Werkplan 1991-1992

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

INHOUD

1. INLEIDING 5

1.1. 5

1.2. Recente ontwikkelingen 8

1.3. Nieuwe elementen in het werkplan 12

1.4. Korte samenvatting van het onderzoeksprogramma 17

1.4.1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 18

1.4.2. Thuiszorg en substitutie 19

1.4.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid 21

1.4.4. Vraag-aanbod relaties en samenhang in de gezondheidszorg 25

1.4.5. Bibliotheek en documentatie 28

1.4.6. Overige activiteiten 28

2. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG (PROJECTLEIDERS PROF.DR. J. VAN DER ZEE, DR. P.P.GROENEWEGEN) 31

2.1. Inleiding 31

3. THUISZORG EN SUBSTITUTIE 41

3.1. Inleiding 41

3.2. Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (projectleider Drs. T.J.J.M.T. Kersten) 43

3.3. Verloskundige zorg (projectleider Dr. L. Hingstman) 50

3.4. Extramurale verpleging (projectleider Mw. Dr. A. Kerkstra) 54

4. HULPVRAAG, HULPVERLENING EN FUNCTIONELE GEZONDHEID 61

4.1. Inleiding 61

4.2. Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn (projectleider Drs. L. Peters) 62

4.3. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (projectleider Dr. P.F.M. Verhaak) 69

4.4. Paramedische beroepen (projectleider Dr. J. Dekker) 80

5. VRAAG - AANBOD RELATIES EN SAMENHANG IN DE GEZONDHEIDSZORG 93

5.1. Inleiding 93

5.2. Vraag/aanbod relatie in de huisartspraktijk (projectleiders: Mw. Dr. M. Foets en J. van der Velden, arts) 94

5.3. Samenhang en samenwerking (projectleider Dr. D. de Bakker) 113

6. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE (PROJECTLEIDER MW. DRS. A.K. DE LEEUW) 127
6.1. Inleiding 127
6.2. Automatisering 127
6.3. Documentatie 129

7. OVERIGE ACTIVITEITEN 131
7.1. Inleiding 131

8. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR VAN DE STICHTING NIVEL EN LIJST MEDEWERKERS 139
8.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1991 139
8.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1991 140

1. INLEIDING

1.1.

Voor u ligt het werkplan 1991/1992 van het NIVEL. Het werkplan 1991/1992 wijkt qua opbouw enigszins af van de eerdere edities. Deze waren opgebouwd rond een aantal themagebieden (negen) die tevens de zwaartepunten van het onderzoeksprogramma van het NIVEL vormen. In deze editie van het werkplan is daar een niveau tussen geschoven waarin een aantal themagebieden tot samenhangende clusters worden samengevoegd. Deze clusters hebben betrekking op: thuiszorg en substitutie, patiënt en hulpverleningsproces, en vraag-aanbodrelaties en samenhang in de gezondheidszorg.

Deze gewijzigde opzet moet gezien worden tegen de achtergrond van de afbakening van het onderzoeksterrein van het NIVEL. Deze is in sterke mate bepaald door de organisatie van de gezondheidszorg. Het onderzoeksterrein van het NIVEL is de eerstelijnsgezondheidszorg in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De strakke indeling in echelons wordt meer en meer verlaten en vervangen door flexibeler geachte 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. Formulering van het onderzoeksprogramma in termen van bredere thema's biedt daartoe meer mogelijkheden.
Daarnaast is een herschikking geluxeerd door een bezuiniging die opgelegd is door de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Deze bezuiniging, gemotiveerd door de wens gelden vrij te maken voor nieuw beleid, laat zien dat de 'eerste lijn' niet meer als vanzelfsprekend buiten de bezuinigingen blijft. De 'eerste lijn' is kennelijk niet zonder meer als 'nieuw beleid' te bestempelen. Het denken in 'functies' (behandelen, verplegen, verzorgen) geeft geen antwoord op de vraag **'waar'** behandeld of verpleegd moet worden. Sluipenderwijs verdwijnt de vanzelfsprekendheid waarmee **thuis** behandelen en verplegen voorrang geniet. De 'eerste lijn' moet zijn plaats opnieuw bevechten. De bezuiniging is specifiek opgelegd op twee onderdelen van het programma: de continue morbiditeitsregistratie peilstations en de registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor de CMR-peilstations wordt een nieuwe opzet uitgewerkt en alternatieve financiering gezocht. De registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg wordt in afgeslankte vorm voortgezet. De reorganisatie die door deze bezuiniging noodzakelijk was,

heeft geleid tot opheffing van het themagebied volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg waarbinnen de registratie van beroepsbeoefenaren was ondergebracht. Dit heeft de gedachtenvorming over de formulering van bredere onderzoeksthema's dan de huidige themagebieden versneld.

De inhoud van dit werkplan is als volgt opgebouwd. Per onderzoeksterrein wordt in een inleiding aangegeven in welke richting het onderzoek zich waarschijnlijk in de komende jaren zal ontwikkelen. Vervolgens worden concrete projectbeschrijvingen gegeven van onderzoek dat al in uitvoering is of waarmee we in 1991 en 1992 hopen te beginnen. Deze projectbeschrijvingen zijn nog grotendeels volgens de 'oude' themagebieden weergegeven. Voor we echter aan de beschrijving van het programma beginnen, wordt in dit inleidende hoofdstuk een korte beschrijving gegeven van recente ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot de gezondheidszorg en het gezondheidszorgonderzoek en van nieuwe elementen in het onderzoeksprogramma. Daarmee wordt de achtergrond geschetst waartegen de programmering van het onderzoek van het NIVEL plaatsvindt. Het inleidende gedeelte wordt afgesloten met een samenvatting van de voorgenomen en lopende onderzoeksprojecten.

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. Voor een belangrijk deel is het programma echter ook geïnspireerd door een consultatieronde die we ter voorbereiding van dat programma hebben gehouden langs een groot aantal instanties die wij beschouwen als de doelgroepen van het NIVEL: beroeps- en koepelorganisaties, patiëntenorganisaties, financiers, adviesorganen op het gebied van de gezondheidszorg en uiteraard ook onze subsidiënt, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Voor het eerst zijn bij de voorbereiding van het werkplan 1991/1992 ook enkele wetenschappelijke verenigingen van specialisten in de consultatieronde opgenomen. Deze laatste gesprekken zijn in goede sfeer verlopen. De eerste consequenties zijn in het werkplan terug te vinden.

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.

Verschuivingen in het programma

De meest markante verschuiving is, dat in korte tijd (het NIVEL werd in 1985 opgericht) een onderzoekstraditie is opgebouwd op het gebied van andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts, vooral de extramurale verpleging en de paramedische beroepen. 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 nu langzamerhand ook een samenhangend geheel van onderzoeken af te tekenen. Het onderzoek op dit terrein is nu als apart aandachtsgebied ondergebracht in het bredere onderzoeksthema 'thuiszorg en substitutie'.

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.

Een andere belangrijke verschuiving is die van onderzoek op het gebied van de structuur van de gezondheidszorg naar evaluatief onderzoek van de zorgverlening en van de bijdrage van de zorgverlening aan de gezondheid. Deze verschuiving wordt zichtbaar in de opeenvolgende werkplannen door een toenemend aantal projecten met een duidelijk evaluatief karakter en projecten rond specifieke patiëntengroepen.

In deze projecten komt ook de kwaliteit van de zorg meer en meer centraal te staan.

Aanleiding voor deze verschuiving was de verandering in het overheidsbeleid die ingezet is door de Nota 2000 en verdere uitwerking vindt in het ontwerpkerndocument gezondheidsbeleid 'Doelgericht veranderen' en de nota 'Werken aan zorgvernieuwing'. Het gezondheidszorgbeleid dat sterk leunde op ordening en planning, is voor een belangrijk deel verlaten.

Continuïteit in aandacht voor structuur

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 eerste aanzet is gegeven tot een andere omschrijving van het onderzoeksterrein ligt ondanks alle verschuivingen een belangrijke nadruk op continuïteit.

In het verleden - in de tijd dat de structuur van de gezondheidszorg centraal stond in het beleid en daarmee ook in het onderzoeksprogramma - is de continuïteit gehandhaafd in het onderzoek rond hulpverleningsprocessen. Dit onderzoek dat gebaseerd is op de analyse van contacten tussen hulpverlener (in casu de huisarts) en patiënt, richt zich op de inhoud en de kwaliteit van de

zorg. Lange tijd heeft dit soort onderzoek een relatief lage prioriteit gehad in het onderzoeksbeleid op het terrein van de gezondheidszorg. De hoofdstroom was het op structuur gerichte onderzoek. Nu inhoud en kwaliteit van de zorg de belangrijkste trefwoorden zijn, vormt de in de loop van vijftien jaar opgebouwde verzameling arts-patiënt consulten op video een bron voor onderzoek van onschatbare waarde.
Nu zal de continuïteit blijken uit het feit dat ondanks de opgelegde bezuiniging op de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg een aantal activiteiten op het gebied van de menskracht in de gezondheidszorg en gezondheidszorgvoorzieningen in hun onderlinge samenhang gehandhaafd blijven. Een terugtredende overheid en een beleid dat gericht is op zorgfuncties en niet op voorzieningen laten zich moeilijk verenigen met onderzoek naar planning van de gezondheidszorg en met centrale informatieverzameling over beroepskrachten en voorzieningen.
Hier geldt echter dat zal blijken dat evaluatie van de op handen zijnde reorganisatie van de gezondheidszorg nauwelijks voorstelbaar is zonder centrale informatievoorziening. En de geplande reorganisatie van de gezondheidszorg brengt door zijn opzet met zich mee dat centrale informatie veel minder dan nu beschikbaar zal zijn. In deze situatie is het te verwachten dat ook bij de centrale overheid op wat langere termijn de behoefte weer zal ontstaan aan zicht op ontwikkelingen in menskracht en voorzieningen; bij de beroepsorganisaties blijft die behoefte onverminderd bestaan of wordt in een nieuw systeem van decentraal contracteren zelfs sterker. Dat is de reden dat als reactie op de bezuiniging op de registratie van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg niet gekozen is voor radicale opheffing van deze registratiesystemen, maar voor afslanking en rationalisatie van de systemen. Hierdoor blijft het mogelijk de ontwikkelingen op het gebied van de menskracht in de gezondheidszorg te volgen, hetgeen ondermeer met het oog op de Europese eenwording van belang is.

1.2. Recente ontwikkelingen

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

Volksgezondheidsbeleid

Op het gebied van het volksgezondheidsbeleid is de ontwikkeling voortgezet die begonnen is met de Nota 2000. Deze nota had een sterk beschrijvend karakter. De vertaling van de inzichten die erin verwoord waren, naar concrete beleidsmaatregelen ontbrak nog goeddeels. De onlangs gepubliceerde nota 'Werken aan zorgvernieuwing' beoogt deze leemte op te vullen. In deze nota komt ook een andere lijn duidelijk tot uiting: die van de herstructurering van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem.

Met het verschijnen van de Nota 2000 is een verschuiving in gang gezet van gezondheidszorgbeleid naar volksgezondheidsbeleid. De gezondheid of functionele toestand van de patiënt komt centraler te staan in het beleid, terwijl de regulering van het voorzieningenaanbod aan belang inboet. Met name in het onderzoek op het gebied van de paramedische beroepen, maar ook op het gebied van de extramurale verpleging (zorgbehoefte en afhankelijkheid van ondersteuning bij dagelijkse levensbehoeften) staat de functionele toestand van patiënten centraal.

Eerste lijn en thuiszorg

Aan het begin van dit hoofdstuk is al aangegeven dat deze verschuiving ook voor het onderzoeksterrein van het NIVEL consequenties heeft. Meer en meer wordt het concept 'eerste lijn' vervangen door '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 t.o.v. 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.
Gegeven deze overwegingen zal het eerstelijnsconcept van belang blijven voor het onderzoeksprogramma 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 themagebied als 'relaties tussen 1e en 2e lijnsgezondheidszorg' 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 beschreven wordt in het hoofdstuk over patiënt en hulpverleningsproces (hoofdstuk 4.3), is bij deze verschuivingen zeer relevant.
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.
Ook tussen de 'kernvoorzieningen' in de thuiszorg (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk nu in de nota 'Werken aan zorgvernieuwing' worden genoemd) 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.
In het Scenarioproject Eerstelijnszorg is gekozen voor een functionele aanpak. Daarbij blijkt hoe moeilijk het is om een omschrijving van de zorg in functionele termen te abstraheren van het werk van concrete hulpverleners. Onderzoek naar het werk van concrete hulpverleners zal daarom altijd een belangrijke rol blijven spelen.

Evaluatie herstructurering

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 Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk - het grote nationale onderzoek waarvan de gegevens in 1987 en 1988 verzameld zijn - kan dienen als beschrijving van de uitgangssituatie en als referentiepunt waartegen de voorgenomen veranderingen in de gezondheidszorg geëvalueerd kunnen worden. Gedeeltelijke herhaling van deze studie om de voorgenomen wijziging van de honorering van huisartsen te evalueren staat nu reeds op het programma, op een moment dat een belangrijk stuk van ons onderzoekspotentieel nog gericht is op de afronding van de verschillende deelprojecten van deze studie en op de nadere uitdieping rond een aantal deelprojecten. 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.

Kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek
Naast de ontwikkelingen in het beleid met betrekking tot de volksgezondheid, die op termijn hun sporen nalaten in de inhoud van het werkplan, is de discussie over de kwaliteit van het gezondheids(zorg)onderzoek van belang. Niet zozeer vanwege de invloed op de inhoud van het werkplan, als wel vanwege de invloed die het heeft op de produkten, waarop het NIVEL als onderzoeksinstituut beoordeeld wordt.
De discussie rond de kwaliteit van het gezondheids(zorg)onderzoek is in gang gezet door de analyse van de Raad van Advies van het Wetenschapsbeleid in het begin van de jaren tachtig. Daarbij werd de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidszorgonderzoek ter discussie gesteld. In de nota 'Onderzoeksbeleid Volksgezondheid' van het Ministerie van WVC is gepleit voor externe kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek op het beleidsterrein in Nederland. Dit heeft geleid tot een adviesaanvraag van de Staatssecretaris van WVC na overleg met de Minister van Onderwijs en Wetenschappen aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek en tot een nota van het zogenaamde 4-instituten-overleg waarin een

aanzet gegeven wordt tot een protocol voor kwaliteitsbeoordeling van het onderzoek.
Ofschoon het NIVEL een beleids- en toepassingsgericht onderzoeksinstituut is, is de scheiding in missiepatroon tussen de gesubsidieerde onderzoeksinstituten en de universiteiten, zoals voorgesteld door de RAWB, zo weinig doorgevoerd dat een instituut als het NIVEL zowel op het punt van het beleids- en toepassingsgerichte karakter als op het punt van het wetenschappelijk karakter hoge ogen moet gooien.
De tussenstand van de discussie omtrent deze materie is, dat het gezondheidszorgonderzoek enerzijds moet voldoen aan de kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek die vooral afgemeten worden aan de wetenschappelijke output van het onderzoek, maar anderzijds ook aan criteria van 'maatschappelijke kwaliteit' waarvoor criteria in feite nog ontwikkeld moeten worden. Maatschappelijke kwaliteit zou mogelijk afgemeten kunnen worden aan de wijze waarop beleidsproblemen getransformeerd worden tot onderzoekbare vraagstellingen en de wijze waarop onderzoeksresultaten getransformeerd kunnen worden tot aanbevelingen voor de oplossing van beleidsproblemen.
Voor de produkten van het NIVEL is de consequentie van deze discussie dat een diversificatie plaats moet vinden. Onderzoek moet zowel wetenschappelijke artikelen opleveren als meer op het beleid en het veld van de gezondheidszorg gerichte produkten. De realisering hiervan is de uitdaging die door de discussie rond de kwaliteit van het gezondheidszorgonderzoek gesteld is.

1.3. Nieuwe elementen in het werkplan

Uit paragraaf 1.1. van dit hoofdstuk zal duidelijk zijn dat de nieuwe elementen in het werkplan eerder accentverschuivingen dan radicale vernieuwingen zijn. Deels gaat het om het plaatsen van onderzoekingen in een bepaald perspectief, deels gaat het om een nieuwe clustering van reeds voorgenomen en lopend onderzoek en deels gaat het tenslotte ook om nieuwe initiatieven.

Bredere onderzoeksclusters
Zoals aan het begin van dit hoofdstuk aangegeven is, heeft om verschillende redenen een clustering van het onderzoek plaats gevonden in bredere onderzoeksterreinen. De redenen zijn zowel inhoudelijk en beleidsmatig als financieel-organisatorisch. Een bredere formulering van de onderzoeksgebieden biedt de mogelijkheid om aan te sluiten bij de vervaging van de echelongrenzen en een clustering van de bestaande themagebieden biedt door de grotere omvang betere kansen om nieuwe terreinen te ontginnen.
De indeling in clusters die in dit werkplan gehanteerd wordt, is een compromis tussen inhoudelijke en organisatorische overwegingen. Zoals eerder aangegeven

zijn radicale veranderingen vaak niet mogelijk en niet verstandig. Beter is het om aan te sluiten bij al ontstane verdichtingen in de organisatie.
De nieuw gevormde clusters vormen feitelijk met een paar uitzonderingen samenvoegingen van de themagebieden die in het vorige werkplan nog centraal stonden. De themagebieden zijn in dit werkplan nog herkenbaar als de verschillende aandachtsgebieden die onder de paraplu van een breder cluster besproken worden. De uitzonderingen zijn in de eerste plaats het themagebied 'Internationale vergelijkingen van gezondheidszorgsystemen' dat als afzonderlijk aandachtsgebied blijft bestaan, omdat het zich door de breedte van de thematiek niet in een van de clusters laat plaatsen, en in de tweede plaats het themagebied 'Volume- en functie-aanbod'. Dit laatste themagebied is zoals gezegd opgeheven in verband met de bezuiniging op deze subsidie voor de registratiesystemen. De registratiesystemen zelf worden met geringere mankracht en ondersteuning in stand gehouden.

Thuiszorg en substitutie
Het eerste cluster heeft betrekking op thuiszorg en substitutie. Het onderzoek binnen dit cluster heeft als thema de functionele relaties binnen de zorg en tussen generalistische en specialistische zorg. De themagebieden 'Relatie tussen eerste en tweede lijn' en 'Extramurale verpleging' zijn hierin samengevoegd. Tevens is het onderzoek op het gebied van de verloskunde ondergebracht in dit cluster.

Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid
Het tweede cluster - patiënt en hulpverleningsproces - richt zich op de hulpvraag en de transformatie daarvan in het hulpverleningsproces. In dit cluster zijn de themagebieden 'Hulpvraag en hulpvrager', 'Relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg', en 'Paramedische beroepen' samengevoegd. Het is op het eerste gezicht misschien enigszins verwonderlijk om het laatstgenoemde themagebied onder de paraplu van dit cluster aan te treffen. Bij nadere beschouwing van het onderzoek dat binnen dit cluster plaatsvindt en gepland is, blijkt echter een sterke gerichtheid op de hulpvraag en het hulpverleningsproces. Het hulpverleningsproces (en de uitkomsten daarvan voor de patiënt) staat centraal in het onderzoek naar patiëntenvoorlichting, het onderzoek naar het effect van oefentherapie bij artrose, het consultatief fysiotherapeutisch onderzoek en het onderzoek naar de effecten van logopedische behandelingen. De hulpvraag speelt een belangrijke rol in het epidemiologisch onderzoek op het gebied van de paramedische beroepen. Daarbij worden gegevens verzameld over de hulpvraag binnen het kader van de Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps, waarin de beleving van de hulpvrager in zijn/haar sociale omgeving centraal staat (in tegenstelling tot de in medische termen gestelde diagnose-classificaties in de geneeskunde).

Vraag-aanbod relaties en samenhang in de gezondheidszorg
Het derde cluster - vraag-aanbod relaties in de gezondheidszorg - betreft voor een belangrijk deel dezelfde thematiek als het vorige cluster, maar dan op een iets ander abstractie-niveau. Er wordt geen gebruik gemaakt van rechtstreekse observatie van het hulpverlenings- en communicatieproces, maar van gegevens die op het niveau van de praktijk of de instelling door zelfregistratie verzameld zijn, zoals in de Nationale Studie het geval is en binnen delen van het thema-gebied 'Samenhang en samenwerking in de eerste lijn'. Daarnaast worden analyses gemaakt van gezondheidszorgmodellen, zoals in het geval van de evaluatie van de Almeerse gezondheidszorg en van het Scenarioproject Eerste-lijnszorg.

Kwaliteit van zorg
Het tweede nieuwe element dat hier genoemd kan worden, betreft het onderzoek naar de 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 terugtredend beleid van de overheid beperkt deze zijn rol tot het stellen van de kaders en randvoorwaarden. Opvallender is dat er overeenstemming lijkt te zijn 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.
Door de Staatssecretaris van Volksgezondheid is advies gevraagd aan de Raad voor Gezondheidsonderzoek over de beleidsrelevante onderzoeksaspecten van kwaliteit van zorg. De RGO heeft het gevraagde advies uitgebracht onder de titel: Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. De RGO adviseert om een onderzoeksprogramma in gang te zetten 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-onderzoeksprogramma in de richting van evaluatief en patiëntgericht onderzoek. De eerste twee van de prioriteitsgebieden die de RGO heeft aangegeven, sluiten daarnaast nauw aan bij het onderzoeksterrein van het NIVEL.

Kwaliteit van zorg in concrete projecten
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 door de RGO in zijn advies aangegeven prioriteitsgebieden: kwaliteit van de thuiszorg en kwaliteit van de zorg voor chronische patiënten (op het terrein van de zwakzinnigenzorg wordt door het NIVEL geen onderzoek gedaan).
Enkele voorbeelden van relevante projecten zijn:

- consumentenpanel (zie hoofdstuk 4.2); 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 (zie hoofdstuk 4.2); 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 (zie hoofdstuk 5.2); 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 (zie hoofdstuk 4.3); 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. Het onderzoek heeft betrekking op consulten van huisartsen met hypertensiepatiënten.
- bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of in het ziekenhuis (zie hoofdstuk 3.3); 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 (zie hoofdstuk 3.4); het gaat hierbij om een veldexperiment waarin verschillende modellen geëva-

lueerd 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.

Algemene activiteiten op het gebied van kwaliteit

Naast de concrete project-activiteiten waarvan hierboven enkele voorbeelden gegeven zijn, zijn enkele algemenere activiteiten gepland met betrekking tot kwaliteit van zorg.

Bij de oprichting van het NIVEL is een overzichtsstudie gepubliceerd van onderzoek op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het heeft altijd in de bedoeling gelegen een dergelijke studie na een aantal jaren te herhalen. In het vorige werkplan is dit voornemen ook geuit. Als opzet is er toen voor gekozen om een bundeling te maken van een aantal 'review-artikelen' van de internationale literatuur, die geschreven zouden worden door de verschillende senior-onderzoekers. In de afgelopen periode is gebleken dat die opzet (nog) niet haalbaar is en niet de gewenste eenheid van onderwerp en aanpak zal opleveren.

In dit werkplan wordt een nieuwe overzichtsstudie aangekondigd die qua aanpak meer lijkt op onze eerste overzichtsstudie, maar die als onderwerp niet de volledige breedte heeft van de eerstelijnszorg of de thuiszorg, doch thematisch gericht is op het thema kwaliteit van zorg. Bij het opstellen van deze overzichtsstudie zal de afdeling bibliotheek en documentatie van het NIVEL een belangrijke rol spelen.

De nieuwe overzichtsstudie zal in 1992 gereed zijn.

Tevens ligt het in de bedoeling om in 1993 een internationaal congres over onderzoek op het gebied van kwaliteit van zorg te organiseren, zo mogelijk in aansluiting op en samenwerking met het regionale WONCA-congres dat dat jaar onder auspiciën van het NHG in Nederland georganiseerd wordt.

Peilstations

Ten slotte kan bij een bespreking van nieuwe elementen in het werkplan gewezen worden op de opzet van een netwerk van verrichtingen-peilstations die bedoeld zijn om de verandering van het honoreringssysteem van huisartsen te evalueren en te monitoren. Hierbij speelt de Nationale Studie een centrale rol. Immers, de gegevens die in de Nationale Studie verzameld zijn, kunnen beschouwd worden als een 'nulmeting' voor de evaluatie van de herstructurering van de gezondheidszorg. Meer in zijn algemeenheid wordt de Nationale Studie beschouwd als referentiepunt voor onderzoek dat op kleinere schaal of in specifieke lokaties plaatsvindt.

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

Mede door de Nationale Studie is epidemiologisch onderzoek een belangrijke rol gaan spelen in het werkplan van het NIVEL. De omvangrijke databases die daarbij veelal nodig zijn, worden behalve door het materiaal van de Nationale Studie ook opgebouwd in het nu al meer dan vijftien jaar functionerende netwerk van huisartsen-peilstations. Toch is ook de continue morbiditeitsregistratie peilstations getroffen door de bezuinigingsmaatregel die aan het begin van dit hoofdstuk is genoemd. In dit geval echter kan 1991 gebruikt worden om een hernieuwde opzet uit te werken (in samenwerking met het RIVM en met lokale peilstations) en een andere financiering te vinden. In samenwerking met het RIVM wordt een uitwerking gemaakt van de rol die peilstationsystemen kunnen spelen in de voorbereiding van de door het Ministerie van WVC aangekondigde Volksgezondheidstoekomstverkenningen.
Naast de peilstations is de afgelopen jaren een min of meer vergelijkbaar netwerk van fysiotherapiepraktijken opgezet. Het belang van eigen grootschalige dataverzameling door het NIVEL, zoals ook gebeurt in het informatiesysteem van menskracht en stapsgewijs in het videobestand van arts-patiënt-contacten, is, dat de 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 nu in zijn analyse-fase.
Het eerste deel van de analyse-fase is met het aflopen van de subsidie periode in april 1990 afgesloten met het succesvol verlopen congres 'Doctors at work'. 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.

1.4. Korte samenvatting van het onderzoeksprogramma

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

De indeling in onderzoeksthema's is als volgt:
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (hoofdstuk 2);
- Thuiszorg en substitutie (hoofdstuk 3) met daarin opgenomen de aandachtsgebieden: de relatie tussen eerste en tweede lijn, extramurale verpleging en verloskundige zorg;
- 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 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.

1.4.1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Nog steeds wordt de behoefte gevoeld de gezondheidszorg op een andere leest te schoeien. Een blik over de grens kan een antwoord geven op de vraag of men er elders wel in slaagt de beheersbaarheid van de kosten van de gezondheidszorg te vergroten zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg en de verworven rechten van patiënten. Waar in het afgelopen decennium in de Zuid-Europese landen een tendens naar meer overheidsbemoeienis kon worden geconstateerd, doen in ons land beginselen van concurrentie en marktgerichtheid opgeld, terwijl ook de Engelse National Health Service niet langer onaantastbaar lijkt te zijn.

Door de omwentelingen in Oost-Europa is te verwachten dat ook het discussiëren over het meest wenselijke systeem van gezondheidszorg van een accent op 'National Health Service'-achtige systemen, die blijkens de OECD-statistieken verreweg het meest kosten/effectief zijn, naar een liberaal marktsysteem zal verschuiven. In Oost-Europa heeft men sterke behoefte aan adviezen over structuur en organisatie van de gezondheidszorg.

Aangezien er bijna voortdurend veranderingen plaats vinden in de Europese gezondheidszorgsystemen is het documentatiecentrum van gezondheidszorgsystemen opgezet.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

WHO INT 87.01	WHO-collaborating centre for primary health care (uitvoering werkprogramma en opzet nieuw programma 1992/96)
WHO INT 88.01	Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist; fase 1: deelname aan het EG-onderzoek naar verwijzingen van huisartsen (vervolg van gegevensverzameling in Nederland)
WHO INT 88.02	Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg (opzet van het centrum en start materiaalverzameling)
WHO INT 89.01a	Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: basisgegevens (publikatie basisgegevens)
WHO INT 90.01b	Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: culturele verschillen en systeem verschillen (analyse, rapportage)
NIEUW WHO INT 91.01	Praktijkprofielen van eerstelijns-zorgverleners (materiaalverzameling en rapportage)
NIEUW WHO INT 91.02	Gezondheidstoestand, aanbod van voorzieningen en het gebruik van ziekenhuis-voorzieningen; een internationaal vergelijkend onderzoek in Nederland, België, Duitsland en Frankrijk (analyse en rapportage)
NIEUW WHO INT 91.03	Supply-induced Demand; een voorbijgaande fase in een systeem van gezondheidszorg? (verzameling van secundair statistisch materiaal en wellicht voorbereiden voorstel concerted action)
NIEUW WHO INT 91.04	Fase II, McAce (Measurement characterisation and control of ambulatory care in Europe) (indienen projectvoorstel, bij goedkeuring call for proposals)

1.4.2. Thuiszorg en substitutie

De Nederlandse gezondheidszorg bevindt zich in een veranderingsfase. Het sinds jaren gehuldigde principe van de echelonnering als ordeningsprincipe van de gezondheidszorg en als middel tot kostenbeheersing komt minder centraal te staan. De aandacht voor substitutie van zorg is echter gebleven. Met name het onderzoek op het gebied van de honorering van huisartsen dat binnen dit cluster uitgevoerd wordt, is hier relevant.

