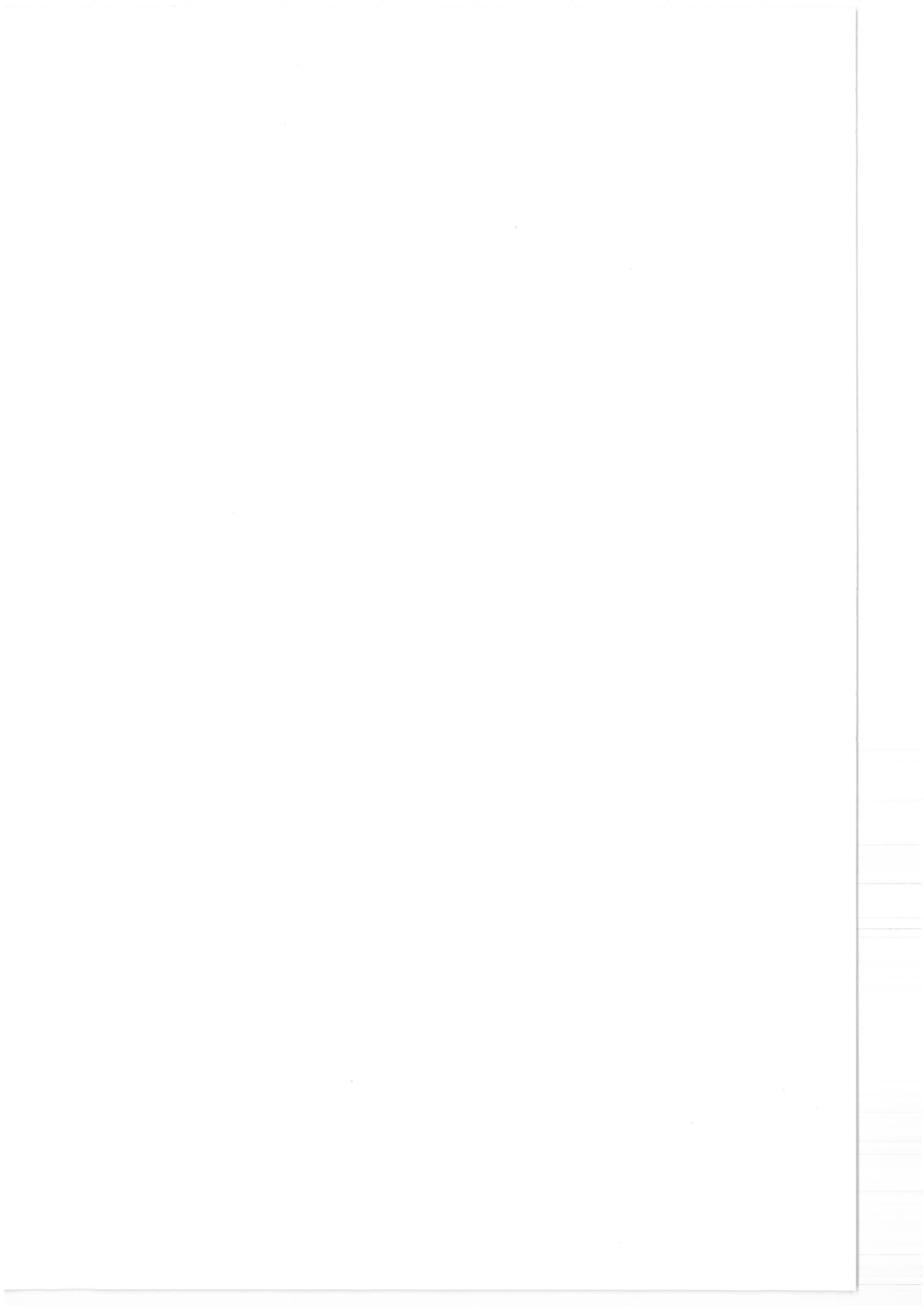


De Vier Landelijke Instituten Voor Gezondheidszorgonderzoek

EEN OVERZICHT VAN HET ONDERZOEK 1989

JUNI 1990



V O O R W O O R D

Sinds 1982 voeren vier niet-universitaire landelijke onderzoeksinstituten op het gebied van de gezondheidszorg regelmatig overleg op directieniveau: het zogenaamde "4-Institutenoverleg" van het Nationaal Ziekenhuis Instituut (Nzi), het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG/TNO).

Het doel van dit overleg is tweeledig.

Enerzijds is het een platform voor overleg, waar ervaringen op het terrein van het onderzoeksmanagement worden uitgewisseld, nieuwe ontwikkelingen worden doorgesproken, onderzoeksmateriaal en onderzoeksinstrumenten worden uitgewisseld en dergelijke.

Anderzijds heeft het 4-Institutenoverleg meer extern gerichte doelen zoals: het ontwikkelen van een visie op het onderzoeksbeleid op het terrein van de gezondheidszorg, het stimuleren van dit beleid, het verkennen van de plaats en betekenis van het gezondheidszorgonderzoek en het bevorderen van de kwaliteit van dit onderzoek.

Om deze doelstellingen te realiseren zijn in het kader van het 4-Institutenoverleg verschillende activiteiten ontplooid.

Zo heeft het 4-Institutenoverleg zich gemengd in de discussie over de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland. Hierbij stond het streven voorop om de kwaliteitsbeoordeling van het gezondheidszorgonderzoek in een reëel daglicht te plaatsen, gezien het eigen karakter van dit type toegepast wetenschappelijk onderzoek. Deze inbreng in de landelijke discussie resulteerde -naast deelname aan commissies en enkele optredens op congressen- in de publicatie "De eigen aard van het gezondheidszorgonderzoek", verschenen in het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 85 (1987) nr. 18, blz. 606-610.

Op basis van de in deze publicatie geformuleerde uitgangspunten, is het 4-Institutenoverleg voortgegaan op het pad van de ontwikkeling van criteria voor de toetsing van de kwaliteit van gezondheidszorgonderzoek. Dit heeft in 1989 geresulteerd in de nota "Opzet van een protocol voor kwaliteitstoetsing van gezondheidszorgonderzoek", waarin een methode wordt aangereikt om de kwaliteit van het door de vier instituten verrichte onderzoek te bepalen.

Daarnaast brengt het 4-Institutenoverleg regelmatig overzichten uit van de onderzoeksinspanningen van de vier instituten. In 1984 trad het 4-Institutenoverleg voor het eerst hiermee naar buiten. In 1986 volgde het tweede overzichtsrapport en hierna volgt het derde rapport.

Dit rapport biedt een overzicht van de onderzoekscapaciteit waarover de vier niet-universitaire instituten op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek in 1989 beschikten en de wijze waarop deze capaciteit is ingezet. Het rapport is vooral bedoeld voor diegenen, die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland: de ministeries van WVC en O & W, adviesorganen op het gebied van wetenschapsbeoefening, de universiteiten en onderzoeksinstituten die actief zijn op belendende werkterreinen.

Wij hopen met dit rapport een inzicht te verschaffen in het gezondheidszorg-
onderzoek, voor zover dat door niet-universitaire onderzoeksinstituten wordt
verricht.

Dank komt toe aan de pennevoerder van dit rapport, drs. A. van der Kwartel.
Voor commentaar en suggesties houden wij ons gaarne aanbevolen.

