

# **WERKPLAN 1995-1996**

## **deel 1**

**NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg**

**Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht**

**Bezoekadres: Drieharingstraat 6 - Utrecht**

**Telefoon : 030-319946**

**Telefax : 030-319290**



# INHOUD

<b>VOORWOORD</b>	5
<b>1. INLEIDING</b>	7
<b>2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN</b>	23
1. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg	25
2. Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit	30
3. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	32
4. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg	35
5. Beroepen in de gezondheidszorg	36
6. Huisartsgeneeskundige zorg	40
7. Verloskundige zorg	46
8. Paramedische zorg	48
9. Extramurale verpleging en verzorging	52
10. Verpleeghuis- en aanverwante zorg	54
11. Thuiszorgtechnologie	55
12. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt	58
13. Het perspectief van de hulpvrager	59
14. Kwaliteit van zorg	62
15. Doelmatigheid en gepast gebruik	64
16. Geneesmiddelenvoorziening	66
<b>3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE</b>	68
<b>4. OVERIGE ACTIVITEITEN</b>	71
<b>5. ALGEMENE INFORMATIE</b>	72



## VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1995/1996 van het NIVEL; het eerste waarin de naam NIVEL niet meer staat voor Nederlands instituut voor onderzoek van de **eerstelijns**gezondheidszorg maar van de gezondheidszorg als geheel.

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

## 1.1 Algemene Ontwikkelingen

In dit deel van de inleiding worden algemene ontwikkelingen beschreven die het NIVEL-werkprogramma 1995-1996 hebben beïnvloed en worden enkele hoofdonderwerpen nader belicht.

### Gezondheidsbeleid anno 1995

Volgens de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de Nederlandse gezondheidszorg 'af' en behoeft er alleen nog onderhoud te worden gepleegd. Na alle jaren van grootse plannen is dit een nuchter en verfrissend geluid. Niettemin omvat dit onderhoudswerk enige ingrijpende 'klussen', zoals de organisatie en financiering van de ouderenzorg in brede zin (verpleeghuizen, bejaardenoorden, thuiszorg, woon-zorg combinaties), het integreren van specialisten in de ziekenhuisbudgetten en de ziekenhuisorganisatie en het ordenen van de geneesmiddelenvoorziening.

Niet te ontkennen valt dat de Nederlandse gezondheidszorg halverwege een ambitieus veranderingsprogramma is vastgelopen; op sommige plaatsen, zoals bij de zorgverzekeraars, heeft, vooruitlopend op de definitieve herziening, een enorme schaalvergroting en concentratie plaatsgevonden. Een blijvende verschuiving van het machtsevenwicht in de gezondheidszorg zal hiervan het gevolg zijn.

Ook het eerst in de AWBZ brengen van geneesmiddelen en het voornemen dit ongedaan te maken, mag dan onder 'beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald' vallen, beleidsmatig is dit niet fraai; het valt bovendien te verwachten dat de kosten van geneesmiddelen blijvend hoger zullen zijn.

Kortom, de minister zal de handen vol hebben aan het voorgenomen onderhoudswerk. Ondersteuning door onderzoek moge daarbij van pas komen.

Richtinggevend hierbij is het rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg: Gedeelde Zorg; Betere Zorg, waarin gesteld wordt dat de positie van de huisarts als 'poortwachter' (verder) dient te worden versterkt, de positie van de specialist ten opzichte van de ziekenhuis-organisatie dient te worden verbeterd, de sterk op verrichtingen gestoelde honorering van specialisten zou moeten plaatsmaken voor een honorering die ruimte geeft voor niet zo zeer aan verrichtingen maar aan aandacht en tijd gerelateerde honoreringwijze ('Kijk en Luistergeld') en tenslotte, dat 'transmurale zorg' tussen generalistische en specialistische zorg voor 'zorg op maat' dient te zorgen, opdat, zo stelt de Commissie, de curatieve zorg functionere als een soepel lopend raderwerk. Het rapport bouwt voort op een baanbrekend rapport van de Gezondheidsraad uit 1991: 'Medisch handelen op een twee-

sprong' en geeft vorm aan de sinds de Commissie Dunning verscherpte vraag naar doelmatigheid van het medisch en verpleegkundig handelen.