Hoe een meer functionele ordening van de gezondheidszorg gestalte zal krijgen, is nog goeddeels onduidelijk, maar de traditionele scheiding tussen generalistische en specialistische zorg zal er zeker door beïnvloed worden. De verloskundige zorg biedt de mogelijkheid de verhouding tussen generalistische

hulpverleners onderling (huisartsen en verloskundigen) en tussen deze hulpverleners en specialisten te onderzoeken.
Binnen de generalistische thuiszorg is vooral de verdergaande integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging van belang.
Technologische vernieuwing speelt in deze sector thuiszorg en substitutie een belangrijke rol. De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

Relatie tussen eerste en tweede lijn

REL 86.01	Invloed van de huisarts in de tweede lijn (materiaalbewerking en verslaglegging)
REL 88.04	Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering (materiaalverzameling en analyse)
REL 88.06	'Smart cards' in de eerste lijn ten behoeve van de communicatie in de eerste en tweede lijn (uitvoering na subsidietoekenning)
REL 90.01	Project combinatie inzichten huisartsenhonorering (literatuurstudie, analysewerkzaamheden, deelrapportage)
REL 90.02	Zorgverschuiving tussen eerste en tweede lijn als gevolg van de opening van een ziekenhuis (projectvoorstel vervaardigen)
REL 90.03	Determinanten van alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist (start project)
NIEUW REL 91.01	Verwijzingen van huisartsen naar verschillende specialismen (rapportage)
NIEUW REL 91.01a	Verwijzingen naar gynaecologie
NIEUW REL 91.01b	Verwijzingen naar interne geneeskunde
NIEUW REL 91.01c	Verwijzingen naar de driehoek orthopaedie, reumatologie, fysiotherapie
NIEUW REL 91.02	Overbrengen van het doel van de verwijzing (in voorbereiding)
NIEUW REL 91.03	Technologische vernieuwing in de thuiszorg; het ontwerpen van een onderzoeksprogramma (start van het project bij subsidietoekenning, maken programma, opstellen criteria)

Verloskundige zorg

VFA 88.01	Verloskundige activiteiten van huisartsen (analyse + rapportage)

VFA 88.06	Evaluatie invoering bijgestelde indicatielijst verloskunde (rapportage en uitwerken onderzoeksvoorstel voor een tweede fase van het onderzoek)
VFA 90.01	Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden (afwerken eerste fase + uitwerken onderzoeksvoorstel tweede fase (interventie + evaluatie) + uitvoering tweede fase)
REG 84.03	Verloskundigenregistratie (registratie-activiteiten en verslaglegging)
REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen (registratie-activiteiten en verslaglegging)
NIEUW REL 91.02	Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2) (aanvullende materiaalverzameling en analysewerkzaamheden)

Extramurale verpleging

WIJK 88.02	Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen (materiaalverzameling en rapportage)
WIJK 90.01	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: nadere analyses (schrijven wetenschappelijke artikelen)
WIJK 90.02	Extramurale verpleging in verschillende landen (literatuurstudie, interviews met contactpersonen in de betreffende landen, praktijkobservaties, rapportage)
WIJK 90.03	Evaluatie transmurale diabetesverpleegkundigen (indien subsidietoekenning zal worden gestart met literatuurstudie, instrumentontwikkeling, materiaalverzameling)
WIJK 90.04	De zorgbehoefte ontleed: een vervolgonderzoek (indien subsidietoekenning zal zo spoedig mogelijk worden gestart)
NIEUW WIJK 91.01	Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg (schrijven van een onderzoeksvoorstel. Indien goedkeuring zal zo spoedig mogelijk worden gestart)
NIEUW WIJK 91.02	Registratie integratie Kruiswerk/Gezinsverzorging (schrijven van een onderzoeksvoorstel)

1.4.3. Hulpvraag, hulpverlening en functionele gezondheid

In de recente ontwikkelingen op het gebied van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg wordt de patiënt een belangrijke plaats toebedeeld bij de

beoordeling van gezondheidsvoorzieningen. De opzet van een panel van gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen (het zogenaamde consumentenpanel) is in deze ontwikkeling van groot belang. Ook op het gebied van de alternatieve geneeswijzen, waarover binnen het aandachtsgebied hulpvraag-hulpvrager onderzoek gedaan wordt, speelt het perspectief van de patiënt een rol; immers, het gebruik van alternatieve geneeswijze reflecteert vaak de keuze van de patiënt om af te zien van het reguliere zorgaanbod.
Hulpvrager en hulpverlener komen bij elkaar in het hulpverleningsproces. Het onderzoek op dit gebied richt zich deels op bepaalde klachten, vooral psychosociale klachten en deels op nauwgezette analyse van de communicatie tussen hulpvrager en hulpverlener. De kwaliteit van de hulpverlening staat hierbij centraal.
Op het gebied van de paramedische beroepen staat de functionele toestand van patiënten centraal.
De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn

VRA 86.01	Consumentenpanel (start eerste dataverzameling panel, afronding rapport kraamzorg)
VRA 88.01	Vragen over AIDS (materiaalverzameling en tussentijdse rapportage)
VRA 88.02	Hulpvrager en versterking van de eerste lijn (vooronderzoek in uitvoering, schrijven onderzoeksvoorstel hoofdonderzoek)
VRA 89.02	Huisarts en AIDS (bij subsidietoekenning materiaalverzameling)
VRA 89.03	Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers (materiaalverzameling)
VRA 90.01	Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen (rapportage)
NIEUW VRA 91.01	Kwaliteit van thuiszorg: ontwikkeling van een meetinstrument vanuit het perspectief van de patiënt (bij subsidietoekenning start uitvoering)
NIEUW VRA 91.02	Evaluatie wijziging verstrekking kraamzorg (onderzoeksvoorstel, subsidieaanvraag, mogelijk start onderzoek)
NIEUW VRA 91.03	Huisarts gevraagd (uitvoering en rapportage)
NIEUW VRA 91.04	Placebo's in de huisartspraktijk (schrijven projectvoorstel, aanvraag subsidie)
NIEUW VRA 91.05	Gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten (bij financiering uitvoering van het onderzoek.)

Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg

PSH 89.03	Validering NIVEL observatiesysteem aan methode ROTER (afrondende rapportage)
PSH 90.01	Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult (definitieve afronding proefschrift/mini-symposium rond observatie arts-patiënt communicatie)
NIEUW PSH 91.01	Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling (analyse en rapportage)
NIEUW PSH 91.02	Depressies bij ouderen (analyse en rapportage)
NIEUW PSH 91.03	Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen (schrijven onderzoeksvoorstel, observatie)
NIEUW PSH 91.04	Verwijzingen van psychosociale problemen naar AMW en RIAGG (analyse en rapportage)
NIEUW PSH 91.05	Het psychisch karakter van lichamelijke klachten (analyse)
NIEUW PSH 91.06	Vergelijking NIVEL observatiesysteem, methode ROTER en Landelijk Instrument toetsing consultuitvoeringsvaardigheden van huisartsen (SV-IOH) (observaties)
NIEUW PSH 91.07	Psychosociale hulpverlening door de huisarts geoperationaliseerd (protocol ontwikkelen/observaties)
NIEUW PSH 91.08	Mannelijke en vrouwelijke huisartsen (schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW AMW 91.01	Satisfactie AMW-cliënten (analyse en rapportage)
GGZ 85.02	AMW en RIAGG. Verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze (uitvoering nameting, analyse en rapportage)
GGZ 87.04	Evaluatie experimenten psychologen in de eerste lijn (in afwachting van subsidie)
GGZ 89.02	Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek (schrijven onderzoeksvoorstel)
GGZ 90.02	Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk (in afwachting van subsidie)
NIEUW GGZ 91.01	Evaluatie integrale intake psychosociale problemen door AMW en RIAGG (in voorbereiding)

Paramedische beroepen

REG 85.01	Registratie werkzame fysiotherapeuten (vereenvoudiging en rationalisering van de gegevensverzameling, verslaglegging)
REG 86.02	Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten (vereenvoudiging en rationalisering van de gegevensverzameling, verslaglegging)
PMED 86.04	Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten (afronding proefschrift)
PMED 87.01	Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (verzamelen gegevens tweede en derde onderzoek, voorbereiden vierde onderzoek en verzamelen van epidemiologische basisgegevens)
PMED 88.03	Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht (in afwachten van subsidie)
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 (deelnemen in pilotfase)
PMED 89.04	Effecten van logopedische behandelingen (voorbereiden subsidie-aanvraag)
PMED 90.01	Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie (uitvoeren eerste fase)
PMED 90.02	Verwijzingen voor logopedie door huisartsen (analyse van de gegevens)
PMED 90.03	Een programma voor onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen (afronding en rapportage)
PMED 90.04	De positie en opleiding van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen (afronding dataverzameling en rapportage)
PMED 90.05	Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg (start van de analyses)
PMED 90.06	Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn (materiaalverzameling, analyse en rapportage)
NIEUW PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie (schrijven subsidie-aanvraag)
NIEUW PMED 91.02	Patiëntenvoorlichting door diëtisten (schrijven onderzoeksvoorstel)

1.4.4. Vraag-aanbod relaties en samenhang in de gezondheidszorg

Over de relaties tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg - een van de kerndisciplines in de thuiszorg - heeft lange tijd een gebrek aan gegevens bestaan. In deze leemte is voorzien door de gegevens die verzameld zijn in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. De eerste fase van analyse is nu achter de rug; de basispublikaties zijn gereed en een aantal deelprojecten is afgerond. Op dit moment wordt gewerkt aan nadere analyses rond de onderwerpen van de deelprojecten en rond nieuwe onderwerpen zoals de kwaliteit van de huisartsenzorg.

De Nationale Studie was opgezet als een eenmalige activiteit. Een continue gegevensverzameling in de huisartspraktijk vond en vindt nog plaats in de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations die in de loop van 1991 van opzet zal veranderen. Daarnaast doet zich de behoefte gevoelen aan een continue registratie van een aantal verrichtingen door huisartsen op het moment dat in ons land overgestapt wordt naar een gedeeltelijke verrichtingenhonorering voor huisartsenzorg. De Nationale Studie kan hiervoor als nulmeting fungeren, maar voor de ontwikkeling van het aantal verrichtingen bij veranderende honorering is een nieuw systeem van gegevensverzameling nodig.

De organisatie van de thuiszorg vormt geen eenheid; alle varianten van het vrije beroep tot strak hiërarchisch gestructureerde organisatievormen komen voor. Coördinatie, management en samenhang zijn vaak gebrekkig. Een al langer bestaande oplossing voor deze problemen wordt gevormd door gezondheidscentra en hometeams; nieuwere vormen spiegelen zich aan de Amerikaanse Health Maintenance Organizations. Het onderzoek op het aandachtsgebied samenhang en samenwerking richt zich enerzijds op inventarisatie van activiteiten gericht op het tot stand brengen van meer samenhang in de gezondheidszorg en anderzijds op de evaluaties van programma's en organisatievormen.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

Vraag-aanbod relatie in de huisartspraktijk

NAT 87.02	Huisarts en chronische aandoeningen (analyse en rapportage)
NAT 87.04	Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
NAT 87.05	Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
NAT 87.06	Verloskundige zorg door de huisarts (analyse en rapportage)
NAT 87.07	Huisarts en fysiotherapeutische zorg (analyse en rapportage)

NAT 87.09	Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten (rapportage)
NAT 89.01	Gezondheid en medische consumptie naar geslacht (analyse en rapportage)
NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES) (analyse en rapportage)
NAT 89.03	Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk (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 (start van het project)
NAT 90.01	Sociale netwerken en gezondheid (beschrijving netwerken in Nederland en uitwerking probleemstelling)
NAT 90.02	Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg (analyse en rapportage)
NAT 90.05	Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg (start analyses)
NAT 90.06	Onderzoek effecten farmacotherapeutisch overleg op het voorschrijven door de huisarts (voorbereiding subsidie-aanvraag)
NIEUW NAT 91.01	Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen. Een onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken (subsidie aangevraagd)
NIEUW NAT 91.02	Determinanten van huisartsbezoek op kinderleeftijd (subsidie aangevraagd)
NIEUW NAT 91.03	Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
NIEUW NAT 91.04	Epidemiologie van maag-darm aandoeningen en de rol van de huisarts bij patiënten met deze aandoeningen (analyse en rapportage)
NIEUW NAT 91.05	Alcoholgebruik bij de Nederlandse bevolking (afronding analyses en rapportering)
NIEUW NAT 91.06	Verschillen in hulpverlening tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen (bij toekenning subsidie uitvoering van het onderzoek)
NIEUW NAT 91.07	Comorbiditeit en chronische aandoeningen (afronding analyses en rapportage)
NIEUW NAT 91.08	Kwaliteit van voorschrijven (rapportage)
NIEUW NAT 91.09	De grote stadspraktijk (Analyse en rapportage)

Samenhang en samenwerking

REG 84.01	Huisartsenregistratie (registratieactiviteiten en verslaglegging)
REG 84.02	Registratie van nog niet gevestigde huisartsen (registratieactiviteiten en verslaglegging)
ROS 85.01	Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS) (jaarlijkse rapportage)
ROS 90.01	Registratie Innovatieve Projecten (registratie en rapportage)
NIEUW ROS 91.01	De invloed van praktijksetting op het handelen van de huisarts bij chronisch zieken (rapportage)
NIEUW ROS 91.02	De invloed van samenwerking op de zorg van specifieke patiëntcategorieën (opzet en gegevensverzameling)
NIEUW ROS 91.03	Het werken volgens standaarden in gezondheidscentra (uitvoering najaar 1991)
NIEUW ROS 91.04	Kwaliteitskenmerken van zorg in gezondheidscentra (voorbereiden subsidie-aanvraag)
SAM 90.02	Onderzoek naar implementatie huisartsengroepen (schrijven onderzoeksvoorstel)
SAM 90.04	Evaluatie HMO-achtige experimenten (start evaluatie project Lewenborg)
SAM 90.05	Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere (analyse en rapportage)
SAM 90.06	Thuiszorg in Almere (afronding eerste fase; start procesbeschrijving)
NIEUW SAM 91.01	Huisarts en basisgezondheidsdiensten; een stimulans voor populatiegericht denken in de huisartspraktijk (voorbereiden projectvoorstel in samenwerking met NIPG/TNO)
NIEUW SAM 91.02	EHBO in Almere (analyse en rapportage)

Peilstations

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland
WHO PEIL 87.01	Deelname aan het International Primary Care Network (voorbereiding low backpain study)
PEIL 88.01	Herziening structuur en functioneren Peilstations (overleg met RIVM)
PEIL 89.01	Deelname aan Eurosentinel (registratie van verzoeken om HIV-testen)
NAT 90.03	Een netwerk van verrichtingen-peilstations (voorbereiding opzet)

1.4.5. Bibliotheek en documentatie

Naast de reguliere activiteiten van de afdeling Bibliotheek en Documentatie rond collectievorming, automatisering en het maken van bibliografieën, zal de aandacht het komende jaar op twee activiteiten gericht zijn. In de eerste plaats op de ondersteuning van het samenstellen van een nieuwe overzichtsstudie met als centraal thema kwaliteit van zorg; in de tweede plaats op de samenwerking tussen de bibliotheken van de belangrijkste sector-instituten in het gezondheidszorgonderzoek. Bij dit laatste staan de thesaurusbouw en het technisch toegankelijk maken van de collecties centraal.
De volgende bibliografieën zijn voor 1991 gepland:
hier de titels van de bibliografieën

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

BIDOC 86.01	Automatisering bibliotheek en samenwerking LCD-GVO, NcGv, NISSO (installatie module uitleen)
BIDOC 88.01	Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (jaarlijks overzicht)
BIDOC 89.01	Thesaurus 'Eerstelijns(gezondheids)zorg' (structurering en onderhoud)
NIEUW BIDOC 91.01	Samenwerking automatisering bibliotheken NcGv, NIPG, NISSO, NIVEL, NZI (afwegen van mogelijkheden, voorstel schrijven)
NIEUW BIDOC 91.02	Thesaurus 'Gezondheidszorg'(instelling Werkgroep Thesaurus, overleg, voorstel en start)

1.4.6. Overige activiteiten

In dit hoofdstuk staan symposia en congressen, projecten en activiteiten die niet in een van de clusters ondergebracht zijn. Een belangrijke activiteit is het maken van een nieuwe overzichtsstudie rond het thema kwaliteit van zorg in de thuiszorg en de zorg voor chronisch zieken. Het ligt in de bedoeling om in 1993 rond dit zelfde thema een internationale conferentie te organiseren.

De in dit hoofdstuk geformuleerde projecten luiden als volgt (met tussen haakjes de geplande activiteiten in 1991):

ALG 88.02	Symposium onderzoek wijkverpleegkunde (organisatie van het symposium)

ALG 88.03	Scenarioproject Eerstelijnszorg (consensusconferentie, koppeling onderdelen scenarioproject en schrijven eindrapport)
ALG 89.01	NIVEL lustrum-congres: Doctors at work (afwerking van publikaties)
ALG 89.02	Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn (documentaire activiteiten, gegevensverzameling en schrijven hoofdstukken)
ALG 89.03	Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg (uitvoering conferentie en voorbereiding volgende conferentie)
ALG 90.01	Internationale Conferentie over 'Primary Care Obstetrics and Perinatal Health' (voorbereiding en uitvoering op 21-22 maart 1991)
ALG 90.03	Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing van onderzoek (uitwerking van het protocol en eerste proeftoetsing)
NIEUW ALG 91.01	Third European Conference on Health Services Research (mede-organisatie conferentie in december 1991)
NIEUW ALG 91.02	Internationale conferentie over 'Research on quality of care' (geen)
NIEUW ALG 91.03	Second international Conference on Community Nursing (geen)
NIEUW ALG 91.04	Invitational conference 'Verrichtingen in de huisarts praktijk' (organisatie conferentie)
NIEUW ALG 91.05	Symposium 'generalistische zorg' (organisatie symposium 2e helft 1991)
NIEUW ALG 91.06	Congres Provincie Flevoland mede-organisatie conferentie)

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

2.1. Inleiding

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 kansen voor vergelijkend onderzoek groter. Het gaat natuurlijk om het vinden van relevante vergelijkingsobjecten. Tot op dit moment zijn de volgende eigenschappen voor de Nederlandse van belang.

1. Een, nog bestaande, bestuursmatige scheiding van 'planning' en 'financiering', maar met een voornemen om deze scheiding in het voordeel van de financiering op te heffen.
2. 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.

3. Een tamelijk sterke scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg; deze laatste hoort in vele landen tot 'primary health care'.
4. Een nog vigerend gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen en vergaande plannen om dit te vervangen door een gemengd systeem van abonnement en verrichting.
5. Een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem in de tweedelijnsgezondheidszorg.
6. De indirecte toegang tot de specialistische zorg, tot enkele paramedische verstrekkingen en de ambulante GGZ.
7. Het bestaan van een verplicht (publiek) en een vrijwillig (privaat) gedeelte in het verzekeringssysteem, waarbij het laatste sinds 1986 in omvang is toegenomen, maar, voor de eerste lijn, althans in 1992 weer sterk zal worden teruggebracht.
8. Een verzekeringssysteem, waarvan de voornaamste karakteristieken, zoals zeer veel vrijheid in de particuliere sfeer, in een compleet andere en nieuwe systematiek zal worden gedrongen.
9. Een typisch Noord/West-Europese cultuur, die volgens Hofstede kenmerkt 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 op te zetten. Enerzijds vormt dit Documentatiecentrum de basis voor al het onderzoek op het gebied van internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen; anderzijds biedt het Documentatiecentrum ook de mogelijkheid om ad hoc beleidsgerichte overzichten te maken van (aspecten van) een aantal gezondheidszorgsystemen.

Een aspect van de Nederlandse gezondheidszorg dat op dit moment vraagt om vergelijking met internationale ervaringen is de honorering van huisartsen. Een internationale vergelijking van de opbouw en hoogte van de inkomens van huisartsen is afgerond evenals een studie van de effecten van een wijziging van een verandering van huisartsenhonorering in Denemarken, waar men, in Kopenhagen, overging van honorering per abonnement naar een gemengd

systeem van abonnement en verrichtingen. De consequenties van deze onderzoeksresultaten voor de beleidsvoornemens in Nederland dienen in 1991 te worden geformuleerd.
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 beroepsbeoefenaren, 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.

Projecten:

De volgende in het werkplan 1990/91 genoemde projecten zijn vervallen:

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

Het project is in 1990 afgerond.

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

Het project in 1990 afgerond.

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

Het project in 1990 afgerond.

De volgende projecten worden gecontinueerd of zijn nieuw in het programma.

WHO INT 87.01 **WHO-collaborating centre for primary health care**

Financier : NIVEL, WHO.

Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: uitvoering werkprogramma en opzet nieuw programma 1992/96.

Contactpersoon : Prof. Dr. J. van der Zee.

In overleg met het Europese kantoor van de Wereld Gezondheids Organisatie is een werkprogramma voor een zogenaamd 'collaborating centre' op het gebied van eerstelijnsgezondheidszorg (primary health care) opgesteld. In dit werkprogramma wordt enerzijds de deelname van het NIVEL beschreven aan de door de WHO-geëntameerde onderzoekingen; anderzijds zal het NIVEL ook optreden als organisator voor een aantal internationale activiteiten.
Voorbeelden hiervan zijn:

- Deelname van de NIVEL-peilstations aan het International Primary Care Network (hoofdstuk 5)
- Organisatie van internationale conferenties over 'Community nursing' (1989) en 'Primary care obstetrics and perinatal health' (1991)
- Uitvoeren van een onderzoek in opdracht van de WHO naar taakprofielen van eerstelijns-hulpverleners.
- mede-organiseren van de jaarlijkse Europese Health Services Research Meeting, een internationale markt van gezondheidszorg-onderzoekers.

Het collaborating centre is op 27 augustus 1987 geopend. Het programma geldt voor een periode van 4 jaar. NIVEL-projecten die in het werkprogramma zijn opgenomen zullen in het werkplan 1991/1992 van een aanduiding WHO zijn voorzien.

WHO INT 88.01	**Internationale vergelijking van de taakverdeling tussen huisarts en specialist; fase 1: deelname aan het EG-onderzoek naar verwijzingen van huisartsen.**
Financier	: EG/WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: vervolg van gegevensverzameling in Nederland.
Uitvoering	: Drs. A.B.M. Gloerich onder leiding van Prof. Dr. J. van der Zee. Het onderzoek vindt plaats in samenwerking met Dr. D.M. Fleming (Birmingham Research Unit, Royal College of General Practitioners).

Nadat in een andere fase een inventarisatie van systemen van gezondheidszorg is afgesloten, is het mogelijk om hypothesen te formuleren over de relatie tussen de mate van echelonnering van een systeem van gezondheidszorg, de dichtheden van huisartsen en specialisten en ziekenhuisbedden, financiële incentives voor huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en patiënten en de taakuitoefening van huisartsen en specialisten in extramurale en in intramurale settings. Belangrijk probleem in dergelijk onderzoek is het onderscheiden van de variatie binnen een systeem van de gezondheidszorg en de variatie tussen

systemen. Een eerste stap in een dergelijk complex onderzoek wordt gevormd door een internationale studie waarin verwijspatronen van huisartsen worden vergeleken.
Coördinator van deze studie is D.M. Fleming uit Birmingham. Het NIVEL verzorgt het Nederlandse gedeelte; een verwijsregistratie (+ driemaands-follow-up) onder 55 Nederlandse huisartsen: de gegevensverzameling is eind 1989 begonnen. In 1990 is de materiaalverzameling voortgezet en heeft de analyse plaatsgevonden. Het project wordt in 1991 definitief afgerond.

WHO INT 88.02	**Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: opzet van het centrum en start materiaalverzameling.
Uitvoering	: Drs. W.G.W. Boerma.

Juist omdat op het ogenblik grote veranderingen te constateren zijn in vrijwel elk systeem van gezondheidszorg is het goed bijhouden van een aantal elementen van die systemen van groot belang. Het kost iedere keer en iedere waarnemer weer heeft veel moeite om recentere gegevens te zoeken over wat anderen al eerder hebben uitgezocht maar dan meestal net op een iets andere manier. Ondanks de grote hoeveelheid publikaties waarin systemen van gezondheidszorg op bepaalde aspecten worden vergeleken is toch een uitvoerige set basisdocumentatie niet voorhanden. Het doel van het documentatiecentrum is tweeledig. Het eerste doel is de ondersteuning van internationaal vergelijkend onderzoek van het NIVEL, dat zich op bepaalde aspecten van de gezondheidszorg richt, maar dat ook algemene informatie over het systeem nodig heeft. Het tweede doel is om op basis van de verzamelde documentatie over onderdelen afzonderlijke publikaties samen te stellen. Onderwerpskeuze en planning t.b.v. dit tweede doel hebben in 1990 plaatsgevonden. Besloten is om voor een aantal gegevens gebruik te maken van door de OECD en de WHO verzamelde gegevens; aanvullend materiaal wordt door het NIVEL zelf verzameld op het gebied van taakprofielen en taakvervulling van eerste- versus tweedelijnsvoorzieningen. Hier zijn per land vrij grote verschillen te zien, waardoor de discussie over 'primary health care' versus 'institutional care' in het internationale verkeer tot grote misverstanden kan leiden.

WHO INT 89.01a	**Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: basisgegevens**
Financier	: NIVEL/EG
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: publikatie basisgegevens
Uitvoering	: Prof. Dr. J. Van der Zee, Dr. P.P. Groenewegen.

Er ligt een ring van strak georganiseerde systemen van gezondheidszorg (Oost- West-, Noord-, en Zuid-Europa) rond het gebied dat van de weeromstuit 'Centraal Europa' wordt genoemd en dat bestaat uit de EG-landen Duitsland, Frankrijk, België, Nederland, Luxemburg en het niet EG-land Zwitserland.
In deze landen kent de gezondheidszorg pluriforme machtscentra (de overheid, de (sociale) verzekeringen, de georganiseerde beroepsuitoefenaren etc., etc.) er bestaat meestal geen territoriaal gedecentraliseerde gezagsstructuur.
In dit 'pluriforme' gebied wonen 180 miljoen mensen; het is een belangrijke beleidsvraag voor de EG in hoeverre men nu zal aankoersen op een (geleidelijke) overgang in de richting van een meer centraal gestuurd systeem met één machtscentrum, of deze pluriforme systemen juist van invloed doet zijn op de Zuid-, West- en Noord-Europese stelsels van gezondheidszorg. Het ziet er naar uit, dat met de omwentelingen in Oost-Europa, waar de afkeer van centrale planning ook uitstraalt op de voorkeuren voor een stelsel van gezondheidszorg, de kansen voor het meer liberale Duits/Franse systeem zijn gestegen mede omdat in het Verenigd Koninkrijk het politieke enthousiasme voor de National Health Service sterk is gedaald.
In de taakomschrijving van het NIVEL als WHO-collaborating centre for primary health care, is vermeld dat speciale aandacht besteed moet worden aan deze centraal-Europese, pluralistische systemen van gezondheidszorg. Deze aandacht wordt als volgt gefaseerd. Ten eerste zal worden gestreefd naar de publikatie van een serie monografieën met basis gegevens over de verschillende landen. Het gaat hier om de volgende onderwerpen:

- Kosten en financiering van de gezondheidszorg
- Sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit
- Het aanbod in gezondheidszorgsystemen a) instellingen
  b) mankracht
- Sterfteverschillen binnen en tussen de landen
- Gezondheidsbeïnvloedend gedrag (roken, alcohol)
- Het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

De eerste resultaten in deze vergelijken zijn gepresenteerd op een door de EG-gesubsidieerd symposium in Maastricht (juli 1989). Publikatie van de gegevens zal successievelijk plaatsvinden. De monografieën zelf worden door samenwerkende vakgroepen en instituten vervaardigd.
Samengewerkt wordt met Université Catholique de Louvain, Rijksuniversiteit

Limburg, CREDES (Parijs), NVAGG, Erasmusuniversiteit, Universiteit van Düsseldorf, Deutsches Krankenhaus Institut, Nederlands Instituut voor Arbeidsvraagstukken.

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

Financier : NIVEL/RijksuniversiteitLimburg/UniversitairInstelling Antwerpen/RWTH Aachen/Université Liège
Status : In uitvoering. Activiteiten in 1991: analyse, rapportage
Uitvoering : N.N. onder leiding van Prof. Dr. J. van der Zee

Gezondheidszorgsystemen verschillen van land tot land en volgen de territoriale grenzen. In cultureel opzicht zijn de territoriale grenzen veel minder abrupt. Grens-regio's zijn daardoor bij uitstek geschikt om onderzoek te doen naar de invloed van gezondheidszorgsystemen op medische consumptie en gezondheidsgedrag onder constanthouding van de invloed van culturele factoren. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de grensregio van Nederland, België en de Duitse Bondsrepubliek (rond het drielandenpunt). Naast steekproeven uit de bevolking in de grensregio's is als vergelijking ook een steekproef uit de bevolking die verder van de grensregio's woont, onderzocht. In 1990 vond de materiaalverzameling plaats; analyse en rapportage volgen in 1991.

NIEUW
WHO INT 91.01 **Praktijkprofielen van eerstelijns-zorgverleners**

Financier : WHO-Europa/NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: materiaalverzameling en rapportage
Uitvoering : Drs. W.G.W. Boerma, Prof. Dr. J. van der Zee.

Een van de resultaten van een eerder afgesloten inventariserend onderzoek naar de relatie tussen ambulante en residentiële zorg in Europa, was dat er van Noord naar Zuid een afnemend breed takenpakket van huisartsen te constateren viel. De onderzoeks-methode (via ten hoogste twee contactpersonen) lieten generalisaties niet toe. Dat kan alleen als bij grotere groepen eerstelijns-zorgverleners (te beginnen bij de huisarts) vragen over taakuitoefening en taakverdeling met ziekenhuis en specialist worden gesteld.
In opdracht van het Europese kantoor van de WHO wordt een dergelijke, wat breder opgezette studie verricht. De methode bestaat uit het verzenden van vragenlijsten naar groepen huisartsen en wellicht naar wijkverpleegkundigen in

de landen van de Europese gemeenschap, Zwitserland, Oostenrijk en Scandinavië.
De resultaten zullen mede dienen als basis voor een voorstel voor een EG-concerted action, waarin ook de taken van specialisten en functies van ziekenhuizen worden geïnventariseerd.

NIEUW
WHO INT 91.02 **Gezondheidstoestand, aanbod van voorzieningen en het gebruik van ziekenhuis-voorzieningen; een internationaal vergelijkend onderzoek in Nederland, België, Duitsland en Frankrijk.**

Financier: : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage.
Uitvoering : Marion van Noordt onder supervisie van Prof. Dr. J. van der Zee en Dr. P.P. Groenewegen (NIVEL) en Dr. P. Huigen (vakgroep toegepaste geografie en ruimtelijke planning R.U. te Utrecht)

Dit project is een vervolg op een eerder uitgevoerd onderzoek naar regionale verschillen in het gebruik van ziekenhuis-voorzieningen in Nederland, België en Noord-Frankrijk.
In dit project wordt de studie uitgebreid naar de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen, waar voor 1974, 1979 , 1982 en 1985 gegevens zijn verzameld, over de gezondheidstoestand van de bevolking, het aanbod van eerste- en tweedelijns ambulante en residentiële voorzieningen en ziektekostenverzekering. De Duitse gezondheidszorg kenmerkt zich door een strikte scheiding tussen ambulante en residentiële zorg en niet zozeer tussen generalistische en specialistische zorg zoals in Nederland. Als men ergens een verband zou kunnen vinden tussen de hoeveelheid ambulante zorg, als tegenwicht tegen de residentiële zorg en het gebruik van ziekenhuis-voorzieningen dan zou het in Duitsland moeten zijn.

NIEUW
WHO INT 91.03 **Supply-induced Demand; een voorbijgaande fase in een systeem van gezondheidszorg?**

Financier : NIVEL? EG?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: verzameling van secundair statistisch materiaal en wellicht voorbereiden voorstel concerted action.

Uitvoering : stagiair onder supervisie van Prof Dr. J. van der Zee en Dr. P.P. Groenewegen.

Uit eerdere studies (zie ook voorstel WHO INT 91.02) is gebleken dat de bekende Wet van Roemer (a bed built is a bed filled) niet altijd opgaat. Het ziet ernaar uit dat de geldigheid beperkt is in tijd en plaats. Blijkbaar heeft ieder modern systeem van gezondheidszorg een periode (in Nederland was dat 1960-1985 met als hoogtepunt 1965-1975) waarin het aanbod van voorzieningen het gebruik in hoge mate bepaalt. Meestal neemt men maatregelen (budgettering, verschuiven naar ambulante zorg) die de ongebreidelde aanbod-dominantie weten te neutraliseren. Interessant is dat dit niet in elk systeem op hetzelfde moment gebeurt.
Met behulp van een beperkt model met als variabelen: gezondheidstoestand, aanbod aan ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden, ambulante en residentiële generalistische en specialistische zorg voor een aantal Europese landen en verschillende peildata voor de periode 1965-1985 zullen regionale gegevens worden verzameld over het gebruik van ziekenhuis-voorzieningen.
Het doel van het onderzoek is om voor ieder in het onderzoek opgenomen stelsel van voorzieningen de mate en de periode van aanbod-dominantie vast te stellen.

NIEUW
WHO INT 91.04 **Fase II, McAce (Measurement characterisation and control of ambulatory care in Europe)**

Financier : EG(?)
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: indienen project-voorstel bij goedkeuring call for proposals.
Uitvoering : N.N. onder leiding van J. van der Velden, arts.

Het McAce project maakt deel uit van een grootscheepse EG-actie Advanced Informatics in Medicine (AIM). De voorfase (18 maanden) eindigde in mei 1990. De 'exploratory phase' van het EG-programma Advanced Information in Medicine (AIM) heeft wat betreft McAce geleidt tot de volgende resultaten:

* de ontwikkeling van één minimum basis gegevensbestand binnen de ambulante zorg in Europa moet worden omgebogen in de ontwikkeling van meerdere minimum gegevensbestanden, die vastgesteld worden aan de hand van een beslisboom;
* inventarisatie van welke type data nodig is voor een minimum gegevensbestand, waarop voorzieningenbeleid kan worden gebaseerd, inclusief evaluatie van bestaande 'case-mix' maten;
* introductie en exploratie van een nieuw organisatorisch concept in de am-

bulante zorg (de zgn. Ambulatory Care Unit), waardoor de informatiebehoefte en -stromen in deze zorgsector in kaart gebracht kunnen worden.

