WERKPLAN 1994 - 1995

deel 1

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

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

1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 22
2. Samenhang en samenwerking met name binnen de eerstelijn 25
3. Relatie eerste en tweedelijnsgezondheidszorg 27
4. Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 29
5. Manpower-studies; beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg 31
6. Huisartsgeneeskundige zorg; werk en randvoorwaarden 33
7. Verloskundige zorg 38
8. Paramedische zorg 40
9. Verpleging en verzorging in engere zin 44
10. Verpleeghuis- en aanverwante zorg 46
11. Thuiszorgtechnologie 46
12. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt 48
13. Het perspectief van de hulpvrager 50
14. Kwaliteit van zorg 52
15. Gepast gebruik 55

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 58

4. OVERIGE ACTIVITEITEN 60

5. ALGEMENE INFORMATIE 61

VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1994/1995 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

Advies RGO over missie-uitbreiding

Met het verschijnen van de "Brede Analyse van het Gezondheidszorgonderzoek" uitgebracht door de Raad voor het Gezondheidszorgonderzoek (RGO) waarin het NIVEL als "het" instituut voor de somatische gezondheidszorg wordt aangewezen met als pendant het NcGv voor de geestelijke gezondheidszorg, is de geleidelijke en voorzichtige ontwikkeling van het NIVEL in de richting van een algemeen instituut voor gezondheidszorgonderzoek in een stroomversnelling gekomen.

In de Nederlandse verhoudingen gaat een dergelijk advies, ook al heeft er nog geen besluitvorming over plaats gevonden, een eigen leven leiden. Het is typisch Nederlands om wellicht over een dergelijk onderwerp nooit besluiten te nemen, maar op basis van adviezen al anticiperend tot verandering te komen. Voor het NIVEL geldt enerzijds dat de adviezen van de RGO aansluiten bij reeds langer in gang gezette tendenties. Anderzijds is uitbreiding niet vanzelfsprekend.

Zonder gelijktijdige uitbreiding van middelen zal het moeilijk zijn om een uitbreiding van de missie te realiseren. De band met de eerstelijn zal, analoog aan de overgang van huisartsen-instituut naar eerstelijns-instituut, eerder sterker dan losser moeten worden. Voor het Nivel blijft gezondheidszorg een 'primary care based system'.

Uitbreiding van de missie vormt een uitdaging voor het instituut. Mits gerealiseerd langs de weg der geleidelijkheid en mits de basis blijft berusten bij de eerstelijns-gezondheidszorg en mits uitbreiding van missie en middelen gelijk op gaan, is het RGO-rapport als een steun in de rug te beschouwen.

In het werkprogramma 1994/1995 is al het nodige terug te vinden van een nieuwe oriëntatie. In de programma's voor de volgende jaren zal, als tenminste aan de randvoorwaarden wordt voldaan, deze lijn worden voortgezet.

Zo wordt verder voortgebouwd op een door het NIVEL in 1993 vervaardigd advies over prioriteiten in het onderzoek in de verpleeghuiszorg. In dit advies werd geconstateerd dat onderzoek naar de inhoud van de zorg in verpleeghuis- en aanverwante zorg de hoogste prioriteit zou verdienen. Continue multidisciplinaire langdurige zorg zou cruciaal voor de verpleeghuiszorg zijn; empirisch onderzoek hierover is echter schaars.

Tekort aan beroepsbeoefenaren?
Uitbreiding van het werkterrein van eerstelijn naar andere delen van de gezondheidszorg vindt men ook bij de manpower/beroepskrachtenstudies. Voor medische, paramedische en verpleegkundige beroepen worden prognoses gemaakt over de toekomstige behoefte aan beroepsbeoefenaren en in sommige gevallen worden registratiesystemen van beroepsbeoefenaren opgezet. Er ligt hier echter wel een probleem: onduidelijk is op dit moment wie in de gezondheidszorg verantwoordelijk is voor goede cijfers over aantallen beroepsbeoefenaren. Tot voor kort voelde de Rijksoverheid zich hiervoor verantwoordelijk en had de Geneeskundige Hoofdinspectie een belangrijke taak bij in het bijhouden van de verschillende registers. Op dit moment is de verantwoordelijkheid echter in handen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelegd, maar zijn er geen concrete stappen ondernomen om ook de financiering van dergelijke informatiesystemen te regelen. Paradoxaal genoeg ontbreekt het in Nederland niet aan adviesorganen en stafmedewerkers die planningen kunnen maken, maar ontbreekt het aan goede en valide gegevens. Bovendien dreigen de weinige gegevens die er nog zijn in de huidige onduidelijke situatie te verdwijnen. Wil men zich niet overvallen voelen door plotselinge tekorten en overschotten, dan dient de gegevensverzameling afdoende te zijn geregeld. Door de lange duur van de meeste opleidingen kunnen tekorten niet snel worden aangevuld.
Vooral het snel toegenomen aandeel van vrouwelijke studenten in de geneeskunde maakt dat bijna alle planningen drastisch moeten worden bijgesteld. Het is zelfs de vraag of de huidige "numerus fixus" voldoende is om in de nabije toekomst aan de vraag naar medische beroepsbeoefenaren te voldoen.

Informatiesysteem huisartspraktijk
Een tweede terrein waar de verzameling van gegevens dreigt te stagneren, betreft de informatieverzameling uit de huisartspraktijk. Als vervolg op de in 1987/88 gehouden Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is verder gewerkt aan een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) dat ziektegebonden gegevens over de huisartspraktijk zou moeten produceren, te realiseren in een aantal geautomatiseerde praktijken. De huidige onduidelijke situatie in de gezondheidszorg maakt partijen echter gevoelig voor de mate van zeggenschap over deze informatiesystemen.
De terugtrekkende overheid laat een duidelijk vacuüm achter terwijl een nieuw machtsevenwicht nog niet is ontstaan. In een dergelijke situatie wordt veel informatie als strategisch en dus gevoelig betiteld. Voor een goed inzicht in het functioneren van de huisarts in de gezondheidszorg, ook om recht te

kunnen doen aan de centrale positie van de huisarts, is een huisartsen-informatiesysteem op nationale schaal van groot belang.
De open opstelling van huisartsen ten opzichte van informatie is positief geweest voor de beroepsgroep en voor de huisartsgeneeskunde. De huisarts is een van de weinige onomstreden partijen in de gezondheidszorg. Het is ook geen wonder dat men van heinde en ver uit alle voormalige volksdemocratiën in Oost-Europa komt om de Nederlandse huisarts (en tot op zekere hoogte ook de Deense en Engelse, mits laatstgenoemde de National Health Service thuis laat) te bestuderen. Veel gegevens zijn voorhanden op dit moment; het zou een grote stap terug zijn als de deur dicht zou gaan.

Kwaliteit van zorg

Aan het thema "Kwaliteit van zorg" wordt in het werkprogramma veel aandacht besteed. De mate waarin kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg worden gehanteerd is de afgelopen jaren uitgebreid in kaart gebracht. Het is bemoedigend te zien hoe snel het denken in termen van kwaliteitskringen en kwaliteitscycli ingang heeft gevonden in de gezondheidszorg; het tempo van veranderingen is echter traag.
Een belangrijke component in het kwaliteits-denken vormt het oordeel van de gebruikers over de kwaliteit van de zorg.
Het gaat hier om de invloed van de patiënt/consument op het beleid en op het gedrag van aanbieders van de zorg. In het werkprogramma vindt men dat terug bij de onderzoeken met behulp van het "Consumentenpanel"; bij het voorstel om een consumentenpanel van chronisch zieken op te zetten en bij de onderzoekingen die in het kader van het NWO-programma Kwaliteit van Zorg worden uitgevoerd. In het werkprogramma wordt kwaliteit van zorg vooral op 'procesniveau' onderzocht, bijvoorbeeld in onderzoek naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt of cliënt. Daarnaast vindt onderzoek plaats waarin kwaliteit van zorg via de 'uitkomst' van interventies wordt bestudeerd; onderzoek naar het effect van oefentherapie bij artrose is hiervan een goed voorbeeld.

Gepast gebruik

Hoewel een onderwerp als 'kwaliteit van zorg' nog maar nauwelijks in de onderzoeksprogramma's is ingepast, is het 'beleid' al weer menige stap verder. 'Gepast gebruik' is nu aan de orde. Met deze term wordt vooral 'gepaste hulp, behandeling of zorg' bedoeld.
Het gaat hier om vraagstukken als: krijgen mensen niet te weinig maar vooral niet te veel hulp of hulp op een te hoog gespecialiseerd niveau of krijgt men

professionele hulp voor problemen die men zelf of met behulp van de naaste omgeving kan oplossen. Binnen het werkprogramma is alle substitutie-onderzoek, zoals onderzoek naar verwijzingen tussen huisarts en specialist of onderzoek naar de relatie Algemeen Maatschappelijk Werk en RIAGG's of onderzoek naar de taakverdeling tussen verloskundige,huisarts en gynaecoloog, onder de term 'gepast gebruik' te vatten. Onderzoek naar interventies van verschillend professioneel niveau of van verschillende mate van technologische complexiteit, vormen bij uitstek de projecten die binnen deze nieuwe term passen.

Onderzoeksscholen

Bij de algemene activiteiten kan worden vermeld dat het NIVEL, de Rijksuniversiteit Limburg en de Vrije Universiteit in Amsterdam werken aan de opzet van een Onderzoeksschool Extramurale Gezondheidszorg. Besprekingen worden in 1994 gecontinueerd en afgerond opdat de school met ingang van het Academisch Jaar 1994/1995 van start kan gaan. Op deze wijze ontstaat een strategisch sterke bundeling van gezondheidszorgonderzoekers en epidemiologen die allen de gezondheidszorg vanuit de extramurale kant benaderen. Door een bundeling van universitair en buiten-universitair onderzoekspotentieel, de afstemming van werkprogramma's en de intensivering van samenwerking wordt getracht de gezamenlijke doelstelling te bereiken. Naast deze onderzoeksschool participeert het NIVEL via verwante leerstoelen aan de Universiteit van Utrecht in de onderzoeksschool 'Psychology and Health' en het 'Interuniversitair Centrum voor Sociologie' (ICS).