Prof. Dr. T.E.D. van der Grinten (Voorzitter)
Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid

Prof. Dr. M.G. Boekholdt
Nationaal Ziekenhuisinstituut

Dr. C.L. Ekkers
Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Prof. Dr. J. van der Zee
Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Utrecht, juni 1990

INHOUDSOPGAVE

	Pag.
1. Inleiding	1
2. De afzonderlijke instituten	2
2.1 Het Nationaal Ziekenhuisinstituut	2
2.2 Het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid	4
2.3 Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg	6
2.4 Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO	9
3. Onderwerpen van onderzoek	12
4. Onderzoekscapaciteit en inzet	16
4.1 Algemeen	16
4.2 Beschouwingen per instituut	18
4.3 Per onderwerp	20
5. Slotbeschouwing	25

1. INLEIDING

In 1984 en in 1986 brachten de vier landelijke niet-universitaire instituten voor gezondheidszorgonderzoek rapporten uit, waarin een vergelijkend overzicht werd gepresenteerd van de door hen geleverde onderzoeksinspanningen. Het voorliggende rapport is het derde in deze reeks. Het beoogt aan geïnteresseerden inzicht te geven in de vraag, met welke onderwerpen binnen het totale gezondheidszorgonderzoek de afzonderlijke instituten zich (vooral) bezig houden en hoe zij daarin ten opzichte van elkaar gepositioneerd zijn. Het gaat daarbij om globale vergelijkingen, niet om gedetailleerde uitwerkingen. Voor een meer gedetailleerd inzicht in de activiteiten van de verschillende onderzoeksinstituten zijn de desbetreffende werkprogramma's en jaarverslagen meer aangewezen.

Dit rapport is in kwantitatieve zin niet goed meer te vergelijken met de beide vorige. Dit komt doordat wij in dit rapport zijn uitgegaan van een andere indeling van de onderwerpen van gezondheidszorgonderzoek. De motivering hiervan wordt gegeven in hoofdstuk 3.

De verdere opbouw van het rapport is als volgt: Begonnen wordt in hoofdstuk 2 met een korte typering van de vier instituten. In hoofdstuk 3 wordt een rubricering van het onderzoek gegeven naar de verschillende onderwerpen. Aan de hand hiervan wordt in hoofdstuk 4 de onderzoekscapaciteit van de vier instituten ingedeeld en vervolgens bekeken hoe deze capaciteit in 1989 is aangewend. Hoofdstuk 5 bevat ten slotte een korte nabeschouwing.

2. De afzonderlijke instituten

2.1 Nationaal Ziekenhuisinstituut

Organisatorische achtergrond

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) is het wetenschappelijk instituut van de Nationale Ziekenhuisraad (NZr). Het NZi richt zich voornamelijk op onderzoek ten behoeve van het management van instellingen voor intramurale gezondheidszorg. Management wordt daarbij opgevat als de gehele leidinggevende structuur van de instelling. De gezamenlijke

instellingen voor intramurale gezondheidszorg financieren verreweg het grootste deel van het budget van het NZi juist om dit type onderzoek te doen. Een en ander impliceert, dat het "domein" van het NZi zich uitstrekt van organisatorische vraagstukken binnen de instellingen en vraagstukken van samenwerking en extern beleid tot en met vraagstukken op het gebied van de landelijke beleidsontwikkeling voor de gezondheidszorg.

Sinds het begin van de tachtiger jaren heeft het NZi er steeds naar gestreefd zijn onderzoek uit te voeren in directe wisselwerking met activiteiten als: beleidsondersteuning naar de NZr, ondersteuning en advisering naar het management van individuele instellingen en opleidingen als collectieve kennisoverdracht op het gebied van management in de gezondheidszorg. Hoewel deze ontwikkeling onmiskenbaar een stimulerende invloed heeft gehad op het functioneren van het NZi, moet ook worden geconstateerd, dat daardoor binnen het NZi een onduidelijke vermenging van taken ontstond. Van vele activiteiten was het niet zonder meer duidelijk in hoeverre er sprake was van (wetenschappelijk) onderzoek dan wel van advisering en ondersteuning.

In toenemende mate begon ook de NZr het belang te zien van een goede ondersteuningsfunctie ten behoeve van zijn leden en de Raad besloot in 1988 deze ondersteuningsfunctie nader te versterken en te professionaliseren. Dit resulteerde in 1989 in een ingrijpende herstructurering van het Ziekenhuiscentrum (NZr en NZi). Deze herstructurering kwam er op neer, dat voor drie onderscheiden functies van het Ziekenhuiscentrum drie min of meer eigenstandige organisatorische eenheden werden gevormd:

1. NZr/LBB voor de functie "Landelijke Beleidsontwikkeling en Belangenbehartiging";
2. NZr-Consult voor de functie "Ondersteuning van Instellingen en Samenwerkingsverbanden";
3. NZi voor de functie "Onderzoek en Innovatie".

De eerste twee vormen tesamen het bureau van de NZr. Het NZi is als zelfstandige organisatie blijven bestaan.

Inhoudelijke zwaartepunten

Met deze herstructurering werd het takenpakket van het NZi weer teruggebracht tot datgene, dat eigenlijk altijd de primaire missie van het

NZi geweest is: onderzoek en innovatie. Dit alles overigens zonder het oorspronkelijke uitgangspunt van een sterke wisselwerking tussen onderzoek, beleidsontwikkeling en instellingsondersteuning los te laten.

Voor de onderzoekstaak van het NZi verandert er door al deze wijzigingen niet zo veel. Wel zal er meer nadruk komen te liggen op de innovatieve aspecten. Beleidsmatig is er voor het NZi wel sprake van een belangrijke wijziging: sinds deze herstructurering heeft het NZi ruimere mogelijkheden gekregen tot verwerving van eigen onderzoeksopdrachten. Meer dan in het verleden zal het NZi in de gelegenheid zijn bij derden fondsen voor onderzoek te verwerven.

Het NZi kent op dit moment ongeveer 90 medewerkers, waarvan 16 op basis van een tijdelijk contract. Overigens moet hierbij worden opgemerkt, dat het NZi een groot deel van zijn capaciteit besteedt aan de informatieverzamelende en -verwerkende functie ten behoeve van de intramurale gezondheidszorg. Dit gaat vrijwel volledig om jaarlijks terugkerende werkzaamheden. De betreffende afdeling bestaat uit 22 medewerkers. Daarnaast wordt vanuit het NZi nog een bijdrage geleverd aan de werkzaamheden van NZr-Consult in de vorm van opleidings- en adviseringsactiviteiten.

De werkzaamheden van het NZi zijn gegroepeerd binnen een viertal programma's voor Onderzoek en Innovatie:

1.	Management van Zorgprocessen;	
	- Samenhang en Substitutie;	9,0 mensjaar
	- Kwaliteitsbeleid;	3,3
2.	Interne Organisatie en Personeel;	
	- Arbeidsmarkt en personeelsbeleid;	6,0
	- Professie en Management;	1,9
	- Logistiek management en bedrijfsvoering;	8,0
3.	Extern Management en Strategisch Beleid;	2,8
4.	Sturing van de Gezondheidszorg.	3,8

Daarnaast wordt nog onderzoek verricht in het kader van:

5.	Ondersteuning financieel-economisch beleid NZr;	0,6
6.	Beleidsinformatie, Statistiek en Automatisering.	1,3

Binnen deze programma's wordt in veel gevallen weer een nader onderscheid gemaakt naar de vier sectoren van de intramurale gezondheidszorg

(Geestelijke Gezondheidszorg, Verpleeghuizen, Ziekenhuizen en Zwakzinnigheidszorg), gezien de eigen specifieke kenmerken van deze zorgsectoren.

2.2 Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid

Organisatie

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

De activiteiten van de sectie Informatie en Documentatie hebben een continu karakter. De samenstelling van het activiteitenpakket van deze sectie heeft daarom sedert het uitkomen van beide voorgaande nota's geen drastische veranderingen ondergaan.

De sectie onderzoek daarentegen is sinds 1986 sterk gegroeid en vrij ingrijpend gereorganiseerd. Eind 1989 waren in de sectie 13 wetenschappelijk medewerkers in vaste dienst en 38 in tijdelijke dienst.

