

## **WERKPLAN 1992-1993**

### **DEEL 1: HET WERKPLAN VAN HET NIVEL VOOR 1992/1993**

### **DEEL 2: OVERZICHT VAN ONDERZOEKSTHEMA'S EN PROJECTEN**

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL)

Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht

Bezoekadres: Drieharingstraat 6 - Utrecht

Telefoon : 030-319946

Telefax : 030-319290



# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	<b>5</b>
<b>DEEL 1: HET WERKPLAN VAN HET NIVEL VOOR 1992/1993</b>	<b>7</b>
<b>1. INLEIDING</b>	<b>9</b>
<b>2. ONTWIKKELINGEN IN MAATSCHAPPIJ EN BELEID</b>	<b>11</b>
<b>3. NIEUWE ELEMENTEN IN HET WERKPLAN</b>	<b>15</b>
<b>4. CONTINUÏTEIT IN HET WERKPLAN</b>	<b>19</b>
<b>DEEL 2: OVERZICHT VAN ONDERZOEKSTHEMA'S EN PROJECTEN</b>	<b>23</b>
<b>1. INLEIDING</b>	<b>25</b>
<b>2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG</b>	<b>27</b>
<b>3. THUISZORG EN SUBSTITUTIE</b>	<b>31</b>
3.1. Relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg	31
3.2. Verloskundige zorg	32
3.3. Extramurale verpleging	34
3.4. Technologische vernieuwingen in de thuiszorg	36
3.5. Uitwerking van het Programma Verpleeghuisonderzoek	38
<b>4. HULPVRAAG, HULPVERLENING EN FUNCTIONELE GEZONDHEID</b>	<b>41</b>
4.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn	41
4.2. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg	43
4.3. Paramedische beroepen	45

<b>5. VRAAG/AANBOD RELATIES EN SAMENHANG IN DE GEZOND- HEIDSZORG</b>	51
5.1. Vraag/aanbod relatie in de huisartspraktijk	51
5.2. Samenhang en samenwerking	54
5.3. Peilstations	57
<b>6. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE</b>	59
<b>7. OVERIGE ACTIVITEITEN</b>	63
<b>8. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST VAN MEDEWERKERS</b>	65
8.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1992	65
8.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1992	66

## VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1992/1993 van het NIVEL. Het werkplan is gedurende de afgelopen jaren, mede door groei van het aantal projecten, erg omvangrijk geworden. De soms erg gedetailleerde informatie op project-niveau bleek niet voor alle lezers van even groot belang. Daarom is ervoor gekozen het huidige werkplan in drie delen op te splitsen die van algemeen naar specifiek gaan. Het eerste deel is een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke en beleidsontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg. Verder wordt in dit deel ingegaan op nieuwe elementen in het werkplan en wordt een globale beschrijving gegeven van het onderzoek van het NIVEL.

Het tweede deel bevat een overzicht van de onderzoeksthema's van het NIVEL en een opsomming van alle lopende en voorgenomen projecten.

In het derde deel worden de projecten meer in detail besproken. Dit deel is in een afzonderlijke band bevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid. Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar.

Door deze opzet hopen wij dat de toegankelijkheid van het werkplan voor de lezer vergroot wordt.



**DEEL 1**  
**HET WERKPLAN VAN HET NIVEL VOOR 1992/1993**





## 1. INLEIDING

Een ingrijpende reorganisatie vindt plaats in de Nederlandse gezondheidszorg. We zullen daarop in het tweede hoofdstuk van dit deel, over maatschappelijke en beleidsontwikkelingen met betrekking tot de gezondheidszorg, ingaan. Deze reorganisatie van de gezondheidszorg heeft zowel consequenties op het gebied van concrete onderzoeksvoornemens van het NIVEL (hoofdstuk 3), als voor het onderzoeksterrein van het NIVEL als geheel.

### **Het onderzoeksterrein van het NIVEL**

Het onderzoeksterrein van het NIVEL is in sterke mate bepaald door de organisatie van de gezondheidszorg. Het onderzoek richt zich op de eerstelijnsgezondheidszorg in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De strakke indeling in echelons wordt meer en meer verlaten en vervangen door flexibelere structuren. Deze ontwikkeling uit zich vooral in veranderingen in de relaties tussen de klassieke echelons, maar ook binnen echelons veranderen de relaties tussen beroepsgroepen, bijvoorbeeld tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. Deze ontwikkeling vereist op den duur ook een aanpassing in de wijze waarop het onderzoeksterrein van het NIVEL omschreven wordt. Een eerste stap naar verbreding is dat in het werkplan de uitwerking van een onderzoeksprogramma op het gebied van de verpleeghuiszorg is opgenomen. Dit betreft een onderdeel van de gezondheidszorg dat sterke raakvlakken heeft met de thuiszorg.

### **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 gezondheidszorg. In een aantal gevallen heeft dat de vorm van in opdracht of op verzoek van derden opgestelde onderzoeksprogramma's; voorbeelden zijn recent ontwikkelde programma's op het gebied van verpleeghuiszorg, de paramedische beroepen, alternatieve geneeswijzen en technologische vernieuwing in de thuiszorg.

Voor een belangrijk deel is het programma echter ook geïnspireerd door een consultatieronde die we ter voorbereiding van dat programma hebben gehouden langs een 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 betrekkelijk geleidelijk tot stand komen. Over een langere periode bezien zijn zowel de verschuivingen als de continuïteit zeer goed zichtbaar.

## 2. ONTWIKKELINGEN IN MAATSCHAPPIJ EN BELEID

Het beleid met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg is het afgelopen decennium 180 graden gedraaid. Waar eerst ordening van de gezondheidszorg tot stand moest komen door gedetailleerde planning van voorzieningen, ligt nu de nadruk op de invoering van marktgerichte elementen en zelfregulering. Niet alleen op het gebied van de gezondheidszorg, maar ook binnen andere maatschappelijke sectoren en niet alleen in Nederland, maar ook in andere landen verschuift de rol van de overheid van een centrale ordenende rol naar toezicht op afstand.

Het verlaten van de planningsgedachte heeft behalve met deze algemene ontwikkeling te maken met een aantal voor de gezondheidszorg specifieke ontwikkelingen. De echelonnering van de gezondheidszorg, een hoeksteen van het beleid in het verleden, liet problemen op het grensgebied van generalistische en specialistische zorg voort bestaan, met name rond specifieke patiëntengroepen zoals chronische patiënten en nazorgpatiënten. Veranderingen in de samenstelling van de Nederlandse bevolking, de geleidelijke veroudering van de bevolking en de steeds kleinere samenlevingsverbanden, deden andere problemen aan het licht komen, met name op het terrein van de gezinsverzorging en de aansluiting tussen extramurale en intramurale zorg voor ouderen. In het onlangs afgesloten scenarioproject Eerstelijnszorg en thuiszorg zijn deze ontwikkelingen uitgebreid beschreven.

De planningsystematiek, zoals die uitgewerkt was in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, is ook in de praktijk problematisch gebleken in de integrale invoeringsgebieden. Daarin is op experimentele basis ervaring opgedaan met de planning van de gezondheidszorg. Overigens zou men de gezondheidszorg in Almere waarover al geruime tijd evaluatie-onderzoek door het NIVEL gedaan wordt, ook als een planningsexperiment kunnen beschouwen. Daar blijkt dat een werkbaar stelsel binnen de planningsgedachte wel degelijk mogelijk is.

Een opvallend verschil tussen de huidige situatie aan het beging van de stelselwijziging en de situatie voor de invoering van de WVG is dat indertijd voorzien was in een uitgebreide experimenteer-periode. Dat maakt evaluatie van het proces van invoering en van de effecten van de stelselwijziging in de gezondheidszorg des te belangrijker. Zoals uit het volgende hoofdstuk zal blijken ziet het NIVEL hier een taak voor zichzelf weggelegd.

## **De stelselwijziging**

De voorgenomen stelselwijziging van de gezondheidszorg zal de positie van patiënten, aanbieders van zorg en zorgverzekeraars en hun onderlinge relaties veranderen.

In het nieuwe verzekeringsstelsel zal het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten verdwijnen. De verzekering zal grotendeels uit een inkomensafhankelijke basisverzekering bestaan en uit een uit nominale premies gefinancierde aanvullende verzekering. Mogelijk zullen beperkingen aan de vraagkant ingevoerd worden door eigen bijdragen en een restitutiestelsel. De keuzemogelijkheden voor verzekerden zullen toenemen.

Tussen de aanbieders van zorg zal concurrentie ontstaan doordat verstrekkingen functioneel omschreven worden en niet langer gekoppeld zijn aan bestaande aanbieders of instellingen. Zo zijn functionele omschrijvingen voorbereid voor de functies verpleging en verzorging en voor algemene medische zorg. Hierdoor zullen de traditionele echelongrenzen minder strikt zijn en kunnen instellingen buiten de muren treden, met name op het gebied van de thuiszorg (daarover verderop meer). De honorering van huisartsen in het nieuwe stelsel staat nog steeds ter discussie. Het laatste restje van de WVG zal verdwijnen door intrekking van het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen.

Zorgverzekeraars zullen met elkaar moeten concurreren om de gunst van de patiënten door de nominale premie zo laag mogelijk te houden en door contracten met kwalitatief goede aanbieders van zorg te sluiten.

De feitelijke uitwerking van de stelselwijziging heeft nog tal van onduidelijkheden in zich. Wel is duidelijk dat een deel van het werk van het NIVEL gedurende de komende jaren betrekking zal hebben op beschrijving en evaluatie van de ontwikkelingen.

## **Eerste lijn en thuiszorg**

Deels vooruitlopend op en deels parallel aan de gedachtenvorming over de stelselwijziging heeft een verschuiving plaats gevonden van het concept 'eerste lijn' naar 'thuiszorg'. Dit is niet uitsluitend een terminologische verandering. De context van het eerstelijnsbegrip is een andere dan die van het begrip thuiszorg. Centrale gedachten achter het begrip eerste lijn zijn de generalistische aanpak (versus de gespecialiseerde aanpak in de hogere echelons) en de rechtstreekse toegankelijkheid (versus de toegankelijkheid via de verwijzing in de hogere echelons). Thuiszorg is eerder te zien in het kader van een tegenbeweging ten opzichte van de geïnstitutionaliseerde zorg. De ontwikkeling van thuiszorg kan gezien worden als een poging een aantal problemen op te lossen die het gevolg zijn van de scheiding tussen de echelons en die vooral gesitueerd zijn in de zorg voor chronische patiënten en de terugkeer van patiënten

uit de hogere echelons naar de eerste lijn en zelf- en mantelzorg. De tegenstelling tussen generalistische en specialistische zorg is daarbij van ondergeschikt belang.

Het is van belang deze verschillende context van beide begrippen in het oog te houden om te voorkomen dat een aantal belangrijke verworvenheden van de eerste lijn te niet gedaan worden. Voor het grootste deel van de bevolking blijft de eerste lijn het punt waar het eerste contact met professionele zorg van een generalistisch karakter plaatsvindt en waar besloten wordt over de noodzaak van verdere behandeling, zonodig van meer gespecialiseerde behandeling. Het idee van generalistische versus specialistische aanpak zal in de komende jaren door het NIVEL verder uitgewerkt worden in nadere studies en conferenties naar aanleiding daarvan. Bij het denken over het generalistische karakter van de zorg spelen de uitkomsten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk een belangrijke rol. Deze uitkomsten wijzen op het grote belang van comorbiditeit bij chronisch zieke patiënten; de huisarts is bij uitstek de hulpverlener die daarin inzicht heeft.

De discussie omtrent de positie van de huisarts heeft een nieuwe dimensie gekregen door de voorgenomen invoering van de functionele omschrijving voor huisartsenhulp. In combinatie met een grotere vrijheid voor verzekeraars en patiënten zou deze kunnen leiden tot geleidelijke uitholling van drie belangrijke kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg: de algemene medische zorg wordt geleverd door daartoe speciaal opgeleide hulpverleners; deze hulpverleners werken voor een vaste groep patiënten die voor langere tijd ingeschreven zijn bij dezelfde hulpverlener; specialistische medische zorg is alleen na verwijzing toegankelijk.

