG 87.01)**

Financier : WVC (doelsubsidie).

Status : Continue aktiviteit. Activiteiten 1988: Jaarlijks overzicht en uitbreiding met kruiswerk, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk.

Uitvoering: Mw. Drs. A.K. de Leeuw, Mw. E. Becht-Melai.

In het registratiesysteem van lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn wordt van elk onderzoek een serie gegevens verzameld over mankracht en middelen, inhoud en methodiek en produkten in termen van publikaties.

Jaarlijks verschijnt een overzicht van de lopende onderzoekingen, terwijl de kwantitatieve informatie verwerkt wordt in statistische overzichten ten dienste van de onderzoeksprogrammering.
In deze onderzoeksprogrammering vervult het NIVEL een inventariserende en signalerende functie; men zou dit kunnen betitelen als worden gebruikt ten behoeve van een programmerende functie, maar dit is afhankelijk van de uiteindelijke organisatie van het (toegepaste) wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg.
Nieuw in 1987 is opname van al het onderzoek op de gebieden van het kruiswerk, de gezinsverzorging en het algemeen maatschappelijk werk, waardoor de eerstelijnsfunctie van het project versterkt wordt. Het project is per september 1987 organisatorisch ondergebracht bij de afdeling bibliotheek en documentatie.

**NIEUW BIDOC 88.02 Registratie projecten ter verbetering relatie 1e/2e lijn**

Financier : WVC.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Opzet en uitvoering 1e rapportage.
Uitvoering: n.n. onder supervisie van Mw. Drs. A.K. de Leeuw.

Analoog aan de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek zal een registratie van initiatieven ter verbetering van de relatie 1e/2e lijn worden opgezet.

# 12. OVERIGE ACTIVITEITEN

## 12.1. Inleiding

Onder 'overige activiteiten' vallen zaken met meer algemeen karakter, die niet goed bij een van de vorige (thematische) hoofdstukken ondergebracht kunnen worden zoals congressen, symposia of overzichtsstudies.
Op het vlak van symposia is herhaling van het eind 1984 georganiseerde algemeen congres 'de eerstelijn onderzocht' naar 1989 verschoven. Eens per vijf jaar lijkt een voldoende frequentie voor een dergelijke onderneming. Het feit dat het in 1990 vijf jaar geleden zal zijn dat het NIVEL werd opgericht, geeft mogelijk aanleiding tot een Engelstalige overzichtspublikatie, waarin ook buitenlands onderzoek wordt betrokken.
Een nieuwe ontwikkeling is het 'projectbureau eerste/tweede lijn', een gezamenlijk initiatief van NIVEL en Prof. Dr. J.C. van Es. Het bureau krijgt een zelfstandige functie; het NIVEL zal zich vooral met inventariserende activiteiten bezighouden analoog aan de functie van onze Registratie Wetenschappelijk Onderzoek.
Deze beide projecten zijn overigens in dit werkplan niet meer in dit hoofdstuk te vinden, maar in hoofdstuk 11 - bibliotheek en documentatie. Het volgende project uit het vorige werkplan is komen te vervallen:

| | | |
|---|---|---|
| ALG 87.03. | Opbouw gegevensbestand per gemeente. | Oneigenlijke taak NIVEL, ook gezien het verwachte geringe gebruik. |

## 12.2. Projecten

**ALG 87.02 Projectbureau eerste/tweede lijn**
Financier : WVC.
Status : Uitvoering. Activiteiten 1988: Uitvoering.
Uitvoering: Mw. V. Wittenberg onder supervisie van een stuurgroep onder voorzitterschap van Prof. Dr. J.C. van Es, waarin ook het NIVEL zitting heeft.

Dit initiatief van Prof. Dr. J.C. van Es en NIVEL heeft tot doel:

1. Om een overzicht te bieden van initiatieven, ontwikkelingen en experimenten in de relatie tussen eerste en tweede lijn;
2. als communicatieschakel te fungeren en kennis van het ene naar het andere initiatief over te dragen;
3. zelf initiatieven tot experimenten te nemen en ontluikende initiatieven te stimuleren.

Het NIVEL zal vooral een aandeel hebben in de eerstgenoemde doelstelling, waarbij aansluiting gezocht zal worden bij de bestaande Registratie Wetenschappelijk Onderzoek.
Het bureau krijgt een zelfstandige functie; de betrokken partijen zijn in het bestuur vertegenwoordigd.

**NIEUW ALG 88.03 Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg**

Financier : WVC/STG.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1988: Eerste fase, interimrapportage, loopt door in 1989.
Uitvoering: Dr. D. Wijkel, n.n.

Nederland is één van de drie Europese landen die in het kader van de planning van de gezondheidszorg, zoals die door de WHO wordt voorgestaan, een aantal scenarioprojecten uitvoert.
In een scenarioproject worden verschillende scenario's uitgewerkt. Scenario's kunnen worden gedefiniëerd als een beschrijving van de samenleving of een gedeelte daarvan, van mogelijke toekomstige toestanden van die samenleving, alsmede van reeksen van gebeurtenissen die vanuit de huidige toestand naar die nieuwe toestand zouden kunnen leiden.
De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) heeft in 1987 aan het NIVEL gevraagd een voorstudie te verrichten naar de mogelijkheid om op het terrein van de EL(G)Z een scenarioproject uit te voeren.
Eén van de vraagstellingen in het vooronderzoek was, welk onderdeel van de EL(G)Z zich voor een scenariostudie leent. Gekozen is voor een studie waarin zowel de ontwikkelingen binnen de thuiszorg als de ontwikkelingen in de relatie tussen eerste en tweede lijn worden onderzocht.
De eerste fase van het project zal vooral gewijd zijn aan het opstellen van modellen op de genoemde terreinen.
De vraag naar verpleging en verzorging thuis en het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen en verpleegtehuizen vormen belangrijke ingrediënten voor de modellen waar de thuiszorg centraal staat. De vraag

naar huisartsenhulp en het aantal verwijzingen naar de specialist komt aan de orde in modellen over de relatie eerste-tweede lijn.
De modellen kunnen gebruikt worden voor het vooruitberekenen van het gebruik van voorzieningen op basis van autonome ontwikkelingen in de demografie. Ook aan ontwikkelingen in het aantal hulpverleners en de samenhang van de voorzieningen zal aandacht besteed worden.
In de laatste fases van het project zullen alternatieve toekomstbeelden aan de orde komen.

## 12.3. Congressen en symposia

**WHO ALG 88.01 Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg**
Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: 'Call for papers' aankondiging.
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra en congressecretariaat.

Thuisverpleging is een verschijnsel dat in toenemende mate een wereldwijde aandacht verkrijgt en verdient. Een internationale conferentie over deze vorm van zorg, waarin de organisatie van de zorg in verschillende landen wordt belicht en resultaten van wetenschappelijk onderzoek over vraag en aanbod van zorg worden uitgewisseld, vormt een goede gelegenheid om kennis te nemen van wat er zoal op dit vlak gepresenteerd wordt en om de NIVEL-onderzoekingen en de Nederlandse situatie meer bekendheid te geven.

**ALG 88.02 Symposium onderzoek wijkverpleegkunde**
Financier : (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Aankondiging.
Uitvoering: Mw. Dr. A. Kerkstra.

Als eind 1987 de eerste resultaten van het NIVEL-onderzoeksprogramma op het vlak van wijkverpleegkundige zorg kunnen worden gepresenteerd, verdient het aanbeveling om deze te bespreken in de kring van wijkziekenverzorgenden, wijkverpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen (het 'veld'). In 1988 zal hiertoe een symposium worden georganiseerd, deelname vanuit het 'veld' staat hierbij voorop.

**NIEUW ALG 89.01 Symposium onderzoek eerste lijn**
Financier : NIVEL/WVC(?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1988: Eerste aankondiging

Het eind 1984 gehouden symposium 'onderzoek eerstelijn' was een duidelijk succes en gaf een goede doorsnede van het eerstelijns onderzoek in die periode. Vijf jaar is een goede termijn om de balans weer eens op te maken en onderzoekers weer de gelegenheid te geven hun resultaten te presenteren. Het overzicht kan dan - naast een Nederlands - ook een internationaal tintje krijgen.