De sectie onderzoek van het NcGv heeft in totaal circa 35 onderzoeksprojecten in uitvoering, merendeels op contractbasis gefinancierd. Een basissubsidie van het Ministerie van WVC stelt het NcGv onder meer in staat enkele langerlopende informerende, documenterende, inventariserende en adviserende activiteiten op het gebied van onderzoek, zorgvoorzieningen en beleid uit te voeren, als bijdrage aan de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg als geheel.

Inhoudelijke zwaartepunten

Het onderzoek en de onderzoekers zijn organisatorisch ondergebracht in zwaartepunten. De zwaartepunten staan onder leiding van een onderzoekskoördinator. De onderzoeksprojecten die momenteel worden uitgevoerd, zijn ingedeeld in 7 zwaartepunten:

- Epidemiologie en Informatica
- AIDS
- Chroniciteit en Ouderen in de GGZ
- Kinder- en Jeugdproblematiek
- Programma Evaluatie/Kwaliteit van Zorg
- Psychiatrie en Recht

- Psychische stoornissen en ambulante zorg.

Met de ontwikkeling van een zwaartepunt op het gebied van de verslavingszorg is met de recente benoeming van een onderzoekscoördinator een concrete start gemaakt. De ontwikkeling van een negende zwaartepunt met betrekking tot preventie in de GGZ is in voorbereiding.

Binnen het zwaartepunt 'Epidemiologie en Informatica' worden onderzoeksprojecten uitgevoerd en worden informatie en adviezen gegeven rond het voorkomen van psychische problemen, de daaruit voortvloeiende hulpverleningsbehoeften en het gebruik van zorgvoorzieningen. Rond de vraag naar mogelijke en wenselijke toekomstige ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg is de afgelopen jaren intensief onderzoek verricht in de vorm van een scenarioproject. Het eindrapport hiervan zal begin 1990 verschijnen. Volgend op het scenarioproject zal in het komende jaar onderzoek worden opgezet rond het thema psychische problemen en ziekte/wet/WAO.

Het zwaartepunt 'AIDS' is de afgelopen jaren tot ontwikkeling gebracht. In twee jaar tijd is een zestal onderzoeken in uitvoering genomen; twee daarvan zijn inmiddels afgerond. Ook binnen dit zwaartepunt wordt een scenarioproject uitgevoerd; hier op het terrein van de Culturele en Economische gevolgen van AIDS. De komende jaren zal behalve aan de uitvoering van het gestarte onderzoek veel aandacht worden besteed aan de implementatie van de onderzoeksresultaten door middel van studiedagen.

Betrekkelijk nieuw in de sectie onderzoek is de geconcentreerde aandacht voor 'Chroniciteit en Ouderen in de GGZ', een zwaartepunt dat in 1989 is gestart. De komende tijd zal veel energie worden geïnvesteerd in onderzoek naar vormen van arbeidsrehabilitatie en dagbesteding van chronisch psychiatrische patiënten. Een en ander moet resulteren in een dissertatie over dit onderwerp door de betreffende onderzoekscoördinator.

Met ingang van 1987 is door het NcGv een start gemaakt met de ontwikkeling van een onderzoekszwaartepunt op het terrein van de 'Kinder- en Jeugdproblematiek'. Een viertal projecten is hier in uitvoering in kindercentra, RIAGG-jeugdzorgafdelingen en op terreinen als adoptieproblematiek en signalering en melding van kindermishandeling.

Binnen het zwaartepunt 'Programma-evaluatie en Kwaliteit van de Zorg'

ligt de nadruk niet zozeer op de uitvoering als wel op de stimulering van programma-evaluatief onderzoek in de GGZ. Doel is enerzijds het veld zoveel mogelijk in staat te stellen eenvoudige evaluatieprojecten zelf uit te voeren en anderzijds de nodige deskundigheid te ontwikkelen en beschikbaar te stellen voor de uitvoering van evaluatieprojecten die bijzonder omvangrijk of gecompliceerd zijn of die een meer algemeen belang dienen. Begin 1990 verschijnt een dissertatie betreffende een studie naar het rendement van programma-evaluatie en de manieren waarop evaluatie-onderzoek verbeteringen in programma's kan bewerkstelligen. In 1989 is besloten dat het NcGv in de eerstkomende jaren bijzondere aandacht zal besteden aan de ondersteuning van de kwaliteitsdiscussie in de GGZ. De nadruk zal liggen op activiteiten, welke het veld in staat stellen kwaliteitstoetsing en bevordering zelf ter hand te nemen. Daarbij wordt gedacht aan activiteiten, zoals advisering, literatuuronderzoek, Delphi-onderzoek en studiedagen.

Vele ontwikkelingen op het gebied van het gezondheidsrecht zijn van onmiddellijk belang voor de praktijk van de hulpverlening. De precieze invulling van de ontwikkelde rechtsregels is echter nog niet duidelijk. Veel wetgeving is nog in ontwikkeling en op veel gebieden bestaat nog onvoldoende (eenduidige) jurisprudentie en ook de praktische consequenties van de rechtsregels voor de dagelijkse hulpverleningspraktijk zijn dikwijls nog onduidelijk. In het zwaartepunt 'Psychiatrie en Recht' wordt door middel van onderzoek, voorlichting en advies een bijdrage geleverd aan de noodzakelijke verbetering op dit terrein.

Binnen het zwaartepunt 'Psychische Stoornissen en Ambulante Zorg' is de afgelopen jaren een veelheid aan projecten tot ontwikkeling gebracht. De projecten zijn in vijf deelterreinen onder te brengen: sociaal psychiatrische behandelvormen, psychotherapeutische behandelvormen, kwaliteitscriteria voor beroepsuitoefening, het functioneren van AGGZ-instellingen en determinanten van psychische gezondheid.

2.3 Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Activiteitenontwikkeling

Na de oprichting van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) op 1 januari 1985 voortkomend uit de afdelingen wetenschappelijk onderzoek en bibliotheek & documentatie van

het Nederlands Huisartsen Instituut, zijn er enkele keuzes gemaakt in de aandacht voor de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het was immers niet mogelijk om met een dergelijke terrein-verruiming op alle fronten tegelijk actief te worden.

Het doel dat het NIVEL zich in 1985 stelde was tweeledig, enerzijds moest de verankering in de huisartsenwereld en het huisartsenonderzoek behouden blijven en anderzijds moesten op de volgende terreinen activiteiten worden ontplooid:

- op het gebied van de fysiotherapie en paramedische beroepen;
- op het gebied van de verloskundige zorg;
- op het gebied van de extramurale verpleegkundige zorg.

Op het vlak van de fysiotherapie en de verloskundige zorg is geprobeerd om door middel van een combinatie van registratiesystemen van beroepsbeoefenaren en gericht wetenschappelijk onderzoek een goed overzicht van de activiteiten in deze sectoren te krijgen.

Op het gebied van de extramurale verpleging is de registratiefunctie niet opgepakt (dit is in feite de taak van de nationale koepelorganisatie) maar is vooral eerst verkennend en later omvangrijk beschrijvend onderzoek verricht om de taak van de Nederlandse extramurale verpleegkundige in kaart te brengen.

Bij het onderzoek in en rond de huisartsenpraktijk is er enerzijds voortgebouwd op bestaande tradities (intensief onderzoek naar de detectie en behandeling van psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk met behulp van op video opgenomen arts-patiënt gesprekken) en anderzijds een grootschalige studie verricht naar ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Deze nationale studie levert voldoende stof voor verder onderzoek tot ver in de jaren negentig. In zijn algemeenheid is het beleid van het NIVEL geweest om zich door middel van eigen permanente gegevensverzameling onafhankelijk te maken van derden op dit gebied.