Nu verschijnen er in de gezondheidszorg wel vaker rapporten van commissies; het bijzondere aan dit rapport is echter de juiste toon en de goede timing. Het is goed ontvangen door alle 'partijen'; men is bereid om op basis van het rapport serieus te overleggen<sup>1</sup> over een nieuwe verhouding tussen medische staf en ziekenhuisdirectie en over specialisten-honorering die het eerder stimuleert om 'tijd' aan de patiënt te besteden dan allerlei met name diagnostische, verrichtingen uit te voeren.

Naast de al genoemde aandacht voor de hardnekkige geneesmiddelenproblematiek, zal de komende kabinetsperiode dus vooral aandacht zijn voor de verhouding huisarts-specialist-ziekenhuis. Traditionele verhoudingen zullen ingrijpend wijzigen; de huisarts zal wellicht als budget-houder een geheel andere relatie krijgen met de specialist-met-management-verantwoordelijkheid, dan nu met het uitwisselen van verwijskaarten en specialistenbrieven het geval is.

In dit beeld past geen typisch 'eerstelijnsinstituut'<sup>2</sup> meer; het NIVEL heeft zijn statuten veranderd en zijn doelstellingen verbreed om beter te kunnen inspelen op de veranderde en nog verder te veranderen omstandigheden.

### **Missieverbreiding en statutenwijziging**

Met het wijzigen van zijn statuten en het formeel verbreden van de missie van **eerstelijnsgezondheidszorg** naar gezondheidszorg in het algemeen schaarst het NIVEL zich in het rijtje ANWB (Algemene Nederlandse Wielrijders Bond) VARA (Vereniging van Arbeiders Radio Amateurs) en VPRO (Vrijzinnig Protestantse Radio Omroep), kortom van organisaties waarvan de afkorting de oorspronkelijke lading niet meer (geheel) dekt.

Eenzijds betreft het hier een consolidatie van reeds gerealiseerde uitbreidingen, zoals op het gebied van de verpleeghuiszorg en het onderzoek naar 'kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg', anderzijds loopt het NIVEL met een statutenverbreding vooruit op nieuwe activiteiten zoals het (kritisch) volgen ('monitorren' heet dat in het jargon) van ontwikkelingen in de gezondheidszorg met behulp van panels van consumenten en geselecteerde groepen chronisch zieken.

Het denken in functionele termen in plaats van in termen van 'voorzieningen', dat vooral in de sector 'verpleging en verzorging' sterke verbreiding heeft gevonden, ligt aan de missieverbreiding ten grondslag.

---

<sup>1</sup> Dat betekent nog niet dat partijen 'eruit komen'; eind okt 1994 verkeerden de onderhandelingen in een impasse

<sup>2</sup> ook geen typisch 'ziekenhuisinstituut'; het NZi wijzigde al eerder zijn statuten



Voor het NIVEL blijft de 'eerstelijns', dat wil zeggen, de rechtstreeks, zonder verwijzing, machtiging of voorschrift toegankelijke zorg, de kern en de basis van zijn activiteiten vormen. Daar ligt de expertise en het complexe relatiernetwerk waarin het instituut verkeert.

Niettemin zijn er onderwerpen, zoals 'kwaliteit van zorg' die moeilijk binnen het keurslijf van de echelonnering te persen zijn. Bij andere onderwerpen, zoals paramedische zorg, die zijn patiënten zowel van huisartsen als specialisten krijgt, valt een onnatuurlijke beperking weg. Op weer ander gebied, zoals onderzoek naar bejegening van de patiënt, is de in de eerste lijn opgedane kennis en ervaring onmiddellijk toepasbaar en wordt de vraag naar toepassingen acuut gevoeld en tenslotte, maar niet in het minst, is in de gezondheidszorg het begrip 'transmuraal' een realiteit en geen hersenschim.

De uitbreiding van de missie van het NIVEL zal geleidelijk zijn en bovendien zal een nieuw evenwicht tussen de activiteiten van het NZi (Nationaal Ziekenhuisinstituut) en die van het NIVEL moeten worden gevonden.