**Pro memorie**

Overzichtsstudie Onderzoek Eerstelijn.
Een periode van vijf jaar is beter geschikt om weer eens een dwarsdoorsnede van het 'eerstelijnsonderzoek' te geven dan de in het werkplan 1986 genoemde termijn van 3 jaar.
Dat geldt ook voor de voorgenomen herhaling van de eind 1985 uitgebrachte Overzichtsstudie Onderzoek Eerstelijn.
Voor het symposium is 1989 en voor de overzichtsstudie 1990 voorzien. De overzichtsstudie valt samen met het feit dat 5 jaar daarvoor het NIVEL werd opgericht.

# 13. SAMENVATTING

## 13.1. Inleiding

**Hoofdstukindeling, thema's en projectleiders luiden als volgt:**

Hoofdstuk 2 Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg - Dr. J. van der Zee, Dr. P.P. Groenewegen

Hoofdstuk 3 Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg - Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Hoofdstuk 4 Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg - Dr. P.F.M. Verhaak

Hoofdstuk 5 Samenwerking en samenhang in de eerste lijn - Dr. D. Wijkel

Hoofdstuk 6 Volume- en functie-aanbod in de ELGZ - Dr. L. Hingstman

Hoofdstuk 7 Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk - Mw. Dr. M. Foets, J. van der Velden, arts

Hoofdstuk 8 Paramedische beroepen - vacature

Hoofdstuk 9 Extramurale verpleging - Mw. Dr. A. Kerkstra

Hoofdstuk 10 Hulpvraag en hulvrager in de eerste lijn - Drs. L. Peters

Hoofdstuk 11 Bibliotheek en documentatie - Mw. Drs. A.K. de Leeuw

Hoofdstuk 12 Overige activiteiten

## 13.2. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Nog steeds wordt de behoefte gevoeld de gezondheidszorg op andere leest te schoeien. Een blik over de grens kan een antwoord geven op de vraag of men er elders wel in slaagt de beheersbaarheid van de kosten van de gezondheidszorg te vergroten zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van de zorg en de verworven rechten van patiënten. In de meeste systemen van gezondheidszorg heeft men te kampen met dezelfde soort problematiek als in Nederland. In Nederland doen echter beginselen als concurrentie en marktgerichtheid opgeld terwijl in andere landen, met name in Zuid-Europa, juist een sterkere overheidsbemoeienis kan worden geconstateerd.

De problematiek kan op twee manieren worden benaderd. In de eerste plaats kan men zoeken naar systemen van gezondheidszorg in industriële samenlevingen waar bijvoorbeeld de stijging van de kosten van zorg beperkt is gebleven zonder dat dit evident ten koste gaat van

de kwaliteit van de zorg of de verworven rechten van patiënten. Vervolgens zoekt men naar systemen die op belangrijke kenmerken van het Nederlandse systeem verschillen om te zien, wat er zou gebeuren als bij ons deze kenmerken zouden worden veranderd. De voor het zoeken van relevante vergelijkingsobjecten van belang zijnde eigenschappen van de Nederlandse gezondheidszorg zijn geïnventariseerd zodat de keuze van vergelijkingsobjecten gemakkelijker is geworden. In het bijzonder valt te noemen het systeem in Denemarken waar tot medio 1987 twee stelsels van honorering van de huisarts naast elkaar bestonden: binnen Kopenhagen eenzelfde type abonnementshonorarium als in Nederland en buiten Kopenhagen een gemengd abonnements/verrichtingen systeem. Het Kopenhaagse systeem is medio 1987 vervangen door het gemengde systeem. Mits adequate vervolg-financiering wordt gevonden - de voormetingen hebben reeds plaats gevonden - zullen de nametingen in het nieuwe systeem meer zicht verschaffen op de invloed van de financiële prikkels op het functioneren van huisartsen en kan vergelijking met Nederland mogelijk aanwijzingen geven over wat er bij ons kan gebeuren bij de vergelijkbare maatregel.
Een tweede manier van analyseren is dat men systemen van gezondheidszorg als object van onderzoek beschouwt en probeert op kwantitatieve wijze relaties vast te stellen tussen bijvoorbeeld de mate van echelonnering van het systeem en de taakopvatting en taakuitoefening van huisartsen en specialisten. Deze methodiek wordt altijd beperkt door het betrekkelijk geringe aantal mogelijke systemen van gezondheidszorg waarover de studies zouden kunnen gaan, maar het boeiende is, dat men uit kan stijgen boven loutere descriptie. Een internationaal vergelijkend onderzoek naar de relatie tussen financiële incentives en echelonnering enerzijds en taakopvatting en werkwijze van huisartsen en specialisten anderzijds zou een aantal verwachtingen over de invloed van deze factoren op keuzemogelijkheden voor patiënten kunnen toetsen.
De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 2 INT 84.03 | Verwijscijfers in Nederland en Denemarken: evaluatie van de opheffing van het Kopenhaagse systeem van honorering per abonnement van de huisarts (materiaalverzameling, eerste analyses) |
| Hoofdstuk | 2 INT 85.01 | Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap (afronding rapportage) |

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 2 INT 85.02 | Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen (afsluitende publicatie) |
| Hoofdstuk | 2 INT 87.01 | WHO-Collaborating centre for primary health care (uitvoeren werkprogramma) |
| Hoofdstuk | 2 INT 87.02 | WHO-studie: "Primary health care after the Bordeaux Conference" (afronding rapportage) |
| Hoofdstuk | 2 INT 87.03 | Regionale analyse van Europese systemen van gezondheidszorg: vergelijking van Nederland, België en Noord-Frankrijk (analyse gegevens, publicatie) |
| NIEUW | 2 INT 88.01 | Internationale vergelijking van taakverdeling tussen huisarts en specialist (projectvoorstel) |
| NIEUW | 2 INT 88.02 | Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg (voorbereiding) |
| Hoofdstuk | 7 PEIL 87.01 | Deelname aan het International Primary Care Network |
| Hoofdstuk | 12 ALG 88.01 | Internationale Conferentie extramurale verpleegkundige zorg |

## 13.3. Relatie tussen eerste en tweede lijn

In de relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg staat het sinds jaren gehuldigde principe van de echelonnering op dit moment wat minder centraal. De noodzakelijk geachte kostenbesparing in de gezondheidszorg denkt men te bereiken door het instellen van eigen bijdragen voor patiënten en het stimuleren van concurrentie tussen de zorgverstrekkers. Speciale aandacht zal daarom worden gegeven aan de gevolgen van commercialisering en het invoeren van eigen bijdragen.
Een belangrijk deel van het onderzoek rond het thema $1^e/2^e$ lijn is gewijd aan het evalueren van al dan niet bewust gestructureerde pogingen om de invloed van de 'eerste lijn' op de produktie van intramurale zorg te vergroten. Soms wordt de 'spontane' invloed onderzocht. Maar vaker nog worden experimenten (andere honorering van huisartsen, experimenten op het vlak van de thuiszorg) op hun substitutie-effect bekeken.
Nieuw onderzoek wordt opgezet naar de invloed van technologische ontwikkelingen in de eerste lijn, terwijl in de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, verwijzingen van huisartsen en nazorg na ontslag uit het ziekenhuis diepgaand zullen

worden bestudeerd. De 'invloed van de huisarts in de tweede lijn' vormt het onderwerp van het promotie-onderzoek van de projectleider. De volgende projecten zijn rond het thema 'relatie 1e/2e lijn' geformuleerd (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 3 REL 84.03 | Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen (pilot-study) |
| Hoofdstuk | 3 REL 86.01 | De invloed van de huisarts in de tweede lijn (materiaalbewerking) |
| Hoofdstuk | 3 REL 87.03 | Ziekenhuis Lelystad: een follow-up studie |
| Hoodstuk | 3 REL 87.04 | Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten (interimrapportage, materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 3 REL 87.05 | Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsiepatiënten (materiaalverzameling, rapportage) |
| NIEUW | 3 REL 88.01 | Verwijsbrieven en specialistenbrieven (materiaalverzameling, rapportage) |
| NIEUW | 3 REL 88.02 | Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek (nieuw onderzoeksvoorstel) |
| NIEUW | 3 REL 88.03 | Evaluatie van 'De nieuwe verloskundige indicatielijst' (uitwerken plannen evaluatie onderzoek) |
| NIEUW | 3 REL 88.04 | Substitutie van zorg tussen eerste en tweede lijn door deskundigheidsbevordering huisartsen via nascholing en toetsing (materiaalverzameling) |
| NIEUW | 3 REL 88.05 | Evaluatie project samenwerking 1e - 2e lijn VU (materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 3 REL 88.06 | Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing (materiaalverzameling, rapportage) |
| Hoofdstuk | 7 NAT 87.09 | Verwijzingen van huisartsen |
| Hoofdstuk | 7 NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg |
| Hoofdstuk | 11 BIDOC 88.02 | Registratie projecten ter verbetering relatie 1e/2e lijn |
| Hoofdstuk | 12 ALG 87.02 | Projectbureau eerste/tweede lijn |