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 voorliggende werkprogramma is al weer het tiende in successie. Het Nivel komt voort uit het Nederlands Huisartsen Instituut en is opgericht na een grondige reorganisatie waarin de afdelingen Wetenschappelijk onderzoek en documentatie tezamen de kern gingen vormen van een nationaal instituut voor de eerstelijns-gezondheidszorg. Het werkterrein van het Nivel werd gelijktijdig uitgebreid en het bestuur van het instituut bevatte nu ook vertegenwoordigers van andere (dat wil zeggen andere dan uit de huisartsenwereld) organisaties uit het veld, het beleid en de 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*

gezondheidszorg 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.

Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research

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).

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. Dit komt tot uiting 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.
Ondanks deze nauwe bindingen neemt het Nivel een onafhankelijke positie in. Ten dele is deze onafhankelijkheid een multi-afhankelijkheid; een afhankelijkheid van meer partijen, die op hun beurt ook weer van elkaar afhankelijk zijn. Anderzijds vormt de verplichting tot openbare publikatie van onderzoeksresultaten een goede waarborg tegen een eenzijdige ontwikkeling.

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 positie van het NIVEL als nationaal instituut steeds belangrijker. Sinds 1987 is het NIVEL een WHO-collaborating Centre. Een van de consequenties hiervan is dat NIVEL-medewerkers regelmatig als 'temporary adviser' bij WHO-activiteiten betrokken zijn. Op verzoek van de EG 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 EG 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 (gezondheidsonderzoek), 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 organisatie-adviesbureaus actief op het terrein, zonder dat daar overigens een sterke onderzoekstraditie is ontstaan.

Sterkere verwantschap 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 implementatie 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)

Gezondheidszorg wordt gezien als een sector van de samenleving waarbinnen de grote maatschappelijke vraagstukken als: ordenings- en rationaliseringsvraagstukken (dat wil zeggen alles wat met planning en doelmatigheid en protocollering te maken heeft) en verdelingsvraagstukken (keuzen in de zorg; de verdeling van schaarse goederen) zich op een voor deze sector eigen wijze manifesteren.
'Kwaliteit van zorg' vindt men vooral in de eerste categorie; 'Gepast gebruik' in de tweede (en voorzover het doelmatig gebruik betreft, in de eerste).

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 verschillende programma's op Europees gebied (BIOMED1, PHARE). Met name voor internationaal vergelijkend onderzoek vormen deze competities vaak de enig mogelijke weg. 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 jaarbasis, 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 gesteld dat het NIVEL in een overgangs-situatie verkeert; op het punt staande zijn missie uit te breiden naar het totale terrein van de (somatische) gezondheidszorg. Dit komt tot uiting in (voorzichtige) verkenningen naar tot dusver niet onderzochte factoren, zoals de verpleeghuissector en de specialist en in onderzoekingen die de gehele gezondheidszorg beslaan, zoals de inventarisaties van kwaliteitssystemen en de indeling van het wetenschappelijk onderzoek. Verdere uitbreiding van het onderzoeksgebied zijn:
- het onderzoeksprogramma verpleeghuis- en aanverwante zorg
- onderzoek naar kwaliteit van zorg gezien vanuit de patiënt
- uitbreiding registratie van beroepen naar de intramurale sector
- internationaal vergelijkend onderzoek naar vraag/aanbod-relaties in de ziekenhuissector, in de verloskundige zorg en in praktijkprofielen van huisartsen

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; 1994 is de 25e jaargang (te vieren met een bijeenkomst over 'Trends in de morbiditeitsregistratie').
De traditie van het NIVEL om (internationale) congressen te organiseren wordt in 1994 voortgezet met een congres over de fysiotherapie; op 2 en 3 juni is er een in samenwerking met de Stichting Wetenschap & Scholing Fysiotherapie (SWSF) georganiseerde internationale conferentie over onderzoek op het gebied van Kwaliteit van Fysiotherapie. (Ook weer in het Casino in 's Hertogenbosch).

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN

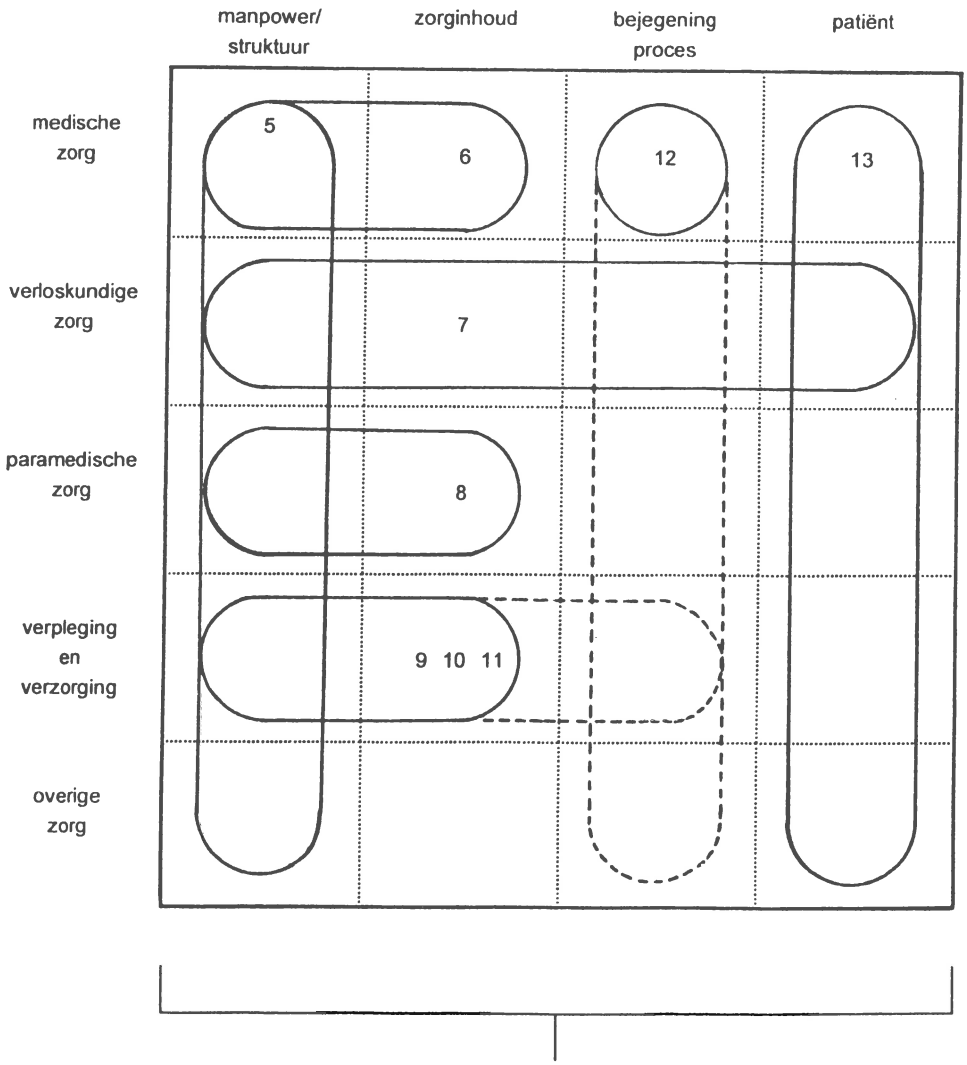
Inleiding

Het onderzoeksprogramma van het NIVEL laat zich met enige goed wil in een schema vastleggen. Centraal staan de verschillende zorggebieden:

- medische zorg
- verloskundige zorg
- paramedische zorg
- verpleging en verzorging

Het zal de lezer opvallen dat de omschrijven slechts ten dele in functionele zin is. Een volledig functionele omschrijving is te zeer strijdig met de realiteiten van de gezondheidszorg. Van deze zorggebieden wordt de **structuur** bestudeerd, inclusief de verdeling en spreiding van voorzieningen en beroepsbeoefenaren, de **inhoud van de zorg**, de **relatie en de bejegening van** de patiënt (of de cliënt) en een aantal aspecten van de **patiënt/consument/bevolking** op zichzelf. Dit laatste heeft zowel betrekking op het oordeel van de hulpvrager over de hulpverlening (een onderdeel van 'kwaliteit van zorg') alsook op de gezondheidstoestand en het welbevinden van de bevolking.
Men kan ook de **samenhang** in tussen de verschillende onderdelen van deze matrix bestuderen of de **substitutie** tussen de verschillende onderdelen en tussen de direct toegankelijke zorg (de eerste lijn) en andere sectoren en tenslotte kan men het geheel (het systeem) of onderdelen daarvan in de tijd of internationaal vergelijken.

Schema 2:



1. Internationale vergelijking
2. Samenhang en samenwerking
3. Relatie 1e lijn - GGZ
4. Relatie 1e - 2e lijn

Onderzoekslijnen vindt men in verschillende stukken van de matrix; soms in een rij (onderzoek paramedische zorg) soms in een kolom (manpower-studies), soms in een cel (arts/patiënt-communicatie) en soms in een combinatie van rijen en kolommen (multidisciplinaire samenwerking, thuiszorg en substitutie). In schema 2 zijn de volgende programma's gedefinieerd:

1. internationaal vergelijkend onderzoek
2. onderzoek naar samenhang, samenwerking en substitutie in de gezondheidszorg: samenhang en samenwerking binnen de eerste lijn
3. onderzoek naar samenhang, samenwerking en substitutie in de gezondheidszorg: relatie huisarts/ specialist en ziekenhuis
4. onderzoek naar samenhang, samenwerking en substitutie binnen de gezondheidszorg; relatie eerste lijn GGZ
5. manpower studies
6. huisartsgeneeskundige zorg (werk en randvoorwaarden)
7. verloskundige zorg (werk en randvoorwaarden)
8. paramedische zorg (werk en randvoorwaarden)
9. verpleging en verzorging (werk, bejegening en randvoorwaarden), waaronder aparte programma's voor:
   10. verpleeg- en verzorgingshuizen
   11. thuiszorg technologie
12. hulpverleningsprocessen/bejegening
13. patiënt/consument/hulpvraag

Dwars daarop kan men de onderzoekingen nog in twee andere programma's indelen:

14. kwaliteit van zorg
15. gepast gebruik

Het eerste deel van het werkprogramma bevat een korte inleiding op de programma's en een opsomming van de projecten plus een summiere weergave van de activiteiten in 1994. In deel II van het werkprogramma vindt men per programma de uitgebreidere projectbeschrijvingen. De indeling in programma's loopt slechts ten dele parallel aan de indeling in afdelingen en themagebieden. Ieder project valt onder een van de projectleiders, die verantwoordelijk is voor de uitvoering. Te veel nadruk op de uitvoering geeft aan interne overwegingen de voorkeur boven externe; deze laatste achten wij belangrijker.