### **Kwaliteit van zorg**

Kwaliteit van zorg is een belangrijk thema van overleg tussen het veld (zowel beroepsbeoefenaren en hun organisaties, als patiënten en financiers) en de overheid. In twee conferenties die onder auspiciën van de KNMG georganiseerd zijn, zijn de belangrijkste lijnen uitgezet. In overeenstemming met het terugtrekend beleid van de overheid beperkt deze zijn rol tot het stellen van de kaders en randvoorwaarden. Opvallender is dat er overeenstemming lijkt te zijn over het feit dat kwaliteit van zorg vanuit verschillende perspectieven bekeken kan worden. De perspectieven van de gebruikers en van de hulpverleners staan daarbij centraal en de nadruk ligt minder sterk op uitsluitend de professionele definitie.

In het nieuwe stelsel van gezondheidszorg spelen contracten tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg een belangrijke rol. Bij het sluiten van contracten zullen verzekeraars oog moeten hebben voor beide perspectieven op de

kwaliteit van zorg. Het lijkt erop dat beide perspectieven, althans voor de huisartsenzorg, minder ver uiteenlopen dan wel verondersteld wordt. Onderzoek laat zien dat het populaire beeld van de patiënt die vooral een recept of een verwijskaart wil, op zijn minst nuancering behoeft.

Een belangrijk en nog niet opgelost probleem is op welke wijze zorgverzekeraars inzicht kunnen krijgen in de kwaliteit van de zorg van de aanbieders met wie zij contracten sluiten. De huidige ziekenfondsen zijn daartoe enigermate in staat bij de gratie van het feit dat zij regionaal werken. Hierdoor hebben zij voor het bij hen verzekerde deel van de bevolking inzicht in bepaalde aspecten van het handelen van de hulpverleners en instellingen met wie of waarmee zij overeenkomsten hebben. Op het moment dat zorgverzekeraars landelijk zouden gaan werken raakt dit inzicht echter dermate versnipperd dat monitoring van kwaliteit grote problemen zal gaan geven.

### **3. NIEUWE ELEMENTEN IN HET WERKPLAN**

De hiervoor beschreven ontwikkelingen hebben in brede zin gevolgen voor de wijze waarop door het NIVEL aangekeken wordt tegen het onderzoeksterrein; in meer specifieke zin hebben zij gevolgen voor concrete activiteiten die gezien kunnen worden in het licht van een evaluatie van de stelselwijziging, en voor activiteiten die een verbreding van het onderzoeksveld van het NIVEL inhouden.

#### **Verhouding tussen generalistische en specialistische zorg**

De positie van de huisarts en het eerstelijnsconcept zullen van belang blijven voor het onderzoekprogramma van het NIVEL. Dit neemt niet weg dat er verschuivingen optreden. Het wegvallen, verschuiven of vervagen van de grenzen tussen de echelons betekent voor een onderzoeksterrein als 'relaties tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg' dat de aandacht zal verschuiven van de formele overgangen tussen beide echelons (verwijzen en nazorg) naar de functionele relaties tussen generalistische en specialistische medische zorg. Ook onderzoek naar de inzet van specialistische expertise in de generalistische huisartsenzorg, zoals de bedoeling is in een project dat zich richt op verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek en in een project rond consultatie volgens het biopsychosociaal model, is bij deze verschuivingen zeer relevant.

De verhouding tussen generalisme en specialisme speelt niet alleen een rol in de discussies over de 'medische as' van huisarts en medisch specialist, maar ook binnen de verplegende en verzorgende beroepen en binnen de fysiotherapie. Op het gebied van de extramurale verpleging is onderzoek gestart naar horizontale en verticale functie-differentiatie, terwijl een onderzoek naar 'verbijzondering' in de fysiotherapie onlangs afgesloten is.

#### **Verhouding tussen de kernvoorzieningen**

Tussen de 'kernvoorzieningen' in de thuiszorg (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk) vinden verschuivingen plaats. De integratie van de kruisorganisaties en de gezinszorg biedt mogelijkheden om beter in te spelen op de zorgvraag. Voor het werkprogramma van het NIVEL betekent deze ontwikkeling dat onderzoek op het terrein van de gezinszorg - dat tot op heden om praktische redenen bijna geheel buiten ons aandachtsveld gebleven was - nu ook ter hand genomen zal worden.

De positie van het algemeen maatschappelijk werk in de gezondheidszorg verdient de komende jaren onderzoeksmatige aandacht. De decentralisatie van

de zeggenschap over het algemeen maatschappelijk werk naar de gemeenten, de van de overige disciplines afwijkende financieringswijze en de voorgenomen afbouw van de subsidies aan gezondheidscentra leiden tot de verwachting dat de positie van het algemeen maatschappelijk werk in de gezondheidszorg een marginale zal worden. Onder meer in het onderzoek rond home-teams zal daaraan aandacht worden besteed.

### **Evaluatie stelselwijziging**

Feitelijke veranderingen in de wet- en regelgeving gaan niet zo snel. 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 - echelonnering, 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 echelonneringsgedachte - 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 stelselwijziging van de gezondheidszorg vindt stapsgewijs plaats. Op 1 januari 1992 zijn de geneesmiddelen onder AWBZ gebracht; enkele andere voorgenomen stappen zijn voorlopig nog niet genomen.

De stapsgewijze invoering van de stelselwijziging leidt ertoe dat er bij alle betrokken partijen grote onzekerheden zijn. Dit maakt aandacht voor invoeringsproblemen van groot belang.

Op het moment dat dit werkplan wordt opgesteld staat een grote stap in de stelselwijziging van de gezondheidszorg voor de deur. In tegenstelling tot de situatie ten tijde van de voorgenomen invoering van de WVG is bij de 'grote stelselwijziging' niet voorzien in een experimenteer-periode vooraf en daaraan gekoppelde evaluatie. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het van belang dat desondanks een evaluatie van de gevolgen van de stelselherziening plaats vindt. Zo'n evaluatie zal breder moeten zijn dan alleen het terrein dat door het NIVEL bestreken wordt. Mogelijk kan, eventueel in overleg met andere participanten, tot een brede evaluatie-opzet gekomen worden.



Voor wat betreft het onderzoeksterrein van het NIVEL kan de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk - het grote nationale onderzoek waarvan de gegevens in 1987 en 1988 verzameld zijn - dienen als beschrijving van de uitgangssituatie en als referentiepunt waartegen de voorgenomen veranderingen in de gezondheidszorg geëvalueerd kunnen worden. Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, dat in de afgelopen tijd ontwikkeld is en dat vanaf 1992 operationeel kan zijn, kan de gegevens opleveren die nodig zijn om de gevolgen op het terrein van de huisartsenzorg, zowel wat betreft kwantiteit als kwaliteit, te monitoren.

Ook aan de kant van de patiënten staan door de uniformering van het verzekeringsstelsel grote veranderingen voor de deur. Uit onderzoek van de patiëntengegevens in de Nationale Studie blijkt dat de grootste verschillen in medische consumptie niet te vinden zijn tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten als globale categorieën, maar vooral tussen particuliere patiënten met en zonder verzekering voor huisartsenzorg. Een evaluatie van dit aspect van de stelselwijziging wordt daarom van groot belang geacht.

Daarnaast bieden enkele continue gegevensverzamelingen van het NIVEL de mogelijkheid tot evaluatie van specifieke aspecten van de stelselwijziging. Hierbij moet gedacht worden aan het Consumentenpanel dat in samenwerking met de Consumentenbond is opgezet, aan de registratie van gezondheidscentra en hometeams, en aan de registratiesystemen van menskracht in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Wat betreft de zorgverzekeraars en de relatie tussen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg, is onderzoek naar de bestuurlijk-organisatorische aspecten van de stelselwijziging en de ordening door middel van contracten van belang.

### **Onderzoek naar verpleeghuiszorg**

Vanuit het gezichtspunt van de functionele aansluiting van zorg is de extramurale verzorging en verpleging in de thuiszorg en de extra- en intramurale verzorging en verpleging in verzorgingshuizen en verpleeghuizen van groot belang. Door het NIVEL is een onderzoeksprogramma ontwikkeld dat gericht is op de verpleeghuiszorg en dat deze aansluitingen onder meer tot onderwerp heeft.

Het onderzoek binnen dit programma zal zich vooral richten op de inhoud van de zorg en de effecten van verschillende vormen van mono- en multidisciplinaire zorg. Wanneer ook verpleeghuiszorg en aanverwante zorg ondergebracht wordt in functionele omschrijvingen in het kader van de stelselwijziging, zal de aansluiting met het bestaande onderzoeksterrein van het NIVEL nog versterkt worden. Er is immers een duidelijk continuüm lopende van intensieve thuiszorg

naar verzorging, verpleging en behandeling in verpleeghuis en verzorgingstehuis.

## 4. CONTINUÏTEIT IN HET WERKPLAN

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. Ook in het voorliggende werkplan waarin een aanzet is gegeven tot een andere omschrijving van het onderzoeksterrein ligt ondanks alle verschuivingen een belangrijke nadruk op continuïteit. In dit hoofdstuk zullen we drie thema's aan de orde stellen die gedurende de afgelopen jaren een belangrijke plaats gekregen hebben in het werkplan van het NIVEL en die ook in de komende jaren van belang zullen zijn.

### **Onderzoek naar eerstelijnsdisciplines**

In korte tijd (het NIVEL werd in 1985 opgericht) is een onderzoekstraditie opgebouwd op het gebied van andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts, vooral de extramurale verpleging en de paramedische beroepen. Het onderzoek op het terrein van de paramedische beroepen heeft zich in korte tijd verbreed van onderzoek over fysiotherapie naar een breder scala van paramedische beroepen. Op het gebied van de verloskunde begint zich ook een samenhangend geheel van onderzoeken 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 ruime aandacht besteed wordt aan de huisarts.

### **Kwaliteit van zorg**

Kwaliteit van zorg is een onderwerp dat de afgelopen jaren in toenemende mate in de belangstelling is komen te staan. Binnen het werkplan van het NIVEL komt dit tot uitdrukking in enkele meer algemeen gerichte activiteiten en in een aantal concrete projecten.

Een belangrijke, algemene activiteit is een inventarisatie van kwaliteitssystemen in de zorgsector. Deze inventarisatie wordt uitgevoerd ter ondersteuning van het werk van de Vaste commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Daarnaast is in het vorige werkplan het voornemen opgenomen een overzichtsstudie samen te stellen met als thema kwaliteit van zorg. Deze overzichtsstudie is een meer thematisch vervolg op de studie die bij de oprichting van het NIVEL

gepresenteerd is en die als onderwerp had onderzoek op het terrein van de eerstelijnszorg.

Door de Staatssecretaris van Volksgezondheid is een onderzoekprogramma ingesteld met als prioriteitsgebieden de kwaliteit van zorg op drie terreinen: de thuiszorg, de zorg voor chronische patiënten en de zwakzinnigenzorg.

De belangstelling voor kwaliteit van zorg als centraal thema in het onderzoek sluit goed aan bij de ontwikkeling van het NIVEL-onderzoekprogramma in de richting van evaluatief en patiëntgericht onderzoek. De eerste twee van de prioriteitsgebieden sluiten daarnaast nauw aan bij het onderzoeksterrein van het NIVEL.

Met betrekking tot het derde prioriteitsgebied geldt dat er in bredere zin nagedacht wordt over de wijze waarop het NIVEL tegemoet kan komen aan de onderzoeksbehoefte op dit terrein. Die onderzoeksbehoefte ligt vooral op het terrein van de rol van professionele zorg en informele zorg bij de opvang van zwakzinnigen in de thuissituatie en op het terrein van de inzet van eerstelijns-hulpverleners, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgsters, in tussenvoorzieningen en beschermende woonvormen.