Het is nog niet zeker of er een hoofdfase komt en hoe deze hoofdfase eruit zal zien. Er is een discrepantie tussen de wens van de Europese Commissie (DG XIII) om vooral industriële produkten te stimuleren en de uitkomst van de voorfase dat er nog veel werk moet worden verzet op dit gebied van internationale afstemming van begrippen, methoden en doelstellingen voor men tot **produkten** kan komen. Als de hoofdfase doorgaat zal het McAce-consortium met een nieuw project komen, waarin een registratie systeem voor een minimum data set geldig voor alle Europese huisartsen zal worden ontwikkeld.

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

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

WIJK 90.02 Extramurale verpleging in verschillende landen

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

ALG 90.01 Internationale conferentie over Primary Care Obstetrics

Internationale conferentie over de rol van de eerste lijn in de verloskundige zorg.

3. THUISZORG EN SUBSTITUTIE

3.1. Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg bevindt zich in een veranderingsfase. De belangrijkste verandering is, dat het sinds jaren gehuldigde principe van de echelonnering als ordeningsprincipe van de gezondheidszorg en als middel tot kostenbeheersing minder centraal staat.
In de thuiszorg moeten functionele relaties tot stand komen tussen de centrale disciplines huisartsenzorg, kruiswerk, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk en tussen deze disciplines en de meer gespecialiseerde zorgverleners.

Wat het eerste betreft wordt in het heroverwegingsonderzoek 'Van samenwerken naar samengaan' dat uitgevoerd is in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur het uit oogpunt van doelmatigheid noodzakelijk geacht, dat in de komende jaren een integratie van kruiswerk en gezinsverzorging tot stand wordt gebracht. De doelmatigheidsverbetering wordt verwacht op grond van een verschuiving van indirecte kosten (overhead) naar directe kosten (patiëntenzorg) en door het inzetten van de gewenste verpleegkundige of verzorgende op de juiste plaats, d.w.z. géén over- of ondergekwalificeerde hulpverlener bij een cliënt met een bepaalde hulpvraag. Verwacht wordt dat door de integratie deze zorgsector adequaat is toegerust voor de toekomstige taakverzwaring die voortvloeit uit enerzijds substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg en anderzijds uit de demografische ontwikkelingen.

Ook het terrein van de verloskundige zorg is een interessant gebied om de verhoudingen tussen generalistische hulpverleners onderling (in casu huisartsen en verloskundigen) en tussen deze hulpverleners en gespecialiseerde hulpverleners (in casu obstetrici) te onderzoeken. De nieuwe verloskundige indicatielijst is een poging om deze verhoudingen te sturen. Daarnaast vinden er op het gebied van de verloskunde samenwerkingsexperimenten plaats die de klassieke scheiding tussen de echelons doorbreken.

Daarnaast is er de aandacht voor substitutie van zorg, die weliswaar niet alleen is toegespitst op verschuivingen van tweede naar eerste lijn, maar meer algemeen op het verschuiven van zwaardere naar lichtere vormen van zorg. Op middellange termijn liggen veranderingen in het honoreringsstelsel 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 - worden nagestreefde besparingen bereikt? - maar zeker ook om het kwaliteitsaspect - heeft de geboden zorg voldoende kwaliteit?

Uit de nota 'Werken aan zorgvernieuwing' blijkt namelijk dat de overheid kwaliteit van zorg als een belangrijke toetssteen van beleid beschouwd. Gestreefd wordt in de komende jaren tot een samenhangend kwaliteitsbeleid te komen. In dit kader heeft de Raad voor Gezondheidszorgonderzoek een advies aan de Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgebracht omtrent wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteit van zorg. In dit advies wordt aan onderzoek naar kwaliteit van thuiszorg en onderzoek naar kwaliteit van zorg voor chronisch zieken een hoge prioriteit toegekend.

Lopende onderzoeksprojecten binnen dit cluster sluiten aan bij deze ontwikkelingen.
Binnen het aandachtsgebied relatie tussen eerste en tweede lijn betreft dit vooral het onderzoeksproject 'Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering', maar ook het project waarin de honorering van huisartsen en de inzichten op dat terrein in een breder kader gesteld worden.
Binnen het aandachtsgebied van de verloskundige zorg staat kwaliteit van zorg centraal bij de vergelijking van de uitkomsten van thuisbevallingen en poliklinische bevallingen onder leiding van verloskundigen en bij de evaluatie van verloskundige samenwerkingsverbanden.
In het landelijk onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden dat uitgevoerd is binnen het aandachtsgebied extramurale verpleging, werden de werkzaamheden van beide functionarissen inhoudelijk in kaart gebracht. Men zou dit onderzoek kunnen beschouwen als een inventarisatie van de situatie vóór de herstructurering van de gezondheidszorg. Als zodanig kan het fungeren als referentiepunt bij de evaluatie van veranderingen in het zorgaanbod die voortkomen uit de integratie van wijkverpleging en gezinszorg.
Binnen een nieuw project dat in nauwe samenwerking met de beroepsgroep (VVVM) wordt uitgevoerd zal met het oog op de toekomstige integratie van kruiswerk en gezinsverzorging een concrete uitwerking van de verschillende functieprofielen van de verpleegkundige/verzorgende beroepsuitoefening in de thuiszorg worden gemaakt.

Met betrekking tot de kwaliteit van zorg richt het onderzoek zich op twee categorieën chronisch zieken: onderzoek naar de kwaliteit van de extramurale verpleegkundige zorg voor kinderen met CARA en onderzoek naar de coördinatie en kwaliteit van verpleegkundige zorg voor diabetespatiënten.

3.2. Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (projectleider Drs. T.J.J.M.T. Kersten)

Met substitutie als centraal (gebleven) thema in het overheidsbeleid willen we de onderzoeksactiviteiten binnen het onderhavige aandachtsgebied meer en meer op substitutie-vragen gaan toespitsen. Het meest duidelijk is dit zichtbaar in de projecten die verband houden met de vernieuwing van het honorerings-stelsel 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. De afstemming in de medische lijn tussen huisarts en specialist komt in het werkplan aan bod in het project 'Invloed van de huisarts in de tweede lijn'. De afstemming in verpleegkundig opzicht tussen wijk- en ziekenhuisverpleging stond centraal in het afgesloten project 'Evaluatie nazorg ziekenhuispatiënten'. Ruime aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van 'technologische vernieuwing in thuiszorg en substitutie'.

Projecten:

In het werkplan 1991/1992 zijn de volgende projecten vervallen:

REL 88.05 Evaluatieproject samenwerking 1e - 2e lijn VU
Project is vanaf 1 april 1990 onder verantwoordelijkheid van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit voortgezet.

Lopende projecten zijn:

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

De invloed van de huisarts in de tweede lijn is object van studie in het promotie-onderzoek van de projectleider van het themagebied 'relatie tussen eerste en tweede lijn'. Eén van de centrale vragen in het project is, waardoor verschillen in de mate waarin huisartsen 'hun' patiënten in de tweede lijn blijven volgen kunnen worden verklaard. Huisartsen kunnen de tweedelijnsbehandeling van hun patiënten sturen, door bijvoorbeeld in de verwijsbrief aan te geven wat ze van de specialist willen: alleen een advies of verdere behandeling van de patiënt. Een andere mogelijkheid is om tijdens de tweedelijnsbehandeling overleg te plegen met specialisten. Verder is de begeleiding van de patiënt met name via ziekenhuisbezoek en nazorgvisites aan de orde.
Het proefschrift beslaat 8 hoofdstukken waarin verslag gedaan wordt van empirisch onderzoek. Enkele daarvan zijn inmiddels reeds verschenen als tijdschriftartikelen. In 1991 zullen de werkzaamheden worden afgerond.

REL 88.04	**Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering**
Financier	: Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: materiaalverzameling en analyse. In 1992: idem + rapportage
Uitvoering	: Drs. L. Stokx, onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Het Nederlandse systeem waarin, globaal gesteld, huisartsen per abonnement en specialisten per verrichting worden betaald, is niet bevorderlijk voor het op gang brengen van door de overheid nagestreefde substitutie. Waar de plannen tot stelselwijziging een aantal jaren terug vaak de richting uitgingen van een vorm van abonnementshonorering voor specialisten (loondienst), denkt men recentelijk meer aan een vorm van (gedeeltelijke) verrichtingen-honorering van huisartsen. Dit om hen te stimuleren tot meer 'zelf doen' en minder 'verwijzen'. De vraag is nu of verrichtingenhonorering alleen dit gewenste effect zal opleveren. Huisartsen zouden immers min of meer 'automatisch' zichzelf de

benodigde extra deskundigheid om meer zelf te doen moeten eigen maken, en daarnaast lokt verrichtingenhonorering uit zichzelf weer zorgproduktie uit.
Strevend naar een meer volledige invulling van het basispakket en naar kwalitatief goede zorg tegen lage kosten, willen we in het onderhavige project nagaan wat aan kwaliteitsverbetering van het huisartsgeneeskundig handelen, substitutie en kostenbesparing te bereiken is via een gericht programma van deskundigheidsbevordering. Centraal daarin staat dat intercollegiale toetsing gekoppeld wordt aan de reeds gebruikelijke nascholing van huisartsen. De input voor de toetsing vormen zorgproduktiegegevens die verstrekt worden door het ziekenfonds. Dubbele doelstelling van het geheel is: kostenbesparing en kwaliteitsbevordering. Huisartsen ontvangen wel een kostenvergoeding voor de participatie in de deskundigheidsbevordering, maar worden in tegenstelling tot wat bij andere honoreringsexperimenten gebeurt niet speciaal gehonoreerd voor het uitvoeren van extra-taken.
Het door het NIVEL uit te voeren evaluatie-onderzoek heeft een longitudinale opzet waarbij een effect-meting van de interventie wordt uitgevoerd aan de hand van gegevens uit de experimentele en uit een controlegroep.
Aan het project wordt gewerkt in samenwerking met het ziekenfonds 'Het Groene Land' de plaatselijke huisartsen en hun organisaties, en de Stichting O&O.

REL 90.01	**Project combinatie inzichten huisartsenhonorering.**
Financier	: Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: literatuurstudie, analysewerkzaamheden, deelrapportage. 1992: Idem + rapportage.
Uitvoering	: Mw. Drs. D. Delnoy, onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

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

lopende experimenten, maar ook uit informatie over nog lopend en afgesloten, nationaal en internationaal onderzoek.

REL 90.02	**Zorgverschuiving tussen eerste en tweede lijn als gevolg van de opening van een ziekenhuis**
Financier	: WVC (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: projectvoorstel vervaardigen.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten.

Voorjaar 1991 zullen in Almere de intramurale tweedelijnsvoorzieningen op korte afstand van de Almeerse bevolking ter beschikking komen door de opening van het Flevo-ziekenhuis. Nu is in de literatuur een geringere afstand tot medische voorzieningen steeds weer een belangrijke voorspeller gebleken van een groter gebruik. Bij de opening van een ziekenhuis doet zich daarbij tevens de vraag voor, wat de consequenties zijn voor het relatieve aandeel van eerste- en tweedelijnszorg. Er zijn redenen om 'omgekeerde substitutie' te verwachten: meer tweedelijnszorg die in de plaats komt van zorg in de eerste lijn.
Tien jaar eerder (in 1981) waren er met de opening van het Zuiderzee-ziekenhuis in Lelystad vergelijkbare omstandigheden, te beschouwen als een natuurlijk experiment. Het daaraan door het NIVEL gekoppelde evaluatie-onderzoek richtte zich primair op de eerste lijn en op omgekeerde substitutie die zou blijken uit de stijging van het verwijscijfer. De verwijscijfers bleven echter in de praktijk over de jaren stabiel, waardoor het belangrijkste effect - de stijging van de vervolgkosten na verwijzing in de tweede lijn met name verpleegdagen - enigszins aan de aandacht ontsnapte. Almere biedt in dit opzicht een interessante herkansing. De aandacht zal hierbij meer gericht worden op processen binnen het ziekenhuis dan op processen binnen de eerste lijn. In 1990 zijn met de Almeerse huisartsen afspraken gemaakt over het registreren van verwijsgegevens en de beschikbaarheid daarvan voor onderzoek. Enkele jaren na de opneming van het ziekenhuis kan studie worden gemaakt van korte- en lange-termijn effecten.

REL 90.03	**Determinanten van alternatieven voor het verwijzen van huisarts naar specialist**
Financier	: Nivel
Status	: Start 1991
Uitvoering	: Drs. A.B.M. Gloerich, Prof. Dr. J. van der Zee
Afronding	: 1992

Met behulp van het uitgebreide databestand van de Nationale Studie van Ziekte en Verrichtingen in de Huisartspraktijk wordt het verwijscijfer van huisartsen naar specialisten nader geanalyseerd.
In het eerste, begin 1991 af te ronden deel van het onderzoek, is vastgesteld welke patiënt-, praktijk- en huisartsgebonden variabelen de kans op een verwijzing beïnvloeden. Onder patiëntgebonden factoren wordt hier verstaan leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleiding, burgerlijke staat en samenlevingsvorm. Bij praktijkgebonden variabelen gaat het om praktijkgrootte, soort praktijk, praktijkorganisatie, afstand tot het ziekenhuis. Onder huisartskenmerken wordt tenslotte verstaan de houding ten opzichte van samenwerking, taakopvatting, neiging tot het nemen van risico.
In twee belangrijke aspecten van verwijzen wordt in dit vervolgonderzoek ingegaan. In de eerste plaats wordt de verwijzing in verband gebracht met de feitelijk gepresenteerde gezondheidsproblemen (welke klachten zijn de huisarts voorgelegd en hoe reageert hij daarop). In de tweede plaats komt aan de orde de plaats van de verwijzing binnen het geheel van alternatieven, die de huisarts in dit probleem ter beschikking staan (voorschrijven van geneesmiddelen, terugbestellen, inschakelen van een fysiotherapeut).
In het determinanten/alternatieven onderzoek wordt deze aanpak verder gevolgd.

NIEUW

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 orthopaedie, reumatologie, fysiotherapie**
Financier:	: NIVEL
Status :	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: rapportage
Uitvoering:	: Drs. A.B.M. Gloerich plus stageaire(s), onder leiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten, Prof. Dr. J. van der Zee

Deze drie deelstudies zijn te beschouwen als vervolg op het deelproject 'verwijzen' van de Nationale Studie en worden met Nationale Studie-gegevens uitgevoerd. Gekozen is voor die specialismen met de duidelijkste raakvlakken met de eerste lijn en vooral met het werk van de huisarts.
De deelstudies hebben een vast stramien; aandoeningsgebonden wordt bezien hoe groot de kans op een verwijzing naar een van de genoemde specialismen is en welke behandelingen de huisarts zelf uitvoert. Naast een beschrijvend stuk zal ook worden getracht om de ongetwijfeld optredende verschillen tussen

huisartsen te verklaren. Als de aanpak succesvol is, kunnen andere specialismen volgen: de resultaten zullen besproken worden met de verschillende wetenschappelijke specialistenverenigingen en met huisartsen.

NIEUW

REL 91.02	**Overbrengen van het doel van de verwijzing**
Financier	: ?
Status	: 1991 in voorbereiding; 1992 eventueel schrijven voorstel
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

In het Basistakenpakket en in de standaard voor de verwijsbrief stellen huisartsen zich ten doel om specialisten met name via de verwijsbrief duidelijk te maken, welke tweedelijns-procedure zij verwachten bij verwijzing. Gaat het de huisarts om behandeling, consultatie, of in incidentele gevallen om gezamenlijke behandeling met daarbij een nader te specificeren aandeel van specialist en huisarts in de zorg? Een eerder verricht kleinschalig onderzoek (zie ook: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, augustus 1990, p. 341-345) geeft de indruk dat internisten in de meerderheid van de gevallen (60%) neigen in te gaan op procedurevoorstellen van huisartsen. Is er geen procedurevoorstel (wat het geval is in 80% van de onderzochte verwijsbrieven), dan verwijzen internisten in bijna de helft van de gevallen de patiënt (al dan niet voorwaardelijk) terug naar de huisarts.
Onderzoek naar de invloed van procedure-aanwijzingen van huisartsen aan specialisten zou vergemakkelijkt worden, als - bijvoorbeeld in een experiment - huisartsen gestimuleerd zouden worden tot explicitering van hun verwijsdoel. In 1991 zal verkend worden, of in den lande belangstelling bestaat voor een dergelijk experiment. De evaluatie zal vermoedelijk belangrijke betekenis kunnen hebben voor de verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

Technologische vernieuwing

Een belangrijk element in de ontwikkeling van de thuiszorg en de verschuiving van zorg van instelling naar thuissituatie is de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van technologische vernieuwingen. Dit kan variëren van het geschikt maken van ziekenhuistechnologie voor de thuissituatie tot het creëren van communicatiesystemen die het voor een wijkpost mogelijk maken om hun hulpbehoevende patiënten in hun thuissituatie te bewaken.
Voortbouwend op een in 1988 verrichte bureau-studie naar de mogelijkheden van technologische vernieuwing in de thuiszorg zijn in dit werkprogramma twee projecten opgevoerd. Het eerste project (REL 88.06 de 'Smart Card') is een direct uitvloeisel van het genoemde rapport: het tweede project (REL 91.02)

betreft een meer algemeen gerichte ondersteuning van technologie project en vormt als het ware de basis voor verdere ontwikkelingen.

REL 88.06	**'Smart cards' in de eerste lijn ten behoeve van de communicatie in de eerste en tweede lijn.**
Financier	: WVC (?)
Status	: In afwachting subsidie. Activiteiten 1991: uitvoering na subsidietoekenning
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Dr. P.P. Groenewegen, Drs. T.J.J.M.T. Kersten
Afronding	: 1992

De afdeling Biomedisch Technologie van de Rijksuniversiteit Groningen bereidt een ontwikkelingsproject voor waarin de 'smart card' als drager van medische informatie wordt uitgetest. Het belangrijkste doel van deze 'pilot'-studie is na te gaan of het, praktisch en technisch gezien, mogelijk is relevante gegevens uit het 'medical record' van een ziekenhuispatiënt op een chip card op te slaan, zodat ook hulpverleners in de eerste lijn over relevante informatie, wat betreft het verloop van ziekte en behandeling, kunnen beschikken.
Gegeven het feit dat er nog maar weinig empirische gegevens over het gebruik van 'smart cards' in de gezondheidszorg beschikbaar zijn, wordt aan deze 'pilot'-studie een evaluatie-onderzoek gekoppeld. Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Aan de ene kant kan worden nagegaan hoe het gebruik van 'smart cards' door de betrokken hulpverleners en patiënten wordt ervaren en welke consequenties het gebruik kan hebben voor de verleende zorg en voor het functioneren van de patiënten. Daarnaast heeft het onderzoek het karakter van een haalbaarheidsstudie waarin instrumenten kunnen worden ontwikkeld en uitgetest.

NIEUW	
REL 91.03	**Technologische vernieuwing in de thuiszorg; het ontwerpen van een onderzoeksprogramma.**
Financier	: WVC (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: start van het project bij subsidietoekenning, maken programma, opstellen criteria.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten, Dr. P.P. Groenewegen

Technologische vernieuwing in de eerste lijn is een belangrijke randvoorwaarde voor substitutie van instellingszorg naar thuiszorg. Dit is onderkend in de beleidsnota 'Werken aan Zorgvernieuwingen'. Dit beleidsvoornemen wordt ondersteund met een stimuleringsprogramma. Ten einde deze stimulering zo gericht mogelijk te doen plaatsvinden is het zinvol om op de thuiszorg toegespitste richtlijnen en criteria te ontwikkelen waaraan nieuwe projecten op relevantie, uitvoerbaarheid en substitutie-potentieel kunnen worden getoetst. Daarbij zal in de eerste plaats voortgebouwd worden op de inzichten die ontwikkeld zijn in het door het NIVEL in 1987/88 uitgevoerde onderzoek 'Evaluatie van technologie in de eerste lijn'. In de tweede plaats zal aangesloten worden bij de bevindingen van inventarisaties die uitgevoerd worden door de Technische Universiteit Eindhoven en door de NOTA (Nederlandse organisatie van technologisch aspectenonderzoek). Het project zal in nauwe samenwerking met het Dir. Generaal van de Volksgezondheid worden uitgevoerd en een meerjarig karakter hebben.

3.3. Verloskundige zorg (projectleider Dr. L. Hingstman)

In het vorige werkplan schreven we dat er zich zo langzaam aan een samenhangende groep van onderzoeken rond de verloskundige zorg begint af te tekenen. In het nieuwe werkplan is dit onderzoek ook feitelijk samengevoegd tot een eigen aandachtsgebied.
Op het gebied van de verloskundige zorg zijn drie beroepsgroepen actief: verloskundigen, huisartsen en gynaecologenobstetrici. Een belangrijk doel van het onderzoek binnen dit aandachtsgebied is om de onderlinge verhoudingen tussen deze beroepsgroepen en hun aandeel in de verloskundige zorg in kaart te brengen.
De Nederlandse organisatie van de verloskundige zorg met zijn groot aandeel van de thuisbevallingen is uniek in de geïndustrialiseerde wereld. Dat is een van de redenen dat het NIVEL-congres van 1991 gewijd is aan Primary care obstetrics and perinatal health. In het algemene deel van dit werkplan (hoofdstuk 7) wordt daarop nader ingegaan.

Projecten:

Het volgende project komt in dit werkplan niet meer voor:

REL 88.02 **Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 1)**

Fase 1 is afgesloten; in 1991 wordt afhankelijk van subsidiëring gestart met fase 2.

Lopende projecten zijn:

VFA 88.01	**Verloskundige activiteiten van huisartsen**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse + rapportage
Uitvoering	: Dr. L. Hingstman

In 1982/1983 is voor de laatste maal informatie verzameld omtrent de verloskundige activiteiten van huisartsen. Om deze gegeven te 'up-daten' is in 1990 wederom een enquête gehouden bij een steekproef van huisartsen. In deze enquête zijn naast gegevens over de verloskundige activiteiten van huisartsen ook gegevens verzameld over de taakopvatting die huisartsen voor zich zien weggelegd op het terrein van de verloskundige zorg.
De steekproef is zo samengesteld dat ook regionale verschillen in beeld gebracht kunnen worden. Hetgeen de mogelijkheid biedt om de factoren op te sporen die de veranderingen in de verloskundige activiteiten kunnen verklaren.

VFA 88.06	**Evaluatie invoering bijgestelde indicatielijst verloskunde**
Financier	: Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: rapportage en uitwerken onderzoeksvoorstel voor een tweede fase van het onderzoek
Uitvoering:	: Mw. Drs. J. Riteco, onder begeleiding van Dr. L. Hingstman

Sinds 1987 functioneert de 'Indicatielijst Verloskunde', ook wel de 'nieuwe Kloostermanlijst' geheten. De lijst specificeert of er sprake is van indicatie voor eerstelijns- respectievelijk tweedelijnsverloskundige zorg. Ook wordt de wenselijkheid van geformaliseerd overleg tussen eerste en tweede lijn aangegeven; evenals de condities voor een 'medium-situatie'.
De eerste doelstelling van het onderzoek is inzicht te krijgen in het oordeel van verloskundigen, huisartsen en gynaecologen over inhoudelijke aspecten van de nieuwe lijst (dat wil zeggen uitgangspunten en besliskundige criteria) en de wijze waarop de nieuwe lijst tot stand is gekomen. Met de tweede doelstelling zal in kaart worden gebracht in hoeverre in de dagelijkse praktijk gebruik gemaakt wordt van de nieuwe lijst. Deze inventarisatie geeft inzicht in welke regio's van Nederland de nieuwe lijst wel of niet gehanteerd wordt en welke factoren daarvoor verantwoordelijk zijn. Op basis hiervan zouden -indien noodzakelijk - ideeën geformuleerd kunnen worden die het hanteren van de lijst zouden kunnen bevorderen. Een dergelijke inventarisatie is nodig om na te gaan of er

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

VFA 90.01 **Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden**

Financier : WVC

Status : Uitvoering eerste fase (ontwikkelingsfase). Activiteiten 1991: afwerken eerste fase + uitwerken onderzoeksvoorstel tweede fase (interventie + evaluatie) + uitvoering tweede fase

Uitvoering: : Dr. L. Hingstman

Om de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland te verbeteren wordt de verloskundige samenwerking tussen alle bij deze zorg betrokken hulpverleners als één van de belangrijkste voorwaarden beschouwd. Tot op heden functioneren er slechts een paar geïnstitutionaliseerde verloskundige samenwerkingsverbanden. De resultaten van deze samenwerking zijn echter zo bemoedigend, dat de overheid heeft gemeend dit soort samenwerkingsverbanden te moeten stimuleren. Daartoe zal op experimentele basis een aantal samenwerkingsverbanden worden ondersteund. Deze ondersteuning zal onder andere bestaan uit het dekken van de kosten van de noodzakelijke administratieve en organisatorische ondersteuning van het samenwerkingsverband. Daarbij moet worden aangetekend dat de te stimuleren samenwerkingsverbanden nadrukkelijk gezien worden als experimenten die geëvalueerd moeten worden.
Het project kent globaal drie onderdelen, te weten: de ontwikkelingsfase, de interventie en de evaluatie. Voor het uitvoeren van de ontwikkelingsfase en de interventie is een samenwerking aangegaan met het Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO). Het CBO zal verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen en implementeren van het programma voor verloskundige samenwerking. De proces en effectevaluatie zal worden uitgevoerd door het NIVEL. Voor de uitwerking van de interventie zal nog een aanvullend onderzoeksvoorstel worden geschreven.

REG 84.03 **Verloskundigenregistratie**

Financier : NIVEL

Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: registratie-activiteiten

en verslaglegging
Uitvoering : Drs. J. Pool

Het doel van dit menskracht informatiesysteem is drieledig: in de eerste plaats biedt het de mogelijkheid overzichten samen te stellen omtrent omvang, samenstelling (bijvoorbeeld naar leeftijd, praktijkvorm) en geografische spreiding van de beroepsgroep. In de tweede plaats kunnen de gegevens gebruikt worden in ander onderzoek als een van de verklarende variabelen (bijvoorbeeld in onderzoek naar regionale variatie in plaats en leiding van de bevalling). Tenslotte vormt het informatiesysteem de basis voor steekproeftrekking. Naast de gegevens over de verloskundigen in de eerste lijn worden in deze registratie ook gegevens opgenomen over verloskundigen die in dienstverband van een ziekenhuis werken.
Niet geregistreerd wordt het aantal bevallingen en het aantal ingeschreven patiënten. Alle mutaties in deze registratie worden op datum vastgelegd. De informatie is volledig vanaf 1968.

REG 86.01 **Registratie pas afgestudeerde verloskundigen**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: registratie-activiteiten en verslaglegging
Uitvoering : Drs. J. Pool

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

NIEUW
REL 91.02 **Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)**
Financier : Praeventiefonds
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: aanvullende materiaalverzameling en analysewerkzaamheden
Uitvoering : N.N. onder begeleiding van Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Op initiatief van de afdeling Gelderland van de Nederlandse Organisatie voor

Verloskundigen, voert het NIVEL een onderzoek uit op het terrein van de verloskundige zorg. Het onderzoek beoogt een evaluatie van het resultaat van de normale, fysiologische bevalling onder leiding van een verloskundige al naar gelang de bevallingslokatie: thuis of poliklinisch in het ziekenhuis.
Bij het onderzoek wordt expliciet aandacht besteed aan andere factoren dan de bevallingslokatie waarvan bekend is dat ze het resultaat van de bevalling bepalen en die mogelijk wijzen op een zekere 'zelfselectie' van vrouwen ten aanzien van de beide lokaties. Een belangrijk element is verder de beschrijving van het proces dat bij zwangeren tot de keus voor één van beide bevallingslokaties leidt. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de rationele keuze-theorie.
In 1989 en 1990 is de eerste fase van het project uitgevoerd, waarin onderzoeksinstrumenten en een geschikte onderzoeksprocedure zijn ontwikkeld. Verder is een deel van het materiaal verzameld. In 1991 zal met de tweede fase (30 maanden) worden begonnen.

3.4. Extramurale verpleging (projectleider Mw. Dr. A. Kerkstra)

Op langere termijn zal het onderzoek binnen dit aandachtsgebied zich verbreden van extramurale verpleging naar de functies verpleging en verzorging in het algemeen. Deze verbreding wordt ingegeven door de komende integratie van kruiswerk en gezinszorg enerzijds en door de toenemende functionele samenhang tussen extramurale en intramurale verpleging en verzorging anderzijds. Gezien de geschetste ontwikkelingen zal het onderzoek voorlopig gecentreerd zijn rond de volgende thema's:

1. Onderzoek op het gebied van het aanbod, de organisatie en afstemming van de thuiszorg. Binnen dit thema zal de wijkverpleegkundige zorg niet geïsoleerd worden onderzocht, maar in relatie tot andere professionele en informele hulpverleners binnen de thuiszorg, met name de gezinsverzorging. Tevens zal internationaal vergelijkend onderzoek worden verricht.
2. Onderzoek naar behoefte aan thuiszorg. Het is van belang om op het gebied van de thuiszorg begrippen als zorgbehoefte of verpleegbehoefte nader te definiëren en in concreet meetbare onderdelen uiteen te leggen. Op deze wijze kan ook inzicht worden verkregen in het aandeel van de informele zorg en de afstemming tussen de hulpverleners en de relatie tussen zorgbehoefte en gebruik van voorzieningen. Binnen dit thema zal worden voortgebouwd op de resultaten van het onderzoek 'Wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid' dat door het NIVEL in 1985 werd afgerond en het vooronderzoek 'De zorgbehoefte ontleed'.
3. Onderzoek naar de kwaliteit van de thuiszorg en van de zorg voor chronisch zieken. In dit kader is ook de nieuwe overzichtsstudie van belang waarin de

kwaliteit van de thuiszorg en de zorg voor chronisch zieken centraal staat (zie hierover hoofdstuk 7). Verder wordt binnen het aandachtsgebied onderzoek gedaan naar de kwaliteit van verpleegkundige zorg voor CARA- en diabetespatiënten.

Projecten:

WIJK 88.02	**Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen**
Financier	: Nederlands Astma Fonds, STOOM, Emma Kinderziekenhuis in het AMC, Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland, Stichting Amsterdams Kruiswerk
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: materiaalverzameling en rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. T. Wiegers, onder leiding van Mw. Dr. A. Kerkstra

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

WIJK 90.01	**Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland: nadere analyses**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: schrijven wetenschappelijke artikelen
Uitvoering	: Mw. Dr. A. Kerkstra

In een landelijk representatief onderzoek zijn met behulp van meetinstrumenten (vragenlijst en registratieformulieren) die in de eerste fase zijn ontwikkeld, de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden beschreven en gekwantificeerd. Tevens is in kaart gebracht welke preventieve en curatieve zorg wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen, dat wil zeggen door de week, 's avonds of in het weekend.
Dit grootschalige project is per 1 januari 1990 afgerond met een basisrapport en een tabellenboek dat veel interessante beschrijvende gegevens bevat omtrent het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland. In 1991 worden op grond van het verzamelde materiaal een aantal onderwerpen nader bestudeerd en geanalyseerd. Voorbeelden hiervan zijn de verschillen tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in het kader van het onderscheid tussen het eerste en tweede deskundigheidsniveau binnen het verpleegkundig beroepsprofiel en de kwaliteit van het intakegesprek. Door Appelman e.a. (1989) zijn kwaliteitsstandaarden voor de wijkverpleging ontwikkeld; onder andere is er een kwaliteitsstandaard voor analyse van de zorgsituatie tijdens het intakegesprek. Door de door ons verzamelde gegevens te toetsen aan deze standaard kan inzicht worden verkregen in de kwaliteit van het intake-gesprek zoals dat door wijkverpleegkundigen wordt gehouden. Op grond van deze nadere verdieping zullen vervolgpublikaties verschijnen in de vorm van wetenschappelijke artikelen.