1. 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.

Curieus genoeg geldt die belangstelling ook van de zijde van 's werelds machtigste economie: de USA. Onder de bezielende leiding van Mrs Clinton wordt daar voor het eerst serieus werk gemaakt van het terugdringen van het grootste gebrek van de Amerikaanse zorg: het grote aantal onverzekerden en de steil oplopende kosten. De voorgenomen plannen lijken sterk op de plannen van staatssecretaris Simons; een zekere rigoureusheid en diepgeworteld respect voor de geschreven wet in de VS zouden wel eens kunnen maken dat deze plannen in de VS (waar ze, overigens via een omweg, ook vandaan kwamen) meer succes hebben dan bij ons.

Van de zijde van het NIVEL zal bij adviezen aan, met name, Oosteuropese landen 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. Men moet echter constateren, dat, mede door de getalsmatige wanverhouding tussen specialistisch opgeleide geneeskundigen en algemeen geneeskundigen, het 'Duitse model' met vrijgevestigde, direct toegankelijke specialisten en een onbeperkte keuzevrijheid (dus geen patienten-op-naam) buitengewoon populair is.

Er is, mede door de sterke wens tot herstructurering, een grote behoefte aan informatie, vooral over de positie van de huisarts en de condities voor diens optimaal functioneren.

Deze informatie wordt op het NIVEL verzameld in het Documentatiecentrum

systemen van gezondheidszorg. Het betreft hier een verzameling van statistisch en documentair materiaal. Voor de beantwoording van specifieke onderzoeksvragen is echter veelal aanvullende materiaalverzameling nodig. Veel aanvullend materiaal wordt verzameld in het door de EG gesubsidieerde onderzoek naar praktijkprofielen van huisartsen. 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 in Europa; analyse en rapportage)

WHO INT 91.01 Praktijkprofielen van huisartsen in West Europa
(vergelijking van positie, takenpakket en tijdsbesteding van huisartsen; analyse en rapportage)

WHO INT 91.03 Ziekenhuisproduktie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's Law' in tijd en ruimte
(onderzoek naar condities waaronder aanbod vraag schept; 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
(participatie in een eerstelijnsproject in Bulgarije; indienen voorstellen voor Hongarije en Slowakije)

WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
(systematische vergelijking van essentiële kenmerken van de huisartsenzorg in Nederland met contrasterende buitenlanden; uitvoering bij verkrijgen subsidie)

WHO INT 93.03 Sociaal-politieke systemen en de spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen
(invloed van beleid op spreiding en beheersing van voorzieningen; bij toekenning van NWO-subsidie uitvoering)

NIEUW
WHO INT 94.01 Lokale standaarden en medische beslissingstrategieën: een micro-model ter verklaring van (verschillen in ziekenhuisgebruik)
(wààrom en hoe schept het aanbod nu precies de vraag; bij toekenning NWO-subsidie uitvoering)

NIEUW
INT 94.02 Burn-out bij verloskundigen; een Nederlands-Duitse vergelijking
(vergelijking dienstverband en ondergeschikte positie met vrij beroep; uitvoering bij toekenning subsidie voor Nederlandse deel)

NIEUW
WHO INT 94.03 Praktijkprofielen van huisartsen in Oost-Europa
(uitbreiding praktijkprofielen-studie naar Oost-Europa; bij subsidie materiaal-verzameling, analyse)

NIEUW
WHO INT 94.04 Opvattingen over verloskunde, geboorte en bevalling aan weerszijden van de Duits-Nederlandse grens
(stageproject in samenwerking met vroedvrouwenschool Kerkrade; vervaardigen meetinstrumenten)

NIEUW
INT 94.05 Ouderenzorg in de Euregio; een prospectief cohort-onderzoek
(schrijven voorstel voor het InterReg fonds van de EG)

WIJK 92.04 Organisatie en financiering van de thuiszorg in de Europese Gemeenschap
(materiaalverzameling, analyse en rapportage)

VERL 93.02 Vergelijking van de kosten van een bevalling in Nederland en in het buitenland
(onderzoek naar de kosten van bevallingen op basis van bestaande gegevens; schrijven onderzoeksvoorstel)

Samenhang en samenwerking en substitutie in de gezondheidszorg (2, 3, en 4)

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een veelheid aan instellingen en zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren. Het aaneensmeden van voorzieningen tot een samenhangend geheel is door de jaren heen een belangrijk aandachtspunt geweest in het gezondheidszorgbeleid en -onderzoek.

Tot het midden van de jaren tachtig zocht men de oplossing in het organiseren van de gezondheidszorg in echelons, versterken van de samenhang binnen echelons en planning als coördinatiemechanisme. Vooral voor patiënten die zorg uit meerdere echelons behoeven, zoals chronische patiënten, blijkt de echelonnering te star. De functionele benadering heeft daarom met name in de thuiszorg opgeld gedaan: organisatie van de zorg rond concrete patiëntencategorieën door samenwerkende hulpverleners, waarbij de vraag in welk echelon die hulpverleners werkzaam zijn van ondergeschikt belang is. Niettemin is het feitelijk functioneren van de gezondheidszorg de functionele benadering slechts zeer ten dele doorgedrongen en kan men nog steeds een onderscheid maken tussen direct toegankelijke zorg (de eerste lijn) en op verwijzing toegankelijke zorg (tweede lijn). Ook zijn somatische en geestelijke gezondheidszorg (op veel punten, maar niet overal) organisatorisch van elkaar gescheiden. In de onderzoeksprogramma's vindt men deze scheidingen terug in de volgende onderdelen:

2. Samenhang en samenwerking met name binnen de eerstelijn
3. Relatie eerste/tweede lijn en omgekeerd
4. Relatie eerstelijn/GGZ

2. Samenhang en samenwerking met name binnen de eerstelijn

Binnen het onderzoek rond samenhang en samenwerking binnen de eerstelijn wordt zowel onderzoek naar monodisciplinaire samenwerking als naar vormen van multidisciplinaire samenwerking gedaan. Vragen die daarbij worden gesteld zijn of samenwerkingsvormen leiden tot kostenbesparing, kwaliteits-

verhoging 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 'meermanspraktijken' anderzijds, of dit nu gezondheidscentra zijn of duo- en groepspraktijken.
Een belangrijke ontwikkeling die van invloed zal zijn op de toekomst van gezondheidscentra, is het voornemen om de bestaande subsidies voor gezondheidscentra te reduceren. In het nieuwe overeenkomstenstelsel 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, zoals de kaarten nu liggen, is het AMW een verantwoordelijkheid van de gemeenten en wordt het niet zoals de andere kerndisciplines ondergebracht in de AWBZ. De gedachtenvorming over wat wel en wat niet in de AWBZ thuishoort gaat intussen voort; de uitkomst zal tot op zekere hoogte bepaald worden door de politieke combinatie die na de verkiezingen de regering vormt. Al met al kan men concluderen dat gezondheidscentra en multidisciplinaire samenwerking de komende tijd minder in het brandpunt der belangstelling zullen staan met onvermijdelijke gevolgen voor het onderzoeksprogramma.

Overzicht van de projecten

SAM 85.01 Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden
(beperking verzameling van gegevens tot gezondheidscentra; jaarlijkse publikatie)

SAM 90.01 Registratie Innovatieve Projecten
(overzicht van vooral echelon- en sector-overschrijdende projecten; jaarlijkse publikatie)

SAM 91.02 De invloed van samenwerking op de zorg voor specifieke categorieën patiënten
(vergelijking zorgverlening van hulpverleners die wel en niet multidisciplinair samenwerken; publikatie resultaten)

SAM 92.03	De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg (schrijven projectvoorstel over de vraag wat gemeenten met het AMW hebben gedaan)
SAM 93.01	Monodisciplinaire samenwerking en het handelen van huisartsen (vergelijking solo-huisartsen/ samenwerkende huisartsen op basis gegevens Nationale Studie; publikatie resultaten)
NIEUW SAM 94.01	New land, new town, new health care system? (afronden (Engelstalig) proefschrift over de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere)
NIEUW SAM 94.02	Organisatie-kenmerken en kwaliteit van zorg (onderzoek naar het verband tussen kenmerken van zorgvoorzieningen en de mate waarin kwaliteits-systemen worden gehanteerd; schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW SAM 94.04	Evaluatie kenniscentra Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg (onderzoek naar effect van door Nationale Commissie Chronisch Ziekten ingestelde kenniscentra; opzet en materiaalverzameling)
VRA 89.03	Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers (eindrapportage)

3. Relatie eerste en tweedelijnsgezondheidszorg

Het verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten is vanouds een belangrijk thema binnen het onderzoeksprogramma.

De Nationale studie van ziekten en verrichtingen verschaft belangrijke nieuwe informatie over dit onderwerp; per aandoening of aan de huisarts gepresenteerd probleem kan worden vastgesteld hoe vaak en onder welke condities een huisarts een probleem zelf afhandelt of verwijst. Voor de drie specialis-

men die duidelijke raakvlakken met de eerstelijn hebben (interne geneeskunde, gynaecologie/obstetrie en de 'driehoek' orthopedie, reumatologie en fysiotherapie) zal de verhouding 'zelf doen/verwijzen' worden onderzocht.
Met de verwijzing door de huisarts heeft men echter slechts de neus van de kameel te pakken; wat er na de verwijzing gebeurt is tenminste zo belangwekkend zo niet belangwekkender dan de verwijzing zelf. Het denken over de invloed van huisartsen op de beslissingen van specialisten en ziekenhuizen heeft een nieuwe impuls gekregen met het denken over de huisarts als budget-houder. In Engeland wordt deze vorm van beïnvloeding nu op grote schaal toegepast en dit voorbeeld wekt de belangstelling van Nederlandse zijde.
Echter, als er een ding geconcludeerd kan worden uit onderzoekingen waarin bestudeerd wordt of en in welke mate gebruik van specialistische en intramurale voorzieningen via de huisarts te sturen valt, dan is dit dat zonder een gelijktijdige beïnvloeding van bijvoorbeeld honorering of financiering van specialist en ziekenhuis, deze experimenten nauwelijks effect sorteren. Het 'fietsband-effect' of, zoals de Amerikanen het noemen: de 'health care balloon', zorgt ervoor dat de winst aan de ene kant ruimschoots aan de andere kant wordt gecompenseerd.
De nieuwe voorstellen voor de honorering van specialisten (van verrichtingen naar uurtarief) vormen wellicht een stimulans voor een verbetering van de relatie huisarts/specialist.