In een groot aantal voorgenomen en lopende onderzoeksprojecten is de kwaliteit van zorg een belangrijke parameter. Deze onderzoeksprojecten kunnen op verschillende manieren gegroepeerd worden. In de eerste plaats kunnen ze gegroepeerd worden naar de aard van de onderzoeksopzet: instrument-ontwikkeling, beschrijving van kwaliteit van zorg in specifieke veld- of hulpverleningssituaties, interventiestudies gericht op verbetering van kwaliteit van de zorg dan wel waarbij kwaliteit van zorg een van de evaluatie-criteria is. In de tweede plaats is groepering mogelijk naar het gekozen perspectief: kwaliteit geformuleerd vanuit het perspectief van patiënten of vanuit het perspectief van hulpverleners. In de derde plaats kan gekeken worden naar de prioriteitsgebieden die in het onderzoekprogramma aangegeven zijn: kwaliteit van de thuiszorg en kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten (op het terrein van de zwakzinnigenzorg wordt door het NIVEL nog geen onderzoek gedaan).

Enkele voorbeelden van relevante projecten zijn:

- consumentenpanel; in dit project wordt een panel van gezondheidszorggebruikers opgezet die regelmatig ondervraagd kunnen worden over kwaliteit van functioneren van gezondheidsvoorzieningen. Het betreft beschrijvend onderzoek vanuit het perspectief van de patiënt dat zich niet principieel tot een van de prioriteitsgebieden beperkt, maar dat wel veelal op thuiszorg betrekking zal hebben.

- kwaliteit van thuiszorg: ontwikkeling van een meetinstrument vanuit het perspectief van de patiënt; het gaat hierbij, zoals de titel al aangeeft, om een instrumentontwikkelingsonderzoek; het gekozen perspectief is dat van de patiënt en het prioriteitsgebied is thuiszorg.
- standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk; het gaat hierbij eveneens om een instrumentontwikkelingsonderzoek waarbij het perspectief van de hulpverleners gekozen is. Voor zover standaarden met betrekking tot de zorg voor chronische patiënten geanalyseerd worden (bijvoorbeeld de NHG-standaard diabetes type II), betreft het het prioriteitsgebied zorg voor chronische patiënten.
- arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult; dit is beschrijvend onderzoek van het hulpverleningsproces, waarbij zowel externe kwaliteitsbeoordeling van een panel huisartsen is gebruikt, als geobserveerde aspecten van de communicatie en tevredenheid van de patiënt. Eerder onderzoek met betrekking tot consulten van huisartsen met hypertensie-patiënten zal nu gerepliceerd worden met consulten voor patiënten met buikpijn.
- bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in het ziekenhuis; het betreft hier beschrijvend onderzoek van de uitkomsten van het verloskundig handelen in twee situaties, waarbij zowel professioneel gedefinieerde kwaliteitsaspecten als vanuit de patiënt gedefinieerde aspecten gebruikt worden. Het onderzoek heeft geen betrekking op een van de prioriteitsgebieden.
- evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg bij kinderen; het gaat hierbij om een veldexperiment waarin verschillende modellen geëvalueerd worden. Voor de aansluiting van zorg zijn standaarden ontwikkeld, die geëvalueerd worden vanuit het perspectief van de hulpverlening en van de patiënten. Het onderzoek valt binnen het prioriteitsgebied chronische aandoeningen.

### **Informatievoorziening en epidemiologie**

Mede door de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk 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 huisartsenpeilstations. Voor de continue morbiditeitsregistratie peilstations wordt aan een hernieuwde opzet gewerkt (in samenwerking met het RIVM en met lokale peilstations).

Naast de peilstations is de afgelopen jaren een min of meer vergelijkbaar netwerk van fysiotherapiepraktijken opgezet. Het belang van eigen grootscha-

lige dataverzameling door het NIVEL, zoals ook gebeurt in het informatiesysteem van menskracht en stapsgewijs in het videobestand van arts-patiënt-contacten, is dat de gegevens 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 achtergrondkenmerken niet kunnen leveren, omdat (groepen) respondenten mogelijk herkenbaar zouden worden.

De Nationale Studie is volop in zijn analyse-fase. De basisrapporten met het belangrijkste referentie-materiaal zijn gepubliceerd. In september 1991 is een succesvol verlopen conferentie georganiseerd over 'verrichtingen in de huisartspraktijk, honorering van huisartsen en kwaliteit van zorg'. Hierbij werden de resultaten van een aantal op verrichtingen gerichte deelprojecten gepresenteerd. 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.

**DEEL 2**  
**OVERZICHT VAN ONDERZOEKSTHEMA'S**  
**EN PROJECTEN**





## 1. INLEIDING

In dit deel van het werkplan wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksthema's en van de lopende onderzoeksprojecten en de projecten die voorgenomen zijn voor de periode 1992/1993.

De hoofdstukindeling van dit deel volgt de organisatorische indeling van het NIVEL en ziet er als volgt uit:

- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (hoofdstuk 2);
- Thuiszorg en substitutie (hoofdstuk 3) met daarin opgenomen de bestaande aandachtsgebieden: de relatie tussen eerste en tweede lijn, extramurale verpleging en verloskundige zorg, en twee nieuwe aandachtsgebieden, te weten technologische vernieuwingen in de thuiszorg en onderzoek op het gebied van de verpleeghuiszorg;
- Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid (hoofdstuk 4) met daarin opgenomen de aandachtsgebieden: hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn, eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg en paramedische beroepen;
- Vraag-aanbod relaties en samenhang in de gezondheidszorg (hoofdstuk 5) met daarin opgenomen: onderzoek naar samenhang en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, het onderzoek rond de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, en de peilstations.

Daarnaast heeft het NIVEL een afdeling Bibliotheek en Documentatie (beschreven in hoofdstuk 6 van dit deel 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.

Dit deel van het werkplan wordt afgesloten met een overzicht van meer algemene activiteiten van het NIVEL die vooral in de sfeer van congressen en symposia liggen.

De hoofdstukken bevatten telkens een algemene inleiding over de onderzoeksthema's en een opsomming van de titels van de projecten. De titels van de projecten worden voorafgegaan door een nummer dat correspondeert met eerdere werkplannen en met de uitgebreidere projectbeschrijving in deel 3. Na de projecttitel wordt tussen haakjes kort aangegeven wat de voorgenomen activiteiten in 1992 zijn.



## 2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG

(projectleiders prof.dr. J. van der Zee, prof.dr. P.P. Groenewegen)

De neiging 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 na de politieke omwentelingen in Oost-Europa sterk toegenomen.

In Oost-Europa merkt men bij de nieuwe machthebbers een diep gewortelde afkeer van centralistische planning op elk gebied; niet alleen in de economie maar ook in gebieden die in een land als Nederland als collectieve sector worden aangeduid. Het zal ongetwijfeld invloed hebben op de collectieve delen van de West-Europese economieën en zal daar de krachten versterken die vinden dat ook hier meer marktelementen de kans moeten krijgen hun werk te doen. Aan de andere kant hebben de Oost-Europese landen behoefte aan adviezen over hun systemen van gezondheidszorg en kijken zij vooral naar landen in West-Europa met een niet compleet centralistisch georganiseerd systeem. Het Nederlands stelsel met zijn mengvorm mag zich in een toenemende belangstelling verheugen.

Van de zijde van het NIVEL zal bij deze adviezen sterk worden benadrukt dat een eerstelijnsgezondheidszorg niet zonder beschermende maatregelen kan functioneren. Directe toegankelijkheid van specialistisch-medische en ziekenhuiszorg is funest voor een evenwichtig opgebouwd systeem.

Met het liberaliseren van Oost-Europa is het aantal systemen van gezondheidszorg, dat voor onderzoek toegankelijk wordt, vergroot. Eigenlijk kan men zeggen dat de 24 lidstaten van de OECD de basis vormen van vergelijkend onderzoek dat ook op het NIVEL wordt verricht; hier komen nu een achttal landen bij en dat maakt, al is het alleen maar statistisch, de mogelijkheden van vergelijkend onderzoek groter. Het gaat natuurlijk om het vinden van relevante vergelijkingsobjecten. Tot op dit moment zijn de volgende eigenschappen voor de Nederlandse situatie van belang.

1. Het bestaan van een duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur in de medische sector en een in toenemende mate geïntegreerd aanbod van verplegende en verzorgende voorzieningen.
2. Een tamelijk sterke scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg; deze laatste hoort in vele landen tot 'primary health care'.

3. Een nog vigerend gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen en plannen om dit te vervangen door een gemengd systeem van abonnement en verrichting.
4. Een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem in de tweedelijnsgezondheidszorg.
5. De indirecte toegang tot de specialistische zorg, tot enkele paramedische verstrekkingen en de ambulante GGZ.
6. Het bestaan van een verplicht (publiek) en een vrijwillig (privaat) gedeelte in het verzekeringssysteem, waarbij het laatste sinds 1986 in omvang is toegenomen; in de komende jaren zullen beide systemen sterk naar elkaar toegroeien.
7. Een typisch Noord/West-Europese cultuur, die volgens Hofstede gekenmerkt wordt door: 1) geringe machtsafstand (gelijkheid), 2) femininiteit (veel aandacht voor 'zorg'), 3) hoge mate van individualisme en 4) een hoge mate van onzekerheidstolerantie. Eén van de gevolgen is een grote aandacht en tolerantie voor ziekte en een weerstand om maatregelen tegen ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid te nemen. Dit leidt tot een contrast tussen de hoge levensverwachting en de enorme aantallen arbeidsongeschikten, een hoog verzuim en dergelijke, maar ook tot een ver uitgebouwde gezondheidszorg met een sterk institutioneel karakter, vooral in de verzorgende sfeer.

Nu een inventarisatie van de belangrijkste kenmerken van Europese systemen van gezondheidszorg is verricht is een keuze van vergelijkingsobjecten gemakkelijker geworden. 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 gezondheidszorg in stand te houden. 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.

De inmiddels gerealiseerde 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 beroepsbeoefenaars, rechtstreekse toegankelijkheid van specialistische zorg (uitgezonderd Nederland) etc. Daarnaast verschillen de genoemde landen sterk op de

culturele dimensies, die hierboven zijn geformuleerd. Het is een interessante onderzoeksvraag in welke mate verschillen in (gezondheids-) cultuur en (gezondheids-)systeem de ontwikkeling en het gebruik van voorzieningen beïnvloeden.

### Overzicht van de projecten

- WHO INT 88.02 Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg (uitbouw documentatiecentrum met nadruk op verhouding huisarts/specialist)
- WHO INT 90.01b Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: culturele verschillen en systeem-verschillen (voortgezette analyse, rapportage)
- WHO INT 91.01 Praktijkprofielen van eerstelijns-zorgverleners (materiaalverzameling en eerste rapportage)
- WHO INT 91.03 Supply-induced Demand; een voorbijgaande fase in een systeem van gezondheidszorg? (verzameling van secundair statistisch materiaal en voorbereiden voorstel concerted action)
- NIEUW  
WHO INT 92.01 WHO-Collaborating Centre for Primary Health Care, 2e fase (uitvoeren (apart) programma)
- NIEUW  
WHO INT 92.02 Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa (uitvoering van het project na acceptatie van projectvoorstel)
- NIEUW  
WHO INT 92.03 Huisarts en wijkverpleegkundige in de Euregio; een empirische studie naar verschillen in werkwijze en taakopvatting van twee eerstelijnsdisciplines (materiaalverzameling (aanvulling), analyse, rapportage)



### **3. THUISZORG EN SUBSTITUTIE**

In dit organisatorisch cluster zijn drie bestaande aandachtsgebieden van het NIVEL ondergebracht, te weten de relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, de verloskundige zorg en de extramurale verpleging. Daarnaast zijn in dit cluster twee nieuwe aandachtsgebieden ondergebracht die op dit moment in ontwikkeling zijn, te weten technologische vernieuwingen in de thuiszorg en onderzoek op het gebied van de verpleeghuiszorg.