Het wordt in toenemende mate moeilijk om gegevens te bemachtigen voor andere doelen dan ze ooit zijn verzameld. Dit betekent een beperkte toegankelijkheid van administratieve data-bestanden, gegevens van ziekenfondsen en beroepsbeoefenaren, tenzij men deze gegevens zelf verzameld heeft met het doel onderzoek te verrichten. Op dit vlak kan men zeggen dat het NIVEL geslaagd is: het beschikt over een aantal unieke data-collecties (variërend van een videotheek van 3000 op video opgenomen

arts-patiënt consulten tot permanente registratie van fysiotherapeutische activiteiten en uiteraard de grote databank van de nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk).

Door middel van het organiseren van congressen, conferenties en symposia probeert het instituut de onderzoeksresultaten met het veld te bediscussiëren.

Achtergronden

Een belangrijke karaktertrek van het NIVEL-onderzoek is dat het probeert om een evenwicht te bewaren tussen de soms tegenstrijdige eisen van het veld, het beleid en het wetenschappelijk onderzoek. De samenstelling van het NIVEL-bestuur, waar vertegenwoordigers van veld, beleid en wetenschap dit evenwicht weer presenteren, is er mede garant voor dat het onderzoek enerzijds aan wetenschappelijke criteria voldoet en anderzijds een duidelijk draagvlak heeft in de wereld van veld en beleid. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is nog steeds de belangrijkste financier van het instituut. Tegenover een basissubsidie staat een afgesproken onderzoeksprogramma terwijl ook met behulp van doel- en projectsubsidies onderzoeksactiviteiten worden gefinancierd. Naast het Ministerie van WVC zijn de Ziekenfondsraad, het Praeventiefonds, andere wetenschappelijke fondsen als het Astmafonds en de Hartstichting en de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderzoek belangrijke financiers van het NIVEL-onderzoek. Gebruikers van de producten van het NIVEL vindt men in kringen van de overheid, de ziekenfondsen, de particuliere ziekenkostenverzekeraars, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties.

Zwaartepunten

De onderzoeksprojecten van het NIVEL zijn onder de volgende thema's gegroepeerd:

1. Internationale vergelijkingen van systemen van gezondheidszorg.
2. Relatie tussen de eerste- en de tweedelijns gezondheidszorg.
3. Samenwerking en samenhang in de eerstelijns.
4. Volume- en functieaanbod in de eerstelijns gezondheidszorg.
5. De huisartspraktijk.
6. Hulpverleningsprocessen, met bijzondere aandacht voor detectie en behandeling van psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en

de relatie tussen ELGZ en GGZ.

7. Paramedische beroepen.
8. Extramurale verpleging.
9. De hulpvrager in de gezondheidszorg.

Veranderingen sinds het verschijnen van de vorige nota zou men als volgt kunnen karakteriseren:

- a. verder en diepgaander onderzoek op het terrein van de huisarts en de communicatie tussen de huisarts en de patiënt,
- b. van verkennend en beschrijvend naar verklarend en toetsend onderzoek op het gebied van paramedische beroepen, de fysiotherapie, de wijkverpleegkunde en de verloskunde,
- c. mede onder invloed van documenten als de Nota 2000 en het Kerndocument Gezondheidsbeleid een zekere verschuiving van onderzoek naar de structuur van de gezondheidszorg naar onderzoek naar het functioneren, de inhoud, de kwaliteit van de zorg en de uitkomst van structurele maatregelen.

In verband met de toenemende decentralisatie: het behouden van een overzicht op centraal niveau over ontwikkelingen in de gezondheidszorg (accent op registratie van innovatieve projecten, van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en een actieve bibliotheek en documentatie-centrale),

- d. het uitvoeren van internationaal vergelijkend onderzoek en het aanhalen van de banden met vergelijkbare instituten in andere landen.

Nieuwe themagebieden zijn Verloskundige zorg (nu uitgevoerd onder verschillende themagebieden) en Alternatieve geneeswijzen (zowel de consumenten- als de voorzieningskant).

Toekomstige gebieden zullen zijn Extramurale verpleging met Maatschappelijke dienstverlening, in bijzonderheid de Gezinsverzorging, waardoor men bij het NIVEL van een onderzoeksthema als Thuiszorg kan spreken.

2.4 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG), dat ongeveer 170 medewerkers telt, maakt deel uit van de Hoofdgroep Gezondheidsonderzoek (HGO-TNO). In de eerste jaren van

zijn bestaan was het NIPG een instituut van het Praeventiefonds, waarmee het nog steeds een nauwe binding heeft. Nu, als onderdeel van de HGO-TNO, kenmerkt het instituut zich door een sociaal-gezondheidskundige benadering van volksgezondheidsvraagstukken.

Werkgebied

Voor het instandhouden en verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking bestaat in Nederland een uitgebreid systeem van curatieve gezondheidszorg, gericht op een zo goed mogelijke diagnose en behandeling van individuele patiënten. Hiernaast en in samenhang hiermee beschikken wij over een stelsel van preventieve maatregelen en voorzieningen, dat zich richt op het voorkomen van ziekte en op bescherming en bevordering van de gezondheid. Deels gaat het hierbij om voorzieningen die deel uitmaken van het gezondheidszorgsysteem (bijv. basisgezondheidsdiensten, consultatiebureaus), deels om maatregelen die hierbuiten vallen (bijv. arbeidsomstandighedenbeleid, milieubeleid). Dit hele gebied, kortweg aangeduid met preventie, is het werkterrein van het NIPG. Het NIPG speelt een ondersteunende rol door middel van toegepast wetenschappelijk onderzoek, onderwijsactiviteiten, advisering en dienstverlening.

Binnen het brede gebied van preventie concentreert het NIPG zich op een viertal onderzoeksvelden:

- preventie bij de totale bevolking
- jeugd en gezondheid
- arbeid en gezondheid
- ouderen en gezondheid.

Werkwijze

Het NIPG voert opdrachten uit voor de overheid, het bedrijfsleven en andere organisaties en instellingen. Meer lange termijn- en ontwikkelingsgericht onderzoek vindt plaats in de vorm van zogenaamde doelsubsidieprogramma's die in overleg met de betrokken departementen (WVC, SZW en VROM) worden opgesteld. Het instituut heeft een Raad van Advies die is samengesteld uit externe deskundigen op het onderzoeks- en beleidsterrein van het NIPG. Het onderzoek is toepassingsgericht. De breedte en de complexiteit van de vragen maken vaak een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. De wetenschappelijke staf van het instituut is hierop afgestemd en bestaat uit medici, sociaal-wetenschap-

pers, epidemiologen, ingenieurs en economen. Het NIPG werkt nauw samen met andere instituten en universitaire onderzoeksgroepen. Waar nodig vindt systematisch overleg plaats over taakafbakening en samenwerking.

De onderzoeksresultaten worden naar buiten gebracht in de vorm van rapporten aan opdrachtgevers, artikelen in wetenschappelijke tijdschriften, dissertaties en meer algemeen publieksgerichte publikaties. In samenwerking met de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap wordt door het NIPG het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg (TSG) uitgegeven.

In het verlengde van onderzoeksrapportages vindt vaak advieswerk en dienstverlening plaats. Voorts wordt kennis overgedragen via de post-academische beroepsopleidingen in de sociale gezondheidszorg die door het instituut worden verzorgd: algemene gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en medische milieukunde. Hiernaast worden ook bijscholingscursussen en onderwerpgerichte seminars georganiseerd.