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 (Op basis van de Nationale Studie uitzoeken van verhouding zelf doen/verwijzen; analyse en rapportage)
REL 93.02	Vervolgactiviteiten en vervolgkosten na de verwijzing (onderzoek waarin cohort verwezen patiënten wordt gevolgd; schrijven projectvoorstel)

SAM 90.04	Evaluatie 'fundholding' door huisartsen (evaluatie van een of meer van de fundholding plannen; activiteiten afhankelijk van realisatie)
VRA 93.03	Verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen (onderzoek naar verwijzingen die door huisarts of patiënt gewenst worden, maar waarvan de andere partij de noodzaak niet inziet; materiaalverzameling bij huisartsen)
NIEUW LINH 94.02	Verwijzingen van huisarts naar de medisch specialist (resultaten van de eerste 'module' van het ge-automatiseerde Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen; rapportage)
NIEUW LINH 94.03	Laboratoriumdiagnostiek vanuit de huisartspraktijk (resultaten van de tweede 'module van het ge-automatiseerde Landelijk Informatie Netwerk Huisartspraktijk; analyse en rapportage)

4. Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg

In toenemende mate vindt een scheiding plaats tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg. De verschillende wijzen waarop beide vormen van zorg zijn georganiseerd zijn hier zowel oorzaak als gevolg van.

Het is, zeker vanuit de eerstelijn gezien, of deze toenemende scheiding wenselijk is. Iemand heeft al eens als stelling aan een proefschrift over arts-patiënt communicatie en kwaliteit van zorg toegevoegd dat "Gewone GezondheidsZorg ook GGZ is". Vooral in de huisartspraktijk wordt veel psychische problematiek gesignaleerd en behandeld en ook de algemene psychiatrie in poliklinieken en ziekenhuizen heeft te lijden onder de organisatorische scheidingsdrift.

In de huisartspraktijk doet zich het paradoxale probleem voor dat verwijzingen naar de GGZ sporadisch voorkomen en dus in de huisartspraktijk zeker niet centraal staan, maar dat voor de GGZ de huisarts verreweg de belangrijkste verwijzer is. Dit geeft een asymmetrische relatie, die op zijn beurt weer een bron van veel onbegrip en misverstanden is.

Binnen het onderzoeksprogramma wordt geëxperimenteerd met verschillende

relatievormen tussen eerstelijn (waaronder ook nadruk het Algemeen Maatschappelijk Werk dient te worden begrepen) en GGZ, bedoeld om de moeizame samenwerking te verbeteren.

Overzicht van de projecten

GGZ 89.02	Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek (verbetering detectie en behandeling van psychogeriatrische problematiek in de huisartspraktijk door consultatie vanuit de psychogeriatrie; schrijven onderzoeksvoorstel)
GGZ 90.02	Evaluatie consultatie volgens 'biopsychosociaal model' (psychiatrische consultatie in de huisartspraktijk volgens speciaal model; publikatie resultaten vooronderzoek en aanvraag definitieve subsidie)
GGZ 93.01	Samenwerking eerstelijn - GGZ (onderzoek, samen met NcGv, naar feitelijke samenwerking op regionaal niveau met het oog op het ontwikkelen van interventies ter verbetering; schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW GGZ 94.01	Psychosociale hulpverlening in het kader van verpleging en verzorging (onderzoek naar detectie en signalering van psychosociale problemen door verpleging en verzorging; schrijven onderzoeksvoorstel)
NIEUW GGZ 94.02	Regionale afstemming AMW-RIAGG (in verband met overlap doelgroepen is samenwerking en afstemming gewenst; er moet een voorstel worden gemaakt voor een interventie en de evaluatie daarvan)
NAT 92.04	Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk (stukje 'nationale studie' waarin relatie tussen psychische toestand van kinderen, behandeling in de huisartspraktijk en verwijzing naar GGZ is onderzocht; analyse en rapportage)

5. Manpower-studies; beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg

Voorspelling van tekorten en overschotten van beroepskrachten in de gezondheidszorg hangt deels af van wijzigingen in regelgeving (vestigingsbeleid, financieringsafspraken) en deels van fluctuaties in het aanbod van beroepsbeoefenaren. Het aantal personen dat een bepaalde opleiding volgt, het aantal dat daadwerkelijk het beroep wil uitoefenen in volledige of gedeeltelijke werktijd en aantal vertrekkende beroepsbeoefenaren zijn alle van belang voor goede vooruitberekeningen.

Bij veel beroepen ziet men nu een omslag van een overschot uit de jaren tachtig naar een dreigend tekort. De bereidheid van beroepsbeoefenaren om lange werkweken te maken neemt snel af. Dit hangt samen met de eveneens sterk toegenomen belangstelling van vrouwen voor bijvoorbeeld de medische beroepsopleidingen, maar ook met de wens tot meer 'eigen tijd' binnen, om een ander voorbeeld te noemen, de beroepsgroep der verloskundigen.

Als men in zo'n situatie ook nog de opleiding met een jaar verlengt (verloskundigen, gynaecologen en wellicht bij de huisarts) dan kan er op korte termijn sprake zijn van acute tekorten; vooral bij de minst aantrekkelijke vestigingssituaties.

Manpower studies (misschien beter 'person-power studies' of toch maar liever beroepskrachtenstudies) dienen gebaseerd te zijn op goede registers. Een deel daarvan berust bij het NIVEL zelf (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten); andere informatie dient her en der verzameld te worden. Er is geen centraal registrerende instantie meer, die de beroepskrachtenplanners van juiste en geldige informatie kan voorzien. Het is op dit ogenblik niet duidelijk wie de informatieverzameling moet betalen; volgens de overheid is dit een zaak van 'partijen', maar die maken vooralsnog weinig aanstalten. Misschien dan toch maar een centrale registratie?

Het onderzoeksprogramma bestaat deels uit een aantal registratie-activiteiten en deels uit op basis van de registraties uitgevoerde onderzoekingen. Nieuwe activiteiten vindt men bij de paramedische beroepen en medisch specialisten. Het onderzoek omvat een aantal behoefteramingen en studies naar arbeidssatisfactie en 'burn-out' bij beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

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 eerstelijn werkzame fysiotherapeuten
REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
REG 93.02	Registratie van ergotherapeuten (in voorbereiding)
REG 93.03	Registratie van gynaecologen/obstetrici (in afwachting van subsidie)
BKP 93.02	Uittreden en herintreden binnen de beroepsgroep verloskundigen (gegevensverzameling, analyse en rapportage)
BKP 93.03	Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994 (een samenvattend overzicht van beroepsbeoefenaren in de extramurale gezondheidszorg; bewerken van gegevens en rapportage)
BKP 93.08	Onderzoek naar deeltijd onder huisartsen (onderzoek naar feitelijke en gewenste deeltijdarbeid in de huisartspraktijk; in voorbereiding)
NIEUW REG 94.01	Registratie paramedische beroepen (verwerving subsidies)
NIEUW BKP 94.01	Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen (subsidie verwerven)
NIEUW BKP 94.02	Behoefteraming huisartsen per DHV-regio (subsidie verwerven)

NIEUW
BKP 94.03 Burn-out en (vervroegde) uittreding bij huisartsen
(vervolg op 'burn-out onderzoek: situatie 2 jaar later; analyse en rapportage)

NIEUW
BKP 94.04 Arbeidssatisfactie bij verloskundigen
(onderzoek naar belastende werk- en persoonlijke omstandigheden van verloskundigen; bij verkrijgen subsidie uitvoering)

6. Huisartsgeneeskundige zorg; werk en randvoorwaarden

De centrale positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg weerspiegelt zich in het grote aantal onderzoekingen rond condities, plaats en functioneren van de huisarts.
Ondanks de functionele omschrijving in termen als algemene medische zorg en ondanks een zekere erosie van de getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg in concepten als 'zorg-op-maat' is de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg onomstreden.
Dit houdt niet in dat er geen discussie is rond de huisarts; zo is diens rol in de bevolkingsgerichte, preventieve zorg momenteel in discussie; spreekt men over toenemende protocollering, standaardisering en her-registratie en hoort men voorzichtige geluiden over de huisarts als budgethouder voor geneesmiddelen, paramedische en poliklinische zorg, maar dit alles geschiedt vanuit, zoals dat heet, een positieve grondhouding.
Een deel van het onderzoeksprogramma is al eerder vermeld: bij 'internationaal vergelijkend onderzoek', waar de positie en werkwijze van de Nederlandse huisarts vergeleken wordt met zijn buitenlandse collegae en bij 'beroepskrachtenstudies' waar omvang, spreiding en samenstelling van de beroepsgroep wordt bestudeerd. Een ander deel van het programma vindt men verderop bij het onderzoeksprogramma 'communicatie en bejegening' (arts/patiënt-communicatie)
Het onderzoeksprogramma 'huisartsgeneeskundige zorg' is onderverdeeld in twee categorieën:
- financiële en organisatorische randvoorwaarden
- het werk van de huisarts.

Deze laatste categorie kan men weer verdelen in studies waarin het accent ligt op de aan de huisarts aangeboden problematiek of morbiditeit (in somati-

sche en psychosociale zin) en in studies waar de nadruk op verrichtingen en interventies ligt.
Bij de 'randvoorwaarden' gaat het vaak om studies naar de honorering van huisartsen; bij de morbiditeits- en interventiestudies speelt de Nationale Studie nog steeds een belangrijke rol, maar ook de informatiesystemen uit de huisartspraktijk: de nu 25 jaar oude 'peilstations' en het 'Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)'.

Overzicht van de projecten

P.M.