#### **3.1. Relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg (projectleider vacature)**

Met substitutie als centraal (gebleven) thema in het overheidsbeleid zijn de onderzoeksactiviteiten binnen het onderhavige aandachtsgebied meer en meer op substitutie-vragen toegespitst. Op middellange termijn liggen veranderingen in het honoreringstelsel van huisartsen in het verschiet, die tot doel hebben de huisarts tot meer zelfwerkzaamheid en minder verwijzen te bewegen. Verder denkt de overheid deze substitutie, als onderdeel van het gehele op kostenbesparing gerichte beleid, te bereiken door de zorgverlening te regelen via decentrale overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgverstrekkers. De concurrentie tussen zorgverzekeraars dient daarbij als belangrijkste prikkel tot kostenbeheersing. De vraag bij dit alles is of deze marktbenadering effectief is in de gezondheidszorg. Daarbij gaat het niet alleen om het kostenaspect maar zeker ook om het kwaliteitsaspect. Het meest duidelijk is dit zichtbaar in de projecten die verband houden met de vernieuwing van het honoreringstelsel van huisartsen ('Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering' en het project 'Combinatie inzichten huisartsenhonorering') en in het project 'Determinanten van alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist'. In deze projecten wordt substitutie van zorg niet alleen bestudeerd in het licht van 'kosten', maar ook van 'kwaliteit'.

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.

### **Overzicht van de projecten**

REL 88.04	Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (analyse en rapportage)
REL 90.01	Project combinatie inzichten huisartsenhonorering (literatuurstudie, analyse en rapportage).
REL 90.03	Determinanten van alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist (analyse en rapportage)
REL 91.01	Verwijzingen van huisartsen naar verschillende specialismen
REL 91.01a	Verwijzingen naar gynaecologie
REL 91.01b	Verwijzingen naar interne geneeskunde
REL 91.01c	Verwijzingen naar de driehoek orthopedie, reumatologie, fysiotherapie (analyse en rapportage)
REL 91.02	Overbrengen van het doel van de verwijzing (eventueel schrijven projectvoorstel)
NIEUW	
REL 92.01	Budgettering van diagnostische verrichtingen in de huisarts- praktijk (schrijven projectvoorstel)

### **3.2.Verloskundige zorg (projectleider Dr. L. Hingstman)**

Rond het aandachtsveld verloskundige zorg begint zich een samenhangende groep van onderzoeken af te tekenen. Daarbij verbreedt het onderzoek zich ook in de richting van de tweede lijn.

Verloskundige zorg wordt door drie groepen hulpverleners verstrekt (huisartsen, verloskundigen en gynaecologen). De huisartsen en verloskundigen doen



weliswaar de fysiologische verloskunde en de gynaecologen de pathologische verloskunde, maar daartussen vinden allerlei substitutieprocessen plaats.

De nieuwe Verloskundige Indicatielijst waarover onlangs een onderzoek is afgesloten, is een poging om een verschuiving van ziekenhuis- naar thuisbevalling te sturen. Het 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' biedt een mogelijkheid om de scheiding tussen de echelons te doorbreken. Ook de regelmatig terugkerende discussie rond het opheffen en het primaat van de verloskundige kan in dit kader gezien worden. In het verlengde daarvan zal de komende tijd vooral het onderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg en van het verloskundig selectiesysteem centraal staan.

Een belangrijke stimulans voor een verdere uitbreiding van het aandachtsveld verloskunde vormde het congres 'Primary Care Obstetrics and Perinatal Health', dat in maart 1991 heeft plaatsgevonden. Een van de activiteiten die deels hieruit is ontstaan is de Werkgroep Onderzoek en Scholing (WOS) van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Samen met deze werkgroep hopen wij in 1992 een begin te maken met het opzetten en uitwerken van onderzoek samen met verloskundigen.

Het onderzoek binnen het themagebied verloskunde heeft zich geconcentreerd rond de volgende thema's:

1. Onderzoek op het gebied van aanbod van verloskundige zorgverleners.  
Via de registratiesystemen van verloskundigen kunnen overzichten gemaakt worden van het aanbod, de samenstelling en de spreiding van deze beroepsgroep. Dit soort gegevens zijn een belangrijke ondersteuning voor de beroepskrachtenplanning van diverse overheden en organisaties.
2. Onderzoek rond de kwaliteit van de verloskundige zorg.  
In de discussies in Nederland rond de verloskundige zorg speelt de kwaliteit een belangrijke rol. Een probleem is dat er rond dit thema geen duidelijk onderzoeksprogramma ligt. Daartoe zal door ons een haalbaarheidsstudie worden uitgevoerd. Verder vindt er onderzoek plaats naar de kwaliteit van thuis- en poliklinische bevallingen onder leiding van een verloskundige. Daarnaast zal ook binnen het 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' het onderzoek naar de kwaliteit een belangrijke plaats innemen. Tot slot zal in het kader van het kwaliteitsonderzoek een onderzoeksvoorstel worden geschreven, waarin het werk van de verloskundige centraal staat.

## Overzicht van de projecten

VERL 84.03      Verloskundigenregistratie  
(registratie en verslaglegging)

- VERL 86.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen  
(registratie en verslaglegging)
- VERL 90.01 Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden  
(interventie, opzetten registratie-feedback-systeem, instrumentontwikkeling, voormeting eerste fase, uitwerken onderzoeksvoorstel tweede fase)
- VERL 91.02 Bevallende onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)  
(materiaalverzameling en analyse)
- NIEUW  
VERL 92.01 Het werk van de verloskundige  
(schrijven projectvoorstel)
- NIEUW  
VERL 92.02 Haalbaarheidsonderzoek: kwaliteit van het verloskundig selectiesysteem in Nederland  
(in afwachting van subsidie)
- NIEUW  
VERL 92.03 Opzetten en begeleiden onderzoek door en met verloskundigen  
(opzetten en begeleiden van onderzoek)

### **3.3. Extramurale verpleging (projectleider Mw. Dr. A. Kerkstra)**

Het onderzoeksterrein binnen dit aandachtsgebied is niet meer beperkt tot de extramurale verpleging, maar richt zich op de functies verpleging en verzorging in het algemeen. Deze verbreding wordt ingegeven door een drietal ontwikkelingen: (1) het integratieproces van kruiswerk en gezinsverzorging; (2) de toenemende functionele samenhang tussen extramurale en intramurale verpleging en verzorging, in het kader van de voorgenomen stelselwijziging; en (3) de discussie rond verdere professionalisering en daarmee het attractiever maken van de verplegende en verzorgende beroepen.

Wat de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging betreft wordt onderzoek gedaan naar verticale functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Het in het

Verpleegkundig Beroepsprofiel gemaakte onderscheid tussen verpleegkundigen van het eerste en tweede deskundigheidsniveau zal voor het extramurale veld nader worden uitgewerkt en tevens zal een taakafbakening met de gezinsverzorging plaatsvinden. Daarnaast zal het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' dat volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel als onderscheidend kenmerk geldt om bij de indicatiestelling patiënten aan de het eerste of tweede deskundigheidsniveau toe te wijzen, voor de praktijk op een betrouwbare en valide wijze toepasbaar worden gemaakt.

Het voorgenomen nieuwe ziektekostenstelsel waarin concurrentie tussen zorgaanbieders centraal staat, en de ontwikkeling van medische technologieën die ook in de thuissituatie kunnen worden toegepast, leiden ertoe dat behandelingen of onderdelen van behandelingen worden verplaatst naar de thuiszorg. Dit betekent dat de zorgverlening door extramurale verpleegkundigen complexer wordt en dat er een groter accent komt te liggen op medisch-technische vaardigheden van verpleegkundigen. Daardoor worden verpleegkundigen met nieuwe verpleegproblemen geconfronteerd worden. Binnen het nieuwe onderzoeksprogramma 'Technologische vernieuwingen in de thuiszorg' zal een aantal projecten op dit terrein worden geëvalueerd in termen van kwaliteit van zorg.

In het rapport 'In hoger beroep' van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende wordt een aantal aanbevelingen gedaan om het werken in de verpleging en verzorging aantrekkelijker te maken en daarmee het hoofd te bieden aan de (dreigende) tekorten op de arbeidsmarkt in deze sector. Binnen dit thema wordt door ons onderzoek gedaan naar de mogelijkheden die horizontale functiedifferentiatie biedt om het werken in de extramurale verpleging aantrekkelijker te maken en tevens kwalitatief goede zorg te verlenen, naar de invloed van de introductie van tilliften op de kwaliteit van arbeid binnen de extramurale verpleging en naar de mogelijkheden om de kwaliteit van het werk van gezinsverzorgenden te verbeteren. Tenslotte wordt in dit kader internationaal vergelijkend onderzoek verricht naar taakprofielen, taakopvattingen en opleidingen van extramurale verpleegkundigen.

## Overzicht van de projecten

WIJK 88.02      Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen  
(schrijven van wetenschappelijke artikelen)

WIJK 90.01	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: nadere analyses (schrijven van wetenschappelijke artikelen)
WIJK 90.04	De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek (indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd zal zo spoedig mogelijk worden gestart)
WIJK 91.01	Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg (uitvoeren van de eerste fase van het project en rapportage)
NIEUW	
WIJK 92.01	Eenzaamheid van bewoners in het verzorgingshuis (schrijven van wetenschappelijke artikelen)
NIEUW	
WIJK 92.02	Evaluatie van het functioneren van Geriatrisch Diagnose- en Behandeladviesteamste Rotterdam (uitvoeren van de eerste fase van het project en rapportage)
NIEUW	
WIJK 92.03	Thuiszorg in cijfers (in afwachting van subsidie)
NIEUW	
WIJK 92.04	Internationaal vergelijkend onderzoek naar taakprofielen, taakopvattingen en opleidingen van extramurale verpleegkundigen (in voorbereiding)

### **3.4. Technologische vernieuwingen in de thuiszorg (projectleider Mw. Dr. A. Kerkstra)**

De evaluatie van de introductie van nieuwe technologieën in de thuiszorg is het onderwerp van een nieuw onderzoeksprogramma. Dit programma staat in de steigers. Het doel van het programma is evaluatiestudies uit te voeren met aandacht voor de manier waarop nieuwe technologieën hun weg vinden in de thuiszorg, naar de invloed hiervan op de kwaliteit van zorg zoals patiënten die ervaren, naar de invloed van deze nieuwe technologieën op de kwaliteit van het



### **3.5. Uitwerking van het Programma Verpleeghuisonderzoek (projectleider a.i. Mw. Dr. A. Kerkstra)**

In het afgelopen jaar is door het NIVEL een studie verricht naar de behoefte aan onderzoek met betrekking tot de verpleeghuiszorg en daaraan verwante zorg. Het doel van deze studie was een samenhangend onderzoeksprogramma te ontwerpen naar de kwaliteit en doelmatigheid van de verpleeghuiszorg en daaraan verwante zorg. Hiervoor waren twee redenen.

Ten eerste: de uitbreiding van de taken en functies van verpleeg- en verzorgingshuizen naar 'zorg buiten de muren' maakt het belangrijk om te onderzoeken hoe de, in deze sector opgebouwde specifieke deskundigheden, in de extramurale hulpverlening benut kunnen worden. Onderzoek naar de concrete zorgverlening in verpleeghuizen vertoont tot nu toe op veel gebieden een achterstand.

Ten tweede: met de verruiming van de taken van verpleeg- en verzorgingshuizen, gekoppeld aan de geplande functionele omschrijving van het zorgaanbod na de stelselwijziging, vervagen de grenzen tussen intramurale en eerstelijnszorg. Hoe het zorgaanbod voor (zwaar) zorgbehoevende mensen (meest ouderen) er in de toekomst uit komt te zien is nog onduidelijk. Voor een verantwoorde beleidsvoering op dit gebied is wetenschappelijk onderzoek nodig, temeer daar de kwaliteit van leven van zorgbehoevende mensen voor een groot deel bepaald wordt door de zorg die zij ontvangen omdat zij daarvan in grote mate afhankelijk zijn.

Het onderzoeksprogramma is tot stand gekomen door te inventariseren welke onderzoeksbehoefte er leeft bij de verpleeghuissector zelf en bij de overheid. Dit is afgezet tegen het huidige onderzoek waardoor zichtbaar werd op welke gebieden onderzoek nodig is. De uitwerking en invulling van het programma vindt dit jaar plaats. Dit zal gebeuren in nauw overleg en samenwerking met het veld en overige betrokkenen.

