: 104

Werkplan 1990-1991

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

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

INHOUD

1. INLEIDING 1
1.1. Het programma van het NIVEL: continuïteit en verandering 1
1.2. Recente ontwikkelingen 3
1.3. Nieuwe elementen in het werkplan 6
1.4. Positie van het NIVEL-onderzoek 9
1.5. Korte schets van de onderzoeksthema's van het NIVEL . . 11
1.6. Korte samenvatting van het onderzoekprogramma per thema-gebied 13
1.6.1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 13
1.6.2. Relatie tussen eerste en tweede lijn 16
1.6.3. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg 17
1.6.4. Samenwerking en samenhang in de eerste lijn 19
1.6.5. Volume- en functie-aanbod en de eerste lijn 20
1.6.6. Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk 22
1.6.7. Paramedische beroepen 24
1.6.8. Extramurale verpleging 26
1.6.9. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn 27
1.6.10. Bibliotheek en Documentatie 28
1.6.11. Overige activiteiten 29

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG 31
2.1. Inleiding 31
2.2. Projecten 34

3. RELATIE TUSSEN EERSTE- EN TWEEDELIJNSGEZONDHEIDSZORG 42
3.1. Inleiding 42
3.2. Projecten 44

4. EERSTELIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 54
4.1. Inleiding 54
4.2. Het voorkomen van psychosociale klachten in de huisarts-praktijk 56
4.3. Het beloop en de behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk 58
4.4. Interventiestudies naar de inbreng van psychologische en psychiatrische expertise in de eerstelijn 61
4.5. Taakafbakening generalistische en specialistische GGZ . . 63

5. SAMENWERKING EN SAMENHANG IN DE EERSTE LIJN 65
5.1. Inleiding 65
5.2. Registratieprojecten 68
5.3. Implementatieonderzoek 70
5.4. Evaluatieonderzoek 70

6. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTE LIJN 76
6.1. Inleiding 76
6.2. Projecten 79

7. VRAAG/AANBOD RELATIE IN DE HUISARTSPRAKTIJK 88
7.1. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisarts-praktijk 88
7.2. Peilstations 111

8. PARAMEDISCHE BEROEPEN 115
8.1. Inleiding 115
8.2. Projecten 118

9. EXTRAMURALE VERPLEGING 130
9.1. Inleiding 130
9.2. Projecten 133

10. HULPVRAAG EN HULPVRAGER IN DE EERSTE LIJN 138
10.1. Inleiding 138
10.2. De projecten 139

11. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 148
11.1. Inleiding 148
11.2. Documentatie 149
11.3. Collectievorming 151
11.4. Projecten 151

12. OVERIGE ACTIVITEITEN 153
12.1. Inleiding 153
12.2. Projecten 154

13. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST MEDEWERKERS 161
13.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1990 161
13.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1990 162

1. INLEIDING

Voor u ligt het werkplan 1990/1991 van het NIVEL. Het werkplan is opgebouwd rond een aantal themagebieden (negen) die tevens de zwaartepunten van het onderzoekprogramma van het NIVEL vormen. Per themagebied wordt in een inleiding aangegeven in welke richting het onderzoek zich waarschijnlijk in de komende jaren zal ontwikkelen. Vervolgens worden concrete projectbeschrijvingen gegeven van onderzoek dat al in uitvoering is of waarmee we in 1990 en 1991 hopen te beginnen. Voor we echter aan de beschrijving van het programma per themagebied beginnen, wordt in dit inleidende hoofdstuk een korte beschrijving gegeven van recente ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg en het gezondheidszorgonderzoek en van nieuwe elementen in het onderzoekprogramma. Daarmee wordt de achtergrond geschetst waartegen de programmering van het onderzoek van het NIVEL plaatsvindt. Aan het eind van dit inleidende hoofdstuk wordt een korte schets van de onderzoeksthema's en van de positie van het NIVEL in het krachtenveld van veld, beleid en wetenschap gegeven. Het inleidende gedeelte wordt afgesloten met een samenvatting per themagebied.

1.1. Het programma van het NIVEL: continuïteit en verandering

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 consultatie-ronde 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.

Het werkplan van het NIVEL wordt aldus jaarlijks bijgesteld onder meer op basis van de consultatieronde. Deze jaarlijkse bijstellingen leiden er toe

dat verschuivingen in het werkplan zeer geleidelijk tot stand komen. Over een langere periode bezien zijn zowel de verschuivingen als de continuïteit zeer goed zichtbaar.

De meest markante verschuiving is dat in een periode van vijf jaar (het NIVEL werd in 1985 opgericht) een onderzoekstraditie is opgebouwd op het gebied van andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts, vooral de extramurale verpleging en de paramedische beroepen. Op het gebied van de verloskunde begint zich nu langzamerhand ook een cluster van onderzoekingen af te tekenen. Deze verschuiving is niet ten koste gegaan van de aandacht die in het werkprogramma besteed wordt aan onderzoekingen rond het werk van de huisarts en zijn positie in de gezondheidszorg. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk heeft ervoor gezorgd, dat ook in het voor u liggende werkplan nieuwe aandacht besteed wordt aan de huisarts.
Een andere belangrijke verschuiving is die van onderzoek op het gebied van de structuur van de gezondheidszorg naar evaluatief onderzoek van de zorgverlening en van de bijdrage van de zorgverlening aan de gezondheid. Deze verschuiving wordt zichtbaar in de opeenvolgende werkplannen door een toenemend aantal projecten met een duidelijk evaluatief karakter en projecten rond specifieke patiëntengroepen. Aanleiding voor deze verschuiving was de verandering in het overheidsbeleid die gemarkeerd wordt door de Nota 2000 en het recente ontwerp-kerndocument gezondheidsbeleid 'Doelgericht veranderen'. Het gezondheidszorgbeleid dat sterk leunde op ordening en planning, is voor een belangrijk deel verlaten.

De verschuivingen in het werkprogramma gaan geleidelijk. Dat kan ook bijna niet anders in een onderzoeksinstituut dat als belangrijkste investering de opgebouwde know how van zijn medewerkers heeft. Radicale veranderingen zijn dan vaak alleen mogelijk door het aantrekken van nieuwe medewerkers en/of door vernietiging van 'human capital'. Vandaar dat er ondanks alle verschuivingen een belangrijke nadruk op continuïteit ligt.
In het verleden - in de tijd dat de structuur van de gezondheidszorg centraal stond in het beleid en daarmee ook in het onderzoekprogramma- is de continuïteit gehandhaafd in het onderzoek rond hulpverleningsproces-

sen. Dit onderzoek dat gebaseerd is op de analyse van contacten tussen hulpverleners (i.c. huisarts) en patiënt, richt zich op de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Lange tijd heeft dit soort onderzoek een relatief lage prioriteit gehad in het onderzoeksbeleid op het terrein van de gezondheidszorg. De hoofdstroom was het op structuur gerichte onderzoek. Nu inhoud en kwaliteit van de zorg de belangrijkste trefwoorden zijn, vormt de in de loop van vijftien jaar opgebouwde verzameling arts-patiënt consulten op video een bron voor onderzoek van onschatbare waarde.
Op dit moment zal de continuïteit blijken uit het feit dat een aantal activiteiten op het gebied van de menskracht in de gezondheidszorg en gezondheidszorgvoorzieningen in hun onderlinge samenhang gehandhaafd blijven. Een terugtredende overheid en een beleid dat gericht is op zorgfuncties en niet op voorzieningen laten zich moeilijk vereniging met onderzoek naar planning van de gezondheidszorg en met centrale informatieverzameling over beroepskrachten en voorzieningen.
Hier geldt echter dat evaluatie van de op handen zijnde reorganisatie van de gezondheidszorg nauwelijks voorstelbaar is zonder centrale informatievoorziening.

1.2. Recente ontwikkelingen

Recente ontwikkelingen die van invloed zijn op het werkplan van het NIVEL zijn in twee groepen te onderscheiden. De eerste groep betreft de ontwikkelingen op het gebied van het beleid met betrekking tot de volksgezondheid en meer in het algemeen in het maatschappelijke krachtenveld op het gebied van de gezondheidszorg. De tweede groep betreft de toegenomen aandacht voor de kwaliteit van het gezondheids(zorg)onderzoek.

Op het gebied van het volksgezondheidsbeleid is de ontwikkeling voortgezet die begonnen is met de Nota 2000. Deze nota had een sterk beschrijvend karakter. De vertaling van de inzichten die erin verwoord waren, naar concrete beleidsmaatregelen ontbrak nog goeddeels. Het onlangs gepubliceerde ontwerp-kerndocument 'Doelgericht veranderen' beoogt deze leemte op te vullen. In het ontwerp-kerndocument komt ook een

andere lijn duidelijk tot uiting: die van de herstructurering van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Deze herstructurering is voorgesteld in het advies van de Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg en gewijzigd overgenomen door de regering in het stappenplan 'Verandering verzekerd'.
De Nota 2000 nam als uitgangspunt een beschrijving van de gezondheidszorgtoestand van de bevolking. Gezondheidszorg is daarbij slechts één van de determinanten van de gezondheidstoestand van de bevolking. De analyse van determinanten van de gezondheid leidt tot een volksgezondheidsbeleid dat meer dan voorheen de nadruk legt op een intersectorale aanpak. In het ontwerp-kerndocument worden gezondheidsdoelen genoemd die in de komende jaren bereikt moeten worden.
De voorgestelde herstructurering van de gezondheidszorg zet marktwerking in de plaats van planning als ordenend beginsel in de gezondheidszorg. De horizontale opdeling van de gezondheidszorgvoorzieningen in echelons wordt vervangen door een verticale opdeling van functionele zorgpakketten die dwars door de echelons kunnen lopen.
De op de ideeën van de WHO geïnspireerde benadering in termen van gezondheidsdoelen staat op gespannen voet met de passieve overheidsopstelling. Het is niet op voorhand duidelijk dat een meer marktgerichte opstelling zal leiden tot een zodanige sturing die het mogelijk maakt de gestelde doelen te bereiken.
Op het moment dat deze inleiding geschreven wordt is nog moeilijk te zeggen met welke snelheid het stappenplan van de herstructurering van de gezondheidszorg doorgevoerd zal worden en in hoeverre de oorspronkelijke wijzigingsplannen doorgevoerd zullen worden. Toch is het effect op de Nederlandse gezondheidszorg nu al te zien. Enerzijds in concrete termen door anticipatie bij aanbieders van zorg en zorgverzekeraars - men denke aan de fusies die plaatsvinden tussen zorgverzekeraars - en anderzijds in de wijze waarop de Nederlandse gezondheidszorg voorgesteld wordt waarbij de 'bril' waarmee men tegen allerlei ontwikkelingen aankijkt de kleuring heeft aangenomen van de recente beleidsvoorstellen.
Jarenlang is het beeld van de Nederlandse gezondheidszorg gekleurd geweest door een -overigens nooit volledig doorgevoerde- echelonering, regionalisering en planning van de gezondheidszorg. Dit beeld wordt op dit moment in snel tempo vervangen door een beeld dat gekleurd is door

deregulering, marktgerichtheid en doorbreken van de echeloneringsgedachte - eveneens in een situatie waarin deze denkbeelden nog verre van doorgevoerd zijn. Onderzoek blijft daarin de kritische functie vervullen van feitelijke beschrijving van wat er gebeurt in de gezondheidszorg.
De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk - het grote nationale onderzoek waarvan de gegevens in 1987 en 1988 verzameld zijn - kan dienen als beschrijving van de uitgangssituatie en als referentiepunt waartegen de voorgenomen veranderingen in de gezondheidszorg geëvalueerd kunnen worden. Gedeeltelijke herhaling van deze studie om de voorgenomen wijziging van de honorering van huisartsen te evalueren staat nu reeds op het programma, op een moment dat een belangrijk stuk van ons onderzoekspotentieel nog gericht is op de afronding van de verschillende deelprojecten van deze studie en op de nadere uitdieping rond een aantal deelprojecten.

Naast de ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot de volksgezondheid, die op termijn hun sporen nalaten in de inhoud van het werkplan, is de discussie over de kwaliteit van het gezondheids(zorg)onderzoek van belang. Niet zozeer vanwege de invloed op de inhoud van het werkplan, als wel vanwege de invloed die het heeft op de producten, waarop het NIVEL als onderzoeksinstituut beoordeeld wordt.
De discussie rond de kwaliteit van het gezondheids(zorg)onderzoek is in gang gezet door de analyse van de Raad van Advies van het Wetenschapsbeleid in het begin van de jaren tachtig. Daarbij werd de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidszorgonderzoek ter discussie gesteld. In de nota onderzoeksbeleid Volksgezondheid van het Ministerie van WVC is gepleit voor externe kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek op het beleidsterrein in Nederland. Dit heeft geleid tot een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van WVC na overleg met de Minister van Onderwijs en Wetenschappen aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek en tot een nota van het zogenaamde 4-instituten-overleg waarin een aanzet gegeven wordt tot een protocol voor kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek.
Ofschoon het NIVEL een beleids- en toepassingsgericht onderzoeksinstituut is, is de scheiding in missiepatrooon tussen de gesubsidieerde onderzoeksinstituten en de universiteiten, zoals voorgesteld door de RAWB, zo weinig doorgevoerd dat een instituut als het NIVEL zowel

op het punt van het beleids- en toepassingsgerichte karakter als op het punt van het wetenschappelijk karakter hoge ogen moet gooien.
De tussenstand van de discussie omtrent deze materie is dat het gezondheidszorg onderzoek enerzijds moet voldoen aan de kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek die vooral afgemeten worden aan de wetenschappelijke output van het onderzoek, maar anderzijds ook aan criteria van 'maatschappelijke kwaliteit' waarvoor criteria in feite nog ontwikkeld moeten worden. Maatschappelijke kwaliteit zou mogelijk afgemeten kunnen aan de wijze waarop beleidsproblemen getransformeerd worden tot onderzoekbare vraagstellingen en de wijze waarop onderzoeksresultaten getransformeerd kunnen worden tot aanbevelingen voor de oplossing van beleidsproblemen.
Voor de producten van het NIVEL is de consequentie van deze discussie dat een diversificatie plaats moet vinden. Onderzoek moet zowel wetenschappelijke artikelen opleveren als meer op het beleid en het veld van de gezondheidszorg gerichte producten. De realisering hiervan is de uitdaging die door de discussie rond de kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek gesteld is.

1.3. Nieuwe elementen in het werkplan

Uit paragraaf 1.1. van dit hoofdstuk zal duidelijk zijn dat de nieuwe elementen in het werkplan eerder accentverschuivingen dan radicale vernieuwingen zijn. Deels gaat het om het plaatsen van onderzoekingen in een bepaald perspectief, deels gaat het om een nieuwe clustering van reeds voorgenomen en lopend onderzoek en deels gaat het tenslotte ook om nieuwe initiatieven.
Het eerste nieuwe element dat hier genoemd kan worden, betreft het internationaal vergelijkend onderzoek dat door de naderende Europese eenwording sterk in de belangstelling staat. Er is enerzijds behoefte aan algemene informatie over de Europese gezondheidszorgsystemen, waaraan voldaan kan worden door het eind 1989 begonnen documentatiecentrum van gezondheidszorgsystemen. Anderzijds is er op bepaalde deelterreinen een specifieke informatiebehoefte; we noemen de voorgenomen onderzoekingen rond de extramurale verpleging en rond de

paramedische beroepen. In het laatste geval is de expliciete doelstelling informatie te verzamelen die nodig is om te kunnen beoordelen of in de toekomst aanvullende eisen gesteld moeten worden aan paramedische beroepsbeoefenaren uit de andere EG-lidstaten die zich in Nederland willen vestigen.
Of en in welke mate beroepsbeoefenaren uit de andere EG-lidstaten zich in Nederland zullen vestigen, zal voor de beroepen waarover informatie verzameld wordt in het kader van het informatiesysteem van beroepskrachten in de eerstelijnsgezondheidszorg, goed bij te houden zijn.
Ook twee zogenaamde 'concerted actions' waaraan door het NIVEL deelgenomen wordt, zijn mogelijk van belang in het kader van de Europese eenwording. 'Concerted actions' zijn subsidies die door samenwerkende (onderzoeks-)instituten in verschillende landen bij de EG aangevraagd worden. Dergelijke subsidies voorzien in de secretariaats- en coördinatiekosten van het onderzoek, terwijl de deelnemende partners zelf in eigen land aanvullende subsidies moeten verwerven. De (voorgenomen) concerted actions waarbij het NIVEL betrokken is , betreffen een inventarisatie van informatiesystemen en informatiebehoefte in de ambulante gezondheidszorg en een onderzoek naar het gebruik van niet-reguliere geneeswijzen.
Onder invloed van de naderende Europese eenwording, de deelname aan concerted actions en in zijn algemeenheid de meer internationale oriëntatie van het onderzoek (mede gestuurd door de discussie over de kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek) doet de behoefte zich gevoelen aan samenwerking met een aantal toonaangevende instituten en universitaire groepen in Europa die globaal op hetzelfde terrein als het NIVEL werkzaam zijn. In de komende tijd zullen initiatieven ontplooid worden om te komen tot een keten van Europese onderzoeksinstituten met als doelstellingen: elkaar bijstaan bij vergelijkend onderzoek (door bijvoorbeeld te adviseren over contactpersonen en informanten), met elkaar samen te werken in 'concerted actions' en door een uitwisseling van onderzoekers mogelijk te maken.

Een tweede nieuw element in het werkplan is dat een aantal (voorgenomen) activiteiten geplaatst kan worden in het kader van de herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg. Het Scenario-onderzoek

eerstelijnszorg kan in dit kader geplaatst worden doordat als uitgangspunt voor dit project gekozen is voor een functionele omschrijving van zorgpakketten. In het veld van de gezondheidszorg vinden al vele initiatieven plaats die gericht zijn op een vernieuwing van de zorgverlening. In 1989 is een project gestart dat in samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut en het Nederlands Centrum van Geestelijke Volksgezondheid dergelijke initiatieven inventariseert en de ervaringen ervan beschikbaar maakt voor andere belanghebbenden. Een voorbeeld van de initiatieven die op dit moment ontstaan, is het plan om structuren tot stand te brengen die geënt zijn op de Amerikaanse Health Maintenance Organizations, bijvoorbeeld rond bestaande gezondheidscentra. Het NIVEL werkt aan een evaluatie-plan voor twee van dergelijke initiatieven. Ten slotte kan in dit verband gewezen worden op de voorbereidingen die in 1990 getroffen zullen worden om de verandering van het honoreringssysteem van huisartsen te evalueren. Hierbij speelt de Nationale Studie en een mogelijk gedeeltelijke herhaling hiervan een centrale rol. Immers, de gegevens die in de Nationale Studie verzameld zijn, kunnen beschouwd worden als een 'nulmeting' voor de evaluatie van de herstructurering van de gezondheidszorg. Meer in zijn algemeenheid wordt de Nationale Studie beschouwd als referentiepunt voor onderzoek dat op kleinere schaal of in specifieke lokaties plaatsvindt.

De Nationale Studie heeft ook in andere opzichten geleid tot nieuwe elementen in het werkplan.

Mede door de Nationale Studie is epidemiologisch onderzoek een belangrijke rol gaan spelen in het werkplan van het NIVEL. De omvangrijke databases die daarbij veelal nodig zijn, worden behalve door het materiaal van de Nationale Studie ook opgebouwd in het nu al meer dan vijftien jaar functionerende netwerk van huisartsen-peilstations. Daarnaast is de afgelopen jaren een min of meer vergelijkbaar netwerk van fysiotherapiepraktijken opgezet. Het belang van eigen grootschalige dataverzameling door het NIVEL, zoals ook gebeurt in het informatiesysteem van menskracht en stapsgewijs in het videobestand van arts-patiënt-contacten, is dat de gegeven verzameld worden met het oog op beleidsgerichte en wetenschappelijke vraagstellingen door onderzoekers. Het gevaar van het ontstaan van een 'data-kerkhof' waarmee niets gebeurt, is daardoor een stuk kleiner. Daarnaast geldt dat elders opgebouwde databestanden vaak slechts

in beperkte mate toegankelijk zijn, en bijvoorbeeld bepaalde combinaties van epidemiologisch relevante achtergrondkenemrken niet kunnen leveren, omdat (groepen) respondenten mogelijk herkenbaar zouden worden.
De Nationale Studie is nu in zijn analyse-fase.
Het eerste deel van de analyse-fase zal met het aflopen van de subsidie periode in april 1990 afgesloten worden. Echter, zowel rond lopende deelprojecten als rond nieuwe onderwerpen die op basis van het verzamelde materiaal bestudeerd kunnen worden, kan nog veel werk verricht worden. Voor een deel zullen nadere analyses uitgevoerd worden binnen de onderzoekscapaciteit van de basissubsidie, voor een deel ook met behulp van externe subsidies. In beide gevallen geldt dat zichtbaar gemaakt moet worden dat nadere analyses op basis van de Nationale Studie alleen mogelijk zijn indien nieuwe projecten een financiële bijdrage leveren aan het in stand houden van de basisvoorziening die nodig is om de gegevens te beheren en voor een nieuw onderzoek te bewerken.
Tenslotte dient vermeld te worden dat naast een cluster van onderzoekingen rond de verloskunde, waarvan in het vorige werkplan melding gemaakt is, ook een cluster van onderzoekingen ontstaan is op het gebied van de alternatieve geneeswijzen. Het onderzoek dat gedurende de afgelopen jaren uitgevoerd is op dit terrein, heeft in 1989 geleid tot subsidiëring van een meerjarig experiment op het gebied van de samenwerking van reguliere en alternatieve geneeswijzen. Daarnaast is begonnen met het ontwikkelen van de programmering en coördinatie van onderzoek op het gebied van de substitutie van alternatieve en reguliere gezondheidszorg.

1.4. Positie van het NIVEL-onderzoek

In het voorafgaande is de programmering van het NIVEL-onderzoek globaal beschreven. 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.

Het onderzoek van het NIVEL vindt plaats in complexe veldsituaties waarin rekening gehouden moet worden met de drie genoemde 'partijen' en waarin belangen in wisselende mate parallel lopen.
De situatie waarin de belangen van veld, beleid en wetenschap alle drie tegenover elkaar staan, is er een waarin vruchtbaar onderzoek niet mogelijk is; iedereen heeft potentieel ruzie met iedereen.
De situatie waarin wetenschap tegenover veld en beleid staat is relevanter. Veld en beleid beschouwen onderzoek meestal 'instrumenteel'; men kijkt of de resultaten passen in beleid of beroepsbelangen en probeert, 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 in 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 toegepaste en toepassingsgerichte onderzoek, zoals dat op een instituut als het NIVEL wordt uitgevoerd in het spanningsveld tussen veld en beleid en wetenschap, betekent dit dat aan de beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek altijd verschillende dimensies onderscheiden moeten worden. In de Nota 'De eigen aard van het gezondheidszorgonderzoek' is hierop gewezen. Geconstateerd kan worden dat criteria voor de vaststelling van de wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek verder ontwikkeld zijn dan criteria voor de maatschappelijke dimensie van kwaliteit van onderzoek.

De situatie dat veld en beleid in conflict zijn en de wetenschap terzijde staat, is 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 enigszins open klimaat, zeker als men zelf informatie moet verzamelen bij de participanten in de zorg.
De concrete vorm van het beschreven spanningsveld is nogal bepalend voor de positie die het onderzoeksinstituut inneemt. Het 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.

1.5. Korte schets van de onderzoeksthema's van het NIVEL

De projecten die in dit werkplan beschreven zijn, zijn ingedeeld naar een aantal onderzoeksthema's. De bestaande indeling in themagebieden is in grote lijnen tot stand gekomen bij de oprichting van het NIVEL in 1985. Die indeling was gebaseerd op de toenmalige situatie in de gezondheidszorg. Net zo goed als dat het onderzoekprogramma slechts geleidelijk aangepast wordt aan veranderingen in de gezondheidszorg en in het gezondheidszorgbeleid, is ook de indeling in themagebieden betrekkelijk constant gebleven (te meer daar de themagebieden ook organisatorische eenheden zijn binnen het instituut).
De ratio achter de indeling van het instituut was (en is) dat het NIVEL zijn onderzoeksterreinen heeft in één van de sectoren van de gezondheidszorg, namelijk de eerste lijn, naast de andere 'sector-instituten' het Nationaal Ziekenhuis Instituut, het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid en het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg/TNO. De relaties tussen de eerste lijn en de andere sectoren van de gezondheidszorg zijn daarom voor de hand liggende onderzoeksthema's voor het NIVEL. Daarbij moet aangetekend worden dat de relatie tussen eerste lijn en basisgezondheidszorg (nog) niet als apart thema van onder-

zoek onderscheiden is. In het kader van de Nationale Studie en van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations ontstaan in toenemende mate contacten met het veld van de basisgezondheidszorg die in de toekomst kunnen uitgroeien tot een afzonderlijk onderzoeksthema.

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 algemeen 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 de werkwijzen van huisartsen neemt een belangrijk deel van het werk van het NIVEL in beslag. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk heeft nog voor vele jaren onderzoeksmateriaal opgeleverd.

Deze overwegingen hebben geleid tot de volgende indeling in onderzoeksthema's:
- 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 eerste lijn (hoofdstuk 10).

Daarnaast heeft het NIVEL een afdeling Bibliotheek en Documentatie (beschreven in hoofdstuk 11 van het werkplan), die zowel een algemene functie heeft als openbaar toegankelijk centrum voor literatuur en documentatie op het gebied van de eerste lijn, als een ondersteunende functie ten behoeve van het onderzoek van het NIVEL.

De veranderingen in de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg die op dit moment voorgesteld worden, zouden op termijn hun invloed kunnen hebben op de afbakening van het terrein van onderzoek van het NIVEL als geheel en op de indeling van de onderzoeksthema's. Het feit dat de echelonering van de gezondheidszorg als ordenend principe van de gezondheidszorg naar de achtergrond verschuift, kan consequenties hebben voor het werkterrein van het NIVEL, aangezien het onderzoeksterrein immers gedefinieerd is in termen van een echelon en de relaties met andere echelons. Binnen de indeling in onderzoeksthema's zou de nadruk op functionele ordening gevolgen kunnen hebben voor de onderzoeksthema's die nu nog in sterke mate in termen van disciplines geformuleerd zijn. Op dit moment kan echter nog niet vooruit gelopen worden op deze ontwikkelingen.

1.6. Korte samenvatting van het onderzoekprogramma per themagebied

Tot slot van dit hoofdstuk wordt een korte karakterisering van de onderzoeksthema's gegeven en wordt een opsomming gegeven van de projecten die per onderzoeksthema beschreven zijn.

1.6.1. 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 kwa-

liteit 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. Aangezien er bijna voortdurend veranderingen plaatsvinden in de Europese gezondheidszorgsystemen is een documentatiecentrum van systemen van gezondheidszorg opgezet. Verder worden in dit kader genoemd het project 'Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen' en het project 'Verwijscijfers in Nederland en Denemarken'.

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 louter descriptie.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 2 INT 84.03	Verwijscijfers in Nederland en Denemarken: evaluatie van de opheffing van het Kopenhaagse systeem van honorering per abonne-

	ment van de huisarts (analyse van de verzamelde gegevens en afronding)
Hoofdstuk 2 INT 85.02	Het inkomen van huisartsen in een aantal Europese landen (completering van de dataverzameling, eerste vergelijkende analyse)
Hoofdstuk 2 INT 87.01	WHO-Collaborating centre for primary health care (uitvoeren werkprogramma)
Hoofdstuk 2 INT 88.01	Internationale vergelijking van taakverdeling tussen huisarts en specialist (coördinatie gegevensverzameling in Nederland)
Hoofdstuk 2 INT 88.02	Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg (opzet van het centrum en start materiaalverzameling)
Hoofdstuk 2 INT 89.01	Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels voor gezondheidszorg: basisgegevens (publikatie basisgegevens)
NIEUW 2 INT 90.01b	Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels voor gezondheidszorg: culturele verschillen en systeemverschillen (pilot-studie)
NIEUW 2 INT 90.02	Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe - McAce (informatieverzameling)
Hoofdstuk 7 PEIL 87.01	Deelname aan het International Primary Care Network
Hoofdstuk 8 PMED 90.04	De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen
Hoofdstuk 9 WIJK 90.02	Extramurale verpleging in verschillende landen
Hoofdstuk 11 BIDOC 90.01	Documentatiepakket Nederlandse gezondheidszorg
Hoofdstuk 12 ALG 90.01	Internationale Conferentie over Primary Care Obstetrics

1.6.2. 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 de introductie van marktwerking en het invoeren van eigen bijdragen.

Een belangrijk deel van het onderzoek rond het thema eerste/tweede lijn is gewijd aan substitutie-vraagstukken. Het meest duidelijk is dit zichtbaar in de projecten die verband houden met de vernieuwing van het honoreringsstelsel van huisartsen ('Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' en het project 'Combinatie inzichten huisartsenhonorering'). Maar ook in andere projecten zijn er raakvlakken met de substitutieproblematiek (bijvoorbeeld in het project 'Invloed van de huisarts in de tweede lijn').