## 13.4. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn wordt voornamelijk verzorgd door huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en andere hulpverleners. Van een verwijzing naar de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg is slechts zelden sprake.
Om deze reden zijn onderzoeksprojecten die in de vorige werkplannen in twee hoofdstukken stonden vermeld (relatie eerste lijn/GGZ en Hulpverleningsprocessen) definitief bij elkaar gevoegd. Studie van de relatie eerste lijn/GGZ is niet denkbaar zonder onderzoek naar psycho-sociale hulpverlening in de 'eerste lijn'. Pas dan kan men onderzoeken wat 'de eerste lijn aan kan' op het gebied van hulpverlening bij psycho-sociale problematiek en kan men bestuderen hoe het selectie- en verwijsproces in zijn werk gaat. De presentatie van psycho-sociale problemen aan hulpverleners is een onderwerp van onderzoek op zich zelf, dat in de bevolkingsenquête van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk zal worden onderzocht. In het onderzoeksprogramma rond presentatie, detectie en behandeling van psycho-sociale problemen zal bovendien aandacht worden geschonken aan de **effecten** van behandelingsvormen.
De volgende projecten maken deel uit van het thema (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 4 PSH 84.01 | Wisselende gespreksmodellen (analyse) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.01 | Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk (materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 10 PSH 87.01a | Hulpzoeken bij psychosociale problemen |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.01b | Psychosociale klachten: een dwarsdoorsnede |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.01c | Het beloop van psychosociale klachten |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.02 | Hulpverlening bij psychische klachten door de algemeen maatschappelijk werker (materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.03 | Psychologen in de eerste lijn (materiaalverzameling, rapportage) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 87.04 | Evaluatie experimenten Psychologen in de eerste lijn (onderzoeksvoorstel) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 88.01 | Uitbreiding videotheek (invoering gegevens) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 88.02 | Pillen of praten (publicatie) |
| Hoofdstuk | 4 PSH 88.03 | Van klacht tot diagnose (begin uitvoering) |
| Hoofdstuk | 4 GGZ 85.02 | AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze (onderzoeks- |

| | | |
|---|---|---|
| | | voorstel) |
| Hoofdstuk 4 | GGZ 86.01 | Het verwijzen van psychosociale problematiek door huisartsen; een onderzoek bij de peilstationspraktijken (analyse, eindrapportage) |

## 13.5. Samenwerking en samenhang in de eerste lijn

Het lijkt er op dat het huidige beleid van stimulering van multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg aan de grenzen van zijn mogelijkheden is gekomen: wil men nu nog bestaande obstakels (afstemming werkgebieden van de verschillende disciplines in de eerste lijn, het minder dominant laten zijn van de solistisch werkende hulpverlener) uit de weg ruimen dan zijn algemeen geldende maatregelen nodig.
Dit vormt een duidelijke taakopdracht voor het onderzoek; als dat niet duidelijk kosten en baten afweegt zijn ingrijpende beleidsbeslissingen niet stevig genoeg onderbouwd.
Naast de multidisciplinaire samenwerking wordt ook aandacht besteed aan de samenwerking tussen twee disciplines, en ook aan de samenwerking binnen een discipline (monodisciplinair). Vooral van de laatstgenoemde vorm worden substantiële effecten verwacht op het vlak van onderlinge ondersteuning en toetsing.
Wat betreft toekomstige ontwikkelingen moet worden gewezen op het belang van een beginnende en verdergaande samenwerking van openbare gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg. Het WHO-begrip 'primary health care' omvat beide vormen van zorg; deze zijn in Nederland tamelijk strikt gescheiden.
Niet alleen 'samenwerking' valt onder dit hoofdstuk; ook 'samenhang' van voorzieningen wordt hier bestudeerd. Vooral 'samenhang' op bestuurlijk en organisatorisch niveau. De gezondheidszorg in Almere bijvoorbeeld wordt (mede) door het NIVEL op zijn effecten bekeken.
De volgende projecten maken deel uit van het thema (tussen haken de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 5 | ROS 85.01 | Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (jaarlijkse rapportage) |
| Hoofdstuk 5 | ROS 85.01a | Basisgegevens van home-teams en gezondheidscentra (jaarlijkse rapportage) |
| Hoofdstuk 5 | ROS 86.01 | Evaluatie van specifieke vormen van samenwerking (gegevens verzamelen, eerste rapportage) |

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 5 ROS 87.01 | Afstemming doelpopulaties in de praktijk van hulpverlening (materiaalverwerking, rapportage) |
| Hoofdstuk | 5 ROS 87.02 | Stagnatie in de groei van het aantal gezondheidscentra (onderzoeksvoorstel) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 85.02 | Afstemming werkgebieden van eerstelijnsdisciplines, een globale inventarisatie (eindrapportage) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 86.01 | Samenwerken en fysiotherapie (materiaalbewerking, rapportage) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 86.03 | Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen (afronding vooronderzoek) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 87.01 | Samenwerking reguliere en alternatieve genezers |
| Hoofdstuk | 5 SAM 87.01a | Haalbaarheid samenwerkingsexperimenten (invitational conference, eindrapportage) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 87.01b | Huisarts en alternatieve geneeswijzen (materiaalverzameling, analyse) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 87.01c | Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen (-) |
| Hoofdstuk | 5 SAM 88.01 | Evaluatie onderlinge consultatie van huisartsen (uitwerking van het onderzoek; materiaalbewerking) |
| NIEUW | 5 SAM 88.03 | De uitvoering van het vestigingsbeleid huisartsen door gemeenten (materiaalverzameling, rapportage) |
| Hoofdstuk | 5 REL 84.02 | Evaluatie gezondheidszorg Almere (materiaalverzameling, analyse) |
| Hoofdstuk | 5 REL 84.02a | Patiënten met rugklachten (materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 5 REL 84.02b | Almere - Nationale Studie (materiaalverzameling en bewerking) |
| Hoofdstuk | 5 REL 84.02c | Wijkverpleegkundige zorg (materiaalverzameling) |
| NIEUW | 12 ALG 88.03 | Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg |

## 13.6. Volume- en functie-aanbod in de eerste lijn

Men kan de aandacht pas goed naar de behoefte aan en de vraag naar gezondheidszorg verschuiven als de aanbodzijde van de zorg evenwichtig is gespreid en beleidsmakers niet meer voor verrassingen stelt.

Daarnaast blijft een goed zicht op de spreiding van het aanbod van belang voor het voorbereiden en evalueren van maatregelen die het opheffen van onevenwichtigheden beogen.
Continue 'monitoring' van beroepsbeoefenaars in de periode tussen het verlaten van de opleiding en het moment van vestigen geeft een goed beeld van de aansluiting van opleidingen en beroepspraktijk.
De registratiesystemen van gevestigde en nog-niet gevestigde hulpverleners zullen, zo wordt voorgesteld, worden uitgebreid met een registratie van apothekers.
Samengevat kan het onderzoeksprogramma binnen het themagebied als volgt worden weergegeven:

- In stand houden bestaande registratiesystemen en een uitbreiding met een registratiesysteem apothekers;
- Uitbreiding van het onderzoek binnen de sector paramedische beroepen.
- Onderzoek naar effecten van regionale onevenwichtigheid in het zorgaanbod in de eerste lijn en naar de aansluiting van aanbod op gebruik, zorgbehoefte en zorgvraag.
- Onderzoek naar functie-aanbod.