In het programma zijn tien thema's opgenomen die de komende jaren in concrete onderzoeksprojecten vertaald zullen worden. De meeste thema's hebben betrekking op het zorgaanbod van de verpleeghuissector en de zorgverlening zelf. In grote lijnen laat de inhoud van het programma zich het best beschrijven aan de hand van de vragen waar het programma - in combinatie met het nu lopende onderzoek - te zijner tijd een antwoord op moet geven, namelijk:

1. Welke zijn adequate vormen van zorgverlening aan (zwaar) zorgbehoevende mensen (meest ouderen)? Naast het lopende onderzoek naar de organisatie

van de zorg op instellingsniveau is onderzoek nodig naar: zorgfuncties, samenwerking, leefklimaat, preventie, specifieke categorieën patiënten of diagnosegroepen en de kwaliteit van de zorg.

2. Welke is de huidige en toekomstige behoefte aan verpleeghuiszorg? Naast nu lopende epidemiologische studies en wachtlijstregistratieprojecten zijn twee onderzoeksthema's relevant: onderzoek naar indicatiestelling en onderzoek naar de functionele toestand van zorgbehoevende patiënten.
3. Hoe krijgt de samenhang en afstemming van de verpleeghuiszorg met aanpalende zorgvoorzieningen gestalte in het licht van een functionele omschrijving van zorgactiviteiten? Naast het lopende onderzoek naar afstemming en samenwerking met de eerste lijn (met name thuiszorg en substitutie) is onderzoek nodig naar de relatie met de ziekenhuizen, specialisten en revalidatiegeneeskunde.
4. In welke richting en op welke wijze kan beleidsvoering ten aanzien van verpleeghuiszorg plaatsvinden? Internationaal vergelijkend onderzoek kan hieraan een bijdrage leveren.

Bij de verdere uitwerking van het programma wordt vanzelfsprekend voortgebouwd op resultaten van reeds verricht of nu lopend onderzoek. Daarnaast wordt veel belang gehecht aan het standaardiseren van meetinstrumenten, met name wat betreft de uitkomst van de zorg (bijvoorbeeld satisfactie, kwaliteit van leven, welbevinden, functionele toestand). Dit vereist aanvankelijk extra inspanning, maar levert op den duur vruchten af omdat het aanzienlijk bijdraagt aan onderlinge vergelijkbaarheid van onderzoek.

## **Overzicht van de projecten**

NIEUW

VERPL 92.01      Uitwerking programma verpleeghuisonderzoek  
(uitwerken programma en opstellen onderzoeksvorstellen)





## **4. HULPVRAAG, HULPVERLENING EN FUNCTIONELE GEZONDHEID**

In dit cluster van onderzoek staan drie thema's centraal: de positie van de hulpvrager, het proces van de hulpverlening en functionele gezondheid. Het cluster bestaat uit de aandachtsgebieden 'Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn', 'Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg' en 'Paramedische beroepen'. Binnen het cluster heeft de kwaliteit van de geleverde zorg een belangrijke plaats, zowel beoordeeld aan de hand van professionele normen, als aan de hand van de beoordeling door de patiënt.

### **4.1. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn (projectleider Drs. L. Peters)**

In het onderzoek met betrekking tot het aandachtsgebied 'Hulpvraag en hulpvrager' staan de hulpvrager en het vragen om hulp centraal. Dit uit zich vooral in de onderwerpskeuze die nauw aansluit bij het belang of de belangstellingssfeer van de hulpvrager.

De projecten kunnen in drie subthema's worden ingedeeld: onderzoek naar het (meten van het) oordeel van patiënten over de kwaliteit van de gezondheidszorg, onderzoek naar alternatieve geneeswijzen en onderzoek naar de hulpverlening bij HIV-gerelateerde problemen.

In het consumentenpanel dat nu operationeel is, staan peilingen van de ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg centraal. Omdat er de komende jaren regelmatig peilingen zullen plaatsvinden, is het consumentenpanel bij uitstek geschikt om ontwikkelingen aan de patiëntenkant als gevolg van de stelselwijziging in beeld te brengen. Ook op het gebied van de kraamzorg is onlangs een consumentenonderzoek verricht dat gebruikt zou kunnen worden ter evaluatie van dit (beperkte) aspect van de stelselwijziging; immers de bestaande verstrekking kraamzorg zal opgenomen worden in de functionele omschrijving op het gebied van verpleging en verzorging.

Ook binnen het onderzoek op het gebied van alternatieve geneeswijzen en de hulpverlening bij HIV-gerelateerde problematiek is de invalshoek van de gebruikers van zorg belangrijk. Het betreft dan onder andere het hulpverleningsproces en de waardering van de patiënt daarvan.

## Overzicht van de projecten

VRA 86.01	Consumentenpanel (dataverzameling, rapportage)
VRA 88.01	Vragen over AIDS (materiaalverzameling en tussentijdse rapportage)
VRA 88.02	Hulpvrager en versterking van de eerste lijn (schrijven onderzoeksvorstel hoofdonderzoek)
VRA 89.03	Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers (materiaalverzameling)
VRA 91.01	Kwaliteit van thuiszorg: ontwikkeling van een meetinstrument vanuit het perspectief van de patiënt (literatuurstudie) (rapportage)
VRA 91.02	Evaluatie wijziging verstrekking kraamzorg (schrijven projectvoorstel)
VRA 91.04	Placebo's in de huisartspraktijk (schrijven projectvoorstel)
VRA 91.05	Gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten (rapportage)
NIEUW VRA 92.01	Kwaliteit van diëtistische zorg: oordeel van consumenten in de eerste lijn (rapportage)
NIEUW VRA 92.02	De waardering van de patiënten voor hun huisarts (analyse en rapportage)
NIEUW VRA 92.03	De belasting van informele zorgverleners bij thuiszorg (schrijven projectvoorstel)

NIEUW

VRA 92.04

Substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen  
(bij subsidietoekenning start uitvoering onderzoeksprogramma)

#### **4.2. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (projectleider Dr. P.F.M. Verhaak)**

Twee onderzoeksterreinen staan centraal binnen het aandachtsgebied 'Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg': generalistische hulpverlening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de samenhang tussen deze generalistische zorg en de zogenaamde geestelijke gezondheidszorg-ingengere-zin (AGGZ en intramurale zorg). Op het eerste terrein wordt onderzoek verricht naar inhoudelijke aspecten van het hulpverleningsproces, met name bij psychosociale problemen. Daarbij vormt de kwaliteit van het handelen van generalistische hulpverleners als de huisarts en de algemeen maatschappelijk werker een belangrijk object van studie.

Startpunt van dit onderzoek is de epidemiologie van psychische problemen in de huisartspraktijk; de gegevens voor deze onderzoeken worden geleverd door de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Het voorkomen en beloop van psychosociale klachten staan hier centraal.

Behandeling van psychische problemen binnen de eerste lijn is het volgende object van studie. Op dit gebied neemt het observatie-onderzoek naar het handelen van de huisarts een belangrijke plaats in. Hierbij wordt voortgebouwd op bestaande fundamenteën. Het onderzoek richt zich op de behandeling van psychosociale problemen door generalistische hulpverleners en met name op aspecten van de kwaliteit van zorg, gemeten aan het handelen van de hulpverlener dan wel aan het oordeel van de patiënt.

Een stap verder gaat het onderzoek naar kwaliteitsverbetering: onderzocht wordt in hoeverre interventies zinnig zijn om gespecialiseerde kennis in te brengen in de eerste lijn dan wel zodanig over te dragen dat de kwaliteit van het generalistische handelen daarmee verbetert. Het komend jaar zal verder onderzoek plaats vinden, deels binnen het themagebied extramurale verpleging over Geriatrische Diagnose-, Advies- en Behandelteams (WIJK 92.02), en deels binnen het onderhavige themagebied met epidemiologisch onderzoek naar psychogeriatrische problemen en comorbiditeit in de huisartspraktijk. Beide projecten tezamen zullen in 1992 bouwstenen leveren voor een voorstel voor een interventiestudie op dit gebied.

Ten slotte komen projecten aan de orde die de afstemming tussen generalistisch GGZ-hulpaanbod in de eerste lijn en specialistisch AGGZ aanbod betreffen. Omdat geestelijke gezondheidszorg een type zorg betreft dat met wisselende intensiteit en specialisatie door verschillende hulpverleners wordt geleverd, spelen zaken als afstemming, samenwerking en functionele regionalisatie een belangrijke rol binnen de onderzoeksactiviteiten.

### Overzicht van de projecten

PSH 91.01*	Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling (analyse en rapportage)
PSH 91.02	Depressies bij ouderen (analyse en rapportage)
PSH 91.03	Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen (observatie en opbouw databestand)
PSH 91.05	Het psychisch karakter van lichamelijke klachten (analyse)
PSH 91.06	Vergelijking NIVEL observatiesysteem, methode Roter en Landelijk Instrument toetsing consultuitvoeringsvaardigheden van huisartsen (SV-IOH) (rapportage)
PSH 91.08	Mannelijke en Vrouwelijke Huisartsen (schrijven projectvoorstel)
NIEUW	
PSH 92.01	Praten met kinderen; een historische analyse van de commu- nicatie tussen huisartsen en kinderen (voorbereiding van de analyses)

---

\* Als code voor de diverse projecten wordt gehanteerd:  
PSH Onderzoek binnen de huisartspraktijk  
GGZ Onderzoek tussen generalistische en specialistische GGZ

- NIEUW  
PSH 92.02 Arts-patiënt communicatie in Nederland en Amerika: een cross-culturele studie.  
(harmonisatie onderzoeksmateriaal; formulering onderzoeksvoorstel)
- NIEUW  
PSH 92.03 Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult II. Een replicatie-studie onder patiënten met buikpijn  
(selectie consulten; kwaliteitstoetsing door panel huisartsen)
- GGZ 87.04 Psychologen in de eerste lijn  
(dataverzameling op kleine schaal; eerste rapportage)
- GGZ 89.02 Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek  
(schrijven projectvoorstel)
- GGZ 90.02 Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model (haalbaarheidsstudie)  
(in afwachting van subsidie voor pilot-studie)
- GGZ 85.02 AMW en RIAGG. Verschillen en overeenkomsten in probleem-aanbod en werkwijze  
(nameting, analyse en rapportage)
- GGZ 91.01 Evaluatie integrale intake psychosociale problemen door AMW en RIAGG  
(in voorbereiding)

### **4.3. Paramedische beroepen (projectleider Dr. J. Dekker)**

Binnen dit aandachtsgebied ligt van oudsher de nadruk op onderzoek naar fysiotherapie. Ook in het huidige werkplan neemt fysiotherapie een belangrijke plaats in. Daarnaast wordt onderzoek gedaan op het gebied van ergotherapie, logopedie, oefentherapie en podotherapie.

De interventies die in deze paramedische disciplines toegepast worden, zijn gericht op het verbeteren van het functioneren van mensen ('kwaliteit van leven' of functionele gezondheid). Het verbeteren van de functionele gezondheid is

een geneeskundig doel dat de laatste jaren sterk aan belang gewonnen heeft. Naast de traditionele doelen -diagnostiseren en behandelen van organische pathologie - wordt meer en meer aandacht besteed aan de gevolgen van ziekten voor het dagelijkse leven van mensen en de mogelijkheden om daarin verbetering te brengen. Op dit vlak kunnen paramedische disciplines een belangrijke bijdrage leveren: deze interventies zijn juist gericht op het diagnostiseren, behandelen en/of voorkómen van afwijkingen in de functionele gezondheid.

Zowel vanuit het standpunt van financiering van de zorg als vanuit het standpunt van professionalisering is het van belang onderzoek te verrichten op het gebied van de betreffende paramedische disciplines. Initiatieven daartoe worden door een groot aantal groepen genomen. Om hierin enige samenhang en afstemming aan te brengen is op het gebied van de fysiotherapie door het Ministerie van WVC de notitie 'Ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulpverlening' (1989) gemaakt. In deze notitie worden ondermeer toekomstige onderzoeksprioriteiten aangeduid. Op het gebied van ergotherapie, logopedie, oefentherapie-Cesar en -Mensendieck en podotherapie is door het Ministerie van WVC aan het NIVEL opdracht verleend tot het verrichten van een programmeringsstudie. In het betreffende rapport - 'Programmering van toekomstig onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen' - worden onderzoeksprioriteiten beschreven.

