WERKPLAN 1993-1994

DEEL 1

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht
Bezoekadres: Drieharingstraat 6 - Utrecht
Telefoon : 030-319946
Telefax : 030-319290

INHOUD

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN 19

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 45

4. OVERIGE ACTIVITEITEN 47

5. SAMENSTELLING BESTUUR EN DIRECTIE 49

VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1993/1994 van het NIVEL. Het werkplan is gesplitst in twee delen. Het eerste deel bevat een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke en beleidsontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en de plaats van het NIVEL hierin. Verder wordt ingegaan op nieuwe elementen in het werkplan.
Het onderzoek binnen het NIVEL wordt besproken aan de hand van een aantal onderzoekslijnen of deelprogramma's, waarbij kort de projecten die hieronder vallen genoemd worden.
In het tweede deel worden de projecten meer in detail besproken. Dit deel is in een afzonderlijke band gevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid. Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar.

1. INLEIDING

Het jaarlijkse werkplan van het NIVEL bevat, zoals gebruikelijk, een overzicht en een mengeling van continuïteit en verandering. De graduele overgang van eerstelijnsinstituut naar onderzoeksinstituut voor de gehele (somatische) gezondheidszorg met speciale aandacht voor beroepen en beroepsbeoefenaren en met stevige wortels in de eerstelijn ('primary care based system') laat zich uit het programma goed afleiden.
Er is een serie activiteiten op gang gekomen rond het onderzoek naar verpleeghuis- en aanverwante zorg en ook zijn eerste verkenningen verricht rond de (verwijs-)relatie tussen de eerste lijn en bepaalde specialismen, zoals obstetrie/gynaecologie, interne geneeskunde en orthopedie, reumatologie en revalidatie-geneeskunde.
In het werkprogramma 1993/94 zullen deze activiteiten worden voortgezet en geïntensiveerd.
In toenemende mate verricht het NIVEL, bijgestaan door begeleidingscommissies van brede deskundigheid, onderzoek naar de gezondheidszorg als geheel. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen wordt breed onderzocht en ook wordt in opdracht van de Raad voor het Gezondheidsonderzoek (RGO) een studie verricht naar een zowel praktische als theoretisch zinvolle indeling van het gezondheidszorgonderzoek. Ook hier geldt niet de beperking tot de eerstelijn.
De continuïteit treft men in de verschillende deelprogramma's aan; het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) als vervolg op de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; een verdere systematische uitbouw van het onderzoeksprogramma op het gebied van paramedische beroepen; een intensivering van onderzoek op het gebied van verloskundige zorg en een toename van het internationaal vergelijkende onderzoek, hier en daar zelfs gepaard gaande met advisering en ontwikkelingswerk, vooral in Oost-Europa.
Een bijzondere vermelding verdient de continuïteit in het onderzoek op het gebied van de 'manpower studies'. Door gebrek aan financiering is dit onderzoek eind 1990 stilgelegd, al werden de registratiesystemen waarop dit onderzoek was gebaseerd wel gehandhaafd. Anno 1992 is er een dusdanige behoefte aan 'manpower studies' ontstaan onder de druk van dreigende tekorten, dat in allerijl dit themagebied weer opnieuw is bemand.
'Kwaliteit van zorg' is een tweede thema, waar continuïteit en verandering hand in hand gaan. Op het NIVEL bestaat een bijna twintigjarige traditie in onderzoek naar de communicatie tussen (huis-)arts en patiënt; de bejegening van de

patiënt. De relatie tussen bejegening, medische kwaliteit aan de ene kant en tevredenheid van de patiënt anderzijds vormt een van belangrijkste pijlers onder het kwaliteitsonderzoek. Een belangrijk deel van het onderzoeksprogramma van het NIVEL sluit naadloos aan op de vraagstukken rond 'kwaliteit van zorg'.

Deze algemene inleiding van het werkplan laat zich als volgt lezen:
Eerst volgt een algemeen gedeelte over de missie en doelstelling van het instituut, gevolgd door een paragraaf over de plaats van het NIVEL in het gezondheidszorgonderzoek.
Dan volgt een stuk over de samenhang van het onderzoeksprogramma, de wijze waarop deze samenhang wordt bewaakt en het programma tot stand komt. Het stuk eindigt met een korte opgave van continuïteit en verandering in het werkprogramma 1993/94.
De concrete onderzoeksprojecten worden beschreven per **cluster** in grote lijnen, maar niet geheel samenvallend met de organisatorische indeling van het instituut in afdelingen.
Per **cluster** van themagebieden worden de onderdelen van het programma nog eens afzonderlijk ingeleid.

Missie en doelstellingen van het instituut
Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) bestaat in zijn huidige vorm sinds 1 januari 1985. Het is een van de rechtsopvolgers van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en is ontstaan uit een grondige reorganisatie binnen het NHI, uitgevoerd door een extern organisatie-adviesbureau (GITP). Bij deze reorganisatie vond een taakuitzuivering plaats, waarbij de afdeling 'Wetenschappelijk Onderzoek' en de afdeling 'Documentatie en Informatie' van het toenmalige NHI tezamen de kern gingen vormen van het NIVEL als landelijk onderzoeksinstituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg, terwijl de afdeling 'Ontwikkeling en Ondersteuning' verder ging als landelijke ondersteuningsorganisatie voor de beroepsgroep huisartsen. Terzelfder tijd werd het onderzoeksterrein van het NIVEL verbreed van de huisarts tot de gehele eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken en werd het maatschappelijk draagvlak verbreed door in het Algemeen Bestuur personen te laten plaatsnemen uit de kringen van veld (eerstelijnsorganisaties, consumenten/patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars), beleid en wetenschap.

De statutaire doelstelling van de Stichting NIVEL luidt: '*het verzamelen en verspreiden van kennis en informatie over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg in relatie tot andere sectoren van de gezond-*

heidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Daarbij oriënteert het NIVEL zich zowel op de hulpvrager als de hulpverlener'.

De middelen die het NIVEL (statutair) ten dienste staan om zijn doelstelling te bereiken zijn:
- het verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
- het beheer van registratiesystemen en het produceren van (statistische) gegevens hieruit;
- het beheer van een openbaar toegankelijke bibliotheek en documentatie-afdeling;
- het organiseren van congressen en bijeenkomsten.

De missie van het NIVEL ligt op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek, in het Engels 'health services research' genoemd. Gezondheidszorgonderzoek richt zich op de onderlinge afstemming van de vraag naar gezondheidszorg en het aanbod aan gezondheidszorg onder invloed van het beleid: wetgeving, regulering, financiering, verzekering (zie schema 1).

Domein van het gezondheidszorgonderzoek

Gezondheidszorgonderzoek is te kenschetsen als toegepast beleidsonderzoek: enerzijds ontleent het NIVEL zijn onderzoeksvraagstellingen aan de problemen waarvoor de gezondheidszorg zich beleidsmatig ziet gesteld; anderzijds dienen

de resultaten van het NIVEL-onderzoek geïmplementeerd te (kunnen) worden in het beleid dat door 'partijen' in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Beide zaken hebben consequenties voor de maatschappelijke inkadering van het NIVEL, voor de wijze waarop het NIVEL-onderzoeksprogramma wordt vastgesteld, en voor de wijze waarop de onderzoeksresultaten van het NIVEL worden verspreid.
Kenmerkend voor het gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft, hetgeen tot uiting komt in de samenstelling van de onderzoeksgroep.

De taken van het NIVEL zijn deels gebaseerd op zijn maatschappelijke positionering als nationaal, niet-universitair onderzoeksinstituut en deels op zijn werkterrein: het NIVEL als instituut voor gezondheidszorgonderzoek.

Het NIVEL als nationaal, niet-universitair instituut
De positie van het NIVEL wordt gekenmerkt zich door zijn nationale karakter dichtbij het Ministerie van WVC en diens officiële adviesorganen (met name de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor Gezondheidsonderzoek) en tevens dichtbij de landelijke beroeps- en koepelorganisaties die actief zijn in de gezondheidszorg (organisaties van hulpverleners, consumenten en patiënten en zorgverzekeraars). Vanwege zijn nationale positie bestaan er tussen het NIVEL en deze organisaties allerlei soorten relaties (o.a. adviesrelaties) en systematische contacten (zowel formeel als informeel). Voor de meeste landelijke organisaties op het gebied van de (eerstelijns)gezondheidszorg is het NIVEL een vanzelfsprekende gesprekspartner.

Vanwege zijn nationale functie heeft het NIVEL als bijzondere taak overzichten te verschaffen over wat er op het onderzoeksterrein gebeurt. Die taak wordt vervuld door het beheer van het Registratiesysteem van lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eerste lijn (dat sinds 1972 bestaat), door het systematisch vervaardigen van bibliografieën, trendstudies en overzichtspublikaties, en door een openbaar toegankelijk bibliotheek- en documentatiecentrum. Ook passend bij het nationale karakter zijn enkele registratiesystemen waaruit periodieke (statistische) overzichten worden geproduceerd, o.a. een registratiesysteem ten behoeve van de beroepskrachtenplanning in de eerstelijnsgezondheidszorg, de inmiddels 25 jaar oude 'Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland', die landelijke cijfers levert over bijvoorbeeld de griep-epidemieën, en het tezamen met de Consumentenbond opgezette 'Consumentenpanel Gezondheidszorg'.