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 3 REL 86.01	De invloed van de huisarts in de tweede lijn (materiaalbewerking en verslaglegging)
Hoofdstuk 3 REL 88.02	Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek (materiaalverzameling en verslaglegging; subsidie-aanvraag tweede fase)
Hoofdstuk 3 REL 88.04	Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (materiaalverzameling en analyse)
Hoofdstuk 3 REL 88.05	Evaluatie project samenwerking 1e - 2e lijn VU (afronding)
Hoofdstuk 3 REL 88.06	Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing (projectvoorstel en start)
NIEUW 3 REL 90.01	Project Combinatie inzichten huisartsenhonorering (literatuurstudie, analysewerkzaamheden)
NIEUW 3 REL 90.02	Zorgverschuiving tussen eerste en tweede lijn als gevolg van de opening van een zieken-

	huis (organiseren beschikbaarheid van verwijsgegevens)
NIEUW 3 REL 90.03	Determinanten van en alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist (analyses en rapportage)
Hoofdstuk 2 INT 84.03	Verrichtingen en verwijzingen in Denemarken en Nederland
Hoofdstuk 2 INT 88.01	Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist
Hoofdstuk 5 ROS 90.01	Registratie Innovatieve Projecten
Hoofdstuk 7 NAT 87.09	Verwijzingen van huisartsen
Hoofdstuk 7 NAT 87.10	Nazorg en continuïteit van zorg

1.6.3. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg

Zowel in het veld van als in de theorievorming over de geestelijke gezondheidszorg kan een tweetal ontwikkelingen gesignaleerd worden. In de eerste plaats is dit de geleidelijke overgang van het denken in voorzieningen naar het denken in functies die op het gebied van de zorg vervuld moeten worden. Een tweede ontwikkeling heeft te maken met de relatie tussen de generalistische ELGZ en de specialistische tweedelijnsvoorzieningen in het licht van het rapport van de commissie Dekker. Daarnaast tekent zich een aantal aandachtsgebieden steeds duidelijker af, de behoefte aan epidemiologische kennis op het terrein van de GGZ en het belang van onderzoek naar interventies binnen eerstelijnssettings. Vanuit deze achtergrond bestaat het onderzoekprogramma uit de volgende onderdelen:

- Epidemiologisch onderzoek naar herkenning en behandeling van psychosociale problemen binnen de ELGZ;
- Het beloop en de behandeling van psychosociale klachten;
- Interventiestudies;
- Afstemming en samenwerking tussen generalistische ELGZ en gespecialiseerde tweedelijns-GGZ.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 4 PSH 87.01	Presentatie en beloop van psychische problemen in de huisartspraktijk (afronding materiaalverzameling, analyse)
Hoofdstuk 10 PSH 87.01a	Hulp zoeken 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 87.01d	Herkenning van psychische klachten door de huisarts I: het registratie-onderzoek
Hoofdstuk 4 PSH 87.01e	Herkenning van psychosociale klachten door de huisarts II: het observatie-onderzoek
Hoofdstuk 4 PSH 87.04	Evaluatie experimenten psychologen in de eerste lijn (start indien subsidie wordt verkregen)
Hoofdstuk 4 PSH 89.02	Arts en patiënt in onderhandeling (rapportage)
Hoofdstuk 4 PSH 89.03	Validering NIVEL-observatiesysteem aan methode-Roter (analyse en rapportage)
Hoofdstuk 4 GGZ 85.02	AMW en RIAGG: verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze (start van het onderzoek)
Hoofdstuk 4 GGZ 89.02	Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek (schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW 4 PSH 90.01	Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult (observatie, analyse, rapportage)
NIEUW 4 GGZ 90.01	Literatuurstudie naar verbetering van huisartsgeneeskundig handelen bij psychoogeriatrische problematiek (literatuuronderzoek en rapportage)
NIEUW 4 GGZ 90.02	Evaluatie consultatie volgens het biopsychosociaal model (schrijven onderzoeksvoorstel)
Hoofdstuk 7 NAT 87.08	Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk in de relatie met AMW/(A)GGZ
Hoofdstuk 12 ALG 90.02	Symposium psychiatrie in de eerste lijn

1.6.4. Samenwerking en samenhang in de eerste lijn

Werd er in het verleden van uitgegaan dat samenhang gestalte zou moeten krijgen langs de bestuurlijke-territoriale lijn, momenteel wordt gestreefd naar samenhang langs de functionele lijn.

In het themagebied samenhang staan de activiteiten die worden ondernomen om tot meer organisatie van de eerste lijn te komen centraal. In principe betekent dat dat drie typen onderzoek plaatsvinden.

In de eerste plaats is er onderzoek dat zich richt op de inventarisatie van activiteiten, die zich richten op het totstandbrengen van samenhang. Voorbeelden hiervan zijn de projecten Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden (ROS) en registratie van Innovatieve Projecten (RIP).

In de tweede plaats is er onderzoek dat gericht is op het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van nieuwe organisatievormen. Voorbeeld is het onderzoek naar de verbreiding van huisartsengroepen.

In de derde plaats vinden evaluatie-onderzoeken plaats naar programma's gericht op verbetering van de samenhang. Het onderzoek naar de meerwaarde van gezondheidscentra, de evaluatie SDO en de evaluatie Almere kunnen hieronder gerangschikt worden. Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarop evaluatieonderzoek gepland is zijn HMO-achtige experimenten en thuiszorg in Almere, waarin het begrip case-management een belangrijke rol speelt.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

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)
NIEUW 5 ROS 90.01	Registratie Innovatieve Projecten (registratie en rapportage)
NIEUW 5 ROS 90.03	Evaluatie meerwaarde gezondheidscentra (gegevensverzameling, analyse en rapportage)

Hoofdstuk 5 SAM 86.03	Versterking van de regionale ondersteuningsstructuur van de beroepsgroep huisartsen (afronding)
Hoofdstuk 5 SAM 89.02	Overzichtsartikel planning en regionalisering van de gezondheidszorg in verband met het 'district concept' (uitvoering en rapportage)
Hoofdstuk 5 REL 84.02c	Wijkverpleegkundige zorg in Almere (rapportage)
NIEUW 5 SAM 90.02	Onderzoek naar implementatie huisartsengroepen (geen activiteiten)
NIEUW 5 SAM 90.04	Evaluatie HMO-achtige experimenten (voorbereiding subsidie-aanvragen)
NIEUW 5 SAM 90.05	Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere (voorbereiding, analyse, rapportage)
NIEUW 5 SAM 90.06	Thuiszorg in Almere (ontwikkeling meetinstrumenten, start dataverzameling)
Hoofdstuk 12 ALG 88.03	Scenarioproject eerstelijnszorg
Hoofdstuk 12 ALG 89.03	Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg
NIEUW 5 SAM 90.05	Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere (voorbereiding, analyse, rapportage)
NIEUW5 SAM 90.06	Thuiszorg in Almere (ontwikkeling meetinstrumenten, start dataverzameling)
Hoofdstuk 12 ALG 88.03	Scenarioproject eerstelijnszorg
Hoofdstuk 12 ALG 89.03	Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg

1.6.5. Volume- en functie-aanbod en 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 beleidmakers 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 beroepsbeoefenaren 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 beroepsbeoefenaren in de ELGZ bieden derhalve naast de manpowerplanning de mogelijkheid om tal van beleidsmaatregelen te evalueren.
Op het gebied van de verloskundige zorg staat een evaluatie van de invoering van de indicatielijst verloskunde op het programma.
Samengevat kan het onderzoekprogramma binnen dit themagebied als volgt worden weergegeven:

- In stand houden van bestaande informatiesystemen;
- Meer aandacht voor onderzoek naar functie-aanbod; er zal met name een begin worden gemaakt met onderzoek naar het functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie en met betrekking tot verloskundige activiteiten van huisartsen.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 6 REG 84.01	Huisartsenregistratie (jaarlijkse rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 84.02	Registratie van nog niet gevestigde huisartsen (jaarlijks rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 84.03	Verloskundigenregistratie (jaarlijkse rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 85.01	Registratie fysiotherapeuten (rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen (jaarlijkse rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 86.02	Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten (gegevensverwerking en rapportage)
Hoofdstuk 6 REG 86.03	Apothekersregistratie (gegevensverzameling)
Hoofdstuk 6 VFA 88.01	Verloskundige activiteiten van huisartsen (materiaalverzameling en analyse)
Hoofdstuk 6 VFA 88.06	Evaluatie invoering bijgestelde indicatielijst verloskunde (materiaalverzameling en rapportage)
Hoofdstuk 6 VFA 89.01	Overzichtsartikel 'Manpowerplanning in de gezondheidszorg' (uitvoering en rapportage)

NIEUW 6 VFA 90.01	Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden (opstellen onderzoeksvoorstel)
NIEUW 6 VFA 90.02	Beschrijving en verklaring van regionale verschillen in obstetrische ingrepen (start van procedures ter verkrijging van gegevens uit bestaande informatiesystemen)
Hoofdstuk 8 PMED 88.03	Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg
Hoofdstuk 8 PMED 90.01	Functie en plaats van oefentherapie Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie

1.6.6. Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk

Het onderzoekprogramma voor dit themagebied bestaat uit de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk en het nu negentien 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/patiënt-contacten verzamelden, aangevuld met een groot aantal patiëntenenquêtes en dagboeken) is het verzamelen van gegevens, die door de honorering per abonnement in de huisartspraktijk niet routinematig te voorschijn komen. Per contact is 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. Op basis van de eenmalige materiaalverzameling die eind 1988 is afgerond, zal een aantal deelvraagstellingen worden beantwoord die zijn geformuleerd in even zoveel deelprojecten.

De 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
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	Psychosociale 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
Hoofdstuk 7 NAT 89.01	Gezondheid en medische consumptie naar geslacht
Hoofdstuk 7 NAT 89.02	Gezondheid en sociale-economische status
Hoofdstuk 7 NAT 89.03	Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk
Hoofdstuk 7 NAT 89.04	Epidemiologie van chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat
Hoofdstuk 7 NAT 89.05	Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
NIEUW NAT 90.01	Sociale netwerken en gezondheid (in afwachting van subsidie)
NIEUW NAT 90.02	Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg (analyse en rapportage)
NIEUW NAT 90.03	Evaluatie van de verandering van honorering van huisartsen: een gedeeltelijke herhaling van de Nationale Studie (voorbereiding)
NIEUW NAT 90.04	Werkbelasting, arbeidssatisfactie en werkwijze van huisartsen (voorbereiding subsidieaanvraag, analyse)
Hoofdstuk 8 PMED 90.05	Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg
Hoofdstuk 4 REL 90.03	Determinanten van en alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist

Binnen het Peilstationsproject zal gestreefd worden naar een vergroting van de hoeveelheid epidemiologische relevante kenmerken van de patiën-

tenpopulatie, gelijktijdig met een modernisering van de materiaalverzameling, waarbij zal worden aangesloten bij de ervaring die in de Nationale Studie op dit vlak is opgedaan.
Verder zal aansluiting worden gezocht met het International Primary Care Network en met Eurosentinel.
De volgende projecten vinden binnen het peilstationsproject plaats (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 7 PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (jaarlijkse rapportage)
Hoofdstuk 7 PEIL 87.01	Deelname aan het International Primary Care Network (uitwerking projectvoorstellen)
Hoofdstuk 7 PEIL 88.01	Herziening structuur en functionering peilstation (voorbereiding subsidie-aanvraag)
Hoofdstuk 7 PEIL 89.01	Deelname aan Eurosentinel (registratie van gevallen van mazelen en bof en aanvragen voor HIV-test)

1.6.7. Paramedische beroepen

Binnen het themagebied ligt van oudsher de nadruk op onderzoek naar fysiotherapie, maar wordt in toenemende mate aandacht besteed aan de overige paramedische beroepen. Deze disciplines hebben een drietal kenmerken gemeen. In de eerste plaats zijn de behandelingen van paramedische disciplines met name gericht op de functionele toestand van patiënten. Gelet op het toenemen van chronische aandoeningen en de vergrijzing in onze samenleving, kunnen genoemde disciplines een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheidszorg. In het licht van het ontbreken van een onderzoekstraditie (tweede kenmerk) is het van belang systematische wetenschappelijke kennis te vergaren, onderzoek te verrichten naar effecten van behandelingen en epidemiologisch en theorievormend onderzoek te doen. Een derde gemeenschappelijk kenmerk is van financiële aard. In de plannen Dekker wordt paramedische hulp waarschijnlijk in het aanvullend pakket opgenomen, wat vragen oproept over legitimering en bereikbaarheid van de betreffende zorg. Met betrekking tot het laatste is epidemiologisch onderzoek aangewezen. In het onderzoek-

programma voor dit themagebied staat de gezondheidstoestand van patiënten steeds meer centraal.
De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990)

Hoofdstuk 8 PMED 88.03	Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht (in afwachting van subsidie)
Hoofdstuk 8 PMED 86.04	Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten (afronden observaties, analyse, rapportage)
Hoofdstuk 8 PMED 87.01	Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie (gegevensverzameling en analyse)
Hoofdstuk 8 PMED 89.02	Artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar het effect van behandeling door huisarts en fysiotherapeut (voorbereiding subsidieaanvraag)
Hoofdstuk 8 PMED 89.03	Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (deelname in pilot-fase, ontwikkelen meetinstrumenten)
Hoofdstuk 8 PRMED 89.04	Effecten van logopedische behandelingen (voorbereiding subsidieaanvraag)
Hoofdstuk 8 PMED 89.05	Ergotherapie bij kankerpatiënten (geen activiteiten in 1990)
Hoofdstuk 8 PMED 89.06	Overzichtsartikel: pijn bij artrose: een overzicht van mediërende mechanismen (uitvoering en rapportage)
NIEUW 8 PMED 90.01	Functie en plaats van oefentherapie Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie
NIEUW 8 PMED 90.02	Verwijzingen voor logopedie door huisartsen (analyse van gegevens)
NIEUW 8 PMED 90.03	Een programma voor onderzoek van enkele paramedische beroepen (in afwachting van subsidie)

NIEUW 8 PMED 90.04	De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen (in afwachting van subsidie)
NIEUW 8 PMED 90.05	Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg (start van de analyses)
Hoofdstuk 6 REG 85.01	Registratie fysiotherapeuten
Hoofdstuk 6 REG 86.02	Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten
Hoofdstuk 7 NAT 87.07	Huisarts en fysiotherapeutische zorg

1.6.8. Extramurale verpleging

De beleidsmatige ontwikkelingen geven aan dat de zorg meer bepaald moet worden door de zorgbehoefte van de bevolking. De nadruk wordt gelegd op de verschillende doelgroepen waaraan thuiszorg kan worden verleend. Voor de extramurale verpleging zijn dat met name de chronisch zieken (reuma, diabetes, CARA), patiënten met hart- en vaatziekten, kanker of diverse handicaps. Gezien het voorgenomen beleid in de richting van commercialisering en functiegerichtheid lijkt het ook zinvol om over de grenzen te kijken hoe extramurale verpleging in andere landen geregeld is en functioneert.

In de lopende onderzoeksprojecten is getracht op bovengenoemde ontwikkelingen in te spelen. Werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden worden inhoudelijk in kaart gebracht en tevens wordt onderzocht welke zorg wordt verleend aan verschillende patiëntencategorieën.

Op het gebied van de wijkverpleegkundige zorg zijn de volgende projecten geformuleerd (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 9 WIJK 88.02	Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen (consensusconferentie, materiaalverzameling, interimrapportage)
Hoofdstuk 9 WIJK 90.01	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: nadere

	analyses (schrijven wetenschappelijke artikelen)
NIEUW 9 WIJK 90.02	Extramurale verpleging in verschillende landen (literatuurstudie, interviews met contactpersonen, praktijkobservaties)
NIEUW 9 WIJK 90.03	Evaluatie transmurale diabetesverpleegkundigen (literatuurstudie, instrumentontwikkeling, materiaalverzameling)
NIEUW 9 WIJK 90.04	De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek (schrijven onderzoeksvoorstel)
Hoofdstuk 5 REL 84.02c	Wijkverpleegkundige zorg in Almere
Hoofdstuk 7 NAT 87.10	Nazorg en continuïteit van zorg
Hoofdstuk 12 ALG 88.02	Symposium onderzoek wijkverpleging
Hoofdstuk 5 SAM 90.05	Thuiszorg in Almere

1.6.9. 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. Een voor het themagebied belangrijk ontwikkeling betreft de veranderende opstelling en betrokkenheid van (potentiële) hulpvragers bij de gezondheidszorg.

Het onderzoekprogramma voor 1990/1991 bevat onderzoek die deze ontwikkeling vanuit de invalshoek 'hulpvraag en hulpvrager' benadert. Soms betreft het onderzoek vanuit het consumentenperspectief (welke ervaringen en opvattingen bestaat er met, respectievelijk over, de gezondheidszorg) terwijl ander onderzoek juist de feitelijk hulpvraag tot onderwerp heeft.

In dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 10 VRA 86.01	Consumentenpanel (opzet panel en start dataverzameling)
Hoofdstuk 10 PSH 87.01a	Hulpzoeken bij psychosociale problemen (analyse en rapportage)

Hoofdstuk 10 VRA 88.01	Vragen over AIDS (materiaalverzameling en tussentijdse rapportage)
Hoofdstuk 10 VRA 88.02	Hulpvrager en versterking van de eerste lijn (projectvoorstel en start)
Hoofdstuk 10 VRA 89.02	Huisarts en AIDS (indien subsidietoekenning materiaalverzameling)
Hoofdstuk 10 VRA 89.03	Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers (opzet en start experiment)
NIEUW 10 VRA 90.01	Onderzoek naar substitutie effecten van alternatieve geneeswijzen (uitvoering en rapportage)
NIEUW 10 VRA 90.02	The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure (indien subsidietoekenning start materiaalverzameling)
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 9 WIJK 87.04	De zorgbehoefte ontleed: een vooronderzoek

1.6.10. Bibliotheek en Documentatie

Binnen de bibliotheekwerkzaamheden zal de collectievorming een voornaam punt van aandacht zijn, gezien de verschuivingen binnen het onderzoeksterrein van het NIVEL.

In aansluiting op de invoer van de nu uit meer dan 25.000 titels bestaande catalogus wordt gewerkt aan de toevoeging van referaten bij de betreffende artikelen. De invoer van referaten zal een structureel onderdeel gaan vormen van de documentatie-activiteiten van de bibliotheek.

Verder zullen op het gebied van documentatiewerkzaamheden, zowel aansluitend op onderzoeksactiviteiten van het NIVEL als aansluitend op belangrijke nieuwe ontwikkelingen en aandachtsvelden binnen de gezondheidszorg, bibliografieën samengesteld worden. Ook voor literatuuronderzoek zal de nodige tijd ingeruimd worden.

De titels van de geplande bibliografieën voor 1990/1991 zijn:

- Taakafbakening huisarts-specialist
- AIDS en de huisarts
- Leefstijl

- Ouderen; een update van de uitgave van 1986
- Particuliere thuisverpleging en gezinsverzorging
- Patiëntenrechten; een up-date van de uitgave van 1988

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 11 BIDOC 88.01	Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (jaarlijkse rapportage)
Hoofdstuk 11 BIDOC 89.01	Trefwoordenlijst voor de eerstelijnsgezondheidszorg (afronding)
NIEUW 11 BIDOC 90.01	Documentatiepakket Nederlandse gezondheidszorg (opzet en uitvoering)

1.6.11. Overige activiteiten

Onder dit hoofdstuk staan symposia en congressen, projecten en activiteiten vermeld die niet bij een themagebied zijn onder te brengen.
Bij de officiële start van het NIVEL in 1985 is een overzichtsstudie gepubliceerd van onderzoek op het gebied van de eerste lijn in Nederland. Bij publicatie van deze studie is al vastgesteld dat een herhaling ervan in een of andere vorm aanbeveling verdient. Ook is vastgesteld dat beperking tot Nederlands onderzoek waarvoor bij de eerste overzichtsstudie gekozen is, bij een nieuwe versie heroverwogen zal moeten worden. Voorgesteld wordt nu om een meer internationaal gerichte overzichtsstudie te maken.
De volgende projecten zijn in dit hoofdstuk geformuleerd (tussen haakjes de geplande activiteiten in 1990):

Hoofdstuk 12 ALG 88.01	Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg (afwerking publicaties)
Hoofdstuk 12 ALG 88.02	Symposium onderzoek wijkverpleegkundige (uitvoering symposium)
Hoofdstuk 12 ALG 88.03	Scenarioproject eerstelijnszorg (uitvoering)
Hoofdstuk 12 ALG 89.01	NIVEL lustrum-congres: Doctors at work (organisatie congres)
Hoofdstuk 12 ALG 89.02	Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn (schrijven overzichtsartikelen)

Hoofdstuk 12 ALG 89.03	Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg (uitvoering conferentie, voorbereiding volgende conferentie)
Hoofdstuk 12 ALG 89.04	Het meten van kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg (voorbereiding pilot-studie)
NIEUW 12 ALG 90.01	Internationale conferentie over Primary Care Obstetrics (voorbereiding conferentie)
NIEUW 12 ALG 90.02	Symposium Psychiatrie in de eerstelijn (voorbereiding symposium)
NIEUW 12 ALG 90.03	Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing (uitwerking en eerste proeftoetsing)

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDERS PROF.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 concessies 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 Spanje en Griekenland in 1983/84 tot ingrijpende wijzigingen van de grondslagen van hun systeem van gezondheidszorg overgingen.
In het vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgsystemen zijn twee benaderingen mogelijk. 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 gedeeltelijke 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.

Nu een inventarisatie van de belangrijkste kenmerken van Europese systemen van gezondheidszorg is verricht is een keuze van vergelijkingsobjecten gemakkelijker geworden. De resultaten van deze inventarisatie worden binnenkort gepubliceerd door de Oxford University Press. Echter, een eenmalige inventarisatie is niet voldoende, gezien de al eerder in deze inleiding genoemde veranderingen die bijna voortdurend plaatsvinden in de Europese gezondheidszorgsystemen. Vandaar dat ook in dit werkplan bepleit wordt om een documentatiecentrum van systemen van gezond-

heidszorg op te zetten. Enerzijds vormt dit Documentatiecentrum de basis voor al het onderzoek op het gebied van internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen; anderzijds biedt het Documentatiecentrum ook de mogelijkheid om ad hoc beleidsgerichte overzichten te maken van (aspecten van) een aantal gezondheidszorgsystemen.

Een aspect van de Nederlandse gezondheidszorg dat op dit moment vraagt om vergelijking met internationale ervaringen is de honorering van huisartsen. Een internationale vergelijking van de opbouw en hoogte van de inkomens van huisartsen nadert zijn voltooiing. Daarnaast is voor een gedetailleerdere vergelijking het Deense systeem van honorering van belang. 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 voormeting te doen naar de werkwijze van huisartsen en zijn na de verandering van het systeem twee nametingen verricht.

De naderende opheffing van de interne grenzen van de Europese Gemeenschap is aanleiding geweest tot het opzetten van een vergelijkend onderzoek in de vijf landen van het zogenaamde Schengen-akkoord: Nederland, Bondsrepubliek Duitsland, België, Luxemburg en Frankrijk. Deze landen worden gekenmerkt door een pluriform systeem van gezondheidszorg: beperkte centrale planning, belangrijke invloed van organisaties van beroepsbeoefenaren, rechtstreekse toegankelijkheid van specialistische zorg (uitgezonderd Nederland) etc.

2.2. Projecten

Alle projecten die in het werkplan 1989/1990 voorkwamen worden in het huidige werkplan gecontinueerd.

WHO INT 87.01 WHO-collaborating centre for primary health care

Financier : NIVEL, WHO.
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: Uitvoering werkprogramma.
Contactpersoon : Prof. 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:
- Deelname van de NIVEL-peilstations aan het International Primary Care Network (hoofdstuk 7)
- Organisatie van internationale conferenties over 'Community nursing' (1989) en 'Primary care ostetrics and perinatal care' (1991)

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 1990/1991 van een aanduiding WHO zijn 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 : Commissie Programma Evaluatie
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: opstellen van een simulatie model.
Afronding : 1990.
Uitvoering : Drs. H. Flierman onder leiding van Dr. P.P. Groenewegen en Prof. 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 gedifferentieerd abonnementshonorarium of een gedeeltelijk verrichtingensysteem te bieden, hetzij door het systeem van betaling per verrichting door 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 het materiaal in Nederland heeft in het kader van de Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (zie hoofdstuk 7) plaatsgevonden; 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 november 1988 uitgevoerd.
De eerste resultaten wijzen in de richting van een snellere toename van het aantal diagnostische en therapeutische verrichtingen na de verandering van het honoreringssysteem in Kopenhagen en een afname van het aantal verwijzingen. In 1990 zal deze studie afgerond worden met een analyse van de mogelijke consequenties van een soortgelijke verandering in de Nederlandse situatie. Hiertoe zal een simulatiemodel opgesteld worden.

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

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: afronding van het deel betreffende de honorering van huisartsen

Uitvoering : R. van Haaften, Prof. Dr. J. van der Zee, Dr. P.P. Groenewegen

In 1985-1986 verschenen een aantal korte monografieën over de vorm en hoogte van het honorarium van huisartsen in een aantal Europese landen. Deze serie verscheen in het Tijdschrift Praktijkmanagement. De monografieën vertonen lacunes in de gegevens en bovendien hebben de data niet alle op hetzelfde tijdstip betrekking. Aanvullende informatie is inmiddels verzameld; alle gegevens zijn op het peil van 1985 gebracht, zodat een vergelijkend overzicht mogelijk is. Over de volgende landen zijn de gegevens volledig: Het Verenigd Koninkrijk, België, de Duitse Bondsrepubliek, Denemarken, Zweden, Finland, Frankrijk, Italië en Oostenrijk. Informatie wordt nog gezocht over: Zwitserland en Noorwegen. Gegevens over Portugal, Spanje, Griekenland en Ierland ontbreken nog.
De herziene monografieën zullen in het 1e kwartaal van 1990 in drukvorm verschijnen, met een eerste vergelijkend overzicht.
De gegevensverzameling wordt voortgezet.

WHO INT 88.01 Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist; fase 1: deelname aan het EEG-onderzoek naar verwijzingen van huisartsen.

Financier : EG/WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: vervolg van gegevensverzameling in Nederland.

Uitvoering : Drs. A. Gloerich onder leiding van Prof. Dr. J. van der Zee en Dr. P.P. Groenewegen. Het onderzoek vindt plaats in samenwerking met Dr. D.M. Fleming (Birmingham Research Unit, Royal College of General Practitioners).

Nadat in een eerdere fase een 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. Een eerste stap in een dergeljk complex onderzoek wordt gevormd door een internationale studie waarin verwijspatronen van huisartsen worden vergeleken.
Coördinator van deze studie is D.M. Fleming uit Birmingham. Het NIVEL verzorgt het Nederlandse gedeelte; een verwijsregistratie (+ driemaandsfollow-up) onder ± 125 Nederlandse huisartsen: de gegevensverzameling is eind 1989 begonnen. In 1990 zal de afronding daarvan plaatsvinden plus een analyse van de Nederlandse gegevens

WHO INT 88.02 Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: opzet van het centrum en start materiaalverzameling.
Uitvoering : Drs. W.G.W. Boerma.

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 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 doel van het documentatiecentrum is tweeledig. Het eerste doel is de ondersteuning van internationaal vergelijkend onderzoek van het NIVEL, dat zich op bepaalde aspecten van de gezondheidszorg richt, maar dat ook algemene informatie over het systeem nodig heeft. Het tweede doel is om op basis van de verzamelde documentatie over onderdelen afzonderlijke

publicaties samen te stellen. Onderwerpskeuze en planning t.b.v. dit tweede doel zal begin 1990 plaatsvinden.

WHO INT 89.01a Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: basisgegevens

Financier : NIVEL/EG
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: Publicatie basisgegevens
Uitvoering : Prof. Dr. J. Van der Zee, Dr. P.P. Groenewegen.

Er ligt een ring van strak georganiseerde systemen van gezondheidszorg (Oost-, West-, Noord-, en Zuid-Europa) rond het gebied dat van de weeromstuit 'Central Europa' wordt genoemd en dat bestaat uit de EEG-landen Duitse Bondsrepubliek, Frankrijk, België, Nederland, Luxemburg en het niet EEG-land Zwitserland.
In deze landen kent de gezondheidszorg pluriforme machtscentra (de overheid, de (sociale) verzekeringen, de georganiseerde beroepsuitoefenaren etc., etc.) er bestaat meestal geen territoriaal gedecentraliseerde gezagsstructuur.
In dit 'pluriforme' gebied wonen echter 160 miljoen mensen; het is een belangrijke beleidsvraag voor de EEG in hoeverre men nu zal aankoersen op een (geleidelijke) overgang in de richting van een meer centraal gestuurd systeem met één machtscentrum, of deze pluriforme systemen juist van invloed doet zijn op de Zuid-, West- en Noord-Europese stelsels van gezondheidszorg.
In de taakomschrijving van het NIVEL als WHO-collaborating centre for primary health care, is vermeld dat speciale aandacht besteed moet worden aan deze centraal-Europese, pluralistische systemen van gezondheidszorg. Deze aandacht wordt als volgt gefaseerd. Ten eerste zal worden gestreefd naar de publicatie van een serie monografieën met basis gegevens over de verschillende landen. Het gaat hier om de volgende onderwerpen:

- Kosten en financiering van de gezondheidszorg.
- Sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit.
- Het aanbod in gezondheidszorgsystemen a) instellingen
  b) mankracht

- Sterfteverschillen binnen en tussen de landen
- Gezondheidsbeïnvloedend gedrag (roken, alcohol)
- Het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

De eerste resultaten van deze vergelijkingen zijn gepresenteerd op een door de EG gefinancierd symposium in Maastricht (juli 1989). Publikatie van de gegevens zal successievelijk plaatsvinden. De coördinatie ligt bij het NIVEL (bijzondere leerstoel aan de Rijksuniversiteit Limburg); de monografieën zelf worden door samenwerkende vakgroepen en instituten vervaardigd. Samengewerkt wordt met Université Catholique de Louvain, Rijksuniversiteit Limburg, Landsbond van Christelijke Ziekenfondsen, NVAGG, Erasmusuniversiteit, Universiteit van Düsseldorf, Deutsches Krankenhaus Institut, Nederlands Instituut voor Arbeidsvraagstukken.

NIEUW

WHO INT 90.01b Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: culturele verschillen en systeem verschillen

Financier : NIVEL/Rijksuniversiteit Limburg/Universitaire Instelling Antwerpen/RWTH Aachen/Université Liège

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: pilot-studie

Uitvoering : N.N., onder leiding van Prof. dr. J. van der Zee

Gezondheidszorgsystemen verschillen van land tot land en volgen de territoriale grenzen. In cultureel opzicht zijn de territoriale grenzen veel minder abrupt. Grens-regio's zijn daardoor bij uitstek geschikt om onderzoek te doen naar de invloed van gezondheidszorgsystemen op medische consumptie en gezondheidsgedrag onder constanthouding van de invloed van culturele factoren. Het ligt in de bedoeling om in de grensregio van Nederland, België en de Duitse Bondsrepubliek (rond het drielandenpunt) dergelijk onderzoek uit te voeren. Naast steekproeven uit de bevolking in de grensregio's zal als vergelijking ook een steekproef uit de bevolking die verder van de grensregio's woont, onderzocht worden. Voor 1990 staat een pilot-studie op het programma.