Het onderzoek dat door het NIVEL op het terrein van paramedische beroepen verricht wordt, is geconcentreerd rond twee centrale thema's:

1. onderzoek naar de functie en plaats van de betreffende paramedische beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg;
2. onderzoek naar de vraag hoe de zorg zodanig ingericht en georganiseerd kan worden dat een optimale kwaliteit bereikt wordt.

Wat het eerste thema betreft, gaat het om beschrijvend onderzoek naar de aard van de aandoeningen, de toegepaste behandelingsmethoden en de relatie tussen paramedici en verwijzers. Om de paramedische behandeling inzichtelijk te maken dient, naast de medische diagnose (waarin het benoemen van organische pathologie centraal staat), de paramedische diagnose verdisconteerd te worden (waarin afwijkingen van de functionele gezondheid benoemd worden). In het onderzoek naar de functie en plaats van paramedische beroepen wordt nagegaan in hoeverre verschillen in de toegepaste behandeling (methoden, aantal zittingen e.d.) verklaard kunnen worden op grond van de paramedische (en medische) diagnose. De gegevens die zo verkregen worden

kunnen ondermeer als referentiemateriaal gebruikt worden bij het opstellen van richtlijnen en protocollen voor paramedische behandelingen.

Voor de ordening en indeling van de paramedische diagnose kan gebruik gemaakt worden van de International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps (ICIDH). Door de SWSF is een bewerking van de ICIDH gemaakt die geschikt is voor de fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie en podotherapie. Bij het NIVEL-onderzoek naar de functie en plaats van paramedische beroepen worden meetinstrumenten (registratieformulieren) gebruikt die zeer nauw aansluiten bij deze bewerking van de ICIDH.

Een ander belangrijk element in het onderzoek naar 'functie en plaats' is het onderzoek naar de relatie tussen paramedici en verwijzers. Nagegaan wordt met welke verwijzers regelmatig contact onderhouden wordt en hoe de communicatie tussen verwijzers en paramedici verloopt. Het verschil tussen de medische en paramedische invalshoek (het accent op organische versus functionele pathologie) leidt snel tot barrières in de communicatie. Het opsporen van deze barrières is het vertrekpunt voor het verbeteren van de communicatie.

Het tweede centrale thema is het onderzoek rond de vraag hoe de zorg zodanig georganiseerd en ingericht kan worden dat een optimale kwaliteit verkregen wordt. Het gaat hierbij enerzijds om onderzoek naar het effect van paramedische interventies op de (functionele) gezondheid van patiënten. Dit onderzoek heeft in een aantal gevallen een sterk ontwikkelingskarakter. Het gaat dan om het ontwikkelen van een richtlijn of protocol voor de behandeling van bepaalde patiënten en het uittesten van het protocol in de praktijk (zogenaamd fase II onderzoek). Het onderzoek kan echter ook een meer evaluerend karakter hebben. Het gaat dan om onderzoek naar het effect van een paramedische interventie in vergelijking met een andere interventie (zogenaamd fase III onderzoek). Het uiteindelijke oordeel omtrent het effect van paramedische interventies kan alleen op fase III onderzoek gebaseerd worden. Omdat echter de huidige paramedische praktijk vooral op ervaringskennis gebaseerd is, is het veelal nodig behandelingsmethoden verder te optimaliseren. Dit betekent dat veelal eerst fase II onderzoek gedaan zal moeten worden.

Bij het tweede centrale thema gaat het anderzijds om structurele aspecten van de zorg. Zo wordt ondermeer onderzoek gedaan naar het effect van consultatie door fysiotherapeuten op de kwaliteit van de zorg van huisartsen voor patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Op het gebied van de fysiotherapie wordt een informatiesysteem bijgehouden van menskracht. Het informatiesysteem levert een beeld op van de aanbodzijde van de fysiotherapeutische zorg en wordt onder meer gebruikt voor analyses

met betrekking tot de relatie vraag - aanbod, manpowerplanning en voor steekproeftrekking ten behoeve van ander onderzoek.

### Overzicht van de projecten

- PMED 85.01 Registratie van in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten (rapportage peiling 1991, voorbereiding peiling 1993, afronding reorganisatie)
- PMED 86.02 Onderzoek onder pas afgestudeerde fysiotherapeuten (studie naar wenselijkheid verdere peilingen)
- PMED 87.01 Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (verzamelen gegevens tweede en vierde onderzoek, verzamelen van epidemiologische basisgegevens; analyse en rapportage van derde onderzoek en van basisgegevens)
- PMED 89.02 Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar behandeling door huisarts en fysiotherapeut (in afwachting van subsidie)
- PMED 89.03 Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (opzet en dataverzameling tweede fase)
- PMED 88.03 Functie en plaats van logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg (bijstellen projectvoorstel)
- PMED 89.04 Structurele aspecten van stotterbehandelingen (schrijven projectvoorstel)
- PMED 90.01 Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie (dataverzameling tweede fase)
- PMED 90.02 Verwijzingen voor logopedie door huisartsen (afsluiten van de analyse en rapportage)



- PMED 90.05 Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg  
(start van de analyses)
- PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie  
(schrijven projectvoorstel)
- PMED 91.02 Patiëntenvoorlichting door diëtisten  
(in afwachting van subsidie)
- NIEUW  
PMED 92.01 Toepassing van de ICDH in de logopedie  
(maken van indeling van stoornissen en beperkingen; toetsen van betrouwbaarheid)
- NIEUW  
PMED 92.02 Ergotherapie in de thuiszorg  
(schrijven projectvoorstel)
- NIEUW  
PMED 92.03 Ergotherapie bij handelingsstoornissen van CVA-patiënten  
(schrijven projectvoorstel)



## **5. VRAAG/AANBOD RELATIES EN SAMENHANG IN DE GEZONDHEIDSZORG**

Binnen dit cluster is het onderzoek samengebracht op het gebied van vraag-aanbod relaties in de gezondheidszorg, samenwerking en samenhang, en de peilstations.

De hoofdmoot van het onderzoek binnen dit cluster heeft, evenals in voorgaande jaren, betrekking op de analyses van de gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Als vervolg op deze studie wordt gewerkt aan de opzet van een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. De bedoeling daarvan is de leemte die bestaat in informatie over de huisartspraktijk, structureel op te lossen door een continu informatie netwerk. Met de gegevens die in het kader van de Nationale Studie verzameld zijn, als baseline meting kan het informatie netwerk gebruikt worden om de gevolgen van de stelselwijziging en de eventuele verandering van honorering van huisartsen in beeld te brengen.

Ook het onderzoek op het gebied van samenhang en samenwerking is relevant in verband met de stelselwijziging. Met name gezondheidscentra zullen mogelijk gevolgen ondervinden van de veranderingen. Doordat al over een lange reeks van jaren gegevens verzameld worden over deze samenwerkingsverbanden, kunnen eventuele veranderingen goed in beeld gebracht worden.

### **5.1. Vraag/aanbod relatie in de huisartspraktijk (projectleiders: Mw. Dr. M. Foets en J. van der Velden, arts)**

De leemte die bestaat op het gebied van informatie rond hetgeen er omgaat in de huisartspraktijk, is door de Nationale Studie eenmalig opgevuld. De belangrijkste informatie die de studie heeft opgeleverd, is neergelegd in drie basisrapporten, over gezondheid en gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie, over morbiditeit in de huisartspraktijk, en over verrichtingen van huisartsen. De analyses rond de oorspronkelijke deelprojecten die gepland waren in het kader van de Nationale Studie, zijn grotendeels afgerond. Inmiddels is een aantal nieuwe deelprojecten van start gegaan en worden nieuwe deelprojecten voorgesteld. De verzamelde gegevens bestrijken namelijk een dermate breed terrein dat er nog ruimschoots mogelijkheden zijn voor de beantwoording van nieuwe vraagstellingen.

De belangstelling voor de verzamelde gegevens van buitenaf is bijzonder groot. Deze belangstelling neemt verschillende vormen aan. In een aantal gevallen is men geïnteresseerd in cijfers uit de Nationale Studie, die als landelijk vergelijkingsmateriaal 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 in dit werkplan verder niet genoemde projecten zijn:

- Bijwerkingen van geneesmiddelen (WVC - Bureau Bijwerkingen)
- Reumaonderzoek meerdere echelons (commissie reumaresearch/TNO)
- Gezondheidszorgonderzoek Urk (ziekenfonds 'Het Groene Land')
- OECD-indicator (CBS)

Vervolganalyses van de gegevens van de Nationale Studie vinden plaats in een aantal reeds lopende en nog startende deelprojecten. Deze kunnen in drie groepen worden ingedeeld, afhankelijk van het hoofdaccent van de betreffende projecten. De eerste groep projecten richt zich op epidemiologische aspecten van de huisartspraktijk, 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 groep projecten wordt gevormd door nieuwe projecten waarin het accent ligt op het handelen van de huisarts: vervolgonderzoek is gepland op het vlak van prescriptie, verwijzingen en werkbelasting. Tenslotte wordt de derde groep gevormd door patiëntonderzoek; diverse vervolgprojecten in het kader van de patiëntenenquête zijn gepland, zoals op het terrein van sociale netwerken, leefstijl en gezondheidsattent gedrag.

### **Overzicht van de projecten**

NAT 87.02	Huisarts en chronische aandoeningen (rapportage)
NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES) (analyse en rapportage)

- NAT 89.04      Epidemiologie van chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat  
(analyse en eerste rapportage)
- NAT 89.05      Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk  
(schrijven bijgestelde subsidie-aanvraag)
- NAT 91.04      Epidemiologie van maag-darm aandoeningen en de rol van de huisarts bij patiënten met deze aandoeningen  
(analyse en rapportage)
- NIEUW  
NAT 92.01      Gezondheid en medische consumptie van allochtonen  
(indienen subsidie-aanvraag en start project)
- NIEUW  
NAT 92.02      Epidemiologie van migraine en aanverwante aandoeningen en de rol van de huisarts bij patiënten met deze aandoeningen  
(analyses en rapportage)
- NIEUW  
NAT 92.03      Gezonde levensverwachting  
(analyses)
- NIEUW  
NAT 92.04      Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk.  
(analyse en rapportage)
- NAT 87.06      Verloskundige zorg door de huisarts  
(analyse en rapportage)
- NAT 89.03      Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk  
(analyse en rapportage)
- NAT 90.05      Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg  
(start analyses)

- NAT 91.03      Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk  
(analyse en rapportage)
- NAT 91.06      Verschillen in hulpverlening tussen vrouwelijke en mannelijke  
huisartsen  
(analyse en rapportage)
- NAT 91.09      De grote stadspraktijk  
(analyse en rapportage)
- NIEUW  
NAT 92.05      Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk:  
een analyse van individuele voorschrijfprofielen van huisartsen  
en de consequenties voor kosten en kwaliteit.  
(bij subsidietoekenning start van het project)
- NIEUW  
NAT 92.06      Prescriptie bij chronische aandoeningen  
(schrijven projectvoorstel)
- NAT 90.01      Sociale netwerken en gezondheid  
(analyses en tussentijdse rapportages)
- NAT 90.02      Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg  
(analyse en rapportage)
- NAT 91.01      Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen. Een  
onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken.  
(analyse en tussentijdse rapportage)

## **5.2. Samenhang en samenwerking (projectleider Dr. D. de Bakker)**

In het aandachtsgebied samenhang staan de activiteiten die worden ondernomen om tot meer organisatie in de eerste lijn te komen centraal. In principe betekent dit dat twee typen onderzoek plaatsvinden.

In de eerste plaats is er onderzoek dat zich richt op inventarisatie van activiteiten die zich richten op het tot stand brengen van samenhang. Voorbeelden hiervan zijn de projecten Registratie en Onderzoek Samenwerkingsverbanden

en Registratie van Innovatieve Projecten. Ter ondersteuning van het onderzoek op dit terrein wordt een informatiesysteem bijgehouden van aspirant- en gevestigde huisartsen.

In de tweede plaats vinden onderzoeken plaats naar programma's/organisatievormen gericht op verbetering van de samenhang. Vragen die daarbij worden gesteld zijn of alternatieve organisatievormen leiden tot kostenbesparing, kwaliteitsverhoging etcetera. Het onderzoek naar gezondheidscentra en de evaluatie van het experiment gezondheidszorg Almere kunnen hieronder gerangschikt worden. Het thema kwaliteit neemt hierin een steeds belangrijker plaats in zowel in het onderzoek in Almere als bij het onderzoek naar gezondheidscentra.