WHO INT 91.01	Praktijkprofielen van huisartsen in Europa
INT 93.02	Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
INT 94.03	Praktijkprofielen van huisartsen in Oost-Europa
REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen

Randvoorwaarden

REL 93.01	Honorering van (huis)artsen als sturings-instrument (verschillende exercities waarin de relatie tussen financiële prikkels en hulpverlening van huisartsen wordt onderzocht; dissertatie)
SAM 94.03	Een uniform, gedifferentieerd abonnement voor huisartsenzorg (studie waarin met behulp van de Nationale Studie wordt onderzocht hoe een op zorgzwaarte gedifferentieerd abonnements-honorarium er uit zou moten zien; analyse en rapportage)

Morbiditeit

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (deels continue, deels jaarlijks wisselende onderwerpen; rapportage)
PEIL 88.01	Herziening structuur en functionering peilstations; integratie in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, (LINH)

NAT 90.03	Een Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (opzetten geautomatiseerd netwerk van huisartspraktijk als vervolg op de Nationale Studie; afronden opzetfase)
NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES) (onderzoek naar ziekten en interventies in huisartspraktijk voor verschillende sociale klassen; analyse en rapportage)
NAT 92.01	Gezondheid en medische consumptie van allochtonen (bij verkrijging subsidie analyse en rapportage)
NAT 93.02	Ziekte van Parkinson (studie naar co-morbiditeit en interventies; analyse en rapportage)
NAT 93.03	Epidemiologie van en het handelen van huisarts en patiënt bij CARA (uitvoering bij subsidiëring)
NAT 89.05	Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (onderzoek naar verschillen stad/ platteland in ziektebeleving en presentatie van problemen aan de huisarts en werkwijze van huisartsen; analyse en deelrapportage)
NIEUW NAT 94.01	Comorbiditeit en chronische ziekten (chronische ziekten komen vaak niet op zichzelf voor: onderzoek naar consequenties voor huisartsgeneeskundig handelen; schrijven projectvoorstel)
NIEUW NAT 94.02	Huisarts in de grote stad (onderzoek naar bijzondere problematiek van grotestadspraktijken; uitvoering bij subsidiëring)

NIEUW
NAT 94.04 Huidinfecties in de huisartspraktijk
(studie naar huidinfecties en allergieën en het handelen van de huisarts; analyse en rapportage)

NIEUW
VRA 94.06 Determinanten van huisartsbezoek op de kinderleeftijd
(nader onderzoek naar factoren die huisartsbezoek op kinderleeftijd bevorderen; analyse en rapportage)

Morbiditeit psychosociaal
PSH 91.01 Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling
(monografie over detectie en behandeling van psychosociale problemen in de huisartspraktijk; rapportage)

PSH 91.03 Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen
(observatiestudie naar interdoktervariatie bij psychosociale problematiek; analyse en rapportage)

PSH 91.05 Het psychische karakter van lichamelijke klachten
(in de Nationale Studie hebben de huisartsen voor elk probleem de mate van 'psycho-socialiteit' weergegeven, onderzocht wordt in welke mate dit een kenmerk van de patiënt, de klacht of de arts is; rapportage)

NIEUW
PSH 94.01 Psychische ongezondheid en somatiek
(onderzoek naar de scheidbaarheid en verwevenheid van somatische en psychische klachten; schrijven onderzoeksvoorstel)

Interventies
NAT 90.05 Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg
(onderzoek op basis Nat Studie naar relatie tussen werkbelasting en kwaliteit van zorg; dissertatie)

NAT 93.08	Preventie in de huisartspraktijk (onderzoek naar het verhogen van de effectiviteit van influenza-vaccinatie door ondersteuning vanuit basisgezondheidszorg; analyse en rapportage)
NAT 93.09	Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk II (met behulp van LINH wordt onderzocht in hoeverre huisartsen de facto volgens standaarden handelen; uitvoering bij subsidie)
NAT 93.11	Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk (vervolg-analyses uit het materiaal van Nat Studie; analyse en rapportage)
NIEUW NAT 94.03	Bijwerkingen van geneesmiddelen (mogelijke bijwerkingen worden onderzocht op basis van gegevens uit Nat. Studie; uitvoering bij subsidie)
NIEUW NAT 94.05	Sexe-verschillen in het voorschrijven van benzodiazepines in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
NIEUW LINH 94.01	Classificatie van diagnostiek in de huisartspraktijk (opstellen goede classificatie voor externe diagnostiek; maken voorstel)
NIEUW LINH 94.04	Voorschrijven van geneesmiddelen (verslag van de 'prescriptie-module' uit het LINH-systeem; voorbereiding)
VRA 88.01	Vragen over AIDS (angst voor AIDS in de huisartspraktijk; rapportage)
VRA 93.05	Patiënt en placebo's (welke patiënten krijgen placebo's; materiaalverzameling)

NIEUW

VRA 94.03	Huisarts-patiënt contact n.a.v. euthanasieverklaring (schrijven projectvoorstel)

P.M.

LINH 94.02	Verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten
LINH 94.03	Laboratoriumgebruik in de huisartspraktijk

7. Verloskundige zorg

De positie van de verloskundige zorg in Nederland (uniek, bewonderd en verguisd) berust op een goed functionerende risico-selectie. De fysiologische zwangerschappen moeten gescheiden worden van de pathologische. Indicatielijsten zijn daarbij een grote steun; gegeven de gevoeligheid van de materie is het van groot belang dat er een brede consensus over de indicaties heerst. Dit is bij de Nieuwe Indicatielijst Verloskundige zorg helaas niet in voldoende mate het geval, waardoor samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en gynaecologen niet wordt gestimuleerd, terwijl men van overheidswege 'Verloskundige Samenwerkingsverbanden' juist als een middel ziet om de risicoselectie te verbeteren. Men moet overigens oppassen om niet in de alfa- en betafout-problematiek verstrikt te raken; als men er zeer op gespitst is om mogelijke pathologie uit de eerstelijns verloskunde te weren, dan heeft dit onvermijdelijk tot gevolg dat er te veel fysiologische zwangerschappen in de tweede lijn terecht komen.

In het onderzoeksprogramma neemt de evaluatie van deze samenwerkingsverbanden een belangrijke plaats in.

Daarnaast is er aandacht voor het 'werk' en de werk-omstandigheden en de daarmee samenhangende inkomenspositie van verloskundigen.

Thuisbevallingen zijn zonder 'kraamzorg' niet mogelijk; in de verloskundige wereld is dan ook de poging om de kraamzorg te splitsen in 'kraamverpleging' en 'kraamverzorging' met afgrijzen ontvangen. Nu is er eens een uniek beroep op de grens van verpleging en verzorging en dan zou dat moeten worden gesplitst. Dit plan is niet doorgegaan; het maakt duidelijk dat nader onderzoek, waarin de signalerende en onderkennende functie van de kraamzorg tot uiting komt, gewenst is.

De verloskundige zorg in Nederland en het verschijnsel 'thuisbevalling' kunnen alleen bestaan als er een breed draagvlak bij de bevolking is. Een interessant onderzoek vindt plaats naar motieven van vrouwen om de voorkeur te geven aan thuisbevalling of poliklinische bevalling onder leiding

van de verloskundige (ook wel verplaatste thuisbevalling genoemd). De resultaten van het onderzoek worden in 1994 gepubliceerd.
Bij de 'beroepskrachtenstudies' werd reeds aandacht besteed aan de samenstelling van de beroepsgroep der verloskundigen terwijl ook een behoeftetaming voor gynaecologen is gemaakt. Kijkt men naar laatstgenoemde cijfers, dan voorziet men vanwege een combinatie van omstandigheden (ook daar wens tot kortere werkweken en een verlenging van de opleiding) een tekort; geen aanvallen op het marktaandeel dus.

Overzicht van de projecten

VERL 90.01	Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden (uitvoering tweede fase, gegevensverzameling in verloskundige samenwerkingsverbanden en analyse)
VERL 91.02	Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2) (rapportage)
NIEUW VRA 94.05	Meningen van de consument over de leiding van de bevalling (analyse van gegevens uit de patiënten-enquête van de Nationale Studie; analyse en rapportage)
NIEUW VRA 94.07	Evoluties in plaats en leiding van de bevalling: een retrospectief onderzoek (in de Nationale Studie is aan een steekproef van 100 personen per praktijk gevraagd waar kinderen (indien van toepassing) zijn geboren en onder wiens leiding; analyse en rapportage)
VERL 92.02	Het werk van de verloskundige (onderzoek naar tijdsbesteding en inhoud van het werk gerelateerd aan het aantal zorg-gevallen; materiaalverzameling, analyse en rapportage)

VERL 92.03	Opzetten en begeleiden van onderzoek door en met verloskundigen (ondersteunen eigen onderzoek door verloskundigen; in voorbereiding)
NIEUW VERL 94.01	Ongewenste substitutie en vroegtijdige signalering van stoornissen in de kraamzorg (schrijven projectvoorstel)
NIEUW VERL 94.02	The social organization of Dutch maternity care (studie van Amerikaanse gastonderzoeker over oorsprong en continuïteit van het Nederlandse verloskundige systeem; materiaalverzameling)
NIEUW VERL 94.03	Echografie in de verloskundige praktijk (schrijven projectvoorstel)
P.M.	
REG 84.03	Verloskundigenregistratie
REG 85.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
REG 93.03	Registratie van gynaecologen (in voorbereiding)
BKP 94.04	Arbeidssatisfactie bij verloskundigen (in voorbereiding)
INT 94.02	Burn-out bij verloskundigen; een Nederlands-Duitse vergelijking (hangt af van doorgaan van BKP 94.04)
INT 94.04	Opvattingen over geboorte, bevalling en verloskunde aan weerszijden van de Nederlands-Duitse grens
VERL 93.02	Vergelijking van de kosten van een bevalling in Nederland en het buitenland

8. Paramedische zorg

Onderzoek naar paramedische zorg kan men onderverdelen in onderzoek naar plaats en functie van de paramedische beroepen en onderzoek naar effectiviteit van de paramedische interventies. Bij het eerste onderwerp gaat het om de relatie tussen paramedici en verwijzers (medici), aandoeningen en toegepaste behandelmethoden. Bij het tweede type gaat het, zoals gezegd

om de effectiviteit van interventies. Dit effect-onderzoek staat nogal in de belangstelling; voor de ontwikkeling van de inhoud van de paramedische beroepen moet men niet louter op effectiviteit afgaan, maar onderzoek naar de oorzaken van stoornissen en beperkingen centraal stellen.

Plaats en functie van paramedische zorg

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 Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie (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 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.

Onderzoek op het terrein van de fysiotherapie, oefentherapie -Cesar en -Mensendieck, ergotherapie en podotherapie bevindt zich in een afrondende fase. Onderzoek op het gebied van de logopedie is in volle gang terwijl onderzoek op het gebied van de diëtetiek in 1994 zal starten.