Op het moment dat dit werkplan wordt geschreven is er een schriftelijke toezegging van het Ministerie van VWS dat men akkoord gaat met de missie-uitbreiding en dat er geld beschikbaar is om gedurende drie jaren een nieuw te formuleren aanvullend programma van onderzoek uit te voeren. Het programma dient te passen binnen en aan te sluiten op de beleidsaanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. In dit werkplan is met een '●' aangegeven welke projecten binnen dit programma vallen. Het onderzoeksprogramma voor de missie-uitbreiding bevat het gehele gebied van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg, dat wil zeggen zowel onderzoek naar huisarts als naar specialist en transmurale zorg, waarbij twee lijnen van onderzoek te onderscheiden zijn:

1. 'Kijk- en Luistergeld'; een serie onderzoeken die de invloed van wijzigingen in de honorering van specialisten bestuderen op het gebruik van zorg en de bejegening van de patiënt;
2. een continue monitoring van veranderingen in het beleid met behulp van bijvoorbeeld een panel van chronisch zieken, die men als 'grootgebruikers' kan betitelen.

In het onderdeel 'Transmurale Zorg' wordt vergeleken wat de effecten zijn van verpleegkundige zorg geleverd vanuit ziekenhuizen en verpleeghuizen en de eerstelijns.

Veel aandacht voor missieverbreiding en statutenwijziging doet onrecht aan het gegeven dat de kern van de activiteiten van het NIVEL de 'eerstelijns' betreft, waarbinnen de huisarts een zeer belangrijke plaats inneemt.

### **Informatiesysteem huisartspraktijk**

In het vorige werkprogramma werd bezorgd gemeld dat de informatieverzameling in de huisartspraktijk dreigde ondergeschikt te worden aan de vraag

over de zeggenschap over de informatie. Sindsdien hebben zich echter enkele ontwikkelingen voorgedaan die tot een voorzichtig optimisme aanleiding geven.

De eerste ontwikkeling betreft het belang dat de overheid aan informatie uit de huisartspraktijk hecht. Was er tot voor kort de neiging ('terugtrekkende overheid') om dit (en de financiering ervan) een zaak voor 'partijen' te vinden, de prominente rol van informatie uit de huisartspraktijk in de door het RIVM geproduceerde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) heeft duidelijk gemaakt dat er een duidelijk overheidsbelang ligt bij goede en betrouwbare informatie over ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Deze informatiebehoefte is deels inhoudelijk van aard en gericht op incidentie en prevalentie van ziekten onder de bevolking. In plaats van rechtstreekse metingen (of, liever gezegd, naast rechtstreekse metingen) kiest men voor het vaststellen van de morbiditeit zoals gepresenteerd bij het eerste contact met de professioneel medische hulpverlening. De huisarts staat dicht bij de bevolking, heeft een goed zicht op wat voor ziekten en problemen zich daar afspelen en geeft een professioneel oordeel, dat de basis van morbiditeitsstatistieken kan vormen. Een tweede aandachtspunt voor het RIVM betreft de vraag welke consequenties de presentatie van een bepaald gezondheidsprobleem bij de huisarts heeft voor het beslag op gezondheidszorgvoorzieningen. Er kan een zekere strijdigheid zitten in beide hierboven geformuleerde doeleinden; wil men het 'zorgbeslag' vaststellen dan dient men de werkelijkheid in de huisartspraktijk zo natuurgetrouw mogelijk weer te geven, waarbij men in een aantal gevallen genoeg zal moeten nemen met klachten en symptomen in plaats van gevalideerde diagnoses.

Wil men met meer zekerheid iets over de aard van de aandoeningen kunnen zeggen, dan zijn definities en criteria ook van belang; voor zover deze überhaupt te rijmen zijn met de typische werkwijze van de huisarts. Het is goed denkbaar om beide vereisten in één, groter, design te incorporeren, waarbij dan nog het voordeel is dat beide wijzen van aanpak elkaar kunnen corrigeren en aanvullen.