WIJK 90.02	**Extramurale verpleging in verschillende landen**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: literatuurstudie, interviews met contactpersonen in de betreffende landen, praktijkobservaties, rapportage
Uitvoering	: Drs. R.A. Verheij, onder leiding van Mw. Dr. A. Kerkstra

Het doel van het onderzoek is informatie te verzamelen over de organisatie, het functioneren en de financiering van de extramurale verpleging in verschillende (geïndustrialiseerde) landen. Het betreft informatie die waardevol is voor beleidsmatige knelpunten binnen de thuiszorg in Nederland. De aandacht is

daarbij gericht op het per land in kaart brengen van onder andere de verschillende deskundigheidsniveaus van extramurale verpleegkundigen en de bevoegdheden die deze hebben; de wijze waarop de indicatiestelling geschiedt en of daarbij afstemming plaatsvindt met de gezinsverzorging; de mate van samenwerking met de huisarts en de gezinsverzorging binnen de thuiszorg; de zorg die wordt geboden door de verschillende extramurale verpleegkundigen; en de wijze van financiering van de extramurale verpleging, bijvoorbeeld is er sprake van een eigen bijdrage voor de consument.

WIJK 90.03	**Evaluatie transmurale diabetesverpleegkundigen**
Financier	: WVC (?)
Status	: Indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd zal zo spoedig mogelijk worden gestart. Activiteiten 1991: literatuurstudie, instrumentontwikkeling, materiaalverzameling
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Mw. Dr. A. Kerkstra

Het doel van dit onderzoek is het evalueren van de werkzaamheden van transmuraal werkende verpleegkundigen ten behoeve van de diabeteszorg. Hierbij gaat het in de eerste plaats om na te gaan in hoeverre de kwaliteit en de coördinatie van zorg voor patiënten met diabetes mellitus wordt bevorderd door de aanwezigheid van een transmuraal werkende diabetesverpleegkundige. Ten tweede wordt onderzocht in hoeverre de werkzaamheden van transmurale diabetesverpleegkundigen leiden tot substitutie van zorg. Hierbij wordt enerzijds bedoeld substitutie van intramurale zorg door poliklinische- of eerstelijnszorg en anderzijds substitutie van langdurige wijkverpleegkundige zorg door zelfzorg.
Doordat de transmurale verpleegkundigen reeds enige jaren als zodanig werkzaam zijn en er derhalve geen voormeting kan worden verricht, zal deze evaluatie plaatsvinden door vergelijking met andere bestaande organisatiestructuren voor verpleegkundige diabeteszorg in Nederland. Het doel daarbij is na te gaan óf transmuraal werken een meerwaarde heeft ten opzichte van andere organisatiestructuren. Voordat deze evaluatie uitgevoerd kan worden dient echter eerst nauwkeurig geïnventariseerd te worden welke varianten (extramuraal, intramuraal en transmuraal) er in Nederland aanwezig zijn voor de verpleegkundige diabeteszorg. Het onderzoek wordt uitgevoerd op initiatief van Kruisverenigingen in Twente en het Kruiswerk Midden-Holland te Gouda.

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

Financier : WVC

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: indien het onderzoeksvoorstel wordt goedgekeurd zal zo spoedig mogelijk worden gestart

Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

Het is zinvol om op het gebied van de thuiszorg een begrip als zorgbehoefte nader te definiëren en in concreet meetbare onderdelen uiteen te leggen. In 1989 is een vooronderzoek naar de behoefte aan thuiszorg afgerond, waarin aan de hand van literatuurstudie een inventarisatie is gemaakt van de reeds aanwezige meetinstrumenten op dit terrein en van het onderzoek dat is verricht naar de zorgbehoeften van verschillende doelgroepen: ouderen, nazorgpatiënten, terminale patiënten, kankerpatiënten, chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. Tevens werd nagegaan wat de relatie is tussen zorgbehoefte en het gebruik van professionele thuiszorgvoorzieningen. Op grond van de stand van zaken van het onderzoek zijn per patiëntencategorie aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek, die in 1991 nader geconcretiseerd worden in een onderzoeksvoorstel.
Het vervolgonderzoek zal gericht zijn op patiënten die met een ernstige zorgbehoefte thuis verblijven. Onderzocht wordt wat de aard en omvang van het gebruik van thuiszorg is van deze groep patiënten en hoe deze patiënten en/of hun omgeving de thuiszorg ervaren.

NIEUW
WIJK 91.01 **Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg**

Financier : WVC (?)

Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: schrijven van een onderzoeksvoorstel. Indien dit wordt goedgekeurd zal zo spoedig mogelijk worden gestart

Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra in samenwerking met de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden werkzaam in de Maatschappelijke Gezondheidszorg (VVVM)

Het overheidsbeleid is gericht op organisatorische integratie van Kruiswerk en Gezinsverzorging met als doel de doelmatigheid van de thuiszorg te verhogen. Deze doelmatigheidsverbetering wordt nagestreefd door het terugdringen van de indirecte kosten (overhead) en door het inzetten van de gewenste verpleegkundige of verzorgende op de juiste plaats. Dat wil zeggen géén over- of ondergekwalificeerde hulpverlener bij een cliënt met een bepaalde hulpvraag.

In opdracht van en in nauwe samenwerking met de beroepsgroep (VVVM) zal in de eerste fase van dit onderzoek, mede op basis van internationale ervaringen op dit terrein, een concrete invulling worden gegeven aan de verschillende functieprofielen van de verpleegkundige/verzorgende beroepsuitoefening in de thuiszorg.
In de tweede fase van het onderzoek zal het effect van de invoering van de functiedifferentiatie worden geëvalueerd in termen van kwaliteit van zorg en efficiency.

NIEUW

WIJK 91.02	**Registratie integratie Kruiswerk/Gezinsverzorging**
Financier	: WVC (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: schrijven van een onderzoeksvoorstel
Uitvoering	: Mw. Dr. A. Kerkstra

Uit het (concept) regeringsstandpunt blijkt dat de overheid de conclusies uit het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' in grote lijnen onderschrijft: Het beleid zal de komende jaren gericht zijn op organisatorische integratie van Kruiswerk en Gezinsverzorging met als doel de doelmatigheid van de thuiszorg te verhogen. Van belang is dat er de komende jaren een goede informatievoorziening komt rond dit integratieproces. Onduidelijk is echter in hoeverre de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg deze taak op zich zal nemen. Gezien het belang van betrouwbare informatie op dit terrein is het NIVEL bereid (eventueel in samenwerking met de LVT) hiervoor een goed registratiesysteem op te zetten.

4. HULPVRAAG, HULPVERLENING EN FUNCTIONELE GEZONDHEID

4.1. Inleiding

In dit cluster van onderzoek staan drie thema's centraal: de positie van de hulpvrager, het proces van de hulpverlening en revalidatie. De cluster is ontstaan uit de themagebieden 'Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn', 'Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg' en 'Paramedische beroepen'.

Een belangrijke ontwikkeling op het gebied van de positie van de hulpvrager in de gezondheidszorg betreft de veranderende opstelling en betrokkenheid van (potentiële) hulpvragers bij de gezondheidszorg. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de toenemende rol die diverse patiëntenorganisaties in de gezondheidszorg innemen, maar ook in algemeen maatschappelijke ontwikkelingen waarin (bepaalde groepen) patiënten steeds duidelijker hun voorkeur voor een bepaalde behandeling (bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen) te kennen geven of juist hun afkeer of ontevredenheid in de vorm van het indienen van klachten bij, onder andere, medische tuchtcolleges. In veel beleidsnota's wordt nadrukkelijk aan deze ontwikkelingen aandacht besteed. In de nota 'Verandering Verzekerd' (de derde brief van het kabinet naar aanleiding van het rapport van de Commissie Dekker) wordt gesteld dat het de burger enerzijds mogelijk moet worden gemaakt om zijn mondigheid vorm te geven, en anderzijds beschermd moet worden wanneer er sprake is van een onvermijdelijke afhankelijkheidsrelatie.
In recente advies- en discussienota's over de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid wordt de patiënt een centrale plaats toebedeeld bij de beoordeling van gezondheidszorgvoorzieningen. Bij de projecten op dit onderzoeksterrein is daarom een onderzoek opgenomen naar de ontwikkeling van meetinstrumenten voor de kwaliteit van thuiszorg vanuit het perspectief van de patiënt.

Het perspectief van de hulpvrager is één kant van de zaak; een andere kant is het perspectief van het hulpverleningsproces waarin hulpvrager en hulpverlener bij elkaar komen. Op dit terrein bestaat op het NIVEL een lange traditie van onderzoek dat zich deels richt op de hulpverlening bij bepaalde klachten, met name psychosociale klachten en deels op minutieuze analyse van wat er gebeurt in het contact tussen hulpverlener en hulpvrager.
Het hulpaanbod van de kerndisciplines in de thuiszorg is in principe generalistisch van aard. Op verschillende terreinen wordt onderzoek gedaan naar de verhouding tussen het generalistische en het meer gespecialiseerde hulpaanbod; een onderwerp dat ook al in het vorige hoofdstuk aan de orde kwam waar het

ging om de relatie tussen de generalistisch werkende huisarts en de medisch specialist. Binnen het cluster van onderzoek naar patiënt en hulpverleningsprocessen gaat het enerzijds om de verhouding tussen generalistische hulpverlening met betrekking tot psychosociale problemen en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, en anderzijds om de kwaliteitsverbetering van de generalistisch werkzame hulpverlening.

De hulpverlening door paramedici is met name gericht op het verbeteren van de functionele gezondheid van patiënten. De traditionele doelen in de geneeskunde zijn diagnose en behandeling van organische pathologie. Het verbeteren van de functionele toestand is hieraan complementair. In plaats van functionele gezondheid, wordt het begrip 'kwaliteit van het leven' dikwijls gebruikt om deze doelstelling te definiëren. Het verbeteren van de functionele gezondheid wordt een steeds belangrijker doel van de gezondheidszorg. Door het toenemen van de chronische aandoeningen en de vergrijzing wint de functionele gezondheid aan relevantie. In dit licht gezien kunnen de genoemde disciplines een belangrijke bijdrage aan de gezondheidszorg bieden.
Raakvlakken met de kwaliteit van het hulpverleningsproces liggen met name daar waar het gaat om werkstijl-verschillen bij de behandeling van chronische ziekten. Een belangrijk deel van de patiënten die door paramedici behandeld worden lijden aan aandoeningen die als chronisch gekarakteriseerd moeten worden. Bij de behandeling door paramedici en bij het verwijzen door medici naar paramedici treden aanzienlijke werkstijl-verschillen op. Deze werkstijl-verschillen worden in kaart gebracht in de volgende projecten: 'Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie', 'Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten', 'Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn', 'Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie', 'Verwijzingen voor logopedie door huisartsen'.

4.2. 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.

Projecten

De volgende projecten uit het werkplan 1990/1991 zijn niet in dit werkplan opgenomen:

PSH 87.01a **Hulpzoeken bij psychosociale problemen**
Onderzoek is afgerond.

VRA 90.02 **The impact of non-orthodox medicine on health care expenditure**
Niet subsidiabel gebleken. Het voorstel wordt in 1991 mogelijk opnieuw in aangepaste vorm bij de EG ter subsidie ingediend.

Lopende projecten zijn:

VRA 86.01 **Consumentenpanel**
Financier : WVC/Consumentenbond.
Status : In uitvoering; Activiteiten in 1991: start eerste dataverzameling panel, afronding rapport kraamzorg.
Uitvoering : Drs. J.J. Kerssens onder leiding van Drs. L. Peters.

a) Algemeen
Vanaf 1991 zal naar alle waarschijnlijkheid het consumentenpanel operationeel worden. Het panel zal een kritische en signalerende functie moeten gaan vervullen wat betreft het functioneren van gezondheidsvoorzieningen. Hiermee kan dit project een belangrijke bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. In afwijking van eerdere plannen zal - bij toezegging van aanvullende subsidie - het panel een grotere omvang krijgen (1500 of meer huishoudens in plaats van 1000 personen) en zal het panel, in plaats van een keer per jaar schriftelijk, meerdere keren zowel schriftelijk als telefonisch gepeild worden. In deze nieuwe opzet zal de Consumentenbond het technisch beheer van het panel verzorgen, terwijl het NIVEL verantwoordelijk is voor de inhoudelijke uitvoering.

b) Het oordeel van kraamvrouwen over thuiskraamzorg
Als ad-hoc onderzoek in het kader van het project consumentenpanel zijn in 1990 alle kraamcentra voor medewerking benaderd om het oordeel van kraamvrouwen over de ontvangen zorg te inventariseren en eventuele verschillen hierin te verklaren. Ten behoeve van dit onderzoek is aan circa 2500

kraamvrouwen verzocht een enquête in te vullen. Het onderzoek is zodanig opgezet dat de resultaten gebruikt kunnen worden als voormeting bij de evaluatie van de wijziging van de ziekenfondsverstrekking kraamzorg die waarschijnlijk 1 januari 1991 van kracht wordt (zie ook VRA 91.02). Begin 1991 wordt over dit onderzoek gerapporteerd.

VRA 88.01	**Vragen over AIDS**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: Materiaalverzameling en tussentijdse rapportage
Uitvoering	: Drs. L. Peters, Mw. Drs. M. Moons
Afronding	: Continu project

De huisarts wordt een belangrijke rol toebedacht bij de opvang en begeleiding van AIDS-patiënten en mensen die zich met hun angst voor of vragen over AIDS tot een hulpverlener willen wenden. Hoewel de meeste huisartsen AIDS (nog) niet uit eigen praktijkervaring kennen, is de verwachting dat ze wel met al dan niet 'terechte' angst voor of vragen over AIDS geconfronteerd worden. In dit onderzoek wordt op landelijk niveau in beeld gebracht hoe vaak huisartsen met 'angst voor AIDS' geconfronteerd worden, hoe patiënten hun bezorgdheid, of vragen om informatie aan de huisarts laten blijken, of en zo ja, tot welke risicogroep deze patiënten behoren en welke actie de huisarts onderneemt.
Voor de gegevensverzameling is een beroep gedaan op de huisartsen die participeren in de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (zie hoofdstuk 5 PEIL 84.01). De huisartsen registreren vanaf 1 januari 1988 elk consult waarbij (vragen over) AIDS aan de orde komt met betrekking tot (nog) niet seropositief gebleken patiënten en vullen vanaf 1 april 1988, per geregistreerd consult, een enquêteformulier in.

VRA 88.02	**Hulpvrager en versterking van de eerste lijn**
Financier	: NIVEL + ?
Status	: Vooronderzoek in uitvoering. Activiteiten 1991: schrijven onderzoeksvoorstel hoofdonderzoek
Uitvoering	: Mw. Drs. M. Moons, uitvoering hoofdonderzoek N.N. onder leiding van Drs. L. Peters.
Afronding	: Vooronderzoek 1991, hoofdonderzoek ?

Het overheidsbeleid, gericht op versterking van de eerste lijn onder gelijktijdige terugdringing van specialistische zorg, heeft nog weinig succes gehad. Bij het

zoeken naar oorzaken hiervan wordt vooral naar de aanbodzijde gekeken en gewezen op de problemen om hier sturend op te treden. De eenzijdige aandacht voor aanbodfactoren als oorzaak hiervan gaat voorbij aan factoren aan de vraagzijde. Zo kan verondersteld worden dat de (toenemende) mondigheid van patiënten zich mede uit in een (toenemend) beroep op de tweedelijnszorg. Mensen die ziek zijn (of ziek zijn vermoeden) willen de beste hulp en die wordt naar het oordeel van velen eerder door de specialist dan door de huisarts geboden.
Voor de huisarts - als belangrijkste eerstelijnsdiscipline - heeft dit een paradoxale situatie tot gevolg. De overheid, maar ook de financiers en beroepsverenigingen, hanteren de gulden richtlijn 'zo veel mogelijk zelf doen'. Aan de andere kant wordt de huisarts, getuige enkele onderzoeken, veel met patiënten geconfronteerd die verwezen willen worden, ook al vindt de huisarts dat niet nodig.
Het gegeven dat deze paradox ook al in het overheidsbeleid zelf ligt opgesloten - versterking van de eerste lijn versus het centraal stellen van de (mondigheid, verantwoordelijkheid, behoeften van de) patiënt - verdient nadere aandacht.
De vraag hoe een niet-noodzakelijke gang naar de specialist voorkomen kan worden is het - uiteindelijke - doel van dit project.
In 1991 zal het vooronderzoek afgerond worden en een onderzoeksvoorstel voor een hoofdproject ter subsidie worden ingediend.

VRA 89.02	**Huisarts en AIDS**
Financier	: WVC (?), Consumentenbond.
Status	: Subsidie aangevraagd via Programma-Coördinatie Commissie Aids-Onderzoek, vooronderzoek afgerond. Activiteiten 1991: Bij subsidietoekenning materiaalverzameling.
Uitvoering	: Mw. Drs. M. Moons, N.N. onder leiding van Drs. L. Peters

De huisarts wordt binnen een tweesporenbeleid een centrale positie toebedacht bij de preventie van AIDS en de hulpverlening aan personen met HIV-gerelateerde problematiek. Een deel van de hulpvraag op dit gebied gaat echter voorbij aan de huisarts. De haalbaarheid en de invulling van de beleidsvoornemens vereist gegevens over de opvattingen van zowel huisartsen als van personen met dergelijke problemen. Momenteel zijn dergelijke gegevens over de Nederlandse situatie niet voorhanden.
In 1990 is een vooronderzoek uitgevoerd in samenwerking met de Consumentenbond. Via een oproepmethode (in de Consumentengids en dagbladen) zijn mensen met HIV-gerelateerde problematiek die hun huisarts hierover geconsul-

teerd hebben verzocht hun ervaringen te beschrijven. Door de gekozen methode heeft dit onderzoek vooral gegevens opgeleverd over slechte ervaringen. Deze gegevens zullen gebruikt worden bij de opstelling van de patiëntenenquête die deel zal uitmaken van het hier voorgestelde onderzoek.
De vraagstellingen hebben betrekking op:

a. huidige taakopvattingen, de (feitelijke en gewenste) hulpverleningspraktijk en de (feitelijke en gewenste) informatie en ondersteuning van huisartsen.
b. een verklaring van verschillen tussen huisartsen wat betreft (taak)opvattingen.

Deze vragen zullen beantwoord worden door middel van een schriftelijke enquête onder 1000 huisartsen.

VRA 89.03	**Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: Materiaalverzameling.
Uitvoering	: Drs. G.J. Visser, P.A. van Dijk, arts, onder leiding van Drs. L. Peters.
Afronding	: 1993.

Doel van het project is door middel van het oprichten van experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve therapeuten na te gaan of, en zo ja in hoeverre, een integratie van reguliere en alternatieve geneeswijzen in de praktijk gerealiseerd kan worden. Van integratie is sprake als de communicatie tussen huisartsen en alternatieve therapeuten goed is, als de zorg van beiden aan gemeenschappelijke patiënten op elkaar is afgestemd en als er een duidelijke indicatiestelling bestaat voor behandeling door een alternatieve therapeut. Van belang is voorts de tevredenheid van hulpverleners en patiënten, niet alleen over de communicatie zelf, maar ook over de aan de patiënten geboden hulp.
In het kader van dit project zijn twee experimentele samenwerkingsverbanden opgezet, één in een ziekenfondsregio en één in een regulier gezondheidscentrum waar ook alternatieve therapeuten werkzaam zijn. Gedurende tweeëneenhalf jaar zullen de betrokken huisartsen en alternatieve therapeuten elkaar over gemeenschappelijke patiënten berichten volgens een door het NIVEL ontworpen protocol.
Het project vormt de voortzetting op de in 1988 door het NIVEL afgeronde haalbaarheidsstudie.

VRA 90.01 **Haalbaarheidsonderzoek substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen**

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: rapportage
Uitvoering : Drs. L. Peters

In dit project worden de mogelijkheden nagegaan om door middel van wetenschappelijk onderzoek de vraag te beantwoorden of het gebruik van alternatieve geneeswijzen een substituerend effect heeft op het gebruik van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Indien deze mogelijkheden aanwezig zijn zal aangegeven worden welke onderzoeken nodig en mogelijk zijn om deze substitutievraag te beantwoorden. Tevens zal aandacht besteed worden aan de hiervoor benodigde programmering en coördinatie.

NIEUW
VRA 91.01 **Kwaliteit van thuiszorg: ontwikkeling van een meetinstrument vanuit het perspectief van de patiënt**

Financier : WVC?
Status : In afwachting subsidie. Activiteiten 1991: Bij subsidietoekenning start uitvoering.
Uitvoering : N.N. onder leiding van Drs. J.J. Kerssens en Drs. L. Peters.

In de maatschappelijke discussie over de kwaliteit van gezondheidszorg wordt meer en meer onderkend dat deze niet alleen tot de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren behoort. Aan patiënten en ziektekostenverzekeraars wordt tegenwoordig - deze ontwikkeling is betrekkelijk nieuw - een gelijkwaardige rol toegedacht in het formuleren van kwaliteitseisen en het beoordelen van kwaliteit. Een conferentie van betrokken organisaties heeft onlangs de uitvoering van patiënten/consumentenonderzoek aanbevolen.
In dit project wordt een instrument ontwikkeld waarmee het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de zorg kan worden gemeten. Vanwege de uitdagende complexiteit en het multidisciplinaire karakter van de zorg in de thuissituatie, alsmede de verwachting dat juist op dit terrein relatief veel kwaliteitswinst te behalen valt, is de thuiszorg gekozen als onderdeel van de gezondheidszorg waarvoor het instrument wordt ontwikkeld; een instrument dat aansluit bij de kwaliteitsbeoordeling van andere betrokkenen en recht doet aan de eigenheid van het patiëntenperspectief.

NIEUW
VRA 91.02 **Evaluatie wijziging verstrekking kraamzorg**

Financier	: Ziekenfondsraad?
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: onderzoeksvoorstel, subsidieaanvraag, mogelijk start onderzoek.
Uitvoering	: Drs. J.J. Kerssens, bij subsidietoekenning N.N. onder leiding van Drs. L. Peters

Naar aanleiding van de problemen die zich in een aantal regio's met betrekking tot de verstrekking van kraamzorg voordoen, heeft de Ziekenfondsraad de Staatssecretaris van WVC geadviseerd de verstrekking van kraamzorg met ingang van 1 januari 1991 te wijzigen. Met de voorgestelde wijziging wordt de basis gelegd voor een gedifferentieerd pakket van kraamzorg waarmee de kraamcentra de mogelijkheid wordt geboden flexibel in te spelen op de behoefte aan kraamzorg. De Ziekenfondsraad heeft het NIVEL verzocht de door te voeren wijzigingen op zijn organisatorische en kwaliteitsaspecten te evalueren. Bij deze evaluatie zullen de ervaringen en wensen van de cliënten met de nieuwe regeling een centrale plaats innemen.

NIEUW
VRA 91.03 **Huisarts gevraagd**

Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: uitvoering en rapportage.
Uitvoering	: stagiaire N.N. onder leiding van Drs. G.J. Visser
Afronding	: 1991

Doel van het project is een inventarisatie te maken van de in advertenties aan aankomende huisartsen gestelde eisen. Daarbij wordt gelet op de voorkeur voor een vrouwelijke huisarts, de veronderstelde aanwezigheid van een achterwacht en de veronderstelde kennis van of ervaring met alternatieve geneeswijzen. Van een aantal advertenties zal worden nagegaan of de uiteindelijke kandidaat inderdaad over de gevraagde kwalificaties beschikte.

NIEUW
VRA 91.04 **Placebo's in de huisartspraktijk**

Financier	: ?
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1992: schrijven projectvoorstel, aanvraag subsidie.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Drs. L. Peters

Bij het voorschrijven van placebo's of als zodanig bedoelde middelen kunnen kanttekeningen van zowel ethische als juridische aard geplaatst worden. De lijst van argumenten, zowel pro als contra placebo's, is uitgebreid. Hoewel de individuele patiënt per definitie tegen placebo's is, ligt dit al complexer als het belang van de patiënt vanuit een macro-perspectief wordt bezien. Hoe huisartsen wat dit betreft denken en handelen is voor een deel te beantwoorden op basis van de gegevens uit de Nationale Studie (zie hoofdstuk 5.2). Een eerste inspectie leert dat huisartsen aanzienlijk verschillen in zowel hun opvattingen als hun feitelijk handelen. Ruim de helft schrijft deze middelen voor, soms incidenteel, soms jaarlijks aan een paar honderd patiënten. In dit project zal o.a. aandacht besteed worden aan de vraag welke huisartsen dergelijke middelen aan welke patiënten voorschrijven. Behalve analyse van het materiaal van de Nationale Studie zullen interviews met huisartsen en met huisartsen- en patiëntenorganisaties gehouden worden.

NIEUW

VRA 91.05	**Gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten**
Financier	: Academisch Ziekenhuis Rotterdam?
Status	: Offerte ingediend. Activiteiten 1991: Bij financiering uitvoering van het onderzoek.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Drs. L. Peters

Op verzoek van het AZR heeft het NIVEL in 1990 een offerte ingediend ten behoeve van een proefproject dat ten doel heeft de thuiszorg voor bepaalde categorieën AIDS-patiënten uit te breiden. Dit proefproject voorziet in een nieuw zorgaanbod waarbij gespecialiseerde zorg in de thuissituatie wordt verstrekt door een aan het ziekenhuis verbonden gespecialiseerde AIDS-verpleegkundige. Hierbij wordt nauw met de eerste lijn samengewerkt. De mogelijkheden van deze thuiszorg en de voorwaarden waaronder deze optimaal kan verlopen zullen door middel van onderzoek vastgesteld worden.

4.3. Eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg (projectleider Dr. P.F.M. Verhaak)

Twee objecten van onderzoek staan centraal binnen het themagebied 'Eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg': generalistische hulpverlening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de samenhang tussen deze generalistische zorg en de zogenaamde geestelijke gezondheidszorg-in-engere-zin (AGGZ en intramurale zorg). Er wordt onderzoek verricht naar inhoudelijke aspecten

van psychosociale hulpverlening binnen de generalistische gezondheidszorg en als zodanig vormt de kwaliteit van het handelen van generalistische GGZ-hulpverleners als de huisarts en de algemeen maatschappelijk werker een belangrijk object van studie. Omdat geestelijke gezondheidszorg een type zorg betreft dat met wisselende intensiteit en specialisatie door verschillende hulpverleners wordt geleverd, spelen zaken als afstemming, samenwerking en sinds een jaar of twee functionele regionalisatie een belangrijke rol binnen de onderzoeksactiviteiten.

De basis van het onderzoek is gelegen in de epidemiologie. In het thans voor u liggende werkplan worden nieuwe projecten aangekondigd waarin verder wordt gestudeerd op vragen aangaande het voorkomen van psychische problemen in de huisartspraktijk; de data voor deze onderzoekingen worden geleverd door de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In het eerste deel van dit werkplan, 'voorkomen en beloop van psychosociale klachten', worden deze projecten gepresenteerd.

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 fundamenten. Dit deel behelst de behandeling van psychosociale problemen door generalistische hulpverleners. Behalve observatie van huisartsconsulten valt ook onderzoek met behulp van vragenlijsten onder AMW-cliëntèle hieronder. Alle onderzoekingen die hier genoemd worden betreffen op een of andere wijze aspecten van de kwaliteit van zorg: gemeten aan het handelen van de hulpverlener dan wel aan het oordeel van de patiënt.

Het derde deel staat met name in het teken van 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.

In het vierde deel ten slotte komen projecten aan de orde die de afstemming tussen generalistisch GGZ-hulpaanbod in de eerste lijn en specialistisch AGGZ aanbod betreffen.

Projecten:

In vergelijking met het werkplan 1990-1991 is vervallen:

PSH 87.01b **Psychische problemen in de eerste lijn: een dwarsdoorsnede (zie ook NAT 87.08)**

Afgerond met bijdrage aan congresboek (Toronto 1989)

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

Afgerond met rapport

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

Afgerond met artikel

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

Afgerond met artikel

PSH 89.02 **Arts en patiënt in onderhandeling**

Niet uitgevoerd wegens vertrek stagiaire

GGZ 90.01 **Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek: I. literatuurstudie**

Afgerond met bibliografie

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

Afgerond met artikel

ALG 90.02 **Symposium psychiatrie in de eerste lijn**

Hiervan is afgezien bij gebrek aan belangstelling van de zijde van de potentiële partner

Het voorkomen en beloop van psychosociale klachten in de huisartspraktijk

NIEUW
PSH 91.01*

Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling

Financier : NIVEL
Status : Activititeiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : Dr. P.F.M. Verhaak
Afronding : 1992

In de afgelopen drie jaar is een programma rond het thema psychosociale problematiek in de huisartspraktijk aan de hand van gegevens uit de Nationale Studie deels afgewerkt. (PSH 87.01a t/m PSH 87.01e) deels gepland (PSH 91.02, PSH 91.03). Dit heeft geresulteerd in publikaties die qua onderwerp variëren van de neiging van patiënten om hulp te zoeken via het probleemaanbod en de herkenning daarvan door de huisarts tot de beslissing om de patiënt aan meer specialistische hulpverleners over te dragen. Voorgesteld wordt om deze deels fragmentarische gegevens samen te brengen in een monografie die het gehele 'pad naar de GGZ' tot onderwerp heeft.

NIEUW
PSH 91.02

Depressies bij ouderen

Financier : NIVEL
Status : Activititeiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : Mw. Drs. J.M. Bensing, Dr. P.F.M. Verhaak
Afronding : 1991

In de in 1990 verschenen bibliografie over psychiatrische problematiek zijn twee terreinen aangemerkt waarop een interventiestudie (zie GGZ 89.02) zinvol kan zijn: dementie en depressie bij ouderen. Ter ondersteuning van een onderzoeksvoorstel om op dit laatste terrein een interventiestudie op te zetten zal op basis van het Nationale Studie materiaal een epidemiologisch overzicht van het voorkomen van depressies bij ouderen in de huisartspraktijk en de daaraan gekoppelde behandeling van de huisarts worden geschreven.

---

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

NIEUW

PSH 91.03	**Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen**
Financier	: NIVEL en Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid
Status	: Activititeiten in 1991: schrijven onderzoeksvoorstel, observatie
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing, Dr. P.F.M. Verhaak
Afronding	: 1992

'Nieuw' is het goede woord niet voor dit project. In het kader van het onderzoek naar het beloop van psychosociale problemen (PSH 87.01c) bij 400 patiënten met psychosomatische en 400 patiënten met expliciet psychisch geuite klachten is de interdoktervariantie hierbij buiten beschouwing gelaten. We beschikken over video-opnamen van de 17 deelnemende artsen. Het voorstel luidt daarom om op basis van de video-opnamen tot een typering van deze artsen te komen op de NIVEL-karakteristiek 'open communicatie-stijl' , een karakteristiek die ook in recente aanbevelingen ter verbetering van de onderkenning van psychische klachten door de huisarts wordt genoemd door Goldberg (1990). Daarnaast kunnen de artsen op andere door Goldberg relevant geachte gesprekstechnieken beoordeeld worden.
Onderzoeksvraag is, in hoeverre de onderscheiden gesprekstechnieken een verklaring bieden voor verschillen tussen artsen in afname van psychische en psychosomatische problemen.

NIEUW

PSH 91.04	**Verwijzingen van psychosociale problemen naar AMW en RIAGG**
Financier	: NIVEL
Status	: Activititeiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: Dr. P.F.M. Verhaak
Afronding	: 1991

Verwijzingen naar AMW, AGGZ of intramurale GGZ vormen een aspect van de geestelijke gezondheidszorg die in de eerste lijn plaatsvindt dat nog onvoldoende belicht is in het materiaal dat de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk te bieden heeft. Doel van het hier voorgestelde onderzoek is de omvang van deze verwijsstroom in kaart te brengen; speciale aandacht zal daarbij geschonken worden aan de 'voorgeschiedenis' van een verwijzing, voor zover die uit de voorgaande consulten te reconstrueren is.

Eerder onderzoek heeft immers uitgewezen dat een verwijzing niet zomaar tot stand komt, maar vaak de resultante is van een aantal mislukte alternatieven die reeds door arts en patiënt beproefd zijn. Een ander aandachtspunt wordt gevormd door de verwachte interdoktervariantie, zowel in kwantitatief opzicht (verschillen in aantallen verwijzingen) als in kwalitatief opzicht (verschillen in voorkeuren).