Gegevens over een aantal paramedische beroepsgroepen, waarvan de fysiotherapie de belangrijkste is, worden gepresenteerd in het onderzoeksprogramma 'beroepskrachten-studies'.

Effectiviteit van paramedische interventies

Dit deel van het onderzoeksprogramma 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 voorlichtingsprotocollen die diëtisten gebruiken.
Een aparte subgroep vormen de onderzoeken waarin de patiëntenvoorlichting en instructie een centrale rol spelen. 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

Plaats en functie paramedische beroepen

PMED 90.01 Functie en plaats van oefentherapie-Cesar, -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie
(analyse en rapportage)

PMED 88.03 Functie en plaats van logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg
(dataverzameling en analyse)

PMED 93.02 Internationaal congres Fysiotherapie
(in voorbereiding)

PMED 93.05 De diëtetiek in de Nederlandse gezondheidszorg
(materiaalverzameling, analyse)

Effectiviteit van interventies

PMED 87.01 Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie
(groot registratieproject; soort peilstations fysiotherapie; afronding)

PMED 89.02 Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie.
(interventiestudie; opzet en materiaalverzameling)

PMED 89.04 Structurele aspecten van stotterbehandelingen
(voorbereiden subsidie-aanvraag)

PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie
(opzet en materiaalverzameling)

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 (dataverzameling en analyse)
PMED 93.01	Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, fase II (BEEF II) (vervolgproject vooral gericht op standaarden en kwaliteit)
PMED 93.03	De rol van verplegende en paramedische beroepen bij de zorg voor chronisch zieken: een verkenning (in afwachting van subsidie)
PMED 93.04	Podotherapie bij de diabetische voet (in afwachting van subsidie)
NIEUW PMED 94.01	Fysiotherapeutische behandeling van patiënten met fracturen (in voorbereiding)
NIEUW PMED 94.02	Fysiotherapie bij geriatrische patiënten (in voorbereiding)
NIEUW PMED 94.03	Logopedie en dysarthrie (in voorbereiding)
NIEUW PMED 94.04	Evaluatie ergotherapie in de thuiszorg bij het kruiswerk (analyse en rapportage)
NIEUW PMED 94.05	Ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedici (een inventarisatie van belemmeringen bij het toepassen van kwaliteitscycli; rapportage)

PMED 91.02 Patiëntenvoorlichting door diëtisten
(afrondende artikelen)

Verpleging en Verzorging (9, 10 en 11)
Het onderzoeksprogramma 'Verpleging en verzorging' omvat drie delen:
9. Verpleging en verzorging in engere zin
10. Verpleeghuis- en aanverwante zorg
11. Thuiszorg Technologie

9. Verpleging en verzorging in engere zin
Op het gebied van verpleging en verzorging zijn veel ontwikkelingen gaande. Er is een voortschrijdend integratieproces van kruiswerk en gezinsverzorging, er wordt geëxperimenteerd met vormen van transmurale verpleging en er is een toenemende functionele samenhang tussen extramurale en intramurale verpleging en verzorging. Tegelijkertijd worden er, net nu de integratie tussen verpleging en verzorging knarsend tot stand komt, al weer discussies gevoerd over het loskoppelen van verpleging en (huishoudelijke) verzorging en het overbrengen van verzorging van AWBZ naar gemeenten.
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 is voor het extramurale veld nader uitgewerkt, alsmede een taakafbakening met de gezinsverzorging. De effecten van de invoering van deze verticale functiedifferentiatie worden onderzocht in termen van kwaliteit van de arbeid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. 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 van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en in verpleeghuizen. Met deze projecten wordt direct aangesloten bij het streven het werk van verplegenden en verzorgenden kwalitatief te verbeteren.

Overzicht van de projecten

WIJK 88.02	Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen (afgerond project; er komt nog een Engelstalig wetenschappelijk artikel)
WIJK 91.01	Functiedifferentiatie in de thuiszorg, fase 2 (onderzoek naar het grensgebied verpleging, ziekenverzorging en huishoudelijke hulp; instrumentontwikkeling, dataverzameling)
WIJK 92.01	Eenzaamheid van bewoners in het verzorgingshuis (afgerond project; er komt nog een wetenschappelijk artikel)
WIJK 93.01	Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging (schrijven van artikelen)
NIEUW WIJK 94.01	Werken in de gezinsverzorging (survey van werkzaamheden in de gezinsverzorging; materiaalverzameling)
NIEUW WIJK 94.03	Karakterisering personeelsverloop in de thuiszorg (schrijven van onderzoeksvoorstel)
P.M. WIJK 92.04	Organisatie en financiering van de thuiszorg in de Europese Gemeenschap (zie INT)
WIJK 94.02	Bejegening van ouderen

10. Verpleeghuis- en aanverwante zorg

Op het terrein van de verpleeghuiszorg is in 1993 door het NIVEL een advies uitgebracht aan de Directie Ouderenbeleid van het Ministerie van WVC over prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek. Uit het advies komt naar voren dat de belangrijkste prioriteit ligt bij het onderzoek naar de inhoud van de verpleeghuiszorg zoals die in multidisciplinair verband in het verpleeghuis zelf als in toenemende mate buiten het verpleeghuis wordt verleend aan zwaar zorgbehoevende patiënten. De vraag in welke mate de verleende zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt dient daarbij steeds het uitgangspunt te zijn. Voortbouwend op dit advies zal worden gestart met het ontwikkelen van een meetinstrument om kwaliteit van leven te meten bij somatische verpleeghuispatiënten.

Overzicht van de projecten

VERPL 92.01	Uitwerking programma verpleeghuisonderzoek (uitwerken programma en opstellen onderzoeksvoorstellen)
NIEUW VERPL 94.01	Kwaliteit van leven van verpleeghuispatiënten (constructie meetinstrumenten; uitvoering bij subsidie)

11. Thuiszorgtechnologie

Kort na de zomer 1993 werd door het ministerie van WVC een miniconferentie Thuiszorgtechnologie georganiseerd. Op deze conferentie werden door het NIVEL de eerste resultaten gepresenteerd van het onderzoeksprogramma thuiszorgtechnologie. Op basis van de uitgevoerde studies werd de conclusie geformuleerd dat technologieën pas rendement kunnen opleveren als ze voorzien zijn van een deugdelijk implementatieplan. Ook werd naar voren gebracht dat technologieën die door de niet professionele leden van het cliënten- of patiëntensysteem gebruikt kunnen worden meer effect kunnen hebben dan technologieën die uitsluitend door professionals gebruikt kunnen worden. Binnen het stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie van WVC blijkt een relatief groot aandeel van het budget in 'substitutie-technologie' gestoken te worden. De vraag werd opgeworpen of dit een gewenste ontwikkeling is. Deze technologieën verminderen mogelijk de belasting van de intramurale sector maar zij dragen bij aan een belasting van de thuiszorg, met name voor de sectoren verpleging en verzorging. Juist in deze sectoren

mag alleen al op basis van demografische ontwikkelingen een toenemende vraag verwacht worden. Vraagtekens werden gezet bij het vrijwel geheel ontbreken van technologieën die er op gericht zijn juist deze sectoren te ontlasten. Binnen het onderzoeksprogramma thuiszorgtechnologie blijft de onderzoek naar de wijze van implementatie van concrete nieuwe technologieën centraal staan. Rapportages worden verwacht over de inzet van patiëntentilliften en het verbeteren van de kwaliteit van huishoudelijke hulpmiddelen in de thuishulp en onderzoek naar de mogelijkheden van wondreiniging met ultrageluid. Daarnaast worden nieuwe onderzoek gestart rond de effecten van automatisering in de thuiszorg. Ook worden een tweetal meer thematisch georiënteerde thema's uitgewerkt: de rol van niet professionele gebruikers van technologieën en de rol die technologie kan spelen bij het ontlasten van de sectoren verpleging en verzorging.
Uiteindelijk zal het onderzoeksprogramma een algemene evaluatie moeten opleveren van het stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie van het ministerie van WVC. Een nadere uitwerking van deze drie punten zal een basis zijn voor deze algemene evaluatie.

Overzicht van de projecten

TECH 92.01	Tillen in de thuiszorg I, Rotterdam (onderzoek naar het gebruik van tilliften in de thuiszorg; schrijven artikelen)
TECH 93.02	Tillen in de thuiszorg II, Twente (vervolgonderzoek tilliften; in afwachting van subsidie)
NIEUW TECH 94.01	Tillen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en een ziekenhuis (onderzoek naar gevolgen introductie tillift voor ziekteverzuim; in afwachting van subsidie)
TECH 93.01	Introductie huishoudelijke hulpmiddelen (afgerond onderzoek; schrijven artikel)
TECH 93.03	Evaluatie automatisering thuiszorg (evaluatie van betekenis automatisering voor verbetering primaire proces; gegevensverzameling)

TECH 93.05	Wondverzorging met geluidsgolven (in voorbereiding)
NIEUW TECH 94.02	Niet professionele gebruikers en thuiszorgtechnologie (hoe 'idiot proof' is technologie?; gegevensverzameling)
NIEUW TECH 94.03	Effecten van thuiszorgtechnologie (onderscheid tussen technologie die de thuiszorg belast, zoals verplaatste ziekenhuistechnologie, en die thuiszorg ontlast; schrijven artikel)
NIEUW TECH 94.04	Gebruik van hulpmiddelen door ex-(patiënten) van ergotherapeuten (onderzoek naar gebruik van hulpmiddelen en factoren die daarop van invloed zijn; gegevensverzameling)

12. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt

Onderzoek naar de bejegening van patiënt door hulpverlener vormt een van de oudste onderzoekslijnen in het programma. Het is immer actueel; in het recent verschenen rapport van de Gezondheidsraad over 'alternatieve behandelwijzen' vormt het effect van 'bejegening' (vaak als 'placebo-effect' benoemd) een belangrijk onderwerp.
Bovendien is duidelijk geworden dat bejegenings- en communicatieaspecten in het hulpverleningsproces belangrijk zijn voor het oordeel van de hulpvrager over de kwaliteit van de geleverde zorg.
Het onderscheid in 'instrumentele' en 'affectieve' elementen in de communicatie tussen hulpverlener en patiënt (de 'vaardige' en 'aardige' hulpverlener) blijkt een vruchtbare bron van nader onderzoek te vormen. In het programma worden deze begrippen in nieuwe observatiestudies nader ontwikkeld.
Nieuw in het programma zijn observatie-studies van de communicatie tussen hulpverleners, ouders en kinderen. Omdat de eerste observatiebestanden al twintig jaar oud zijn, kan men goed zien hoe parallel aan elkaar de hulpverlening (van huisartsen) minder strak en opener is geworden, en ook de mondigheid van kinderen is toegenomen.