Hoofdaccenten

De hoofdvragen in het onderzoek betreffen:

- Inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking en factoren die hierop van invloed zijn: gedrag, leefwijze en de maatschappelijke omgeving naast fysieke en medisch-biologische factoren; onder meer epidemiologisch onderzoek is hierbij belangrijk.
- Vergroting van de mogelijkheden voor het vroegtijdig onderkennen van afwijkingen in de gezondheid, zodat preventie meer gericht en in een eerder stadium kan plaatsvinden. Zowel het ontwikkelen als het evalueren van methoden en instrumenten op dit terrein behoort tot de taak van het NIPG.
- Vergroting van de mogelijkheden voor preventief gerichte interventies:
 - . ontwikkeling en evaluatie van interventiemethodieken: screenings- en vaccinatieprogramma's, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO), ergonomie en stress-preventie in bedrijven, e.d.;
 - . ondersteuning van de overheid bij het ontwikkelen van beleid, wet- en regelgeving op de beleidsterreinen volksgezondheid

(Ministerie van WVC), arbeidsomstandigheden (Ministerie van SZW) en milieu (Ministerie van VROM);

- ondersteuning van instanties en beroepsgroepen werkzaam op het terrein van preventie. Een belangrijk accent ligt bij onderzoek en onderwijs op de basisgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

In vergelijking met de vorige 4-Institutenrapportage valt voor het NIPG een duidelijke toename van het epidemiologisch onderzoek, van het voorzieningenonderzoek basisgezondheidszorg en van het op concrete preventie gerichte arbeidsomstandighedenonderzoek te constateren. Binnen het voorzieningenonderzoek wordt gestreefd naar een zo direct mogelijke relevantie voor preventieve interventies. Deze ingezette beleidsverandering zal ook in de komende jaren verder worden doorgezet.

3. ONDERWERPEN VAN ONDERZOEK

Een van de doelstellingen van deze nota is, om de lezer inzicht te verschaffen in het gezondheidszorgonderzoek, zoals dat door de vier instituten wordt uitgevoerd. In principe kan dat door een kort kwantitatief overzicht van ieder instituut te schetsen op basis van het eigen werkprogramma. Dan is het echter niet of nauwelijks mogelijk om de instituten met elkaar te vergelijken, laat staan ten opzichte van elkaar te plaatsen. Om dat te kunnen doen is enige vorm van vergelijkbaarheid nodig en dus een gemeenschappelijke indeling om onderzoek te kunnen categoriseren. In de beide vorige rapporten is uitgegaan van een indeling, die het Ministerie van WVC toen hanteerde. Het is een indeling met een nogal tijdsgebonden karakter. De onderwerpen weerspiegelen vooral de toenmalige beleidsprioriteiten van de overheid ten aanzien van gezondheids(zorg)onderzoek, prioriteiten die zich in de loop van de tijd gewijzigd hebben.

Voor dit rapport is gezocht naar een indeling, die wat meer "tijdloos" van karakter is en in ieder geval het gehele gezondheidszorgonderzoek afdekt. We zijn daarbij uitgegaan van de omschrijving van het terrein van het gezondheidszorgonderzoek, zoals wij die eerder in onze publicatie "De eigen aard van het gezondheidszorgonderzoek" hebben gegeven.

Het gezondheidszorgonderzoek richt zich in deze benadering op: de vraagstukken die spelen voor de bevolking in zijn totaliteit, de kwesties rond de zorgvraag en het zorgaanbod en de voorzieningen in hun totaliteit. Het beleid dat op de verschillende niveau's ten aanzien van de gezondheidszorg wordt gevoerd is hierbij inbegrepen.

Deze omschrijving van het terrein van het gezondheidszorgonderzoek heeft geleid tot een indeling, met als draaipunt de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener op individueel niveau. Vanuit dit draaipunt worden in stappen verbredingen aangebracht naar de kant van de hulpvraag en naar de kant van het hulpaanbod. Dit leidt tot een indeling in twaalf categorieën, waaraan gezondheidszorgonderzoek kan worden toegerekend.

1. De samenleving als geheel.

Hiertoe dient het onderzoek te worden gerekend, dat zich ten behoeve van de gezondheidszorg richt op de samenleving als geheel, dan wel op groepen daarbinnen, welke niet als "zorgvragers" zijn geïdentificeerd.

Hiertoe behoort een groot deel van het epidemiologische onderzoek, een groot deel van het algemene preventie-onderzoek, enz..

2. Categorieën van patiënten

Dit betreft onderzoek, dat wordt verricht ten behoeve van groepen uit de samenleving, die wel reeds een beroep doen op de zorgverlening. Daarbij valt te denken aan: Gehandicapten, AIDS-patiënten, Diabetes-patiënten, enz..

3. De individuele hulpvraag

Hiertoe behoort al het onderzoek, dat het keuze- of vraaggedrag van de (individuele) hulpvrager tot object heeft.

4. De relatie hulpvrager-hulpverlener

Tot deze categorie behoort het onderzoek, dat zich richt op de processen in de onderlinge relatie tussen de (individuele) hulpvrager en de (individuele) hulpverlener.

5. De behandeling c.q. de hulpverlening

Onder deze categorie valt het onderzoek, dat zich richt op de inhoudelijke kant van de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Onder andere evaluatie- en effectiviteitsonderzoek valt hieronder, maar ook bijvoorbeeld onderzoek naar het gebruik van medische apparatuur en bepaalde gedeelten van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg.

6. De hulpverlener

Hiertoe behoort het onderzoek, dat zich specifiek richt op (het gedrag van) de (individuele) hulpverlener. Bijvoorbeeld: het verwijsgedrag, het voorschrijfgedrag, enz.

7. De voorziening c.q. het zorgaanbod

Hier verlaten wij het niveau, waarop het onderzoek nog georiënteerd is op het (geaggregeerde) individuele gedrag van betrokkenen. In deze categorie valt onderzoek, dat zich richt op typen voorzieningen en/of hulpaanbod. Het gaat hier nog wel om de inhoudelijke kant van de zorg.

8. Het management van de zorg

In deze categorie behoort onderzoek, dat zich vooral richt op het management, organisatie, financiering, structurering, enz. van het zorgaanbod.

9. Samenhang tussen voorzieningen

Dit betreft al het onderzoek, dat op enigerlei wijze betrekking heeft op samenwerking tussen voorzieningen voor gezondheidszorg. Dat kan gaan om samenwerking binnen de eerste lijn, tussen de eerste en de tweede lijn en binnen de tweede lijn. Ook moet hier het onderzoek toe worden gerekend, dat samenwerking tussen gezondheidszorgvoorzieningen en andersoortige voorzieningen bestudeert.

Het kan hierbij gaan om bestuurlijke, organisatorische en/of zorginhoudelijke samenwerking.

10. De hulpverleners als professionele groep

Hiertoe behoort het onderzoek, dat zich richt op specifieke groepen van hulpverleners, bijvoorbeeld de medische specialisten, de huisartsen, de verpleegkundigen, enz.. Ook kunnen hiertoe worden gerekend onderzoeken naar de arbeidsmarktsituatie van en de opleiding tot bepaalde beroepen.

11. Het gezondheidszorgbeleid

Hiertoe behoort alle onderzoek, dat zich richt op zaken als: wet- en regelgeving; planning; financiering; verzekeringsstelsel; (overheids)-beleid, dat zich richt op de structuur en organisatie van de gezondheidszorg, enz.

12. De gezondheidszorg als zodanig

Hieronder vallen zaken, zoals: de geschiedenis van (onderdelen van) de gezondheidszorg, internationale vergelijkingen van zorgsystemen, gezondheidszorg als deelsysteem van de samenleving, enz..