De volgende projecten zijn onder dit thema geformuleerd (tussen haken de verwachte produktie voor 1988):

**a. registratiesystemen**

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 6 | REG 84.01 en REG 84.02 | Registratie van gevestigde en nog niet gevestigde huisartsen (jaarlijkse rapportage) |
| Hoofdstuk 6 | REG 84.03 en REG 86.01 | Registratie van gevestigde en nog niet gevestigde verloskundigen (jaarlijkse rapportage) |
| Hoofdstuk 6 | REG 85.01 | Registratie fysiotherapeuten (vergelijking van gegevensbestanden) |
| Hoofdstuk 6 | REG 86.03 | Apothekersregistratie (verwerking enquête, presentatie eerste resultaten) |

**b. onderzoek**

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 6 | VFA 85.01 | Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie (eindrapport) |
| Hoofdstuk 6 | VFA 86.01 | Spreiding van eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden (presentatie resultaten) |
| Hoofdstuk 6 | VFA 87.04 | Inventarisatie van aantallen en functie van |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | waarneemgroepen van huisartsen (uitwerken onderzoeksopzet, materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk | 6 | VFA 88.01 | Verloskundige activiteiten van huisartsen (-) |
| NIEUW | 6 | VFA 88.03 | Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie (uitwerken onderzoeksvoorstel) |
| NIEUW | 6 | VFA 88.05 | Functie-aanbod van huisartsen (gegevensverzameling) |
| NIEUW | 8 | FYS 88.03 | Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn. |

## 13.7. Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk

Het onderzoeksprogramma voor dit themagebied bestaat uit de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en het nu achttien jaar bestaande peilstationsproject. Het doel van de Nationale Studie (een informatieverzameling waar 150 à 160 huisartsen in vier groepen van 40 drie maanden lang over een kalenderjaar gespreid, informatie over alle arts/patiëntcontacten verzamelen, aangevuld met een groot aantal patiëntenquêtes en dagboeken) is het verzamelen van die gegevens, die door de honorering per abonnement in de huisartspraktijk niet routinematig te voorschijn komen. Per contact wordt vastgelegd waarvoor de patiënt de arts bezoekt en wat er vervolgens gebeurt. De combinatie van 'morbiditeit' en 'verrichtingen' maakt het mogelijk om substitutie van verstrekkingen, gegeven de morbiditeit, te bestuderen.
De Nationale Studie is te beschouwen als een eenmalige materiaalverzameling ten behoeve van twaalf deelvraagstellingen, die in even zovele projecten worden beantwoord. Uiteraard kunnen nog vele andere vragen met dit rijke materiaal worden beantwoord; van de 12 deelprojecten staat echter a priori vast dat de benodigde informatie wordt verzameld. De materiaalverzameling loopt tot april 1988; de eerste resultaten kunnen eind 1988 worden verwacht. Verdere analyses in 1989 en verder.
De twaalf deelprojecten luiden als volgt:

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.01 | Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.02 | Huisarts en chronische aandoeningen (in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut) |

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.03 | Huisarts en preventie |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.04 | Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.05 | Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.06 | Verloskundige zorg door de huisarts |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.07 | Huisarts en fysiotherapeutische zorg |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.08 | Psycho-sociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie met (A)GGZ/AMW |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.09 | Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.11 | Werkbelasting in de huisartspraktijk |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.12 | Professionele zorg, zelf- en mantelzorg |

Binnen het **Peilstationsproject** zal gestreefd worden naar een vergroting van de hoeveelheid epidemiologisch relevante kenmerken van de patiëntenpopulatie, gelijktijdig met een modernisering van de materiaalverzameling, waarbij zal worden aangesloten bij de ervaring die in de Nationale Studie op dit vlak is opgedaan.
Tenslotte zal aansluiting worden gezocht met het International Primary Care Network.
De volgende projecten vinden binnen het peilstationsproject plaats (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 7 | PEIL 84.01 | Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (jaarlijkse rapportage) |
| Hoofdstuk 7 | PEIL 86.01 | Uitbreiding populatiekenmerken peilstationpraktijken (projectvoorstel) |
| Hoofdstuk 7 | PEIL 86.02 | Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing (boek) |
| Hoofdstuk 7 | PEIL 87.01 | Deelname aan het International Primary Care Network (deelname aan AIDS-project) |
| NIEUW 7 | PEIL 88.01 | Vragen over Aids (materiaalverzameling) |

## 13.8. Paramedische beroepen

Voor het eerst in dit werkplan is het themagebied 'Fysiotherapie' verbreed tot de paramedische beroepen. Voor deze verbreding van het themagebied zijn verschillende redenen aan te voeren. Enerzijds biedt de verwachte ontwikkeling van het onderzoek op het gebied van

de fysiotherapie de ruimte voor een uitbreiding en anderzijds rechtvaardigt de overeenkomstige situatie van paramedische beroepen in de eerste lijn een verbreding van het themagebied. Met name de overeenkomsten van structurele en inhoudelijke aard kunnen in dit licht genoemd worden, maar ook het feit dat er betrekkelijk weinig evaluatie-onderzoek gedaan is naar de resultaten van de behandelingen door paramedische beroepsbeoefenaren en dat er allerwege aangedrongen wordt op dergelijk onderzoek speelt hierbij een rol.
Op het gebied van de fysiotherapie is in de loop van de jaren onderzoek verricht naar onderwerpen als de ontwikkeling van het beroep en de organisatie, de wettelijke status van het beroep, het opbouwen van een economische positie, de ontwikkeling van de menskracht, het verwijsproces en de behandeling. Op grond van de ervaringen die daar bij opgedaan zijn, wordt er in eerste instantie naar gestreefd voor andere paramedische beroepen deze onderwerpen geconcentreerd te beschrijven in de vorm van monografieën. Het ligt in de bedoeling te beginnen met een monografie op het gebied van de logopedie. De volgende onderzoekingen staan bij dit thema vermeld (tussen haken de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 8 | FYS 85.03 | Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapeutische zorg (rapportage) |
| Hoofdstuk 8 | FYS 86.04 | Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten (instrumentontwikkeling) |
| Hoofdstuk 8 | FYS 87.01 | Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie (opzet van de gegevensverzameling) |
| Hoofdstuk 8 | FYS 88.02 | De resultaten van fysiotherapeutische behandeling bij specifieke klachten (start uitvoering) |
| NIEUW 8 | FYS 88.03 | Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn (projectvoorstel) |
| Hoofdstuk 5 | SAM 86.01 | Samenwerking en fysiotherapie |
| Hoofdstuk 6 | REG 85.01 | Registratie fysiotherapeuten |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.07 | Huisarts en fysiotherapeutische zorg |

## 13.9. Extramurale verpleging

Als toekomstige ontwikkelingen moeten worden voorspeld komt men meestal, enigszins voorspelbaar, bij 'vergrijzing' en 'dubbele vergrijzing' terecht. Bij 'wijkverpleegkundige zorg' echter is dit wel

degelijk een ingrijpende, zij het geleidelijk verlopende ontwikkeling. De taak van de thuisverpleging wordt zwaarder mede door de technologische vernieuwingen in en vooral rond het ziekenhuis. Het teruglopen van de gemiddelde verpleegduur per opname (ook weer een functie van technologische vernieuwing) verhoogt de belasting voor het thuisfront en de thuiszorg.
Het flexibel opvangen van deze ontwikkelingen vormt een belangrijke uitdaging voor het kruiswerk. Het is verheugend dat experimenten in de thuiszorg buiten bestaande regels kunnen worden uitgevoerd. Het nauwkeurig verslaan van de resultaten van dit type experimenten zal een belangrijke taak voor het NIVEL in de komende jaren vormen.
Op het gebied van de wijkverpleegkundige zorg staan de volgende projecten genoemd (tussen haakjes de voor 1988 verwachte produktie):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 9 | WIJK 87.01 | Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: beschrijvend onderzoek op nationale schaal (materiaalverzameling) |
| Hoofdstuk 9 | WIJK 87.02 | De zorg voor zuigelingen en kleuters: fase 2 (instrumentontwikkeling, materiaalverzameling, dataverwerking) |
| Hoofdstuk 9 | WIJK 87.04 | De zorgbehoefte ontleed (literatuurstudie, rapportage, onderzoeksvoorstel) |
| NIEUW 9 | WIJK 88.01 | Particuliere thuisverpleging (onderzoeksvoorstel) |
| NIEUW 9 | WIJK 88.02 | Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen (instrumentontwikkeling, consensusconferentie, interimrapportage, materiaalverzameling) |
| NIEUW 9 | WIJK 89.01 | Thuisverpleging in België en Nederland: een vervolgstudie |
| Hoofdstuk 3 | REL 84.02 | Evaluatie gezondheidszorg Almere |
| Hoofdstuk 3 | REL 84.03 | Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen |
| Hoofdstuk 3 | REL 87.04 | Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg |
| Hoofdstuk 12 | ALG 88.01 | Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg |
| Hoofdstuk 12 | ALG 88.02 | Symposium onderzoek wijkverpleegkunde |