Uitbreiding van het programma van de communicatie tussen huisarts en patiënt naar andere hulpverleningssituaties (apotheek, thuisverpleging, en ook naar de polikliniek: communicatie internist/ diabetes-patiënt) is zowel wetenschappelijk interessant als relevant voor de hulpverleningspraktijk.

Overzicht van de projecten

PSH 91.08	De huisartsenzorg in het vrouwengezondheidscentrum 'Aletta'; een vergelijkend onderzoek (observatiestudie naar verschillende 'diaden' van mannelijke en vrouwelijke huisartsen en patiënten; analyse en rapportage)
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 (beoordelingen van kwaliteit van op video opgenomen consulten door artsen en patiënten; materiaalverzameling)
PSH 93.01	Kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt (in afwachting van subsidie)
PSH 93.02	Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici: communicatie internist/verpleegkundige - patiënt (stage-onderzoek + schrijven subsidie-aanvraag)
NIEUW PSH 94.02	Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen (promotie-onderzoek, analyse)
NIEUW PSH 94.03	Communicatie in de apotheek (ontwerpen communicatie-protocol voor hulpverlening in de apotheek; observaties en verslaglegging)

NIEUW
WIJK 94.02 Bejegening van ouderen
(video-observaties in de thuisverpleging); schrijven onderzoeksvoorstel)

P.M.
PSH 91.03 Het beloop en behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen

13. Het perspectief van de hulpvrager

Onderzoek in dit programma berust op drie pijlers:

1. Het klassieke consumenten-onderzoek naar ervaringen en preferenties van consumenten met betrekking tot verschillende vormen van hulpverlening.
2. Het oordeel van de hulpvrager over de kwaliteit van de verleende zorg.
3. Onderzoek naar ervaren gezondheid en gebruik van zorgvoorzieningen (het klassieke 'medische consumptie-onderzoek' waar de relatie tussen onwelbevinden, zelfzorg, mantelzorg en het zoeken van professionele hulp wordt bestudeerd.

Dit laatstgenoemde onderzoek vindt vooral plaats op basis van de patiënten-enquête uit de Nationale Studie; waarin 13000 mensen zijn geïnterviewd over de hierboven genoemde onderwerpen. De door bijna 90% van hen bijgehouden gezondheidsdagboeken leveren een uniek beeld van de relatie tussen onwelbevinden en het zoeken van hulp.

Bij het 'klassieke consumentenonderzoek' speelt het samen met de Consumentenbond geëxploiteerde 'Consumentenpanel Gezondheidszorg' een belangrijke rol. Tweemaal per jaar worden 1500 burgers telefonisch ondervraagd over een actueel onderwerp in de gezondheidszorg. Naast dit panel zal geprobeerd worden een 'panel chronisch zieken' op te zetten, waarvan de leden lijden aan een of meer chronische aandoeningen.

Onderzoek naar 'kwaliteit van zorg' vindt men in het vorige programma over 'bejegening' en daarnaast in het door de NWO-programma-commissie 'Kwaliteit van Zorg' (in de wandelgangen 'KWAZO') gesubsidieerde project 'Kwaliteit van thuiszorg vanuit patiënten-perspectief'.

Overzicht van de projecten

Consumentenonderzoek

VRA 86.01 Consumentenpanel
(dataverzameling en rapportage)

NIEUW
VRA 94.01 Patiëntenpanel chronisch zieken
(schrijven projectaanvraag)

NIEUW
VRA 94.02 Cumulatie-effecten van eigen bijdragen
(schrijven projectaanvraag)

P.M.
VRA 94.05 Meningen van de consument over de leiding van de bevalling

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief

VRA 92.02 De waardering van de patiënten voor hun huisarts
(stukje analyse van gegevens uit Nat. Studie, waarin oordeel patiënt over huisarts is vastgelegd; rapportage)

VRA 93.01 Kwaliteit van thuiszorg vanuit het patiëntenperspectief: meetinstrumentontwikkeling
(onderzoek uit het NWO-programma Kwaliteit van zorg; instrumentontwikkeling)

VRA 93.04 Het effectiviteitscriterium bij het maken van keuzen in de zorg
(literatuur onderzoek, schrijven artikel)

NIEUW
VRA 94.04 Kwaliteit van alternatieve therapeuten: oordelen van patienten
(schrijven projectvoorstellen)

P.M.

PSH 93.01	Kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt
PSH 93.02b	Voorlichting aan de patiënt door de diabetes verpleegkundige en diens evaluatie daarvan
VRA 93.03	Verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen

Ervaren gezondheid en medische consumptie

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 rapportage; promotie)
NAT 93.07	Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen. (rapportage)

P.M.

NAT 92.01	Gezondheid en medische consumptie van allochtonen
NAT 92.04	Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk.

14. Kwaliteit van zorg

De projecten binnen deze onderzoekslijn zijn al in de voorgaande 13 hoofdstukken beschreven. Het gaat hier dus om een nieuwe rangschikking. De uitgebreide projectbeschrijvingen vindt men (via het register waarin de projecten op nummer zijn gerangschikt) op de plaats waar ze voor de eerste maal worden behandeld.

Kwaliteit van zorg; een breed begrip dat volgens de klassieke indeling van Donabedian drie componenten telt: structuur, proces en uitkomst.

Als we afzien van de wat verwarrende structuurcomponent en ons beperken tot 'proces' en 'uitkomst', dan kunnen we daarbinnen ook nog een enkel onderscheid aanbrengen.

Ten eerste het onderscheid naar 'niveau'; als regel bestudeert men kwaliteit van zorg (we zullen dit uit piëteit met de lezer **niet** tot KWAZO afkorten) op het niveau van het **primaire proces**; de hulpverlening of de interventie.

Daarnaast is het zinvol om kwaliteit te bestuderen op het **niveau van organisaties** (wordt in de organisatie een kwaliteitssysteem gehanteerd) en zelfs op het niveau van **systemen van gezondheidszorg** (verbetering van de gezondheidszorg in Oost Europa).
Binnen elk niveau, dit geldt vooral voor de procescomponent, kan men verder weer een onderscheid maken naar twee groepen criteria: wordt kwaliteit bezien vanuit het **perspectief van de patiënt** of van de hulpvrager, of is er sprake van 'peer review', een **oordeel van de collega-hulpverleners**.
Binnen het NIVEL wordt binnen alle genoemde categorieën onderzoek verricht. Enkele voorbeelden zijn:

Niveau systeem van gezondheidszorg:
Onderzoek en advisering Oost Europa

Niveau organisatie:
Penetratie van kwaliteitssystemen in koepelorganisaties en in het 'veld' van de gezondheidszorg

Niveau primair proces: proces-onderzoek
Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult

Niveau primair proces: oordeel van de patiënt
Kwaliteit van zorg voor chronisch zieken vanuit patiënten-perspectief

Niveau primair proces; uitkomst-onderzoek
Effect van oefentherapie bij artrose

Overzicht van de projecten

Kwaliteit: systeem/organisatie-niveau

INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
SAM 94.01	New land, new town, new health care system?; evaluatie gezondheidszorg Almere
SAM 94.02	Organisatie kenmerken en kwaliteit van zorg
SAM 94.04	Evaluatie kenniscentra Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg
GGZ 93.01	Samenwerking eerstelijnsgezondheidszorg
PMED 94.04	Onderbesteding kwaliteitsbeleid paramedici

Kwaliteit: proces/bejegening

INT 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategiën
PMED 91.02	Patiënten voorlichting door diëtisten
TECH 93.03	Evaluatie automatisering thuiszorg
PSH 91.03	Beloop en behandeling van psychosociale problemen
PSH 91.08	Huisartsenzorg in vrouwen-gezondheidscentrum 'Aletta'
PSH 91.01	Praten met kinderen: psychische analyse van de communicatie met kinderen
PSH 92.02	Arts-patiënt-communicatie in Nederland en Verenigde Staten
PSH 92.03	Arts-patiënt-communicatie en kwaliteit van het consult (ook kwaliteit/patiëntenperspectief)
PSH 93.02	Communicatie internist/verpleegkundige bij regulering diabetici
PSH 94.02	Praten met kinderen
PSH 94.03	Communicatie in de apotheek
WIJK 94.02	Bejegening van ouderen

Kwaliteit: uitkomst van interventies

INT 91.03	Ziekenhuisproduktie en aanbod van ziekenhuisbedden
INT 93.02	Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts
VERL 93.02	Vergelijking kosten bevalling Nederland-buitenland
SAM 91.02	Invloed van samenwerking op de zorg van specifieke patientcategorieën
SAM 93.01	Monodisciplinaire samenwerking en het handelen van huisartsen
GGZ 89.02	Verbetering huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek
GGZ 90.02	Evaluatie consultatie volgens biopsychosociaal model
NAT 94.01	Comorbiditeit en chronische ziekte
PSH 91.01	Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling
NAT 90.05	Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg
NAT 93.08	Preventie in huisartspraktijk
NAT 93.09	Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk II
NAT 94.03	Bijwerking van geneesmiddelen
NAT 94.05	Sexe-verschillen in het voorschrijven van benzodiazepines in de huisartspraktijk
VERL 90.01	Evaluatie verloskundige samenwerkingsverbanden

VERL 94.01	Ongewenste substituties en vroegtijdige signalering stoornissen kraamzorg
VERL 94.03	Ergotherapie in de verloskundige praktijk
PMED 89.02	Effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie
PMED 89.04	Structurele aspecten van stotterbehandeling
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie
PMED 92.04	Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie
PMED 93.01	Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, BEEF II
PMED 93.04	Podotherapie bij de diabetische voet
PMED 94.01	Fysiotherapeutische behandelingen patiënten in de ....
PMED 94.04	Ergotherapie in de thuiszorg
WIJK 88.02	Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen
VERPL 94.01	Kwaliteit van leven bij verpleeghuispatiënten
TECH 93.01	Wondverzorging met geluidsgolven

Kwaliteit: patiënten-perspectief

TECH 94.03	Effecten thuiszorg technologie
VRA 93.03	Verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen (ook gepast gebruik)
VRA 94.05	Meningen patiënten over begeleiding van de bevalling
PSH 92.03	Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult
PSH 93.01	Kwaliteit arts-patiënt communicatie vanuit perspectief van de patiënt
VRA 86.01	Consumentenpanel gezondheidszorg
VRA 92.02	Waardering van de patiënten voor hun huisarts
VRA 93.01	Kwaliteit van thuiszorg vanuit het patiëntenperspectief
VRA 94.01	Patiëntenpanel chronische zieken
VRA 94.04	Kwaliteit alternatieve therapeuten: oordelen van patiënten

15. Gepast Gebruik

De term 'gepast gebruik' heeft associaties met matigheid en terughoudendheid bij de consument van zorg. Dit is ten dele misleidend, het gaat eerder om matigheid en terughoudendheid bij de 'leverancier van zorg'; de hulpverleners. Die immers is het die in zijn beslissingen voor een belangrijk deel het gebruik van zorg bepaalt.