Internationaal gezien wordt de nationale positie van het NIVEL steeds belangrijker. Sinds 1987 is het NIVEL een WHO-collaborating Centre. Een van de consequenties hiervan is dat NIVEL-medewerkers regelmatig als 'contemporary adviser' bij WHO-activiteiten betrokken zijn. Op verzoek van de EEG en de WHO is het NIVEL ook betrokken bij de ontwikkeling van de hervormingen in een aantal Oosteuropese landen, waar men doende is het gezondheidszorgsysteem te transformeren van een 'staatsgezondheidszorg' naar een systeem met meer marktgerichte elementen. De nationale positie van het NIVEL heeft voorts als gevolg dat het NIVEL (op verzoek van de WHO of het Ministerie van WVC) regelmatig buitenlandse bezoekers ontvangt die geïnformeerd willen worden over de Nederlandse gezondheidszorg, en dat het NIVEL met de belangrijkere rol die de EEG krijgt bij de verdeling van onderzoeksgelden steeds meer wordt uitgenodigd en het initiatief neemt tot zogenaamde 'concerted actions'.

Het NIVEL als instituut voor gezondheidszorgonderzoek

Door zijn werkterrein (gezondheids**zorg**onderzoek) onderscheidt het NIVEL zich enerzijds van het RIVM (**gezondheids**onderzoek), en anderzijds van het meeste onderzoek aan de medische faculteiten (overwegend biomedisch en klinisch onderzoek). De vakgroepen Huisartsgeneeskunde houden zich momenteel vrijwel uitsluitend met patiëntgebonden onderzoek bezig. Het relatief schaarse gezondheidszorgonderzoek dat aan de diverse medische faculteiten wordt verricht is ondergebracht in de NWO-werkgemeenschap 'gezondheidszorgonderzoek', waarin ook het NIVEL vertegenwoordigd is (momenteel via het voorzitterschap van de werkgemeenschap en via een aantal projectleiders). Voorts worden er verspreid aan enkele sociale faculteiten projecten gedaan op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek en zijn ook enkele organisatieadviesbureaus actief op het terrein, zonder dat daar overigens een sterke onderzoekstraditie is ontstaan.
Sterkere 'concurrentie' vindt men bij vakgroepen epidemiologie en gezondheidseconomie, zeker als ze gezondheidszorg als 'determinant' van gezondheid meenemen.

Het NIVEL is één van de vier nationale instituten voor gezondheidszorgonderzoek. Naast het NIVEL bestaan het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv), het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG-TNO). Deze vier instituten werken al een aantal jaren samen, o.a. op het terrein van bibliotheek en documentatie. Ook stemmen de vier instituten hun onderzoeksprogramma's

op elkaar af door op gezette tijden een gezamenlijk overzicht te publiceren van het onderzoek dat op elk van de vier instituten wordt verricht. Tezamen wordt het gehele terrein van het gezondheidsonderzoek door deze 4 instituten gedekt. De onderlinge taakverdeling tussen de instituten is recent enigszins onder druk komen te staan doordat het echelonneringsbegrip (waarop de indeling in vier instituten mede was gebaseerd) in het beleid wat op de achtergrond is geraakt, met name bij de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Dit heeft bij elk van de instituten voor een zeker missieprobleem gezorgd. Voor het NIVEL betekent dit een geleidelijke, systematische uitbreiding van het onderzoeksterrein naar de intramurale sector te beginnen bij de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Gezien de achtergrond van het NIVEL - een onderzoekstraditie op het gebied van 'professionals' in de gezondheidszorg, eerder dan op het gebied van instellingen - ligt het ook in de rede om onderzoek te gaan doen naar 'de specialist', als invalshoek voor de intramurale sector.
Overigens heeft de voortdurende inhoudelijke ontwikkeling van het onderzoeksterrein van het NIVEL zowel voor- als nadelen. Een voordeel is dat het NIVEL gedwongen is zich steeds opnieuw op zijn missie te beraden, waardoor de aansluiting op maatschappelijke ontwikkelingen behouden blijft (het NIVEL zal niet gemakkelijk 'verstoffen'). Een nadeel is dat voortdurende waakzaamheid nodig is om niet te versnipperd te gaan werken. Beduchtheid is nodig voor 'de waan van alle dag', die in de gezondheidszorg soms snel veranderen kan. De onderzoeksprogrammering van het NIVEL wordt dan ook gekenmerkt door een voortdurend balanceren tussen continuïteit en verandering. Een goede financieringsvorm, met een juiste mix tussen basisfinanciering (voor infrastructuur en vrije onderzoeksruimte) en projectfinanciering is voor een instituut als het NIVEL essentieel.

De bijzondere positie van het NIVEL, in het spanningsveld tussen beleid, veld en wetenschap, vraagt om nog een andere vorm van balanceren, namelijk een balanceren tussen de maatschappelijke en wetenschappelijke eisen die aan het onderzoek van het NIVEL worden gesteld. Soms vallen die eisen samen. Het NIVEL-onderzoek moet voor alle partijen in de gezondheidszorg acceptabel zijn. De allereerste voorwaarde hiervoor is dat het onderzoek in onafhankelijkheid wordt uitgevoerd en van goede wetenschappelijke kwaliteit is. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat NIVEL-onderzoek in beginsel aan dezelfde eisen van objectiviteit, geldigheid en betrouwbaarheid dient te voldoen als alle wetenschappelijk onderzoek. De spanningen ontstaan in het voor- en het na-traject: bij de vertaling van maatschappelijke vragen in onderzoeksvragen (onderzoeksprogrammering en projectvoorbereiding) en bij de implemen-

tatie van onderzoeksresultaten. Gezondheidszorgonderzoek raakt rechtstreeks de belangen van de partijen in de gezondheidszorg maar kan eigenlijk niet goed worden uitgevoerd zonder een zeker draagvlak bij deze partijen. Betrokkenen moeten zich in het programma van het NIVEL kunnen herkennen zonder echter het gevoel te hebben daar exclusief zeggenschap over te hebben. Dit vraagt om een goede mix tussen betrokkenheid en distantie, die enerzijds wordt gerealiseerd door de bestuurlijke verantwoordelijkheid over het instituut en anderzijds door de wijze waarop het onderzoeksprogramma wordt voorbereid (onder andere via een jaarlijkse consultatieronde). De consequentie is wel dat in verhouding tot het universitaire onderzoek, door het NIVEL relatief veel tijd wordt besteed aan de onderzoeksprogrammering en aan de uitwerking van onderzoeksvraagstellingen voor concrete projecten in nauw overleg met 'het veld'. Ook in het na-traject van het onderzoek doet zich een dergelijke spanning voor: relatief veel tijd wordt besteed aan implementatie van onderzoeksresultaten door invitational conferences, adviseursschappen en een gerichte publiciteit door middel van verschillende media.

Samenhang binnen het onderzoeksprogramma

In hoofdlijnen wordt de onderlinge samenhang van het NIVEL-onderzoeksprogramma bepaald door de missie van het NIVEL: gezondheidszorgonderzoek, dat wil zeggen: onderzoek naar de onderlinge afstemming van de vraag naar gezondheidszorg en het aanbod aan gezondheidszorg onder invloed van het beleid (wetgeving, regulering, financiering, verzekering). Het volgende voorbeeld moge dit verduidelijken. Gezondheidszorgonderzoek is niet zozeer gericht op het vóórkomen van bepaalde gezondheidsproblemen op zich, als wel in de vraag in hoeverre deze gezondheidsproblemen vertaald worden in een vraag naar hulp binnen de gezondheidszorg, en in hoeverre dit proces beïnvloed wordt door bijvoorbeeld:

- meningen en opvattingen van patiënten over ziekte, gezondheid en de gezondheidszorg (kennis hierover kan leiden tot beleid op het terrein van de 'public health')
- sociale ongelijkheid (dit kan leiden tot een beleid ter bescherming van de zwakke groepen in de samenleving)
- de aanzuigende of remmende werking van het aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen (dit kan leiden tot een gericht volume-beleid)
- elementen in het verzekeringssysteem (dit kan leiden tot aanpassingen in het systeem van eigen bijdragen, eigen risico's, of aanvullende verzekeringen)

De gezondheidszorg wordt daarbij opgevat als een systeem met verschillende actoren (hulpverleners/hulpverlenende instellingen, patiënten en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, de overheid) en met een eigen dynamiek. Zoals ieder sociaal systeem ziet het gezondheidszorgsysteem zich permanent geplaatst voor drie soorten problemen:

- *ordeningsvraagstukken* (ieder systeem neigt uit zichzelf tot chaos); binnen de gezondheidszorg gaat het dan om problemen rond samenwerking en samenhang, substitutie van zorg, case-management, etcetera. Binnen het NIVEL vindt dit onderzoek vooral plaats binnen de afdeling 'Structuur en Organisatie'
- *verdelingsvraagstukken* (ieder systeem leidt aan schaarste). In de gezondheidszorg gaat het dan vooral om vraagstukken rond sociale ongelijkheid, intake-procedures, keuzen in de zorg, geografische spreiding van gezondheidsvoorzieningen, verschillen tussen bijvoorbeeld stad-platteland. Binnen het NIVEL vindt dit onderzoek vooral plaats binnen de afdeling 'Epidemiologie en informatica', waar enkele grote databases dit type onderzoek faciliteren.
- *rationaliseringsvraagstukken* (ieder systeem neigt naar beredeneerde vooruitgang). In de gezondheidszorg gaat het daarbij vooral om vraagstukken op het terrein van kwaliteit van zorg (o.a ontwikkeling van standaarden en protocollen), effectiviteit en doelmatigheid, maar ook bijvoorbeeld om onderzoek op het terrein van patiëntenrechten, ethische kwesties, etcetera. Binnen het NIVEL wordt dit onderzoek voornamelijk uitgevoerd binnen de afdeling 'Kwaliteit van Zorg'

  Het onderzoek van het NIVEL wordt toegepast op verschillende onderdelen van de (eerstelijns)gezondheidszorg en haar raakvlakken. In beginsel is een matrix denkbaar waarin de drie genoemde problemen binnen elk van de onderdelen van het gezondheidszorgsysteem een plaats zouden kunnen hebben. In de praktijk zijn echter niet alle cellen gevuld, onder andere vanwege de stand van kennis op het betreffende deelgebied, de beleidsactualiteit en de mate waarin de betreffende sector een centrale dan wel perifere positie in de gezondheidszorg inneemt. Traditioneel is veel plaats in het programma ingeruimd voor de huisarts vanwege de centrale plaats die de huisarts in de gezondheidszorg heeft. Daarnaast is aandacht voor de verpleging/verzorging, verloskunde, paramedische zorg en voor de relaties huisarts/specialist en eerste lijn/GGZ. Alternatieve genezers hebben een minder prominente plaats in het onderzoeksprogramma.

Hoe komt het NIVEL-werkprogramma nu tot stand?

Na lezing van het voorgaande zal het geen verbazing wekken dat ook het tot stand komen van het programma in een evenwicht tussen veld, beleid en wetenschap plaats vindt.

Ieder jaar wordt een ronde gemaakt (een zgn 'consultatieronde') langs de belangrijkste 'klanten' van het NIVEL. Het gaat hier om de verschillende afdelingen van het ministerie van WVC (Directoraat Generaal Volksgezondheid), de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, de belangrijkste adviesorganen van WVC, zoals Ziekenfondsraad en Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg (vooral de eerstelijnsorganisaties, zoals huisartsen, gezondheidscentra, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleging en verzorging), zorgverzekeraars en, niet te vergeten, patiënten- en consumentenorganisaties.

Daarnaast genereert het lopende en afgesloten onderzoek zijn eigen vervolgvragen. Men zou haast denken dat het ideaal van een onderzoeker is: 'een vervolgonderzoek'. Niet te ontkennen valt dat onderzoek zowel vragen oproept als beantwoordt. Voor een goede wetenschapsontwikkeling is het van belang dat onderzoekers ook hun werk kunnen verdiepen.

In toenemende mate wordt de inhoud van het werkprogramma bepaald door 'prijsvragen'; programmacommissies doen oproepen voor onderzoeksvoorstellen. Na een in zijn algemeenheid zorgvuldige en intensieve beoordelingsprocedure worden de voorstellen met de hoogste wetenschappelijke en/of (dat hangt van de commissie af) maatschappelijke relevantie uitverkoren. Voor het NIVEL zijn van belang de programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' (WVC/NWO), de Nationale Commissie Chronische Ziekten, de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde (Ziekenfondsraad/O&W) en het Europese programma voor medisch en gezondheidszorgonderzoek BIOMED1. De slaagkans van indiening van dergelijke voorstellen is niet anders dan 'gering' te noemen - een, wellicht extreem, voorbeeld - in de eerste ronde van een onderzoeksprogramma gericht op samenwerking met Oost-Europa dongen 12.000 (zegge twaalfduizend) voorstellen om 30 miljoen ECU (67,5 miljoen gulden)- de kans op honorering is niet meer dan 1%. Hiertegenover staat dat met name voor internationaal vergelijkend onderzoek deze competities vaak de enig mogelijke weg vormen. De energie die met het schrijven en (niet te vergeten!) beoordelen van dit onderzoek gemoeid is, valt niet te onderschatten.

Tenslotte komen buiten al deze kanalen opdrachtgevers met vragen naar het NIVEL toe; mits openbare publikatie van de resultaten gegarandeerd is, het onderzoek in grote lijnen binnen het werkterrein van het NIVEL past en de werkzaamheden adequaat worden gehonoreerd worden deze opdrachten aangenomen en uitgevoerd.

Dit alles resulteert in een tachtigtal projecten op (periode)-prevalentiebasis, waarvoor een bedrag van 9 à 10 miljoen gulden uit diverse bronnen wordt ontvangen.

Continuïteit en verandering in het werkprogramma

In de inleiding is al kort weergegeven waar de belangrijkste uitbreidingen van het programma liggen. Verdere uitbreiding van het onderzoeksgebied zijn:

- het onderzoeksprogramma verpleeghuis- en aanverwante zorg
- onderzoek naar kwaliteitssystemen in de gehele gezondheidszorg
- indeling van het gezondheidszorgonderzoek (opdracht RGO)
- uitbreiding registratie van beroepen naar de specialistensector
- registratie van innovatieve projecten in de gezondheidszorg (samen met NZi en NcGv)
- internationaal vergelijkend onderzoek naar vraag/aanbod-relaties in de ziekenhuissector

Vervolgens is vermeld dat het onderzoek naar Volume- en Functie-aanbod in de gezondheidszorg weer in het programma is opgenomen vanwege evidente en manifeste behoefte.

In Oost-Europa wordt niet alleen aan onderzoek gedaan maar ook ontwikkeling en advisering en tenslotte verwachten we een doorbraak op het gebied van de informatievoorziening in de huisartsenzorg.

De continuïteit vindt men bij:

- onderzoek op het gebied van arts/patiënt-communicatie
- verder onderzoek naar functiedifferentiatie in de thuiszorg
- een grote bloei van onderzoeksprojecten bij de paramedische beroepen (zowel bij fysiotherapie als ook bij logopedie en ergotherapie)
- wetenschappelijk oogsten uit het enorme en rijke gegevensbestand van de Nationale Studie
- het verder uitwerken van het onderzoeksprogramma Thuiszorgtechnologie
- het uitbouwen van het themagebied verloskundige zorg

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject; 1993 is de 24e jaargang (moeten we vieren volgend jaar).

De traditie van het NIVEL om (internationale) congressen te organiseren wordt in 1993 en 1994 voortgezet.

Op 1 en 2 april 1993 is het tweede internationale congres over 'Community Nursing' (in het Casino in 's-Hertogenbosch); op 17 en 18 december wordt door het NIVEL in samenwerking met de Netherlands School of Public Health in Maastricht de vijfde Europese Health Services Research Meeting gehouden en in 1994 is het de beurt aan de fysiotherapie; op 2 en 3 juni is er een in samenwerking met de Stichting Wetenschap & Scholing Fysiotherapie (SWSF) geor-

ganiseerde internationale conferentie over onderzoek op het gebied van Kwaliteit van Fysiotherapie.

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN

Inleiding

In het onderstaande wordt een aantal onderzoekslijnen of deelprogramma's besproken waaromheen de onderzoeksprojecten uit het werkplan gecentreerd zijn. Een onderzoekslijn wordt meestal binnen één bepaald themagebied uitgevoerd, maar inbreng vanuit andere themagebieden is mogelijk. Aan het eind van de beschrijving volgen de projecten die binnen de onderzoekslijn vallen en die later in deel 2 uitgebreider beschreven worden.
Een aantal programma's is gewijd aan het thema '**thuiszorg en substitutie**'. Deze programma's benadrukken veelal de aspecten organisatie en samenhang. Binnen '**Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg**' wordt het Nederlandse gezondheidszorgsysteem als geheel tegenover buitenlandse voorbeelden geplaatst. De verhouding tussen verschillende sectoren van het gezondheidszorgsysteem binnen Nederland vormen het onderwerp van de onderzoekslijnen '**generalistische vs specialistische zorg**' en '**samenwerking en samenhang**'. De organisatie van de thuiszorg komt aan de orde in een drietal deelprogramma's rond verpleging: '**thuiszorg**', '**thuiszorgtechnologie**' en '**verpleeghuizen**'.
Een volgende serie programma's is gericht op procesmatige aspecten: hulpverlening zoals huisartsen en paramedici die bieden en de patiëntenoordelen over de kwaliteit van die zorg: De onderzoekslijnen betreffen **hulpverlener-patiënt communicatie**, **beroepsuitoefening door diverse paramedische beroepen**, en interventiestudies, zowel op het gebied van de **eerstelijns-GGZ** als op het gebied van de paramedische zorg. Daarnaast wordt in de onderzoekslijn naar **de oordelen van patiënten** de andere partner in het hulpverleningsproces in beschouwing genomen.
De laatste reeks deelprogramma's is gericht op epidemiologie en informatica. In dit kader worden een aantal informatiesystemen in stand gehouden die enerzijds betrekking hebben op het aanbod aan zorgaanbieders en anderzijds op morbiditeitsregistraties (deelprogramma: informatiesystemen 1 en 2). Op basis van beide type systemen wordt ook onderzoek verricht. Onderzoek naar de aanbod zijde vindt plaats binnen het programma '**informatiesystemen: zorgaanbieders**'. Morbiditeitsstudies binnen de huisartspraktijk leveren ruimschoots materiaal voor twee andere onderzoekslijnen die zonder elkaar niet

kunnen bestaan: **ervaren gezondheid en morbiditeit** enerzijds en het daaruit voortvloeiende **handelen van de huisarts** anderzijds.

Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

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 Westeuropese 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 Oosteuropese 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 Nederlandse stelsel met zijn mengvorm mag zich in een toenemende belangstelling verheugen.

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

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

1. Het bestaan van een duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur in de medische sector en een in toenemende mate geïntegreerd aanbod van verplegende en verzorgende voorzieningen.
2. Een tamelijk sterke scheiding tussen curatieve en preventieve gezondheidszorg; deze laatste hoort in vele landen tot 'primary health care'.
3. Een nog vigerend gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen en plannen om dit te vervangen door een gemengd systeem van abonnement en verrichting.

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

Het basismateriaal voor de vergelijking van gezondheidszorgsystemen wordt verzameld in het kader van het Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg. Voor de beantwoording van specifieke onderzoeksvragen is echter veelal aanvullende materiaalverzameling nodig. De belangrijkste materiaalverzameling die op dit moment in voorbereiding is, betreft het onderzoek naar praktijkprofielen van huisartsen. Nu subsidiëring door de EEG nagenoeg zeker is, kan de uitvoering ter hand genomen worden. In het onderzoek worden gegevens verzameld over de positie en het werk van huisartsen in nagenoeg alle Europese landen. Waar voor de meeste Westeuropese landen wel informatie bestaat, zij het dat die onvolledig en beperkt vergelijkbaar is, wordt nu voor het eerst ook op grote schaal informatie verzameld in Oost- en Midden-Europa.

Overzicht van de projecten

WHO INT 88.02 Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg (uitbouw documentatiecentrum met nadruk op verhouding huisarts/specialist)

WHO INT 90.01b Gezondheidszorg in 'pluralistische' stelsels van gezondheidszorg: culturele verschillen en systeem-verschillen (voortgezette analyse, rapportage)

WHO INT 91.01 Praktijkprofielen van eerstelijns-zorgverleners
(materiaalverzameling en eerste rapportage)

WHO INT 91.03 Supply-induced Demand; een voorbijgaande fase in een systeem van gezondheidszorg?
(verzameling van secundair statistisch materiaal)

WHO INT 92.01 WHO-Collaborating Centre for Primary Health Care, 2e fase
(uitvoeren (apart) programma)

WHO INT 92.02 Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
(uitvoering van het project na acceptatie van projectvoorstel)

NIEUW
WHO INT 93.01 Consumentenpanel Oost-Europa
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
(uitwerking voorstel, start uitvoering na acceptatie projectvoorstel)

NIEUW
WHO INT 93.03 Sociaal-politieke systemen en de spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen
(uitwerken en indienen projectvoorstel)

NIEUW
WHO INT 93.04 Honoreringssysteem en inkomens van huisartsen in West-Europa
(materiaalverzameling)

Specialistische en generalistische zorg

De geleidelijke invoering van het begrip thuiszorg in de beleidsdiscussie markeert de verschuiving van het voorzieningen georiënteerde echelon-denken naar een meer functie-gerichte benadering. Dat wil niet zeggen dat echelons verdwenen zijn; de specialistische en ziekenhuiszorg zijn in principe nog steeds alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts en aan het nut van een in

algemene termen gestelde functionele omschrijving van huisartsenzorg wordt getwijfeld (vergelijk bijvoorbeeld het advies van de Ziekenfondsraad, Advies huisartsenhulp; omschrijving en tariefstructuur). Hierdoor blijft onderzoek rond de relatie tussen huisarts en specialist/ziekenhuis nog steeds relevant.
Uit drie recent afgesloten onderzoeken (Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering, Combinatieproject inzichten huisartsenhonorering en Verwijscijfers belicht) komt naar voren dat beleidsmaatregelen, gericht op het bevorderen van substitutie, niet alleen de huisarts moeten beïnvloeden, maar ook de specialistische en ziekenhuiszorg. Minder verwijzingen van huisartsen naar specialisten betekent niet zonder meer dat het aantal verrichtingen van specialisten ook daalt. Het is daarom nog steeds de moeite waard om te experimenteren met een vorm van budget-toekenning aan de huisarts, vergelijkbaar met de 'fundholding' van de Britse huisarts. Eerdere pogingen om hiertoe aan te sluiten bij initiatieven vanuit het veld hebben evenwel nog niet tot een levensvatbaar experiment geleid (zie ook de onderzoekslijn Samenhang en samenwerking). Daarnaast wijzen de resultaten van de genoemde projecten op het belang van onderzoek naar het vervolgtraject na de verwijzing, zowel in termen van de activiteiten die na de verwijzing plaats vinden als in termen van de kosten die dat met zich mee brengt.

Een bijzondere plaats binnen deze onderzoekslijn wordt ingenomen door de verloskundige zorg.
Verloskundige zorg wordt door drie groepen hulpverleners verstrekt (huisartsen, verloskundigen en gynaecologen). De huisartsen en verloskundigen doen weliswaar de fysiologische verloskunde en de gynaecologen de pathologische verloskunde, maar daartussen vinden allerlei substitutieprocessen plaats. De nieuwe Verloskundige Indicatielijst is een poging om een verschuiving van ziekenhuis- naar thuisbevalling te sturen. Het 'Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden' biedt een mogelijkheid om de scheiding tussen de echelons te doorbreken. Ook de regelmatig terugkerende discussie rond het opheffen en het primaat van de verloskundige kan in dit kader gezien worden. In het verlengde daarvan zal de komende tijd vooral het onderzoek naar de kwaliteit van de verloskundige zorg en van het verloskundig selectiesysteem centraal staan.

Overzicht van de projecten

REL 91.01	Verwijzingen van huisartsen naar verschillende specialismen
REL 91.01a	Verwijzingen naar gynaecologie
REL 91.01b	Verwijzingen naar interne geneeskunde

REL 91.01c	Verwijzingen naar de driehoek orthopedie, reumatologie, fysiotherapie (analyse en rapportage)
REL 92.01	Budgettering van diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk (schrijven projectvoorstel)
NIEUW REL 93.01	Honorering van (huis)artsen als sturingsinstrument (analyses en rapportage)
NIEUW REL 93.02	Vervolgactiviteiten en vervolgkosten na de verwijzing (schrijven projectvoorstel)
VERL 90.01	Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden (uitwerking tweede fase, gegevensverzameling in verloskundige samenwerkingsverbanden en analyse)
VERL 91.02	Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2) (analyse en interimrapportage)
VERL 92.01	Het werk van de verloskundige (materiaalverzameling)
VERL 92.03	Opzetten en begeleiden van onderzoek door en met verloskundigen (in voorbereiding)
NIEUW VERL 93.01	Marktontwikkeling voor de Vroedvrouwenschool in Heerlen/Kerkrade (in afwachting van subsidiëring)

NIEUW
VERL 93.02 Vergelijking van de kosten van een bevalling in Nederland en het buitenland
(schrijven projectvoorstel)

Samenwerking en samenhang

Binnen het deelprogramma rond samenhang en samenwerking wordt zowel onderzoek naar monodisciplinaire samenwerking als naar vormen van multidisciplinaire samenwerking gedaan. Vragen die daarbij worden gesteld zijn of samenwerkingsvormen leiden tot kostenbesparing, kwaliteitsverhoging etcetera. Onderzoek naar monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen lijkt aan belang te winnen; onderzoek laat zien dat de grootste verschillen niet meer te vinden zijn tussen gezondheidscentra aan de ene kant en monodisciplinaire organisatievormen aan de andere kant, maar vooral tussen solistisch werkzame huisartsen enerzijds en 'meermenspraktijken' anderzijds, of dit nu gezondheidscentra zijn of duo- en groepspraktijken. Het lopend onderzoek naar gezondheidscentra en de evaluatie van het experiment gezondheidszorg Almere nemen evenwel nog steeds een belangrijke plaats in. Het thema kwaliteit neemt hierin een steeds belangrijker plaats in zowel in het onderzoek in Almere als bij het onderzoek naar gezondheidscentra.
Een belangrijke ontwikkeling die van invloed zal zijn op de toekomst van gezondheidscentra, is het voornemen om de bestaande subsidies voor gezondheidscentra af te bouwen. In het nieuwe overeenkomstenstelsel dat met de stelselwijziging tot stand zal komen, past de subsidiëring van gezondheidscentra door de overheid niet meer. Gezondheidscentra zullen zelf kostendekkende overeenkomsten moeten zien af te sluiten met zorgverzekeraars.
Nog afgezien van de vraag in hoeverre gezondheidscentra hierin zullen slagen, zal deze ontwikkeling mogelijk gevolgen hebben voor de positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk. Immers, het AMW is een verantwoordelijkheid van de gemeenten en wordt niet zoals de andere kerndisciplines ondergebracht in de AWBZ.