## 13.10. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn

In het onderzoek in het themagebied 'Hulpvraag en hulpvrager' staat de hulpvrager als consument van de gezondheidszorgvoorzieningen centraal. Dit uit zich vooral in de onderwerpkeuze die nauw aansluit bij het belang of de belangstellingssfeer van de hulpvrager.
Het programma voor de jaren 1988/1989 bevat lopend onderzoek naar hulpzoeken bij psychosociale problemen en reeds in vorige jaren gepland onderzoek: de opzet van een consumentenpanel, een inventarisatie van wensen en ervaringen met betrekking tot kraamzorg en een onderzoek naar de invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekeringen op het gedrag van consumenten. Nieuw in dit programma is het voorgenomen onderzoek met als vraag hoe vaak (en op welke gebieden) patiënten in hun contact met huisartsen aandringen op diensten van hulpverleners, zonder dat de huisarts dat nodig vindt.
De volgende projecten staan bij dit thema vermeld (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 10 | VRA 86.01 | Een consumentenpanel (vooronderzoek en onderzoeksvoorstel) |
| Hoofdstuk 10 | VRA 87.01 | Kraamzorg: een inventarisatie van wensen en ervaringen (onderzoeksvoorstel) |
| Hoofdstuk 10 | PSH 87.01a | Hulpzoeken bij psychosociale problemen (afronding materiaalverzameling, start analyse) |
| Hoofdstuk 10 | VRA 88.01 | De invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op het gedrag van consumenten (mogelijk aanzet tot onderzoeksvoorstel) |
| NIEUW 10 | VRA 88.02 | Hulpvragen en versterking van de eerste lijn (mogelijk aanzet tot onderzoeksvoorstel) |
| Hoofdstuk 5 | SAM 87.01b | Huisarts en alternatieve geneeswijzen |
| Hoofdstuk 5 | SAM 87.01c | Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen |
| Hoofdstuk 5 | REL 84.02 | Evaluatie Gezondheidszorg Almere |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg |
| Hoofdstuk 7 | NAT 87.12 | Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg |
| Hoofdstuk 7 | PEIL 88.01 | Vragen over Aids |
| Hoofdstuk 9 | WIJK 87.02 | De zorg voor zuigelingen en kleuters: fase 2 |
| Hoofdstuk 9 | WIJK 87.04 | De zorgbehoefte ontleed |

## 13.11. Bibliotheek en Documentatie

De automatisering van de bibliotheek (in samenwerking met het Landelijk Centrum Dienstverlening GVO en het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) zal medio 1988 een feit zijn.
Inhoudelijke activiteiten worden gevormd door een nieuwe serie bibliografieën, waarvan de onderdelen hierna staan vermeld. Omvangrijker (meestal extern gefinancierde) projecten zijn als 'monografieën' vermeld.
De titels van de geplande bibliografieën voor 1988/1989 luiden als volgt:

| | |
|---|---|
| - Honorering per verrichting van (huis)artsen | 1988 |
| - Thuisverpleging buitenland, m.n. wijkverpleging | 1988 |
| - Compliantie | 1988 |
| - Maatschappelijk werkenden | 1988 |
| - Update psycholoog in de eerstelijn | 1988 |
| - Update verloskunde | 1988 |
| - SES en gezondheidsverschillen | 1988 |
| - Evaluatie thuiszorgexperimenten | 1988 |
| - Patiëntenorganisaties en de ELGZ | 1989 |
| - Patiëntensatisfactie: rapportage door patiënten | 1989 |
| - Nazorg in internationaal verband | 1989 |
| - Onderlinge consultatie huisartsen | 1989 |
| - Chronische aandoeningen en huisarts | 1989 |

Als projecten staan de volgende onderwerpen vermeld:

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 86.01 | Automatisering bibliotheek (invoering) |
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 86.02 | Beleid rond de eerstelijnsgezondheidszorg (eindrapportage) |
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 87.01 | Kwaliteit in de eerste lijn (literatuurstudie/rapportage) |
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 87.02 | Monografieën eerstelijnszorg in industriële samenlevingen (voorstel, literatuurstudie, rapportage) |
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 87.03 | Leefstijl en gezondheidsgedrag (literatuurstudie, rapportage) |
| Hoofdstuk 11 | BIDOC 88.01 | Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (jaarlijkse rapportage) |
| NIEUW 11 | BIDOC 88.02 | Registratie projecten ter verbetering relatie 1e/2e lijn |

## 13.12. Overige activiteiten

Onder dit hoofdstuk vallen symposia en congressen, en algemene zaken die niet bij een themagebied zijn onder te brengen.
Voorgesteld wordt om de in 1985 verschenen Overzichtsstudie onderzoek eerstelijn in 1990 (bij het eerste lustrum van het NIVEL) te herhalen evenals de conferentie 'De eerste lijn onderzocht' en de literatuurstudie en de deelname een internationaal karakter te geven.
De volgende projecten staan onder dit thema genoemd (tussen haakjes de verwachte produktie in 1988):

| | | |
|---|---|---|
| Hoofdstuk | 12 ALG 87.02 | Projectbureau eerste/tweede lijn (inventarisatie en opzet experimenten) |
| Hoofdstuk | 12 ALG 88.01 | Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg ('call for papers' aankondiging) |
| Hoofdstuk | 12 ALG 88.02 | Symposium onderzoek wijkverpleegkunde (aankondiging) |
| NIEUW | 12 ALG 88.03 | Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg (interimrapportage) |
| NIEUW | 12 ALG 89.01 | Symposium onderzoek eerste lijn (eerste aankondiging) |

## 14. LIJST VAN PROJECTEN

### INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG


| | | pag |
|---|---|---|
| INT 84.03 | Verwijscijfers in Nederland en Denemarken: evaluatie van de opheffing van het Kopenhaagse systeem van honorering per abonnement van de huisarts | 17 |
| INT 85.01 | Inventarisatie van systemen van gezondheidszorg in de Europese Gemeenschap | 18 |
| INT 85.02 | Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen | 18 |
| INT 87.01 | WHO-Collaborating centre for primary health care | 19 |
| INT 87.02 | WHO-studie: "Primary health care after the Bordeaux Conference" | 20 |
| INT 87.03 | Regionale analyse van Europese systemen van gezondheidszorg: vergelijking van Nederland, België en Noord-Frankrijk | 20 |
| INT 88.01 | Internationale vergelijking van taakverdeling tussen huisarts en specialist | 20 |
| INT 88.02 | Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg | 21 |
| PEIL 87.01 | Deelname aan het International Primary Care Network | 86 |
| ALG 88.01 | Internationale Conferentie extramurale verpleegkundige zorg | 117 |


### RELATIE TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG


| | | |
|---|---|---|
| REL 84.03 | Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen | 25 |
| REL 86.01 | Invloed van de huisarts in de tweede lijn | 25 |
| REL 87.03 | Ziekenhuis Lelystad: een follow-up studie | 26 |
| REL 87.04 | Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten | 27 |
| REL 87.05 | Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsiepatiënten | 28 |
| REL 88.01 | Verwijsbrieven en specialistenbrieven | 28 |
| REL 88.02 | Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek | 29 |
| REL 88.03 | Evaluatie van 'De nieuwe verloskundige indicatielijst' | 29 |

pag

REL 88.04 Substitutie van zorg tussen eerste en tweede lijn door deskundigheidsbevordering huisartsen via nascholing en toetsing 30
REL 88.05 Evaluatie project samenwerking 1e - 2e lijn VU 31
REL 88.06 Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing 31
NAT 87.09 Verwijzingen van huisartsen 79
NAT 87.10 Nazorg en continuïteit van zorg 81
BIDOC 88.02 Registratie projecten ter verbetering van de relatie 1e/2e lijn 114
ALG 87.02 Projectbureau eerste/tweede lijn 115