### **Kwaliteit van zorg**

Het thema 'Kwaliteit van zorg' is één van de onderwerpen waaruit de verbreding van de missie van het instituut kan worden afgeleid. Vanaf het begin is bijvoorbeeld onderzoek naar kwaliteitssystemen verricht onder alle (koepel)organisaties in de gezondheidszorg, dus niet alleen de eerstelijnsorganisaties.

Ook doet het NIVEL het nodige onderzoek in het NWO-programma 'Kwaliteit van Zorg' (KWAZO).

Onderzoek naar kwaliteit van zorg vindt op drie gebieden plaats:

- 1) onderzoek naar 'kwaliteitssystemen' in (koepel-)organisaties
- 2) onderzoek naar kwaliteitsprocessen bij beroepsbeoefenaren

- 3) onderzoek naar kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker van zorgvoorzieningen.

#### *Kwaliteitssystemen in organisaties*

Er is een duidelijke progressie in dit onderzoeksprogramma; van een globale inventarisatie bij de koepelorganisaties via een beschrijving van voorbeeldprojecten naar een beschrijving van de toepassing van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. In een volgende fase van het onderzoek zullen ook kenmerken van de organisaties worden opgenomen als determinanten van de mate waarin integrale kwaliteitszorg wordt toegepast. In 1995 zal het vijf jaar geleden zijn, dat de zgn 'Leidschendam'-conferenties plaatsvonden, waar de koepelorganisaties in de gezondheidszorg vastlegden, dat ze de introductie van kwaliteitssystemen zouden gaan stimuleren. Het NIVEL zal ten behoeve van deze lustrumviering weergeven wat de stand van zaken vijf jaar later is.

#### *Kwaliteitsprocessen bij beroepsbeoefenaren*

Kwaliteitssystemen en integrale kwaliteitszorg zijn typisch begrippen uit de organisatiewereld; onderlinge toetsing, geaccrediteerde na- en bijscholing, standaarden, stammen uit het domein van de professionals. Binnen het NIVEL is er een jarenlange traditie van onderzoek naar communicatie en bejegening. Daarnaast bevat het, samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) ontwikkelde, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) een 'module', die het huisartsen mogelijk maakt om, desgewenst, bij de presentatie van een probleem in de huisartspraktijk de desbetreffende NHG-standaard op te roepen. Het NIVEL zet op beide terreinen het onderzoek voort.

#### *Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief*

In het 'kwaliteitsdenken' neemt de evaluatie door de 'gebruiker' van gezondheidszorgvoorzieningen een steeds belangrijker plaats in. Binnen het NWO-programma 'Kwaliteit van Zorg' wordt door het NIVEL gewerkt aan het ontwikkelen van meetinstrumenten gericht op het kwaliteitsoordeel binnen en tussen verschillende groepen chronisch zieken.

In het samen met de Consumentenbond opgezette en geëxploiteerde 'Consumentenpanel Gezondheidszorg' beschikt het NIVEL over een krachtig evaluatiegereedschap, waarvan het gebruik niet tot de 'eerstelijns' beperkt hoeft te blijven. Een dergelijk 'consumentenpanel' heeft echter één nadeel (uit onderzoeksoogpunt): de meeste mensen zijn gezond. Het panel zou erg omvangrijk moeten zijn om substantiële groepen mensen met verschillende chronische aandoeningen te omvatten. Daarom is besloten om, naast het 'Consumentenpanel Gezondheidszorg' een panel van chronisch zieken en gehandicapten op te zetten; het 'Chronisch Zieken Panel'. Met behulp van dit

panel waarvoor de Nationale Commissie Chronisch Zieken belangstelling heeft, kan veel specifiek nagegaan worden hoe bijvoorbeeld cumulatieve effecten van eigen bijdragen voor deze groepen uitvallen. Een panel van chronisch zieken en gehandicapten zal een krachtig evaluatie-instrument vormen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de patiënt.

Alle bestaande en nieuwe projecten, die binnen het thema 'Kwaliteit van Zorg' kunnen worden gebracht zijn in een aparte paragraaf (zie pag. 62) samengevat.

### **Doelmatigheid en Gepast Gebruik**

De nota van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong' kan gezien worden als één groot pleidooi voor doelmatig handelen in de gezondheidszorg. Het rapport bevat een duidelijke waarschuwing (vandaar het begrip 'tweesprong'): als medici niet zelf het initiatief nemen om de doelmatigheid van het medisch handelen te toetsen, dan doen anderen het wel voor hen.