Gebruik

De toewijzing van onderzoeksprojecten is altijd onderhevig aan een zekere mate van subjectiviteit, welke categorisering ook wordt gekozen. In de onderhavige indeling is het de bedoeling om onderzoek toe te delen op grond van het doel, dat men met dat onderzoek had. Een voorbeeld moge dit verduidelijken:

Stel, dat er sprake is van een onderzoek "De rol van de psycholoog in de eerste lijn". Afhankelijk van de doelstelling van het onderzoek zou een dergelijk project op meerdere plaatsen in de hierboven gegeven indeling kunnen worden opgenomen:

1. Als het specifiek gaat om de rol van de psycholoog ten opzichte van die van de huisarts, de psychiater, de wijkverpleegkundige, enz. dan gaat het het kennelijk vooral om de kenmerken/bijdragen van de specifieke beroepsgroep. In dat geval zou het onderzoek thuis horen in categorie 10: De hulpverleners als professionele groep.
2. Als het gaat om de samenhang tussen het werk van de psycholoog met de andere eerstelijnsvoorzieningen, dan zou het behoren onder categorie 9: Samenhang tussen voorzieningen.
3. Als het zou gaan om een beleidsvoorbereidend onderzoek naar de

mogelijkheden van het inschakelen van psychologen in de eerstelijnszorg met bijvoorbeeld consequenties voor de verzekeraarbaarheid, vestigingsbeleid, enz., dan zou het behoren tot categorie 11: Het gezondheidszorgbeleid.

Het voordeel van de keuze om het doel van het onderzoek als indelingscriterium te nemen is, dat daarmee vrijwel al het onderzoek eenduidig te plaatsen is. Men mag immers aannemen, dat de doelstelling(en) van een onderzoek helder zijn aan te geven.

4. ONDERZOEKSCAPACITEIT EN INZET

4.1 Algemeen

In eerste instantie wordt hieronder een totaal-overzicht gegeven van de capaciteit (uitgedrukt in mensjaren), die de verschillende onderzoeksinstituten per categorie en in totaal in 1989 hebben kunnen inzetten.

TABEL 1: OVERZICHT CAPACITEITSINZET ONDERZOEK SINSTITUTEN 1989

CATEGORIE	NIVEL	NZi	NcGv	NIPG	TOTAAL
01 Samenleving	2,0	0,0	4,8	59,8	66,6
02 Categorieën patiënten	1,0	0,4	0,0	2,5	3,9
03 Individuele hulpvraag	3,3	0,0	2,3	0,0	5,6
04 Relatie hulpvr.-Hulpvl.	2,5	0,0	1,6	0,0	4,1
05 Behandeling	6,7	1,3	2,8	4,5	15,3
06 Hulpverlener	3,3	0,0	0,0	0,0	3,3
07 Voorziening/zorgaanbod	3,3	0,0	7,2	2,7	13,2
08 Management voorziening	0,6	18,7	2,6	0,0	21,9
09 Samenhang voorzieningen	6,7	6,8	0,6	0,0	14,1
10 Professionele groep	1,7	2,8	0,0	1,0	5,5
11 Gezondheidszorgbeleid	3,6	5,2	1,9	6,5	17,2
12 Gezondheidszorg	2,8	0,0	3,9	0,0	6,7
=====					
TOTAAL	37,5	35,2	27,7	77,0	177,4
=====					

Als we deze cijfers vergelijken met de beide vorige inventariserende rapporten, dan ontstaat het volgende beeld voor de totale onderzoekscapaciteit:

TABEL 2: ONTWIKKELING TOTALE ONDERZOEKSCAPACITEIT

	NIVEL	NZi	NcGv	NIPG	TOTAAL
1984	21,5	32,0	21,8	55,3	130,6
1986	27,9	36,1	29,6	63,4	157,0
1989	37,5	35,2	27,7	77,0	177,4

Over het geheel genomen groeit de beschikbare capaciteit voor gezondheidszorgonderzoek door niet-universitaire instituten. Het grootste deel van deze groei blijkt voor rekening te komen van het NIVEL en het NIPG. Het NZi en het NcGv lijken zich de laatste jaren te stabiliseren rondom een onderzoekscapaciteit van respectievelijk ongeveer 36 en 28 mensjaar.

Het grootste aandeel (bijna 40%) van het totale gezondheidszorgonderzoek van de vier instituten betreft het onderzoek gericht op de samenleving als zodanig. Dit gaat met name om onderzoek ten behoeve van de preventieve gezondheidszorg, voor het merendeel voor rekening komend van het NIPG.

Op ruime afstand volgt op de tweede plaats het onderzoek naar managementvraagstukken, hetgeen voornamelijk voor rekening komt van het NZi.

Verder zijn er slechts twee categorieën, waarop alle vier instituten werkzaam zijn. Dat betreft de categorieën "De behandeling" (categorie 5) en "Gezondheidszorgbeleid" (categorie 11). Deze laatste categorie omvat bijna 10% van alle onderzoeksinspanningen van de vier instituten. Dat is vrij opmerkelijk, omdat de indruk bestaat dat bij de voorgaande tellingen in 1984 en 1986 dit aandeel aanzienlijk geringer was. Een verklaring hiervoor kan worden gevonden in de enorme "beleidsdrukte" van de laatste jaren in de gezondheidszorg. Te denken valt bijvoorbeeld aan het rapport van de Commissie Dekker, de Nota 2000, en dergelijke. Vanuit zijn aard kan gezondheidszorgonderzoek niet voorbij gaan aan dit soort ontwikkelingen. Omdat deze beleidsdrukte nog wel enige tijd zal aanhouden, alvorens de gezondheidszorg weer in een enigszins stabiele periode is aanbeland, valt het zelfs te verwachten, dat de belangstelling voor beleidsgericht onderzoek nog wel verder zal groeien.

Een nadere vergelijking in de tijd van de ontwikkelingen in de capaciteitsinzet voor onderzoek van de verschillende instituten is (op één uitzondering na)

vrijwel niet te maken, omdat de indeling naar categorieën in deze nota anders is dan in de beide vorige nota's.

4.2 Beschouwingen per Instituut

Globaal karakteriserend kan worden geconstateerd, dat het NIVEL en het NcGv een breed domein van het gezondheidszorgspectrum tot hun werkgebied rekenen. Het NZi kent duidelijk een meer beperkt werkgebied, terwijl het NIPG zich sterk op één categorie richt.

Overigens heeft ieder instituut binnen de gebruikte categorisering wel één of hooguit twee duidelijke speerpunten in zijn onderzoekscapaciteit:

NIPG	De samenleving als zodanig
NcGv	De voorziening c.q. het zorgaanbod
NZi	Het management van de voorziening
NIVEL	De behandeling
	Samenhang tussen voorzieningen

TABEL 3: PROCENTUELE VERDELING PER INSTITUUT

CATEGORIE	NIVEL	NZi	NcGv	NIPG
01 Samenleving	5,3	0,0	17,3	77,7
02 Categorieën patiënten	2,7	1,1	0,0	3,2
03 Individuele hulpvraag	8,8	0,0	8,3	0,0
04 Relatie hulpvr.-Hulpvl.	6,7	0,0	5,8	0,0
05 Behandeling	17,9	3,7	10,1	5,8
06 Hulpverlener	8,8	0,0	0,0	0,0
07 Voorziening/zorgaanbod	8,8	0,0	26,0	3,5
08 Management voorziening	1,6	53,1	9,4	0,0
09 Samenhang voorzieningen	17,9	19,3	2,2	0,0
10 Professionele groep	4,5	8,0	0,0	1,3
11 Gezondheidszorgbeleid	9,6	14,8	6,9	8,4
12 Gezondheidszorg	7,5	0,0	14,1	0,0
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg

Het brede terrein van het NIVEL-onderzoek weerspiegelt zich in de verdeling van mankracht over de verschillende onderzoeksthema's.