Overzicht van de projecten

SAM 91.02 De invloed van samenwerking op de zorg van specifieke patiëntcategorieën
(analyse en rapportage)

SAM 91.04	Kwaliteitskenmerken van zorg in gezondheidscentra (schrijven projectvoorstel)
NIEUW SAM 93.01	Monodisciplinaire samenwerking en het handelen van huisartsen (analyse en rapportage)
SAM 90.04	Evaluatie HMO-achtige experimenten (in voorbereiding)
SAM 92.02	Farmacotherapeutisch overleg: de evaluatie van een interventie (indiening subsidie-aanvraag en start project)
SAM 92.03	De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg (schrijven projectvoorstel)
SAM 92.02	Farmacotherapeutisch overleg: de evaluatie van een interventie (indiening subsidie-aanvraag en start project)
SAM 92.03	De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg (schrijven projectvoorstel)
SAM 90.05	Kwaliteit van huisartsenzorg in Almere (rapportage)
SAM 92.05	Eindevaluatie gezondheidszorg Almere (rapportage)

Thuiszorg

Op het gebied van verpleging en verzorging lijkt meer consensus te bestaan over de introductie van een functionele omschrijving. Immers, er is een voortschrijdend integratieproces van kruiswerk en gezinszorg en er is een toenemende functionele samenhang tussen extramurale en intramurale verpleging en verzorging. Dit betekent overigens niet dat een en ander zonder problemen is.

Met de introductie van een functionele omschrijving verpleging en verzorging ontstaat ook het organisatorische en inhoudelijke probleem van de wijze van indicatiestelling, die los gekoppeld moet kunnen worden van de uitvoering van de zorg.
Wat de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging betreft wordt onderzoek gedaan naar verticale functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Het in het Verpleegkundig Beroepsprofiel gemaakte onderscheid tussen verpleegkundigen van het eerste en tweede deskundigheidsniveau zal voor het extramurale veld nader worden uitgewerkt en tevens zal een taakafbakening met de gezinsverzorging plaatsvinden. Daarnaast zal het begrip 'complexiteit van de verpleegsituatie' dat volgens het Verpleegkundig Beroepsprofiel als onderscheidend kenmerk geldt om bij de indicatiestelling patiënten aan de het eerste of tweede deskundigheidsniveau toe te wijzen, voor de praktijk op een betrouwbare en valide wijze toepasbaar worden gemaakt. Tevens wordt een aantal experimenten met betrekking tot de integratie kruiswerk/gezinszorg geëvalueerd op drie punten: centrale indicatiestelling, coördinatie en de wijze waarop het geïntegreerd zorgaanbod gestalte krijgt.
In het rapport 'In hoger beroep' van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende wordt een aantal aanbevelingen gedaan om het werken in de verpleging en verzorging aantrekkelijker te maken en daarmee het hoofd te bieden aan de (dreigende) tekorten op de arbeidsmarkt in deze sector. Binnen dit thema wordt door ons onderzoek gedaan naar de mogelijkheden die horizontale functiedifferentiatie biedt om het werken in de extramurale verpleging en verzorging aantrekkelijker te maken en tevens kwalitatief goede zorg te verlenen. Ook is een start gemaakt met een onderzoek op het gebied van de arbeidsomstandigheden. In een drietal projecten staat het voorkomen van rugklachten centraal, terwijl een vierde project een brede inventarisatie is van de arbeidsomstandigheden voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. Met deze projecten wordt direct aangesloten bij het streven het werk van verplegenden en verzorgenden kwalitatief te verbeteren. Binnen dit thema valt ook het voornemen een evaluatie te starten naar het gebruik van hand-held PC's door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden.

Overzicht van de projecten

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

WIJK 91.01	Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg (uitvoeren van de eerste fase van het project en rapportage)
WIJK 92.01	Eenzaamheid van bewoners in het verzorgingshuis (schrijven van wetenschappelijke artikelen)
WIJK 92.04	Internationaal vergelijkend onderzoek naar taakprofielen, taakopvattingen en opleidingen van extramurale verpleegkundigen (in voorbereiding)
NIEUW WIJK 93.01	Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging (in uitvoering; afronding in 1993)
NIEUW WIJK 93.02	Evaluatie Zorgwijzer (in uitvoering; afronding in 1993)
NIEUW WIJK 93.03	Werken in de thuiszorg (in afwachting van subsidie)
NIEUW WIJK 93.04	Individuele zorgsubsidie voor ouderen in Rotterdam (in afwachting van subsidie)
VRA 91.05	Gespecialiseerde thuiszorg voor AIDS-patiënten (schrijven artikel)
NIEUW VRA 93.02	Experiment ondersteuning mantelzorg chronisch zieken (schrijven onderzoeksvoorstel)

Verpleeghuizen

Met de verruiming van de taken van verpleeg- en verzorgingshuizen, gekoppeld aan de geplande functionele omschrijving van het zorgaanbod na de stelselwijziging, vervagen de grenzen tussen intramurale en eerstelijnszorg. Hoe het zorgaanbod voor (zwaar) zorgbehoevende mensen (meest ouderen) er in de

toekomst uit komt te zien is nog onduidelijk. Voor een verantwoorde beleidsvoering op dit gebied is wetenschappelijk onderzoek nodig, temeer daar de kwaliteit van leven van zorgbehoevende mensen voor een groot deel bepaald wordt door de zorg die zij ontvangen omdat zij daarvan in grote mate afhankelijk zijn.
De uitbreiding van de taken en functies van verpleeg- en verzorgingshuizen naar 'zorg buiten de muren' maakt het belangrijk om te onderzoeken hoe de, in deze sector opgebouwde specifieke deskundigheden, in de extramurale hulpverlening benut kunnen worden. Onderzoek naar de concrete zorgverlening in verpleeghuizen vertoont tot nu toe op veel gebieden een achterstand.
Tegen deze achtergrond worden op dit moment voorstellen uitgewerkt op het gebied van de verpleeghuiszorg en de relaties tussen extramurale en intramurale verpleging en verzorging.

Overzicht van de projecten

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

Thuiszorgtechnologie
Verschuivingen van intramurale naar extramurale verpleging en verzorging zijn voor een deel afhankelijk van technologische ontwikkelingen. Door het Ministerie van WVC worden experimenten met technologische vernieuwingen in de thuiszorg gestimuleerd. Het NIVEL heeft daarbij een rol op het gebied van het evaluatie-onderzoek. Voorlopig is daarbij de prioriteit gelegd het bestuderen van de effecten van een technologische ondersteuning van het verpleegkundige handelen in de thuiszorg. Het gaat hierbij vooral om technologische ondersteuning die de kwaliteit van de arbeid kan verbeteren. Op dit terrein is reeds een project gestart waarin de effecten van de introductie van patiëntentilhulpmiddelen bestudeerd worden. De belangrijkste effecten mogen verwacht worden op het terrein van de kwaliteit van de arbeid van verplegenden en verzorgenden. Introductie van bijvoorbeeld tilliften in de intramurale sector heeft een grote reductie van het ziekteverzuim onder verplegenden en verzorgenden laten zien. De vraag die centraal staat is of en onder welke voorwaarden in de thuiszorg ook dergelijke verbeteringen haalbaar zijn. Inmiddels is een voorstel geformuleerd voor een tweede project op dit gebied. Dit is er met name op gericht na te gaan in hoeverre de ervaringen uit het eerste project naar een geheel andere situatie geëxtrapoleerd kunnen worden. Daarnaast wordt in deze projecten in 1993 een extra accent gelegd op onderzoek naar het oordeel van de patiënten over het feit dat bij hen thuis een tillift geplaatst wordt. Ook op het

terrein van de gezinszorg of de thuishulp worden initiatieven ontwikkeld. Door verschillende gezinszorgorganisaties zijn voorstellen gedaan om de kwaliteit van het werk van gezinsverzorgenden te verbeteren door een verbetering van de hulpmiddelen waarmee zij werken. Onderzocht wordt in hoeverre realisatie van deze en dergelijke voorstellen bijdragen aan de arbeidsomstandigheden en het streven naar verbetering van het beroepsbeeld van deze groep verzorgenden.
In de toekomst zal het onderzoek naar technologische vernieuwing uitgebreid worden in de richting van twee andere thema's, namelijk de technologische ondersteuning van de medisch-verpleegkundige zorg en technologische ondersteuning van patiënten/cliënten zelf in de sfeer van hulpmiddelen.