De Commissie Dunning bouwde voort op de visie van de Gezondheidsraad en sindsdien is de 'Trechter van Dunning' een standaard gebruiksvoorwerp in de gezondheidszorg geworden.

Er is een breed gedragen gevoel dat niet alleen nieuwe interventies in de gezondheidszorg pas moeten worden ingevoerd en in het publieke verzekeringsstelsel moeten worden opgenomen als de doelmatigheid<sup>3</sup> ervan bewezen is, maar deze zelfde stringentie ook zou moeten worden toegepast op het bestaande pakket. Even afgezien van de vraag of de onderstelde rationaliteit van het handelen van aanbieders en gebruikers van gezondheidszorg wel zo groot is (dat is hij zeker niet, maar er is toch wel een harde kern van rationaliteit te constateren), vormt een dergelijke consensus een goed uitgangspunt voor onderzoek.

Het is bovendien duidelijk dat doelmatigheid van twee kanten moet komen: de term 'Gepast gebruik' suggereert dat gebruikers van gezondheidszorg gestimuleerd moeten worden om zich niet teveel als ongeremde 'consument' te gedragen, voor zover, althans, van mensen verwacht kan worden dat ze over voldoende informatie en inzicht beschikken om verantwoorde keuzen te maken.

Evenals bij 'kwaliteit van zorg' zijn alle projecten in het werkprogramma die met 'doelmatigheid' en 'gepast gebruik' van doen hebben in een aparte paragraaf gegroepeerd (zie pag 64).

---

<sup>3</sup> Het gaat hier niet alleen om de werkzaamheid van een interventie onder strikt gecontroleerde omstandigheden, maar ook om de werkzaamheid in de praktijk van alledag

## **Geneesmiddelenvoorziening**

Nederland heeft geen gelukkige hand van organiseren van de geneesmiddelenvoorzieningen. Aan de voorschrijvers ligt het niet of nauwelijks; Nederlandse huisartsen behoren bijvoorbeeld tot de meest terughoudende in Europa. De prijzen zijn vergeleken met landen als België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk erg hoog. Nog niet zo lang geleden konden we naar Duitsland verwijzen, waar de prijzen ook hoog waren, maar het aantal voorgeschreven geneesmiddelen ook veel hoger was dan bij ons, maar de Duitsers hebben met hun 'ijkprijzensysteem' in tegenstelling tot Nederland wel degelijk succes gehad in het beheersen van de stijging van de kosten van geneesmiddelen.

Partijen slagen er niet in om vrijwillig tot bruikbare afspraken te komen en het eerst in de AWBZ brengen van de geneesmiddelen, waarmee het beter verdienende deel der natie<sup>4</sup> een ongevraagd douceurtje kreeg, en het er nu weer uithalen is ook al niet bevorderlijk voor een reductie van de kosten.

Geneesmiddelen vormen een serieus aandachtspunt voor de minister van Volksgezondheid en (dus) ook een relevant onderzoeksthema voor het NIVEL. In een aparte paragraaf (zie pag. 66) zijn alle projecten uit het werkplan op dit gebied bij elkaar geplaatst.

### **1.2. De positie van het NIVEL tussen 'Veld', 'Beleid' en 'Wetenschap'**

In het tweede deel van de inleiding komt de positie van het NIVEL aan de orde, het soort onderzoek dat wordt verricht en wordt uiteengezet hoe het werkprogramma tot stand komt.

### **Missie en doelstellingen van het instituut**

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de **eerstelijnsgezondheidszorg** (NIVEL) begon zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Met het veranderen van de statuten en het verbreden van de grondslag is er aan dit 'eerstelijnsinstituut' formeel een einde gekomen na bijna 10 jaar te hebben bestaan. 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 eerstelijnsgezondheidszorg. 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 huidige statutenwijziging heeft tot dusver slechts beperkte gevolgen gehad voor de bestuurssa-

---

<sup>4</sup> althans het deel van de particulier verzekerden met eigen risico of zonder verzekering voor huisartsenhulp

menstelling: de vertegenwoordiger van de gezondheidscentra heeft plaats gemaakt voor een representant van de verpleeghuissector.