**EERSTE LIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

PSH 84.01 Wisselende gespreksmodellen 37
PSH 87.01 Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk 37
PSH 87.01a Hulpzoeken bij psychosociale problemen 105
PSH 87.01b Psychosociale klachten: een dwarsdoorsnede 38
PSH 87.01c Het beloop van psychosociale klachten 38
PSH 87.02 Hulpverlening bij psychische klachten door de algemeen maatschappelijk werker 39
PSH 87.03 Psychologen in de eerste lijn 39
PSH 87.04 Evaluatie Experimenten Psychologen in de eerste lijn 40
PSH 88.01 Uitbreiding videotheek 41
PSH 88.02 Pillen of praten 41
PSH 88.03 Van klacht tot diagnose 41
GGZ 85.02 AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze 42
GGZ 86.01 Het verwijzen van psychosociale problematiek door huisartsen; een onderzoek bij de peilstation-praktijken 42
NAT 87.08 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk in de relatie met AMW/(A)GGZ 79

**SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE EERSTE LIJN**

ROS 85.01 Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden 47
ROS 85.01a Basisgegevens van home-teams en gezondheidscentra 48
ROS 86.01 Evaluatie van specifieke vormen van samenwerking 48
ROS 87.01 Afstemming van doelpopulaties in de praktijk van de hulpverlening 48

pag

ROS 87.02 Stagnatie in de groei van het aantal gezondheidscentra 49
SAM 85.02 Afstemming werkgebieden van eerstelijnsdisciplines, een globale inventarisatie 54
SAM 86.01 Samenwerken en fysiotherapie 49
SAM 86.03 Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen 52
SAM 87.01 Samenwerking reguliere en alternatieve genezers 50
SAM 87.01a Haalbaarheid samenwerkingsexperimenten 50
SAM 87.01b Huisarts en alternatieve geneeswijzen 51
SAM 87.01c Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen 51

SAM 88.01 Evaluatie onderlinge consultatie van huisartsen 53
SAM 88.03 De uitvoering van het vestigingsbeleid huisartsen door gemeenten 54
REL 84.02 Evaluatie gezondheidszorg Almere 55
REL 84.02a Patiënten met rugklachten 56
REL 84.02b Almere - Nationale studie 56
REL 84.02c Wijkverpleegkundige zorg 56
ALG 88.03 Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg 116

**VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTE LIJN**

REG 84.01 Huisartsenregistratie 61
REG 84.02 Registratie van nog niet gevestigde huisartsen 61
REG 84.03 Verloskundigenregistratie 61
REG 86.01 Registratie nog niet gevestigde verloskundigen 62
REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten 62
REG 86.03 Apothekersregistratie 63
VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie 64
VFA 86.01 Speiding van eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden 64
VFA 87.04 Inventarisatie van aantallen en functie van waarneemgroepen van huisartsen 65
VFA 88.01 Verloskundige activiteiten van huisartsen 66
VFA 88.03 Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie 66
VFA 88.05 Functie-aanbod van huisartsen 67
FYS 88.03 Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn 93

pag

**VRAAG/AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK**


| | | |
|---|---|---|
| NAT 87.01 | Een Nationale Studie van morbiditeit in de huisartspraktijk | 71 |
| NAT 87.02 | Huisarts en chronische aandoeningen | 72 |
| NAT 87.03 | Huisarts en preventie | 74 |
| NAT 87.04 | Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk | 75 |
| NAT 87.05 | Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk | 75 |
| NAT 87.06 | Verloskundige zorg door de huisarts | 77 |
| NAT 87.07 | Huisarts en fysiotherapeutische zorg | 77 |
| NAT 87.08 | Psycho-sociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie tussen de huisarts en de (a)ggz en het amw | 79 |
| NAT 87.09 | Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten | 79 |
| NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg | 81 |
| NAT 87.11 | Werkbelasting in de huisartspraktijk | 82 |
| NAT 87.12 | Professionele zorg, zelf- en mantelzorg | 82 |
| PEIL 84.01 | Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland | 84 |
| PEIL 86.01 | Uitbreiding Populatiekenmerken Peilstationpraktijken | 85 |
| PEIL 86.02 | Hoogtepunten uit het Peilstationsproject - een bloemlezing | 85 |
| PEIL 87.01 | Deelname aan het International Primary Care Network | 86 |
| PEIL 88.01 | Vragen over Aids | 86 |


**PARAMEDISCHE BEROEPEN**


| | | |
|---|---|---|
| FYS 85.03 | Vraag/aanbodmodellen in de fysiotherapeutische zorg | 90 |
| FYS 86.04 | Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten | 91 |
| FYS 87.01 | Beleidsgericht evaluatie- en effect-onderzoek Fysiotherapie | 91 |
| FYS 88.02 | De resultaten van fysiotherapeutische behandeling bij specifieke klachten | 93 |
| FYS 88.03 | Ontwikkeling en plaats van logopedie in de eerste lijn | 93 |
| SAM 86.01 | Samenwerking en fysiotherapie | 49 |
| REG 85.01 | Registratie fysiotherapeuten | 62 |
| NAT 87.07 | Huisarts en fysiotherapeutische zorg | 77 |

pag

**EXTRAMURALE VERPLEGING**

| | | |
|---|---|---|
| WIJK 87.01 | Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden: beschrijvend onderzoek op nationale schaal | 97 |
| WIJK 87.02 | De zorg voor zuigelingen en kleuters: fase 2 | 98 |
| WIJK 87.04 | De zorgbehoefte ontleed | 99 |
| WIJK 88.01 | Particuliere thuisverpleging | 99 |
| WIJK 88.02 | Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen | 100 |
| WIJK 89.01 | Thuisverpleging in België en Nederland: een vervolgstudie | 100 |
| REL 84.02 | Evaluatie gezondheidszorg Almere | 55 |
| REL 84.03 | Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen | 25 |
| REL 87.04 | Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten | 27 |
| NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg | 81 |
| ALG 88.01 | Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg | 117 |
| ALG 88.02 | Symposium onderzoek wijkverpleegkunde | 117 |

**HULPVRAAG EN HULPVRAGER IN DE EERSTE LIJN**

| | | |
|---|---|---|
| VRA 86.01 | Een consumentenpanel | 106 |
| VRA 87.01 | Kraamzorg: een inventarisatie van wensen en ervaringen | 104 |
| PSH 87.01a | Hulpzoeken bij psycho-sociale problemen | 105 |
| VRA 88.01 | De invloed van verschillende vormen van ziektekostenverzekering op het gedrag van consumenten | 107 |
| VRA 88.02 | Hulpvrager en versterking van de eerste lijn | 107 |
| SAM 87.01b | Huisarts en alternatieve geneeswijzen | 51 |
| SAM 87.01c | Reumatoloog en alternatieve geneeswijzen | 51 |
| REL 84.02 | Evaluatie Gezondheidszorg Almere | 55 |
| NAT 87.10 | Nazorg en continuïteit van zorg | 81 |
| NAT 87.12 | Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg | 82 |
| PEIL 88.01 | Vragen over Aids | 86 |
| WIJK 87.02 | De zorg voor zuigelingen en kleuters: fase 2 | 98 |
| WIJK 87.04 | De zorgbehoefte ontleed | 99 |

**BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE**

| | | |
|---|---|---|
| BIDOC 86.01 | Automatisering bibliotheek | 110 |

pag

BIDOC 86.02 Beleid rond de eerstelijnsgezondheidszorg 112
BIDOC 87.01 Kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg 112
BIDOC 87.02 Monografieën eerstelijnszorg in industriële samenlevingen 113
BIDOC 87.03 Leefstijl en gezondheidsgedrag 113
BIDOC 88.01 Registratie Wetenschappelijk Onderzoek 113
BIDOC 88.02 Registratie projecten ter verbetering relatie 1e/2e lijn 114

**OVERIGE ACTIVITEITEN**

ALG 87.02 Projectbureau eerste/tweede lijn 115
ALG 88.01 Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg 117
ALG 88.02 Symposium onderzoek wijkverpleegkunde (onderzoeksresultaten naar het veld vertaald) 117
ALG 88.03 Scenarioproject eerstelijnsgezondheidszorg 116
ALG 89.01 Symposium onderzoek eerste lijn 117