Er zijn eigenlijk maar twee thema's waar weinig aandacht aan wordt besteed:

- Het eerste betreft vraagstukken op het gebied van organisatie en management (categorie 8).

Op dit gebied heeft het NIVEL nooit veel onderzoek gedaan (een studie

naar financiële problematiek van gezondheidscentra uitgezonderd) en er zijn ook in de toekomst niet veel activiteiten te verwachten, voornamelijk vanwege de betrekkelijk kleine schaal van de meest voorkomende eerstelijns voorzieningen.

- Het tweede onderwerp betreft de categorieën van patiënten. Het geringe aandeel in het NIVEL-onderzoek valt te verklaren uit een traditionele oriëntatie op de aanbodzijde van de eerstelijns, eerder dan de vraagzijde. Op dit punt echter valt een duidelijke verandering te bespeuren. Na de vaststelling van een themagebied "hulpvraag" duurt het even voordat van een onderzoeksprogramma sprake is, maar dat is slechts een kwestie van tijd.

Te vermelden valt alvast een initiatief om (in samenwerking met de Consumentenbond) te komen tot een permanent Consumentenpanel over gezondheidszorgzaken.

Relatief veel aandacht wordt besteed aan de volgende thema's:

- Samenhang van voorzieningen.
- De hulpverlening als zodanig.

Beide thema's zullen ook in de komende jaren van belang blijven. De eerste lijn kan niet apart van andere sectoren van de gezondheidszorg worden gezien; samenhang binnen de eerstelijnsvoorzieningen -toegespitst tot samenhang in coördinatie rond één complexe hulpvraag (case-management)- en samenhang tussen eerstelijns en andere sectoren zullen ook in de nabije toekomst van essentieel belang blijven voor het NIVEL-onderzoek.

De hulpverlening als zodanig en de studie daarvan is een constante factor van het NIVEL-onderzoek. Zonder kennis van bijvoorbeeld arts-patiënt communicatie is geen plan voor verandering van de huisartsenhulpverlening op te stellen.

Studie van het hulpverleningsproces is de kern van de activiteiten van het NIVEL - de voeling met de hulpverlening van alledag.

Nationaal Ziekenhuisinstituut

Het profiel van het NZi komt goed overeen met de verwachtingen. Zwaartepunten liggen duidelijk bij het management van de voorzieningen en bij samenwerkingsvraagstukken, waarbij trouwens ook weer veelal de invalshoek van het management centraal staat. Een derde zwaartepunt is gelegen in de categorie "Gezondheidszorgbeleid". Gegeven de context, waarin het NZi functioneert

(Het wetenschappelijk instituut van de Nationale Ziekenhuisraad), is dit niet verwonderlijk.

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid

Het is opmerkelijk, dat net NcGv geen onderzoeksprojecten aan geeft in categorie 2 "Categorieën van patiënten", terwijl zijn zwaartepunten wel geformuleerd zijn in termen als "AIDS", "Chroniciteit en Ouderen" en "Kinderen en Jeugdproblematiek". Het idee achter de in dit rapport voorgestelde categorisering volgend, zou de conclusie moeten zijn, dat, hoewel de eigen ordening is gebaseerd op categorieën, de oriëntatie van het onderzoek elders ligt. Met name zal deze gericht zijn op het zorgaanbod en op de samenleving als geheel.

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

Het meeste NIPG-onderzoek bevindt zich - volgens de in dit rapport gevolgde indeling - in de categorie "Samenleving als geheel" en dan met name in de subcategorieën "Epidemiologie", "Categorieën in de samenleving" en "Preventie". Deze uitkomst is doelbewust nagestreefd omdat preventie centraal staat in de NIPG-taakstelling.

De relatief geringe aandacht aan onderzoek primair ressorterend onder andere categorieën laat duidelijk zien waar de prioriteiten liggen, ook in de feitelijke werkzaamheden. Toch moeten deze typen onderzoek niet gerekend worden tot marginale activiteiten. De absolute capaciteit - zie bijvoorbeeld het meer specifieke voorzieningenonderzoek - die wordt ingezet, heeft een redelijke omvang.

4.3 Per onderwerp

In onderstaande tabel staat aangegeven hoe de procentuele verdeling is van de ingezette onderzoekscapaciteit per onderwerp/categorie over de vier instituten heen.

TABEL 4: PROCENTUELE VERDELING VAN CAPACITEIT PER CATEGORIE

CATEGORIE	NIVEL	NZi	NcGv	NIPG	TOTAAL
01 Samenleving	3,0	0,0	7,2	89,8	100,0
02 Categorieke patiënten	25,6	10,3	0,0	64,1	100,0
03 Individuele hulpvraag	58,9	0,0	41,1	0,0	100,0
04 Relatie hulpvr.-Hulpvl.	61,0	0,0	39,0	0,0	100,0
05 Behandeling	43,8	8,5	18,3	29,4	100,0
06 Hulpverlener	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
07 Voorziening/zorgaanbod	25,0	0,0	54,5	20,5	100,0
08 Management voorziening	2,7	85,4	11,9	0,0	100,0
09 Samenhang voorzieningen	47,5	48,2	4,3	0,0	100,0
10 Professionele groep	30,9	50,9	0,0	18,2	100,0
11 Gezondheidszorgbeleid	20,9	30,2	11,1	37,8	100,0
12 Gezondheidszorg	41,8	0,0	58,2	0,0	100,0
Totaal	21,1	19,8	15,6	43,4	100,0

Een vergelijking op categorieën met de eerder uitgebrachte nota's is niet goed mogelijk, omdat -zoals al eerder is gesteld- voor deze nota een andere indeling is gekozen. Er is echter één categorie, die zowel in de oude als in de nieuwe indeling voor komt en waarvoor het dus in principe wel mogelijk is om een vergelijking te maken: het onderzoek naar c.q. ten behoeve van samenwerking tussen voorzieningen. Daarbij dient voorzichtigheidshalve te worden opgemerkt, dat een andere categorisering ook een ander toewijzingsvraagstuk oproept. Het is heel goed denkbaar, dat in de categorisering, die in de beide vorige rapporten werd gebruikt, in een aantal gevallen een andere toewijzing op "samenhang voorzieningen" zou hebben plaats gevonden.

Als we met dit voorbehoud in gedachten voor deze categorie de drie nota's met elkaar vergelijken, dan komt het volgende beeld naar voren:

TABEL 5: ONTWIKKELING CAPACITEIT SAMENHANG VOORZIENINGEN

	NIVEL	NZi	NcGv	NIPG	TOTAAL
1984	3,8	8,6	4,2	1,9	18,5
1986	4,6	6,9	3,3	2,0	16,8
1989	6,7	6,8	0,6	0,0	14,1

Opmerkelijk is, dat de door de vier instituten in totaal geleverde inspanning op dit terrein afneemt, terwijl het onderwerp zowel beleidsmatig als zorginhoudelijk steeds meer in de belangstelling komt te staan. Het NIVEL lijkt het enige instituut te zijn, dat met deze ontwikkelingen mee gaat. Het NZi stabiliseert, terwijl voor NcGv en NIPG deze categorie niet een eerste oriëntatie van onderzoek (meer) schijnt te zijn.

Een korte schets per categorie:

1. De samenleving als geheel.

Zoals eerder aangegeven wordt het onderzoek binnen deze categorie vooral gedaan door het NIPG (bijna zestig mensjaar). Deze capaciteitsinzet is als volgt verdeeld:

Epidemiologie:

-	Specifieke aandoeningen:	18,3 mensjaar
-	Specifieke omstandigheden:	7,0

Categorieën in de samenleving:

-	Jeugdigen:	5,6
-	Ouderen:	2,0

Preventie: 26,9

Ook het NcGv (4,8 mensjaar) en het NIVEL (2,0) besteden naar verhouding ruime aandacht aan deze categorie. Het lijkt dan in hoofdzaak te gaan om epidemiologisch onderzoek.