De statutaire doelstelling van de Stichting NIVEL luidt: *'het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over structuur en functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, mede in relatie tot andere maatschappelijke sectoren. Daarbij oriënteert zij zich vanuit een 'primary care based' positie zowel op de hulpvragers als de hulpverleners'.*

Wat betreft de middelen die het NIVEL (statutair) ten dienste staan om zijn doelstelling te bereiken is er niets veranderd; deze blijven:

- het verrichten van wetenschappelijk onderzoek;
- het beheer van registratiesystemen en het produceren van (statistische) gegevens hieruit;
- het beheer van een openbaar toegankelijke bibliotheek en documentatieafdeling;
- 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).

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.

Schema 1:

## Domein van het gezondheidszorgonderzoek



Kenmerkend voor 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 gezondheidszorg-onderzoek.

### **Het NIVEL als nationaal, niet-universitair instituut**

De positie van het NIVEL kenmerkt zich door zijn nationale karakter dichtbij het Ministerie van VWS en zijn adviesorganen (met name de Ziekenfondsraad, de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor Gezondheidsonderzoek en de Raad to end all Raden, die deze bestaande adviesstructuur zal vervangen) 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.

Nu in de universitaire wereld vrijwel al het onderzoek gebundeld wordt in omvangrijke 'onderzoekscholen', heeft het NIVEL zijn banden met de academische wereld aangehaald door te gaan participeren in de 'Onderzoekschool CARE' een samenwerkingsverband van de Rijksuniversiteit Limburg, de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen. Samen met het NIVEL vormen de deelnemende instituten een krachtige bundeling van onderzoekscapaciteit met opleidingsprogramma's voor onderzoekers-in-opleiding op het gebied van preventie en extramurale gezondheidszorg.

Het beeld van het NIVEL, dat hierboven wordt geschetst klopt nog wel, maar zal de komende tijd veranderen. Er wordt door het ministerie van VWS een organisatie opgericht (de PEO-organisatie: Projecten, Experimenten en Onderzoeks-organisatie), die een intermediaire functie gaat vervullen tussen het overheidsbeleid en de onderzoekswereld. Het doel van de organisatie is om het beleid te vertalen in onderzoeksprogramma's en de onderzoeksresultaten weer in voor het beleid bruikbare aanbevelingen. De instelling van deze organisatie is niet onomstreden; veel zal afhangen van de mate waarin zij er in zal slagen om flexibel en slagvaardig het beleid van dienst te zijn. Onderzoek en beleid hebben een wezenlijk ander tempo, die de PEO-organisatie niet alleen zal moeten respecteren maar ook combineren.

Binnen het 'eerstelijns onderzoek' had het NIVEL, vanwege zijn nationale functie, als bijzondere taak overzichten te verschaffen over wat er op het onderzoeksterrein gebeurt. Die taak werd vervuld door het beheer van het Registratiesysteem van lopend Wetenschappelijk Onderzoek in en over de eerstelijns (dat sinds 1972 bestaat), door het systematisch vervaardigen van bibliografische overzichten, 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 (eerstelijns)gezondheidszorg, 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'. Het nieuwe panel 'chronisch zieken' vormt een logische voortzetting van dit beleid.

Het is echter niet denkbaar, dat het NIVEL deze informatiefunctie gaat vervullen op het gehele gebied van de somatische gezondheidszorg. De bestaande informatiesystemen, zoals deze door NZi (Nationaal Ziekenhuisinstituut) en SIG (Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg)



worden beheerd, moeten gewoon blijven waar ze zijn. Hier ligt de kracht in samenwerking en het produceren van gezamenlijke overzichten over het totaal van de (somatische) gezondheidszorg. In 1994 kwamen twee van dit type overzichten gereed: een met het NZi opgestelde achtergrondstudie voor de Commissie Modernisering Curatieve Zorg en een voor het Ministerie van WVC/WVS vervaardigd 'brancherapport' Verpleging en Verzorging.