NIEUW

INT 90.02 **Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe - McACE**

Financier : EG
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: informatieverzameling
Uitvoering : Drs. W.G.W. Boerma, J. van der Velden, arts

Het project McACE (Measurement, characterisation and Control of Ambulatory Care in Europe) wordt als een zogeheten "concerted action" uitgevoerd in opdracht van de Commissie van de Europese Gemeenschap. Het NIVEL is één van de partners in het internationale consortium dat daartoe in het leven geroepen is.
In de exploratieve fase van het project, die van 1 mei 1989 tot 1 mei 1990 loopt, dient de basis gelegd te worden voor een harmonisatie van informatieverzameling en beheersing van de ambulante zorgverlening in Europa in de jaren 90. Hiermee wordt beoogd de kwaliteit en de kosten-effectiviteit van de gezondheidszorg in de verschillende landen te verbeteren. Een en ander moet op termijn resulteren in een "Minimum Basic Data Set" (MBDS).
In de huidige periode van 12 maanden moet op de volgend vragen een antwoord komen:

- Wat zijn de wezenlijke dimensies als het gaat om middelengebruik en middelenbeheer in de ambulante zorg en in hoeverre zijn de AVG-methodologie (Ambulatory Visit Groups) en een MBDS hierbij van betekenis.
- Welke technologische systemen en infrastructuur zijn nodig om de vereiste gegevens effectief te verzamelen en de ambulante zorg te kunnen plannen en sturen.

Naast het formuleren van antwoorden op deze vragen worden er plannen en aanbevelingen verwacht voor actie in EG verband gericht op invoering van de beoogde harmonisatie; daarbij gaat het vooral om standaardisering op medisch- en informatie-technologisch terrein.

Pro memorie
Enkele elders in dit werkplan vermelde projecten hebben raakvlakken met het internationaal vergelijkend onderzoek:

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).

PMED 90.04 De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen
In dit project wordt de positie beschreven van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen in verband met het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren in de EG.

WIJK 90.02 Extramurale verpleging in verschillende landen
In vervolg op de internationale conferentie over 'community nursing' wordt een beschrijving gegeven van organisatie en werkzaamheden van extramuraal werkende verpleegkundigen in een aantal landen.

BIDOC 90.01 Documentatiepakket Nederlandse gezondheidszorg
Ten behoeve van onze buitenlandse relaties zal een Engelstalig documentatiepakket samengesteld worden over de Nederlandse gezondheidszorg.

ALG 90.01 Internationale conferentie over Primary Care Obstetrics
Internationale conferentie over de rol van de eerste lijn in de verloskundige zorg.

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 verandering onderhevig. De belangrijkste verandering is dat het sinds jaren gehuldigde principe van de echelonnering in de gezondheidszorg als middel tot kostenbeheersing minder centraal staat. Wel gebleven is de aandacht voor substitutie van zorg, die weliswaar niet langer is toegespitst op verschuivingen van tweede- naar eerstelijn, maar meer algemeen op het verschuiven van zwaardere naar lichtere vormen van zorg. Deze substitutie, als onderdeel van het gehele op kostenbesparing gerichte beleid, denkt de overheid te bereiken door meer vrije concurrentie toe te laten op het niveau van zorgverstrekkers. Verder zijn er de eigen bijdrage voor patiënten en het aanvullende deel in de ziektekostenverzekering waarmee men beoogt het kosten-bewustzijn aan vraagzijde op te voeren. De vraag bij dit alles is of deze marktbenadering effectief is in de gezondheidszorg. Daarbij gaat het niet alleen om het kostenaspect - worden nagestreefde besparingen bereikt? - maar zeker ook om het kwaliteitsaspect - heeft de geboden zorg voldoende kwaliteit?.

Behalve dat de beleidswijzigingen effect hebben aan de outputzijde op kosten en kwaliteit, mogen we ook veranderingen in de verhoudingen tussen verschillende categorieën hulpverleners verwachten. Hoe zich de zogeheten zorgketens zullen ontwikkelen is nog goeddeels onduidelijk, maar als de voorgenomen veranderingen doorgang vinden, is duidelijk dat bijvoorbeeld de verhoudingen tussen traditioneel in gescheiden circuits werkende huisartsen en specialisten zich zullen wijzigen. Een interessant meetpunt voor de gevolgen van dergelijke veranderingen is in dit geval de vertrouwde verwijskaart. Uit de praktijk komen echter signalen dat de betrouwbaarheid van de gebruikelijke verwijs-registratie via de ziekenfondsen te wensen over begint te laten. Vermoedelijk zal het binnen niet al te lange tijd van belang worden om in een aantal praktijken een ge-

richte verwijsregistratie op te zetten om de ontwikkelingen te kunnen blijven volgen. Het Nederlandse deel van de internationale vergelijking, zoals die uitgevoerd wordt binnen het project WHO INT 88.01 kan beschouwd worden als een proefproject om na te gaan of de daar gehanteerde methode van verwijsregistratie van een herhaalde opzet om de ontwikkeling van het verwijscijfer in Nederland te onderzoeken.

Welke belangrijke wijzigingen in het stelsel van gezondheidszorg zien we al in de praktijk? Op de middellange termijn liggen veranderingen in het honoreringsstelsel van huisartsen in het verschiet, die ten doel hebben de huisarts tot meer zelfwerkzaamheid en minder verwijzen te bewegen. Verder is er de commerciële thuisverpleging als één van de alternatieven voor een langdurig verblijf in het ziekenhuis. Verder willen we de eigen bijdrage voor de verwijskaart noemen.

De centrale beleidsmaatregelen van de overheid die een meer commerciële aanpak in de gezondheidszorg voorstaan, zullen wellicht een extra push betekenen voor de intrede van technologische vernieuwingen in de gezondheidszorg. Een inmiddels vertrouwd voorbeeld hiervan zijn de alarmeringssytemen die bejaarden in staat stellen (langer) zelfstandig te blijven wonen. Maar ook op het vlak van de diagnostiek en de geneesmiddelenvoorziening komt nieuwe technologie in beeld.
De ontwikkelingen op technologisch vlak zijn op hun beurt niet los te zien van de tussenvoorzieningen tussen de traditionele tweede en eerste lijn, zoals dagbehandeling in ziekenhuizen en dagverpleging in verpleeghuizen. Nieuwe technologie kan verschuivingen van tweedelijnszorg in de richting van dergelijke tussenvoorzieningen stimuleren.

Met substitutie als centraal (gebleven) thema in het overheidsbeleid willen we de onderzoeksactiviteiten binnen het onderhavige themagebied meer en meer op substitutie-vragen gaan toespitsen. Het meest duidelijk is dit zichtbaar in de projecten die verband houden met de vernieuwing van het honoreringsstelsel van huisartsen ('Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' en het project 'Combinatie inzichten huisartsenhonorering'). Maar ook in andere projecten zijn er raakvlakken met de substitutieproblematiek ('Invloed van de huisarts in de tweedelijn').

Alle aandacht voor nieuwe ontwikkelingen kan de suggestie doen ontstaan, dat de situatie waarin de relatie tussen eerste en tweede lijn zich bevindt op dit moment reeds geheel en al veranderd is. Dat is uiteraard niet zo. De veranderingen voltrekken zich stapsgewijs en het zal nog wel enige tijd vergen voor nieuwe structuren zijn ontstaan, die we kunnen aanduiden als geïntegreerde zorgketens. Tot die tijd spelen afstemmingsproblemen tussen hulpverleners in de eerste en tweede lijn nog een belangrijke rol. De afstemming in de medische lijn tussen huisarts en specialist komt in het werkplan aan bod in het project 'De invloed van de huisarts in de tweede lijn'. De afstemming in verpleegkundig opzicht tussen wijk- en ziekenhuisverpleging stond centraal in het onlangs afgesloten project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten'.

3.2. Projecten

Uit het werkplan 1989/1990 zijn de volgende projecten vervallen:

REL 87.04 Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten
Project is afgerond in 1989.

REL 87.05 Taakafbakening huisarts-specialist met betrekking tot de behandeling van epilepsiepatiënten
Project is afgerond in 1989.

REL 89.01 Problemen met de coördinatie van de ambulante verpleeghuiszorg
In de prioriteitenafweging is het project vooralsnog afgevoerd. De bedoeling is het veld van onderzoek mogelijk in het kader van een stage-onderzoek te verkennen. Eventueel kan het dan in een later stadium opnieuw worden opgenomen.

REL 89.02 Regionale verschillen in verpleegduur in algemene en academische ziekenhuizen (replicatie)
Het project heeft in de prioriteits-afweging een lagere status gekregen.

Lopende projecten zijn:

REL 86.01 **Invloed van de huisarts in de tweedelijn**
Financier : NIVEL/Ziekenfondsraad
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: materiaalbewerking en verslaglegging
Uitvoering : Drs. T.J.J.M.T. Kersten
Afronding : 1991

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'. Eén van de centrale vragen in het project is 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 categorieën chronische patiënten van wie hij zelf de behandeling doet.
Om de bovengestelde onderzoeksvraag te beantwoorden, moet allereerst op betrouwbare wijze (door middel van registratie) worden nagegaan of huisartsen in werkelijkheid actief zijn om invloed te hebben in de tweede lijn. Blijkt dit het geval, dan is er aanleiding om te onderzoeken 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 bij wijze van pilot-study op basis van alleen secundair materiaal (ziekenfondsgegevens over de omvang van de tweedelijnszorgproductie 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 werd daarmee rijp voor de volgende fase in het project, waarbij de bovenbeschreven grondige aanpak gevolgd wordt. 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 88.02 **Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek**

Financier : Praeventiefonds

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: materiaalverzameling en verslaglegging, tevens formuleren subsidieaanvraag fase 2 van het onderzoek

Uitvoering : Drs. J. Chatab en Dr. A.H. Berghs, arts, onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Op initiatief van de afdeling Gelderland van de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, voert het NIVEL een onderzoek uit 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: thuis of poliklinisch in het ziekenhuis.

Bij het onderzoek wordt expliciet aandacht besteed aan andere factoren dan de bevallingslocatie waarvan bekend is dat ze het resultaat van de bevalling bepalen en die mogelijk wijzen op een zekere 'zelfselectie' van vrouwen ten aanzien van de beide locaties. Een belangrijk element is verder de beschrijving van het proces dat bij zwangeren tot de keus voor één van beide bevallingslocaties leidt. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de rationele keuze-theorie.

Het onderzoek verkeert momenteel in zijn eerste fase die primair gericht is op instrument-ontwikkeling. Begin 1990 zal een subsidie-aanvraag voor de tweede fase worden geformuleerd.

REL 88.04 **Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering**

Financier : Ziekenfondsraad

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: materiaalverzameling en analyse. In 1991: idem

Uitvoering : Drs. L. Stokx, 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 de overheid 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) verrichtingen-honorering 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, en daarnaast lokt verrichtingenhonorering uit zichzelf weer zorgproductie uit.
Strevend naar een meer volledige invulling van het basispakket 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. Centraal daarin staat dat intercollegiale toetsing gekoppeld wordt aan de reeds gebruikelijke nascholing van huisartsen. De input voor de toetsing vormen zorgproductiegegevens die verstrekt worden door het ziekenfonds. Dubbele doelstelling van het geheel is kostenbesparing en kwaliteitsbevordering. Huisartsen ontvangen wel een kostenvergoeding voor de participatie in de deskundigheidsbevordering, maar worden in tegenstelling tot wat bij andere honoreringsexperimenten gebeurt niet speciaal gehonoreerd voor het uitvoeren van extra-taken.

Het door het NIVEL uit te voeren evaluatie-onderzoek heeft een longitudinale opzet waarbij een effect-meting van de interventie wordt uitgevoerd aan de hand van gegevens uit de experimentele en uit een controlegroep. Aan het project wordt gewerkt in samenwerking met het ziekenfonds Drenthe-Noord Overijssel, de plaatselijke huisartsen en hun organisaties, en de Stichting O & O.

REL 88.05 **Evaluatieproject samenwerking 1^e-2^e lijn VU**
Financier : Project samenwerking 1^e-2^e lijn VU Amsterdam
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: afronding 1^e fase en afronding betrokkenheid van het NIVEL
Uitvoering : Dr. D. Wijkel

Het project samenwerking 1^e-2^e 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. In 1989 is gewerkt aan het formuleren van een onderzoeksplan voor de overall-evaluatie, waarin reeds verzamelde en nog te verzamelen gegevens hun plaats kunnen hebben. In het plan ligt de nadruk op het vaststellen van de effecten van de experimentele samenwerkingsprojecten. Na afloop van de eerste fase van het project (per 1 april 1990) zal het project onder verantwoordelijkheid van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit worden voortgezet.

REL 88.06 **Verbetering van de eerstelijnszorg door technologische vernieuwing; deelproject toepassing van de 'smart card' ten behoeve van de communicatie tussen eerste en tweede lijn**

Financier : WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: start van het project, indien subsidie wordt verkregen

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. P.P. Groenewegen

De afdeling Biomedische Technologie van de Rijksuniversiteit Groningen bereidt een ontwikkelingsproject voor waarin de 'smart card' als drager van medische informatie wordt uitgetest. Het belangrijkste doel van deze 'pilot'-studie is na te gaan of het, praktisch en technisch gezien, mogelijk is relevante gegevens uit het 'medical record' van een ziekenhuispatiënt op een chip card op te slaan, zodat ook hulpverleners in de eerste lijn over relevante informatie, wat betreft het verloop van ziekte en behandeling, kunnen beschikken.

Gegeven het feit dat er nog maar weinig empirische gegevens over het gebruik van 'smart cards' in de gezondheidszorg beschikbaar zijn, wordt aan deze 'pilot'-studie een evaluatie-onderzoek gekoppeld. Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Aan de ene kant kan worden nagegaan hoe het gebruik van 'smart cards'door de betrokken hulpverleners en patiënten wordt ervaren en welke consequenties het gebruik kan hebben voor de verleende zorg en voor het functioneren van de patiënten. Daarnaast heeft het onderzoek het karakter van een haalbaarheidsstudie waarin instrumenten kunnen worden ontwikkeld en uitgetest.

NIEUW

REL 90.01 **Project combinatie inzichten huisartsenhonorering.**

Financier : Ziekenfondsraad

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: literatuurstudie, analysewerkzaamheden. 1991: Idem + deelrapportage.

Uitvoering : Drs. D. Delnoy, onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Onderhandelingen tussen betrokken partijen gaan in de komende jaren een nieuw honoreringsstelsel voor de Nederlandse huisartsen opleveren, dat - zoals het zich op dit moment laat aanzien - de vorm zal krijgen van een gecombineerd abonnements-verrichtingensysteem. Om bij de ontwikkeling van dit nieuwe systeem over praktijk-informatie te beschikken worden twee experimenten uitgevoerd: één in de regio Leiden - Alphen met een vorm van gedeeltelijke verrichtingen-honorering boven op het abonnement, en één in de regio Emmen waar kostenbesparing wordt nagestreefd via betaalde deelname van huisartsen aan gerichte deskundigheidsbevordering (zie REL 88.04)
Doelstelling van dit 'combinatie-project' is op de beleidsdiscussie over het nieuwe systeem toegesneden informatie over honoreringsvraagstukken aan te leveren. Daarbij wordt geput uit de kennis die beschikbaar komt uit de beide lopende experimenten, maar ook uit informatie over nog lopend en afgesloten, nationaal en internationaal onderzoek.

NIEUW

REL 90.02	**Zorgverschuiving tussen eerste en tweedelijn als gevolg van de opening van een ziekenhuis**
Financier	: WVC (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1990: organiseren beschikbaarheid verwijsgegevens: 1991 projectvoorstel vervaardigen/ start onderzoek.
Uitvoering	: N.N. onder supervisie van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Voorjaar 1991 zullen in Almere de intramurale tweedelijnsvoorzieningen op korte afstand van de Almeerse bevolking ter beschikking komen door de opening van het Flevo-ziekenhuis. Nu is in de literatuur een geringere afstand tot medische voorzieningen steeds weer een belangrijke voorspeller gebleken van een groter gebruik. Bij de opening van een ziekenhuis doet zich daarbij tevens de vraag voor, wat de consequenties zijn voor het relatieve aandeel van eerste- en tweedelijnszorg. Er zijn redenen om 'omgekeerde substitutie' te verwachten: meer tweedelijnszorg die in de plaats komt van zorg in de eerstelijn.
Tien jaar eerder (in 1981) waren er met de opening van het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad vergelijkbare omstandigheden, te beschouwen als

een natuurlijk experiment. Het daaraan door het NIVEL gekoppelde evaluatie-onderzoek richtte zich primair op de eerstelijn en op omgekeerde substitutie die zou blijken uit de stijging van het verwijscijfer. De verwijscijfers bleven echter in de praktijk over de jaren stabiel, waardoor het belangrijkste effect - de stijging van de vervolgkosten na verwijzing in de tweedelijn met name verpleegdagen - enigszins aan de aandacht ontsnapte. Almere biedt in dit opzicht een interessante herkansing. De aandacht zal hierbij meer gericht worden op processen binnen het ziekenhuis dan op processen binnen de eerste lijn.

NIEUW

REL 90.03 **Determinanten van en alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist**

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyses en rapportage
Uitvoering : Drs. A.B.M. Gloerich, Prof. Dr. J. van der Zee
Afronding : 1991 (mogelijke uitloop naar 1992)

Met behulp van het uitgebreide databestand van de Nationale Studie van Ziekte en Verrichtingen in de huisartspraktijk wordt het verwijscijfer van huisartsen naar specialisten nader geanalyseerd.
In het kader van de Nationale Studie is vastgesteld welke patiëntgebonden factoren de kans op een verwijzing beïnvloeden en welke praktijk gebonden factoren. Bij patiënten betreft het de uit de Nationale Studie verzamelde demografische gegevens; bij de praktijken gaat het enerzijds om kenmerken van de huisartspraktijk (omvang, soort praktijk, praktijkorganisatie, locatie ten opzichte van het ziekenhuis) en kenmerken van de huisarts (samenwerking met anderen, neiging to risico, houding ten opzichte van specialist).
Twee belangrijke gegevens ontbreken in deze analyses. Ten eerste wordt in het bovenstaande afgezien van de feitelijke gezondheidsproblemen van de patiënt (welke klachten presenteert hij aan de huisarts en hoe reageert deze daarop) en worden bovendien de **alternatieven** voor een verwijzing naar de specialist (voorschrijven van geneesmiddelen, terugbestellen, inschakelen van een fysiotherapeut) niet in de analyse betrokken.

In het determinanten/alternatieven onderzoek wordt deze aanpak verder gevolgd.

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 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 Nationale 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 hoofdstuk 7).

ROS 90.01 Registratie Innovatieve Projecten
Analoog aan de opzet van het registratiesysteem van onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg zal er een permanente inventarisatie plaatsvinden van innovatieve projecten in de gezondheidszorg. Voor zover dergelijke projecten betrekking hebben op innovaties in de verhouding tussen eerste en tweede lijn zijn zij ook voor dit themagebied van belang.

WHO INT 88.01 Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist
Een registratie van verwijzingen bij Nederlandse huisartsen is een onderdeel van dit project.

WHO INT 84.03 Verrichtingen en verwijzingen in Nederland en Denemarken

In dit project zal getracht worden de inzichten die verkregen zijn uit de evaluatie van de verandering van honorering van huisartsen in Kopenhagen te transformeren naar de Nederlandse situatie.

4. EERSTELIJN EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDER DR. P.F.M. VERHAAK)

4.1. Inleiding

In het werkplan 1989-1990 is een aantal relevante ontwikkelingen geschetst die hun neerslag vonden in konkrete onderzoeksprojecten. Voor een belangrijk deel zijn die ontwikkelingen nog steeds van belang: Het voorzieningen-denken heeft plaatsgemaakt voor functie-denken, het concurrentieprincipe lijkt werkelijk zijn intrede te gaan doen in de gezondheidszorg; het is niet meer zo belangrijk wie iets doet, als wel dat bepaalde functies worden uitgevoerd (tegen redelijke kosten en met een aanvaardbare kwaliteit). Door deze ontwikkelingen is beweging ontstaan op de markt van aanbieders van zorg, ook binnen de GGZ. Er is (althans in theorie) ruimte ontstaan voor nieuwe voorzieningen (bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen) en voor een herschikking van taken en te bedienen populaties tussen bestaande voorzieningen (bijvoorbeeld AMW en RIAGG). Bij dit alles bestaat een dringende behoefte om -meer dan voorheen - het hulpaanbod te laten aansluiten op de hulpvraag. Belangrijke gezondheidsproblemen (op het gebied van de GGZ in de eerste lijn bijvoorbeeld depressies, en GGZ problemen die samenhangen met veroudering) zouden prioriteit moeten krijgen in het onderzoeksprogramma. Epidemiologische kennis is hiervoor noodzakelijk. Bij al die bewegingen die er nu aan het ontstaan zijn is het bovendien van groot belang dat ze vergezeld gaan van interventiestudies, waar beschikbare wetenschappelijke kennis in de praktijk gebracht kan worden en de betreffende (vaak experimentele) situatie op haar merites kan worden bezien.
Een thema dat tussen de regels door altijd aan de orde was binnen het onderdeel 'onderzoek naar hulpverleningsprocessen', maar dat nooit expliciet als zodanig benoemd werd, is de kwaliteit van het handelen. Kwaliteit is het criterium waaraan succes van een interventie moet worden afgemeten. Keuze tussen aanbieders van zorg zal op basis van kwaliteitscriteria dienen te geschieden. Kwaliteit is hetgene dat men met behulp

van specialistische expertise in de eerstelijn zal willen verbeteren. Onderzoek dat expliciet op kwaliteit van het handelen gericht is zal in dit werkplan binnen het onderdeel arts-patient communicatie gepresenteerd worden.

De gebruikelijke tweedeling binnen dit themagebied, GGZ **in** de eerstelijn en de relatie **tussen** eerstelijns GGZ en specialistische GGZ, is in dit werkplan wat meer genuanceerd.

Eerst behandelen we het **epidemiologisch onderzoek** naar voorkomen en herkenning van psychische problemen in de eerstelijn. In dit kader wordt cross-sectioneel het aanbod aan psychische klachten in beeld gebracht en wordt een longitudinale studie naar het beloop van psychische klachten gedurende een jaar afgerond; daarnaast wordt onderzocht welke psychische klachten (zoals gedefinieerd m.b.v. een screenings-vragenlijst) door de huisarts worden herkend en wat de gevolgen hiervan zijn voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Als tweede onderdeel van het werkplan komt **het beloop en de behandeling van psychosociale klachten** in de eerstelijn aan de orde.

Het derde onderdeel wordt gevormd door de interventiestudies waarin getracht wordt de competentie van de eerstelijnshulpverlener te verbeteren. Gekozen is in dit opzicht voor onderwerpen die door hun frequentie, zoals dit b.v. uit het epidemiologisch onderzoek is gebleken, een duidelijke relevantie hebben: verbetering van diagnostiek van depressies (de meest veelvuldig "gemiste" psychische klacht) en onderzoek naar de haalbaarheid van vroegtijdige opsporing van dementie gekoppeld aan de ontwikkeling van een thuiszorg-programma. Ter ondersteuning van de voorgenomen interventies wordt ook het oudere voornemen "versterking van de eerstelijn door GGZ-expertise; een literatuuroverzicht" het komende jaar geactualiseerd.

Het laatste onderdeel van het werkplan betreft de taakafbakening tussen generalistische en gespecialiseerde GGZ. Binnen dit kader past het dit

jaar te starten onderzoek naar taakafstemming AMW-RIAGG. (een onderzoek dat overigens ook een interventie karakter gekregen heeft).

In vergelijking met het werkplan 1989-1990 is vervallen:

PSH 84.01 Wisselende gespreksmodellen

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

Afgerond met stage verslag

PSH 87.03 Psychologen in de eerstelijn.

Onderzoek is afgerond.

PSH 89.01 Overzichtsartikel arts-patient communicatie.

Afgerond.

PSH 88.01 Uitbreiding videotheek

Nieuwe opnamen zijn op standaard kenmerken geobserveerd en verwerkt.

4.2. Het voorkomen van psychosociale klachten in de huisartspraktijk

PSH 87.01b[1] **Psychische problemen in de eerstelijn: een dwarsdoorsnede (zie ook NAT 87.08)**

Financier : WVC/ZFR
Status : Activiteiten 1990: analyse, rapportage
Uitvoering : Ir. J. Bosman, Dr. P.F.M.Verhaak
Afronding : 1990

---

[1] De projecten PSH 87.01a t/m PSH 87.01d maken deel uit van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen. Zie voor een algemene beschouwing NAT 87.08 in het hoofdstuk "vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk". PSH 87.01a is opgenomen in hoofdstuk 10 'Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn'.

In dit deelonderzoek van de Nationale Studie wordt gebruik gemaakt van de contactregistratie gedurende 3 maanden door 163 huisartsen. Op basis hiervan wordt een analyse gemaakt van het psychosociale klachten aanbod in de huisartsenpraktijk en van de herkende psychische morbiditeit. Zowel de openlijk gepresenteerde psychische problematiek als gemaskeerde problemen worden onderzocht. Aandacht wordt besteed aan interdoktervariantie op dit terrein.

PSH 87.01d[1] **Herkenning van psychische klachten door de huisarts I: het registratie onderzoek**

Financier : WVC/ZFR
Status : Activiteiten 1990: analyse, rapportage
Uitvoering : Drs. M.Tijhuis, Dr. P.F.M.Verhaak
Afronding : 1990

Binnen dit deelproject van de Nationale Studie wordt een koppeling gemaakt tussen de antwoorden van 13.000 ondervraagde patienten op de General Health Questionnaire, een gevalideerde vragenlijst om psychiatrische morbiditeit op te sporen, en de klachten die deze patienten bij de huisarts presenteren respectievelijk de beoordeling van deze klachten door de huisarts. Dit deelproject sluit aan bij de discussie op het grensvlak van huisartsgeneeskunde en psychiatrie over de vraag of en in hoeverre huisartsen in hun consulten psychiatrische problematiek 'missen'.

PSH 87.01e[1] **Herkenning van psychische klachten door de huisarts II: het observatie onderzoek**

Financier : NIVEL
Status : Activiteiten 1990: analyse, rapportage
Uitvoering : Drs. Ph. Beerendonk, Drs. J.M.Bensing
Afronding : 1990

De opzet van dit project is vergelijkbaar met PSH 87.01d. Bij 17 huisartsen van de Nationale Studie zijn circa 30 consulten op video opgenomen (met schriftelijke toestemming van de patiënt). De patiënt vulde

[1] Zie voetnoot vorige pagina.

steeds een 12-item GHQ in, terwijl de arts noteerde in hoeverre psychosociale aspecten een rol speelden in het klachtenpatroon. Zo is het mogelijk een nadere analyse te maken van de consulten waarin de arts een psychiatrische diagnose "mist". Nagegaan wordt in hoeverre dit te wijten is aan de communicatiestijl van de arts of (ook) aan andere factoren. Ook de omgekeerde vraagstelling is van belang: Wat zijn het voor patiënten die de arts als "psychosociaal" labelt, maar die volgense de GHQ geen psychiatrische "case" zijn? Het onderzoek beoogt een huisartsgeneeskundige aanvulling te vormen op veel psychiatrisch onderzoek op dit gebied.

4.3. Het beloop en de behandeling van psychische problemen in de huisartspraktijk

PSH 87.01c[1] **Het beloop van psychische klachten**

Financier : WVC/ZFR
Status : Activiteiten 1990: analyse, rapportage
Uitvoering : Drs. M.Tijhuis o.l.v. Dr. P.F.M.Verhaak
Afronding : 1990

In dit deelonderzoek uit de Nationale Studie staat de vraag centraal "hoe het met de problemen verder ging?".
Over het handelen van huisartsen in zake psychische problemen zijn de meningen verdeeld. Van de ene kant waarschuwt men er voor dat het toedekken van psychische aspecten leidt tot een niet terechte nadruk op de lichamelijke kant van een probleem. Onnodig onderzoek en 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 veronderstel-

[1]Zie noot vorige pagina

ling. 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 waarschijnlijk allebei waar; de vraag is alleen, wannneer en bij wie welke aanpak geldig is.
Om deze vraagstelling te onderzoeken is bij een kleine 1000 patiënten de contactregistratie van de Nationale Studie tot een jaar verlengd. Gekeken wordt naar het beloop van problemen die als 'psychisch probleem' zijn gepresenteerd en problemen die als lichamelijk probleem gepresenteerd zijn, maar door de huisarts eigenlijk als puur psychosociaal worden gezien. Onder andere wordt nagegaan in hoeverre arts- en patientkenmerken (patiëntgerichte arts versus klachtgerichte arts/ submissieve patiënt versus assertieve patiënt) tot een verschillend beloop leiden.

PSH 89.03 **Validering NIVEL observatiesysteem aan methode ROTER**

Financier : NIVEL
Status : Activiteit 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : Drs.J.M. Bensing
Afronding : 1990

De voortgang van kennisopbouw op het gebied van de arts-patiënt communicatie wordt belemmerd door het feit dat overal ter wereld met verschillende observatie-systemen wordt gewerkt, die deels voor verschillende doeleinden zijn ontwikkeld en vaak een verschillende (merendeel impliciete) theoretische achtergrond hebben. Het NIVEL heeft besloten daarom te zoeken naar integratiemogelijkheden van verschillende systemen. Er is een samenwerking tot stand gebracht met D. Roter (Johns Hopkins University). Het observatiesysteem van Roter is gekozen, omdat dit internationaal het meeste navolging heeft gekregen. In eerste instantie vindt een verdere instrumentontwikkeling plaats. Nagegaan wordt in hoeverre het ROTER-systeem toepasbaar is in de Nederlandse situatie, en in hoeverre het door ons betrouwbaar is te scoren. Vervolgens wordt in een vergelijkende studie nagegaan in hoeverre globale begrippen die het NIVEL-systeem en het ROTER-systeem pretenderen te meten, inderdaad met

elkaar samenhangen. Ten behoeve van deze vraagstelling zijn 100 consulten uit de NIVEL-videotheek onafhankelijk van elkaar met beide observatiesystemen gescoord.