Een belangrijke ontwikkeling die van invloed zal zijn op de toekomst van gezondheidscentra, is het voornemen om de bestaande subsidies voor gezondheidscentra af te bouwen. In het nieuwe overeenkomstenstelsel dat met de stelselwijziging tot stand zal komen, past de subsidiëring van gezondheidscentra door de overheid niet meer. Gezondheidscentra zullen zelf kostendekkende overeenkomsten moeten zien af te sluiten met zorgverzekeraars.

Nog afgezien van de vraag in hoeverre gezondheidscentra hierin zullen slagen, zal deze ontwikkeling mogelijk gevolgen hebben voor de positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk. Immers, het AMW is een verantwoordelijkheid van de gemeenten en wordt niet zoals de andere kerndisciplines ondergebracht in de AWBZ.

Tenslotte dient het Scenarioproject Eerstelijnszorg te worden genoemd. In dit project is een aantal organisatievarianten bestudeerd op hun mogelijkheden om aan de toekomstige vraag naar thuiszorg te voldoen bestudeerd. De verwachting is dat door de stelselwijziging meer mogelijkheden ontstaan om met verschillende organisatievormen te experimenteren. Een systematische evaluatie hiervan is geboden om de realiteitswaarde van de modellen die in het scenarioproject ontwikkeld zijn, te toetsen. Een eerste mogelijkheid doet zich voor rond HMO-achtige experimenten.

## Overzicht van de projecten

SAM 85.01	Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (gegevensverzameling en rapportage)
SAM 90.01	Registratie Innovatieve Projecten (registratie en rapportage)

- SAM 84.01 Huisartsenregistratie  
(registratie en verslaglegging)
- SAM 84.02 Registratie van nog niet gevestigde huisartsen  
(registratie en verslaglegging)
- NIEUW  
SAM 92.01 Opgebrand? Een inventariserend onderzoek naar de aanwezigheid van gevoelens van motivatie en de motivatie bij huisartsen  
(rapportage)
- SAM 91.02 De invloed van samenwerking op de zorg van specifieke patiëntcategorieën  
(analyse en rapportage)
- SAM 91.03 Het werken volgens standaarden in gezondheidscentra  
(schrijven projectvoorstel)
- SAM 91.04 Kwaliteitskenmerken van zorg in gezondheidscentra  
(schrijven projectvoorstel)
- SAM 90.04 Evaluatie HMO-achtige experimenten  
(in afwachting van subsidiëring)
- SAM 91.01 Huisarts en basisgezondheidsdiensten; een stimulans voor populatiegericht denken in de huisartspraktijk  
(schrijven projectvoorstel)
- NIEUW  
SAM 92.02 Farmacotherapeutisch overleg: de evaluatie van een interventie  
(indiëning subsidie-aanvraag en start project)
- NIEUW  
SAM 92.03 De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg  
(schrijven projectvoorstel)



SAM 90.05      Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere  
(rapportage)

NIEUW

SAM 92.04      Gevolgen van de opening van het ziekenhuis in Almere  
(verzamelen ziekenfondsgegevens)

NIEUW

SAM 92.05      Eindevaluatie gezondheidszorg Almere  
(rapportage)

### 5.3. Peilstations

Onder het aandachtsgebied 'Peilstations' worden zowel de al meer dan twintig jaar bestaande Continue morbiditeitsregistratie peilstations beschreven als het nieuw geplande 'Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg'. Met dit netwerk ontstaat de mogelijkheid van continue monitoring van de ontwikkeling van het aantal verrichtingen in de huisartspraktijk ter ondersteuning en evaluatie van het beleid terzake. Het ligt in de bedoeling het informatie netwerk zodanig op te zetten dat ook vraagstellingen rond de kwaliteit van de geleverde zorg beantwoord kunnen worden. Hiervoor zullen op gezette tijden extra gegevens verzameld worden.

Met het operationeel worden van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg zal de informatie achterstand ten opzichte van de ziekenhuis- en verpleeghuiszorg opgeheven kunnen worden. In deze laatstgenoemde sectoren van de gezondheidszorg wordt via de Landelijke Medische Registratie, het Verpleeghuis Informatie Systeem en Polikliniek Informatie Systeem permanent informatie verzameld.

De registratie in het kader van de CMR Peilstations zal ook in 1992 voortgezet worden. In dit jaar zal verder gewerkt worden aan de nieuwe plaatsbepaling en financiering voor de peilstations.

Het merendeel van de onderwerpen dat in 1992 geregistreerd zal worden staat al enkele jaren op de weekstaat. In 1992 zullen daarnaast enkele onderwerpen van de weekstaat van 1991 worden vervangen door nieuwe onderwerpen (zie PEIL 84.01). Naar een tweetal onderwerpen zal zogenaamd incidenteel onderzoek plaatsvinden.

Er zal deelgenomen worden aan twee internationale organisaties: het International Primary Care Network (PEIL 87.01) en Eurosentinel (PEIL 89.01). Eurosen-

tinel is een samenwerkingsverband van nationale en regionale peilstationsnetwerken in West-Europa. Het International Primary Care Network strekt zich uit over meerdere continenten.

### **Overzicht van projecten**

- PEIL 84.01      Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland  
(continue registratie)
- WHO PEIL 87.01 Deelname aan het International Primary Care Network  
(voorbereiding low backpain study)
- PEIL 88.01      Herziening structuur en functioneren Peilstations  
(opstellen nieuw plan in overleg met RIVM)
- PEIL 89.01      Deelname aan Eurosentinel  
(voortzetting lopende registratie)
- NAT 90.03      Een landelijk informatie netwerk huisartsenzorg  
(verdere uitwerking van de opzet en aanvang van de registratie in een beperkt aantal praktijken)

## **6. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE** **(projectleider mw. drs. A.K. de Leeuw)**

### **Inleiding**

Automatisering, documentaire dienstverlening, samenwerking en thesaurusbouw zijn onze belangrijkste trefwoorden voor de jaren 1992/1993.

### **Samenwerking**

In 1991 is een begin gemaakt met de samenwerking tussen de bibliotheken van de vier nationale sector-instituten op het gebied van gezondheidszorgonderzoek. De betreffende instituten zijn het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG), het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het Nationaal Ziekenhuis Instituut/de Nationale Ziekenhuis Raad (NZI/NZR) en het NIVEL. Deze samenwerking zal zich voornamelijk concentreren rond het vervaardigen van een gezamenlijke trefwoordenlijst en het zoeken naar mogelijkheden op het gebied van datacommunicatie tussen de betreffende databases.

Ook op het gebied van registratie van (lopend) wetenschappelijk onderzoek (RWO) wordt samengewerkt. Naast het NIVEL participeren in dit samenwerkingsverband het Sociaal-Wetenschappelijk Informatie- en Documentatiecentrum (SWIDOC), het NcGv, het NIPG, het Landelijk Centrum Dienstverlening-GVO (LC-GVO), en de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (SWSF). Voornaamste doelstelling is het voorkomen van dubbele enquêtering. Niet onvermeld mag het aandeel van de bibliotheek en documentatie blijven binnen het Project Innovatieve Projecten (RIP), waarbinnen samengewerkt wordt met het NcGv en het NZI.

Besprekingen over het afstemmen van termen in verband met een gezamenlijke trefwoordensysteem lopen dwars door bovenstaande samenwerkingsverbanden heen.

### **Automatisering**

Belangrijke aandachtspunten in 1992 en 1993 zijn:

- Het via één menu aanbieden aan bibliotheekgebruikers van de verschillende documentaire databases die binnen het NIVEL aanwezig zijn, waarbij vooral aandacht besteed zal worden aan de gebruikersvriendelijkheid van het systeem;
- Het automatiseren van de uitleen (in 1991 is prioriteit gegeven aan de besteladministratie);

- Het mogelijk maken van bewerkingen van de databases Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO) en Registratie Innovatieve Projecten (RIP) ten behoeve van trendstudies;
- Het verhogen van een efficiënt gebruik van het geautomatiseerde systeem en het plegen van aan- en toepassingen bij thesaurusbouw en uitkomsten van de verschillende samenwerkingsverbanden;
- Conversie: uitwisselingsmogelijkheden van bestanden onderzoeken;
- Datacommunicatie met publiekscatalogi van universiteitsbibliotheken voor bibliotheekgebruikers vergemakkelijken;

### **Documentaire dienstverlening**

De documentaire dienstverlening zal in 1992/1993 weer voornamelijk bestaan uit een aanbod van 6 bibliografieën en de beantwoording 'op maat' van vragen van gebruikers door middel van literatuurlijsten. In de maandelijkse aanwinstenlijsten staan de nieuwste aanwinsten op het gebied van literatuur en lopend wetenschappelijk onderzoek vermeld. De kwartaallijst 'samenwerking' wordt omgevormd tot een kwartaal-aanwinstenlijst op het gebied van integrale zorg(hulp)verlening.

In 1992 zullen over de volgende onderwerpen bibliografieën verschijnen:

- verpleeghuiszorg
- placebo's in de huisartspraktijk
- oefentherapie
- marktwerking en kwaliteit van de zorg
- internationaal vergelijkend onderzoek van gezondheidszorgsystemen
- eerstelijnszorg ten behoeve van bewoners van instellingen.

### **Thesaurusbouw**

Een belangrijk instrument voor het ontsluiten en weer opzoeken van literatuur is de thesaurus. De bibliotheek en documentatie van het NIVEL maakt reeds enige jaren gebruik van een eigen thesaurus, die echter aanpassing en verdere structurering behoeft. In het kader van reeds genoemde samenwerking, wordt op basis van de thesauri van de afzonderlijke instituten gewerkt aan een gezamenlijke trefwoordenlijst.

## Overzicht van projecten

- BIDOC 86.01    Automatisering bibliotheek en samenwerking LC-GVO, NcGv, NISSO  
(installatie module uitleen; toepassingen RWO en RIP, conversiemogelijkheden DATAPERFECT en ADLIB)
- BIDOC 91.01    Samenwerking automatisering bibliotheken NcGv, NIPG, NIVEL, NZI  
(uitwerken van mogelijkheden)
- BIDOC 89.01    Thesaurus 'Eerstelijns(gezondheids)zorg'  
(structurering en onderhoud)
- BIDOC 91.02    Trefwoordenlijst 'Gezondheidszorg'  
(samenstelling van trefwoordenlijst)
- BIDOC 88.01    Registratie Wetenschappelijk Onderzoek  
(jaarlijks overzicht)
- NIEUW  
BIDOC 92.01    Twintig jaar onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg  
(analyse en rapportage)



## 7. OVERIGE ACTIVITEITEN

### Inleiding

Onder 'overige activiteiten' vallen zaken met meer algemeen karakter, die niet goed bij een van de vorige (thematische) hoofdstukken ondergebracht kunnen worden zoals congressen, symposia of overzichtsstudies.

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. Er is besloten tot een nieuwe overzichtsstudie die wat betreft de uitvoering vergelijkbaar is met de eerste overzichtsstudie - verschillende medewerkers (vooral de projectleiders) schrijven hoofdstukken -, maar met een beperkter onderwerp: kwaliteit van thuiszorg en zorg voor chronische patiënten.

De internationale conferenties van het NIVEL beginnen een vast terugkerende activiteit te worden en de Europese conferentie over gezondheidszorgonderzoek, waarvan het NIVEL mede organisator is, is aan zijn vierde editie toe, elk jaar in een andere Europese stad.

De laatste jaren heeft het NIVEL enkele workshops en invitational conferences georganiseerd, soms om de wetenschappelijke discussie rond een bepaald onderwerp verder te brengen, maar vaker nog om de partijen die bij het beleid betrokken zijn, bijeen te brengen. De ervaringen daarmee zijn positief. Onderzoeksresultaten van het NIVEL spelen een rol in de beleidsdiscussie en zijn bij partijen blijkbaar aanvaardbaar als empirisch uitgangspunt voor de discussie.