## 15. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL en LIJST VAN MEDEWERKERS

### 15.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1988

**Leden**

| | |
|---|---|
| Drs. Cl. Olthoff* | Voorzitter |
| Drs. R.W. Lubbers* | Secretaris |
| Mr. J.J. Reijerkerk* | Penningmeester |
| | **Voorgedragen door:** |
| H.A.M. Staring, arts* | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| Mw. Drs. M. Bertels | Landelijke Vereniging Gezondheidscentra |
| Prof. Dr. F.A. Vorst | Nationale Kruisvereniging |
| A. Monteny | Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| Drs. F.H. Werkman | Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen |
| Mr. R.J. Hofman | Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars |
| Mw. Drs. M.G. Andela* | Consumentenbond |
| R.W.H. Eichweber | Gehandicaptenraad |
| Dr. V.C.M.L. Tielens | Nederlands Huisartsen Genootschap |
| Prof. Dr. J.C. van Es | Staf NIVEL |
| Prof. Dr. H. Philipsen* | Staf NIVEL |
| Vacature | Staf NIVEL |

**Adviseurs**

| | |
|---|---|
| J. Bultman, arts | Ziekenfondsraad |
| Mw. Mr. P. Fontein | Nationale Raad voor de Volksgezondheid |
| Drs. F. Gardenbroek | Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg |
| M. Bonke | JOINT |
| Ir. G.L. Polderman | Centrale Raad voor de Gezinsverzorging |

* Lid Dagelijks Bestuur

| | |
|---|---|
| Dr. P.F.M. Verhaak | Ondernemingsraad NIVEL |
| Drs. P. Vlug | Nederlandse Organisatie van Verloskundigen |
| Vacature | Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid |

## 15.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1988

**Leiding**

| | | |
|---|---|---|
| 001 | Directeur | Mw. Drs. J.M. Bensing |
| 002 | Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek | Dr. J. van der Zee |
| 003 | Hoofd Algemene Zaken | T.J.M. De Jong |
| 004 | Adjunct-Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek | Dr. P.P. Groenewegen |

**Staf- en secretariaatfuncties**

| | | |
|---|---|---|
| 005 | Jurist/directie-secretaris | Mr. W.H. van Soeren |
| 006 | Adviseur automatisering | Drs. A.J. ten Hoopen |
| 007 | Wetenschappelijk assistent directeur | Vacature |
| 008 | Wetenschappelijk assistent hoofd W.O. | Vacature |
| 009 | Wetenschappelijk assistent adjunct-hoofd W.O. | H.G. Kroon |
| 010 | Wetenschapsjournalist | G.W. Olthof |
| 011 | Medewerker publiciteitsvormgeving | Mw. M.M. Cornelius |
| 012 | Medewerker secretariaat bestuur en hoofd A.Z. | Mw. J.D.M. Kerkhof |
| 013 | Medewerker secretariaat directeur | Mw. M. van Leeuwen |
| 014 | Medewerker secretariaat (adjunct-)hoofd W.O. | Mw. J.P. Sanders |
| 015 | Medewerker secretariaat publiciteit | Mw. J.A. Kroeze |
| 016 | Medewerker archiefbeheer | Mw. C.F. Hey |

**onderzoek**

**Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:**

| | | |
|---|---|---|
| (002) | Projectleiders | Dr. J. van der Zee |
| (004) | | Dr. P.P. Groenewegen |

Regionale analyse van Europese systemen van gezondheidszorg:

| | | |
|---|---|---|
| 017 | Assistent-onderzoeker | Drs. R.T.J. Hamers |

**Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg**

| | | |
|---|---|---|
| 018 | Projectleider | Drs. T.J.J.M.T. Kersten |
| 019 | Medewerker secretariaat | vacature |

Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten:

| | | |
|---|---|---|
| 020 | Onderzoeker | Drs. W.C. Zijlmans |
| 021 | Assistent-onderzoeker | Mw. Drs. A.M.G.J. de Wit |

Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwingen:

| | | |
|---|---|---|
| 022 | Onderzoeker | vacature |

Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen:

| | | |
|---|---|---|
| 023 | Assistent-onderzoeker | Mw. Drs. V.J.J. Schrijnemaekers |

**Themagebied Samenwerking en samenhang in de eerste lijn**

| | | |
|---|---|---|
| 024 | Projectleider | Dr. D. Wijkel |
| 025 | Medewerker secretariaat | Mw. S.J. Kerkhove |

Registratie en onderzoek van samenwerkingsverbanden:

| | | |
|---|---|---|
| 026 | Onderzoeker | Drs. W.G.W. Boerma |
| 027 | Wetenschappelijk assistent | Mw. Ir. N.E. Warmenhoven |
| 028 | Medewerker secretariaat | Mw. H.C. van Dijk |

Gemeentelijk beleid en afstemming van werkgebieden:

| | | |
|---|---|---|
| 029 | Onderzoeker | Drs. D.H. de Bakker |

Samenwerking reguliere en alternatieve genezers:

| | | |
|---|---|---|
| 030 | Onderzoeker | Drs. G.J. Visser |
| 031 | Onderzoeker | Drs. P.H. Kuindersma |

Evaluatie gezondheidszorg Almere:

| | | |
|---|---|---|
| 032 | Onderzoeker | Drs. H.J.M. Sixma |
| 033 | Veldwerkorganisator | Drs. M.G.A. Wiesman |
| 034 | Veldwerker | Drs. B.A. Brilleman |
| 035 | Veldwerker | Mw. Y.M. den Hartog |
| 036 | Veldwerker | Mw. M. Hol |
| 037 | Veldwerker | Drs. G.J. Jong |
| 038 | Veldwerker | Mw. Drs. E.D. Panneman |
| 039 | Veldwerker | Mw. Drs. S.N. Raes |
| 040 | Veldwerker | Drs. M.B.M. Soethout |

Versterking van de lokale organisatiestructuur van de beroepsgroep huisartsen:

| | | |
|---|---|---|
| 041 | Assistent-onderzoeker | Mw. Drs. D.M.J. Delnoy |

**Themagebied Volume- en functie-aanbod**

| | | |
|---|---|---|
| 042 | Projectleider | Dr. L. Hingstman |
| 043 | Medewerker secretariaat | vacature |

Registratie Beroepsbeoefenaren in de ELGZ/Registratie fysiotherapeuten:

| | | |
|---|---|---|
| 044 | Wetenschappelijk assistent | Drs. F. van Dam |
| 045 | Programmeur | P.W.A. Storck |
| 046 | Medewerker secretariaat | Mw. M. van Geelkerken |
| 047 | Administratief medewerker | Mw. A.C.T. Nijhof |
| 048 | Administratief medewerker | A.F. Scheepmaker |
| 049 | Administratief medewerker | A.J. Simons |

**Themagebied Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk**

| | | |
|---|---|---|
| 050 | Projectleider | Mw. Dr. M.M.E. Foets |
| 051 | Medewerker secretariaat | Mw. N.C. Termaat |

Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:

| | | |
|---|---|---|
| 052 | Projectleider | J. van der Velden, arts |
| 053 | Arts-onderzoeker | F. Schellevis, arts |
| 054 | Arts-onderzoeker | R. Edens, arts |
| 055 | Onderzoeker | Vacature |
| 056 | Veldwerkorganisator | Mw. Drs. J.A.M. Stapelbroek |
| 057 | Ass. veldwerkorganisator | Drs. G. Popkema |
| 058 | Systeemontwerper | G. Brunner |
| 059 | Systeemontwerper | Drs. J.N.H.M. van Snellenberg |