NIEUW

PSH 90.01 **Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult**

Financier : NIVEL
Status : Activiteiten 1990: observatie, analyse, rapportage
Uitvoering : Drs. J.M. Bensing, Drs. J. Dronkers
Afronding : 1991

Het NIVEL-observatiesysteem van arts-patiënt communicatie heeft de afgelopen jaren bewezen op adequate wijze de psychosociale hulpverlening van huisartsen te kunnen vastleggen. Er kon een communicatiestijl worden vastgelegd die artsspecifiek is en tussen artsen verschilt. Deze communicatiestijl blijkt samen te hangen met het vermogen van artsen om psychische problematiek te herkennen (proefschrift Verhaak). Ook blijken elementen uit deze communicatiestijl een goede voorspeller voor een externe kwaliteitsbeoordeling door een panel ervaren huisartsen (artikel/lezing Bensing). Het huidige observatiesysteem (sterk geënt op de Rogeriaanse traditie) is echter aanzienlijk sterker in het vastleggen van de affectieve kanten van de hulpverlening, dan in de meer instrumentele.
Nagegaan zal worden in hoeverre het Amerikaanse ROTER-systeem (geënt op de 'problem-soving' traditie van Bales, zie ook PSH 89.03) een zinvolle aanvulling kan vormen

PSH 89.02 **Arts en patient in onderhandeling**

Financier : NIVEL
Status : Analyse afgerond. Stageverslag moet tot artikel worden omgewerkt.
Uitvoering : Drs. H.Welling, Dr. H.J.Wennink
Afronding : 1990

Het in PSH 87.01c geschetste theoretische model (arts en patient in een onderhandelingshuishouding versus een bevelshuishouding) wordt in dit

onderzoek getoetst op basis van observatieprotocollen, en door arts en patient ingevulde vragenlijsten in 70 op videoband opgenomen consulten. Een stageverslag, geschreven in 1989 zal omgewerkt worden tot een wetenschappelijk artikel.

4.4. Interventiestudies naar de inbreng van psychologische en psychiatrische expertise in de eerstelijn

PSH 87.04 **Evaluatie experimenten Psychologen in de eerstelijn**
Financier : ZFR (?)
Status : In afwachting van subsidie
Uitvoering : N.N., onder leiding van Dr.P.F.M.Verhaak

In het voorzieningen denken was de eerstelijnspsycholoog als nieuwe voorziening in de ELGZ taboe. In het kader van het functie-denken wordt over de invulling van de functie psychologische hulpverlening met een kortdurend en generalistisch karakter genuanceerder gedacht.
Het NIVEL participeert in de Werkgroep Experimenten met Psychologen in de Eerste Lijn (WEPEL) die aanbevelingen gedaan heeft over experimenten waarin psychologen deze functie zouden invullen. Thans wordt met vertegenwoordigers van VNZ en Ziekenfondsraad overlegt over uitvoering en evaluatie van deze experimenten.

NIEUW
GGZ 90.01 **Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek: I. literatuurstudie**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: literatuurstudie en rapportage
Uitvoering : Drs. W.Kruithof.

Regelmatig kan men horen dat herkenning en management van beginnende dementie-stoornissen door de eerstelijn een problematische zaak is, die de komende jaren door toenemende frequentie van de problematiek

steeds knellender vormen zal aannemen. Het is echter nog niet echt duidelijk in hoeverre verbetering van de diagnostiek binnen de huisartsenpraktijk haalbaar is, noch in hoeverre thuiszorg een oplossing kan vormen. Teneinde een mogelijke interventiestudie in dit opzicht (zie GGZ 89.02) te funderen is een literatuuronderzoek naar reeds opgedane inzichten op dit terrein opgezet.

GGZ 89.02 **Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek**

Financier : Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: schrijven onderzoeksvoorstel in samenwerking met Vakgroep Huisartsgeneeskunde of RIAGG

Uitvoering : N.N., onder leiding van Dr. P.F.M. Verhaak

Afhankelijk van de resultaten van genoemd literatuuronderzoek zal een interventie worden opgezet om de diagnostiek van huisartsen op het gebied van dementie te verbeteren; de opzet van een dergelijke interventie ligt niet op de weg van het NIVEL; hiervoor wordt contact gezocht met andere instellingen die op dit gebied actief zijn. Het NIVEL zal de evaluatie van deze interventie op zich nemen.

NIEUW

GGZ 90.02 **Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model**

Financier : Commissie Program Evaluatie/Project $1^e/2^e$ lijn Vrije Universiteit (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: schrijven onderzoeksvoorstel in samenwerking met Dr. F. Huijsse, Afdeling psychiatrie, VU-Ziekenhuis

Uitvoering : N.N., onder leiding van Drs. J.M.Bensing

Een landelijk recente ontwikkeling in de samenwerking tussen de algemene gezondheidszorg betreft de 'liaison-psychiatrie'.
In de liaison-psychiatrie wordt psychiatrische consultatie gegeven aan andere artsen (tot nu toe meestal medisch specialisten werkend binnen ziekenhuizen) bij patiënten met (in beginsel) somatische problemen. Op

basis van het zogenaamde biopsychosociaal model wordt getracht in een meersporenbeleid ten aanzien van de patiënt te ontwikkelen waarbij biologische, psychische en sociale ontstaansfactoren, processen en prognoses in onderlinge samenhang worden geanalyseerd. Een dergelijk model lijkt bij uitstek ook geschikt voor de huisartspraktijk waar immers maar al te vaak patiënten komen met lichamelijke klachten waarbij louter somatische aanpak niet blijkt te werken en een psychosociale aanpak na uitblijven van lichamelijke factoren op weerstanden bij de patiënt blijkt te stuiten. In samenwerking met de Vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit van Amsterdam (dr. F. Huijsse) zal in 1990 een inventarisatiestudie worden voorbereid waarin met behulp van een controlled trial het effect bestudeerd wordt van consultatie volgens het biopsychosociaal model op het verloop van klachtenpatronen en consumptiepartonen van een omschreven groep patiënten. Tevens zal met behulp van video-opnamen worden nagegaan welke invloed deze consultatie heeft op de werkwijze van de aan het project deelnemende huisartsen.

4.5. Taakafbakening generalistische en specialistische GGZ

GGZ 85.02	**AMW en Riagg. Verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze**
Financier	: WVC/STABO
Status	: onderzoek start begin 1990
Uitvoering	: Dr. Ir. R. Friele, onder leiding van Dr. P.F.M.Verhaak
Afronding	: 1991

Rond de positie en functie van het AMW als eerstelijnsvoorziening voor psychosociale hulpverlening ten opzichte van de AGGZ bestaat veel onduidelijkheid. In 1987 constateerden JOINT en NVAGG op basis van een inventarisatie enquête dat de psychosociale hulpverlening als een overlappend werkterrein wordt ervaren en derhalve taakafbakening wenselijk is. In het door WVC gesubsidieerde onderzoek zal in een aantal regio's de clientèle van zowel AMW-instellingen als RIAGG met behulp van vragenlijsten ondervraagd worden, teneinde vast te stellen in hoeverre beide type instellingen de beoogde doelgroep bedienen. Daarnaast wordt het

hulpverleningsproces globaal in kaart gebracht zodat duidelijk wordt welke voorspellende waarde verschillende criteria (zoals aanwezigheid van psychopathologie en situatiegebondenheid van klachten) hebben.
Aan het einde van het onderzoek worden de resultaten teruggekoppeld naar de deelnemende instellingen en erbij betrokken verwijzende instanties in een zogenaamde consensus conferentie, teneinde de implementatie van de resultaten in het veld te verzekeren.

Pro memorie
Projecten over het thema eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg die in andere hoofdstukken van het werkprogramma worden beschreven:

NAT 87.08 Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk en de relatie tussen de huisarts en de (A)GGZ en het AMW

De afzonderlijke onderdelen van dit deelproject van de Nationale Studie zijn beschreven in het onderhavige deel van het werkplan.

PSH 87.01a Hulpzoeken bij psychosociale problemen (zie hoofdstuk 10)

Dit onderdeel van het overkoepelende deelproject van de Nationale Studie over psychosociale problematiek richt zich expliciet op de kant van de hulpvragers.

ALG 90.02 Symposium in de eerste lijn

Thema van dit symposium is: wat kunnen psychiatrie en huisartsgeneeskunde van elkaar leren?

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

5.1. Inleiding

Eerstelijnszorg is een verzamelnaam voor wat in feite een conglomeraat van disciplines en werksoorten is. De organisatie van de eerste lijn is disciplinegewijs, waarbij alle varianten voorkomen van vrije beroepsbeoefenaren tot strak hiërarchisch gestructureerde organisatievormen. Het is dan ook niet verbazend dat coördinatie, management en samenhang in veel gevallen afwezig is dan wel gebrekkig functioneert. De effecten hiervan doen zich vooral gevoelen bij patiëntencategorieën die intensieve zorg behoeven die door verschillende disciplines dient te worden geleverd, vaak gedurende een langere periode. Juist naar dit type zorgverlening groeit de vraag snel door de vergrijzing, de toenemende technische mogelijkheden om thuiszorg te bieden, de wens van veel patiënten om thuis verpleegd en verzorgd te worden en het substitutiebeleid van de rijksoverheid.

Het oplossen van het organisatie/coördinatieprobleem in de eerste lijn is de constante in het overheidsbeleid sinds de Structuurnota. De laatste jaren is verandering opgetreden in de voorgestane oplossingsrichting. Voorheen werd in sterke mate uitgegaan van overheidsregulering en werd structuurgericht gedacht. Een voorbeeld van het eerste is de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die aan gemeenten een plannende en regulerende taak toedacht. Een voorbeeld van het tweede is de subsidiëring van structuren als gezondheidscentra. Sinds de Nota 2000 en recent bevestigd in het Kerndocument komt de inhoud van de zorg meer centraal te staan en sinds de voorstellen van de Commissie Dekker is de terugtredende overheid het credo. De verschuiving van structuur naar inhoud betekent dat de aandacht gericht wordt op het oplossen van het organisatieprobleem rond specifieke patiëntencategorieën in plaats van een algemeen organisatiemodel voor de hele eerste lijn na te streven. De opgang die het begrip case-management maakt is in dit verband illustratief.

Met de terugtredende overheid is de rol van de financiers belangrijker geworden. Volgens de Dekker-plannen is het aan de financiers om overeenkomsten met zorgaanbieders aan te gaan omtrent de te verlenen zorgverlening. De verwachting is dat via deze overeenkomsten de nodige samenhang kan worden geschapen. Afgezet tegen de WHO-ideeën over het stellen van gezondheidsdoelen en een intersectorale aanpak kan worden geconstateerd dat Nederland qua formulering van doelstellingen met name in het Kerndocument in de pas loopt. Het voorgestelde instrumentarium vertoont echter een toenemende discrepantie met de WHO-ideeën, vooral waar het gaat om de implementatie van het 'district-concept' en de intersectorale aanpak. De WHO stelt voor om te komen tot een intersectorale aanpak binnen districten waarin een samenhangend netwerk van voorzieningen zou moeten worden totstandgebracht. In Nederland wordt gestreefd naar een samenhangend netwerk van voorzieningen rond bepaalde functies, die elk hun eigen regionale indeling kunnen hebben ('functionele regionalisatie'). Bovendien is een sterke scheiding aangebracht tussen de gezondheidszorgsector, waarin de marktwerking een toenemende betekenis krijgt, en de sociale sector, die onder de regie van de (lokale) overheid blijft. Een discipline, die altijd elementen van beide sectoren in zich heeft gedragen, het algemeen maatschappelijk werk, is bij de gemeenten ondergebracht. Wat hiervan de consequenties zijn voor de gezondheidszorgaspecten van het algemeen maatschappelijk werk is onduidelijk.

Ondanks het feit dat het planningsdenken dat lange tijd centraal heeft gestaan in de gezondheidszorg, nu verlaten lijkt te zijn, is het van belang de opgebouwde know-how op dit gebied in stand te houden. Dat gebeurt enerzijds in het onderzoek rond de gezondheidszorg in Almere en anderzijds door het schrijven van een overzichtsartikel over planning en regionalisering van de gezondheidszorg in verband met het al genoemde 'district concept'.

In het themagebied samenhang staan de activiteiten die worden ondernomen om tot meer organisatie van de eerste lijn te komen centraal. In principe betekent dat dat drie typen onderzoek plaatsvinden.

In de eerste plaats is er onderzoek dat zich richt op inventarisatie van activiteiten die zich richten op het totstandbrengen van samenhang. Voorbeelden hiervan zijn de projecten Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden (ROS) en Registratie van Innovatieve Projecten (RIP).
In de tweede plaats is er onderzoek dat gericht is op het opsporen van bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van nieuwe organisatievormen. Voorbeeld is het onderzoek naar de verbreiding van huisartsengroepen.
In de derde plaats vinden evaluatie-onderzoeken plaats naar programma's gericht op verbetering van de samenhang. Het onderzoek naar de meerwaarde van gezondheidscentra, de evaluatie SDO en de evaluatie Almere kunnen hieronder gerangschikt worden. Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarop evaluatieonderzoek gepland is zijn HMO-achtige experimenten en thuiszorg in Almere, waarin het begrip case-management een belangrijke rol speelt.
Tenslotte dient het scenarioproject eerstelijnszorg te worden genoemd. In dit project worden een aantal organisatievarianten op hun mogelijkheden om aan de toekomstige vraag naar thuiszorg te voldoen bestudeerd.

De volgende projecten uit het Werkplan 1989/1990 zijn vervallen:

ROS 86.01 Evaluatie van specifieke vormen van samenwerking
Voortgezet onder ROS 90.03; evaluatie meerwaarde gezondheidscentra.

ROS 87.01 Afstemming van doelpopulaties in de praktijk van de hulpverlening
Afgerond.

SAM 88.04 Samenwerken en verwijzen
Afgerond.

REL 84.01a Patiënten met rugklachten in Almere
Afgerond.

REL 84.02b Almere Nationale Studie
Afgerond.

5.2. Registratieprojecten

ROS 85.01	**Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Continu project. Activiteiten in 1990: gegevensverzameling en rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. E.M.A. Hessels, N.N.

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. In gezondheidscentra gaat het om geformaliseerde samenwerkingsverbanden die gemeenschappelijk gehuisvest zijn. Home-teams zijn minder geformaliseerd en ontberen gemeenschappelijke huisvesting. Via jaarlijkse peilingen worden een aantal basisgegevens (over rechtsvorm, teamsamenstelling, patiëntenbestanden en werkgebieden) verzameld. De gezondheidscentra worden hiertoe rechtstreeks benaderd. De home-teams worden opgespoord via de instellingen voor maatschappelijk werk, waarna ze geënqueteerd worden. De ontwikkeling in het aantal en de spreiding van home-teams en gezondheidscentra kan zo worden afgezet tegen de ontwikkelingen in het aantal duo- en groepspraktijken, waarover gegevens verzameld worden binnen het themagebied volume- en functieaanbod.
Zowel over de home-teams als de gezondheidscentra verschijnen jaarlijks rapporten waarin wordt ingegaan op ontwikkeling in het aantal samenwerkingsverbanden, de geografische spreiding, ontwikkeling in de teamsamenstelling et cetera.

NIEUW

ROS 90.01 **Registratie Innovatieve Projecten**

Financier : WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: registratie en rapportage

Uitvoering : Drs. E.M.A. Hessels, N.N.

Medio 1989 werd een begin gemaakt met werkzaamheden die moeten leiden tot een gegevensbestand van innovatieve projecten in de gezondheidszorg. Dit bestand, dat van tijd tot tijd zal worden geactualiseerd, wil zowel ten dienste staan van beleidsvoerende personen en instanties als betrokkenen in het veld en gezondheidszorgonderzoekers.

Het hele terrein van de gezondheidszorg wordt bestreken, reden waarom dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (NCGV). Onder regie van het NIVEL zullen deze instituten de case-finding en dataverzameling in hun sektor voor hun rekening nemen.

Veel aandacht wordt besteed aan de toegankelijkheid van de gegevens. Via een vaste lijnverbinding kan tenminste via de genoemde instituten het gegevensbestand direct worden geraadpleegd. Daarnaast zal er jaarlijks een boek verschijnen waarin alle geregistreerde projecten kort worden beschreven. Ook wordt medewerking verleend aan een jaarmarkt, die begin 1990 door de Utrechtse jaarbeurs en de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit van Utrecht wordt georganiseerd. De planning is om in de zomer van 1990 het eerste jaarboek uit te brengen.

In het vorige werkplan was dit project vermeld als BIDOC 88.02 'Registratie van projecten ter verbetering van de relatie tussen eerste en tweede lijn'.

5.3. Implementatieonderzoek

NIEUW

SAM 90.02	**Onderzoek naar implementatie huisartsengroepen**
Financier	: ?
Status	: Idee: onderzoeksschets beschikbaar
Uitvoering	: N.N., onder leiding van Dr. D. de Bakker

Het beleid van de beroepsgroep huisartsen is sinds de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' onder meer gericht op een versterking van het lokale niveau. Daartoe zouden waarneemgroepen van huisartsen moeten worden omgevormd naar zogenaamde huisartsengroepen. Dit zijn groepen van vier tot zeven huisartsen, die behalve waarneming meerdere functies uitoefenen. Gedacht wordt daarbij aan intercollegiale toetsing en deskundigheidsbevordering, het leveren van thuiszorg, lokale beleidsvorming en ontwikkeling en het vormen van een aanspreekpunt.
Het voorgestelde onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre waarneemgroepen inderdaad meerdere functies zullen gaan uitoefenen en wat structurele bevorderende en belemmerende factoren voor het gaan uitoefenen van bepaalde functies zijn. Hiertoe zullen op twee momenten inventarisaties gemaakt worden van de bestaande huisartsengroepen, alsmede schriftelijke enquetering van contactpersonen per huisartsengroep.

5.4. Evaluatieonderzoek

NIEUW

ROS 90.03	**Evaluatie meerwaarde gezondheidscentra**
Financier	: WVC
Status	: In voorbereiding; activiteiten in 1990: gegevensverzameling, analyse en rapportage van de eerste module
Uitvoering	: N.N.

Met de invoering van een gezondheidszorg volgens het Dekker-recept komen structuurgerichte maatregelen als een subsidieregeling voor ge-

zondheidscentra meer en meer onder druk te staan. Instandhouding van de subsidie lijkt alleen mogelijk als kan worden aangetoond dat het werken in gezondheidscentra een meerwaarde heeft boven andere praktijkvormen. Doel van dit onderzoek is nagaan of er inderdaad sprake is van een meerwaarde in de zin van lagere kosten en of een hogere kwaliteit. Het is de bedoeling het onderzoek in modules op te bouwen. Voor 1990 staan twee onderdelen op het programma. De eerste module is een voortzetting van het project 'evaluatie van specifieke vormen van samenwerking'. Onderzoek zal plaatsvinden naar de aard, vorm en intensiteit van de samenwerking bij de behandeling van specifieke patiëntencategorieën (waarschijnlijk reuma-patiënten). Hiertoe zal de zorgverlening van een groep patiënten in gezondheidscentra worden vergeleken met een groep patiënten waarbij de zorgverlening niet vanuit samenwerkingsverbanden is georganiseerd.
De tweede module betreft een onderzoek op basis van materiaal uit de Nationale Studie. De contactregistratie maakt het mogelijk om per huisarts-patiënt contact na te gaan in hoeverre bij bepaalde patiënten/klachtencategorieën overleg plaatsvindt met andere hulpverleners en wat er vervolgens gebeurt aan prescriptie, verwijzingen et cetera. Hiermee kan de vraag worden beantwoord in hoeverre overleg met andere disciplines leidt tot een ander voorschrijf-/verwijsgedrag.

NIEUW

SAM 90.04	**Evaluatie HMO-achtige experimenten**
Financier	: WVC ?
Status	: Voorbereiding subsidieaanvragen. Activiteiten in 1990: indienen subsidie-aanvragen, start projecten
Uitvoering	: Dr. D. de Bakker

Vooruitlopend op de invoering van de plannen van de commissie Dekker worden in het land initiatieven genomen om tot overeenkomsten tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars te komen. Voorbeelden zijn deelname in de exploitatie van een gezondheidscentrum door een ziekenfonds en budgetten per patiënt.

Het NIVEL is aangezocht om een opzet te ontwikkelen om enkele van deze experimenten te evalueren. Daarom is evaluatie HMO-experimenten in de planning voor 1990 opgenomen.

SAM 86.03 **Versterking van de regionale ondersteuningsstructuur van de beroepsgroep huisartsen**

Financier : WVC
Status : In afronding (loopt 31 januari 1990 af). Activiteiten in 1990: rapportage.
Uitvoering : Mw. Drs. D.M.J. Delnoy

Dit onderzoek behelst een procesevaluatie van de in 1986 opgerichte Structuur voor Deskundigheidsbevordering en Ondersteuning van huisartsen (SDO). De structuur heeft een ondersteuningspoot bestaande uit 20 Verenigingen Ondersteuning Huisartsen (VOH's) en een landelijke koepel (SOH) en een deskundigheidsbevorderingspoot (de SDH) bestaande uit een centraal niveau en een netwerk van plaatselijke en regionale coördinatoren.
Door middel van interviews en een tijdsregistratie worden het beleid en de activiteiten van de medwerkers van de structuur in kaart gebracht. De bekendheid met de structuur, de mate waarin van de diensten van de structuur gebruik gemaakt wordt en de waardering van de structuur wordt gemeten met behulp van schriftelijke enquetes onder huisartsen en externe organisaties.
Het onderzoek wordt begin 1990 afgesloten.

Evaluatie Gezondheidszorg Almere
In de nieuwe stad Almere is de gezondheidszorg experimenteel opgezet. Belangrijkste kenmerken van dit zogenoemde Experiment Gezondheidszorg Almere zijn een sterke, buurtgerichte eerstelijnszorg, een in omvang beperkte tweedelijnszorg, alle eerstelijnshulpverleners in dienst van één organisatie, te weten de Eerstelijnsvereniging Almere (EVA) en een centrale plannende en coördinerende rol van de gemeente. Doel is het totstandbrengen van een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen van hoge kwaliteit en met lage kosten, en dit alles afgestemd op de behoeften van de bevolking. Het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis In-

stituut (NZI) verzorgen de evaluatie van het experiment gezondheidszorg Almere. Het NIVEL richt zich hierin vooral op de inhoudelijke kant van de zorgverlening, terwijl het NZI zich meer richt op de bestuurlijk-organisatorische kant.
Het evaluatie-onderzoek is opgedeeld in afzonderlijke projecten. Een project richt zich op de wijkverpleegkundige zorg in Almere. Deelprojecten hierbinnen vormden het inmiddels afgerond onderzoek naar de 'zorg voor zuigelingen en kleuters' en een bijna afgerond onderzoek naar de 'behoefte aan zorg bij ouderen'. Het laatste onderzoek zal in 1990 worden afgerond. In dit onderzoek is door middel van een schriftelijke enquete onder Almeerse ouderen de zorgbehoefte in kaart gebracht. Bovendien heeft bij twee groepen ouderen die qua zorgbehoefte overeen kwamen maar qua zorggebruik verschilden een tweede meting gehouden. Hierbij wordt gezocht naar verklaringen voor het al dan niet gebruiken van voorzieningen uitgaande van een bepaalde behoefte.

REL 84.02c **Wijkverpleegkundige zorg in Almere**
Financier : WVC
Status : analyse en rapportage.
Uitvoering : Drs. H.J.M. Sixma, Mw. Drs. A. van den Brink-Muinen

Het eerste deel van dit onderzoek dat betrekking heeft op het functioneren van de zorg voor zuigelingen en kleuters, is afgerond. Het tweede deel van het onderzoek heeft betrekking op de zorgbehoefte van ouderen. De materiaalverzameling en een groot deel van de analyses van dit deelonderzoek heeft in 1989 plaatsgevonden. In de eerste maanden van 1990 wordt het deelonderzoek afgerond.

NIEUW
SAM 90.05 **Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere**
Periode : 1990, loopt door in 1991
Status : In 1990: voorbereiding, analyse, rapportage
Uitvoering : Drs. H.J.M. Sixma

Uitgaande van beschikbare protocollen en standaarden wordt nagegaan in hoeverre Almeerse huisartsen kwalitatief betere zorg leveren dan hun col-

lega's in de rest van Nederland. Hiertoe worden een aantal diagnose/klachtencategorieën geïnventariseerd waarvoor expliciete criteria zijn of waar voldoende overeenstemming van deskundigen over is. De geselecteerde klachten-/diagnosecategorieën moeten samen een redelijk doorsnee geven van het handelen van de huisarts.
Om vast te stellen in hoeverre aan de criteria wordt voldaan wordt gebruik gemaakt van in de eerste fase verzameld Nationale Studie-materiaal.
Geplande produktie is een werkdocument en artikelen.

NIEUW

SAM 90.06 **Thuiszorg in Almere**

Periode : 1990,1991

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: ontwikkeling meetinstrumenten en start dataverzameling

Uitvoering : Drs. H.J. Sixma

Een middel om in Almere substitutie te bereiken is beperking van het aantal bedden van het eind 1990 te openen ziekenhuis. Dit middel zal alleen werken als er thuis adequate zorg kan worden verleend door de eerste lijn in samenwerking met het ziekenhuis. Het gaat erom of de thuiszorg patiënten aankan met een (voortgezette) opname-indicatie voor een verpleeghuis of ziekenhuis. Meestal zijn het meervoudige en complexe hulpvragen, die alleen kunnen worden beantwoord door inschakeling van meerdere disciplines, vaak gedurende langere tijd.
Het onderzoek richt zich op de vragen in hoeverre wordt voldaan aan de vraag naar thuiszorg, hoe het zorgverleningsproces verloopt en hoe de patiënten en hun omgeving erover denken. Gegevens worden verzameld door registratie van hulpvragen, registratie van achter de voordeur ontplooide zorgverleningsactiviteiten en een enquete onder patiënten die thuiszorg hebben ontvangen.
De (voor 1991) geplande produktie is een rapport en een artikel.

SAM 89.02 **Overzichtsartikel: planning en regionalisering van de gezondheidszorg in verband met het 'district-concept'**

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: rapportage

Uitvoering : Dr. D. de Bakker

Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in districten is sinds de conferentie in Alma-Ata een doelstelling in het kader van de Health for All-strategie van de World Health Organization. In een artikel zal een overzicht worden gegeven van de internationale literatuur over regionalisatie en regionale planning van eerstelijnsvoorzieningen.

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

ALG 88.03 Scenarioproject eerstelijnszorg
Thuiszorg is het centrale thema in het in opdracht van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg uitgevoerde scenarioproject eerstelijnszorg. In 1989 is een basismodel voor het scenarioproject ontwikkeld en geoperationaliseerd. Daarnaast zijn trends in het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen voor een aantal bevolkingscategorieën geanalyseerd. In 1990 vindt een trendstudie plaats. Ontwikkelingen in het gebruik van voorzieningen worden op basis van een analyse van de huidige trends alsmede een Delphi-ronde onder deskundigen volgens verschillende varianten geëxtrapoleerd naar de toekomst. Vervolgens worden alternatieve organisatiewijzen ontworpen om in het toekomstig gebruik aan thuiszorg te voorzien.

ALG 89.03 Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg
Jaarlijkse (in de periode 1989 tot 1992) conferentie over door het ministerie van WVC geëntameerde zorgvernieuwingsprogramma.

6. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE EERSTE LIJN (PROJECT-LEIDER DR. L. HINGSTMAN)

6.1. Inleiding

Het onderzoek rond het thema 'volume- en functie-aanbod' concentreert zich grotendeels op het opsporen van onevenwichtigheden in volumegroei en regionale verdeling in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit soort gegevens is onontbeerlijk voor het uitvoeren van beleid op dit terrein. Daarnaast worden deze gegevens ook gebruikt om het effect van het beleid te evalueren.

Voor het uitvoeren van bovengenoemd onderzoek is het noodzakelijk om over een goed informatiesysteem van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn te beschikken. Een dergelijk informatiesysteem wordt al sinds jaren op het NIVEL bijgehouden. Dit betekent dat voor een aantal beroepen de volume-ontwikkeling gevolgd kan worden (huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten). Dit soort gegevens vormt een belangrijke basis voor de beroepskrachtenplanning. Gegevens die in dit verband reeds jaren worden verzameld zijn het aantal beroepsbeoefenaren, regionale spreiding, leeftijdsopbouw, beroepsdeelneming mannen en vrouwen, deeltijdarbeid en dergelijke.

Voor het opstellen van een beroepskrachtenplanning zal ook rekening gehouden moeten worden met onevenwichtigheden in de toekomstige ontwikkeling van een beroep. Dit betekent dat binnen het themagebied aandacht wordt besteed aan onderzoek naar de instroom van beroepsbeoefenaren. Hiervoor kunnen wij gebruik maken van de informatiesystemen van pas afgestudeerde beroepsbeoefenaren (huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten). Ook dit informatiesysteem wordt reeds sinds jaren op het NIVEL bijgehouden. De gegevens hieruit bieden ons onder andere de mogelijkheid uitspraken te doen over de wijze waarop de onderwijs- en opleidingssector aansluiten bij de maatschappelijke behoefte en mogelijkheden.

De zojuist beschreven informatiesystemen bieden ook de mogelijkheid om tal van beleidsmaatregelen te evalueren. In dit verband kan gewezen wor-

den op de invoering van het plan Dekker en dan vooral de gevolgen van het intrekken van de contracteerplicht voor de volumeontwikkeling en de regionale verschillen. Andere mogelijkheden voor nader onderzoek zijn de effecten van de verlenging van de studieduur van huisartsen en de instroombeperking van fysiotherapeuten. Verder zal ook onderzoek mogelijk zijn naar de gevolgen van de eenwording van Europa in 1992. Daarbij zal vooral gekeken kunnen worden naar gevolgen van het grensoverschrijdend verkeer van beroepsbeoefenaren voor de volumeontwikkeling in Nederland.
Het tweede onderdeel van dit themagebied richt zich op het aanbod van functies. Vooral ten aanzien hiervan zijn in de komende tijd veel nieuwe ontwikkelingen te verwachten. In het plan Dekker zullen de functies die beroepsbeoefenaren uitoefenen een belangrijke plaats innemen. Dit maakt het immers mogelijk om tussen de verschillende beroepsbeoefenaren substitutie van zorg te creëren.