NIEUW

PSH 91.05	**Het psychisch karakter van lichamelijke klachten**
Financier	: NIVEL
Status	: Analyse
Uitvoering	: Mw. Drs. J.M. Bensing
Afronding	: 1992

Lichamelijke klachten worden vaak in zekere zin door de huisarts als 'mede psychisch bepaald' gezien. Dit verschilt sterk van arts tot arts en van klacht tot klacht. Het vermoeden bestaat dat het mogelijk psychisch karakter van klachten in abstracto sterker gezien wordt als in concreto: wanneer men in het algemeen hierover een uitspraak moet doen is men gevoeliger voor het eventueel psychische karakter van een lichamelijke klacht, dan wanneer men met zo'n klacht in de praktijk wordt geconfronteerd en er een handeling wordt verwacht. In de Nationale Studie zijn klachten beoordeeld door de registrerende huisarts op de mate waarop psychische aspecten hierbij een rol spelen. In het verleden heeft een forum van ongeveer 20 artsen de toenmalige ICPC ook per klacht beoordeeld op de 'psychische impact' van de onderscheiden klachten. In dit onderzoek worden deze gegevens met elkaar in verband gebracht.

De behandeling van psychische problemen in de eerstelijnszorg

PSH 89.03	**Validering NIVEL observatiesysteem aan methode ROTER**
Financier	: NIVEL
Status	: Activiteit 1991: afrondende rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. J.M. Bensing
Afronding	: 1991

De voortgang van kennisopbouw op het gebied van de arts-patiënt communicatie wordt belemmerd door het feit dat overal ter wereld met verschillende observatie-systemen wordt gewerkt, die deels voor verschillende doeleinden zijn ontwikkeld en vaak een verschillende (merendeel impliciete) theoretische achter-

grond hebben. Het NIVEL heeft besloten daarom te zoeken naar integratiemogelijkheden van verschillende systemen. Er is een samenwerking tot stand gebracht met D. Roter (Johns Hopkins University). Het observatiesysteem van Roter is gekozen, omdat dit internationaal het meeste navolging heeft gekregen. In een vergelijkende studie is nagegaan in hoeverre globale begrippen die het NIVEL-systeem en het ROTER-systeem pretenderen te meten, inderdaad met elkaar samenhangen. Ten behoeve van deze vraagstelling zijn 103 consulten uit de NIVEL-videotheek onafhankelijk van elkaar met beide observatiesystemen gescoord. De resultaten van deze vergelijking, waarover op de internationale gezondheidszorg onderzoeksdagen in Keulen in december 1990 is gerapporteerd, maken deel uit van het proefschrift van Jozien Bensing dat in 1991 verdedigd zal worden.

NIEUW

PSH 91.06	**Vergelijking NIVEL observatiesysteem, methode ROTER en Landelijk Instrument toetsing consultuitvoeringsvaardigheden van huisartsen (SV-IOH)**
Financier	: NIVEL
Status	: Activiteit 1991: observatie
Uitvoering	: Mw. Drs. S. de Boer onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing in samenwerking met SV-IOH (Dr. L.H.C. Tan)
Afronding	: 1992

Het Landelijk Samenwerkingsverband van het Interfacultair Huisartsen Overleg heeft een instrument ontwikkeld voor het toetsen van vaardigheden in consultvoering. Zoals in PSH 89.03 het NIVEL-observatie systeem is vergeleken met het ROTER-systeem, zo wordt in dit project een vergelijking op basis van dezelfde 103 consulten van beide systemen met dit SV-IOH systeem beoogd.

PSH 90.01	**Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult**
Financier	: NIVEL
Status	: Activiteiten 1991: definitieve afronding proefschrift/-mini-symposium rond observatie arts-patiënt communicatie
Uitvoering	: Mw. Drs. J.M. Bensing
Afronding	: 1991

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

NIEUW

PSH 91.07	**Psychosociale hulpverlening door de huisarts geoperationaliseerd**
Financier	: NIVEL
Status	: Protocol ontwikkelen/observatie
Uitvoering	: Mw. Drs. S. de Boer onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing
Afronding	: 1992

De feitelijke behandeling van psychosociale problemen door de huisarts is binnen het NIVEL-onderzoek tot op heden beoordeeld op basis van een klein aantal globale maten: arts gaat wel/niet in op psychische aspecten, schrijft psychofarmaca voor, verwijst. In dit project wordt getracht tot een meer verfijnd observatie systeem te komen, onder meer door de Therapist Client Rating Scale voor de huisarts te valideren.

NIEUW

PSH 91.08	**Mannelijke en vrouwelijke huisartsen**
Financier	: STEO ?
Uitvoering	: Dr. L. Meeuwisen in samenwerking met Mw. Drs. J.M.Bensing

Status : 1991: schrijven onderzoeksvoorstel
Afronding : 1993 (?)

Vergelijking van het professionele handelen van mannelijke en vrouwelijke huisartsen wordt van belang geacht. Het NIVEL heeft reeds een subsidie aanvraag lopen bij WVC om en dergelijke vergelijking op basis van reeds beschikbare registratie gegevens uit te voeren. Echter, deze gegevens kunnen slechts een beperkt inzicht verschaffen in het hulpverleningsproces, zoals dat bij mannelijke en vrouwelijke huisartsen gestalte krijgt. Als aanvulling daarop wordt daarom voorgesteld de mogelijke verschillen in handelen te bestuderen op basis van consultobservatie van mannelijke en vrouwelijke huisartsen.

NIEUW
AMW 91.01 **Satisfactie AMW-cliënten**
Financier : NIVEL (?)
Status : Analyse en rapportage
Uitvoering : Dr. Ir. R.D. Friele
Afronding : 1991

De huidige discussie rond kwaliteit van instellingen heeft ook het AMW niet onberoerd gelaten. In dit kader is men momenteel bezig met de ontwikkeling van instrumenten om de diverse aspecten van kwaliteit beter te kunnen bewaken. Materiaal, dat in het AMW-RIAGG-onderzoek verzameld is, leent zich ervoor om nader uitgewerkt te worden met de vraag: aan welke aspecten van het hulpverleningscontact ontleent de cliënt zijn tevredenheid.
In samenwerking met de VIVAM, die vergelijkbare gegevens verzameld heeft, zal gestreefd worden naar het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor het AMW.

Interventiestudies naar de inbreng van psychologische en psychiatrische expertise in de eerste lijn

GGZ 87.04 **Evaluatie experimenten psychologen in de eerste lijn**
Financier : ????
Status : In afwachting van subsidie
Uitvoering : N.N. onder leiding van Dr. P.F.M. Verhaak

De door WVC in 1984 aangekondigde experimenten met eerstelijnspsychologen zullen definitief niet doorgaan, zo vernamen we. Toch blijft inzicht in eventuele

kostenbesparing door psychologen relevant, gezien de ontwikkelingen in het stelsel van gezondheidszorg. In het voorzieningen-denken was de eerstelijnspsycholoog als nieuwe voorziening in de eerstelijnsgezondheidszorg taboe. In het kader van het functie-denken wordt over de invulling van de functie psychologische hulpverlening met een kortdurend en generalistisch karakter genuanceerder gedacht.
Nu de WVC-experimenten voor onbepaalde tijd verdaagd zijn, is het voornemen om binnen bestaande psychologenpraktijken een onderzoek te doen naar mogelijke kostenbesparing door eerstelijnspsychologen, bij voorbeeld door een controlled trial, waarbij patiënten ad random aan verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog of aan een 'klassieke' behandeling wordt toegewezen.

GGZ 89.02	**Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek**
Financier	: Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: schrijven onderzoeksvoorstel
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing

Uit het literatuuronderzoek (GGZ 90.01) kwam het thema 'depressies bij bejaarden' als relevant naar voren. Het is een onderwerp dat de belangstelling van het beleid geniet en waarop een interventie zinvol kan zijn om de diagnostiek van huisartsen te verbeteren; het NIVEL zal in 1991 een dergelijke interventie voorbereiden en een onderzoeksvoorstel schrijven. In 1992 zal deze interventie op experimentele basis worden uitgevoerd en geëvalueerd.

GGZ 90.02	**Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model**
Financier	: Praeventiefonds of Programma Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad
Status	: Onderzoeksvoorstel is geschreven samen met Dr. F. Huijsse, Afdeling psychiatrie, VU-Ziekenhuis
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Mw. Drs. J.M.Bensing

Een landelijk recente ontwikkeling in de samenwerking tussen de algemene en generalistische gezondheidszorg betreft de 'liaison-psychiatrie'.
In de liaison-psychiatrie worden psychiatrische consultaties gegeven aan andere artsen (tot nu toe meestal medisch specialisten werkend binnen ziekenhuizen) bij patiënten met (in beginsel) somatische problemen. Op basis van het zogenaamde biopsychosociaal model wordt getracht een meersporenbeleid ten

aanzien van de patiënt te ontwikkelen waarbij biologische, psychische en sociale ontstaansfactoren en processen in onderlinge samenhang worden geanalyseerd. Een dergelijk model lijkt bij uitstek ook geschikt voor de huisartspraktijk. Hier wordt men immers maar al te vaak geconfronteerd met patiënten met lichamelijke klachten waarbij een louter somatische aanpak niet blijkt te werken en een psychosociale aanpak na uitblijven van resultaten op het lichamelijke vlak op weerstanden bij de patiënt blijkt te stuiten. In het onderzoeksvoorstel wordt beoogd om in samenwerking met de Vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit van Amsterdam (dr. F. Huijsse) met behulp van een controlled trial het effect te bestuderen van consultatie volgens het biopsychosociaal model op het verloop van klachtenpatronen en consumptiepatronen van een omschreven groep patiënten. Tevens zal met behulp van video-opnamen worden nagegaan welke invloed deze consultatie heeft op de werkwijze van de aan het project deelnemende huisartsen.

Taakafbakening generalistische en specialistische GGZ

GGZ 85.02	**AMW en RIAGG. Verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze**
Financier	: WVC/STABO
Status	: Uitvoering nameting, analyse en rapportage
Uitvoering	: Dr. Ir. R.D. Friele
Afronding	: 1991

Rond de positie en functie van het AMW als eerstelijnsvoorziening voor psychosociale hulpverlening ten opzichte van de AGGZ bestaat veel onduidelijkheid. In 1987 constateerden JOINT en NVAGG op basis van een inventarisatie-enquête dat de psychosociale hulpverlening als een overlappend werkterrein wordt ervaren en derhalve taakafbakening wenselijk is.
In het door WVC gesubsidieerde onderzoek zijn in een aantal regio's de cliëntèle van zowel AMW-instellingen als RIAGG met behulp van vragenlijsten ondervraagd, teneinde vast te stellen in hoeverre beide type instellingen de beoogde doelgroep bedienen. Daarnaast wordt het hulpverleningsproces globaal in kaart gebracht zodat duidelijk wordt welke voorspellende waarde verschillende criteria (zoals aanwezigheid van psychopathologie en situatiegebondenheid van klachten) hebben.
Aan het einde van het onderzoek worden de resultaten teruggekoppeld naar de deelnemende instellingen en erbij betrokken verwijzende instanties in een zogenaamde consensus conferentie, teneinde de implementatie van de resultaten in het veld te verzekeren.

NIEUW

GGZ 91.01	**Evaluatie integrale intake psychosociale problemen door AMW en RIAGG**
Financier	: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Gelderland (?)
Status	: In voorbereiding
Uitvoering	: Dr. Ir. R.D. Friele

Uit het onderzoek GGZ 85.02 komt naar voren dat voor een belangrijk deel AMW en RIAGG een zelfde type hulpvraag kennen. Om hieraan beter tegemoet te kunnen komen, worden plannen ontwikkeld om in Oost Gelderland tot een gezamenlijk hulpaanbod vanuit één organisatorisch kader te komen. In 1991 zal door de samenwerkende instellingen een definitief samenwerkingsconcept worden geformuleerd en zal het NIVEL een onderzoeksvoorstel uitwerken. In dit voorstel zal een procesevaluatie van de nagestreefde samenwerking een plaats krijgen en zal onderzocht worden in hoeverre de samenwerking tot effecten op de differentiatie van cliënten over verschillende soorten hulpverlening, en op de tevredenheid van cliënten, hulpverleners en verwijzende instanties leidt.

4.4. 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 en voorbereid op het gebied van oefentherapie, ergotherapie, podotherapie en logopedie.
Binnen deze disciplines is nog weinig systematische, wetenschappelijke kennis vergaard. Er wordt naar gestreefd in deze leemte te voorzien. Binnen de verschillende beroepsgroepen vinden discussies plaats over de richting waarin het onderzoek zich dient te begeven. Met name binnen de beroepsgroep van de fysiotherapeuten is aan deze kwestie aandacht besteed. Onderzoek naar de effecten van behandelingen wordt veelal als een belangrijke richting van onderzoek gezien. Maar ook epidemiologisch en theorievormend onderzoek en de ontwikkeling van meetinstrumenten zijn van veel belang. Een belangrijke voorwaarde voor elke vorm van onderzoek is dat er consensus is over de diagnostische begrippen waarin de klacht van de patiënt uitgedrukt wordt. Binnen de fysiotherapie wordt in toenemende mate het begrippenkader van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) gebruikt. Daarbij is het noodzakelijk gebleken de ICIDH nader te bewerken om deze geschikt te maken voor fysiotherapie. Ook in andere paramedische disciplines

is er een tendens (een bewerking van) de ICIDH als uitgangspunt te nemen voor het beschrijven van diagnostische bevindingen.

Aan de kant van effecten van behandelingen is de tegenhanger van de ICIDH de meting van functionele toestand of 'kwaliteit van leven'. Een inventarisatie van meetinstrumenten op dit terrein, van de psychometrische kwaliteit ervan en van de toepassingsmogelijkheden in onderzoek van de paramedische beroepen zou in een leemte voorzien.

Een belangrijke beleidsontwikkeling betreft de financiering van de paramedische zorg. De steeds toenemende kosten van fysiotherapeutische zorg hebben tot bezuinigingsvoorstellen geleid. Bepaalde sectoren van de logopedische zorg staan onder sterke financiële druk. Ergotherapie is niet als aparte verstrekking in het ziekenfondspakket opgenomen, terwijl podotherapie in het geheel niet opgenomen is. Deze kwesties van financiering roepen vragen op over de legitimering en de bereikbaarheid van de betreffende zorg. Met betrekking tot de legitimering is onderzoek naar de effecten van hulpverlening van belang. Met betrekking tot bereikbaarheid is onder meer epidemiologisch onderzoek aangewezen.

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

1. Beschrijvend epidemiologisch onderzoek naar klachten, behandelingen en verwijzers op het gebied van paramedische disciplines. Projecten waarin dit onderwerp aan de orde komt zijn: 'Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (basisgegevens), 'Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie', 'Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht' en 'Verwijzingen voor logopedie door huisartsen'. In de drie projecten, die hier als eerste genoemd zijn, is een bewerking van de ICIDH het uitgangspunt voor de registratie van diagnostische bevindingen door de betreffende beroepsbeoefenaar.
2. De vraag hoe het zorgpakket, waar de betreffende paramedische discipline deel van uitmaakt, zodanig ingezet en georganiseerd kan worden dat een optimaal effect op de gezondheidstoestand bereikt wordt. Dit onderwerp komt aan de orde in de volgende projecten: 'Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie' (deelonderzoeken), 'Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie: vergelijkend onderzoek naar

behandeling door huisarts en fysiotherapeut', 'Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek', 'Effecten van logopedische behandelingen'.

3. Algemene aspecten van het hulpverleningsproces die niet zuiver beroepsinhoudelijk zijn. Dit betreft het vervolg op het project 'Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten'.

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

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

Op het gebied van de fysiotherapie wordt een informatiesysteem bijgehouden van menskracht. In het vorige werkplan maakte dit onderdeel uit van het themagebied Volume- en functie-aanbod. 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.

Projecten:

Projecten die in het Werkplan 1990-1991 stonden en niet meer opgenomen zijn:

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

Dit artikel is ter publikatie aangeboden.

PMED 89.05 **Ergotherapie bij kankerpatiënten**
Bij de voorbereidingen van dit project werden te weinig vorderingen gemaakt.

Lopende projecten:

REG 85.01 **Registratie werkzame fysiotherapeuten**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: vereenvoudiging en rationalisering van de gegevensverzameling, verslaglegging
Uitvoering : Drs. J. Pool

In 1985 is het registratieproject van fysiotherapeuten in de eerste lijn gestart. Dit project liep op 1 februari 1988 af. Op basis van een evaluatie over deze periode is in 1988 besloten om dit project voor een periode van vier jaar te continueren (1 februari 1988 - 1 januari 1992). Door de al eerder genoemde bezuinigingsmaatregel is de projectsubsidie per 1 januari 1991 weggevallen. Op dit moment wordt gewerkt aan een dusdanige vereenvoudiging van de gegevensverzameling en rationalisering van de gegevensverwerking dat de registratie voortgezet kan worden binnen de basissubsidie van het NIVEL.

REG 86.02 **Onderzoek pas afgestudeerde fysiotherapeuten**
Financier : NIVEL
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: vereenvoudiging en rationalisering van de gegevensverzameling, verslaglegging
Uitvoering : Drs. J. Pool

Op 1 januari 1987 hebben alle afgestudeerde fysiotherapeuten uit 1985 en 1986 een enquête ontvangen. Op basis hiervan is onder andere inzicht verkregen in hoeverre pas afgestudeerde fysiotherapeuten werk hebben gevonden binnen de fysiotherapie en in hoeverre men nog op zoek is naar werk. Om een volledig inzicht te krijgen in het aantal werkzoekende fysiotherapeuten zouden alle opleidingscohorten meerdere jaren gevolgd moeten worden. Gezien het grote aantal afgestudeerden en de vele mutaties die jaarlijks plaatsvinden zou een dergelijke gegevensverzameling financieel en organisatorisch veel middelen vergen en derhalve nauwelijks haalbaar zijn. Voor een aantal vragen die verband houden met de 'manpowerplanning' is een dergelijke gegevensverzameling niet

noodzakelijk. Vandaar dat voor een andere methode is gekozen, namelijk het over meerdere jaren volgen van alle afgestudeerden uit één opleidingscohort. Hiertoe zullen alle afgestudeerden uit 1986 over een periode van vier jaar (1986-1991) gevolgd worden. Dit betekent dat zij op 1 januari 1991 voor het laatst worden geënquêteerd.

PMED 87.01	**Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie**
Financier	: WVC/Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: verzamelen gegevens tweede en derde onderzoek, voorbereiden vierde onderzoek en verzamelen van epidemiologische basisgegevens
Uitvoering	: Dr. H. Kool van Langenberghe, Drs. E.Chr. Curfs, Dr. J. Dekker
Afronding	: 1992

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

- Fysiotherapie en beperkende maatregelen aan de vraagzijde. Bij bezuinigingsvoorstellen op het gebied van de gezondheidszorg wordt fysiotherapie veelal genoemd als een van de verstrekkingen waarvoor eigen bijdragen van de patiënten ingevoerd kunnen worden. Om de gevolgen van een dergelijke maatregel voor de toegankelijkheid van de zorg te kunnen overzien dient men inzicht te hebben in de financieel-economische positie van patiënten die door fysiotherapeuten behandeld worden. Tevens dient men inzicht te hebben in de geneigdheid van patiënten om een aanvullende verzekering te sluiten voor de kosten van fysiotherapeutische zorg. Deze twee punten worden in dit deelproject onderzocht. De gegevens hiervoor zijn verzameld en worden thans geanalyseerd.
- Wijzigingen van het honoreringsstelsel van fysiotherapeuten. Hierbij staat de vraag centraal wat het effect op de beroepsuitoefening zal zijn van een wijziging van het huidige verrichtingensysteem naar een betaling per zitting. Dit onderzoek is voorbereid en de dataverzameling zal plaatsvinden zodra de wijziging van het honoreringsstelsel een feit is.

- Het verwijzen van patiënten uit de tweede lijn naar fysiotherapeuten in de eerste lijn. Het doel van dit deelonderzoek is te inventariseren in hoeverre er informatie-overdracht plaatsvindt indien patiënten na behandeling in het ziekenhuis of op de polikliniek verder behandeld worden door fysiotherapeuten in de eerste lijn en in hoeverre de informatie die overgedragen wordt, adequaat is om er de behandeling op te baseren. De gegevens van dit onderzoek worden in 1991 verzameld.
- Fysiotherapie en pijnbehandeling. Het meest frequent voorkomende behandeldoel van fysiotherapeuten bleek in eerder onderzoek pijnvermindering (al of niet in combinatie met andere behandeldoelen) te zijn. Het doel van dit deelonderzoek is na te gaan welke behandelvormen toegepast worden om pijn te bestrijden en hoe het verloop van pijnklachten is gedurende de fysiotherapeutische behandeling.
- Epidemiologische basisgegevens in de extramurale fysiotherapie. Aangezien de gegevens ten behoeve van de bovenstaande deelprojecten verzameld worden in een periode van vier jaar bij een en dezelfde groep fysiotherapeuten en aangezien deze gegevens voor een belangrijk deel gemeenschappelijk zijn, bieden deze gegevens een basis voor epidemiologische analyse. Deze gegevens worden in de vorm van een jaarlijks basisrapport gerapporteerd. Daarnaast vindt een thematische rapportage plaats, waarin gegevens rond een bepaald thema beschreven worden. Het eerste thema is 'sportblessures en fysiotherapie in de eerste lijn'. Een ander thema zal zijn 'fysiotherapie en thuiszorg'. Dit deelproject wordt doorlopend uitgevoerd naast de vier bovenbeschreven deelprojecten die na elkaar uitgevoerd worden.

PMED 89.02	**Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie: een vergelijkend onderzoek naar behandeling door huisarts en fysiotherapeut**
Financier	: ?
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: in afwachting van subsidiëring
Uitvoering	: N.N. Dr. J. Dekker in samenwerking met Prof. Dr. Th. Voorn (UHI-Utrecht), Prof. Dr. R.A.B. Oostendorp (SWSF) en Dr. J.W.J. Bijlsma (AZU, afdeling Reumatologie)

Over de effecten van fysiotherapie is in zijn algemeenheid weinig bekend. Behalve op specifieke onderdelen van de fysiotherapeutische behandeling heeft dit gebrek aan kennis ook betrekking op het effect van fysiotherapie in vergelijking met behandeling door andere hulpverleners. Voor fysiotherapie in de eerste lijn is behandeling door de huisarts een belangrijk referentiepunt. Een vergelij-

king tussen het effect van behandeling door de fysiotherapeut en behandeling door de huisarts is bij uitstek van belang bij aandoeningen waarvoor dit twee belangrijke therapeutische alternatieven zijn. Arthrosis deformans (kortweg: artrose) is een dergelijke typische 'eerstelijns-aandoening'. De incidentie van artrose in de huisartspraktijk is hoog. De belangrijkste klachten zijn pijn en functionele beperkingen, als gevolg waarvan de kwaliteit van leven in belangrijke mate aangetast kan worden. Deze patiënten worden voor een groot deel door de huisarts zelf behandeld. Daarnaast verwijst de huisarts frequent voor fysiotherapie. Over het effect van fysiotherapie in vergelijking met behandeling door de huisarts zijn geen systematische gegevens bekend. Ook over criteria voor verwijzing (toespitsing van de indicatiestelling) zijn geen gegevens bekend. In dit onderzoek wordt een vergelijking gemaakt tussen het effect van behandeling door de fysiotherapeut (toegespitst op oefentherapie) en door de huisarts. Criteria voor verwijzing worden systematisch geëvalueerd. Het meetinstrumentarium voor dit onderzoek is deels beschikbaar, deels wordt het ontwikkeld (dit laatste betreft het ontwikkelen van een methode om pijngedrag te meten). Het onderzoek wordt opgezet in samenwerking met het Universitair Huisartsen Instituut te Utrecht, de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie te Amersfoort en het Academisch Ziekenhuis Utrecht, afdeling Reumatologie.

PMED 89.03	**Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: deelnemen in pilotfase
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Dr. J. Dekker

Bij de huidige gang van zaken rond de verwijzing van patiënten naar fysiotherapeuten stellen (huis)artsen een medische diagnose en besluiten (huis)artsen of er een indicatie is voor fysiotherapie. Als dat het geval is, wordt de patiënt verwezen voor fysiotherapie. De toegenomen en toenemende kennis en fysiotherapeutische deskundigheid maakt het voor (huis)artsen moeilijk om op de hoogte te blijven van de specifieke mogelijkheden van fysiotherapie. Om de verwijzing en de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut te verbeteren wordt - ondermeer - overwogen om consultatieve verwijzing naar de fysiotherapeut in de eerste lijn in te voeren. Daarbij verwijst de huisarts de patiënt voor een consultatief fysiotherapeutisch onderzoek (CFO). Op basis van rapportage door de fysiotherapeut neemt de huisarts vervolgens een besluit over behandeling. Door de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie is een projectvoorstel gemaakt voor de verdere ontwikkeling en evaluatie van het CFO. De evaluatie betreft het effect van de invoering van het CFO op het verwijsgedrag

van huisartsen, de samenwerking huisarts-fysiotherapeut, de klachten van de patiënt en eventuele substitutie ten opzichte van de tweede lijn.
Aan het NIVEL is gevraagd het evaluatieonderzoek uit te voeren. Ten behoeve daarvan zal in de eerste fase van het project de opzet van het evaluatieonderzoek nader uitgewerkt worden.

PMED 88.03	**Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: een epidemiologisch overzicht**
Financier	: WVC (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten in 1991: afwachten van subsidiëring
Uitvoering	: N.N., Dr. J. Dekker in samenwerking met Drs. H. Stumpel (Hogeschool Midden Nederland)

Evenals in andere sectoren van (para)medische zorg wordt in de logopedie in toenemende mate gestreefd naar kwaliteitsverhoging. Een van de methoden hiertoe is het systematisch evalueren van effecten van logopedische behandelingen. Om dergelijk onderzoek verantwoord op te kunnen zetten, dient men te beschikken over een kwantitatief overzicht van klachten en aandoeningen, demografische kenmerken van patiënten, plaats van behandeling en verwijzers. Het onderzoek beoogt een dergelijk overzicht te geven over de patiënten die behandeld worden door logopedisten werkzaam in de vrij gevestigde praktijk, op scholen en de intramurale gezondheidszorg.
Om deze doelstelling te kunnen realiseren wordt in de eerste fase van het onderzoek hiervoor het instrumentarium ontwikkeld. Het betreft een registratiesysteem voor klachten en aandoeningen, die in de logopedische praktijk behandeld worden.
Voor het onderzoek is door het NIVEL samenwerking gezocht met de Hogeschool Midden Nederland - Academie voor Logopedie. Medewerkers van beide instellingen zijn betrokken bij de opzet, uitvoering en rapportage van bevindingen.

PMED 89.04	**Effecten van logopedische behandelingen**
Financier	: Ziekenfondsraad(?).
Status	: In voorbereiding. Activiteiten in 1991: voorbereiden subsidie-aanvraag.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Dr. J. Dekker.

Zoals hierboven vermeld kan onderzoek naar de effecten van logopedische behandelingen bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Op het gebied van 'stotteren'

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

PMED 90.01	**Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie**
Financier	: WVC/Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: uitvoeren eerste fase.
Uitvoering	: Drs. M. van Gisbergen, Mw. Drs. M.J. Driessen, onder leiding van Dr. J. Dekker

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

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

informatie over de opbouw van het patiëntenbestand bij een beroepsgroep van essentieel belang.

PMED 90.02	**Verwijzingen voor logopedie door huisartsen**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: Analyse van de gegevens.
Uitvoering	: Dr. J. Dekker.

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

PMED 90.03	**Een programma voor onderzoek op het gebied van enkele paramedische beroepen.**
Financier	: WVC/Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: afronding en rapportage
Uitvoering	: Drs. M. van Gisbergen, Mw. Drs. M.J. Driessen en Dr. J. Dekker.

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

PMED 90.04	**De positie en opleiding van paramedische beroepen in enkele West-Europese landen.**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: afronding dataverzameling en rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. M. Koster, onder leiding van Dr. J. Dekker en Dr. P.P. Groenewegen

In het kader van de eenwording van de EG verwerven paramedische beroepsbeoefenaren - evenals andere beroepsgroepen - het recht beroepsactiviteiten uit te oefenen in de verschillende landen van de EG, waaronder Nederland. De regelgeving hieromtrent biedt het ontvangende land de mogelijkheid aanvullende eisen te stellen ten aanzien van de bekwaamheden van de migrerende paramedici. Deze aanvullende eisen dienen op korte termijn opgesteld te worden. In Nederland is nog niet bepaald of en zo ja, welke aanvullende eisen gesteld zullen worden. Een van de redenen daarvoor is het ontbreken van de daarvoor benodigde informatie over de positie van de paramedische beroepen in andere EG-landen. Om te voorkomen dat in de toekomst buitenlandse paramedici toegelaten moeten worden met onbekende of van de Nederlandse situatie in negatieve zin afwijkende bekwaamheden is het van groot belang om op korte termijn inventariserend onderzoek te doen naar de positie van paramedici in andere EG-landen. Op grond van dergelijk onderzoek kan op beleidsniveau vast gesteld worden of aanvullende eisen nodig zijn en wordt de basisinformatie aangedragen die nodig is om de formulering daarvan richting te geven. Het doel van dit onderzoek is de bovenbedoelde informatie te verzamelen over de fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, podotherapie en orthoptie in de Bondsrepubliek Duitsland en het Verenigd Koninkrijk.

PMED 90.05	**Bevolkingsonderzoek naar het gebruik van fysiotherapeutische zorg**
Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: start van de analyses
Uitvoering	: Dr. J. Dekker, Dr. P.P. Groenewegen en Drs. W. Uunk

Bevolkingsonderzoek naar de sterk toegenomen fysiotherapeutische zorg en naar de determinanten van bezoek aan de fysiotherapeut is in Nederland nauwelijks verricht. In deze lacune kan voorzien worden door het bevolkingsonderzoek dat deel uitmaakt van de Nationale Studie. De vraagstelling luidt:

- Hoe kunnen verschillen in medische consumptie en met name in de con-

sumptie van fysiotherapeutische zorg in de bevolking verklaard worden?
- Wat zijn de achtergronden van het laatste bezoek aan de fysiotherapeut (direct - na verwijzing, vrijgevestigde praktijk - instelling, verwezen door huisarts - specialist, etc.)?

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

PMED 90.06	**Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: materiaalverzameling, analyse en rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. A. van den Brink-Muinen onder leiding van Dr. J. Dekker

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

PMED 86.04 **Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten**
Financier : NIVEL
Status : Afronding proefschrift
Uitvoering : Mw. Drs. E.M. Sluijs

Dit door het Praeventiefonds gesubsidieerde project is in 1990 afgerond in de vorm van een tiental artikelen, die deels gepubliceerd zijn, deels ter publikatie zijn aangeboden. In 1991 zal het geheel in de vorm van een proefschrift verschijnen.

NIEUW
PMED 91.01 **Therapietrouw in de fysiotherapie**
Financier : ?
Status : In voorbereiding; activiteiten in 1991: schrijven subsidie-aanvraag
Uitvoering : Mw. Drs. E.M. Sluijs

Onderwerp van het onderzoek is de therapietrouw van patiënten in de fysiotherapie; vooral de mate waarin patiënten de voorgeschreven huiswerkoefeningen doen en de gegeven adviezen opvolgen.
In de internationale literatuur over 'compliance' (=therapietrouw) wordt een aantal methoden beschreven om de therapietrouw van patiënten te vergroten. Het net afgesloten onderzoek naar 'patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie' geeft inzicht in de toepasbaarheid van deze methoden in de fysiotherapiepraktijk. In een experimenteel onderzoek onder fysiotherapeuten en patiënten zullen enkele methoden om therapietrouw te bevorderen met elkaar worden vergeleken. Doel van het experiment is vast te stellen welke methode het meeste effect heeft op de therapietrouw van patiënten in de fysiotherapie.