| | | |
|---|---|---|
| 060 | Operator | M.C.F. Ho-A-Hing |
| 061 | Medewerker secretariaat | Mw. I.M. Karamat Ali |
| 062 | Veldwerker | Mw. A. Bakker |
| 063 | Veldwerker | Mw. Drs. A.M.E. Bartels |
| 064 | Veldwerker | Mw. M.M. van Beekum |
| 065 | Veldwerker | Mw. J.F.G.M. van den Boogaard |
| 066 | Veldwerker | Mw. P.A. Boontje |
| 067 | Veldwerker | Mw. Drs. I.T. Bootsma |
| 068 | Veldwerker | Mw. A.C. Carels |
| 069 | Veldwerker | Mw. Drs. M.L. Castendijk |
| 070 | Veldwerker | Mw. Drs. M. van der Cruysen |
| 071 | Veldwerker | Drs. A.L.M. Dapper |
| 072 | Veldwerker | Mw. Drs. G. van Dijk |
| 073 | Veldwerker | M.J. Dijkstra |
| 074 | Veldwerker | Mw. J. Douma |
| 075 | Veldwerker | Drs. J.B.J. Dries |
| 076 | Veldwerker | Mw. A. Drost-Borst |
| 077 | Veldwerker | Mw. Drs. E. Dunneveld |
| 078 | Veldwerker | Drs. M.W. van Essen |
| 079 | Veldwerker | Drs. W.J.H. Goosens |
| 080 | Veldwerker | Mw. Drs. J.H. Groenleer |
| 081 | Veldwerker | Mw. A.M.G. Haarhuis |
| 082 | Veldwerker | Mw. Drs. M.A.P.E. Hageman |
| 083 | Veldwerker | Mw. Drs. I.M.J. Hermans |
| 084 | Veldwerker | Mw. M.J.B. Heijligers |
| 085 | Veldwerker | Drs. J.J. Hopman |
| 086 | Veldwerker | Mw. M.C.H. Joore |
| 087 | Veldwerker | Drs. A. de Klerk |
| 088 | Veldwerker | Mw. J.E.G.M. Kluijtmans |
| 089 | Veldwerker | Drs. G.P.J.M. Konings |
| 090 | Veldwerker | Mw. F. Lautenbach |
| 091 | Veldwerker | Mw. A. Nankman |
| 092 | Veldwerker | Drs. Oosterwijk |
| 093 | Veldwerker | Mw. A.W.J.M. op het Veld |
| 094 | Veldwerker | Mw. N.J. Pereira, huisarts |
| 095 | Veldwerker | Mw. C. van der Poel |
| 096 | Veldwerker | Mw. B.M. Saras |
| 097 | Veldwerker | Mw. L.H. Slootman |
| 098 | Veldwerker | J.P.C. van der Steen |
| 099 | Veldwerker | Drs. B.J. Steentjes |
| 100 | Veldwerker | Drs. L.J. Stokx |
| 101 | Veldwerker | Drs. R.H. Veenendaal |

| | | |
|---|---|---|
| 102 | Veldwerker | Mw. M.J.E.A. Vos |
| 103 | Veldwerker | D.E. de Vries |
| 104 | Veldwerker | Mw. Drs. T.C. Westrik |
| 105 | Veldwerker | Mw. Drs. F.P.H.S. Wilms |
| 106 | Veldwerker | Mw. Drs. B.M. de Witte-Doove |
| 107 | Data-typiste | Mw. E.W. Engels |
| 108 | Data-typiste | Mw. J.E.M. van Rooijen |
| 109 | Data-typiste | Mw. C. van Aalst-van Well |
| 110 | Data-typiste | Mw. M. Zweije |
| 111 | Data-typiste medicijnen | Mw. A.J. Besselse |
| 112 | Data-typiste medicijnen | Mw. K. Boshoven |
| 113 | Data-typiste medicijnen | Mw. H. Neomagus |
| 114 | Data-typiste medicijnen | Mw. S. van Schijndel |
| 115 | Data-typiste medicijnen | Mw. C. Stahlmecke |

Peilstations:

| | | |
|---|---|---|
| 116 | Arts-onderzoeker | A.I.M. Bartelds, arts |
| 117 | Medewerker secretariaat | Mw. M. van Valen |
| 118 | Medewerker secretariaat | Mw. E.E. Colet |

**Themagebied Eerste lijn en GGZ**

| | | |
|---|---|---|
| 119 | Projectleider | Dr. P.F.M. Verhaak |
| 120 | Medewerker secretariaat | Mw. A.C.A.M. Verweij |
| 121 | Student-assistent | Mw. J.P. Jol |

Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk:

| | | |
|---|---|---|
| 122 | Onderzoeker | Drs. H.J. Wennink |

Psychologen in de eerste lijn:

| | | |
|---|---|---|
| 123 | Onderzoeker | Drs. J.J.F. van Rooij |

**Themagebied Paramedische beroepen**

| | | |
|---|---|---|
| 124 | Projectleider | Vacature |
| 125 | Medewerker secretariaat | Vacature |

Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten:

| | | |
|---|---|---|
| 126 | Onderzoeker | Mw. Drs. E.M. Sluijs |
| 127 | Student-assistent | Vacature |

Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie:

| | | |
|---|---|---|
| 128 | Onderzoeker | Drs. J.J. Kerssens |

| | | |
|---|---|---|
| 129 | Consulent | Drs. E.Chr. Curfs, fysiotherapeut |

**Themagebied Extramurale verpleging**

| | | |
|---|---|---|
| 130 | Projectleider | Mw. Dr. A. Kerkstra |
| (19) | Medewerker secretariaat | Vacature |

De zorg voor zuigelingen en kleuters, fase 2:

| | | |
|---|---|---|
| 131 | Onderzoeker | Mw. Drs. J. Chatab |

Het werk van wijkverpleegkundigen, fase 2:

| | | |
|---|---|---|
| 132 | Onderzoeker | Mw. Drs. T.M.L. Vorst |
| 133 | Veldwerker | Vacature |

**Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de ELGZ**

| | | |
|---|---|---|
| 134 | Projectleider | Drs. L. Peters |
| (11) | Medewerker secretariaat | Mw. A.C.A.M. Verweij |

**onderzoek algemeen**

| | | |
|---|---|---|
| 135 | Programmeur algemeen | L.M. Fransen |
| 136 | Research-assistent | Mw. M.A. Boschman |
| 137 | Research-assistent | Mw. M.H. Duister |
| 138 | Research-assistent | J.V. Gravestein |
| 139 | Research-assistent | Mw. P. Swords, BSc |
| 140 | Research-assistent | J. Hoekstra |
| 141 | Medewerker secretariaat | Mw. E. Zoer |

**bibliotheek en documentatie**

| | | |
|---|---|---|
| 142 | Coordinator | Mw. Drs. A.K. de Leeuw |
| 143 | Bibliothecaris | Mw. I. de Garde |
| 144 | Documentalist | J.A.J. Kuylen |
| 145 | Medewerker bibliotheek en documentatie | Vacature |
| 146 | Medewerker classificatie en documentatie | Drs. P.M.J.R. van der Heijden |
| 147 | Medewerker secretariaat | Mw. M.E.H. Geelen |
| (160) | Administratief medewerker | Mw. C.M. Felperlaan |

Project automatisering:

| | | |
|---|---|---|
| 148 | Medewerker data-entry en documentatie | Drs. F. Wieman |
| 149 | Medewerker data-entry en documentatie | K. Dijkhuis |

Registratie wetenschappelijk onderzoek:

| | | |
|---|---|---|
| 150 | Medewerker | Mw. E. Becht |

Kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg:

| | | |
|---|---|---|
| 151 | Onderzoeker | Mw. J.M. Rengelink, arts |

**algemene dienst**

| | | |
|---|---|---|
| 152 | Administrateur | H.A.J. Buitinck |
| 153 | Assistent-administrateur | Vacature |
| 154 | Medewerker F&A | Mw. H.A.T. Besselse |
| 155 | Medewerker F&A | Mw. J.H. de Vlieger |
| 156 | Medewerker F&A (Nationale Studie) | vacature |
| 157 | Hoofd huishouding | Mw. L.M. Jurrius |
| 158 | Assistent Hoofd huishouding | Mw. C.E. Veldhuizen |
| 159 | Off-set drukker | A.F.D. Leerentveld |
| 160 | Medewerker receptie/ verzendafdeling | Mw. C.M. Felperlaan |
| 161 | Medewerker receptie/ verzendafdeling | Mw. W. Smit |
| 162 | Medewerker receptie/ beheer | W.L. Spruit |
| 163 | Schoonmaker | Mw. Th. Sieders |
| 164 | Schoonmaker | Mw. C. Drielinger |

**Projectbureau 1e-2e lijn**

| | | |
|---|---|---|
| 165 | Coordinator | Mw. V.L.M. Wittenberg |
| 166 | Wetenschappelijk medewerker | Vacature |
| 167 | Administratief medewerker | Vacature |