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 onderzoeksvelden.
In de eerste plaats zal aan de hand van de lopende registratieactiviteiten onderzoek gedaan worden naar de volumegroei en regionale verdeling en dan vooral toegespitst op de effecten van beleidsbeslissingen hierop. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat in het komende jaar het informatiesysteem zal worden uitgebreid met de registratie van apothekers. Een dergelijke registratie vormt een basis voor een wellicht in de toekomst op te zetten informatiesysteem van farmaco-therapeutische samenwerking tussen apothekers en waarneemgroepen van huisartsen.
In het tweede onderzoeksveld zullen de 'manpowerstudies' centraal staan. Daartoe zal in eerste instantie een overzichtsartikel geschreven worden over 'Manpowerplanning in de Gezondheidszorg'. Verder zal voor een aantal beroepen onderzocht worden wat de volume-ontwikkeling in de komende decennia zal zijn, gegeven het huidige aanbod en te verwachten vraag. Naast de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten zouden wij dit soort vooruitberekeningen bijvoorbeeld ook kunnen maken voor de kraamzorg. De kraamzorg is immers een onontbeerlijke voorziening voor het voortbestaan van de eerstelijnsverloskunde. Inzicht in de toekomstige

ontwikkeling van het aanbod in de kraamverpleging is, gezien de leemte in kennis op dit terrein, van essentieel belang.
In het kader van de 'manpowerstudies' zal in de komende jaren ook aandacht geschonken worden aan het grensoverschrijdend verkeer van beroepsbeoefenaren als gevolg van de eenwording van Europa in 1992. Gekeken zal worden in hoeverre door verschillen in vraag en aanbod tussen verschillende landen er 'stromen' van beroepsbeoefenaren tussen de landen gaan ontstaan.
Het derde aandachtsveld heeft betrekking op onderzoek naar het functie-aanbod. Daartoe zal onder andere onderzoek gedaan worden naar de verloskundige activiteiten van huisartsen.
Verder wordt een begin gemaakt met een onderzoek naar het functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie. Hierin zal worden gekeken naar het aantal 'specialisaties' in de eerstelijnsfysiotherapie, alsmede naar de oorzaken van het ontstaan van dit soort 'specialisaties'.

Projecten die in vergelijking met vorig jaar niet meer voorkomen zijn:

VFA 85.01 Vrouwelijke huisartsen: een vervolgstudie
Afgerond in 1989.

VFA 86.01 Spreiding van eerstelijnsvoorzieningen in stedelijke gebieden
De relevantie van dit onderwerp is achterhaald door een recente publikatie waarin vraag en aanbod van zorgvoorzieningen in de grote steden beschreven zijn.

VFA 88.05 Functie-aanbod van huisartsen
Dit onderzoek is voorlopig uit het werkplan verwijderd aangezien er in 1990 geen ruimte is voor uitvoering ervan.

6.2. Projecten

REG 84.01 **Huisartsenregistratie**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering : Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

In de huisartsenregistratie worden gegevens opgenomen als leeftijd, geslacht, jaar en universiteit van artsexamen, beroepsopleiding, vestigingswijze, praktijkvorm, praktijkadres (niet: praktijkgrootte) en reden(en) van vertrek uit de praktijk van alle huisartsen die zich sinds 1955 in Nederland gevestigd hebben. Doordat alle mutaties met een mutatiedatum zijn opgenomen is het mogelijke om met het bestand de stand van zaken op ieder gewenste datum te reconstrueren. De gegevens uit de huisartsenregistratie bieden een uitstekende basis om vooruitberekeningen uit te voeren omtrent het aantal te verwachten huisartsen in de komende decennia. Het spreekt vanzelf dat voor dergelijke vooruitberekeningen ook andere gegevensbronnen geraadpleegd zullen moeten worden. Dit zijn dan vooral gegevens die de toekomstige vraag naar huisartsen in beeld brengen.

REG 84.02 **Registratie van nog niet gevestigde huisartsen**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering : Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

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.
De jaarlijkse peilingen bieden ons de mogelijkheid om ten aanzien van bepaalde onderwerpen extra vragen in de enquête op te nemen. Een onderwerp dat wij in 1990 zouden willen aansnijden heeft betrekking op de

werkzaamheden en/of bezigheden van huisartsen die nog steeds op zoek zijn naar een huisartspraktijk.

REG 84.03 Verloskundigenregistratie

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering : Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

De gegevens die in de verloskundigenregistratie worden genomen zijn vrijwel identiek aan de gegevens in de huisartsenregistratie. Naast de gegevens over de verloskundigen in de eerste lijn worden in deze registratie ook gegevens opgenomen over verloskundigen die in dienstverband van een ziekenhuis werken.
Niet geregistreerd wordt het aantal bevallingen en het aantal ingeschreven patiënten. Alle mutaties in deze registratie worden, net als bij de huisartsenregistratie, op datum vastgelegd. De informatie is volledig vanaf 1968.

REG 86.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering : Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

Nederland kent drie beroepsopleidingen voor verloskundigen waar jaarlijks tussen de 40 en 50 verloskundigen afstuderen. Jaarlijks worden alle afgestudeerden, alsmede degenen die in de peiling van het voorafgaande jaar te kennen hebben gegeven nog steeds op zoek te zijn naar werk, via een vragenlijst benaderd. Dit biedt ons de mogelijkheid om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van verloskundigen om binnen hun beroep aan de slag te komen.
Het registratiesysteem bevat gegevens vanaf 1984.

REG 86.03 **Apothekersregistratie**

Financier : NIVEL

Status : In voorbereiding., Activiteiten 1990: verzamelen en verwerken van gegevens

Uitvoering : Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

Eind 1988 is met de KNMP een samenwerkingsovereenkomst met betrekking tot het opzetten van een registratiesysteem van apothekers tot stand gekomen. Op basis hiervan kan een groot aantal gegevens uit het ledenbestand van de KNMP verkregen worden. Deze gegevens worden vergeleken met de lijsten van apothekers en apotheekhoudende huisartsen. Op basis hiervan wordt een basisbestand van alle in Nederland werkzame apothekers verkregen.

Voor het verkrijgen van meer toegespitste gegevens zullen in 1991 alle apothekers door middel van een enquête benaderd worden. In het kader van de rationalisatie van de registratiesystemen van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg, die in 1990 haar beslag zal moeten krijgen, is dus de eigen gegevensverzameling onder apothekers wat naar achteren geschoven.

De gegevens die in de apothekersregistratie worden opgenomen zijn onder andere de naam, leeftijd, geslacht, jaar en universiteit van afstuderen, functie, praktijkadres, afgiftepunten, werkgebied.

De apothekersregistratie zou, op de wijze zoals hierboven beschreven, een belangrijke basis kunnen zijn voor een op te zetten informatiesysteem waarin het farmaco-therapeutisch overleg tussen apothekers en waarneemgroepen van huisartsen centraal staan.

REG 85.01 **Registratie werkzame fysiotherapeuten**

Financier : WVC

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: bestandsvergelijkingen en verslaglegging

Uitvoering : Dr. L. Hingstman

In 1985 is het registratieproject van fysiotherapeuten in de eerste lijn gestart. Dit project liep op 1 februari 1988 af. Op basis van een evaluatie over deze periode is in 1988 besloten om dit project voor een periode

van vier jaar te continueren (1 februari 1988 - 1 januari 1992). Voor dit project zijn in 1989 alle fysiotherapeuten geënquêteerd. Deze gegevens zijn verwerkt en zullen in de beginmaanden van 1990 gebruikt worden voor het opmaken van de jaarlijkse cijfers. Verder zullen in 1990 vooral gegevens verzameld worden op basis van bestandsvergelijkingen. Dit onder andere ter voorbereiding van de gegevensverzameling per 1 januari 1991. Gezien het feit dat alle fysiotherapeuten ook op 1 januari 1987 zijn geënquêteerd, kan een overzicht gemaakt worden over de ontwikkelingen in de volume-groei van fysiotherapeuten.

REG 86.02 **Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten**

Financier : WVC

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: verslaglegging op basis van de in 1989 verzamelde gegevens

Uitvoering : Dr. L. Hingstman

Op 1 januari 1987 hebben alle afgestudeerde fysiotherapeuten uit 1985 en 1986 een enquête ontvangen. Op basis hiervan is onder andere inzicht verkregen in hoeverre pas afgestudeerde fysiotherapeuten werk hebben gevonden binnen de fysiotherapie en in hoeverre men nog op zoek is naar werk. Om een volledig inzicht te krijgen in het aantal werkzoekende fysiotherapeuten zouden alle opleidingscohorten meerdere jaren gevolgd moeten worden. Gezien het grote aantal afgestudeerden en de vele mutaties die jaarlijks plaatsvinden zou een dergelijke gegevensverzameling financieel en organisatorisch veel middelen vergen en derhalve nauwelijks haalbaar zijn. Voor een aantal vragen die verband houden met de 'manpowerplanning' is een dergelijke gegevensverzameling niet noodzakelijk. Vandaar dat voor een andere methode is gekozen, namelijk het over meerdere jaren volgen van alle afgestudeerden uit één opleidingscohort. Hiertoe zullen alle afgestudeerden uit 1986 over een periode van vier jaar (1986-1991) gevolgd worden. Dit betekent dat zij op 1 januari 1989 en 1 januari 1991 worden geënquêteerd.

VFA 88.01 **Verloskundige activiteiten van huisartsen**

Financier : NIVEL

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: analyse + rapportage

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 zal begin 1990 een enquête worden gehouden bij een steekproef van huisartsen om te informeren hoe de verloskundige zorg door de huisarts zich heeft ontwikkeld. Deze enquête zal op een dusdanige schaal plaatsvinden dat ook regionale verschillen in beeld gebracht kunnen worden. De resultaten van deze enquête zullen in verband gebracht worden met de resultaten uit voorgaande enquêtes om ontwikkelingen in de tijd zichtbaar te maken.

VFA 88.03 **Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie: inventarisatie en verklaring van verschillen tussen praktijken**

Financier : WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: materiaalverzameling en analyse

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. L. Hingstman

Binnen de fysiotherapie heeft in de afgelopen jaren een verbreding, 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 gebruik maken van 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 mogelijkheden om de specifieke deskundigheden uit te oefenen.
Tot slot zal worden onderzocht in hoeverre het uitoefenen van een specifieke deskundigheid gevolgen heeft voor de uitrusting van praktijken.

VFA 88.06 **Evaluatie invoering bijgestelde indicatielijst verloskunde**

Financier : Ziekenfondsraad

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: gegevensverwerking + rapportage en onderzoeksvoorstel voor een tweede fase van het onderzoek

Uitvoering : Drs. J. Riteco, onder begeleiding van Dr. L. Hingstman

Sinds 1987 functioneert de 'Indicatielijst Verloskunde', 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 tweedelijn aangegeven; evenals de condities voor een 'mediumsituatie'.
De eerste doelstelling van het onderzoek is inzicht te krijgen in het oordeel van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen over inhoudelijke aspecten van de nieuwe lijst (dat wil zeggen uitgangspunten en beslis-kundige criteria) en de wijze waarop de nieuwe lijst tot stand is gekomen.
Met de tweede doelstelling zal in kaart worden gebracht in hoeverre in de dagelijkse praktijk gebruik gemaakt wordt van de nieuwe lijst. Deze inventarisatie geeft inzicht in welke regio's van Nederland de nieuwe lijst wel of niet gehanteerd wordt en welke factoren daarvoor verantwoordelijk zijn. Op basis hiervan zouden - indien noodzakelijk - ideeën geformuleerd kunnen worden die het hanteren van de lijst zouden kunnen bevorderen. Een dergelijke inventarisatie is nodig om na te gaan of er wellicht een tweede

fase van het onderzoek zal moeten plaatsvinden, waarin onderzocht wordt wat de effecten zijn van de invoering van de nieuwe lijst. Als blijkt dat de lijst niet of nauwelijks in de praktijk wordt gehanteerd zou in plaats van een effectstudie een interventie overwogen kunnen worden. De uitwerking van voorstellen voor een effectstudie dan wel een interventie zal binnen de eerste fase van het onderzoek plaatsvinden.

VFA 89.01 **Overzichtsartikel 'Manpowerplanning in de gezondheidszorg'**

Financier : NIVEL

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: uitvoering en rapportage

Uitvoering : Dr. L. Hingstman

Voor het bereiken van het WHO-concept 'Health for all by the year 2000' speelt de Manpowerplanning' een belangrijke rol. Immers wil men voor iedereen gelijke toegang garanderen tot gezondheidszorgvoorzieningen, dan zullen vraag en aanbod goed op elkaar moeten worden afgestemd. Met de 'Manpowerplanning' kunnen voor de toekomst eventuele onevenwichtigheden in de afstemming worden opgespoord. Ten aanzien van die 'Manpowerplanning' worden verschillende methoden gehanteerd. Om een overzicht te krijgen wat betreft de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling op het terrein van de 'Manpowerplanning', zal een overzichtsartikel over dit onderwerp gemaakt worden.

NIEUW

VFA 90.01 **Evaluatie Experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden**

Financier : WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: opstellen onderzoeksvoorstel

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. L. Hingstman en Dr. D. de Bakker

Om de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland te verbeteren wordt de verloskundige samenwerking tussen alle, bij deze zorg betrokken

hulpverleners als één van de belangrijkste voorwaarden beschouwd. Tot op heden functioneren er slechts een paar geïnstitutionaliseerde verloskundige samenwerkingsverbanden, waarvan de resultaten echter zo bemoedigend zijn dat de overheid heeft gemeend dit soort samenwerkingsverbanden te stimuleren. Daartoe zal op experimentele basis voor een tiental op te richten samenwerkingsverbanden voorwaarden worden geschapen die het mogelijk maken dat dergelijke samenwerkingsverbanden van de grond komen. De stimulering zal voornamelijk bestaan uit het dekken van de kosten van de noodzakelijke administratieve ondersteuning van de samenwerkingsverbanden.
Om inzicht te krijgen of de noodzakelijk geachte samenwerking in de betrokken samenwerkingsverbanden tot stand is gekomen zal een evaluatie-onderzoek plaatsvinden. In dit onderzoek zal onder andere gekeken worden naar het proces waarbinnen de samenwerking wel of niet tot stand is gekomen, alsmede naar de uitkomsten.

NIEUW

VFA 90.02	**Beschrijving en verklaring van regionale verschillen in obstetrische ingrepen**
Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1990: start van de procedures voor het verkrijgen van gegevens uit bestaande informatiesystemen
Uitvoering	: Dr. L. Hingstman

Het is een algemeen bekend gegeven dat er binnen de verloskundige zorg in Nederland grote regionale verschillen zijn in het percentage medische indicaties. Een vraag die daar enigszins op aansluit, maar waarover in Nederland vrijwel geen gegevens bekend zijn, is of er ook regionale verschillen bestaan in het percentage obstetrische ingrepen (dat wil zeggen kunstverlossingen, keizersnedes, episiotomieën, en dergelijke). In andere landen komen wij hierover wel onderzoeksresultaten tegen. Vooral de regionale verschillen in het percentage keizersnedes is een veelvuldig onderzocht thema. Om voor Nederland de leemte in kennis op dit terrein op te vullen zal voor een aantal obstetrische ingrepen onderzocht worden of er regionale verschillen bestaan. Indien deze verschillen bestaan zal

gezocht moeten worden naar factoren die deze verschillen zouden kunnen verklaren. In dit verband zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar het aanbod van verloskundige hulpverleners, geboortecijfer, plaats en leiding van de bevalling, type ziekenhuis, afstand tot ziekenhuis, invloed ziekenfondsen en dergelijke.
Een verklaring van die regionale verschillen zou wellicht inzicht kunnen geven in de verschillen in het aantal obstetrische ingrepen tussen verloskundige hulpverleners.

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

PMED 88.03 Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg
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).

PMED 90.01 Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie
Een onderzoek dat vergelijkbaar is met het hierboven genoemde voor vier andere paramedische beroepen.

7.VRAAG/AANBOD RELATIE 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

Het ontbreken van gedetailleerde informatie op landelijk niveau van huisarts(praktijken) mag de belangrijkste drijfveer genoemd worden van de Nationale Studie. Bovendien kunnen wetenschappelijke en beleidsvragen op dit essentiële terrein momenteel 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 morbiditeitscijfers. Continu 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 informeert over de positie van de huisartsgeneeskunde binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

In 104 huisartspraktijken, verdeeld in vier ongeveer even grote groepen werden telkens gedurende drie maanden de gepresenteerde morbiditeit en de daaraan gerelateerde verrichtingen geregistreerd (de contactregistratie). Van alle patiënten uit deze praktijken werd een aantal demografische en sociografische kenmerken verzameld (de patiëntregistratie). Bovendien werd een steekproef van 100 personen per meewerkende huisarts nader mondeling geënquêteerd over ervaren morbiditeit, zelf- en mantelzorg, het beroep doen op professionele zorg (de patiëntenenquête). De deelnemende huisartsen werden tenslotte schriftelijk geënquêteerd over zaken zoals hun werkwijze, hun praktijkorganisatie en hun taakopvattingen (de huisartsenquête).

Bij het schrijven van dit werkplan situeren de werkzaamheden ten behoeve van de Nationale Studie zich op drie terreinen, te weten:

1. de gigantische klus die het schonen van de diverse bestanden met zich meebrengt; deze werkzaamheden zijn reeds achter de rug voor de patiëntenquête, de huisartsenquête en een deel van de contactregistratie, en zullen voor de patiëntregistratie en de medicijnregistratie naar verwachting afgerond zijn begin 1990;
2. het uitvoeren van de analyses t.b.v. basispublicaties en deelprojecten;
3. het voorbereiden van nieuwe samenwerkingsovereenkomsten en projectvoorstellen in het kader waarvan de Nationale Studie na 31-3-1990 continuïteit kan krijgen.

In het voorjaar (mei) 1990 zal een tweedaags congres plaatsvinden waarop de eerste resultaten uit de Nationale Studie zullen worden gepresenteerd. Op dit congres, dat de titel meekreeg "Doctors at work. General Practice in facts and figures", wordt tijdens de eerste dag aandacht besteed aan de consequenties van de resultaten voor het gezondheidsbeleid. Op de tweede dag, die een meer wetenschappelijk karakter heeft, geven een aantal gerenommeerde wetenschappers hun visie op zes thema's uit de Nationale Studie.

Dit congres kan beschouwd worden als het officiële einde van de eerste fase van de Nationale Studie.
Tegelijkertijd vormt dit moment een nieuw startpunt, om meerdere redenen.

Ten eerste is, zoals gezegd, de belangstelling voor het project van buitenaf groot. Deze belangstelling neemt verschillende vormen aan. In een aantal gevallen is men geïnteresseerd in cijfers uit de Nationale Studie, die dan als landelijk vergelijkingsmateriaal zullen worden gebruikt, waarnaast men de eigen onderzoeksgegevens kan leggen. In andere gevallen wil men op basis van de gegevens uit de Nationale Studie eigen onderzoeksvragen beantwoorden: dergelijke verzoeken leiden meestal tot samenwerkingsovereenkomsten. Een aantal ervan is in voorbereiding. Voorbeelden van hieronder verder niet genoemde projecten zijn:
- Bijwerkingen van geneesmiddelen (WVC - Bureau Bijwerkingen)
- Kinderpsychiatrische problematiek (R.U.U. - Afdeling Kinderpsychiatrie)
- De doktersassistente (NHG)

- Protocollen en standaarden (NHG)

Ten tweede is de Nationale Studie een uitstekende baseline waarop veranderingen die ons gezondheidszorgsysteem te wachten staan, afgemeten kunnen worden. Zo wordt momenteel een voorstel uitgewerkt om de wijzigingen te evalueren die het onderbrengen van de huisarts in de AWBZ met zich zullen meebrengen.

Ten derde leiden ook de resultaten van de analyses ten behoeve van de 12 deelprojecten (NAT 87.01-NAT 87.12) tot een aantal nieuwe vraagstellingen. Nu reeds tekent zich een eerste vervolglijn af in epidemiologische richting, waarbij de aandacht ondermeer gaat naar diverse sociale determinanten. Het beschrijven en verklaren van variaties in morbiditeit naar geslacht, sociaal-economische status en het onderzoek naar geografische verschillen zijn hier voorbeelden van. Ook het epidemiologisch onderzoek naar chronische aandoeningen in de huisartspraktijk blijft verdere aandacht krijgen. De tweede onderzoekslijn wordt gevormd door nieuwe verrichtingen-georiënteerde projecten: vervolgonderzoek is gepland op het vlak van diagnostiek, prescriptie, verwijzingen en werkbelasting. Tenslotte zal de derde onderzoekslijn gevormd worden door patiëntonderzoek; diverse vervolgprojecten in het kader van de patiëntenquête zijn gepland.

Het officiële einde van de Nationale Studie valt samen met het aflopen van de subsidieperiode. Daarmee vervalt ook de financiële basis van de deelprojecten. De vervolgprojecten en de nieuwe projecten op basis van de Nationale Studie zullen daarom uit andere bronnen gefinancierd (moeten) worden. Voor een deel zal financiering door het NIVEL zelf plaats vinden of uit inkomsten die voortkomen uit levering van gegevens uit de Nationale Studie aan derden; voor een ander deel zal gezocht worden naar externe financiering.

De deelprojecten

WHO NAT 87.01 Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk

Status : In uitvoering. Afronding: 31-3-1990, basispublicatie
Uitvoering : J. van der Velden, arts, Mw. A. Claessens, arts, Dr. D. de Bakker

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 zitten de problemen vooral bij de teller van het epidemiologisch quotiënt. De aan de huisarts aangeboden gezondheidsproblemen zijn slechts een grove benadering van onder de bevolking voorkomende morbiditeit. Aan de tellerzijde zit nog 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 worden waarschijnlijkheidsdiagnoses, symptomen of redenen voor contact geregistreerd.
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 werd een aantal kenmerken geregistreerd. 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 geopend naar meer sociaal-epidemiologisch onderzoek, zoals het onderzoek naar de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid, morbiditeitsverschillen tussen mannen en vrouwen en geografische verschillen in morbiditeit. Dit sociaal-epidemiologisch onderzoek vormt het vervolg op de basispublicatie over morbiditeit.

NAT 87.02 **Huisarts en chronische aandoeningen**

Status : In uitvoering, activiteiten in 1990: vervolg materiaalverzameling - analyse en rapportering

Uitvoering : F. Schellevis, arts; J. van der Velden, arts

Chronische aandoeningen zullen bij de toenemende vergrijzing van de bevolking een steeds belangrijker stempel op het werk van de huisarts drukken. Met de toename van de gemiddelde leeftijd van 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 verstrekkende 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, chroni-

sche cardio-vasculaire aandoeningen, CARA en chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat.
Bij dit project is een eerste vraagstelling dan ook welke het aandeel is van deze chronische aandoeningen in de huisartspraktijk. Daarbij kunnen verbanden worden gelegd met patiëntkenmerken 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 en 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 zevental praktijken (15 huisartsen) uit de regio Nijmegen/Z.O. Brabant en geschiedt in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsinstituut. De data-verzameling en begeleiding geschiedt in twee groepen van 7 respectievelijk 8 artsen, waarvan de registratie van de eerste groep is aangevangen op 1 januari 1988 en beëindigd op 1 oktober 1989. De tweede groep start en eindigt drie maanden later.

NAT 87.03 **Huisarts en preventie**

Status : In uitvoering; activiteiten 1990 analyse en rapportage

Uitvoering : Mw. Ir. J. Bosman, 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 bereiken 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 eerstelijnszorg. Het onderbrengen van het screeningsprogramma cervixcarcinoma bij de huisarts 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 het onderzoek, zullen daarom alleen de volgende preventieve activiteiten in beschouwing genomen worden:

- hypertensie
- mammacarcinoom
- cervixcarcinoom
- riskante leefgewoonten
- overgewicht
- preventief huisbezoek bejaarden

Daarbij zal ook bekeken worden in hoeverre de huisarts de populatie at risk in zijn praktijk voor de betreffende aandoeningen in de registratieperiode gezien heeft.

Het ligt in de bedoeling om als vervolg op dit deelproject in 1991 een studie op te zetten op het terrein van de relatie tussen huisarts en basisgezondheidsdienst

NAT 87.04 **Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk**

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage

Uitvoering : Mw. I. Kluyt, arts, J. Zaat, arts (HIVU Amsterdam); J. van der Velden, arts

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 huisartsen-laboratoria 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.

NAT 87.05 **Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk**

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage

Uitvoering : Mw. Ir. G. Doornbos, 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. Tenslotte 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 relaties 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 geneesmiddelen onderzoek van de 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 vooral kijken naar het 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.

NAT 87.06 **Verloskundige zorg door de huisarts**
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : Dr. L. Hingstman, Mw. Dr. M. Foets en J. van der Velden, arts

Binnen de verloskundige zorg in Nederland is in de afgelopen decennia de rol van de huisarts aanmerkelijk gewijzigd. In 1960 werden nog de meeste bevallingen (46%) geleid door de huisarts. Vijfentwintig jaar later zien we dat het aandeel van de huisarts sterk is teruggelopen tot bijna 15% in 1985 (CBS, 1986). Dit ten voordeel van de verloskundige (42%), maar vooral de gynaecoloog (43%). Voor het sterk teruggelopen aandeel van de huisarts is een aantal factoren in meer of mindere mate verantwoordelijk. In dit verband kan onder andere gewezen worden op de versterkte aanwezigheid van de verloskundige en de gynaecoloog, het afgenomen aantal geboorten, de kleinere praktijkomvang van huisartsen (dus te weinig geboorten om de verloskundige expertise te onderhouden) en minder ervaring tijdens de opleiding.
Bovengenoemde ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat steeds minder huisartsen verloskundig actief zijn. In het midden van de jaren zeventig bleek dat nog circa 62% van alle huisartsen de verloskunde praktizeert (Huigen e.a., 1979). Tien jaar later (1984) is dit percentage teruggelopen naar 45%.
De plaats van de huisarts binnen de verloskundige zorg staat, gezien de hierboven beschreven ontwikkelingen, de laatste jaren sterk in discussie. Een discussie die zich vooral toespitst op de vraag hoe essentieel de aanwezigheid van de huisarts is tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed, voor het welbevinden van moeder en kind. Om in deze discussie enige helderheid te brengen willen we met dit onderzoek ingaan op de vraag wat de huisarts in Nederland nog aan verloskundige zorg doet en welke factoren daarop van invloed zijn. Het onderzoek strekt zich dus niet alleen uit tot de bevalling maar ook naar de pré- en postnatale periode.
In het onderzoek zal niet alleen gekeken worden naar de activiteiten van huisartsen maar ook naar de taken die huisartsen voor zich zien weg-

gelegd op het terrein van de verloskundige zorg. Naast een inventarisatie bij de huisartsen laten we ook de patiënten aan het woord, waarbij de vraag centraal staat welke taak zij voor de huisarts zien weggelegd binnen de verloskundige zorg.

NAT 87.07 **Huisarts en fysiotherapeutische zorg**
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : Dr. J. Dekker; Dr. P.P. Groenewegen; Drs. W. Uunk

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 - zijn in de Nationale Studie ondervangen, 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 van therapeutische alternatieven of de gelijktijdige toepassing.
- 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.

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

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage

Uitvoering : Mw. Ir. J. Bosman, Drs. L. Peters, Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis, Dr. P.F.M. Verhaak

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 eerste lijn - 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 hoeverre bepalen patiëntenkenmerken die duiden op de mate van 'protoprofessionalisering' de wijze van hulpzoeken en de klachtpresentatie van patiënten (uitgewerkt in PSH 87.01a zie hoofdstuk 10);
- In welke mate komen psychosociale problemen in de Nederlandse huisartspraktijk voor (uitgewerkt in PSH 87.01b zie hoofdstuk 4);
- Hoe is het beloop van psychosociale problemen onder verschillende behandelingscondities en in hoeverre hangt dit samen met arts-, praktijk- en patiëntkenmerken (uitgewerkt in PSH 87.01c zie hoofdstuk 4).

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

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage

Uitvoering : Drs. A.B.M. Gloerich, Prof. Dr. J. van der Zee

Het bruto-ziekenfondsverwijscijfer (het aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten betrokken op het aantal ziekenfondsverzekerden) 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**
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra, Drs. T.J.J.M.T. Kersten, Drs. R. Verhey

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 de volgende vraagstellingen centraal:
- 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 kenmerken van huisartsen zijn bepalend voor de mate waarin zij zich betrokken tonen bij hun in het ziekenhuis opgenomen patiënten?

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 zijn 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 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

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : Drs. J. Hutten (Interuniversitair Centrum voor theorievorming en methoden-ontwikkeling in de Sociologie), Dr. P.P. Groenewegen

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 gemengde abonnnementshonorarium. Momenteel blijkt er her en der bij ziekenfondsen belangstelling te bestaan voor experimenten met alternatieven voor het huidige abonnementshonorarium (bonus/malus, gedeeltelijke verrichtingenhonorering, uitkering van tantièmes bij achterblijven van de kosten).
In deze studie staat daarom het identificeren van factoren - zowel aan vraag- als aanbodszijde - die de werkbelasting van de huisartspraktijk bepalen, centraal.
Factoren die deze werkbelasting bepalen situeren zich zowel aan vraag- als aan 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 ziektecatego-

rieën 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 de wijze waarop de huisarts zijn werkbelasting aanpakt (c.q. geïnvesteerde tijd per eerste contact/terugbestelgedrag).

NAT 87.12 Professionele zorg, zelf- en mantelzorg

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyses en basisrapport patiëntenenquête

Uitvoering : Mw. Dr. M. Foets

Diverse beleidsmaatregelen en beleidsvoorstellen 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 dat deze praktijkstudie zó is opgezet 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 is een beperkte hoeveelheid achtergrondinformatie van iedere patiënt uit de

huisartspraktijk verzameld. Daarnaast is bij een steekproef van patiënten uit elke praktijk een gezondheidsenquête gehouden, waarin uitgebreidere informatie verzameld wordt. Deze geselecteerde personen is tevens gevraagd om een gezondheidsdagboekje bij te houden, dit om zicht te krijgen op de gezondheidsproblemen waarvoor geen professionele hulp wordt ingeroepen.
In het kader van dit deelproject zal in 1990 een basisrapport afgerond worden met de beschrijvende resultaten uit de patiëntenquête. Hierin zullen gegevens gepresenteerd worden over de meningen en attitudes van patiënten, hun gezondheidsgedrag (alcohol- en tabaksgebruik e.d.), hun morbiditeit zoals zij dit zelf ervaren, hun ziektegedrag en hun medische consumptie.

NAT 89.01 Gezondheid en medische consumptie naar geslacht

Financier : WVC (?)
Status : In voorbereiding, projectvoorstel ter subsidiëring aangeboden. Activiteiten 1990: analyse en rapportage
Uitvoering : J. van der Velden, arts

Uit onderzoek naar gezondheid en medische consumptie naar geslacht blijkt een vast patroon naar voren te komen: hogere mortaliteitscijfers voor mannen, hogere morbiditeitscijfers en grotere medische consumptie voor vrouwen. Een aantal specifieke risicogroepen zijn eveneens geduid: alleenstaande vrouwen hebben meer gezondheidsproblemen dan de andere categorieën vrouwen en mannen, terwijl alleenstaande vrouwen èn mannen zonder werkkring een grotere medische consumptie hebben. Wat we echter nu nog niet weten, is bij wie precies welke gezondheidsproblemen voorkomen en door welke gezondheidsproblemen de verhoogde consumptie van bepaalde groepen vrouwen, respectievelijk mannen veroorzaakt wordt.
Op basis van het materiaal uit de Nationale Studie zal in dit onderzoek een precizering van de geconstateerde verschillen in gezondheid en medische consumptie tussen vrouwen en mannen en tussen specifieke groepen binnen deze categorieën plaatsvinden. Daarbij zal de nadruk gelegd worden op het vaststellen van SES-specifieke risicogroepen tussen de vrouwelijke, respectievelijk mannelijke populatie.