NIEUW
PMED 91.02 **Patiëntenvoorlichting door diëtisten**
Financier : Nederlandse Hartstichting
Status : In voorbereiding; activiteiten 1991: schrijven onderzoeksvoorstel
Uirvoering : N.N. onder leiding van Dr. Ir. R.D. Friele

Op verzoek van de Nederlandse Hartstichting zal een onderzoeksvoorstel geschreven worden om de voorlichtingsactiviteiten van diëtisten te evalueren. Het project zal gericht zijn op het vaststellen van de effectiviteit van twee vormen van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Het ligt in de bedoeling om eind 1991 met het onderzoek te beginnen in de vorm van een vooronderzoek.

5. VRAAG - AANBOD RELATIES EN SAMENHANG IN DE GEZONDHEIDSZORG

5.1. Inleiding

Over het werk van hulpverleners in de eerstelijnszorg is betrekkelijk weinig informatie beschikbaar. Dit gebrek aan informatie doet zich vooral gevoelen in het geval van de huisarts die een centrale positie heeft in de gezondheidszorg als eerste punt van contact met het gezondheidszorgsysteem en als punt waar selectie van behandelmogelijkheden wordt uitgevoerd.
Het ontbreken van gedetailleerde informatie op landelijk niveau van huisarts-(praktijken) mag dan ook de belangrijkste drijfveer genoemd worden van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Bovendien konden wetenschappelijke en beleidsvragen op dit essentiële terrein momenteel slechts met suboptimaal en/of verouderd materiaal beantwoord worden: men was afhankelijk van ziekenfondsverwijscijfers/machtigingen als losstaande gegevens enerzijds en anderzijds van verouderde en/of regionaal vastgelegde morbiditeitscijfers. Continu geautomatiseerde informatie uit huisartspraktijken is kostbaar, op de schaal van de Nationale Studie nog niet efficiënt, en niet nodig: vandaar dat gekozen is voor een periodiek (mogelijk eenmaal per 10 jaar) plaatsgrijpende materiaalverzameling, die ons informeert over de positie van de huisartsgeneeskunde binnen de Nederlandse gezondheidszorg.
Ook de voorgenomen verandering in de honorering van huisartsen zal deze informatie-leemte niet opvullen. De afhandeling van declaraties zal naar verwachting namelijk decentraal plaatsvinden met verschillende zorgverzekeraars met wie de huisartsen overeenkomsten hebben. Vandaar dat in dit werkplan het voorstel gedaan wordt een netwerk van 'verrichtingen-peilstations' in het leven te roepen. Deze hebben enerzijds als functie een evaluatie van de verandering van honorering mogelijk te maken door vergelijking met de baseline gegevens die verzameld zijn in de Nationale Studie. Anderzijds bieden deze peilstations de mogelijkheid tot continue monitoring van het aantal verrichtingen bij een gemengd systeem van honorering.
Gecombineerd met een periodieke herhaling van de Nationale Studie zou dit systeem de noodzakelijke informatie opleveren voor analyses van vraag - aanbod relaties op het terrein van de huisartsenzorg. Hierdoor zou 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. Bij een verbreding van het onderzoeksterrein van het NIVEL als gevolg van het vervagen en verschuiven van de echelongrenzen zal deze informatie over de

institutionele zorg, gecombineerd met informatie over de huisartsenzorg, gebruikt kunnen worden voor bredere analyses van vraag-aanbod relaties in de gezondheidszorg. Deze informatie dient de volgende 4 terreinen te dekken: klinisch management, epidemiologische monitoring, voorzieningenbeleid en zorgopties voor patiënten. Het gaat hierbij dus zowel om inhoud als structuur van de zorg.

Sinds de Nota 2000 en recent bevestigd in het Kerndocument komt de inhoud van de zorg meer centraal te staan en sinds de voorstellen van de Commissie Dekker is de terugtredende overheid het credo. De verschuiving van structuur naar inhoud betekent dat de aandacht gericht wordt op het oplossen van het organisatieprobleem rond specifieke patiëntencategorieën in plaats van te streven naar een algemeen organisatiemodel voor de hele eerste lijn. De organisatievorm zou daarop moeten worden afgestemd. Het op deze manier vernieuwen van het zorgaanbod is een element in het overheidsbeleid dat met de start van het 'beleidsprogramma zorgvernieuwingsprojecten' van het ministerie van WVC concreet vorm heeft gekregen. Door het ondersteunen van een aantal veldinitiatieven wil de overheid zorgvernieuwing stimuleren.

Met de terugtredende overheid is de rol van de financiers belangrijker geworden. Volgens de plannen is het aan de financiers om overeenkomsten met zorgaanbieders aan te gaan omtrent de te verlenen zorg. De verwachting is dat via deze overeenkomsten de nodige samenhang kan worden geschapen. Afgezet tegen de WHO-ideeën over het stellen van gezondheidsdoelen en een intersectorale aanpak kan worden geconstateerd dat Nederland qua formulering van doelstellingen met name in het Kerndocument in de pas loopt. Het voorgestelde instrumentarium vertoont echter een toenemende discrepantie met de WHO-ideeën, vooral waar het gaat om de implementatie van het 'districtconcept' en de intersectorale aanpak. De WHO stelt voor om te komen tot een intersectorale aanpak binnen districten waarin een samenhangend netwerk van voorzieningen tot stand zou moeten worden gebracht. In Nederland wordt gestreefd naar een samenhangend netwerk van voorzieningen rond bepaalde functies, die elk hun eigen regionale indeling kunnen hebben ('functionele regionalisatie'). Bovendien is een sterke scheiding aangebracht tussen de gezondheidszorgsector, waarin de marktwerking een toenemende betekenis krijgt, en de sociale sector, die onder de regie van de (lokale) overheid blijft.

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

Binnen het aandachtsgebied vraag - aanbod relaties in de huisartspraktijk staat de analyse van de gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale

Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk centraal. In 103 huisartspraktijken, verdeeld in vier ongeveer even grote groepen werden telkens gedurende drie maanden de gepresenteerde morbiditeit en de daaraan gerelateerde verrichtingen geregistreerd (de contactregistratie). Van alle patiënten uit deze praktijken werd een aantal socio-demografische kenmerken verzameld (de patiëntregistratie). Bovendien werd een steekproef van 100 personen per meewerkende huisarts mondeling geënquêteerd over ervaren morbiditeit, zelf- en mantelzorg, het beroep doen op professionele zorg (de patiëntenenquête). De deelnemende huisartsen werden tenslotte schriftelijk geënquêteerd over zaken zoals hun werkwijze, hun praktijkorganisatie en hun taakopvattingen (de huisartsenquête).

Bij het schrijven van dit werkplan situeren de werkzaamheden ten behoeve van de Nationale Studie zich op twee terreinen, te weten:
1. het uitvoeren van analyses ten behoeve van de deelprojecten en vervolgen erop
2. het voorbereiden van nieuwe samenwerkingsovereenkomsten en projectvoorstellen in het kader waarvan de Nationale Studie continuïteit kan krijgen.

De belangstelling voor het project 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)
- Kinderpsychiatrische problematiek (R.U.U. - Afdeling Kinderpsychiatrie)
- Reumaonderzoek meerdere echelons (commissie reumaresearch/TNO)
- Gezondheidszorgonderzoek Urk (ziekenfonds "Het Groene Land")
- OECD-indicator (CBS)

De Nationale Studie is een uitstekende baseline waaraan veranderingen die ons gezondheidszorgsysteem te wachten staan, afgemeten kunnen worden. Zo wordt momenteel een voorstel uitgewerkt om de wijzigingen te evalueren die het onderbrengen van de huisarts in de AWBZ met zich zullen meebrengen door middel van een nieuw peilstationsnet (zie paragraaf 5.4).
De resultaten van de analyses ten behoeve van de 12 originele deelprojecten (NAT 87.01-NAT 87.12) leiden tot een aantal nieuwe vraagstellingen. Een eerste vervolglijn tekent zich af in epidemiologische richting, waarbij de aandacht ondermeer gaat naar diverse sociale determinanten. Het beschrijven en

verklaren van variaties in morbiditeit naar geslacht, sociaal-economische status en het onderzoek naar geografische verschillen zijn hier voorbeelden van. Ook het epidemiologisch onderzoek naar chronische aandoeningen in de huisartspraktijk blijft verdere aandacht krijgen. De tweede onderzoekslijn wordt gevormd door nieuwe verrichtingen-georiënteerde projecten: vervolgonderzoek is gepland op het vlak van diagnostiek, prescriptie, verwijzingen en werkbelasting. Tenslotte zal de derde onderzoekslijn gevormd worden door patiëntonderzoek; diverse vervolgprojecten in het kader van de patiëntenquête zijn gepland, zoals op het terrein van sociale netwerken, leefstijl en gezondheidsattent gedrag.

De deelprojecten

De volgende deelprojecten die in het werkplan 1990/1991 vermeld stonden zijn inmiddels afgerond:
NAT 87.01: Een nationale studie van morbiditeit in de huisartspraktijk
NAT 87.03: Huisarts en preventie
NAT 87.08: Psychosociale problematiek in de huisartspraktijk
NAT 87.10: Nazorg en continuïteit van zorg
NAT 87.11: Werkbelasting van huisartsen
NAT 87.12: Professionele zorg, zelf- en mantelzorg
Wel zullen nog in de loop van 1991 publikaties verschijnen over deze deelprojecten.

NAT 87.02	**Huisarts en chronische aandoeningen**
Financier	: NIVEL/NUHI
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: F. Schellevis, arts; J. van der Velden, arts

Chronische aandoeningen zullen bij de toenemende vergrijzing van de bevolking een steeds belangrijker stempel op het werk van de huisarts drukken. Met de toename van de gemiddelde leeftijd van de bevolking valt een aanzienlijke toename van de prevalentie en incidentie van chronische aandoeningen te verwachten.
Vanuit de huisartspraktijk is op landelijke schaal weinig bekend over chronische aandoeningen, zowel wat betreft hun voorkomen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte als wat betreft het door de huisarts dienaangaande gevoerde beleid. Wel is bekend dat huisartsen sterk verschillen in de mate waarin ze de controle en behandeling van deze ziekten als hun taak beschouwen. Aangezien de chronische aandoeningen ook een hoog kostengenererend effect hebben,

zijn de verstrekkende consequenties voor de gezondheidszorg duidelijk en is specifieke aandacht hiervoor gerechtvaardigd.
Omdat dit onderzoek als invalshoek de huisartspraktijk heeft, worden alleen die aandoeningen in aanmerking genomen, waar de huisarts frequent mee geconfronteerd wordt en die beleidsmatig het meest relevant zijn. De aandoeningen waarop het onderzoek zich richt zijn: hypertensie, chronische cardio-vasculaire aandoeningen, CARA en chronische degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat.
Bij dit project is een eerste vraagstelling dan ook welke het aandeel is van deze chronische aandoeningen in de huisartspraktijk. Daarbij kunnen verbanden worden gelegd met patiëntkenmerken en kan er gekeken worden naar eventueel interfererende aandoeningen.
Ten tweede wordt bestudeerd welk beleid de huisartsen voeren ten aanzien van patiënten met chronische aandoeningen (diagnostisch en therapeutisch), naar de interdoktervariantie op dit terrein en naar de werkbelasting die deze aandoeningen met zich meebrengen.
Vervolgens zijn op basis van de huidige stand van wetenschap, van ervaringen in reeds ontwikkelde monitoringsystemen en van de resultaten uit de tweede vraagstelling monitoringsystemen ontwikkeld, toegespitst op deze chronische aandoeningen. In dit monitoringsysteem is aandacht besteed aan signalering, opsporing, diagnostisering, behandeling en controle van patiënten met deze chronische aandoeningen.
Tenslotte zijn de artsen periodiek op de hoogte gebracht van diverse aspecten van hun werkwijze ten aanzien van patiënten met de betreffende chronische aandoeningen. Het doel hiervan is het verbeteren van de diagnostiek en opsporing van tot dan toe onbekende patiënten, het verbeteren van de behandeling van de bekende patiënten en een meer gerichte verwijzing naar de tweedelijnszorg, terwijl het al dan niet natuurlijke verloop van deze chronische aandoeningen eveneens gemeten is.
Dit deelproject wordt uitgevoerd in een zevental praktijken (15 huisartsen) uit de regio Nijmegen/Z.O. Brabant en geschiedt in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsinstituut. De data-verzameling en begeleiding heeft bij twee groepen van 7 respectievelijk 8 artsen plaatsgevonden waarvan de registratie van de eerste groep is aangevangen op 1 januari 1988 en beëindigd op 1 oktober 1989. De tweede groep is drie maanden later gestart en geëindigd.

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

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : Mw. I. Kluyt, arts, J. Zaat, arts (HIVU Amsterdam); J. van der Velden, arts

Het gebruik van diagnostische hulpmiddelen is één van de sterkst in omvang en kosten toenemende onderdelen van de gezondheidszorg. Over het aandeel hierin van de huisartsen kunnen momenteel geen betrouwbare uitspraken gedaan worden, omdat basale informatie ontbreekt.
Voor wat betreft de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen in deze bestaat er ook behoefte aan het ontwikkelen van meer empirische criteria. Tot nu toe worden deze criteria meestal gebaseerd op het oordeel van deskundigen (vaak uit de specialistische hoek), maar deze worden in het dagelijks handelen van de huisarts slechts ten dele gevolgd.
Op basis van registratie in de huisartspraktijk zal inzicht verkregen worden in het gebruik van laboratoriumtests, röntgenverrichtingen en electrocardiogrammen. Een grondige beschrijving van de kwantiteit en de kosten van dergelijke diagnostiekaanvragen bij huisartsen-laboratoria en bij diagnostische afdelingen van ziekenhuizen staat daarbij voorop. Ook wat de huisarts zelf doet wordt beschreven. Belangrijk hierbij is dat een diagnostische test verschillende doelstellingen kan hebben zoals: ontdekking, bevestiging, uitsluiting en controle.

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

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : Drs. H. Flierman, Mw. Dr. M. Foets

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

aanzien van particulier verzekerden. Evenmin bestaat systematische kennis over het voorschrijfgedrag van apotheekhoudende artsen. Tenslotte wordt het voorschrijfgedrag meestal erg ruw gemeten (aantal voorschriften per verzekerde - kosten per voorschrift). Een verdere handicap is het feit dat vrijwel nooit enige relatie gelegd kan worden met morbiditeitsgegevens. Meer inhoudelijk kwalitatief-evaluatief onderzoek wordt daardoor nogal bemoeilijkt. Tenslotte is veel onderzoek beperkt gebleven tot de analyse van bivariate relaties tussen een aantal factoren en verschillende aspecten van het voorschrijfpatroon. Gelet op deze beperkingen is het dus zinvol om een ruimer onderzoek op te zetten naar het voorschrijfpatroon van huisartsen, en met name naar de factoren die verschillen daarin kunnen verklaren.
Het voorschrijfpatroon van huisartsen wordt gekenmerkt door grote variatie.
Het hiervoor gebruikte verklaringsmodel omvat de volgende factoren:

- factoren op macro-niveau: de vraag vanuit de maatschappij; het geneesmiddelen onderzoek van de farmaceutische industrie; de controle door de overheid;
- de invloed van voorgenoemde factoren wordt aan de arts doorgegeven via verschillende informatiebronnen: professionele en niet-professionele;
- het effect van deze invloeden is tenslotte afhankelijk van een aantal kenmerken van artsen (persoonlijke en beschikbare therapeutische alternatieven) en van patiëntenkenmerken.

Dit onderzoek zal, op basis van dit model vooral kijken naar het voorschrijfvolume. Alhoewel hierover reeds één en ander bekend is, is de meerwaarde van deze studie nu juist gelegen in het feit dat ook de relatie met morbiditeitsgegevens gelegd kan worden. Ook is het mogelijk om op basis van deze studie uitspraken te doen over de verhouding tussen het voorschrijven van geneesmiddelen en andere mogelijke interventies door de huisarts, ook weer in relatie met morbiditeitsgegevens.

NAT 87.06	**Verloskundige zorg door de huisarts**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: Drs. K. van Wijk, Dr. L. Hingstman en J. van der Velden, arts

Binnen de verloskundige zorg in Nederland is in de afgelopen decennia de rol van de huisarts aanmerkelijk gewijzigd. In 1960 werden nog de meeste bevallingen (46%) geleid door de huisarts. Vijfentwintig jaar later zien we dat het aandeel van de huisarts sterk is teruggelopen tot bijna 15% in 1985 (CBS, 1986). Dit in het voordeel van de verloskundige (42%), maar vooral de gynaeco-

loog (43%). Voor het sterk teruggelopen aandeel van de huisarts is een aantal factoren in meer of mindere mate verantwoordelijk. In dit verband kan onder andere gewezen worden op de versterkte aanwezigheid van de verloskundige en de gynaecoloog, het afgenomen aantal geboorten, de kleinere praktijkomvang van huisartsen (dus te weinig geboorten om de verloskundige expertise te onderhouden) en minder ervaring tijdens de opleiding.
Bovengenoemde ontwikkelingen hebben ertoe bijgedragen dat steeds minder huisartsen verloskundig actief zijn. In het midden van de jaren zeventig bleek dat nog circa 62% van alle huisartsen de verloskunde praktizeert (Huijgen e.a., 1979). Tien jaar later (1984) is dit percentage teruggelopen naar 45%.
De plaats van de huisarts binnen de verloskundige zorg staat, gezien de hierboven beschreven ontwikkelingen, de laatste jaren sterk ter discussie. Een discussie die zich vooral toespitst op de vraag hoe essentieel de aanwezigheid van de huisarts is tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed, voor het welbevinden van moeder en kind. Om in deze discussie enige helderheid te brengen willen we met dit onderzoek ingaan op de vraag wat de huisarts in Nederland nog aan verloskundige zorg doet en welke factoren daarop van invloed zijn. Het onderzoek strekt zich dus niet alleen uit tot de bevalling maar ook naar de pré- en postnatale periode.
In het onderzoek zal niet alleen gekeken worden naar de activiteiten van huisartsen maar ook naar de taken die huisartsen voor zich zien weggelegd op het terrein van de verloskundige zorg. Naast een inventarisatie bij de huisartsen laten we ook de patiënten aan het woord, waarbij de vraag centraal staat welke taak zij voor de huisarts zien weggelegd binnen de verloskundige zorg.

NAT 87.07 **Huisarts en fysiotherapeutische zorg**

Status : In uitvoering. Activiteiten in 1991: analyse en rapportage

Uitvoering : Dr. J. Dekker; Dr. P.P. Groenewegen; Drs. W. Uunk

Op grond van de Wet op de Paramedische Beroepen en het Fysiotherapeutenbesluit mogen fysiotherapeuten alleen behandelen na verwijzing door een arts. Dit betekent dat de verwijzing bepalend is voor het tijdstip waarop en de aard van de klachten waarmee patiënten onder behandeling van fysiotherapeuten komen. Aangezien ongeveer 80% van de patiënten die in vrijgevestigde fysiotherapiepraktijken behandeld worden, door een huisarts verwezen wordt, is de huisarts een belangrijke schakel in de consumptie fysiotherapeutische zorg.
De beperkingen van het NIVEL-project Fysiotherapie in de Nederlandse Gezondheidszorg - de verwijscijfers kunnen wel op de praktijkpopulatie betrokken

worden, maar niet op het aantal contacten en het scala van therapeutische mogelijkheden blijft onbekend - zijn in de Nationale Studie ondervangen, al is de registratieperiode van drie maanden voor deze vraagstelling eigenlijk te kort. Door groepering van gegevens zal dit zoveel mogelijk opgevangen worden. De vraagstelling luidt:

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

Om deze laatste vraag te beantwoorden zal een verklaringsmodel ontwikkeld worden dat voortbouwt op onderzoek naar het verwijzen naar medisch specialisten en op lopend onderzoek naar verwijzingen naar fysiotherapeuten.

NAT 87.09	**Verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: rapportage
Uitvoering	: Drs. A.B.M. Gloerich, Prof. Dr. J. van der Zee

Het bruto-ziekenfondsverwijscijfer (het aantal door specialisten gedeclareerde verwijskaarten betrokken op het aantal ziekenfondsverzekerden) is één van de belangrijkste parameters geworden voor het functioneren van de gezondheidszorg. De 'baten' van gezondheidscentra worden eraan afgemeten; het succes van de verlaging van de rekennormpraktijk en niet te vergeten het hele substitutiebeleid tussen eerste en tweede lijn. Het is evenwel reeds lang bekend dat dit bruto-ziekenfondsverwijscijfer in feite ongeschikt is om deze belangrijke rol in het gezondheidszorgonderzoek te vervullen. Enerzijds bestaat het uit actieve verwijsbeslissingen van de huisarts (te betrekken op het aantal arts-patiënt contacten in plaats van het aantal patiënten) anderzijds worden de verwijskaarten zonder al te veel scrupules verstrekt op verzoek van de specialist, achteraf of routinematig ten behoeve van controle door de oogarts van refractie afwijkingen.
Bovendien ontbreekt als regel elke informatie over het verwijzen van particulier verzekerden en worden uitspraken gedaan over substitutie van zorg die slechts betrekking hebben op een deel van de gezondheidszorg.
Tenslotte is een belangrijk euvel dat aan verwijsonderzoek kleeft, dat zelden of nooit het gezondheidsprobleem of de indicatiestelling tot de verwijzing in het

onderzoek is opgenomen, laat staan dat vastgesteld kan worden wat, gegeven de klacht of het gezondheidsprobleem, de kans op een verwijzing is.
Het doel van het deelonderzoek 'verwijzen' is dan ook om met adequaat onderzoeksmateriaal de variatie in verwijscijfers tussen huisartspraktijken te bestuderen en antwoord te geven op de vraag in welke mate 'omstandigheden' als afstand tot en omvang van het aanbod aan ziekenhuisbedden en specialistische zorg en de gezondheidstoestand van de praktijkpopulatie, tezamen met (beïnvloedbare) factoren als omvang, vorm en organisatie van de huisartspraktijk het verwijscijfer beïnvloeden. Taakopvatting en taakuitoefening van de huisarts zorgen tezamen met de wijze waarop patiënten tegen ziektekosten zijn verzekerd voor relevante aanvullende informatie.
Factoren die het verwijscijfer beïnvloeden kan men indelen in drie categorieën:

- mogelijkheidsfactoren: deze hebben niet alleen betrekking op de aanwezigheid of de bereikbaarheid van tweedelijnsvoorzieningen, maar ook op de financiële mogelijkheden van de patiënt.
- noodzaakfactoren: de noodzaak van een verwijzing is een resultante van de ernst van het aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsprobleem en diens diagnostische maar vooral therapeutische mogelijkheden. Zijn opvattingen over wat des 'huisarts' is en wat des 'specialist' spelen hierbij een belangrijke rol.
- behoeftefactoren: de verwijsbehoefte bij de huisarts kan voortvloeien uit de noodzaak, maar zal eerder terug te voeren zijn op onzekerheid of de behoefte om de patiënt een tijdje 'kwijt' te zijn. Vooral verwijzingen ter geruststelling van de patiënten ('uitsluiting' of 'bevestiging') vallen in deze categorie. De behoefte van de patiënt om verwezen te worden speelt tenslotte ook een rol. Sommige huisartsen laten zich daardoor sterker leiden dan andere.

NAT 89.01 **Gezondheid en medische consumptie naar geslacht**
Financier : WVC
Status : Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : Mw. A. Claessens, arts, J. van der Velden, arts

Uit onderzoek naar gezondheid en medische consumptie naar geslacht blijkt een vast patroon naar voren te komen: hogere mortaliteitscijfers voor mannen, hogere morbiditeitscijfers en groter medische consumptie voor vrouwen. Een aantal specifieke risicogroepen zijn eveneens geduid: alleenstaande vrouwen hebben meer gezondheidsproblemen dan de andere categorieën vrouwen en mannen, terwijl alleenstaande vrouwen èn mannen zonder werkkring een grotere medische consumptie hebben. Wat we echter nu nog niet weten, is bij wie precies welke gezondheidsproblemen voorkomen en door welke gezondheids-

problemen de verhoogde consumptie van bepaalde groepen vrouwen, respectievelijk mannen veroorzaakt wordt.
Op basis van het materiaal uit de Nationale Studie zal in dit onderzoek een precisering van de geconstateerde verschillen in gezondheid en medische consumptie tussen vrouwen en mannen en tussen specifieke groepen binnen deze categorieën plaatsvinden. Daarbij zal de nadruk gelegd worden op het vaststellen van SES-specifieke risicogroepen tussen de vrouwelijke, respectievelijk mannelijke populatie.

NAT 89.02	**Gezondheid en sociaal-economische status (SES)**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: J. van der Velden, arts

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

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

NAT 89.03	**Kindergeneeskunde in de huisartspraktijk**
Financier	: O&W
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: E. Kraaijeveld, arts, Mw. L.W.A. van Suijlekom-Smit, arts, Drs. J.C. v.d. Wouden, Drs. M.A. Bruijnzeels, Mw. Dr. M. Foets en J. van der Velden, arts

Dit project, dat samen met de afdelingen Huisartsgeneeskunde en Algemene Kindergeneeskunde van de Erasmus Universiteit ontwikkeld is omvat meerdere deelprojecten.
De Rotterdamse projectgroep doet ten eerste een onderzoek omtrent de taakafbakening tussen huisarts en kinderarts in de regio Rotterdam. Om na te gaan in hoeverre de lokale situatie generaliseerbaar is naar Nederland wordt gebruik gemaakt van de gegevens van de Nationale Studie. Ten tweede zullen de Rotterdamse onderzoekers de morbiditeit van en medische zorg aan de kinderen (0 tot en met 14 jaar), betrokken in de Nationale Studie, beschrijven. Ten derde zullen speciale aspecten van de kindergeneeskunde in de huisartspraktijk bestudeerd worden (onder andere antibiotica beleid/diarree/pijn/koorts).

NAT 89.04	**Epidemiologie van chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat**
Financier	: WVC/Ziekenfondsraad
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: analyse en eerste rapportage
Uitvoering	: Mw. A. Claessens, arts, J. van der Velden, arts

Terwijl drie miljoen Nederlanders reumatische klachten zouden hebben, 25% van het ziekteverzuim veroorzaakt wordt door chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, vrijwel alle 75+ personen arthrosis deformans verschijnselen vertonen, weten we op nationaal niveau bijzonder weinig van de epidemiologie van de chronisch degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat, welke groep aandoeningen het leeuwedeel van de bovengenoemde getallen voor zijn rekening neemt.

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

NAT 89.05 **Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk**

Financier : WVC?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: start van het project
Uitvoering : N.N., Dr. D. de Bakker, Dr. P.P. Groenewegen, J. v.d. Velden, arts

In dit project staat geografische variatie in het voorkomen van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk centraal. In 1990 is een subsidie-aanvraag ingediend via het onderzoeksprogramma Determinanten van gezondheid. Naast de analyse van geografische verschillen in morbiditeit, zoals voorgesteld in de subsidie-aanvraag zal de aandacht ook op de verrichtingen worden gericht. Vraagstelling is in hoeverre geografische variatie in morbiditeit en medische consumptie optreedt en in hoeverre die samenhangt met kenmerken van artsen en patiënten. Bij geografische variatie wordt gedacht aan verschillen tussen stad en platteland, verschillen naar afstand tot het ziekenhuis en regio. Bij medische consumptie kan worden gekeken naar contacten met de huisarts bij specifieke klachten, naar de bij die klachten voorgeschreven medicijnen en plaatsvindende verrichtingen of verwijzingen.

NAT 90.01 **Sociale netwerken en gezondheid**

Financier : NWO
Status : Activiteiten 1991: beschrijving netwerken in Nederland en uitwerking probleemstelling.
Uitvoering : Mw. Drs. M.A.R. Tijhuis, onder leiding van Mw. Dr. M. Foets, Dr. P.P. Groenewegen, Dr. H.D. Flap (R.U. Utrecht)

Op het gebied van de relaties tussen persoonlijke sociale netwerken en ge-

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

NAT 90.02	**Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: Mw. Dr. M. Foets

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

- de factoren die bepalen òf en wanneer mensen beroep doen op professionele zorg
- de omstandigheden waaronder en de gezondheidsproblemen waarvoor substitutie van professionele zorg door zelf- en mantelzorg mogelijk is.

NAT 90.05	**Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg**
Financier	: NWO (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: start analyses
Uitvoering	: Drs. J. Hutten (ICS), Dr. P.P. Groenewegen.

In vervolg op het deelonderzoek van de Nationale Studie naar werkbelasting in de huisartspraktijk wordt een project voorbereid dat meer gericht is op de relatie tussen werkbelasting en de gevolgen daarvan voor de werkwijze van huisartsen en vooral de kwaliteit van de geleverde zorg. Voor de operationalisatie van de kwaliteit van de zorg wordt gebruik gemaakt van de resultaten van het project Standaarden en de kwaliteit van de zorg in de huisartspraktijk (Nat 91.03).

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

Financier : ?
Status : In voorbereiding. Activiteiten 1991: voorbereiding subsidie-aanvraag
Uitvoering : N.N., onder leiding van Mw. Dr. M. Foets en Dr. D. de Bakker

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

NIEUW
NAT 91.01 **Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen. Een onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken.**

Financier : WVC (?)
Status : Subsidieaanvraag geschreven
Uitvoering : N.N., Mw. Dr. M. Foets

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in de wijze waarop het optreden van alledaagse gezondheidsklachten en verschillende vormen van ziektegedrag samenhangen met leefgewoonten en de sociale posities die individuen innemen. Het onderzoek zal gebaseerd zijn op een secundaire analyse van gegevens die verzameld zijn in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In het kader van deze studie is door een groot aantal respondenten gedurende drie weken een gezondheidsdagboek bijgehouden. De gegevens uit de dagboeken bieden de mogelijkheid om op gedetailleerde wijze te beschrijven welke gezondheidsklachten voorkomen en hoe deze vervolgens geïnterpreteerd worden en tot welk ziektegedrag de klacht aanleiding geeft. Daarnaast is door dezelfde respondenten een gezondheidsenquête ingevuld die

vergelijkbaar is met die van het CBS. Het optreden van klachten en het proces wat zich rond de gezondheidsklacht afspeelt kan met de gegevens uit de enquête in verband gebracht worden met leefgewoonten en de sociale posities van individuen, waarbij voor sociale positie een onderscheid wordt gemaakt in een economische, een culturele en een levensfase dimensie. Het onderzoek is explorerend van aard en er zal gebruik worden gemaakt van verschillende multivariate analysetechnieken.

NIEUW
NAT 91.02 **Determinanten van huisartsbezoek op kinderleeftijd**
Financier : WVC (?)
Status : Subsidie aangevraagd
Uitvoering : N.N. onder leiding van Prof. Dr. H.J. Dokter (UHI Rotterdam) Mw. Dr. M. Foets, Prof. Dr. J. v.d. Zee,

Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de determinanten van het huisartsbezoek van kinderen. Er is reeds veel onderzoek gedaan naar de factoren die van invloed zijn op medische consumptie. Het kind verdient afzonderlijke bestudering, in de eerste plaats door de rol die de ouders spelen. De vraag is of de ontwikkelde modellen ter verklaring van doktersbezoek voor de algemene bevolking ook geldig zijn voor de leeftijdsgroep van 0 tot en met 14 jaar.
Dit onderzoek zal bestaan uit twee onderdelen:
a. de ontwikkeling van een model van determinanten voor de kinderleeftijd op basis van de huidige literatuur
b. toetsing van dit model met behulp van gegevens van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

NIEUW
NAT 91.03 **Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk**
Financier : WVC
Status : Activiteiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : N.N. onder leiding van Dr. R. Grol (WOK), J. van der Velden, arts

Nu er steeds meer NHG-standaarden beschikbaar komen is er een toenemende behoefte inzicht te krijgen in de feitelijke kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg. Niet alleen om baseline- of referentiegegevens te verkrijgen voor onderzoek naar implementatie van deze standaarden of om lacunes vast te kunnen

stellen, waarop deskundigheidsbevordering zich zou kunnen richten, maar ook om informatie te hebben voor een kritische reflectie op de uitvoerbaarheid van de standaarden en om verder onderzoek te kunnen doen naar determinanten en verbetering van kwaliteit van zorg.
In het hier voorgesteld project wordt getracht de gegevens die in het kader van de Nationale Studie zijn verzameld in 103 praktijken en 400.000 contacten met patiënten hiervoor bruikbaar te maken. Een pilotstudie liet zien dat dat mogelijk is. Twee vragen staan centraal:

- hoe is de feitelijke huisartsgeneeskundige zorg, gemeten naar standaarden?
- welke indicatoren zijn bruikbaar ten behoeve van een oordeel over de kwaliteit van het handelen van een huisarts?