2. Categorieën van patiënten

Naar verhouding vindt in deze categorie slechts betrekkelijk weinig onderzoek plaats (iets meer dan twee procent van het totaal). Bij het NZi betreft dit de groep Geestelijk Gehandicapten, bij het NIVEL worden chronische aandoeningen het meest genoemd, terwijl bij het NIPG het vooral gaat om lichamelijk gehandicapten.

3. De individuele hulpvraag

In deze categorie zijn alleen het NIVEL en het NcGv actief. Het NIVEL lijkt zich daarbij vooral te richten op de hulpvraag aan de huisarts en op de psychosociale hulpvraag.

4. De relatie hulpvrager-hulpverlener

Ook hier zijn alleen het NIVEL en het NcGv actief. Het NIVEL richt zich vooral op de relatie huisarts-patiënt, maar ook op fysiotherapie en algemeen maatschappelijk werk.

5. De behandeling c.q. de hulpverlening

Dit is de eerste categorie, waarin alle instituten activiteiten claimen, met respectievelijk 6,7 (NIVEL), 1,3 (NZi), 2,8 (NcGv) en 4,5 mensjaar (NIPG). Hiermee neemt deze categorie in grootte de vierde plaats in. Bij het NIVEL gaat het onder andere om de hulpverlening door huisartsen en fysiotherapeuten en de verloskundige hulp. Bij het NIPG gaat het met name om tandheelkundige verzorging en de hulpverlening vanuit de basisgezondheidszorg. Bij het NZi gaat het om meer protocol-achtige ontwikkelingen.

6. De hulpverlener

Dit is de enige categorie, waarop slechts één instituut actief is: het NIVEL. Niet alleen de huisarts staat centraal in deze onderzoekscategorie, maar nu ook de wijkverpleegkundige.

7. De voorziening c.q. het zorgaanbod

Alleen het NZi geeft in deze categorie geen onderzoeksactiviteiten aan. Vooral het NcGv is met een inzet van meer dan 7 mensjaar actief in deze categorie. Bij het NIVEL lijkt het vooral te gaan om thuiszorg en het functie-aanbod in de eerstelijns. Bij het NIPG lijkt substitutie in de zorg voor ouderen van belang.

8. Het management van de zorg

In deze categorie is het NIPG niet actief, terwijl het NIVEL met minder dan een mensjaar zich hier ook niet profileert. De meeste capaciteit in deze categorie van onderzoek wordt geleverd door het NZi met bijna 19 mensjaar. Gegeven de achtergrond van het NZi ligt het voor de hand, dat het NZi een groot deel van zijn capaciteit (meer dan 50 procent) steekt in onderzoek naar en ten behoeve van het management van instellingen voor intramurale gezondheidszorg. Het NcGv besteedt zo'n 2,5 mensjaar aan dit type onderzoek.

9. Samenhang tussen voorzieningen

Ook in deze categorie is het NIPG niet actief, terwijl hier het NcGv minder dan één mensjaar aan capaciteit in steekt. Het NIVEL en het NZi steken hier beide iets minder dan zeven mensjaren capaciteit in. De accenten zijn daarin nogal verschillend. Het NIVEL kent een breed scala van onderzoeken op het gebied van samenhang, voornamelijk binnen de eerste lijn, maar er is ook een aantal onderzoeken over de relatie van met name de huisarts met de tweede lijn (ziekenhuizen en medisch specialisten). Het NZi heeft binnen deze categorie van onderzoek een interessante verandering ondergaan. Lag het zwaartepunt een jaar of vijf geleden nog sterk bij samenhang binnen de tweede lijn -en dan nog vooral tussen gelijksoortige voorzieningen-, nu is verreweg het grootste deel van dit type onderzoek gericht op samenhang tussen zorgvoorzieningen over echelons heen en/of op de samenhang met de "aanpalende" welzijnsvoorzieningen.

10. De hulpverleners als professionele groep

In deze categorie is het NcGv niet actief. Echt veel wordt hieraan door de vier instituten ook niet gedaan. Het NZi besteedt vrij veel tijd aan arbeidsmarktproblematiek. Dit wordt sterk ingegeven door de verwachte krapte op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden. Bij het NIVEL wordt een deel van de tijd besteed aan de registratie van de diverse beroepsgroepen (huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers). Het NIPG doet onderzoek naar het verpleegkundig aandeel in de Basisgezondheidszorg.

11. Het gezondheidszorgbeleid

Dit is de tweede categorie, waarop alle vier instituten actief zijn met respectievelijk 6,5 (NIPG), 5,2 (NZi), 3,6 (NIVEL) en 1,9 mensjaar (NcGv). Hierboven is al gesuggereerd, dat dit toch ook een weerspiegeling zal zijn van de "beleidsdrukke", die de laatste jaren gaande is in de gezondheidszorg (en naar verwachting nog wel enige tijd zal blijven).

Het NIPG verdeelt zijn capaciteit als volgt:

- Wet- en regelgeving: 1,0 mensjaar
- Planning: 0,5
- Financiering: 1,0
- Structuur en organisatie: 4,0

In het laatste geval gaat het om onderzoek ten behoeve van de Toe-

komstscenario's "Arbeid en Gezondheid" en "Basisgezondheidszorg".

Voor het NZi worden zwaartepunten in deze categorie gevormd door vraagstukken op het gebied van de financiering van de gezondheidszorg en van de besturing/beheersing van de gezondheidszorg.

Ook voor het NIVEL is er sprake van een scenario-project "Eerstelijnszorg". Daarnaast vallen ook te noemen onderwerpen als "manpowerplanning" en "Planning en regionalisatie".

12. De gezondheidszorg als zodanig

In deze laatste categorie zijn alleen het NIVEL en het NcGv actief.

Hoewel onder deze categorie een veelheid van verschillende activiteiten valt, neemt internationale vergelijking tussen (aspecten van) gezondheidszorgsystemen een belangrijke plaats in.

5. SLOTBESCHOUWING

Geconcludeerd kan worden, dat door de vier instituten met hun onderzoeksactiviteiten het gehele terrein van het gezondheidszorgonderzoek -zoals dat in hoofdstuk vier is omschreven- wordt bestreken.

Ieder van de vier instituten richt zich hierbinnen op de eigen groepen van actoren, eigen specifieke ontwikkelingen in de zorgvraag, eigen politieke en maatschappelijke ontwikkelingen, enz.. Deelterreinen met een eigen dynamiek, die rechtstreeks van invloed is op het onderzoek en de onderzoeksaanpak van het betreffende instituut.

Zo zien we dat ieder van de instituten een eigen profiel heeft, dat afwijkt van dat van de drie andere. Dit onderscheid in profilering kan als volgt kort worden samengevat:

Het NIVEL en het NcGv zijn in vrijwel alle categoriën van het gezondheidszorgonderzoek werkzaam, waarbij het NIVEL zwaartepunten kent bij het onderzoek naar "de behandeling" en "samenwerking tussen voorzieningen", terwijl het NcGv de nadruk legt op het onderzoek naar het functioneren van voorzieningen.

Het NZi en het NIPG hebben een veel meer gespecialiseerd profiel. Het NZi richt zich met name op het onderzoek naar het management van voorzieningen en de samenhang tussen voorzieningen, terwijl het NIPG het grootste deel van

zijn capaciteit besteedt aan onderzoek met betrekking tot de preventieve gezondheidszorg.

Op deze manier leveren de vier instituten hun bijdrage aan de verheldering en, waar mogelijk, de oplossing van de problemen waar de gezondheidszorg mee wordt geconfronteerd.