NAT 89.02 Gezondheid en sociaal-economische status (SES)

Financier : WVC/Ziekenfondsraad, na 01-04-1990 NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: Analyse en eerste rapportage
Uitvoering : J. van der Velden, arts

Het onderzoeksterrein 'Gezondheid en sociaal-economische status' (SES) heeft in Nederland recentelijk, met name vanuit de overheid, forse impulsen gekregen. De instelling van een specifieke programma-commissie die onderzoek moet entameren, is daar het meest sprekende bewijs van. Deze impulsen waren ook hard nodig, omdat er op dit terrein in Nederland betrekkelijk weinig onderzoek werd gedaan. Dat onderzoek betrof meestal de relatie tussen SES en morbiditeit. Met behulp van de - op dit terrein bijzonder uitgebreide - gegevens van de Nationale Studie zal de relatie SES en morbiditeit bestudeerd worden.
Daartoe zal in de eerste plaats gekeken worden naar de validiteit van de begrippen SES en SES-specifieke morbiditeit. Dit is mogelijk, omdat in de Nationale Studie deze begrippen zowel in de contact-/patiëntregistratie via de huisarts, als in de patiëntenenquête geoperationaliseerd zijn.
Ten tweede zal SES (gedefinieerd op basis van beroep, opleiding, inkomen) met behulp van andere indicatoren (wonen, leeftijd, geslacht, leefstijl, netwerk) omgevormd worden tot een zogenaamde deprivatie-index. Deze index wordt aan morbiditeit gekoppeld in de veronderstelling dat ze een betere weergave vormt voor het vaststellen van risicogroepen dan SES.
In de derde plaats wordt bestudeerd in hoeverre de (eerstelijns)gezondheidszorg de SES/deprivatie specifieke morbiditeit adequaat aanpakt. Aangezien de huisarts van alle hulpverleners in Nederland het meest contact heeft met alle lagen van de bevolking en door zijn zeeffunctie grote invloed op de zorg heeft, vormt de huisartspraktijk een goed uitgangspunt om te bekijken in hoeverre SES/deprivatie specifieke risicogroepen in zorg zijn en welke zorg zij ontvangen.
Tot slot zal bekeken worden in hoeverre SES/deprivatie specifieke morbiditeitsstatistieken van nut kunnen zijn bij het vaststellen van gezondheidsbeleid. Het begrip zorgbehoefte speelt hierin een centrale rol, analoog aan wat in het Verenigd Koninkrijk gebeurd is (RAWP-formule/Jar-

man-score). Aan de beperkingen die daar geconstateerd zijn, kunnen we in de Nationale Studie voor een groot deel tegemoet komen, maar dan nog moet bekeken worden of de SES/deprivatie specifieke morbiditeitsgegevens een goede indicator vormen voor zorgbehoefte.

NAT 89.03 Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: Analyse en rapportage
Uitvoering : E. Kraaijeveld, arts, Mw. L.W.A. van Suijlekom-Smit, arts, Drs. H. v.d. Woude, Drs. M. Bruynzeels (Erasmusuniversiteit), Mw. Dr. M. Foets en J. van der Velden, arts

Dit project, dat samen met het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut ontwikkeld is omvat meerdere deelprojecten.
Het Rotterdamse instituut doet ten eerste een onderzoek omtrent de relatie huisarts-kinderarts in Krimpen a/d IJssel. Op basis van de Nationale Studie wil men weten in hoeverre Krimpen representatief is voor Nederland. Ten tweede zullen twee Rotterdamse onderzoekers op basis van het materiaal van de Nationale Studie determinanten van gezondheid van en medische consumptie door kinderen beschrijven. Ten derde zullen speciale aspecten van de kindergeneeskunde in de huisartspraktijk bestudeerd worden (antibiotica beleid/diarree/pijn/koorts).

NAT 89.04 Epidemiologie van chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat

Financier : WVC/Ziekenfondsraad, na 01-04-1990 NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: Analyse en eerste rapportage
Uitvoering : Mw. A. Claessens, arts, J. van der Velden, arts

Terwijl drie miljoen Nederlanders reumatische klachten zouden hebben, 25% van het ziekteverzuim veroorzaakt wordt door chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, vrijwel alle 75+ personen arthrosis deformans verschijnselen vertonen, weten we op nationaal niveau bijzonder weinig van de epidemiologie van de chronisch degeneratieve aandoenin-

gen van het bewegingsapparaat, welke groep aandoeningen het leeuwendeel van de bovengenoemde getallen voor zijn rekening neemt.
Doordat in de Nationale Studie zowel in de breedte (op nationaal niveau alle chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat zoals aan de huisarts gepresenteerd) als in de diepte (in 15 praktijken worden alle patiënten met gonarthrosis/coxarthrosis/reumatoïde artritis/-spondylitis ankylopoetica met behulp van diagnostische criteria geïdentificeerd) op dit onderdeel materiaal verzameld is, kan een goed beeld van incidentie en prevalentie, gespecificeerd naar leeftijd, geslacht, sociale klasse verkregen worden.
In de tweede plaats zal gekeken worden in hoeverre en op welke wijze de huisarts met patiënten met deze aandoeningen geconfronteerd wordt.

NAT 89.05 Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: schrijven projectvoorstel en start van het project
Uitvoering : N.N., Dr. D. de Bakker,

In dit project staat geografische variatie in het voorkomen van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk centraal. In 1989 is enig voorwerk verricht op het gebied van geografische variatie in het voorkomen van morbiditeit. In het projectvoorstel zal de aandacht ook op de verrichtingen worden gericht. Vraagstelling is in hoeverre geografische variatie in medische consumptie optreedt en in hoeverre die samenhangt met kenmerken van artsen en patiënten. Bij geografische variatie wordt gedacht aan verschillen tussen stad en platteland, verschillen naar afstand tot het ziekenhuis en regio. Bij medische consumptie kan worden gekeken naar contacten met de huisarts bij specifieke klachten, naar de bij die klachten voorgeschreven medicijnen en plaatsvindende verrichtingen of verwijzingen.

NIEUW

NAT 90.01 Sociale netwerken en gezondheid

Financier : NWO (?)

Status : Projectvoorstel geschreven. Activiteiten 1990: start van het onderzoek

Uitvoering : N.N., onder leiding van Mw. Dr. M. Foets, Dr. P.P. Groenewegen, Dr. H.D. Flap (R.U. Utrecht)

Op het gebied van de relaties tussen persoonlijke sociale netwerken en gezondheid is er een sterk groeiende vooral Angelsaksische onderzoeksliteratuur. Daaruit komen uiteenlopende en soms tegenstrijdige bevindingen naar voren. Voor waargenomen verschijnselen worden verschillende verklaringen gegeven die vaak los van elkaa staan. Doel van het onderzoek is enerzijds een beschrijving te geven van de samenhangen tussen kenmerken van persoonlijke sociale netwerken en gezondheid voor de Nederlandse situatie en anderzijds de integratie te bewerkstelligen van bestaande (deel)verklaringen in een verklarend model met meer diepte.

NIEUW

NAT 90.02 Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyse en rapportage

Uitvoering : Mw. Dr. M. Foets

Dit project is een vervolgproject op het project NAT 87.12, waarin de beschrijvende resultaten van de patiëntenquête aan bod zijn gekomen. In dit vervolgproject komt de aandacht te liggen op:

- de factoren die bepalen òf 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.

NIEUW

NAT 90.03 Evaluatie van de verandering van honorering van huisartsen: een gedeeltelijke herhaling van de Nationale Studie

Financier : WVC
Status : Activiteiten in 1990: voorbereiding
Uitvoering : J. v.d. Velden, arts

Met het onderbrengen van de huisartsenzorg in de AWBZ zal ook de honorering van huisartsen veranderen. De verandering zal tweeledig zijn; enerzijds een uniformering van de honorering van ziekenfonds- en particuliere patiënten en anderzijds de overgang naar een gemengd honoreringssysteem van gedeeltelijk abonnement en gedeeltelijk betaling per verrichting. Het onderhavige project bereidt een evaluatie van deze wijziging voor. Nagegaan zal worden op welke schaal delen van de Nationale Studie voor en na de verandering van honorering herhaald moeten worden om zinvolle uitspraken te kunnen doen over de gevolgen van de verandering.

NIEUW

NAT 90.05 Werkbelasting, arbeidssatisfactie en werkwijze van huisartsen

Financier : NWO (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: voorbereiding subsidieaanvraag start analyses
Uitvoering : Dr. P.P. Groenewegen, Drs. J. Hutten (Interuniversitair Centrum voor theorievorming en methoden-ontwikkeling in de Sociologie)

In vervolg op het deelonderzoek van de Nationale Studie naar werkbelasting in de huisartspraktijk (NAT 87.11) wordt nu een project voorbereid dat meer gericht is op de relatie tussen werkbelasting en de subjectieve beleving daarvan zoals die blijkt uit de arbeidssatisfactie van huisartsen en op de gevolgen van een bepaald niveau van werkbelasting voor aspecten van de werkwijze van huisartsen. Daarbij valt te denken aan de interventies die in het consult plaatsvinden en aan verwijzingen en voorschrijven van geneesmiddelen als aspecten van de werkwijze.

NIEUW

NAT 90.06 Onderzoek effecten farmacotherapeutisch overleg op het voorschrijven door de huisarts

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: voorbereiding subsidie-aanvraag

Uitvoering : N.N., onder leiding van Mw. Dr. M. Foets en Dr. D. de Bakker

Verondersteld wordt dat overleg tussen huisarts en apotheker de kwaliteit van het voorschrijven door de huisarts ten goede komt en dat ook de kosten van de geneesmiddelenvoorziening erdoor kunnen dalen. Recent onderzoek wijst ook in deze richting. Dit onderzoek is echter in beperkte mate generaliseerbaar en ook de meting van het voorschrijfgedrag heeft beperkingen (in het ene geval op basis van papieren patiënten en in het andere geval op basis van ziekenfondsgegevens). Op basis van de Nationale Studie is het mogelijk om generaliseerbare uitspraken te doen voor de Nederlandse huisarts. Bovendien is zowel het voeren van farmacotherapeutisch overleg als het voorschrijfgedrag van huisartsen uitgebreid gemeten. Het plan is daarom om na te gaan of huisartsen die frequent overleg voeren met apothekers een efficiënter en kwalitatief beter voorschrijfgedrag vertonen dan huisartsen die niet of in mindere mate overleggen.

Pro memorie

Het vervolg op enkele deelprojecten van de Nationale Studie is in dit werkplan ondergebracht in andere hoodstukken:

PMED 90.05 Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg

Dit is het vervolg op het deelonderzoek 'huisarts en fysiotherapeut'.

REL 90.03 Determinanten van en alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist

Dit project is het vervolg op het deelonderzoek 'Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten'.

7.2. Peilstations

In 1990 zullen de peilstations op de gebruikelijke wijze registreren. Zowel een aantal 'oude' als een enkel nieuw onderwerp zullen op de zogenoemde weekstaten worden geregistreerd. Daarnaast vinden opnieuw enkele 'incidentele onderzoeken' plaats.

In 1988 is een analyse verricht van de huidige structuur van de peilstations en onderzocht aan welke eisen een dergelijk project op dit moment zou moeten voldoen. Op basis van deze analyse zal een voorstel worden geformuleerd voor vernieuwing van de peilstations.

Internationaal wordt deelgenomen aan een tweetal organisaties: het International Primary Care Network en Eurosentinel. Het eerstgenoemde Network omvat deelnemende landen van meerdere continenten. Eurosentinel beperkt zich tot Europa.

Het volgende project komt in het weerkplan 1990-1991 niet meer voor:

PEIL 86.02 Hoogtepunten uit het peilstationsproject - een bloemlezing
Het boek is eind 1989 verschenen.

Projecten

PEIL 84.01 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland

Financier : WVC (doelsubsidie)
Status : Continu project. Activiteiten 1990: zie hieronder
Uitvoering : A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

Voor 1990 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. (Poli-)klinische mammografie	1988
8. Concern about AIDS	1988
9. Acute ongewone hoofdpijn	1988
10.Verwijzingen voor logopedie	1989
11.Diabetes Mellites	1990
12.Mazelen/bof	1990

Incidentle onderzoeken:

Euthanasie (verzoek toepassing)	1977

WHO PEIL 87.01 Deelname aan het International Primary Care Network

Financier : ?
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: voorbereiding nieuw project
Uitvoering : A.I.M. Bartelds, huisarts
Afronding : Continu project

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 een studie van otitis-media plaats.

Het project kampt thans met het probleem dat er wel sprake is van nieuwe studies, - naar hepatitis A en naar lage rugklachten -, maar daarvoor nog geen financiering is gevonden.
In 1990 komen de nationale coördinatoren bijeen om de projectvoorstellen nader te bespreken.

PEIL 88.01 Herziening structuur en functioneren Peilstations

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: voorbereiding subsidieaanvraag.
Uitvoering : Prof. Dr. J. van der Zee, Drs. A.J. ten Hoopen, adviseur informatica en A.I.M. Bartelds, huisarts

Het in 1986 vermelde project Uitbreiding Populatie kenmerken Peilstationpraktijken heeft in de loop van de tijd een koerswijziging ondergaan. Niet dat er geen sprake meer is van genoemde uitbreiding van de kenmerken van de populatie. Veeleer is dat slechts één van de veranderingen welke in het project doorgevoerd moeten gaan worden.
Niet in de laatste plaats zal ook aan de wijze van informatietransport aandacht geschonken moeten worden. Er zijn oriënterende gesprekken geweest met Prof. Valleron, die een geavanceerd netwerk van peilstations in

Frankrijk heeft ontwikkeld. Analyse van de behoefte aan informatie bij de traditionele 'gebruikers' van de peilstations en bij potentiële nieuwe aanvragers van informatie vindt plaats.
Oriëntatie in de mogelijkheden van de moderne communicatiemiddelen zal eveneens inzichten opleveren in welke richting de nieuwe ontwikkelingen zullen voeren.

PEIL 89.01 **Deelname aan Eurosentinel**

Financier : EEG. COMAC Health Services Research

Status : In ontwikkeling. Activiteiten 1990: deelname aan werkconferenties ter voorbereiding van een registratie in meerdere EEG-landen en Zwitserland.

Uitvoering : A. Bartelds, huisarts

Op het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie in Brussel is het coördinatiecentrum gevestigd van Eurosentinel, een Europees Netwerk van Peilstationartsen.
In 1989 is in Eurosentinel de eerste gemeenschappelijke registratie verricht. Van aanvragen van laboratoriumonderzoek door huisartsen. In 1990 vindt registratie plaats van voorkomende gevallen van mazelen en bof en van de aanvragen om getest te worden op H.I.V.
Ook in 1990 wordt een voortzetting van dit netwerk in de toekomst nader bestudeerd.

8. PARAMEDISCHE BEROEPEN (PROJECTLEIDER DR. J. DEKKER)

8.1. Inleiding

Binnen dit themagebied ligt van oudsher de nadruk op onderzoek naar fysiotherapie. Ook in het huidige Werkplan neemt fysiotherapie een belangrijke plaats in. Daarnaast wordt onderzoek gedaan en voorbereid op het gebied van oefentherapie, ergotherapie, podotherapie en logopedie.
Deze paramedische disciplines hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken. In de eerste plaats geldt dit voor het niveau waarop de behandeldoelen liggen. In deze disciplines zijn de behandelingen met name gericht op het verbeteren van de functionele toestand van de patiënten. De traditionele doelen in de geneeskunde zijn diagnose en behandeling van organische pathologie. Het verbeteren van de functionele toestand is hieraan complementair. In plaats van functionele toestand, wordt het begrip 'kwaliteit van het leven' dikwijls gebruikt om deze doelstelling te definiëren. Het verbeteren van de functionele toestand wordt een steeds belangrijker doel van de gezondheidszorg. Door het toenemen van de chronische aandoeningen en de vergrijzing wint de functionele toestand aan relevantie. In dit licht gezien kunnen de genoemde disciplines een belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg bieden.
Een obstakel is dat in deze disciplines nog weinig systematische, wetenschappelijke kennis vergaard is. Het ontbreken van een onderzoekstraditie is een tweede gemeenschappelijk kenmerk van deze disciplines. Er wordt naar gestreefd in deze leemte te voorzien. Binnen de verschillende beroepsgroepen vinden discussies plaats over de richting waarin het onderzoek zich dient te begeven. Met name binnen de beroepsgroep van de fysiotherapeuten is aan deze kwestie aandacht besteed. Onderzoek naar de effecten van behandelingen worden veelal als een belangrijke richting van onderzoek gezien. Maar ook epidemiologisch en theorievormend onderzoek en de ontwikkeling van meetinstrumenten zijn van veel belang. Een belangrijke voorwaarde voor elke vorm van onderzoek is dat er consensus is over de diagnostische begrippen waarin de klacht van de patiënt uitgedrukt wordt. Binnen de fysiotherapie wordt in toenemende mate

het begrippenkader van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) gebruikt. Daarbij is het noodzakelijk gebleken de ICIDH nader te bewerken om deze geschikt te maken voor fysiotherapie. Ook in andere paramedische disciplines is er een tendens (een bewerking van) de ICIDH als uitgangspunt te nemen voor het beschrijven van diagnostische bevindingen.
Een derde gemeenschappelijk kenmerk is van financiële aard. Als de voorstellen van de Commissie Dekker gerealiseerd worden, zal extramurale paramedische hulp niet in het basispakket, maar in een aanvullende verzekering opgenomen worden. Ergotherapie was in het verleden al niet als aparte verstrekking in het ziekenfondspakket opgenomen. Deze kwesties van financiering roepen vragen op over de legitimering en de bereikbaarheid van de betreffende zorg. Met betrekking tot de legitimering is onderzoek naar de effecten van hulpverlening van belang. Met betrekking tot bereikbaarheid is onder meer epidemiologisch onderzoek aangewezen.
Deze uiteenzetting over een aantal gemeenschappelijke kenmerken van de (extramurale) fysiotherapie, oefentherapie, podotherapie, logopedie en ergotherapie doet uiteraard geen recht aan het eigene van elk van deze disciplines. Hierop zal echter nu niet ingegaan worden.

In aansluiting op ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot onderzoek in de gezondheidszorg, zal in het onderzoek op het themagebied paramedische beroepen de gezondheidstoestand van patiënten steeds meer centraal staan ('patiëntgebonden onderzoek'). Dit betekent echter niet dat zuiver beroepsinhoudelijk onderzoek gedaan zal worden. Het onderzoek op dit themagebied is met name op de volgende onderwerpen gericht.

1. Beschrijvend epidemiologisch onderzoek naar klachten, behandelingen en verwijzers op het gebied van paramedische disciplines. Projecten waarin dit onderwerp aan de orde komt zijn: 'Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (basisgegevens), 'Functie en plaats van oefentherapie Cesar, Mensendieck, podotherapie en ergotherapie', 'Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht' en 'Verwijzingen voor logopedie door huisartsen'. In de drie projecten, die hier als eerste genoemd zijn, is een bewerking

van de ICIDH het uitgangspunt voor de registratie van diagnostische bevindingen door de betreffende beroepsbeoefenaar.

2. De vraag hoe het zorgpakket, waar de betreffende paramedische discipline deel van uitmaakt, zodanig ingezet en georganiseerd kan worden dat een optimaal effect op de gezondheidstoestand bereikt wordt. Dit onderwerp komt aan de orde in de volgende projecten: 'Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (deelonderzoeken), 'Arthrose van heup of knie: vergelijkend onderzoek naar het effect van behandeling door huisarts en fysiotherapeut', 'Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek', 'Effecten van logopedische behandelingen' en 'Ergotherapie bij kankerpatiënten'.
3. Algemene aspecten van hulpverlening, die niet zuiver beroepsinhoudelijk zijn. Dit betreft het project: 'Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten'.

In veel gevallen heeft het onderzoek raakvlakken met beroepsinhoudelijk onderzoek. Op deze raakvlakken wordt samengewerkt met onderzoekers binnen de betreffende discipline.

Van diverse kanten worden initiatieven ontplooid om tot onderzoek te komen op het gebied van bovengenoemde paramedische beroepen. Deze initiatieven vertonen weinig samenhang of afstemming, hetgeen het risico met zich meebrengt van gefragmenteerd onderzoek. Recent is door de Staatssecretaris van WVC de notitie 'Ontwikkeling van fysiotherapeutische hulpverlening' aan de Tweede Kamer aangeboden. In deze notitie wordt onder meer richting gegeven aan het onderzoek op het gebied van de fysiotherapie. Voor de overige paramedische disciplines ontbreekt een dergelijk richtinggevend kader. Als aanzet voor een dergelijk kader zal op verzoek van het Ministerie van WVC een programma voor onderzoek geformuleerd worden. In dit programma wordt een overzicht gegeven over bestaand onderzoek en worden aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Het betreft oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, ergotherapie, podotherapie en logopedie.

Projecten die in het Werkplan 1989-1990 stonden en niet meer opgenomen zijn:

PMED 88.04 Toekomstige ontwikkelingen in vraag en aanbod op het gebied van de fysiotherapie

Een afzonderlijk voorstel op dit terrein bleek niet subsidiabel te zijn. Het geplande onderzoek is geïntegreerd in het Scenario-onderzoek Thuiszorg (ALG 88.03).

PMED 88.02 De resultaten van fysiotherapeutische behandelingen bij specifieke klachten

Dit project is (voorlopig) afgevoerd in verband met zeer traag verlopende onderhandelingen over de aankoop van gegevens.

8.2. Projecten

PMED 86.04 Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten

Financier : Praeventiefonds
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: afronden observatie + analyse + rapportage
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 is in het eerste jaar het meetinstrument ontwikkeld. Uit het onderzoeksdeel dat in het eerste jaar plaats vond kwam onder andere naar voren dat observatie van fysiotherapie-contacten tot een betrouwbaarder vaststelling van de gegeven patiëntenvoorlichting en instructie leidde dan zelfregistratie. Als gevolg hiervan zijn in het tweede onderzoeksjaar ± 2000 audio-opnames van fysiotherapeutische behandelingen verzameld. De observatie hiervan geschiedt met het in het eerste jaar ontwikkelde observatie-protocol en zal in het voorjaar van 1990 beëindigd worden. In dat jaar zullen de analyses en rapportage plaatsvinden. Met behulp van dit instrumentarium wordt onderzoek gedaan onder een

representatieve steekproef fysiotherapeuten. De activiteiten op het gebied van patiëntenvoorlichting in verschillende fasen van de behandeling worden beschreven. De relatie tussen kenmerken van fysiotherapeuten (zoals opleiding en werksetting) en het geven van voorlichting wordt geanalyseerd. Tevens wordt nagegaan of het geven van voorlichting gerelateerd is aan de aard van de klachten van patiënten.

PMED 87.01 **Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie**

Financier : WVC/Ziekenfondsraad

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: analyseren gegevens eerste onderzoek, verzamelen gegevens tweede onderzoek, voorbereiden derde onderzoek en verzamelen van epidemiologische basisgegevens

Uitvoering : Drs. J.J. Kerssens, Drs. E.Chr. Curfs, Dr. J. Dekker

Afronding : 1992

De doelstelling van dit project is het uitvoeren van beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek in de extramurale fysiotherapie aan de hand van jaarlijks wisselende thema's. Om redenen van efficiency vindt de materiaalverzameling plaats bij een vaste groep fysiotherapeuten. Deze opzet maakt het mogelijk om - als tweede doelstelling - te komen tot een epidemiologische beschrijving van klachten en behandelingen in de extramurale fysiotherapie. De vraagstellingen van het onderzoek liggen op de volgende gebieden:

- 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 het sterkst de gevolgen zullen ondervinden van dergelijke beperkingen,

wordt in dit deelproject onderzocht. De gegevens hiervoor worden in 1989 en begin 1990 verzameld.

- Wijzigingen van het honoreringsstelsel van fysiotherapeuten. Hierbij staat de vraag centraal wat het effect op de beroepsuitoefening zal zijn van een wijziging van het huidige verrichtingensysteem naar een betaling per zitting. Dit onderzoek wordt in 1989 voorbereid; de dataverzameling vindt plaats in 1990.
- De overname van tweedelijnsbehandelingen door eerstelijnsfysiotherapeuten.
  Het doel van dit deelonderzoek is te inventariseren in hoeverre er 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 pijnbehandeling.
  Het meest frequent voorkomende behandeldoel van fysiotherapeuten bleek in 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. Deze gegevens worden in de vorm van een jaarlijks basisrapport gerapporteerd. Daarnaast vindt een thematische rapportage plaats, waarin gegevens rond een bepaald thema beschreven worden. Mogelijke thema's zijn: 'fysiotherapie en thuiszorg', 'chronische patiënten' en 'psycho-sociale problemen'. Dit deelproject wordt doorlopend uitgevoerd naast de vier bovenbeschreven deelprojecten die na elkaar uitgevoerd worden.

PMED 89.02 **Artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar het effect van behandeling door huisarts en fysiotherapeut**

Financier : ?

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: voorbereiden subsidie-aanvraag

Uitvoering : N.N., Dr. J. Dekker in samenwerking met Prof. Dr. Th. Voorn (UHI-Utrecht) en Prof. dr. R.A.B. Oostendorp (SWSF)

Over de effecten van fysiotherapie is in zijn algemeenheid weinig bekend. Behalve op specifieke onderdelen van de fysiotherapeutische behandeling heeft dit gebrek aan kennis ook betrekking op het effect van fysiotherapie in vergelijking met behandeling door andere hulpverleners. Voor fysiotherapie in de eerstelijn is behandeling door de huisarts een belangrijk referentiepunt. Een vergelijking tussen het effect van behandeling door de fysiotherapeut en behandeling door de huisarts is bij uitstek van belang bij aandoeningen waarvoor dit twee belangrijke therapeutische alternatieven zijn. Arthrosis deformans (kortweg: artrose) is een dergelijke typische 'eerstelijns-aandoening'. De incidentie van artrose in de huisartspraktijk is hoog. De belangrijkste klachten zijn pijn en functionele beperkingen, als gevolg waarvan de kwalitiet van leven in belangrijke mate aangetast kan worden. Deze patiënten worden voor een groot deel door de huisarts zelf behandeld. Daarnaast verwijst de huisarts frequent voor fysiotherapie.
Over het effect van fysiotherapie in vergelijking met behandeling door de huisarts zijn geen systematische gegevens bekend. Ook over criteria voor verwijzing zijn geen gegevens bekend. In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen het effect van behandeling door de fysiotherapeut en door de huisarts. Criteria voor verwijzing worden systematisch geëvalueerd. Het meetinstrumentarium voor dit onderzoek is deels beschikbaar, deels wordt het ontwikkeld (dit laatste betreft het ontwikkelen van een methode om pijngedrag te meten). Het onderzoek wordt opgezet in samenwerking met het Universitair Huisartsen Instituut te Utrecht en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie te Amersfoort.

PMED 89.03 Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek

Financier : WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: deelnemen in pilot-fase, ontwikkelen instrumentarium

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. J. Dekker

Bij de huidige gang van zaken rond de verwijzing van patiënten naar fysiotherapeuten stellen (huis)artsen een medische diagnose en besluiten (huis)artsen of er een indicatie is voor fysiotherapie. Als dat het geval is, wordt de patiënt verwezen voor fysiotherapie. De toegenomen en toenemende kennis en fysiotherapeutische deskundigheid maakt het voor (huis)-artsen moeilijk om op de hoogte te blijven van de specifieke mogelijkheden van fysiotherapie. Om de verwijzing en de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te verbeteren wordt - ondermeer - overwogen consultatieve verwijzing naar de fysiotherapeut in de eerstelijn in te voeren. Daarbij verwijst de huisarts de patiënt voor een consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO). Op basis van rapportage door de fysiotherapeut neemt de huisarts vervolgens een besluit over behandeling. Door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is een projectvoorstel gemaakt voor de verdere ontwikkeling en evaluatie van het CFO. De evaluatie betreft het effect van de invoering van het CFO op het verwijsgedrag van huisartsen, de samenwerking huisarts-fysiotherapeut, de klachten van de patiënt en eventuele substitutie ten opzichte van de tweedelijn.
Aan het NIVEL is gevraagd het evaluatieonderzoek uit te voeren. Ten behoeve daarvan zal in de eerste fase van het project de opzet van het evaluatieonderzoek nader uitgewerkt worden en het instrumentarium voor het onderzoek ontwikkeld worden.

PMED 89.06 **Overzichtsartikel: Pijn bij artrose: een overzicht over mediërende mechanismen**

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: literatuur verzamelen en schrijven van artikel

Uitvoering : Dr. J. Dekker, in samenwerking met B. Boot en Dr. L.H.V. van der Woude (Faculteit Bewegingswetenschappen VU)

Afronding : 1990

In het kader van de nieuwe overzichtsstudie (zie ALG 90.02) zal een overzichtsartikel geschreven worden over mediërende mechanismen bij pijn van patiënten met artrose. Dit overzicht vormt de theoretische onderbouwing van het project 'Artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar het effect van behandeling door huisarts en fysiotherapeut'.

PMED 88.03 **Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht**

Financier : WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: afwachten van subsidiëring

Uitvoering : N.N., Dr. J. Dekker in samenwerking met Drs. H. Stumpel (Hoge School Midden Nederland)

Evenals in andere sectoren van (para)medische zorg wordt in de logopedie in toenemende mate gestreefd naar kwaliteitsverhoging. Een van de methoden hiertoe is het systematisch evalueren van effecten van logopedische behandelingen. Om dergelijk onderzoek verantwoord op te kunnen zetten, dient men te beschikken over een kwantitatief overzicht over klachten en aandoeningen, demografische kenmerken van patiënten, plaats van behandeling en verwijzers. Het onderzoek beoogt een dergelijk overzicht te geven over de patiënten die behandeld worden door logopedisten werkzaam in de vrij gevestigde praktijk, op scholen en de intramurale gezondheidszorg.
Om deze doelstelling te kunnen realiseren wordt in de eerste fase van het onderzoek hiervoor het instrumentarium ontwikkeld. Het betreft een regis-

tratiesysteem voor klachten en aandoeningen, die in de logopedische praktijk behandeld worden.
Voor het onderzoek is door het NIVEL samenwerking gezocht met de Hogeschool Midden Nederland - Academie voor Logopedie. Medewerkers van beide instellingen zijn betrokken bij de opzet, uitvoering en rapportage van bevindingen.