Er worden 15-20 standaarden geselecteerd. Per standaard wordt een analyseplan opgesteld voor de toetsbare elementen uit de standaard (o.m. op basis van het Richtlijnenproject van het WOK) en worden de analyses uitgevoerd. Een adviesgroep met zowel huisartsgeneeskundige als statistische inbreng helpt de gegevens adequaat te interpreteren.

NIEUW
NAT 91.04 **Epidemiologie van maag-darm aandoeningen en de rol van de huisarts bij patiënten met deze aandoeningen**

Financier : Lever-darm Stichting (?)
Status : Activiteiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering : N.N. onder leiding van J. van der Velden, arts

Aandoeningen van het maagdarmkanaal nemen een belangrijke plaats in het totale ziektepatroon van de bevolking in. Zo bedraagt de sterfte aan alle maagdarm-aandoeningen 68/100.000, dat is 8% van de totale sterfte in Nederland, vooral veroorzaakt door kwaadaardige nieuwvormingen. Ten aanzien van ziekenhuisopnames en ziekteverzuim scoren deze aandoeningen eveneens hoog; 13% resp. 12% van de totalen. Toch wordt onderzoek naar maagdarm-aandoeningen in recente overheidsnota's niet als apart aandachtsgebied geduid. Weliswaar wordt aan specifieke diagnoses met betrekking tot het maagdarmkanaal, zoals kanker (colon, rectum, maag, pancreas) en specifieke infecties (hepatitis, salmonellose) door clinici en epidemiologen aandacht besteed, maar wordt weinig stilgestaan bij als typisch huisartsgeneeskundig geduide aandoeningen, zoals irritable bowel syndrome, obstipatie, buikpijn, gastritis etc., terwijl deze wel frequent aanleiding geven tot klachten die leiden tot een bezoek aan de huisarts en zelfs de specialist. Gastro-enterologen geven bijvoorbeeld aan dat ongeveer 50% van hun poliklinische populatie bestaat uit mensen, bij wie de diagnose functionele buikklachten (bijna in alle gevallen IBS) wordt gesteld. Al

deze aandoeningen geven aanleiding tot veel diagnostiek en prescriptie zonder dat inzicht bestaat in hoeverre de juiste diagnostiek en prescriptie gepleegd wordt. Bovendien is er weinig kennis (ook internationaal) over hoe vaak en vooral bij wie dit type aandoeningen voorkomt, waardoor dit mogelijk veroorzaakt wordt en waarom welke patiënt een hulpverlener (in het bijzonder de huisarts) opzoekt. Doel van het onderzoek is inzicht te verwerven in het voorkomen van maagdarmaandoeningen in de Nederlandse populatie, gespecificeerd naar leeftijd, geslacht en sociaal demografische kenmerken, wat de patiënt er zelf aan doet, wat van deze problematiek aan de huisarts in het bijzonder gepresenteerd wordt en waardoor dit bepaald wordt. Tevens zal gekeken worden wat de huisarts in termen van diagnostiek, behandeling (dieet/prescriptie) en verwijzing naar andere hulpverleners doet bij deze groep patiënten.

NIEUW
NAT 91.05 **Alcoholgebruik bij de Nederlandse bevolking**

Financier	: NIVEL/EMGO
Status	: stage-onderzoek in uitvoering; activiteiten in 1991: afronding analyses en rapportering
Uitvoering	: Mw. M. van Baar, Mw. Dr. M. Foets

De analyses op basis van de patiëntenenquête, die is uitgevoerd in het kader van de Nationale Studie, zijn momenteel sterk gericht op de beschrijving en verklaring van ziektegedrag en medische consumptie. De enquête bevat daarnaast informatie over o.m. de leefwijze van de respondenten (roken van tabak; drinken van alcohol; sportbeoefening), die ook op zich de moeite van het analyseren waard is.
In het kader van een stageonderzoek zullen de gegevens over alcoholgebruik verder geanalyseerd worden. Gepland zijn zowel beschrijvende analyses van het alcoholgebruik in relatie met achtergrondskenmerken, als analyses waarin de relatie tussen alcoholgebruik en (subjectief ervaren) gezondheid gelegd zal worden.

NIEUW
NAT 91.06 **Verschillen in hulpverlening tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen**

Financier	: WVC (?)
Status	: subsidie-aanvraag is ingediend in 1990; activiteiten in 1991: bij toekenning subsidie uitvoering van het onderzoek

Uitvoering : N.N. onder leiding van Mw. Drs. J.M. Bensing, J. van der Velden, arts en Dr. P.P. Groenewegen

Zijn er verschillen in hulpverlening tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen? Dat is de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Om die vraag te beantwoorden gebruiken we gegevens die verzameld zijn in de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In dat onderzoek hebben 161 huisartsen - van wie 25 vrouwen - drie maanden lang gegevens vast gelegd over alle contacten die zij met hun patiënten gehad hebben. We kunnen daarmee verschillen in hulpverlening analyseren tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen bij vrouwelijke en mannelijke patiënten. De gegevens die per contact zijn vastgelegd omvatten de klachten van de patiënt, de diagnose, diagnostische en therapeutische verrichtingen, het voorschrijven van geneesmiddelen en het verwijzen. Van de artsen is tevens de samenstelling van de praktijk bekend en hun houding ten opzichte van bepaalde aspecten van de beroepsuitoefening. Het is de bedoeling dat de resultaten van het onderzoek gebruikt worden door een van de initiatiefnemers tot het onderzoek, de Vaste Commissie Vrouwelijke Huisartsen van de Landelijke Huisartsen Vereniging ter onderbouwing van hun beleid.

NIEUW
NAT 91.07 **Comorbiditeit en chronische aandoeningen**
Financier : NIVEL/EMGO-VU Amsterdam
Status : Stage-onderzoek in uitvoering; activiteiten in 1991: afronding analyses en rapportage
Uitvoering : Mw. S. Hoogbergen, arts onder leiding van F. Schellevis, huisarts

Een belangrijk eerste resultaat uit de Nationale Studie, is dat comorbiditeit, het optreden van meer ziekten tegelijkertijd bij een patiënt, een bijzonder omvangrijk fenomeen is, waar vooral de huisarts mee geconfronteerd lijkt te worden. Meer dan 60% van de patiënten met diabetes mellitus heeft een andere chronische aandoening, vooral hart-vaataandoeningen. Voor chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, hart-vaataandoeningen, hypertensie en CARA geldt dit in respectievelijk 50%, 40%, 30% en 20% van de gevallen. In het onderhavige stage-onderzoek ligt het accent op vaststelling van incidente comorbiditeit bij chronische aandoeningen met gebruikmaking van het materiaal, verzameld in het deelproject "Huisarts en chronische aandoeningen" (NAT 87.02).

NIEUW

NAT 91.08	**Kwaliteit van voorschrijven**
Financier	: NIVEL/LU Wageningen
Status	: Stage-onderzoek in uitvoering; activiteiten in 1991: rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. L. van Dijk onder leiding van Mw. Drs. M. Foets

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende handeling van (huis)artsen. Er is in toenemende mate belangstelling voor de kwaliteit van het voorschrijven, waarbij kwaliteit kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende criteria: voorschrijfgeneigdheid, farmacologische juistheid, dosering en voorschrijfduur.
Aan de hand van 6 papieren patiënten uit de huisartsenenquête van de Nationale Studie wordt het intentionele gedrag met betrekking tot het voorschrijven vastgesteld en gelieerd aan een groot aantal kenmerken van de voorschrijvende artsen. De resultaten van dit onderzoek kunnen in de toekomst gelegd worden naast het feitelijke voorschrijfgedrag van dezelfde artsen.

NIEUW

NAT 91.09	**De grote stadspraktijk**
Financier	: WVC/LHV (?)
Status	: Onderzoek in voorbereiding; activiteiten in 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: N.N. onder leiding van J. van der Velden, arts en dr. Dr. D. de Bakker

Het meest opvallende resultaat van de Nationale Studie tot op heden betreft de positie van de huisartspraktijk in de grote steden. Terwijl bewoners van de grote steden de meeste ziekten onder de leden hebben en de hoogste medische consumptie kennen wordt de huisartspraktijk relatief vaker gemeden dan op het platteland. Continue en integrale zorg, essentiële kenmerken van de huisartsgeneeskunde, ontbreken in de grote steden daarom nogal eens. Het onderhavige project wil deze grootstedelijke situatie nader preciseren door voor specifieke aandoeningen en specifieke patiëntengroepen te kijken naar zowel het voorkomen van ziekte als het zorggebruik (en determinanten) en deze te vergelijken met situaties in (sub)urbane en plattelandsgebieden. Waar mogelijk zullen de resultaten omgezet worden in aanbevelingen voor het beleid, dat de stedelijke gezondheidszorg inmiddels een bijzonder hoge prioriteit heeft toegekend.

5.3. 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 dat 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 (ROS) en Registratie van Innovatieve Projecten (RIP). Het onderzoek naar de verbreiding van huisartsengroepen kan ook in dit verband worden gezien. Ter ondersteuning van het onderzoek op dit terrein wordt een informatiesysteem bijgehouden van aspirant- en gevestigde huisartsen (in het vorige werkplan opgenomen in het themagebied Volume- en functie-aanbod).
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 Almere-onderzoek als bij het onderzoek naar gezondheidscentra.
Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarop evaluatieonderzoek gepland is zijn HMO-achtige experimenten en thuiszorg in Almere, waarin het begrip zorgcoördinator een belangrijke rol speelt.
Een eerste poging tot samenwerking tussen huisarts en basisgezondheidsdiensten om huisartsen te leren populatiegericht te denken is in dit programma opgevoerd.
Tenslotte dient het Scenarioproject Eerstelijnszorg te worden genoemd. In dit project worden een aantal organisatievarianten op hun mogelijkheden om aan de toekomstige vraag naar thuiszorg te voldoen bestudeerd (dit project is beschreven in hoofdstuk 7).

Projecten:

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

SAM 86.03 **Evaluatie van de structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van huisartsen**

Afgerond

REL 84.02c **Wijkverpleegkundige zorg in Almere**
Afgerond

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

ROS 90.03 **Evaluatie meerwaarde gezondheidscentra**
Voortgezet als ROS 91.02

Registratieprojecten

ROS 85.01 **Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (ROS)**

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Continu project. Activiteiten in 1990: gegevensverzameling en rapportage
Uitvoering : Mw. Drs. E.M.A. Hessels, Mw. Drs. A. de Veer

Het registratiesysteem omvat zowel gezondheidscentra als home-teams. De overeenkomst tussen deze beide samenwerkingsvormen is de integratie van een aantal hulpverleners binnen een gestructureerde groep, waarin afstemming van functies kan plaatsvinden. In gezondheidscentra gaat het om geformaliseerde samenwerkingsverbanden die gemeenschappelijk gehuisvest zijn. Home-teams zijn minder geformaliseerd maar wel gemeenschappelijke gehuisvest. Via jaarlijkse peilingen worden een aantal basisgegevens (over rechtsvorm, teamsamenstelling, patiëntenbestanden en werkgebieden) verzameld. De gezondheidscentra worden hiertoe rechtstreeks benaderd. De home-teams worden opgespoord via de instellingen voor maatschappelijk werk, waarna ze geënquêteerd worden. De ontwikkeling in het aantal en de spreiding van home-teams en gezondheidscentra kan zo worden afgezet tegen de ontwikkelingen in het aantal duo- en groepspraktijken, waarover gegevens verzameld worden binnen het themagebied volume- en functieaanbod.
Zowel over de home-teams als de gezondheidscentra verschijnen jaarlijks rapporten waarin wordt ingegaan op ontwikkeling in het aantal samenwerkingsverbanden, de geografische spreiding, ontwikkeling in de teamsamenstelling et cetera.

ROS 90.01	**Registratie Innovatieve Projecten**
Financier	: WVC
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: registratie en rapportage
Uitvoering	: Mw. Drs. E.M.A. Hessels, onder leiding van Dr. D. de Bakker

Medio 1989 werd een begin gemaakt met werkzaamheden die moeten leiden tot een gegevensbestand van innovatieve projecten in de gezondheidszorg. Dit bestand, dat van tijd tot tijd zal worden geactualiseerd, wil zowel ten dienste staan van beleidsvoerende personen en instanties als betrokkenen in het veld en gezondheidszorgonderzoekers.
Het hele terrein van de gezondheidszorg wordt bestreken, reden waarom dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), het Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (NcGv) en het Landelijk Bureau Coördinatie Eerste/Tweedelijn (LBC). Onder regie van het NIVEL nemen deze instituten de case-finding en dataverzameling op hun werkterrein voor hun rekening.
Veel aandacht wordt besteed aan de toegankelijkheid van de gegevens. Via een vaste lijnverbinding kan tenminste via de genoemde instituten het gegevensbestand direct worden geraadpleegd. Daarnaast zal er met ingang van 1991 jaarlijks een boek verschijnen waarin alle geregistreerde projecten kort worden beschreven. In samenwerking met het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), het Nederlands Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (NcGv), het Landelijk Bureau Coördinatie Eerste/Tweedelijn, de Utrechtse Jaarbeurs en de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit van Utrecht wordt in maart 1991 tegelijkertijd met de MEDICA-beurs een jaarmarkt 'zorgvernieuwingsprojecten' georganiseerd. De planning is om in het voorjaar van 1991 het eerste jaarboek uit te brengen.

SAM 90.02	**Onderzoek naar implementatie huisartsengroepen**
Financier	: ?
Status	: Onderzoeksvoorstel
Uitvoering	: Dr. D. de Bakker, N.N.

Het beleid van de beroepsgroep huisartsen is sinds de LHV-discussienota 'De positie van de huisarts in de toekomst' onder meer gericht op een versterking van het lokale niveau. Daartoe zouden waarneemgroepen van huisartsen moeten worden omgevormd naar zogenaamde huisartsengroepen. Dit zijn groepen van vier tot zeven huisartsen, die behalve waarneming meerdere functies uitoefenen. Gedacht wordt daarbij aan intercollegiale toetsing en deskundigheidsbevorde-

ring, het leveren van thuiszorg, lokale beleidsvorming en ontwikkeling en het vormen van een aanspreekpunt.
Het voorgestelde onderzoek richt zich op de vraag in hoeverre waarneemgroepen inderdaad meerdere functies zullen gaan uitoefenen en wat structurele bevorderende en belemmerende factoren voor het gaan uitoefenen van bepaalde functies zijn. Hiertoe zullen op twee momenten inventarisaties gedaan worden van de bestaande huisartsengroepen, alsmede schriftelijke enquêtering van contactpersonen per huisartsengroep.

REG 84.01	**Huisartsenregistratie**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering	: Drs. J. Pool

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

REG 84.02	**Registratie van nog niet gevestigde huisartsen**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: registratieactiviteiten en verslaglegging
Uitvoering	: Drs. J. Pool

De basis van de registratie van nog niet gevestigde huisartsen bestaat uit jaarlijkse peilingen onder diegenen die de beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd en zich nog niet hebben gevestigd en te kennen hebben gegeven op zoek te zijn naar een praktijk.

Onderzoek naar specifieke organisatievormen

NIEUW
ROS 91.01 **De invloed van praktijksetting op het handelen van de huisarts bij chronisch zieken**

Financier : WVC
Status : In uitvoering. Rapportage in 1991.
Uitvoering : Mw. Drs. A. de Veer, onder leiding van Dr. D. de Bakker

Centraal in dit onderzoek is de vergelijking van de werkwijze van huisartsen in gezondheidscentra en de werkwijze van huisartsen die niet (geformaliseerd) samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines. Chronisch zieken vormen een belangrijke groep consumenten van de gezondheidszorg. Een chronische ziekte heeft vaak complexe medische en sociale gevolgen. Voor deze patiënten is teamwerk en een geïntegreerde aanpak van zorg belangrijk. Het bestaan van een formeel multidisciplinair samenwerkingsverband, zoals in een gezondheidscentrum, kan een geïntegreerde aanpak vergemakkelijken. Men kan zich afvragen of dit tot uiting komt in de werkwijze van een huisarts tijdens een consult. Daarnaast zal onderzocht worden of huisartsen in gezondheidscentra vaker de chronisch zieke patiënt in de eerste lijn behandelen.
Voor het onderzoek wordt een analyse uitgevoerd van de gegevens van de Nationale Studie. In de steekproef van de Nationale Studie zaten 18 huisartsen die in een gezondheidscentrum werkten. Er is een groep van 18 solo-/duoartsen uit de Nationale Studie gevormd, zodanig dat de twee groepen op een aantal arts- en praktijkkenmerken vergelijkbaar zijn.

NIEUW
ROS 91.02 **De invloed van samenwerking op de zorg van specifieke patiëntcategorieën**

Financier : WVC
Status : In voorbereiding. Opzet en gegevensverzameling in 1991. Analyse en rapportage in 1992.
Uitvoering : Mw. Drs. A. de Veer, onder leiding van Dr. D. de Bakker

Doel van dit onderzoek is nagaan of de vorming van geformaliseerde samenwerkingsverbanden een meerwaarde oplevert voor de patiënt in de zin van 'zorg op maat'. Onderzoek zal plaatsvinden bij specifieke patiëntcategorieën die continue zorg nodig hebben en waarbij vaak hulpverleners van verschillende eerstelijnsdisciplines zijn betrokken (waarschijnlijk patiënten met chronische

ziekten). Coördinatie van zorg, flexibel reageren op veranderingen in zorgvraag, en continuïteit van zorg verhogen de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten. Het is de bedoeling om te onderzoeken of hulpverleners die werkzaam zijn in een multidisciplinair team adequater kunnen reageren op veranderingen in zorgvraag, waardoor een optimale aansluiting van zorgaanbod op zorgvraag mogelijk is. De zorgverlening van een groep patiënten in gezondheidscentra zal vergeleken worden met de zorgverlening van een groep patiënten waarvan de hulpverleners niet werken in een multidisciplinair team. Het onderzoek is een voortzetting van het project 'Evaluatie meerwaarde gezondheidscentra' (ROS 90.03).

NIEUW

ROS 91.03	**Het werken volgens standaarden in gezondheidscentra**
Financier	: WVC
Status	: In voorbereiding. Uitvoering najaar 1991, rapportage in 1992.
Uitvoering	: Mw. Drs. A. de Veer, onder leiding van Dr. D. de Bakker

Een manier om de kwaliteit van zorg te evalueren is het vergelijken van het hulpverleningsproces met aanvaarde normen of standaarden met betrekking tot de hulpverlening. In een ander project (NAT 91.03) wordt nagegaan in hoeverre de gegevens van de Nationale Studie gebruikt kunnen worden om de vraag te beantwoorden in hoeverre het feitelijk handelen van huisartsen overeenkomt met elders ontwikkelde standaarden. Indien de gegevens van de Nationale Studie geschikt zijn voor dit doel zal in dit onderzoek nagegaan worden of er een verschil is het werken volgens standaarden tussen huisartsen in gezondheidscentra en huisartsen met een solo-/duopraktijk.

NIEUW

ROS 91.04	**Kwaliteitskenmerken van zorg in gezondheidscentra**
Financier	: ?
Status	: In voorbereiding. Activiteiten in 1991: voorbereiden subsidie-aanvraag.
Uitvoering	: N.N., Mw. Drs. A. de Veer, onder leiding van Dr. D. de Bakker

Zorgverlening van hoge kwaliteit is een belangrijk streven van gezondheidscentra. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg kan bijdragen aan verdere kwa-

liteitsverbetering. De LVG heeft een aantal kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra geformuleerd. Deze kenmerken zijn vaak te algemeen om te functioneren als toetsingscriteria voor kwaliteit. Onderzoek naar de kwaliteit van zorg in gezondheidscentra kan bestaan uit twee fasen. Het doel van de eerste onderzoeksfase is om (een gedeelte van) de kwaliteitskenmerken te operationaliseren. Hierdoor wordt het mogelijk om te evalueren in hoeverre een gezondheidscentrum aan de kwaliteitskenmerken voldoet. In een tweede fase kan gewerkt worden aan het ontwerp en de evaluatie van een interventie-programma waarin gestreefd wordt naar (verdere) verwezenlijking van kwaliteitskenmerken in gezondheidscentra met als doel de kwaliteit van de hulpverlening verder te optimaliseren.

SAM 90.04	**Evaluatie HMO-achtige experimenten**
Financier	: WVC
Status	: Voorbereiding subsidieaanvragen. Activiteiten in 1991: start evaluatie project Lewenborg
Uitvoering	: Dr. D. de Bakker

Vooruitlopend op de invoering van de plannen van de commissie Dekker worden in het land initiatieven genomen om tot overeenkomsten tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars te komen. Voorbeelden zijn deelname in de exploitatie van een gezondheidscentrum door een ziekenfonds en budgetten per patiënt.
Het NIVEL is aangezocht om een opzet te ontwikkelen om enkele van deze experimenten te evalueren. Daarom is evaluatie HMO-experimenten in de planning voor 1991 opgenomen. Voor één experiment is inmiddels subsidie verkregen. Dit betreft een HMO-achtig experiment in het Groningse gezondheidscentrum Lewenborg in samenwerking met het Regionaal Ziekenfonds Groningen.

NIEUW	
SAM 91.01	**Huisarts en basisgezondheidsdiensten; een stimulans voor populatiegericht denken in de huisartspraktijk**
Financier	: Praeventiefonds (?)
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: voorbereiden projectvoorstel in samenwerking met NIPG/TNO.
Uitvoering	: N.N. onder leiding van Dr. D. de Bakker, J. van der Velden

Uit diverse studies (waaronder de Nationale Studie van Ziekte en Verrichtingen in de huisartspraktijk) blijkt dat huisartsen soms principieel en in ieder geval in de praktijk moeite hebben met populatiegerichte activiteiten, zoals het actief volgen van risicogroepen, ook als men niet op het spreekuur komt.
Er zijn verschillende methoden om huisartsen en 'epidemiologische' manier van werken bij te brengen.
De eerste is - het installeren van bepaalde computerapparatuur en programmatuur in de praktijk (het ELIAS-systeem bijvoorbeeld): met behulp van deze apparatuur wordt de huisarts sterk gestimuleerd epidemiologisch te denken en ontbrekende informatie over zijn patiëntenpopulatie te verzamelen.
De tweede methode is: samenwerken met basisgezondheidsdiensten. Basisgezondheidsdiensten kunnen de bevolking van de huisartspraktijk 'bijhouden' en meehelpen screenen op risicovolle aandoeningen.
In een te formuleren experimentele opzet zullen de uitkomsten van beide methoden vergeleken worden met de doorsnee-activiteiten in de huisartspraktijk (controlegroep).

Evaluatie Gezondheidszorg Almere

In de nieuwe stad Almere is de gezondheidszorg experimenteel opgezet. Belangrijkste kenmerken van dit zogenoemde Experiment Gezondheidszorg Almere zijn een sterke, buurtgerichte eerstelijnszorg, een in omvang beperkte tweedelijnszorg, alle eerstelijnshulpverleners in dienst van één organisatie, te weten de Eerstelijnsvereniging Almere (EVA) en een centrale plannende en coördinerende rol van de gemeente. Doel is het tot stand brengen van een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen van hoge kwaliteit en met lage kosten, en dit alles afgestemd op de behoeften van de bevolking.
Het NIVEL en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) verzorgen de evaluatie van het experiment gezondheidszorg Almere. Het NIVEL richt zich hierin vooral op de inhoudelijke kant van de zorgverlening, terwijl het NZI zich meer richt op de bestuurlijk-organisatorische kant.
Het evaluatie-onderzoek is opgedeeld in afzonderlijke projecten. Voor 1991 zijn dat de volgende projecten:

SAM 90.05	**Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere**
Periode	: 1990-1991
Status	: In 1991: analyse en rapportage
Uitvoering	: Drs. H.J.M. Sixma

Uitgaande van beschikbare protocollen en standaarden wordt nagegaan in hoeverre Almeerse huisartsen kwalitatief betere zorg leveren dan hun collega's in de rest van Nederland. Hiertoe worden een aantal diagnose-/klachtencategorieën geïnventariseerd waarvoor expliciete criteria zijn of waar voldoende overeenstemming van deskundigen over is. De geselecteerde klachten-/diagnosecategorieën moeten samen een redelijke doorsnee geven van het handelen van de huisarts. De op het moment beschikbare NHG-standaarden vormen het uitgangspunt van het onderzoek. Bij de operationalisatie van de standaarden wordt samengewerkt met het NHG en het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut.
Om vast te stellen in hoeverre aan de criteria wordt voldaan wordt gebruik gemaakt van in de eerste fase verzameld Nationale Studie-materiaal.
Geplande produktie is een werkdocument en artikelen.

SAM 90.06	**Thuiszorg in Almere**
Periode	: 1990,1991
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1990: afronding eerste fase; start procesbeschrijving.
Uitvoering	: Drs. H.J.M. Sixma

Een middel om in Almere substitutie te bereiken is beperking van het aantal bedden van het eind 1990 te openen ziekenhuis. Dit middel zal alleen werken als er thuis adequate zorg kan worden verleend door de eerste lijn in samenwerking met het ziekenhuis. Het gaat erom of de thuiszorg patiënten aankan met een (voortgezette) opname-indicatie voor een verpleeghuis of ziekenhuis. Meestal zijn het meervoudige en complexe hulpvragen, die alleen kunnen worden beantwoord door inschakeling van meerdere disciplines, vaak gedurende langere tijd.
In een eerste fase wordt een inventarisatie gemaakt van patiënten in de tweede lijn die mogelijkerwijs voor thuiszorg in aanmerking komen. Deze fase zal begin 1991 worden afgesloten. Deze inventarisatie zal na verloop van tijd worden herhaald om te bezien in hoeverre substitutie is bewerkstelligd. Tussen beide metingen vindt een procesbeschrijving plaats.
Het onderzoek richt zich daarbij op de vragen in hoeverre wordt voldaan aan de vraag naar thuiszorg, hoe het zorgverleningsproces verloopt en hoe de patiënten en hun omgeving erover denken.
Gegevens worden verzameld door registratie van hulpvragen, registratie van achter de voordeur ontplooide zorgverleningsactiviteiten en een enquête onder patiënten die thuiszorg hebben ontvangen.

NIEUW

SAM 91.02	**EHBO in Almere**
Financier	: WVC
Status	: In voorbereiding. Activiteiten in 1991: analyse en rapportage.
Uitvoering	: Drs. H.J.M. Sixma

In het voorjaar van 1991 wordt in Almere een ziekenhuis geopend. De kans bestaat dat als gevolg van deze schoksgewijze vergroting van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen een verschuiving van EHBO-patiëntenstromen van de huisarts naar het ziekenhuis zal optreden. De vraag is of in Almere door een goed georganiseerde en toegankelijke eerste lijn een dergelijke verschuiving kan worden voorkomen. Dit zal worden onderzocht door middel van een registratie van patiënten kort voor en na de opening van het ziekenhuis, alsmede een enquête onder gebruikers van EHBO-voorzieningen, waarin het oordeel over die voorzieningen aan de orde komt.

5.4. Peilstations

Onder het aandachtsgebied 'Peilstations' worden zowel de al meer dan twintig jaar bestaande Continue morbiditeitsregistratie peilstations beschreven als de nieuw geplande 'verrichtingen-peilstations'.

Continue morbiditeitsregistratie peilstations

De registratie in het kader van de CMR Peilstations zal ook in 1991 voortgezet worden. In hoofdstuk 1 is aangegeven dat de opgelegde bezuiniging ook betrekking heeft op de CMR Peilstations. De ruimte is echter geboden om in het jaar 1991 te werken aan een nieuwe plaatsbepaling en financiering voor de peilstations.

Het merendeel van de onderwerpen dat in 1991 geregistreerd zal worden staat al enkele jaren op de weekstaat. In 1991 zullen daarnaast enkele onderwerpen van de weekstaat van 1990 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). Eurosentinel is een samenwerkingsverband van nationale en regionale peilstationsnetwerken in West-Europa. Het International Primary Care Network strekt zich uit over meerdere continenten.

PEIL 84.01 **Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland**

Financier : WVC (?)
Status : Continu project. Activiteiten 1991: zie hieronder
Uitvoering : A.I.M. Bartelds, huisarts-projectleider

Voor 1991 worden de volgende onderwerpen geregistreerd:

Onderwerp:	registratie sinds:
1. Influenza(-achtige) ziektebeelden	1970
2. Cervix-uitstrijkje	1976
3. Sterilisatie verricht	1972
4. Morning-after pil voorgeschreven	1972
5. Suïcide(poging)	1970-1972, 1979
6. Zwangerschap (ondanks anticonceptie)	1987
7. (Poli-)klinische mammografie	1988
8. Concern about AIDS	1988
9. Acute ongewone hoofdpijn	1988
10. Diabetes Mellitus	1990
11. Mononucleosis Infectiosa	1977-1979, 1991
12. Myocard infarct	1978, 1983-85, 1991

Incidentele onderzoeken:

Euthanasie (verzoek toepassing)
Lymeziekte (serologisch bewezen)

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

Financier : ?
Status : In uitvoering. Activiteiten 1991: voorbereiding low backpain study
Uitvoering : A.I.M. Bartelds, huisarts
Afronding : Continu project

Op initiatief van de Amerikaanse arts Jack Froom hebben 'peilstationhouders' uit verschillende landen zich aaneengesloten tot een 'International Primary Care Network', dat tot doel heeft het voorkomen van bepaalde ziekten in de

huisartspraktijk internationaal te vergelijken. In 1986 vond een studie van otitis-media plaats. Deze studie werd in 1990 afgerond met een publikatie in de British Medical Journal.
Thans is het onderzoek naar lage rugklachten in voorbereiding. De organisatie kampt met het probleem dat er geen continue financiering is. Voor elk project afzonderlijk moet nieuwe financiering gezocht worden.
In 1991 zal er contact zijn tussen de nationale coördinatoren.

PEIL 88.01	**Herziening structuur en functioneren Peilstations**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten in 1991: overleg met RIVM.
Uitvoering	: A.I.M. Bartelds, huisarts, J. van der Velden, arts, Mw. Ir. J.M. Bosmans, Drs. A.J. ten Hoopen, adviseur informatica en Prof. Dr. J. van der Zee

Beleidswijzigingen op het Ministerie van WVC dwingen tot hernieuwde bezinning op de positie van de CMR Peilstations. Samenwerking met het RIVM en met regionale peilstations zullen veranderingen in de opzet van de peilstations met zich meebrengen.
In het overleg met het RIVM is een gezamenlijke werkgroep gevormd die zich zal buigen over de vraag op welke wijze de peilstations een rol kunnen spelen in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.

PEIL 89.01	**Deelname aan Eurosentinel**
Financier	: NIVEL
Status	: In ontwikkeling. Activiteiten 1991: registratie van verzoeken om HIV-testen.
Uitvoering	: A.I.M. Bartelds, huisarts

Op het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie in Brussel is het coördinatiecentrum gevestigd van Eurosentinel, een Europees Netwerk van Peilstationartsen.
In 1991 wordt in een aantal netwerken het verzoek om een test op HIV-antistoffen geregistreerd.
Deelgenomen wordt in de Project Management Group die de voortgang van Eurosentinel stuurt en in 1991 een voorstel moet voorbereiden voor het nieuwe Medical and Health Research Program 1990-1994.

Verrichtingen peilstations
Zoals aangegeven is in de inleiding van dit hoofdstuk bestaat er om twee redenen behoefte aan de opzet van een netwerk van 'verrichtingen-peilstations'. In de eerste plaats vanwege de behoefte om de gevolgen van een verandering van de honorering van huisartsen te evalueren en in de tweede plaats om continu te kunnen beschikken over gegevens met betrekking tot de ontwikkeling van het aantal verrichtingen die in de situatie van een nieuw honoreringstelsel afzonderlijk betaald worden.