Overzicht van de projecten

TECH 92.01	Tillen in de thuiszorg I, Rotterdam (eindmeting en start rapportage)
NIEUW TECH 93.01	Introductie huishoudelijke hulpmiddelen (eindmeting en start rapportage)
NIEUW TECH 93.02	Tillen in de thuiszorg II, Twente (in afwachting van subsidie)
NIEUW TECH 93.03	Evaluatie introductie handheld PC's (in voorbereiding)
NIEUW TECH 93.04	Evaluatie nieuwe Ewing gehoortest (in voorbereiding)
NIEUW TECH 93.05	Wondverzorging met geluidsgolven. (in voorbereiding)

Hulpverlener-patiënt communicatie

De stand van zaken binnen deze onderzoekslijn is zodanig, dat het onderzoek enerzijds gericht is op uitdieping van de theorie, anderzijds praktische toepassingsvormen heeft in termen van evaluatieonderzoek.

Het eerste geschiedt door het oordeel van deskundigen, dat tot nu toe in onderzoek werd gehanteerd de vergelijken met patiëntenoordelen. Als zodanig is dit onderzoek evenzeer van belang voor de onderzoekslijn 'oordeel van de patiënt'. Andere voorbeelden van theoretische uitdieping zijn een replicatiestudie onder buikpijnpatiënten van het onderzoek naar kwaliteit van de arts-patiëntcommunicatie en onderzoek waarin arts-patiëntcommunicatie in Nederland met die in de Verenigde Staten wordt vergeleken. Ook PSH 92.01, praten met kinderen; een historische analyse kan in eerste instantie als theorievormend worden gekarakteriseerd.

Van meer toegepast karakter zijn de evaluatie van vrouwenhulpverlening, met een sterke nadruk op de communicatiestijl en onderzoek naar de invloed van de communicatiestijl op het beloop van psychische problemen. Plannen bestaan om in het kader van onderzoek rond de opvang van type-II diabeten de communicatie internist - patiënt te bestuderen.

Een aparte subgroep binnen de hulpverlener-patiënt communicatie vormen de onderzoeker waarin de patiëntenvoorlichting en instructie een centrale rol spelen. De oorsprong hiervan lag in het aanwezige videotheek materiaal, met behulp waarvan patiëntenvoorlichting door huisartsen geobserveerd werd. Dit is vervolgens toepasbaar gemaakt op het werk van fysiotherapeuten en in dat kader gekoppeld aan het begrip therapietrouw. Het huidige onderzoek betreft therapietrouw in de fysiotherapie, patiëntenvoorlichting door diëtisten en voorlichting door diabetesverpleegkundigen aan patiënten. Ook binnen deze onderzoekslijn geldt dat zowel het professionele als het patiëntenperspectief aandacht krijgt; sterker nog dan in het eerste deel van het programma spelen hier naast bejegeningsaspecten ook de instrumentele aspecten een belangrijke rol.

Overzicht van de projecten

PSH 91.08	De huisartsenzorg in 'Aletta', een vergelijkend onderzoek (in afwachting van subsidie)
PSH 92.01	Praten met kinderen; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen (in uitvoering)

PSH 92.02	Arts-patiënt communicatie in Nederland en Amerika: een cross-culturele studie. (in voorbereiding)
PSH 92.03	Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult II. Een replicatie-studie onder patiënten met buikpijn (kwaliteitstoetsing door panel huisartsen)
NIEUW PSH 93.01	Kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt (in afwachting van subsidie)
NIEUW PSH 93.02	Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici (Schrijven onderzoeksvoorstel)
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie (in voorbereiding)
PMED 91.02	Patiëntenvoorlichting door diëtisten (in uitvoering)

Interventiestudies binnen eerstelijns-GGZ

Gegeven de kennis opgedaan in de vorige programma's over eventuele tekorten in het handelen van hulpverleners, met name huisartsen, ten aanzien van psychosociale problematiek, zijn een aantal evaluatiestudies gepland, waarin getracht wordt de competentie van de huisarts in deze te verbeteren. Het betreft evaluatie van psychiatrische consultatie en verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek.

Overzicht van de projecten

GGZ 89.02	Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek (schrijven onderzoeksvoorstel)
GGZ 90.02	Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model (haalbaarheidsstudie) (in uitvoering)

Functie en plaats van paramedische beroepen
Hier gaat het om beschrijvend onderzoek naar de aard van aandoeningen, de toegepaste behandelingsmethoden en de relatie tussen paramedici en verwijzers. Bij dit onderzoek wordt veel aandacht besteed aan het beschrijven van de paramedische diagnose. De paramedische diagnose verschilt op essentiële wijze van de medische diagnose. In de paramedische diagnose worden afwijkingen van de functionele gezondheid benoemd. Dit is essentieel anders dan het benoemen van organische pathologie, zoals in de medische diagnose gebeurt. Voor de ordening en indeling van de paramedische diagnose kan gebruik gemaakt worden van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Door de SWSF is een bewerking van de ICIDH gemaakt die geschikt is voor de fysiotherapie, ergotherapie, oefentherapie en podotherapie. Bij het NIVEL-onderzoek naar de functie en plaats van paramedische beroepen worden meetinstrumenten (registratieformulieren) gebruikt die zeer nauw aansluiten bij deze bewerking van de ICIDH.
Een ander belangrijk element in het onderzoek naar 'functie en plaats' is het onderzoek naar de relatie tussen paramedici en verwijzers. Nagegaan wordt met welke verwijzers regelmatig contact onderhouden wordt en hoe de communicatie tussen verwijzers en paramedici verloopt.
Momenteel wordt onderzoek uitgevoerd op het terrein van de fysiotherapie, oefentherapie -Cesar en -Mensendieck, logopedie, ergotherapie en podotherapie Wellicht dat de diëtisten zullen volgen.

Overzicht van de projecten

PMED 90.01	Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie (in uitvoering)
PMED 88.03	Functie en plaats van logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg (opzet en dataverzameling)
NIEUW PMED 93.02	Internationaal congres Fysiotherapie (in voorbereiding)
NIEUW PMED 93.05	De diëtiek in de Nederlandse gezondheidszorg (schrijven subsidievoorstel)

Effect- en interventieonderzoek bij paramedische zorg.
Deze onderzoekslijn betreft de vraag hoe de zorg zodanig georganiseerd en ingericht kan worden dat een optimale kwaliteit verkregen wordt. Het gaat hierbij enerzijds om onderzoek naar het effect van paramedische interventies op de (functionele) gezondheid van patiënten.
Anderzijds gaat het om structurele aspecten van de zorg. Zo wordt ondermeer onderzoek gedaan naar het effect van consultatie door fysiotherapeuten op de kwaliteit van de zorg van huisartsen voor patiënten met aandoeningen van het bewegingsapparaat maar ook naar het effect naar verschillende voorlichtings-protocollen die diëtisten gebruiken.

Overzicht van de projecten

PMED 87.01	Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie (analyse en rapportage)
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 (dataverzameling, analyse en rapportage)
PMED 89.04	Structurele aspecten van stotterbehandelingen (voorbereiden subsidie-aanvraag)
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie (in voorbereiding)
PMED 91.02	Patiëntenvoorlichting door diëtisten (in uitvoering)
PMED 92.03	Ergotherapie in de thuiszorg (schrijven subsidievoorstel)
PMED 92.04	Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie: het ontwikkelen en testen van een protocol (ontwikkelen van het protocol en start van dataverzameling)

NIEUW
PMED 93.01 Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, fase II (BEEF II)
(schrijven projectvoorstel)

NIEUW
PMED 93.03 De rol van verplegende en paramedische beroepen bij de zorg voor chronisch zieken: een verkenning
(verzamelen en rapporteren van gegevens)

NIEUW
PMED 93.04 Podotherapie bij de diabetische voet
(voorbereiding subsidie-aanvraag)

Oordelen van patiënten

Dit betreft een terrein waarop nieuwe ontwikkelingen gewenst zijn, zo leert ons de afgelopen jaar uitgevoerde literatuurstudie naar meetinstrumenten op het gebied van patiëntensatisfactie. Vandaar dat het meeste onderzoek binnen dit programma zich bevindt in het stadium van instrumentontwikkeling en beschrijving. Instrumentontwikkeling is gepland in het kader van het bij de commissie KWAZO ingediende project 'kwaliteit van thuiszorg vanuit patiëntenperspectief'. Beschrijvende gegevens omtrent meningen en behoeften van de patiënt zullen geleverd worden door het Consumentenpanel, de onderzoekingen 'de waardering van de patiënten voor hun huisarts' en 'verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten verschillend oordelen').
In evaluatieve zin wordt het oordeel van de patiënt ook gebruikt, soms als enige maat (evaluatie wijziging kraamzorg en onderzoek naar kwaliteit van diëtistische zorg: oordeel van consumenten in de eerstelijn), soms in samenhang met oordelen van deskundigen (het onder hulpverlener-patiënt reeds gememoreerde onderzoek naar kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt; voorlichting door diabetes verpleegkundigen en de evaluatie daarvan door de patiënt).