PMED 89.04 Effecten van logopedische behandelingen

Financier : Ziekenfondsraad(?).
Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: Voorbereiden subsidie-aanvraag.
Uitvoering : N.N. Dr. J. Dekker.

Zoals hierboven vermeld kan onderzoek naar de effecten van logopedische behandelingen bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Op het gebied van 'stotteren' is betrekkelijk veel onderzoek verricht naar het effect van specifieke behandelmethoden. Op dit gebied bestaan echter nog veel vragen met betrekking tot de optimale organisatie van de zorgverlening. Op grond van literatuurstudie en interviews zal een overzicht gegeven worden over de bestaande aanpak in Nederland en in een aantal andere landen. Op grond hiervan zal nagegaan worden of vervolg-onderzoek wenselijk is.

PMED 89.05 Ergotherapie bij kankerpatiënten

Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten in 1990: geen (het betreft vooralsnog een idee in portefeuille)
Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. J. Dekker in samenwerking met Dr. F.S.A.M. van Dam en M.A. van Rooyen (NKI).

Ergotherapie is momenteel niet als een aparte verstrekking in het ziekenfonds beschikbaar. Er is echter wel een streven in de richting van een 'monodisciplinaire' voorziening ergotherapie. Een belangrijke vraag daarbij is hoe aan monodisciplinaire ergotherapie organisatorisch een plaats gegeven kan worden. Mogelijke organisatorische kaders zijn de Kruisor-

ganisaties (hiermee is in een recent experiment ervaring opgedaan) en verpleeghuizen. Ook binnen categoriale instellingen blijkt monodisciplinaire ergotherapie een functie te kunnen hebben.
Bij het Nederlands Kanker Instituut is een project in voorbereiding waarin het effect van ergotherapie bij kankerpatiënten nagegaan wordt. Uit pilot onderzoek blijkt dat ergotherapie een belangrijke functie kan hebben bij patiënten die met cytostatica behandeld worden. Om optimaal resultaat te bereiken dienen de behandelingen bij de patiënt thuis uitgevoerd te worden. De vraagstelling van het onderzoek betreft enerzijds het effect van ergotherapie bij patiënten die met cytostatica behandeld worden en anderzijds het functioneren van monodisciplinaire ergotherapie binnen categoriale instellingen voor de behandeling van patiënten met kanker.

NIEUW

PMED 90.01 **Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie**

Financier : WVC(?)

Status : Afwachten van subsidiëring. Activiteiten in 1990: Uitvoeren eerste fase.

Uivoering : N.N., onder leiding van Dr. J. Dekker

Er is gebrek aan informatie over klachten, behandelingen en verwijzers van patiënten die door de genoemde beroepsgroepen behandeld worden. Voor zover gegevens over klachten van patiënten momenteel beschikbaar zijn, zijn deze moeilijk te interpreteren door het ontbreken van een duidelijk en geaccepteerd begrippenkader achter de verzamelde gegevens. Om dat te ondervangen wordt in de eerste fase van het hier voorgestelde onderzoek het instrumentarium samengesteld waarmee - op basis van een internationaal geaccepteerd begrippenkader (de ICIDH)- klachten geregistreerd kunnen worden.
In de tweede fase van het voorgesteld onderzoek worden de gegevens verzameld die nodig zijn voor een karakterisering van functie en plaats van de betreffende beroepsgroep. Een dergelijke karakterisering is op een aantal gebieden van belang:

a. Voor de ontwikkeling en onderbouwing van beroepsprofielen zijn gegevens over de patiëntenbestanden, behandelingen en verwijzers van veel belang.
b. Als het wenselijk geacht wordt de behandeling van een bepaalde ziekte of afwijking te stimuleren, zijn beleidsvormende instanties gebaat bij informatie over welke beroepsgroepen nauw bij de behandeling betrokken zijn.
c. Voor de planning van opleiding en nascholing is informatie nodig over klachten van patiënten en de ingestelde behandelingen.
d. Om te kunnen beoordelen of de samenwerking tussen verwijzers en therapeuten bevorderd moet worden, is informatie over hun onderlinge relatie benodigd.
e. Verbetering van de kwaliteit van behandelingen kan plaatsvinden door onder meer onderzoek naar de effecten van behandelingen. Voor de bepaling van onderzoeksprioriteiten en voor de planning van dergelijk onderzoek is informatie over de opbouw van het patiëntenbestand bij een beroepsgroep van essentieel belang.

NIEUW

PMED 90.02 Verwijzingen voor logopedie door huisartsen

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1990: Analyse van de gegevens.
Uitvoering : Dr. J. Dekker.

In het kader van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations worden in 1989 (en mogelijk 1990) de verwijzingen voor logopedie geregistreerd. Behalve het aantal verwijzingen worden gegevens verzameld over klachten en diagnose, sociaal-demografische kenmerken van verwezen patiënten en het initiatief tot verwijzing.

NIEUW

PMED 90.03 **Een programma voor onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen.**

Financier : WVC(?)

Status : Afwachten van subsidiëring. Activiteiten in 1990: Uitvoering en afronding.

Uitvoering : N.N., Dr. J. Dekker.

Van diverse kanten worden initiatieven ontplooid om tot onderzoek te komen op het gebied van paramedische beroepen. Deze initiatieven vertonen weinig samenhang of afstemming, hetgeen het risico met zich meebrengt van gefragmenteerd onderzoek. Het onderhavige project heeft tot doel een overzicht te geven over bestaand onderzoek en aanbevelingen te formuleren voor toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen. Het betreft oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, ergotherapie, podotherapie en logopedie. Wat betreft de ergotherapie zal daarbij expliciet aandacht worden besteed aan de mogelijkheden van een studie naar de organisatorische inkadering van de ergotherapie in de eerste lijn.

NIEUW

PMED 90.04 **De positie van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen.**

Financier : WVC ?

Status : In afwachting van financiering. Activiteiten in 1990: dataverzameling

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Dr. J. Dekker en Dr. P.P. Groenewegen

In het kader van de eenwording van de EG verwerven paramedische beroepsbeoefenaren - evenals andere beroepsgroepen - het recht beroepsactiviteiten uit te oefenen in de verschillende landen van de EG, waaronder Nederland. De regelgeving hieromtrent biedt het ontvangende land de mogelijkheid aanvullende eisen te stellen ten aanzien van de bekwaamheden van de migrerende paramedici. Deze aanvullende eisen dienen op korte termijn opgesteld te worden. In Nederland is nog niet bepaald of en

zo ja, welke aanvullende eisen gesteld zullen worden. Een van de redenen daarvoor is het ontbreken van de daarvoor benodigde informatie over de positie van de paramedische beroepen in andere EG-landen. Om te voorkomen dat in de toekomst buitenlandse paramedici toegelaten moeten worden met onbekende of van de Nederlandse situatie in negatieve zin afwijkende bekwaamheden is het van groot belang om op korte termijn inventariserend onderzoek te doen naar de positie van paramedici in andere EG-landen. Op grond van dergelijk onderzoek kan op beleidsniveau vast gesteld worden of aanvullende eisen nodig zijn en wordt de basisinformatie aangedragen die nodig is om de formulering daarvan richting te geven. Het doel van dit onderdeel is de bovenbedoelde informatie over de Bondsrepubliek Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en België te verzamelen.

NIEUW

PMED 90.05 Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg

Financier : NIVEL
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: start van de analyses
Uitvoering : Dr. J. Dekker, Dr. P.P. Groenewegen en drs. W. Uunk

Bevolkingsonderzoek naar de sterk toegenomen fysiotherapeutische zorg en naar de determinanten van bezoek aan de fysiotherapeut is in Nederland 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 de fysiotherapeut (direct - na verwijzing, vrijgevestigde praktijk - instelling, verwezen door huisarts - specialist, etc.)?

Dit onderzoek is een vervolg op het deelonderzoek 'Huisarts en fysiotherapeutische zorg' (NAT 87.07) van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk.

Pro memorie
Ook in enkele andere hoofdstukken van het werkplan staan projecten vermeld rond het thema paramedische beroepen. Dit zijn de volgende projecten:

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)

REG 86.02 Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten
In het kader van onderzoek naar de vraag in hoeverre pas afgestudeerde fysiotherapeuten werk gevonden hebben binnen de fysiotherapie en in hoeverre men nog op zoek is naar werk, wordt één opleidingscohort over een periode van vier jaar gevolgd (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.

VFA 88.03 Functie-aanbod in de eerstelijnsfysiotherapie: inventarisatie en verklaring van verschillen tussen praktijken
Dit betreft een onderzoek naar speciale deskundigheden die fysiotherapeuten hebben opgebouwd met betrekking tot behandelingsmethoden en/of ziekte- en patiëntencategorieën.

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

9.1. Inleiding

Twee beleidsmatige ontwikkelingen zijn zeer relevant voor het onderzoek op het terrein van de extramurale verpleging. In het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid 'Doelgericht Veranderen' wordt aangegeven dat de richting van het beleid meer dan in het verleden bepaald zal moeten worden door zorginhoudelijke problemen, door de zorgbehoeften van de bevolking. Het zorgsysteem zal zich onder andere moeten gaan kenmerken door een optimale afstemming op de behoefte aan zorg en een grotere flexibiliteit van het aanbod. Er wordt een aantal zorginhoudelijke doelstellingen gepresenteerd, die rond het jaar 2000 verwezenlijkt dienen te zijn. Daarnaast wordt in dit document, evenals in de Nota 2000 het geval was, veel nadruk gelegd op de verschillende doelgroepen waaraan thuiszorg wordt verleend. Voor de extramurale verpleging zijn dat met name de chronisch zieken (reuma, diabetes, CARA), patiënten met hart- en vaatziekten, kanker of diverse handicaps.
Daarnaast wordt in de Nota 'Verandering Verzekerd' voortgebouwd op het rapport 'Bereidheid tot Verandering' van de zogenoemde Commissie Dekker waarin de nadruk wordt gelegd op doelmatigheid en doeltreffendheid van de gezondheidszorg door middel van meer marktgericht (concurrentie) werken. Tevens wordt voorgesteld om in verband met een flexibel op de behoefte afgestemd aanbod, de zorgverlening te verdelen in op (de behoefte van) specifieke doelgroepen betrokken functies. Bepaalde taken en functies zullen niet langer automatisch aan bepaalde voorzieningen gekoppeld zijn.
Wat de extramurale verpleging betreft zijn er de afgelopen jaren allerlei particuliere bureaus voor thuisverpleging ontstaan, die hulp geven aan patiënten in hun thuissituatie, al dan niet aanvullend op de zorg die door de wijkverpleging wordt verleend. Het antwoord van het Kruiswerk op deze concurrentie is via de Stichting Aanvullend Thuiszorg het aanbod uit te breiden. Daarnaast wordt vanaf 1 januari 1989 de gezinsverzorging ook

vanuit de AWBZ gefinancierd en wordt er door de Nationale Kruisvereniging gestreefd naar een bestuurlijke integratie met de gezinsverzorging.

In de lopende onderzoeksprojecten binnen dit themagebied is getracht op de bovengenoemde ontwikkelingen in te spelen. In het landelijk onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden worden de werkzaamheden van beide functionarissen inhoudelijk in kaart gebracht. Tevens wordt onderzocht welke zorg wordt verleend aan verschillende patiëntencategorieën (patiënten met kanker, suikerziekte, reuma, en dergelijke) en op welke tijdstippen (overdag, 's avonds en in het weekend). Men zou dit onderzoek kunnen beschouwen als een inventarisatie van de situatie vóór de herstructurering van de gezondheidszorg. Als zodanig kan het fungeren als referentie punt bij de evaluatie van veranderingen in het zorgaanbod die voortkomen uit de integratie van wijkverpleging en gezinszorg.
Het vervolgonderzoek op de literatuurstudie 'De zorgbehoefte ontleed' gaat uit van de behoefte aan thuiszorg van een aantal patiëntencategorieën, in plaats van de bestaande voorzieningen als uitgangspunt te nemen. Verder lijkt het gezien het voorgenomen beleid in de richting van commercialisering en functiegerichtheid in plaats van echelonnering zinvol om over de grens te kijken hoe de extramurale verpleging in andere landen is geregeld en functioneert. In 1989 werd door het NIVEL de 'International Conference on Community Nursing' georganiseerd, waarin een zestal sprekers een lezing hield over de extramurale verpleging in hun land. Als vervolg op deze conferentie zal een onderzoek verricht worden naar de organisatie, de financiering en de zorgverlening van de extramurale verpleging in een tiental geïndustrialiseerde landen.
Op langere termijn 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. 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 internationaal vergelijkend onderzoek worden verricht.

2. Onderzoek naar behoefte aan thuiszorg. 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 relatie tussen zorgbehoefte en gebruik van voorzieningen. 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 en het vooronderzoek 'De zorgbehoefte ontleed'. 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, diabetes) 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.

De volgende projecten uit het werkplan 1989/1990 zijn vervallen:

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

Beschrijvend onderzoek wordt afgerond per 01-01-1990. Nadere analyses volgen in 1990 (zie WIJK 90.01).

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

Onderzoek is afgerond.

WIJK 87.04 De zorgbehoefte ontleed: een vooronderzoek
Het vooronderzoek is afgerond.

WIJK 88.01 Particuliere thuisverpleging
Niet subsidiabel geacht.

9.2. Projecten

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

Financier : Nederlands Astma Fonds, STOOM, Emma Kinderziekenhuis in het AMC, Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland, Stichting Amsterdams Kruiswerk

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: consensusconferentie, interim-rapportage, materiaalverzameling

Uitvoering : Mw. Drs. T. Wiegers, 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 allround 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, specifiek verpleegkundigen of allround werkende wijkverpleegkundigen. De patiëntjes worden volgens de 'randomized controlled trial' methode aan de modellen toegewezen. De modellen zullen worden vergeleken op kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Emma

Kinderziekenhuis in het AMC te Amsterdam, de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland en de Stichting Amsterdams Kruiswerk.

WIJK 90.01 **Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: nadere analyses**

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: schrijven wetenschappelijke artikelen

Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

In een landelijk representatief onderzoek zijn met behulp van meetinstrumenten (vragenlijst en registratieformulieren) die in de eerste fase zijn ontwikkeld, de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beschreven en gekwantificeerd. Tevens is in kaart gebracht welke preventieve en curatieve zorg wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen door de week, 's avonds en in het weekend.

Dit grootschalige project is per 1 januari 1990 afgerond met een basisrapport en een tabellenboek dat veel interessante beschrijvende gegevens bevat omtrent het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. In 1990 worden op grond van het verzamelde materiaal een aantal onderwerpen nader bestudeerd en geanalyseerd. Voorbeelden hiervan zijn de verschillen tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in het kader van het onderscheid tussen het eerste en tweede deskundigheidsniveau binnen het verpleegkundig beroepsprofiel, en het preventieve ouderenbezoek. Op grond van deze nadere verdieping zullen vervolgpublicaties verschijnen in de vorm van wetenschappelijke artikelen.

NIEUW

WIJK 90.02 **Extramurale verpleging in verschillende landen**

Financier : WVC

Status : Indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd wordt zo spoedig mogelijk gestart. Activiteiten 1990: literatuurstudie, interviews met contactpersonen in de betreffende landen, praktijkobservaties

Uitvoering : N.N. onder begeleiding van Mw. Dr. A. Kerkstra

Gezien het voorgenomen beleid van de centrale overheid in de richting van commercialisering en functiegerichtheid in plaats van echelonnering, lijkt het zinvol om eens over de grens te kijken hoe de extramurale verpleging in andere landen is geregeld en functioneert. Het doel van dit onderzoek is een overzicht te geven van de organisatie, financiering en zorgverlening van de extramurale verpleging in een aantal geïndustrialiseerde landen. Het gaat hierbij om een systematische beschrijving van de bovengenoemde aspecten waardoor de overeenkomsten en verschillen met de Nederlandse situatie duidelijk zullen worden. Tevens wordt nagegaan of in de betreffende landen vergelijkbare problemen spelen binnen de extramurale verpleging als in Nederland en welke oplossingen daarvoor worden gevonden.

NIEUW

WIJK 90.03 **Evaluatie transmurale diabetesverpleegkundigen**

Financier : STOOM (?)

Status : Indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd zal per 1 april 1990 worden gestart. Activiteiten 1990: literatuurstudie, instrumentontwikkeling, materiaalverzameling

Uitvoering : N.N., onder begeleiding van Mw. Dr. A. Kerkstra

Het doel van dit onderzoek is het evalueren van de werkzaamheden van transmuraal werkende verpleegkundigen ten behoeve van de diabeteszorg. Hierbij gaat het in de eerste plaats om na te gaan in hoeverre de kwaliteit en de continuïteit van zorg voor patiënten met diabetes mellitus wordt bevorderd door de aanwezigheid van een transmuraal werkende diabetesverpleegkundige.

Ten tweede wordt onderzocht in hoeverre de werkzaamheden van transmuraal werkende verpleegkundigen leiden tot substitutie van zorg. Hierbij wordt enerzijds bedoeld substitutie van intramurale zorg door poliklinische- of eerstelijnszorg en anderzijds substitutie van langdurige wijkverpleegkundige zorg door zelfzorg.

NIEUW

WIJK 90.04 **De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek**

Financier : WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: schrijven van onderzoeksvoorstel

Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

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. In 1989 is een vooronderzoek naar de behoefte aan thuiszorg afgerond, waarin aan de hand van literatuurstudie een inventarisatie is gemaakt van de reeds aanwezige meetinstrumenten op dit terrein en van het onderzoek dat is verricht naar de zorgbehoeften van verschillende doelgroepen: ouderen, nazorgpatiënten, terminale patiënten, kankerpatiënten, chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. Tevens werd nagegaan wat de relatie is tussen zorgbehoefte en het gebruik van professionele thuiszorgvoorzieningen. Op grond van de stand van zaken van het onderzoek zijn per patiëntencategorie aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek, die in 1990 nader geconcretiseerd worden in een onderzoeksvoorstel. Daarbij zal de zorgbehoefte centraal staan en zo mogelijk zal een specifiek onderdeel uitgewerkt worden dat wat betreft het zorgaanbod op het grensgebied ligt van verpleging en verzorging. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan de zorgbehoefte van ouderen die op de indicatielijst staan voor opname in een verzorgingstehuis of verpleeghuis.

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

REL 84.02c Wijkverpleegkundige zorg in Almere
Binnen dit project wordt een deelonderzoek naar het functioneren van de wijkverpleegkundige zorg in Almere uitgevoerd. Er wordt aandacht geschonken aan de zorg aan ouderen en de taakafbakening tussen wijkverpleging-gezinszorg-mantelzorg (zie hoofdstuk 5).

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

ALG 88.02 Symposium onderzoek wijkverpleging
In 1990 zullen de resultaten van het onderzoek 'Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland' in het veld verspreid worden door middel van dit symposium (zie hoofdstuk 12).

SAM 90.05 Thuiszorg in Almere
Dit deelproject van de Evaluatie van de Almeerse gezondheidszorg onderzoekt de thuiszorg voor patiënten met een opname -indicatie (zie hoofdstuk 5).

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 onderwerpskeuze die nauw aansluit bij het belang of de belangstellingssfeer van de hulpvrager.
Een voor het themagebied belangrijke 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 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. In veel beleidsnota's wordt nadrukkelijk aan deze ontwikkelingen aandacht besteed. In de nota 'Verandering Verzekerd' (de derde brief van het kabinet naar aanleiding van het rapport van de Commissie Dekker) wordt gesteld dat het de burger enerzijds mogelijk moet worden gemaakt om zijn mondigheid vorm te geven, en anderzijds beschermd moet worden wanneer er sprake is van een onvermijdelijke afhankelijkheidsrelatie. Deze uitgangspunten zullen - zo algemeen gesteld- algemeen onderschreven worden. De vraag is echter hoe één en ander zich in de praktijk verhoudt (en zal gaan verhouden) met de door dezelfde overheid nagestreefde kostenbesparing en substitutie (van specialistisch naar eerstelijnszorg naar zelf- en mantelzorg).

Het onderzoekprogramma voor 1990/1991 bevat onderzoek die deze ontwikkelingen vanuit de invalshoek 'hulpvraag en hulpvrager' benadert.

Soms betreft het onderzoek vanuit het consumentenperspectief (welke ervaringen en opvattingen bestaat er met, respectievelijk over, de gezondheidszorg) terwijl ander onderzoek juist de feitelijke hulpvraag tot onderwerp heeft.

De volgende projecten uit het werkplan 1989/1990 zijn niet in dit werkplan opgenomen:

VRA87.01c Samenwerking reguliere en alternatieve genezers, reumatoloog en alternatieve geneeswwijzen

Onderzoek is in 1989 afgerond.

VRA89.01 Telefonische hulpverlening door huisartsen

Er bleek te weinig belangstelling voor dit project te zijn.

10.2. De projecten

VRA 86.01 Consumentenpanel

Financier : WVC/Consumentenbond.
Status : In uitvoering; Activiteiten in 1990: opzet van het panel; start eerste dataverzameling.
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.
In samenwerking met de Consumentenbond wordt naast dit gehandicaptenpanel een panel samengesteld van doorsnee gebruikers van de gezondheidszorg. Dit panel heeft een signalerende en kritische functie ten aanzien van zaken waarvoor het oordeel van de gebruikers van de (eerstelijns)gezondheidszorg van belang is.
Vanuit kostenoverwegingen zal de omvang van het panel beperkt zijn; circa 1000 personen. Dit betekent dat gebruikers van een aantal eerste-

lijnsvoorzieningen (bijvoorbeeld verloskundige- en kraamzorg)nauwelijks in het panel vertegenwoordigd zullen zijn. Gegeven dit feit kunnen naast het consumentenpanel (dat jaarlijks minimaal één keer benaderd wordt) tevens peilingen worden gehouden onder -steeds wisselende- specifieke groepen consumenten.
Het project heeft in principe een continu karakter, waarbij na elke drie jaar voortzetting en structuur opnieuw bezien zullen worden. In de eerste peiling wordt een inventarisatie gemaakt van wensen en ervaringen van consumenten met betrekking tot kraamzorg. Specifieke aandacht zal daarbij uitgaan naar de ervaring met flexibele kraamzorg. Voor de daarop volgende peilingen wordt gedacht aan de onderwerpen patiëntenrechten en bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg.

PSH 87.01a **Hulpzoeken bij psychosociale problemen**
Financier : NIVEL, AFBZ
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: Analyse rapportage.
Uitvoering : Mw. Drs. M. Tijhuis, 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 arts-patiënt interactie- gegevens over de patiënten zelf. De klassiek psychiatrische-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 geïntroduceerde 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 ondermeer noodzakelijk gegevens te verzamelen ten aanzien van de vraag óf en zo ja hoe de patiënt klachten als een psychosociaal probleem definieert (de 'subjectieve' mor-

biditeit), de patiënt zijn probleem als behandelbaar door een professional definieert, welk soort instantie (huisarts, GGZ) de patiënt 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 proto-professionalisering:

a. relatief eerder (en/of meer) rechtstreeks (zonder tussenkomst van een verwijzer zoals de huisarts) contact opnemen met een GGZ-voorziening;
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 gesprekmatige (en minder vaak 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 zijn 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 88.01 **Vragen over AIDS**

Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1990: Tussentijdse rapportage en materiaalverzameling
Uitvoering	: Drs. L. Peters, Drs. M. Moons
Afronding	: Continu project

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) 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 gegevensverzameling is een beroep gedaan op de huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (zie PEIL 84.01). De huisartsen registreren vanaf 1 januari 1988 elk consult waarbij (vragen over) AIDS aan de orde komt met betrekking tot (nog) niet seropositief gebleken patiënten en vullen vanaf 1 april 1988, per geregistreerd consult, een enquêteformulier in.

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

Financier : NIVEL + ?

Status : Start uitvoering. Activiteiten 1990: Literatuurstudie, review-artikel, onderzoeksvoorstel.

Uitvoering : Drs. M. Moons, bij uitvoering hoofdproject N.N.

Afronding : Vooronderzoek 1990, hoofdonderzoek ?

Het overheidsbeleid, gericht op versterking van de eerste lijn onder gelijktijdige terugdringing van specialistische zorg, heeft nog weinig 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 'zo veel 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 eerste lijn versus het centraal stellen van de

(mondigheid, verantwoordelijkheid, behoeften van de) patiënt - verdient nader aandacht.
De vraag hoe een niet-noodzakelijke gang naar de specialist voorkomen kan worden is het - uiteindelijke - doel van dit project.
In 1990 zal, bij wijze van vooronderzoek, een literatuurstudie uitgevoerd worden naar de relatie "mondigheid en tweedelijnsgerichtheid", waarvan verslag zal worden gedaan in een reviewartikel. Deze studie zal tevens de basis vormen van een in hetzelfde jaar te schrijven onderzoeksvoorstel voor een hoofdproject.

VRA 89.02 **Huisarts en AIDS**
Financier : WVC (?), Consumentenbond.
Status : Subsidie aangevraagd via PccAo. Activiteiten 1990: Bij subsidietoekenning materiaalverzameling.
Uitvoering : N.N., onder leiding van Drs. L. Peters

De huisarts wordt binnen een tweesporenbeleid een centrale positie toebedacht bij de preventie van AIDS en de hulpverlening aan personen met HIV-gerelateerde problematiek. Een deel van de hulpvraag op dit gebied gaat echter voorbij aan de huisarts. De haalbaarheid en de invulling van de beleidsvoornemens vereist gegevens over de opvattingen van zowel huisartsen als van personen met dergelijke problemen. Momenteel zijn dergelijke gegevens over de Nederlandse situatie niet voorhanden.
Een vooronderzoek zal uitgevoerd worden in samenwerking met de Consumentenbond. Via een oproepmethode (in de Consumentengids en dagbladen) zullen mensen met HIV-gerelateerde problematiek die hun huisarts hierover geconsulteerd hebben o.a. verzocht worden hun ervaringen te beschrijven. Door de gekozen methode zal dit onderzoek vooral gegevens opleveren over slechte ervaringen. Deze gegevens zullen gebruikt worden bij de opstelling van de patiëntenenquête die deel zal uitmaken van het hier voorgestelde onderzoek.
De vraagstellingen hebben betrekking op:
a. huidige taakopvattingen, de (feitelijke en gewenste) hulpverleningspraktijk en de (feitelijke en gewenste) informatie en ondersteuning van huisartsen.

b. een verklaring van verschillen tussen huisartsen wat betreft (taak)opvattingen.
c. de vraag in welke mate huisartsen van personen die zich anoniem laten testen hiervan op de hoogte zijn en zo nee, welke beweegredenen deze personen hiervoor aanvoeren.

Deze vragen zullen beantwoord worden door middel van een schriftelijke enquête onder 1000 huisartsen, een schriftelijke enquête onder in totaal 900 aanvragers van een HIV-test bij 15 Anti-HIV testplaatsen en een secondaire analyse op basis van bestaande survey gegevens van circa 12.000 Nederlanders, die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie.

VRA 89.03 **Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers**

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: Opzet en start experiment.
Uitvoering : Drs. J. Visser, onder leiding van Drs. L. Peters.
Afronding : 1993.

In het kader van het project 'Samenwerking reguliere en alternatieve genezers is in 1988 een haalbaarheidsstudie afgerond waarin de mogelijkheden tot oprichting van experimentele samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en alternatieve genezers onderzocht zijn. Op basis van deze studie is geconcludeerd dat huisartsen, alternatieve genezers, patiënten en ziektekostenverzekeraars de opzet van dergelijke experimenten ondersteunen. In twee consensusconferenties is overeenstemming bereikt over het doel van de experimenten (namelijk het verbeteren van de communicatie, het afstemmen van zorg, het vermijden van tegenstrijdige interventies en het ontwikkelen van verwijscriteria), de daarbij in acht te nemen condities, en de setting van de experimenten (namelijk in een ziekenfondsregio en binnen enkele gezondheidscentra).
Dit project vormt de voortzetting van deze haalbaarheidsstudie: de opzet van de experimenten en het uitvoeren van evaluatieonderzoek om de realisering van de doelstellingen te toetsen.

NIEUW

VRA 90.01 **Onderzoek naar substitutie effecten van alternatieve geneeswijzen**

Financier : WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: uitvoering en rapportage

Uitvoering : Drs. L. Peters

De vraag naar de effecten van het opnemen van alternatieve geneeswijzen in de pakketten van de ziektekostenverzekeringen, kan niet beantwoord worden in één groot, op substitutie-effecten gericht onderzoek. Een programma van met elkaar samenhangende deelonderzoeken is de aangewezen weg. In het onderhavige project wordt een dergelijk programma geformuleerd en op haalbaarheid onderzocht, met speciale aandacht van de coördinatie van het onderzoek. De volgende vragen dienen beantwoord te worden:

a. Welke onderzoeken zijn nodig ter beantwoording van de vraag of alternatieve zorg substituerend werkt ten opzichte van reguliere zorg?
b. Welke programmering en coördinatie dient plaats te vinden om te bewerkstelligen dat de te verrichten onderzoeken zowel afzonderlijk als tezamen voldoen aan hoge eisen van kwaliteit, doelmatigheid en doeltreffendheid?

NIEUW

VRA 90.02 **The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure**

Financier : EEG, WVC (?)

Status : In afwachting van subsidie; activiteiten 1990: start materiaalverzameling

Uitvoering : Drs. J. Visser

Op grond van de resultaten van een in juni 1989 door het NIVEL georganiseerde Europese workshop over alternatieve geneeswijzen heeft het NIVEL, in samenwerking met de Belgische Verbruikersunie en de Universiteit van Sheffield (UK), een voorstel geschreven voor Europees onderzoek op dit terrein. Het onderzoek zal voor een deel worden gefinancierd

uit geld dat door de EEG beschikbaar gesteld is voor 'concerted action', dat wil zeggen gemeenschappelijk onderzoek zowel op medisch terrein als op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek.
Het doel van het voorgestelde onderzoek is het ontwikkelen en uittesten (in tien Europese landen) van twee meetinstrumenten voor het gedrag van consumenten ten aanzien van alternatieve geneeswijzen. Met het eerste instrument zal een globaal beeld verkregen kunnen worden van de omvang van het gebruik van alternatieve geneeswijzen in de deelnemende landen. Met het tweede zullen vragen beantwoord kunnen worden naar de achtergrond van bezoekers van alternatieve genezers en de motieven voor hun bezoek, hun medische consumptie, de kosten die aan de bezoeken aan alternatieve genezers zijn verbonden en de mate waarin zij tevreden zijn over de behandeling.
Het voorstel is in augustus 1989 aan de EEG voorgelegd; in november 1989 zal over het doorgaan ervan worden besloten. Het project zal, na goedkeuring, in het voorjaar van 1990 beginnen en lopen tot 1 januari 1992.