NAT 90.03	**Een netwerk van verrichtingen-peilstations**
Financier	: WVC
Status	: Activiteiten in 1991: voorbereiding opzet
Uitvoering	: Dr. D. De Bakker, Drs. T.J.J.M.T. Kersten

Met het onderbrengen van de huisartsenzorg in de AWBZ zal ook de honorering van huisartsen veranderen. De verandering zal tweeledig zijn: enerzijds een uniformering van de honorering van ziekenfonds- en particuliere patiënten en anderzijds de overgang naar een gemengd honoreringssysteem van gedeeltelijk abonnement en gedeeltelijk betaling per verrichting. Het onderhavige project bereidt een evaluatie van deze wijziging voor. Daartoe zal een peilstationssysteem Verrichtingen in de Huisartspraktijk opgezet worden waarin de apart te honoreren verrichtingen geregistreerd zullen worden.

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

6.1. Inleiding

Nu de catalogus van de bibliotheek is geautomatiseerd en door een overzichtelijk menu toegankelijk is gemaakt voor bibliotheekgebruikers, zal het komende jaar gewerkt worden aan de automatisering van de uitlening binnen het geïntegreerde bibliotheeksysteem ADLIB.
Het is de bedoeling om de komende jaren te komen tot verdergaande onderlinge samenwerking tussen de bibliotheken van de belangrijkste sector-instituten op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek. Elk van de sector-instituten beschikt over een collectie met betrekking tot een deel van het gezondheidszorgonderzoek. Een belangrijk aandachtspunt zal de thesaurusbouw zijn in samenwerking met het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) en het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO).
In de bibliografieënserie van het NIVEL zullen weer 6 publikaties verschijnen.

In vergelijking met het vorige werkplan zijn de volgende onderdelen vervallen:

BIDOC 87.03 — **Leefstijl en gezondheidsgedrag**
Project is afgerond

BIDOC 90.01 — **Documentatiepakket Nederlandse Gezondheidszorg** (engelstalig)
Project is afgerond

6.2. Automatisering

BIDOC 86.01 — **Automatisering bibliotheek en samenwerking LCD-GVO, NcGv, NISSO**

Financier : NIVEL
Status : Uitvoering 1990: installatie module uitleen
Uitvoering : Mw. I. de Garde, Drs. P. van der Heijden

De uitleenmodule van het ADLIB-systeem zal geïnstalleerd worden in het bibliotheeksysteem, hetgeen inhoudt dat de uitleen gekoppeld wordt aan de geautomatiseerde catalogus, waardoor de gebruiker bij het zoeken in de catalogus o.a. inzage krijgt in de status van de publikatie: 'uitgeleend', 'in huis', of 'wordt niet uitgeleend'.

NIEUW

BIDOC 91.01	**Samenwerking automatisering bibliotheken NcGv, NIPG, NISSO, NIVEL, NZI**
Financier	: NIVEL en samenwerkende onderzoeksinstellingen
Status	: Afwegen van mogelijkheden, voorstel schrijven
Uitvoering	: Samenwerkende bibliotheken

Door de samenwerking op het gebied van de bibliotheekautomatisering zijn de bestanden van de bibliotheken van het LCD-GVO, NcGv, NISSO en NIVEL voor elkaar raadpleegbaar. Deze (gedecentraliseerde) vorm van samenwerking heeft tot gevolg dat er een grotere bron van zeer specialistische informatie toegankelijk is dan elk afzonderlijk instituut alleen zou kunnen bereiken. De vier nationale instellingen op gebied van gezondheids(zorg)onderzoek (NcGv, NIPG, NIVEL en NZI) hebben in het verlengde van de bovengenoemde samenwerking de intentie uitgesproken om de samenwerking op het gebied van bibliotheek en documentatie uit te breiden met de twee ontbrekende categorieën van de gezondheidszorg die worden vertegenwoordigd door het NZI en het NIPG. Wat de vorm van samenwerking betreft hoeft de samenwerking met het NIPG en het NZI niet op dezelfde wijze te gebeuren als nu is gerealiseerd door het LCD/GVO enerzijds en het NIVEL, NcGv en NISSO anderzijds. Op zichzelf is dat de meest tastbare en zichtbare vorm van coördinatie, maar andere vormen zijn ook denkbaar, bijvoorbeeld op ieder instituut een terminal die toegang heeft tot de geautomatiseerde catalogus van de respectievelijke instellingen.
Van belang is dat de kwaliteit van informatie gegarandeerd wordt door een gedecentraliseerde aanpak: dynamische en hoogwaardige collectievorming en ontsluiting van gespecialiseerde literatuur kunnen uitsluitend geschieden door in nauw contact te staan met onderzoekers en de directieleden van de betreffende onderzoeksinstelling met hun contacten met het 'veld' enerzijds, en de gebruikers anderzijds. Een relatief kleine deskundige eenheid kan flexibel aansluiten op de ontwikkelingen op het eigen specifieke terrein. Door samenwerking kan afstemming plaats vinden en door de ontwikkelingen binnen de computerwereld wordt het grote nadeel van decentralisatie, inefficiëntie, opgeheven.

6.3. Documentatie

Het vervaardigen van specifieke literatuurlijsten voor zowel interne als externe gebruikers zal ook in 1991 een belangrijke documentaire activiteit vormen van de bibliotheek en documentatie. Naast deze literatuurlijsten zullen er in de serie NIVEL-bibliografieën weer een zestal nieuwe titels verschijnen. De volgende onderwerpen zullen daarin behandeld worden:

1991
- euthanasie (engelstalig)
- patiëntenrecht
- verloskunde (engelstalig)
- patiëntensatisfactie
- verpleeghuizen
- gezinszorg

1992
- placebo's

Verder zullen de documentatie-activiteiten in het licht staan van de ondersteuning van het schrijven van de nieuwe overzichtsstudie (zie hoofdstuk 7).

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

BIDOC 89.01 **Thesaurus 'Eerstelijns(gezondheids)zorg'**
Financier : NIVEL
Status : Activiteiten 1991: structurering en onderhoud
Uitvoering : Mw. Drs. A.K. de Leeuw

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

NIEUW

BIDOC 91.02	**Thesaurus 'Gezondheidszorg'**
Financier	: ?
Status	: Activiteiten 1991: instelling Werkgroep Thesaurus, overleg, voorstel en start
Uitvoering	: Werkgroep Thesaurus Gezondheidszorg

Naast de technische vormgeving van samenwerking zoals genoemd onder BIDOC 91.01 is het voor de toegankelijkheid van de verschillende databases noodzakelijk dat de thesauri op elkaar zijn afgestemd. Om dit doel te bereiken is het goed om een Werkgroep Thesaurus Gezondheidszorg in te stellen, waarin de thesaurusdeskundigen van de instituten participeren. Voor de werkbaarheid wordt hierbij gedacht aan een kleine werkgroep, waarin één persoon per instelling deelneemt.

Projecten:

BIDOC 88.01	**Registratie Wetenschappelijk Onderzoek**
Financier	: WVC
Status	: Continue activiteit. Activiteiten 1991: jaarlijks overzicht.
Uitvoering	: Mw. M. v. Loo, Mw. E. Becht-Melai en Mw. Drs. A.K. de Leeuw.

In het registratiesysteem van lopend wetenschappelijk onderzoek in en over de eerste lijn wordt voor elk onderzoek een serie gegevens verzameld over mankracht en middelen, inhoud en onderzoeksmethoden en produkten in termen van publikaties.
Jaarlijks verschijnt een overzicht van de lopende onderzoeken, terwijl de kwantitatieve informatie verwerkt wordt in statistische overzichten ten dienste van de onderzoeksprogrammering. In deze onderzoeksprogrammering vervult het NIVEL een inventariserende en signalerende functie.
De gegevens van de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek zijn opgeslagen in de NIVEL-bibliotheek-database, waardoor het mogelijk is om op de hoogte gehouden te worden van de actuele stand van zaken op het gebied van lopend wetenschappelijk onderzoek en de daaruit voortvloeiende publikaties. Ook aan de hand van deze database kunnen uitdraaien gemaakt worden, eventueel aangevuld met gegevens uit de bibliotheekcatalogus
Samenwerking met andere instellingen die ook registreren is belangrijk geworden om, waar mogelijk, dubbele dataverzameling te voorkomen.

7. OVERIGE ACTIVITEITEN

7.1. Inleiding

Onder 'overige activiteiten' vallen zaken met meer algemeen karakter, die niet goed bij een van de vorige (thematische) hoofdstukken ondergebracht kunnen worden zoals congressen, symposia of overzichtsstudies.
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.
In de vorige editie van het werkplan is voorgesteld om een meer internationaal gerichte overzichtsstudie te maken, die zou bestaan uit review-artikelen die elk afzonderlijk ter publikatie aangeboden worden aan internationale tijdschriften. Dit past in het beleid van het NIVEL om naast de meer veld- en beleidsgerichte produkten van concrete onderzoeken ook het niveau van de afzonderlijke onderzoeken overschrijdende, internationale publikaties te maken. Hoewel een viertal van dergelijke review-artikelen voltooid danwel in een ver gevorderd stadium van afronding is, is deze aanpak niet goed gebleken. De belangrijkste reden is dat deze aanpak niet leidt tot een samenhangend geheel.
Zoals in de inleiding van het werkplan is aangegeven, is daarom tot een andere opzet besloten: wat betreft de uitvoering van de studie vergelijkbaar met de eerste overzichtsstudie - verschillende medewerkers (vooral de projectleiders) schrijven hoofdstukken -, maar met een beperkter onderwerp: kwaliteit van thuiszorg en zorg voor chronische patiënten.
Naast de uitvoering van een overzichtsstudie is het de bedoeling om in 1993 een internationaal congres te wijden aan onderzoek naar kwaliteit van zorg. Dit zal kunnen samenvallen met het regionale congres van de WONCA dat dan in Nederland georganiseerd wordt onder auspiciën van het NHG.

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

Projecten:

De volgende projecten van het vorige werkplan zijn vervallen:

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

Dit project is inderdaad in 1990 verder uitgewerkt tot een subsidie-aanvraag en in dit werkplan opgenomen in hoofdstuk 5.2.

WHO ALG 88.01 **Internationale conferentie extramurale verpleegkundige zorg**

De afwerking van het congres (publikaties) is afgerond.

Lopende projecten zijn:

ALG 88.03 **Scenarioproject Eerstelijnszorg**

Financier : Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, WVC

Status : In uitvoering: activiteiten in 1991: consensusconferentie, koppeling onderdelen scenarioproject en schrijven eindrapport

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

Nederland is één van de drie Europese landen die in het kader van de planning van de gezondheidszorg, zoals die door de WHO wordt voorgestaan, een aantal scenarioprojecten uitvoert. In een scenarioproject worden verschillende scenario's uitgewerkt. Scenario's kunnen worden gedefinieerd als een beschrijving van de samenleving of een gedeelte daarvan, van mogelijke toekomstige toestanden van die samenleving, alsmede van reeksen van gebeurtenissen die vanuit de huidige toestand naar die nieuwe toestand zullen leiden.
De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) entameert scenarioprojecten in Nederland. Deze scenarioprojecten kunnen betrekking hebben op ziektecategorieën en op zorgsectoren. Het NIVEL heeft opdracht gekregen om een zorgsectorscenarioproject uit te voeren op het terrein van de eerstelijnszorg. Het centrale thema in dit scenarioproject is thuiszorg. Binnen het onderzoek kunnen twee deelstudies worden onderscheiden. In de trendstudie is de aandacht gericht op het analyseren van trends in het gebruik van de huisarts, fysiotherapeut, wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk door verschillende bevolkingscategorieën op basis van landelijke surveys die de

afgelopen 15 jaar hebben plaatsgevonden. In de meer kwalitatief gerichte zorgstudie wordt de benodigde zorg voor specifieke patiëntencategorieën geanalyseerd. Daarbij gaat het om CARA, hart- en vaatziekten, beperkingen van het bewegingsapparaat, geriatrische syndromen, diabetes en kanker. Voor deze ziektecategorieën wordt de benodigde zorg in functionele termen vastgesteld (behandelen, verplegen, verzorgen, begeleiden en revalideren).
Bij beide studies wordt op basis van trendextrapolaties en een Delphi-ronde onder externe deskundigen schattingen gemaakt van het zorggebruik in de toekomst. Tenslotte wordt voor enkele organisatievarianten nagegaan in hoeverre en onder welke condities het mogelijk is de op grond van de geleverde schattingen benodigde zorg geleverd kan worden.
In 1989 is gewerkt aan de operationalisering van het basismodel, de trendstudie en de zorgstudie. In 1990 zijn de extrapolaties naar de toekomst grotendeels uitgevoerd en is begonnen met het doorrekenen van alternatieve organisatiescenario's.

ALG 88.02	**Symposium onderzoek wijkverpleegkunde**
Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: organisatie van het symposium
Uitvoering	: Mw. Dr. A. Kerkstra

Nu het nationale onderzoek naar het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (zie hoofdstuk 3.4) grotendeels is afgesloten (het officiële eindrapport is verschenen, maar er wordt nog een aantal nadere analyses van het materiaal gemaakt), verdient het aanbeveling de resultaten te bespreken in de kring van wijkziekenverzorgenden, wijkverpleegkundigen en hoofdwijkverpleegkundigen (het 'veld').
In 1991 zal hiertoe een symposium worden georganiseerd, deelname vanuit het 'veld' staat hierbij voorop.

ALG 89.01	**NIVEL lustrum-congres: Doctors at work**
Financier	: NIVEL/WVC
Status	: Activiteiten 1991: afwerking van publikaties
Uitvoering	: De verschillende sprekers op de conferentie; coördinatie Prof. Dr. J. van der Zee

Het congres is begin 1990 gehouden, parallel aan de officiële afronding van de Nationale Studie. Congresthema's waren:
1. Relatie eerste- en tweedelijn, verwijzen, nazorg;

2. Morbiditeit;
3. Risicogroepen en sociale ongelijkheid;
4. De patiënt: zelfzorg en mantelzorg;
5. Interdoktervariantie;
6. Psychosociale problematiek.

Voor elk van deze thema's zijn voordrachten gehouden door buitenlandse en Nederlandse sprekers. Door medewerkers van het NIVEL zijn voordrachten op basis van gegevens van de Nationale Studie gehouden. Op dit moment wordt gewerkt aan een themanummer voor het tijdschrift Social Science and Medicine en het Journal of Informatics in Medicine.

ALG 89.02	**Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn**
Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding. Activiteiten 1991: documentaire activiteiten, gegevensverzameling en schrijven hoofdstukken
Uitvoering	: Afdeling bibliotheek en documentatie, projectleiders en onderzoekers van het NIVEL; coördinatie: Mw. Drs. E.M. Sluijs

De overzichtsstudie wordt op een andere wijze opgezet dan de eerste studie. Er wordt niet gestreefd naar een volledig overzicht van het onderzoek op het terrein van de eerste lijn in Nederland, maar naar een thematische beperking tot kwaliteit van de thuiszorg en zorg voor chronische patiënten. Aan de andere kant zal de studie evenwel breder zijn in de zin dat hij niet beperkt blijft tot onderzoek. Er worden ook inventarisaties gedaan van gehanteerde kwaliteitscriteria en -indicatoren en van kwaliteitsbevorderings- en waarborgsystemen.

ALG 89.03	**Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg**
Financier	: WVC/STABO
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: uitvoering conferentie en voorbereiding volgende conferentie
Uitvoering	: Dr. D. de Bakker

In het kader van de stapsgewijze invoering van de plannen van de commissie Dekker en het regeringsstandpunt daarover is de mogelijkheid aanwezig op regionaal niveau te experimenteren met zorgvernieuwing door functionele regionalisatie en afstemming. Het doel van de werkconferentie is tot de keuze van een aantal zinvolle projecten te komen en daarvoor steun te verwerven in

overleg met het veld, gebruikers van zorg en beleid. De eerste conferentie heeft begin 1990 plaats gevonden. Begin 1991 zal de vervolgconferentie gehouden worden.

ALG 90.01	**Internationale Conferentie over 'Primary Care Obstetrics and Perinatal Health'**
Financier	: Zoveel mogelijk uit inschrijfgelden en sponsoring
Status	: Voorbereiding en uitvoering op 21-22 maart 1991
Uitvoering	: Dr. L. Hingstman en Drs. J. Pool

In Nederland vindt bijna 35% van alle bevallingen thuis plaats. Hiermee neemt Nederland, vergeleken met de meeste geïndustrialiseerde landen, een tamelijk unieke positie in. In de meeste landen is het bevallen weliswaar grotendeels een tweedelijnsgebeuren, maar tal van aspecten van verloskundige zorg vinden in de eerste lijn plaats (bijvoorbeeld prenataal onderzoek, zwangerschapsregeling e.d.).
Het doel van bovengenoemde conferentie is inzicht te krijgen in de organisatorische aspecten van de verloskundige zorg in verschillende landen alsmede de resultaten van de verschillende verloskundige organisatievormen. Tevens biedt de conferentie de mogelijkheid om een aantal onderzoeken van het NIVEL voor een breder voetlicht te plaatsen.
De conferentie zal twee dagen duren en zal worden geopend door de Staatssecretaris van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Drs. H.J. Simons. Daarna zullen de voorzitter van de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (mevrouw H.M. Cromheecke-Reus) en de Regional Officer for Mother and Child Health Care van de WHO (Dr. M. Wagner) beide een openingstoespraak houden. Na het officiële gedeelte zullen Prof. Dr. M.J.N.C. Keirse en Dr. I. Chalmers een lezing geven over de twee centrale onderwerpen van deze conferentie. In de middagsessie zullen sprekers uit een viertal landen (Canada, Frankrijk, Engeland en Nederland) een overzicht geven over de organisatie van de verloskundige zorg in deze landen. Op de tweede dag van de conferentie zullen onderzoekers uit verschillende landen hun onderzoeksresultaten presenteren.

ALG 90.03	**Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing van onderzoek**
Financier	: NIVEL
Status	: In uitvoering. Activiteiten 1991: uitwerking van het protocol en eerste proeftoetsing
Uitvoering	: Dr. P.P. Groenewegen, Prof. Dr. J. van der Zee, in samenwerking met NcGv, NIPG en NZI

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

NIEUW	
ALG 91.01	**Third European Conference on Health Services Research**
Financier	: NIVEL, EEG-COMAC-HSR, lokale organisatoren
Status	: In voorbereiding; activiteiten 1991: mede-organisatie conferentie in december 1991
Uitvoering	: Vanuit het NIVEL: Drs. W.G.W. Boerma, Prof. Dr. J. van der Zee

In 1989 is naast de jaarlijkse Nederlandse Gezondheidszorgonderzoekdag waarvan de lokale organisatie dat jaar in handen was van het NIVEL en de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de R.U. Utrecht, voor het eerst een Europese Health Services Research dag georganiseerd (in Ede). De goede ervaringen met dit initiatief hebben geleid tot een tweede conferentie in december 1990 in Keulen, mede georganiseerd door het NIVEL. Nu al zijn de voorbereidingen gaande voor de derde conferentie, waarschijnlijk in Londen (Kings Fund).

NIEUW	
ALG91.02	**Internationale conferentie over 'Research on quality of care'**
Financier	: Zoveel mogelijk uit inschrijfgelden en sponsoring
Status	: In voorbereiding; activiteiten 1991: geen; 1992: start organisatie van conferentie te houden in 1993
Uitvoering	: N.N.

Kwaliteit van zorg staat op het ogenblik in het brandpunt van de belangstelling.

Er wordt op dit terrein in toenemende mate onderzoek verricht, zowel binnen het NIVEL als daarbuiten. De verwachting is dat in 1993 een aantal onderzoeken van NIVEL en de geplande overzichtsstudie afgerond zullen zijn. Het is de bedoeling om bij de organisatie nauw samen te werken met het NHG dat in dat jaar de regionale WONCA conferentie organiseert over kwaliteit van zorg.

NIEUW
ALG 91.03 **Second international Conference on Community Nursing**

Financier : Zoveel mogelijk uit inschrijfgelden en sponsoring
Status : In voorbereiding; activiteiten 1991: geen; 1992: start organisatie van conferentie te houden in 1993
Uitvoering : Mw. Dr. A. Kerkstra

In 1989 vond het eerste internationale NIVEL-congres plaats over Community Nursing. Deze conferentie trok een groot aantal onderzoekers op het gebied van de verpleging uit binnen- en buitenland.
Gezien het succes van deze conferentie en de behoefte van onderzoekers op dit terrein om vaker bij elkaar te komen, neemt het NIVEL het initiatief om een vergelijkbare conferentie te organiseren in 1993.

NIEUW
ALG 91.04 **Invitational conference 'Verrichtingen in de huisarts praktijk'**

Financier : NIVEL
Status : Activiteiten in 1991: organisatie conferentie
Uitvoering : Drs. J. Hutten, J. v.d. Velden, arts

De meest beleidsrelevante resultaten uit de Nationale Studie zullen voortkomen uit de deelprojecten rond verrichtingen in de huisartspraktijk (diagnostiek, behandeling incl. prescriptie en verwijzingen). Vanuit het direct betrokken veld en beleid bestaat behoefte om de resultaten (en de consequenties daarvan) in kleine kring te bespreken.
Om die reden zal in het voorjaar 1991 een invitational conference georganiseerd worden.

NIEUW

ALG 91.05	**Symposium 'generalistische zorg'**
Financier	: NIVEL
Status	: In voorbereiding; activiteiten 1991: organisatie symposium (2e helft 1991)
Uitvoering	: Mw. Drs. J.M. Bensing, Prof. Dr. J. van der Zee

Een van de consequenties van dit denken in functionele termen over gezondheidszorg is dat begrippen als generalisme/specialisme directe of indirecte toegankelijkheid en de lokatie van de zorg niet meer automatisch meegenomen worden in de discussie. Voor generalistische hulpverleners als huisarts en wijkverpleegkundige houdt dit een grote potentiële bedreiging in: generalistische hulpverlening dreigt in het defensief te geraken als 'zorg op maat' dikwijls betekent rechtstreeks toegankelijke specialistische zorg voor bepaalde groepen chronisch zieken.
In een of meerdere conferenties zal geprobeerd worden om de positieve kanten van generalistische zorg (aandacht voor 'comorbiditeit', achtergronden en leefwereld van de patiënt, 'bejegening' in plaats van 'projectmatige' benadering (Philipsen) te benadrukken en verder uit te werken.

NIEUW

ALG 91.06	**Congres Provincie Flevoland**
Financier	: Provincie Flevoland
Status	: In voorbereiding; activiteiten 1991: organisatie conferentie.
Uitvoering	: Mw. Drs. J.M. Bensing, Drs. H.J.M. Sixma

De Provincie Flevoland heeft geen provinciale raad voor de volksgezondheid. Om toch een zekere voeling te houden met de in de provincie aanwezige of vertegenwoordigde zorginstelling, is vanuit de provincie het idee geopperd jaarlijks een congres te organiseren. Behalve een ontmoetingsplatform biedt een jaarlijks congres de mogelijkheid inhoudelijk in te gaan op één of meer voor de Provincie Flevoland aktuele thema's. Het GITP en het NIVEL zijn door het provinciaal bestuur van Flevoland gevraagd dit congres inhoudelijk voor te bereiden. Het congres zelf zal in het voorjaar van 1991 worden gehouden. Bij het schrijven van dit werkplan is het nog onduidelijk of het NIVEL ook daadwerkelijk bij alle voorbereidingen betrokken blijft, of dat de opdracht voor de inhoudelijke voorbereiding volledig door het GITP zal worden uitgevoerd.

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

8.1. Samenstelling van het bestuur per 1 januari 1991

Leden	
Drs. Cl. Olthof	Voorzitter
Drs. R.W. Lubbers	Secretaris
Mr. J.J. Reijerkerk	Penningmeester
	Voorgedragen door:
H.A.M. Staring, arts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Vacature	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Mr. R.J. Hofman	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars
Mw. Drs. M.G. Andela	Consumentenbond
Dr. V.C.M.L. Tielens	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof. dr. J.C. van Es	Staf NIVEL
Prof. dr. H. Philipsen	Staf NIVEL
Vacature	Staf NIVEL
Vacature	Gehandicaptenraad
Mr. S.I.M. Bless	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
De heer W. Schoemans	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Vacature	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
M.M.J. van Campen, arts	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

8.2. Lijst van medewerkers per 1 januari 1991

Leiding

001	Directeur	Mw. Drs. 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	Management-assistent	Mw. Ir. J.M. Bosman
007	Adviseur automatisering	Drs. A.J. ten Hoopen
008	Wetenschappelijk assistent hoofd WO	Drs. A.B.M. Gloerich
009	Wetenschappelijk assistent adjunct-hoofd WO	Drs. W.J.G. Uunk
010	Wetenschapsjournalist	G.W. Olthof
011	Medewerker publiciteit en vormgeving	Mw. M.M. Cornelius
012	Medewerker PZ en AZ	Mw. J.D.M. Kerkhof
013	Medewerker secretariaat directeur	Mw. M. van Leeuwen
014	Medewerker secretariaat (adjunct)-hoofd WO	Mw. E. Zoer
015	Medewerker secretariaat (adjunct)-hoofd WO	Vacature
016	Medewerker archief en secretariaat bestuur	Mw. M.W. Brouwer
017	Typiste directie secretariaat	Mw. C. Ruiter

Onderzoek

Themagebied Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg:

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

EG-onderzoek verwijzingen huisarts:

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

Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg:

018	Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma
019	Onderzoeker	Drs. P.M.J.R. van der Heijden

Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg:

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

Cluster thuiszorg en substitutie

Themagebied Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg:

021	Projectleider	Drs. T.J.J.M.T. Kersten
022	Assistent-onderzoeker	E.D.J. Hackenitz
023	Medewerker secretariaat	Mw. M.A.M.v.d.Meulen-Kimmelaar

Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering:

024	Onderzoeker	L.J. Stokx, arts

Combinatie inzichten huisartsenhonorering:

025	Onderzoeker	Mw. Drs. D.M. Delnoy

Verloskundige zorg:

026	Projectleider	Dr. L. Hingstman
027	Onderzoeker	Dr. G.A.H. Berghs
028	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Geelkerken

Evaluatie invoering bijgestelde indicatielijst verloskunde:

029	Onderzoeker	Mw. Drs. J.A. Riteco

Themagebied Extramurale verpleging:

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

CARA-zorg voor kinderen:

032	Onderzoeker	Mw. Drs. Th. A. Wiegers

Extramurale verpleging in verschillende landen:

033	Onderzoeker	Drs. R. Verhey

Gebruik van thuiszorg door patiënten met een ernstige zorgbehoefte (onder voorbehoud):

034	Onderzoeker	Vacature

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

Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers:

039	Onderzoeker	Drs. G.J. Visser
040	Veldwerker	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. Drs. J.M. Bensing
041	Beheerder videotheek	Mw. Drs. S.A. de Boer
(037)	Medewerker secretariaat	Mw. B.M. Kamphuys

Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model (onder voorbehoud):

042	Onderzoeker	Vacature

AMW en RIAGG verschillen en overeenkomsten in probleemaanbod en werkwijze:

043	Onderzoeker	Dr. Ir. R.D. Friele

Themagebied Paramedische beroepen:

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

Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn:

045	Onderzoeker	Mw. Drs. A. van den Brink-Muinen
046	Medewerker	Mw. R.P. Wiegers

Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek fysiotherapie:

047	Onderzoeker	Dr. H. Kool van Langenberghe
048	Consulent	Drs. E.Chr. Curfs, fysiotherapeut
049	Administratief medewerker	Mw. R. de Groot

Consultatief fysiotherapeutisch onderzoek

(044)	Onderzoeker	Dr. J. Dekker

Functie en plaats van oefentherapie Cesar, Mensendieck, podotherapie en ergotherapie:

050	Onderzoeker	Drs. M. van Gisbergen
051	Onderzoeker	Mw. Drs. M.J.A. Driessen

Positie van paramedische beroepen in Europa:

052	Onderzoeker	Mw. Drs. M. Koster

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	Systeem- en databankbeheerder	Drs. J.N.H.M. van Snellenberg
056	Research-medewerker	J.V. Gravenstein
057	Arts-onderzoeker	Mw. Drs. A.A.M.C. Claessens
058	Arts-onderzoeker	Vacature
059	Research-medewerker	Drs. H.J. van Vliet
060	Medewerker secretariaat	Mw. I.M. Karamat Ali

Gebruik van diagnostische hulpmiddelen in de huisartspraktijk:

061	Onderzoeker	Mw. I. Kluyt, arts

Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk:

062	Onderzoeker	Drs. H. Flierman

Verloskundige zorg door de huisarts:

063	Onderzoeker	Drs. K.P. van Wijk

Gezondheid en medische consumptie naar geslacht:

(057)	Arts-onderzoeker	Mw. Drs. A.A.M.C. Claessens

Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen (onder voorbehoud):

(053)	Onderzoeker	Mw. Dr. M. Foets

Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk:

064	Onderzoeker	Drs. J.B.F. Hutten
065	Onderzoeker	B. Brandenburg, arts

Sociale netwerken en gezondheid:

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

Themagebied Samenhang en samenwerking in de eerste lijn:

067	Projectleider	Dr. D.H. de Bakker
068	Medewerker secretariaat	Mw. M. Zweije

Registratie en onderzoek naar samenwerkingsverbanden:

069	Onderzoeker	Mw. Drs. A. de Veer
070	Onderzoeker	Drs. J. Pool
071	Coördinator adm. medewerker	Mw. Drs. E.T. Wismeijer
072	Administratief medewerker	Mw. H.C. van Dijk

Registratie Innovatieve Projecten:

073	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M.A. Hessels

Scenario-onderzoek eerstelijnszorg (incl. Fysiotherapie):

074	Onderzoeker	Dr. H.J. Wennink
(018)	Onderzoeker	Drs. W.G.W. Boerma
075	Onderzoeker	Dr. S.E. Kooiker

Evaluatie HMO-achtige experimenten:

076	Onderzoeker	Vacature

Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere
Thuiszorg in Almere:

077	Onderzoeker	Drs. H.J.M. Sixma

Peilstations:

078	Arts-onderzoeker	A.I.M. Bartelds, arts
079	Medewerker secretariaat	Mw. M. van Valen
080	Medewerker secretariaat	Mw. E.E. Colet

Registratie Beroepsbeoefenaren en de ELGZ:

(070)	Wetenschappelijk assistent	Drs. J. Pool
(071)	Coördinator Registratie-systemen	Mw. Drs. E.T. Wismeijer
081	Administratief Medewerker	A.F. Scheepmaker
082	Administratief Medewerker	Mw. J.E.M. van Rooijen

Onderzoek algemeen:

Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn:

083	Onderzoeker	Mw. Drs. E.M. Sluijs

Werkconferentie innovatieprojecten thuiszorg/eerstelijnszorg:

(067)	Onderzoeker	Dr. D. de Bakker

Overige medewerkers algemeen:

084	Systeemanalist	P.W.A. Storck
085	Research-medewerker	Mw. M.A. Boschman
086	Research-medewerker	Mw. M.H. Duister
087	Research-medewerker	J.T.H. Heyning
088	Research-medewerker	J. Hoekstra
089	Research-medewerker	P.M.M. Spreeuwenberg
090	Research-medewerker	M. Winckers

Bibliotheek en documentatie:

091	Coördinator	Mw. Drs. A.K. de Leeuw
092	Bibliothecaris	Mw. I. de Garde
093	Documentalist	J.A.J. Kuylen
094	Medewerker bibliotheek en documentatie	F.H. Boeringa
095	Medewerker classificatie en documentie	P. Mulder
096	Medewerker secretariaat	Mw. J.V. Luijpers
097	Typiste	Mw. R. Persaud

Registratie wetenschappelijk onderzoek:

098	Medewerker	Mw. E. Becht
099	Medewerker	Mw. M.E. van Loo

Algemene dienst:

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