### Overzicht van de activiteiten

- |           |  |
|-----------|--|
| ALG 89.02 | Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn<br>(documentaire activiteiten, gegevensverzameling en schrijven hoofdstukken) |
| ALG 90.03 | Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing van onderzoek<br>(deelname aan experimentele toetsing)           |

- ALG 91.03      Second international Conference on Community Nursing  
(start organisatie van conferentie te houden in 1993)
- ALG 91.05      Symposium 'generalistische zorg'  
(organisatie symposium (2e helft 1992))
- NIEUW  
ALG 92.01      Fourth European Conference on Health Services Research  
(mede-organisatie conferentie in december 1992)
- NIEUW  
ALG 92.02      Inventarisatie kwaliteitssystemen in de zorgsector  
(analyse, rapportage, start tweede inventarisatieronde)
- NIEUW  
ALG 92.03      Symposium scenario's voor de eerstelijnszorg en thuiszorg  
(organisatie van het symposium)
- NIEUW  
ALG 92.04      Invitational conference: preventie in de huisartspraktijk  
(organisatie van de conferentie)
- NIEUW  
ALG 92.05      Symposium over de opleiding en positie van paramedici in  
enkele West-Europese landen  
(organisatie van het symposium)
- NIEUW  
ALG 92.06      Internationale conferentie praktijkprofielen van Europese  
huisartsen  
(eerste voorbereidingen voor organisatie van conferentie in  
1993)



## 8. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST VAN MEDEWERKERS

### 8.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1992

#### Leden

Drs. Cl. Olthoff	Voorzitter
Drs. R.W. Lubbers	Secretaris
Mr. J.J. Reijerkerk	Penningmeester

#### Voorgedragen door:

Vacature	Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer A.W. Kessener, arts	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Mr. R.J. Hofman	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziekte- kostenverzekeraars
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
Vacature	Staf NIVEL
Vacature	Gehandicaptenraad
Mr. S.I.M. Bless	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
De heer W. Schoemans	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiothe- rapie
Mr. R.C.J. Kalfsbeek	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

#### Adviseurs

J. Bultman, arts	Ziekenfondsraad
Mw. mr. P. Fontein	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Drs. F. Gardenbroek	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
M. Bonke	VIVAM (Vereniging van Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk)
Drs. W.G.W. Boerma	Ondernemingsraad NIVEL
Mw. J.A.M. v.d.Heiden	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
De heer Th. Koekenbier	Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksge- zondheid

## 8.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1992

### Leiding

001	Directeur	Mw. Dr. J.M. Bensing
002	Hoofd Wetenschappelijk Onderzoek/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	Directie-secretaris	Mw. Ir. J.M. Bosman
007	Adviseur automatisering	Drs. A.J. ten Hoopen
008	Wetenschappelijk assistent hoofd WO	Drs. A.B.M. Gloerich
009	Wetenschapsjournalist	G.W. Olthof
010	Medewerker publiciteit en vormgeving	Mw. M.M. Cornelius
011	Medewerker PZ en AZ	Mw. J.D.M. Kerkhof
012	Medewerker secretariaat directeur	Mw. M. van Leeuwen
013	Medewerker secretariaat (adjunct)-hoofd WO	Mw. E. Zoer
014	Medewerker secretariaat (adjunct)-hoofd WO	Mw. S.F. Notenboom
015	Medewerker archief en secretariaat bestuur	Mw. M.W. Brouwer
016	Medewerker directie-secretariaat	Mw. C.J. Ruiter

### Onderzoek

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

(002)	Projectleider	Prof. Dr. J. van der Zee
(004)	Projectleider	Dr. P.P. Groenewegen
017	Assistent-onderzoeker	Drs. E.D.J. Hackenitz

#### Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg:

018	Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma
-----	-------------	--------------------

#### Supply induced demand:

019	Assistent-onderzoeker in opleiding	Drs. M.J.A. van Noordt
-----	------------------------------------	------------------------

## Cluster thuiszorg en substitutie

### *Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:*

020	Projectleider	Vacature
021	Medewerker secretariaat	Mw. M.A.M.v.d.Meulen

### Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering:

022	Onderzoeker	L.J. Stokx, arts
(008)	Onderzoeker	Drs. A.B.M. Gloerich

### Combinatie inzichten huisartsenhonorering:

023	Onderzoeker	Mw. Drs. D.M. Delnoy
-----	-------------	----------------------

### Verloskundige zorg:

024	Projectleider	Dr. L. Hingstman
025	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken
026	Adviseur verloskundige	Dr. G.A.H. Berghs

### Evaluatie experimenten verloskundige samenwerkingsverbanden:

027	Onderzoeker	Mw. Drs. J.A. Ritoco
-----	-------------	----------------------

### Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)

028	Onderzoeker	Drs. Th. A. Wiegers
029	Coördinator veldwerk	Mw. T.A. de Bie-Vos

### *Themagebied Extramurale verpleging:*

030	Projectleider	Mw. Dr. A. Kerkstra
031	Wetenschappelijk assistent	Drs. F. Beemster
(021)	Medewerker secretariaat	Mw. M.A.M.v.d.Meulen

### Functiedifferentiatie in de thuiszorg:

032	Onderzoeker	Drs. P.G.M. Jansen
-----	-------------	--------------------

### Technologische vernieuwing in de thuiszorg:

033	Senior-onderzoeker	Dr.Ir. R.D. Friele
-----	--------------------	--------------------

### Tillen in de thuiszorg:

034	Onderzoeker	Mw. Drs. J.J. Knibbe
-----	-------------	----------------------

## **Cluster hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid**

### *Themagebied Hulpvraag en hulpvrager in de ELGZ:*

035	Projectleider	Drs. L. Peters
036	Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.W. Moons
037	Medewerker secretariaat	Mw. B.M. Kamphuys

Consumentenpanel:		
038	Onderzoeker	Drs. J.J. Kerssens

Kwaliteit van thuiszorg		
(033)	Onderzoeker	Dr.Ir. R.D. Friele
039	Documentalist	Drs. E.C.M. van Campen

Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:		
040	Onderzoeker	Drs. G.J. Visser
041	Veldwerker	Mw. W.M. Bootsma

Substitutie effecten van alternatieve geneeswijzen:		
(035)	Onderzoeker	Drs. L. Peters

### *Themagebied Eerste lijn en GGZ:*

(005)	Projectleider	Dr. P.F.M. Verhaak
(001)	Onderzoeker	Mw. Dr. J.M. Bensing
042	Assistent-onderzoeker/beheerder videotheek	Drs. F.J. Bruijel
(037)	Medewerker secretariaat	Mw. B.M. Kamphuys

Evaluatie van Geriatrisch Diagnose- en Behandeladviesteam		
043	Onderzoeker	Mw. Dr. T.H. Collijn

### *Themagebied Paramedische beroepen:*

044	Projectleider	Dr. J. Dekker
(025)	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken

Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie:		
045	Onderzoeker	Drs. M.E. van Baar
046	Onderzoeker	Vacature
047	Administratief medewerker	Mw. R. de Groot

048	Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek: Onderzoeker	Drs. E. Hendriks
049	Functie en plaats van oefentherapie Cesar, Mensendieck, podotherapie en ergotherapie: Onderzoeker	Drs. M.J.W.M. van Gisbergen
050	Onderzoeker	Mw. Drs. M.J.A. Driessen
051	Toepassing van de ICDH in de logopedie: Onderzoeker	Mw. Drs. M.F. Raaijmakers
052	Patiëntenvoorlichting door diëtisten: Onderzoeker	Vacature

### **Cluster vraag - aanbod relaties en samenhang in de gezondheidszorg**

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

Kernteam ten behoeve van Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk:

053	Projectleider	Mw. Dr. M.M.E. Foets
054	Projectleider	J. van der Velden, arts
055	Databankbeheerder	Drs. J.N.H.M. van Snelenberg
056	Coördinator kernteam	Mw. G.A. Donker, arts
057	Onderzoeker	Mw. Drs. M.W.M. de Waal
058	Assistent-onderzoeker	H.P.H. Abrahamse
059	Research-medewerker	J.V. Gravestein
060	Medewerker secretariaat	Mw. I.M. Karamat Ali
061	Gezonde levensverwachting: Onderzoeker	Mw. Drs. W.J. Nusselder
062	Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen: Onderzoeker	Drs. S.E. Kooiker

	Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk:	
063	Assistent-onderzoeker in opleiding	Drs. J.B.F. Hutten
064	Onderzoeker	D. Bijl, arts
	Sociale netwerken en gezondheid:	
065	Onderzoeker	Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis
	Epidemiologie van migraine:	
066	Onderzoeker	Dr. H.A. Flierman
(064)	Onderzoeker	D. Bijl, arts
	Verschillen in hulpverlening tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen:	
067	Onderzoeker	Mw. Drs. A. van den Brink - Muinen
	Grote stadspraktijk:	
068	Onderzoeker	Drs. R.A. Verheij
	<i>Themagebied Samenhang en samenwerking in de eerste lijn:</i>	
069	Projectleider	Dr. D.H. de Bakker
070	Medewerker secretariaat	Mw. R.P. Wiegiers
	Burn-out onder huisartsen:	
071	Onderzoeker	Drs. H.G.H. van Dieren- donck
	Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden:	
072	Onderzoeker	Mw. Dr. A.J.E. de Veer
073	Onderzoeker	Drs. J. Pool
	Registratie Innovatieve Projecten:	
074	Onderzoeker	Drs. P.S.H.M. Peters
	Eindevaluatie gezondheidszorg Almere:	
075	Onderzoeker	Drs. H.J.M. Sixma
	Peilstations:	
076	Arts-onderzoeker	A.I.M. Bartelds, arts
077	Medewerker secretariaat	Mw. M. Heshusius-van Valen
078	Medewerker secretariaat	Mw. E.E. Colet

**Registratie Beroepsbeoefenaren en de ELGZ:**

(073)	Wetenschappelijk assistent	Drs. J. Pool
079	Coördinator Registratie-systemen	Mw. Drs. E.T. Wismeijer
080	Research-medewerker	Mw. M.A. Boschman
081	Administratief Medewerker	A.F. Scheepmaker
082	Administratief Medewerker	Mw. E. Fontein

**Onderzoek algemeen:**

**Inventarisatie kwaliteitssystemen in de zorgsector:**

083	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M. Sluijs
-----	-------------	----------------------

**Telefonisch panel:**

084	Assistent-onderzoeker	Mw. Drs. I.M.J. Hermans
-----	-----------------------	-------------------------

**Overige medewerkers algemeen:**

(055)	Systeembeheerder	Drs. J.N.H.M. van Snel- lenberg
085	Systeemanalist	P.W.A. Storck
(080)	Research-medewerker	Mw. M.A. Boschman
086	Research-medewerker	Mw. M.H. Duister
087	Research-medewerker	J. Hoekstra
088	Research-medewerker	P.M.M. Spreeuwenberg
089	Research-medewerker	Drs. M.L.J.J. Winckers

**Bibliotheek en documentatie:**

090	Coördinator	Mw. Drs. A.K. de Leeuw
091	Bibliothecaris	Mw. I. de Garde
092	Documentalist	Drs. P.M.J.R. van der Heijden
093	Medewerker bibliotheek/documen- talist	F.H. Boeringa
094	Medewerker classificatie en docu- mentie	P. Mulder
095	Medewerker secretariaat	Vacature

**Registratie wetenschappelijk onderzoek:**

096	Medewerker	Mw. M.E. van Loo
-----	------------	------------------

<b>Algemene dienst:</b>		
097	Assistent-administrateur	C.H. Franke
098	Medewerker F & A	Mw. J.A.M. de Jong
099	Medewerker F & A/salarisadm.	Mw. J.H. de Vlieger
100	Beheerder	B.H.J. Müller
101	Hoofd huishouding	Mw. L.M. Jurrius
102	Assistent Hoofd huishouding	Mw. M. Wind
103	Medewerker receptie/verzendafdeling	Mw. C. M. Felperlaan
104	Medewerker receptie/verzendafdeling	Mw. W. Smit
105	Medewerker receptie/beheer	W.L. Spruit
106	Schoonmaker	Mw. Th. Sieders
107	Schoonmaker	Mw. C. Drieling