Vooral op de huisarts - in een getrapt toegankelijk systeem de sleutel tot vele voorzieningen - is de term 'gepast gebruik' van toepassing. In Nederland kan een huisarts het zich permitteren (in tegenstelling tot vele andere landen) om niet of niet geheel aan de wensen van de patiënt tegemoet te komen; of althans deze wens ter discussie te stellen. De Nederlandse huisarts is terughoudend met voorschrijven (in 60% van de gevallen recept) en met het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek. De NHG-standaarden zijn vrijwel altijd sober en terughoudend in hun richtlijnen over behandeling.
Binnen het NIVEL-programma valt alle onderzoek naar substitutie (verwijzen) en veel onderzoek naar voorschrijven van geneesmiddelen onder 'gepast gebruik'. Onderzoek naar indicatiestelling - wie komt voor welke zorg in aanmerking en volgens welke criteria - is een typerend voorbeeld van gepast gebruik. Als men gepast gebruik in deze zin opvat dan zijn de volgende onderzoekingen als zodanig te karakteriseren.

Overzicht van de projecten

INT 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingstrategieën: een micro-model ter verklaring van (verschillen in ziekenhuisgebruik)
REL 91.01a	Verwijzingen naar gynaecologie
REL 91.01b	Verwijzingen naar interne geneeskunde
REL 91.01c	Verwijzingen naar de 'driehoek' orthopedie, reumatologie, fysiotherapie
REL 93.02	Vervolgactiviteiten en vervolgkosten na de verwijzing
SAM 90.04	Evaluatie 'fundholding' door huisartsen
VRA 93.03	Verwijzingen: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen
LINH 94.02	Verwijzingen van huisarts naar de medisch specialist
LINH 94.03	Laboratoriumdiagnostiek vanuit de huisartspraktijk
NAT 92.04	Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk
NAT 93.11	Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk
VRA 93.05	Patiënt en placebo's
NAT 89.05	Geografische variatie in ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
NAT 94.02	Huisarts in de grote stad
VRA 94.06	Determinanten van huisartsbezoek voor kinderziekten
PSH 91.03	Het beloop en behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen

REL 93.01	Honorering van (huis)artsen als sturings-instrument
SAM 94.03	Een uniform, gedifferentieerd abonnement voor huisartsenzorg
NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES)
NAT 92.01	Gezondheid en medische consumptie van allochtonen
VERL 91.02	Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)
VRA 94.07	Evoluties in plaats en leiding van de bevalling: een retrospectief onderzoek
VERL 92.02	Het werk van de verloskundige
VERL 92.03	Opzetten en begeleiden van onderzoek door en met verloskundigen
PMED 87.01	Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie
WIJK 91.01	Functiedifferentiatie in de thuiszorg, fase 2
WIJK 94.01	Werken in de gezinsverzorging
VRA 93.04	Het effectiviteitscriterium bij het maken van keuzen in de zorg
NAT 93.07	Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen.

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

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 1994 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.

Aan de NIVEL-bibliografieën komt in 1994 een einde. Met het toenemen van de kwaliteit van geautomatiseerde informatie (MEDLINE) neemt de behoefte aan aparte bibliografieën af. Wel zullen onderzoekers gericht bijgestaan worden bij het maken van overzichtsartikelen.

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 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 89.01	Thesaurus 'Gezondheidszorg' en 'Eerstelijnszorg' (continue activiteit: aanpassing en onderhoud)
BIDOC 92.01	Twintig jaar onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg (analyse en rapportage)
BIDOC 93.01	Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg (in voorbereiding)
NIEUW BIDOC 94.01	Reader Engelstalige artikelen over de Nederlandse gezondheidszorg (gebundelde uitgave over alle facetten van de Nederlandse gezondheidszorg; verzameling, selectie en publikatie)
NIEUW BIDOC 94.02	Gegevens Europese Gezondheidszorgsystemen: sheets en dia's (in voorbereiding)

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.
Een belangrijk nieuw onderdeel vormt de samenwerking met de twee 'eerste-lijns-universiteiten': de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Rijksuniversiteit Limburg. Gezamenlijk wordt geprobeerd een onderzoeksschool 'extramurale gezondheidszorg' op te zetten door afstemming van de verschillende onderzoeksprogramma's en uitwisseling van cursussen en promovendi.

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 zesde editie toe, het eerste lustrum, en wordt ditmaal in Kopenhagen gehouden. Het NIVEL is de organisator samen met de Universiteit van Kopenhagen.

Overzicht van de activiteiten

NIEUW ALG 94.01	The Sixth European Conference on Health Services Research and Public Health (mede-organisator conferentie Kopenhagen)
NIEUW ALG 94.02	Integratie onderzoeksprogramma's Extramurale Zorg Rijksuniversiteit Limburg, Vrije Universiteit Amsterdam en NIVEL
NIEUW ALG 94.03	Cursus Internationaal Gezondheidszorgbeleid (in het kader van de Onderzoeksschool EXTRA)
NIEUW ALG 94.04	De positie van vrouwen in besturen van gezondheidszorgorganisaties

5. ALGEMENE INFORMATIE

Voor informatie over het NIVEL, alsmede over het onderzoek dat op het NIVEL wordt verricht, kunt u terecht bij een van de onderstaande personen:

Bestuur:

Drs. Cl. Olthoff	voorzitter
Drs. R.W. Lubbers	secretaris
Mr. S.I.M. Bless	penningmeester

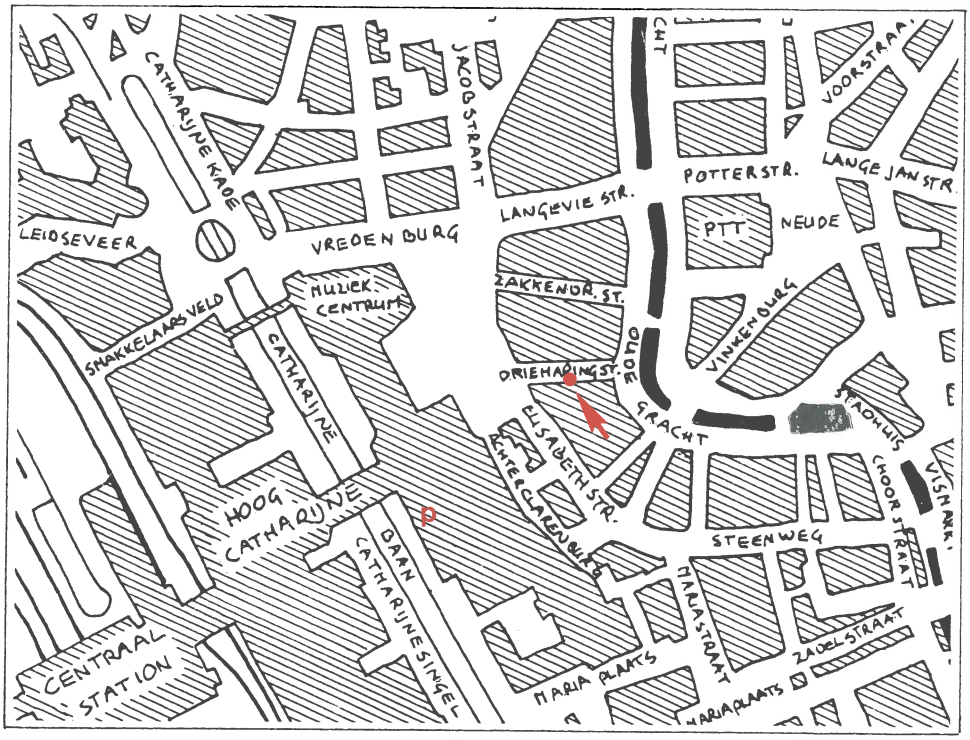
Management:

Mw. prof.dr. J.M. Bensing	directeur externe betrekkingen
Prof.dr. J. van der Zee	directeur algemene zaken
Prof.dr. P.P. Groenewegen	hoofd onderzoeksafdeling I
Dr. P.F.M. Verhaak	hoofd onderzoeksafdeling II
T.J.M. de Jong	hoofd algemene zaken

Projectleiders:

Prof.dr. J. van der Zee/ Prof.dr. P.P. Groenewegen	Internationaal vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Vacature	Relatie tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (REL)
W.J. Meijer, arts-epidemioloog	Verloskundige zorg (VERL)
Dr. D.H. de Bakker	Samenhang en samenhangwerking (SAM)
J. van der Velden, arts-epidemioloog	Vraag/aanbod relatie in de huisartspraktijk (NAT)
Mw. dr. A. Kerkstra	Extramurale verpleging (WIJK)
Dr.ir. R.D. Friele	Thuiszorgtechnologie (TECH)
Dr. P.F.M. Verhaak	Hulpverleningsprocessen/Eerstelijn en GGZ
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg
Dr. J. Dekker	Paramedische beroepen (PMED)
Drs. L. Peters/Mw. dr. M. Foets	Hulpvraag en hulpvrager in de eerste lijn (VRA)
Mw. A.K. de Leeuw	Coördinator Bibliotheek en documentatie

HOE BEREIKT U HET NIVEL

Per trein:
Vanaf het Centraal Station is het NIVEL lopend te bereiken. U neemt in Hoog Catharijne de uitgang 'Clarenburg'.

Per auto:
In de stad Utrecht volgt u (vanuit alle richtingen) de borden 'centrum'. De parkeergarage die het dichtst bij het NIVEL ligt is parkeergarage 'Vredenburg' onder Hoog Catharijne (uitgang Vredenburg).