Pro memorie
Ook in enkele andere hoofdstukken van het werkplan staan projecten vermeld over het thema hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn:

SAM 90.05 Thuiszorg in Almere
Dit deelproject van de Evaluatie van de Almeerse gezondheidszorg onderzoekt de thuiszorg van patiënten met een opname-indicatie (zie 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 (na)zorg (hoofdstuk 7).

NAT 87.12 Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg

In de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is een grootscheepse bevolkingsenquête gehouden (12.000 interviews) waarin onder andere is ingegaan op de relaties tussen professionele zorg, mantelzorg en zelfzorg (hoofdstuk 7).

PMED 90.05 Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg

De bevolkingsenquête van de Nationale Studie biedt de mogelijkheid de achtergronden van het gebruik van fysiotherapeutische zorg te onderzoeken.

WIJK 90.04 De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek

Uitwerking van het in 1989 afgeronde vooronderzoek.

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

11.1. Inleiding

De automatisering van de bibliotheek en documentatie is grotendeels afgerond, waardoor de komende jaren weer meer ruimte ontstaat voor produktieve activiteiten, zoals het vervaardigen van literatuurlijsten "op maat" en de NIVEL-bibliografieën. Ook de afronding van de trefwoordenlijst "Eerstelijns(gezondheids)zorg", waaraan het afgelopen jaar niet gewerkt kon worden, zal met hernieuwde energie ter hand worden genomen. Een blijvend punt van aandacht vormt de collectievorming van de bibliotheek door o.a. de verschuivingen binnen het onderzoeksterrein van het NIVEL.
In 1990-1991 zal gezocht worden naar een nauwere samenwerking met de bibliotheken waaraan de NIVEL-bibliotheek reeds gelieerd is door de gezamenlijke automatisering (NcGv, LCD-GVO), waardoor het mogelijk wordt informatie te putten uit de verschillende catalogi. Ook op het gebied van de registratie van lopend wetenschappelijk onderzoek zal samenwerking gezocht en geconsolideerd worden. Voorts zal in de komende jaren gewerkt worden aan een grotere naamsbekendheid van de bibliothecaire en documentaire activiteiten van het NIVEL.
De overige activiteiten van de bibliotheek en documentatie, zoals de uitlening, de informatievoorziening, en het uitgeven van aanwinstenlijsten en dergelijke, zullen gecontinueerd worden.

In vergelijking met het vorige werkplan is het volgende onderdeel vervallen:

Literatuuronderzoek
BIDOC 87.03 Leefstijl en gezondheidsgedrag
Het onderwerp zal in de vorm van een bibliografie gepubliceerd worden.

BIDOC 86.01 Automatisering bibliotheek en samenwerking GVO, NcGv

Project is afgerond.

BIDOC 88.02 Registratie projecten ter verbetering relatie eerste-tweede lijn

Is in gewijzigde vorm opgenomen als ROS 90.01.

11.2. Documentatie

In aansluiting op de invoer van de nu uit meer dan 25.000 titels bestaande catalogus wordt gewerkt aan de toevoeging van referaten bij de betreffende artikelen, waardoor de catalogus, maar ook de aangevraagde literatuurlijsten aan kwaliteit zullen winnen. De invoer van referaten zal een structureel onderdeel gaan vormen van de documentatie-activiteiten van de bibliotheek.
Wat de bibliografieën betreft zal in eerste instantie een achterstand ingehaald moeten worden. Daarnaast zal er in 1990 een zestal nieuwe titels verschijnen:

- Taakafbakening huisarts-specialist
- Aids en de huisarts
- Leefstijl
- Ouderen; een up-date van de uitgave van 1986
- Particuliere thuisverpleging en gezinszorg
- Patiëntenrechten: up-date van de uitgave van 1988

Voor 1991 bestaat het voornemen een engelstalige bibliografie over euthanasie samen te stellen.

Uitvoering : Drs. C. van Campen, Drs. P. van der Heijden, Drs. J.A.J. Kuijlen, Mw. Drs. A.K. de Leeuw, N.N.

Trefwoordenlijst "Eerstelijns(gezondheids)zorg"
BIDOC 89.01
Financier : NIVEL
Status : Activiteiten 1990/1991: Afronding
Uitvoering : Mw. Drs. A.K. de Leeuw

Voor snel en efficiënt zoeken in een geautomatiseerde database is een trefwoordenlijst (thesaurus) onontbeerlijk. In Nederland is, voor zover bekend, geen goede thesaurus op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg voor handen. Daarom is binnen de bibliotheek in de loop van de laatste jaren een dergelijke lijst samengesteld. Deze, reeds ingeburgerde trefwoordenlijst "Eerstelijns(gezondheids)zorg" van het NIVEL, zal gedurende de komende jaren gestructureerd en bijgeschaafd moeten worden. Het "bijschaven" zal een blijvend onderdeel vormen van de werkzaamheden van de bibliotheek en documentatie.

NIEUW
BIDOC 90.01 Documentatiepakket Nederlandse gezondheidszorg
Status : Activiteiten in 1990: opzet en uitvoering
Uitvoering : Mw. Drs. A.K. de Leeuw, N.N.

Bij de toenemende internationale contacten tussen onderzoekers en onderzoeksinstellingen blijkt telkens weer hoe lastig het is om recente en relevante basisinformatie over de Nederlandse gezondheidszorg en sociale zekerheid in de Engelse taal bijeen te krijgen. Het onderhavig project heeft als doel om een dergelijk informatiepakket samen te stellen en up to date te houden.
In eerste instantie zal het gaan om bestaande Engelstalige informatie en vertaalde Nederlandstalige informatie, voorzien van een beknopte inleiding. Het is niet uitgesloten dat het documentatiepakket zich zal ontwikkelen tot een eigen Engelstalige basispublicatie over de Nederlandse gezondheidszorg.

11.3. Collectievorming

De voorgaande jaren heeft er binnen de bibliotheek, in aansluiting op algemene tendensen, een verschuiving plaats gevonden t.a.v. aandachtsgebieden binnen de gezondheidszorg. Meer aandacht voor kwaliteit van de zorg, en epidemiologische aspecten en minder aandacht voor een structureel aspect van de gezondheidszorg als "samenwerking". Deze tendens zal zich in de jaren 1990-1991 voortzetten. In aansluiting hierop is begonnen met de opzet van een aparte categorie "Statistische Data": boeken en rapporten die voornamelijk bestaan uit statistische data. Daarnaast wordt ook bij het toegankelijk maken van de literatuur gelet op dergelijke gegevens. Aanvullende informatie wordt vergaard via relevante bibliotheken.

11.4. Projecten

BIDOC 88.01 **Registratie Wetenschappelijk Onderzoek**
Financier : WVC
Status : Continue activiteit. Activiteiten 1990: Jaarlijks overzicht.
Uitvoering : Mw. E. Becht-Melai en Mw. Drs. A.K. de Leeuw.

In het registratiesysteem van lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn wordt voor elk onderzoek een serie gegevens verzameld over mankracht en middelen, inhoud en onderzoeksmethoden 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.
De gegevens van de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek zijn opgeslagen in de NIVEL-bibliotheek-database, waardoor het mogelijk is om op de hoogte gehouden te worden van de actuele stand van zaken op het gebied van lopend wetenschappelijk onderzoek en de daaruit voortvloeiende publikaties. Ook aan de hand van deze database kunnen uitdraaien gemaakt, eventueel aangevuld met gegevens uit de bibliotheekcatalogus

Samenwerking met andere instellingen die ook registreren is belangrijk geworden om, waar mogelijk, dubbele dataverzameling te voorkomen. Om deze samenwerking te verbeteren of te bewerkstelligen zal contact gezocht worden met de bedoelde instellingen.

12. OVERIGE ACTIVITEITEN

12.1. Inleiding

Onder 'overige activiteiten' vallen zaken met een meer algemeen karakter, die niet goed bij een van de vorige (thematische) hoofdstukken ondergebracht kunnen worden zoals congressen, symposia of overzichtsstudies. Bij de officiële start van het NIVEL in 1985 is een overzichtsstudie gepubliceerd van onderzoek op het gebied van de eerste lijn in Nederland. Bij publikatie van deze studie is al vastgesteld dat een herhaling ervan in een of andere vorm aanbeveling verdient. Ook is vastgesteld dat beperking tot Nederlands onderzoek waarvoor bij de eerste overzichtsstudie gekozen is, bij een nieuwe versie heroverwogen zal moeten worden. Voorgesteld wordt nu om een meer internationaal gerichte overzichtsstudie te maken, die bestaat uit review-artikelen die elk afzonderlijk ter publikatie aangeboden worden aan internationale tijdschriften. Dit past in het beleid van het NIVEL om naast de meer veld- en beleidsgerichte produkten van concrete onderzoeken ook het niveau van de afzonderlijke onderzoeken overschrijdende, internationale publikaties te maken.

In de inleiding van het werkplan is kort gerefereerd aan de ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteitsbewaking en -beoordeling van het gezondheidszorgonderzoek. In het kader van het 4-instituten overleg - het geïnstitutionaliseer - de overleg tussen NIVEL, NZI, NcGv en NIPG - is een ontwerp gemaakt van een protocol voor kwaliteitstoetsing. In het komende jaar zal dit ontwerp verder uitgewerkt worden.

Het volgende project van het vorige werkplan is vervallen:

ALG 89.05 Evaluatie zorgvernieuwingsprojecten
Gebleken is dat het beschikbaar budget van de evaluatie van zorgvernieuwingsprojecten kleiner is dan aanvankelijk gedacht was. Wel zal de jaarlijkse conferentie over zorgvernieuwingsprojecten door het NIVEL georganiseerd worden.

12.2. Projecten

ALG 88.03 **Scenarioproject eerstelijnszorg**

Financier : Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, WVC

Status : In uitvoering: activiteiten in 1990: Delphi-ronde, trend-extrapolaties, opstellen en doorrekenen alternatieve organisatiescenario's

Uitvoering : Dr. H.J. Wennink, Drs. S.E. Kooiker, Dr. D. de Bakker

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 gedefinieerd 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 zullen leiden.

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) entameert scenarioprojecten in Nederland. Deze scenarioprojecten kunnen betrekking hebben op ziektecategorieën en op zorgsectoren. Het NIVEL heeft opdracht gekregen om een zorgsectorscenarioproject uit te voeren op het terrein van de eerstelijnszorg. Het centrale thema in dit scenarioproject is thuiszorg. Binnen het onderzoek kunnen twee deelstudies worden onderscheiden. In de trendstudie is de aandacht gericht op het analyseren van trends in het gebruik van de huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk door verschillende bevolkingscategorieën op basis van landelijke surveys die de afgelopen 15 jaar hebben plaatsgevonden. In de meer kwalitatief gerichte zorgstudie wordt de benodigde zorg voor specifieke patiëntencategorieën geanalyseerd. Daarbij gaat het om de CARA, hart- en vaatziekten, beperkingen van het bewegingsapparaat, geriatrische syndromen, diabetes en kanker. Voor deze ziektecategorieën wordt de benodigde zorg in functionele termen vastgesteld (behandelen, verplegen, verzorgen, begeleiden en revalideren).

Bij beide studies wordt op basis van trendextrapolaties en een Delphironde onder externe deskundigen schattingen gemaakt van het zorggebruik in de toekomst. Tenslotte wordt voor enkele organisatievarianten

nagegaan in hoeverre en onder welke condities het mogelijk is de op grond van de geleverde schattingen benodigde zorg te leveren.
In 1989 is gewerkt aan de operationalisering van het basismodel, de trendstudie en de zorgstudie. Voor 1990 staan de extrapolaties naar de toekomst op het programma, alsmede het doorrekenen van alternatieve organisatiescenario's.
In vergelijking met het voorgaande jaar heeft het project een wijziging ondergaan. In tegenstelling tot wat oorspronkelijk was gepland is de discipline fysiotherapie cq de functie revalidatie in het project opgenomen. De hiervoor benodigde extra onderzoekscapaciteit is gefinancierd door het ministerie van WVC.

ALG 89.04 **Het meten van kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg**

Financier : WVC (?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: voorbereiden pilotstudie
Uitvoering : J. van der Velden, arts

Dit project (of wellicht meerdere projecten) is een vervolg op de in 1988 afgesloten literatuurstudie 'Kwaliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg'. In die studie werd naar meetinstrumenten gezocht die de kwaliteit van de zorgverlening door huisartsen, wijkverpleegkundigen en verloskundigen kunnen vaststellen (quality assessment). Uit deze studies komt het beeld naar voren dat een onderzoek naar kwaliteit in ieder geval aspecten van de zorgverlening zelf (proces) en het resultaat daarvan (outcome) moet bevatten. Kant en klare meetinstrumenten die in de Nederlandse situatie toegepast kunnen worden, zijn nauwelijks beschikbaar. Het meest veelbelovend lijkt onderzoek dat zich toespitst op één of meer aandoeningen, waarvan het hulpverleningsproces wordt geëvalueerd aan de hand van aanvaarde normen (standaarden).
Er zal een pilot-studie voorbereid worden om na te gaan in hoeverre de gegevens van de Nationale Studie gebruikt kunnen worden om de vraag te beantwoorden in hoeverre het feitelijke handelen van huisartsen overeenkomt met elders ontwikkelde standaarden (bijvoorbeeld door het NHG)

en hoe de eventuele discrepantie tussen feitelijk handelen en standaard verklaard kan worden.

WHO ALG 88.01 Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg

Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: afwerking publikaties; redactie van een speciaal nummer van Social Science and Medicine
Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

In het voorjaar van 1989 heeft de internationale conferentie - met veel succes - plaatsgevonden. In 1990 wordt nog enige tijd besteed aan de publikatie van de voordrachten over de organisatie van de extramurale verpleging in een aantal landen en aan het te verschijnen themanummer van Social Science and Medicine.

ALG 88.02 Symposium onderzoek wijkverpleegkunde

Financier : NIVEL
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: organisatie van het symposium
Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

Nu eind 1989 het nationale onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (WIJK 87.01) is afgesloten, verdient het aanbeveling de resultaten te bespreken in de kring van wijkziekenverzorgenden, wijkverpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen (het 'veld').
In 1990 zal hiertoe een symposium worden georganiseerd, deelname vanuit het 'veld' staat hierbij voorop.

ALG 89.01 **NIVEL lustrum-congres: Doctors at work**

Financier : NIVEL/WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: organisatie van het congres

Uitvoering : Congrescommissie (Dr. P.F.M. Verhaak, Dr. H.J. Wennink, Mw. Drs. J.M. Bensing, J. van der Velden, arts)

Het symposium wordt begin 1990 gehouden, parallel aan de officiële afronding van de Nationale Studie. Congresthema's zijn:

1. Relatie eerste- en tweedelijn, verwijzen, nazorg;
2. Morbiditeit;
3. Risicogroepen en sociale ongelijkheid;
4. De patiënt: zelfzorg en mantelzorg;
5. Interdoktervariantie;
6. Psychosociale problematiek.

Voor elk van deze thema's zijn buitenlandse en Nederlandse sprekers uitgenodigd en wordt door medewerkers van het NIVEL een voordracht op basis van gegevens van de Nationale Studie gehouden.
Het tijdschrift Social Science and Medicine heeft verzocht een themanummer voor te bereiden.

ALG 89.02 **Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn**

Financier : NIVEL

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1990: schrijven overzichtsartikelen

Uitvoering : De projectleiders van het NIVEL; coördinatie: Dr. P.P. Groenewegen en Prof. Dr. J. van der Zee

De overzichtsstudie wordt op een andere wijze opgezet dan de eerste studie. Er is gekozen voor overzichtsartikelen van de internationale literatuur die aan diverse tijdschriften zullen worden aangeboden. Eind 1990 zal bezien worden in hoeverre bundeling van de review-artikelen mogelijk is. Per themagebied zal aangegeven worden welke overzichtsartikelen gepland zijn:

- Internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen: Overzicht van de honorering van hulpverleners en het inkomen van huisartsen (zie INT 85.02).
- Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg: Nazorg voor uit het ziekenhuis ontslagen patiënten.
- Eerste lijn en GGZ: Arts-patiënt-communicatie (is in concept gereed).
- Samenwerking en samenhang in de eerste lijn: Planning en regionalisering van de gezondheidszorg in verband met het 'district concept' (SAM 89.02).
- Volume- en functie-aanbod: Manpowerplanning in de gezondheidszorg (VFA 89.01).
- Vraag-aanbod-relaties in de ELGZ: De werkbelasting van huisartsen (is in concept gereed).
- Paramedische beroepen: Pijn bij arthrose (PMED 89.06).
- Extramurale verpleging: Overzicht van onderzoek op het gebied van extramurale verpleging (ALG 88.01).
- Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn: Mondigheid en tweedelijnsgerichtheid (VRA 88.02).

ALG 89.03 **Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg**

Financier : WVC

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: uitvoering conferentie en voorbereiding volgende conferentie

Uitvoering : Dr. D. de Bakker

In het kader van de stapsgewijze invoering van de plannen van de commissie Dekker en het regeringsstandpunt daarover is de mogelijkheid aanwezig op regionaal niveau te experimenteren met zorgvernieuwing door functionele regionalisatie en afstemming. Het doel van de werkconferentie is tot de keuze van een aantal zinvolle projecten te komen en daarvoor steun te verwerven in overleg met het veld, gebruikers van zorg en beleid. De conferentie zal begin 1990 plaatsvinden.

NIEUW

ALG 90.01 **Internationale Conferentie over Primary Care Obstetrics**

Financier : ?

Status : In uitvoering. Activiteiten 1990: voorbereiding van de conferentie

Uitvoering : Dr. L. Hingstman

In Nederland vindt bijna 35% van alle bevallingen thuis plaats. Hiermee neemt Nederland, vergeleken met de meeste geïndustrialiseerde landen, een tamelijk unieke positie in. In de meeste landen is het bevallen weliswaar grotendeels een tweedelijnsgebeuren, maar tal van aspecten van de verloskundige zorg vinden veelal in de eerste lijn plaats (bijvoorbeeld prenataal onderzoek, zwangerschapsbegeleiding en dergelijke). Een internationale conferentie over de eerstelijnsverloskundige zorg, waarin onder andere de organisatie van deze zorg in verschillende landen wordt belicht, alsmede resultaten van de verschillende verloskundige organisatie-vormen biedt een goede mogelijkheid om inzicht te krijgen in de stand van zaken in de verschillende landen. Tevens biedt de conferentie de mogelijkheid om een aantal onderzoeken van het NIVEL voor een breder voetlicht te plaatsen.
In 1990 zal de 'call for papers' uitgaan, terwijl contact gezocht zal worden met een internationaal tijdschrift om de papers voor deze conferentie te publiceren.

ALG 90.02 **Symposium Psychiatrie in de eerstelijn**

Financier : self-supporting uit inschrijfgelden en sponsoring

Status : voorbereiding: najaar 1989-zomer 1990; uitvoering najaar 1990

Uitvoering : Drs. Ph. Berendonk (NIVEL) in samenwerking met Dr. J.A. Jenner (NVP/Sectie Sociale Psychiatrie)

In samenwerking met de Sectie Sociale Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal het jaarlijks symposium van deze sectie georganiseerd worden rond het thema Psychiatrie in de eerstelijn.

Het ligt in de bedoeling om op deze dag een aantal lezingen en workshops te organiseren rond het thema: wat kunnen psychiatrie en huisarts elkaar leren? Naast inhoudelijke zaken zal er ook aandacht zijn voor organisatorische oplossingen die in diverse regio's zijn uitgeprobeerd om de kloof tussen generalistische en specialistische zorg te dichten.

NIEUW

ALG 90.03	**Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1990: uitwerking van het protocol en eerste proeftoetsing
Uitvoering	: Dr. P.P. Groenewegen, Prof. Dr. J. van der Zee, in samenwerking met NcGv, NIPG en NZI

In aansluiting op de discussies over de toetsing van de kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek is in 1989 door het vier-instituten overleg een ontwerp gepubliceerd van een protocol voor kwaliteitstoetsing. In 1990 zal dit ontwerp verder uitgewerkt worden en op proef uitgetest worden.

13. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST MEDEWERKERS

13.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1990

Leden	
Drs. Cl. Olthof	Voorzitter
Drs. R.W. Lubbers	Secretaris
Mr. J.J. Reijerkerk	Penningmeester
	Voorgedragen door:
H.A.M. Staring, arts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Drs. F.H. Werkman	Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen
Mr. R.J. Hofman	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
Mw. Drs. M.G. Andela	Consumentenbond
Dr. V.C.M.L. Tielens	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof. dr. J.C. van Es	Staf NIVEL
Prof. dr. H. Philipsen	Staf NIVEL
Prof. dr. P.A. Vroon	Staf NIVEL
Vacature	Gehandicaptenraad
Vacature	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
Vacature	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
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	ENTE Eibergen (Stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening)
Ir. G.L. Polderman	Centrale Raad voor de Gezinsverzorging

Drs. W.G.W. Boerma	Ondernemingsraad NIVEL
Drs. P. Vlug	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
M.M.J. van Campen, arts	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

13.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1990

Leiding

001	Directeur	Mw. Drs. J.M. Bensing
002	Waarnemend directeur	Prof. Dr. J. van der Zee
003	Hoofd Algemene Zaken	T.J.M. de Jong
004	Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek	Dr. P.P. Groenewegen
005	Adjunct-Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek	Dr. P.F.M. Verhaak
006	Management-assistent	Drs. M.E.M.G. Evers
007	Adviseur automatisering	Drs. A.J. ten Hoopen
008	Wetenschappelijk assistent directeur	Mw. Ir. J.M. Bosman
009	Wetenschappelijk assistent hoofd WO	Drs. A.B.M. Gloerich
010	Wetenschappelijk assitent adjunct-hoofd WO	Drs. W.J.G. Uunk
011	Wetenschapsjournalist	G.W. Olthof
012	Medewerker publiciteit en vormgeving	Mw. M.M. Cornelius
013	Medewerker secretariaat PZ en hoofd AZ	Mw. J.D.M. Kerkhof
014	Medewerker secretariaat directeur	Mw. M. van Leeuwen
015	Medewerker secreatriaat (adjunct-)hoofd WO	Mw. J. van den Oever
016	Medewerker secretariaat publiciteit	Mw. J.A. Kroeze

017	Medewerker archief en secretariaat bestuur	Mw. M.W. Brouwer
018	Typiste directie secreatriaat	Mw. C. Ruiter

Onderzoek

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:

(002)	Projectleiders	Prof. Dr. J. van der Zee
(004)		Dr. P.P. Groenewegen
019	Assistent-Onderzoeker	R. van Haaften

Verandering honorering huisartsen in Kopenhagen:

020	Onderzoeker	Drs. H.A. Flierman

EEG-onderzoek verwijzingen huisarts:

(009)	Onderzoeker	Drs. A.B.M. Gloerich

Measurement, characterisation and control of ambulatory care in Europe (McAce):

021	Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma

Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg:

(021)	Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma

Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:

022	Projectleider	Drs. T.J.J.M.T. Kersten
023	Medewerker secretariaat	Mw. M. Hol

Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in de polikliniek:

024	Onderzoeker	Mw. Drs. J. Chatab
025	Arts/onderzoeker	Dr. G.A.H. Berghs

Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering:

026	Onderzoeker	L.J. Stokx, arts

Evaluatie project samenwerking 1e-2e lijn VU:

027	Onderzoeker	Dr. D. Wijkel

Combinatie inzichten huisartsenhonorering:

028	Onderzoeker	Mw. Drs. D.M. Delnoy

Themagebied Eerste lijn en GGZ:

(005)	Projectleider	Dr. P.F.M. Verhaak
(001)	Onderzoeker	Mw. Drs. J.M. Bensing
029	Beheerder videotheek	Drs. Ph. M. Beerendonk

Presentatie en beloop psychische problemen in de huisartspraktijk:

030	Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis

AMW en RIAGG verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze:

031	Onderzoeker	Dr. Ir. R.D. Friele

Themagebied Samenwerking en samenhang in de eerste lijn:

032	Projectleider	Dr. D.H. de Bakker
033	Medewerker secretariaat	Mw. M. Zweije

Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden:

034	Onderzoeker	N.N.
035	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M.A. Hessels
036	Medewerker secretariaat	Mw. H.C. van Dijk

Scenario-onderzoek eerstelijnszorg (incl. Fysiotherapie):

037	Onderzoeker	Dr. H.J. Wennink
038	Onderzoeker	Drs. S.E. Kooiker

Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere
Thuiszorg in Almere:

039	Onderzoeker	Drs. H.J.M. Sixma

Wijkverpleegkundige zorg in Almere: de zorgbehoefte bij ouderen:

040	Assitent-onderzoeker	Mw. Drs. van den Brink-Muinen

Evalautie structuur deskundigheidsbevordering en ondersteuning huisartsen:

(028)	Onderzoeker	Mw. Drs. D.M.J. Delnoy

Registratie Innovatieve Projecten:

(035)	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M.A. Hessels

Themagebied Volume- en functie-aanbod:

041	Projectleider	Dr. L. Hingstman
042	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken

Registratie Beroepsbeoefenaren en de ELGZ/Registratie fysyiotherapeuten:

043	Wetenschappelijk assistent	Drs. J. Pool
044	Coördinator Registratie-systemen	Mw. Drs. E.T. Wismeijer
045	Administratief Medewerker	A.F. Scheepmaker
046	Administratief Medeweker	Mw. J.E.M. van Rooijen

Funtie-aanbod in de eerstelijns fysiotherapie:

047	Onderzoeker	Dr. H.V. Kool van Langenberghe

Evalautie invoering indicatielijst verloskunde:

048	Onderzoeker	Mw. Drs. J.A. Riteco

Themagebied Vraag/aanbod relaties in de huisartspraktijk:

049	Projectleider	Mw. Dr. M.M.E. Foets
050	Medewerker secretariaat	Mw. I.M. Karamat Ali

Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:

051	Projectleider	J. van der Velden, arts
052	Arts-onderzoeker	F. Schellevis, arts
053	Arts-onderzoeker	Mw. Drs. A.A.M.C. Claessens
054	Onderzoeker	Mw. Drs. G. Doornbos
055	Onderzoeker	Mw. I. Kruyt, arts
(039)	Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis
056	Systeem- en databankbeheerder	Drs. J.N.H.M. van Snellenberg
(044)	Research-medewerker	Mw. Drs. E.T. Wismeijer
057	Research-medewerker	J.V. Gravenstein
058	Research-medewerker	H.P.H. Abrahamse
059	Veldwerker	G.P.J.M. Konings
060	Veldwerker	Mw. A.C. Huisman
061	Veldwerker	Mw. M.A.P.E. Hageman

Sociale netwerken en gezondheid:

062	Onderzoeker	Vacature

Peilstations:

063	Arts-onderzoeker	A.I.M. Bartelds, arts
064	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Valen
065	Medewerker secretariaat	Mw. E.E. Colet

Themagebied Paramedische beroepen:

066	Projectleider	Dr. J. Dekker
(042)	Medewerker secratariaat	Mw. M. van Geelkerken

Patiëntenvoorlichting bij fysiotherapeuten:

067	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M. Sluijs
068	Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. I.M.J. Hermans
069	Assistent-onderzoeker	Mw. E.B. Kuijper

Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie:

070	Onderzoeker	Vacature
071	Consulent	Drs. E.Chr. Curfs, fysiotherapeut
072	Administratief medewerker	Mw. R. de Groot

Functie en plaats van oefentherapie Cesar, Mensendieck, podotherapie en ergotherapie (onder voorbehoud):

073	Onderzoeker	Vacature
074	Onderzoeker	Vacature

Themagebied Extramurale verpleging:

075	Projectleider	Mw. Dr. A. Kerkstra
076	Wetenschappelijk assistent	Drs.R. Verhey
(023)	Medewerker secretariaat	Mw. M. Hol

CARA-zorg voor kinderen:

077	Onderzoeker	Mw. Drs. Th. A. Wiegers

Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de ELGZ:

078	Projectleider	Drs. L. Peters
079	Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. M.A.W. Moons
080	Medewerker secretariaat	Mw. H.A.H. Neomagus

Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:

081	Onderzoeker	Drs. G.J. Visser

Substitutie effecten van alternatieve geneeswijzen:

(078)	Onderzoeker	Drs. L. Peters

Consumentenpanel:

082	Onderzoeker	Drs. J.J. Kerssens
083	Administratief medewerker	Vacature

Onderzoek algemeen:

084	Programmeur	P.W.A. Storck
085	Research-medewerker	Mw. M.A. Boschman
086	Research-medewerker	Mw. M.H. Duister
087	Research-medewerker	M. Winckers
088	Research-medewerker	Mw. P. Swords, BSc
089	Research-medewerker	J. Hoekstra
090	Research-medewerker	Vacature
091	Medewerker secretariaat	Mw. E. Zoer

Bibliotheek en documentatie:

092	Coördinator	Mw. Drs. A.K. de Leeuw
093	Bibliothecaris	Mw. I. de Garde
094	Documentalist	J.A.J. Kuylen
095	Medewerker bibliotheek en documentatie	Drs. P.M.J.R. van der Heijden
096	Medewerker classificatie en documentie	Drs. E.C.M. van Campen
097	Medewerker secretariaat	Mw. J.V. Luijpers
098	Typiste	Mw. R. Persuad

Registratie wetenschappelijk onderzoek:

099	Medewerker	Mw. E. Becht

Algemene dienst:

100	Assistent-administrateur	C.H. Franke
101	Medewerker F & A	C.P. Sap
102	Medewerker F & A	Mw. J.H. de Vlieger
103	Beheerder	B.H.J. Müller
104	Hoofd huishouding	Mw. L.M. Jurrius
105	Assistent Hoofd huishouding	Mw. M. Wind
106	Medewerker receptie/verzend-afdeling	Mw. C.M. Felperlaan
107	Medewerker receptie/verzend-afdeling	Mw. W. Smit
108	Medewerker receptie/beheer	W.L. Spruit
109	Schoonmaker	Mw. Th. Sieders
110	Schoonmaker	Mw. C. Drielinger