Overzicht van de projecten

NIEUW
VRA 93.01 Kwaliteit van thuiszorg vanuit het patiëntenperspectief: meetinstrumentontwikkeling
(in afwachting van subsidie)

VRA 86.01	Consumentenpanel (dataverzameling en rapportage)
VRA 88.01	Vragen over AIDS (materiaalverzameling en tussentijdse rapportage)
VRA 92.02	De waardering van de patiënten voor hun huisarts (rapportage)
NIEUW VRA 93.03	Verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen (in voorbereiding)
NIEUW VRA 93.04	Het effectiviteitscriterium bij het maken van keuzen in de zorg (literatuur onderzoek, schrijven artikel)
VRA 91.02	Evaluatie wijziging verstrekking kraamzorg (voorbereiden subsidie-aanvraag)
VRA 92.01	Kwaliteit van diëtistische zorg: oordeel van consumenten in de eerste lijn (rapportage)
NIEUW PSH 93.01	Kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt (in afwachting van subsidie)
NIEUW PSH 93.02b	Voorlichting aan de patiënt door de diabetes verpleegkundige en diens evaluatie daarvan (in voorbereiding)

Alternatieve geneeswijzen

VRA 89.03	Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers (materiaalverzameling, analyse)

VRA 92.04 Substitutie-effecten alternatieve geneeswijzen (in voorbereiding)

Ervaren gezondheid en morbiditeit

Het onderzoek binnen dit deelprogramma richt zich op de ongelijke verdeling van gezondheid en gezondheidsproblemen en van de toegang tot de zorg. Gezondheidsenquêtes, zoals de enquête die uitgevoerd is binnen de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk zijn een belangrijke bron van informatie over de ervaren gezondheid en zelf gerapporteerde morbiditeit in de bevolking, los van contacten met hulpverleners. Er worden projecten uitgevoerd omtrent zelfzorg en mantelzorg, sociale netwerken en leefstijl en gezondheidsattent gedrag. Het epidemiologisch onderzoek in de huisartspraktijk gaat een stap verder en kijkt naar de morbiditeit zoals die aangeboden wordt in de huisartspraktijk. De aandacht gaat hierbij onder meer uit 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.

In dit kader past ook het onderzoek naar de epidemiologie en beloop van psychische stoornissen in de eerstelijn. Dit is een traditionele onderzoekslijn binnen het themagebied Hulpverleningsprocessen.

Het startpunt naar het onderzoek naar generalistische hulpverlening op het gebied van de GGZ is gelegen in de epidemiologie van psychische problemen. Binnen dit onderzoeksprogramma wordt onderzocht in welke mate psychische problemen in de bevolking tot de huisarts doordringen en in welke mate deze weer doorverwezen worden. In het nieuwe voorstel GGZ 93.01 wordt dergelijk epidemiologisch onderzoek in het perspectief van gezondheidszorgvoorzieningen geplaatst door de verwijsstroom tussen huisarts en AGGZ, en de structurele belemmeringen daarbij tot onderwerp van onderzoek te maken. Zowel PSH 91.02 als GGZ 93.01 moeten ten slotte in interventiestudies uitmonden.

In PSH 91.03 wordt een link met het volgende programma - communicatie tussen hulpverlener en patiënt - gelegd: hierin wordt onderzocht in hoeverre de werkstijl van de huisarts van invloed is op het beloop van psychische klachten.

Overzicht van de projecten

NAT 87.02 Huisarts en chronische aandoeningen (rapportage)

NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES) (analyse en rapportage)
NAT 89.03	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 (uitwerking onderzoeksopzet en analyses)
NAT 90.01	Sociale netwerken en gezondheid (analyses en tussentijdse rapportages)
NAT 90.02	Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg (analyse en rapportage)
NAT 91.01	Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen. Een onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken. (analyse en tussentijdse rapportage)
NAT 92.01	Gezondheid en medische consumptie van allochtonen (indienen subsidie-aanvraag en start project)
NAT 92.03	Gezonde levensverwachting (analyses en rapportage)
NAT 92.04	Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk. (analyse en rapportage)
NIEUW NAT 93.01	Arbeid en gezondheid (analyse en rapportage)
NIEUW NAT 93.02	Ziekte van Parkinson: comorbiditeit en therapeutisch beleid (indienen subsidie-aanvraag en start project)

NIEUW NAT 93.03	Epidemiologie van en het handelen van patiënt en huisarts bij CARA (indienen subsidie aanvraag en start project)
NIEUW NAT 93.04	Volksgezondheidstoekomstverkenningen: comorbiditeit (analyses en rapportage)
NIEUW NAT 93.05	Volksgezondheidstoekomstverkenningen: prevalentie van chronische aandoeningen; een studie naar concurrerende validiteit (analyses en rapportage)
NIEUW NAT 93.06	Media en medici (rapportage)
NIEUW NAT 93.07	Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen. (analyses en rapportage)

Op het gebied van de psychische stoornissen:

PSH 91.01	Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling (analyse en rapportage)
PSH 91.02	Psychogeriatrische problematiek in de huisartspraktijk (rapportage)
PSH 91.03	Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen (start 1 juli 1993)
PSH 91.05	Het psychisch karakter van lichamelijke klachten (rapportage)

NIEUW
GGZ 93.01 Samenwerking eerstelijn - GGZ
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Het handelen van de huisarts
Onderzoek naar het handelen van de huisarts en kwaliteit van zorg poogt de variaties in het handelen van huisartsen in beeld te brengen en te verklaren. Dit gebeurt in toenemende mate op geleide van de standaarden die door het NHG ontwikkeld zijn en nog worden. De resultaten van dit onderzoek worden ook toegepast in de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere. Een specifiek onderwerp dat de afgelopen periode veel aandacht heeft gehad en dat ook in de toekomst aandacht zal krijgen, betreft het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk. Het onderzoek binnen dit deelprogramma is van belang voor de beleidsdiscussie rond doelmatigheid en gepast gebruik van zorg. In het Nederlandse systeem van gezondheidszorg speelt de huisarts hierin een centrale rol door de getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg.
Het onderscheid tussen de beide deelprogramma's is eerder een kwestie van accentverschillen dan van wederzijds uitsluitende categorieën. In concrete onderzoeken wordt vaak aandacht aan beide aspecten besteedt.

Overzicht van de projecten

NAT 90.05 Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg
(start analyses)

NAT 92.06 Prescriptie bij chronische aandoeningen
(schrijven projectvoorstel)

NIEUW
NAT 93.08 Preventie in de huisartspraktijk
(indienen subsidie-aanvraag en start project)

NIEUW
NAT 93.09 Standaarden en de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk II
(indienen subsidievoorstel en start project)

NIEUW NAT 93.10	Kwaliteit van voorschrijven in de huisartspraktijk. (bij subsidietoekenning start van het onderzoek)
NIEUW NAT 93.11	Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
NIEUW VRA 93.05	Patiënt en placebo's (analyses)

Informatiesystemen: 1) Morbiditeit en interventies

De hoofdmoot van het onderzoek binnen dit cluster vindt plaats op basis van grote dataverzamelingen en doorlopende registraties. De belangrijkste daarvan is de database van gegevens die verzameld zijn in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Tegelijkertijd wordt in samenwerking met NHG en WOK gewerkt aan de opzet van een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. De bedoeling daarvan is de leemte die bestaat in informatie over de huisartspraktijk, structureel op te lossen door een continu informatie netwerk. Met de gegevens die in het kader van de Nationale Studie verzameld zijn, als baseline meting kan het informatie netwerk gebruikt worden om de gevolgen van de stelselwijziging in beeld te brengen.

Verder wordt gebruik gemaakt van de al meer dan twintig jaar bestaande Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations. De registratie in het kader van de CMR Peilstations zal ook in 1993 voortgezet worden. In dit jaar zal verder gewerkt worden aan de nieuwe plaatsbepaling en financiering voor de peilstations. Het merendeel van de onderwerpen dat in 1993 geregistreerd zal worden staat al enkele jaren op de weekstaat. In 1993 zullen daarnaast enkele onderwerpen van de weekstaat van 1992 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 het Early Warning System Influenza (PEIL 92.02). Het International Primary Care Network strekt zich uit over meerdere continenten,terwijl het Early Warning System een vervolg is op de activiteiten binnen EURO-sentinel.

Ook het onderzoek op het gebied van samenhang en samenwerking maakt gebruik van enkele registraties, met name de registratie van gezondheidscentra en hometeams en de registratie van innovatieve projecten.

Overzicht van de projecten

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (continue registratie)
WHO PEIL 87.01	Deelname aan het International Primary Care Network (voorbereiding low backpain study)
PEIL 88.01	Herziening structuur en functioneren Peilstations (opstellen nieuw plan in overleg met RIVM)
NAT 90.03	Een landelijk informatie netwerk huisartsenzorg (verdere uitwerking van de opzet en aanvang van de registratie in een beperkt aantal praktijken)
SAM 85.01	Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden (gegevensverzameling en rapportage)
SAM 90.01	Registratie Innovatieve Projecten (registratie en rapportage)

Informatiesystemen: 2) Zorgaanbieders

Het NIVEL houdt registratiesystemen van beroepsbeoefenaren bij. Naast de al bestaande systemen van gevestigde en aspirant huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten zijn er initiatieven ontwikkeld om te komen tot een registratie van ergotherapeuten, gynaecologen/obstetrici en instellingen in de gezondheidszorg. Over een grotere breedte wordt tevens gedacht aan de jaarlijkse publikatie van een jaarboek thuiszorg, waarin naast gegevens over genoemde groepen ook - elders te verkrijgen - cijfers over verplegende en verzorgende disciplines, de overige paramedische beroepen, tandartsen en apothekers gegeven worden.

Een belangrijk onderzoeksthema op grond van deze registraties wordt gevormd door de behoefteramingen op diverse terreinen. In het afgelopen jaar zijn ramingen van huisartsen en gynaecologen succesvol gemaakt. Momenteel wordt een model ontwikkeld dat algemeen toepasbaar zou moeten zijn op verschillende beroepsgroepen. Een eerste toepassing hiervan zou een behoefteraming naar het benodigde aantal ergotherapeuten zijn.

Andere plannen op grond van de bestaande registraties zijn onderzoek naar uittreding en intreding binnen de groep verloskundigen, een deelproject in het

kader van 'het werk van verloskundigen' (zie onder specialistische zorg en generalistische zorg), wensen van pas afgestudeerde huisartsen en verloskundigen met betrekking tot praktijkvoering resp. vestigingswijze en deeltijd onder huisartsen.

Overzicht van de projecten

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen
REG 84.03	Verloskundigenregistratie
REG 85.01	Registratie van in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten
REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
NIEUW REG 93.01	Registratie instellingen in de gezondheidszorg
NIEUW REG 93.02	Registratie van ergotherapeuten
NIEUW REG 93.03	Registratie van gynaecologen/obstetrici
NIEUW BKP 93.01	Wensen van pas afgestudeerde huisartsen met betrekking tot de praktijkvoering (verzamelen en bewerken van gegevens)
NIEUW BKP 93.02	Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep verloskundigen (schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW BKP 93.03	Thuiszorg in Cijfers (bewerken van gegevens en rapportage)

NIEUW BKP 93.04	Onderzoek herintredende huisartsen (in uitvoering)
NIEUW BKP 93.05	Zorgverlenerspanel (in voorbereiding)
NIEUW BKP 93.06	Ontwikkeling van een model voor het opstellen van behoefte-ramingen voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (uitwerken model en rapportage)
NIEUW BKP 93.07	Behoefteraming ergotherapeuten (verzamelen gegevens en rapportage)
NIEUW BKP 93.08	Onderzoek naar deeltijd onder huisartsen (in voorbereiding)

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE (coördinator mw. drs. A.K. de Leeuw)

Inleiding

De afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL zal, na enkele jaren van intensieve automatisering, zich meer en meer gaan richten op de collectievorming, de inhoudelijke kwaliteit van de collectie en op de samenwerking met de overige drie sector instituten. De opzet en het beheer van een collectie 'Kwaliteit van Zorg' in samenwerking met het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv) is in dit verband waard gememoreerd te worden.
De kennis die is opgedaan met de automatisering van de bibliotheek zal de komende jaren ingezet worden voor o.a. de opzet van een database voor de opslag van gegevens gezondheidszorg(systemen) OECD-landen en Oost-Europa.
Een ander terrein waarop de schijnwerpers gericht zullen zijn is de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (RWO). Op basis van de verzamelde gegevens wordt vanaf 1993 jaarlijks een trendstudie verricht, die verwerkt zal worden in de inleiding van het jaarlijkse overzicht van lopend onderzoek. Ook op dit terrein is er een tendens te onderkennen naar meer samenwerking, zowel op nationaal als internationaal niveau.
Een belangrijk item blijft ook in 1993 de thesaurus. In 1992 is een eerste versie verschenen van een gezamenlijke alfabetische Thesaurus Gezondheidszorg van de vier sector instituten. Bepaalde aspecten als Preventieve Gezondheidszorg zijn echter nog niet verwerkt in deze versie.
De serie NIVEL-bibliografieën wordt gecontinueerd, hetgeen betekend dat er in 1993 weer zes bibliografieën zullen verschijnen.
Last but not least is het belangrijk om ook de taken te noemen die inherent zijn aan een bibliotheek als die van het NIVEL: het uitgeven van de aanwinstenlijsten, de informatievoorziening, de uitlening en het vervaardigen van literatuurlijsten.

Collectievorming

Met behulp van een in 1992 vervaardigde basisthesaurus eerstelijnsgezondheidszorg wordt aan de literatuur een uniek trefwoord toegekend. Op deze wijze wordt het mogelijk om een beter inzicht te krijgen in de collectie en kunnen leemtes worden opgespoord. De werkwijze wordt ook aangewend voor

de onderlinge afstemming van collecties van de bibliotheken van de vier sector-instituten. De samenwerking en afstemming is met name van belang voor het waarborgen van een zekere continuïteit binnen de collectie gezondheidszorg als geheel.

Overzicht van de projecten

BIDOC 93.01	Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg (in voorbereiding)
BIDOC 86.01	Automatisering Bibliotheek en Documentatie (toepassingen RWO, RIP, DOCSY en Thesaurus; conversiemogelijkheden WordPerfect en DataPerfect en ADLIB; samenwerking vier sector instituten)
BIDOC 88.01	Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (continue activiteit)
BIDOC 92.01	Twintig jaar onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg (analyse en rapportage)
BIDOC 89.01	Thesaurus 'Gezondheidszorg' en 'Eerstelijnszorg' (continue activiteit: aanpassing en onderhoud)

Traditiegetrouw zal ook in 1993 het vervaardigen van bibliografieën en literatuurlijsten onderdeel zijn van de documentaire activiteiten. De onderwerpen voor de bibliografieën zijn:

1. Recertification of professionals in Primary Health Care
2. Health-Care-Systems in Eastern Europe
3. Community Nursing
4. Ergotherapie: positie en beroepsuitoefening van de ergotherapeut in internationaal perspectief
5. Urban and Rural Differences in Morbidity
6. Keuzen in de zorg: de (problematische) verhouding tussen de zorgcriteria effectiviteit, werkzaamheid en 'helpzaamheid'

4. OVERIGE ACTIVITEITEN

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

De internationale conferenties van het NIVEL zijn zo langzamerhand een vast terugkerende activiteit geworden, evenals de Europese conferentie over gezondheidszorgonderzoek. Dit jaar is deze conferentie aan zijn vijfde editie toe, het eerste lustrum, en wordt daarom weer in Nederland (Maastricht) gehouden. Het NIVEL is de organisator samen met de Netherlands School of Public Health.

Overzicht van de activiteiten

ALG 90.03	Uitwerking van een protocol voor kwaliteitstoetsing van onderzoek (deelname experimentele visitatie)
ALG 91.03	Second International Conference on Community Nursing (organisatie van conferentie)
ALG 91.05	Symposium 'generalistische zorg' (in voorbereiding)
ALG 92.02	Inventarisatie kwaliteitssystemen in de zorgsector (analyse, rapportage tweede fase)
ALG 92.06	Internationale conferentie over praktijkprofielen van Europese huisartsen (organisatie van conferentie)
NIEUW ALG 93.01	Fifth European Conference on Health Services Research (organisatie conferentie)

NIEUW ALG 93.02	Symposium Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen (organisatie van symposium)
NIEUW ALG 93.03	Doctor-Patient Communication and the Quality of Care (organisatie van symposium)
NIEUW ALG 93.04	Classificatie en analyse gezondheidszorgonderzoek in Nederland (analyse van gegevens en rapportage)

5. SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR EN DIRECTIE

Leden

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

	Voorgedragen door:
Dhr. B.R. Schudel, huisarts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dhr. A.W. Kessener, arts	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
Prof. dr. L.J. Menges	Staf NIVEL
Vacature	Gehandicaptenraad
Mr. S.I.M. Bless	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
Dhr. W. Schoemans	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Mr. R.C.J. Kalfsbeek	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg

Adviseurs

J. Bultman, arts	Ziekenfondsraad
Mw. mr. P. Fontein	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Drs. F. Gardenbroek	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Dhr. 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
Dhr. Th. Koekenbier	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

Directie

Prof.Dr. J. van der Zee	Directeur
Mw. Dr. J.M. Bensing	Directeur