Internationaal gezien wordt de positie van het NIVEL als nationaal instituut steeds belangrijker. De Engelse titel van het instituut blijft gewoon 'NIVEL, Netherlands Institute of Primary Health Care'. Zo staat het instituut in het buitenland bekend. 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 VWS) 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 werkerterrein (gezondheidszorgonderzoek) 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 NcGv (Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid), het NZi (het Nationaal Ziekenhuisinstituut) en het TNO-Instituut Preventie en Gezondheidszorg (TNO-PG). Deze vier instituten werken al een aantal jaren samen, o.a. op het terrein van bibliotheek en documentatie. De onderlinge taakverdeling tussen de instituten is onder druk komen te staan doordat het echelonneringsbegrip (waarop de indeling in vier instituten mede was gebaseerd) in het beleid 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, zoals in deel 1 van de inleiding al is vermeld.

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. Niet altijd of, liever gezegd, vaak, 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: het verrichten van 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 volumebeleid)
- 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; 'Doelmatigheid en '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 VWS (DG Volksgezondheid), de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals Ziekenfondsraad en Nationale Raad voor de Volksge-

zondheid, de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg (van oudsher vooral eerstelijnsorganisaties, zoals huisartsen, gezondheidscentra, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleging en verzorging, maar nu ook medisch specialisten en intramuraal werkzame verpleegkundigen), daarbij komen nu de verschillende koepelorganisaties in de intramurale sector, zoals NZf (de superkoepel), NVVZ (verpleeghuizen), NVZ (ziekenhuizen) enz., Zorgverzekeraars (nu in één organisatie) en, niet te vergeten, patiënten- en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde. Daarnaast genereert het lopende onderzoek ook vervolgvragen. Voor een goede wetenschapsontwikkeling is het van belang dat onderzoekers ook hun werk kunnen verdiepen. Het is een beetje een karikatuur dat een onderzoeksrapport wordt afgesloten met de roep om 'meer onderzoek', maar het valt niet te ontkennen, dat het opwerpen van nieuwe vragen een essentieel kenmerk van het wetenschappelijk bedrijf is.

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 NWO-programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg', de Nationale Commissie Chronische Ziekten, de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde (Ziekenfondsraad/O&W) en verschillende programma's op Europees gebied. Met de aanvaarding en ratificatie van het verdrag van Maastricht heeft 'gezondheid' een plaats op de Europese agenda gekregen. Het in Luxemburg gevestigde DG V richt zich vooral op de klassieke public health en primaire preventie en is druk bezig met het formuleren van een onderzoeksbeleid. Dit zal enige fricties geven met DG XII, het DG voor wetenschap en technologie.

Met name voor internationaal vergelijkend onderzoek vormen deze Europese competitities 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**

Tot dusver heeft het NIVEL zich mondjesmaat en voorzichtig van zijn nieuwe taken gekweten, mede in afwachting van de afloop van het debat om de verhouding tussen missie-uitbreiding en middelen-toewijzing. Daar waar eenvoudigweg raakvlakken met het werk van huisarts of wijkverpleegkundige te vinden waren, werden verkennende studies uitgevoerd, zoals naar 'verwijzingen naar interne geneeskunde'.

Op andere plaatsen was de uitbreiding van activiteiten minder bescheiden, zoals bij het onderzoeksprogramma verpleeghuis- en aanverwante zorg en onderzoek naar ontwikkeling en toepassing van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg en samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg.

Echter, in dit werkprogramma wordt de uitdaging aanvaard en wel op drie punten: ten eerste door de opzet van een panel van chronisch zieken en gehandicapten, dat, naast het bestaande Consumentenpanel Gezondheidszorg, een permanente evaluatiemogelijkheid van beleidsmaatregelen in de gezondheidszorg biedt, ten tweede door het formuleren van het programma 'Kijk- en Luistergeld', waarin de invloed van economische en organisatorische randvoorwaarden, zoals honorering en tarifiering, op het gedrag van (met name) specialisten wordt bestudeerd en op de beleving en het doelmatig gebruik van zorg door de patiënt. Het gaat bij dit laatste punt om een combinatie van onderzoek naar structuur en organisatie enerzijds en bejegening anderzijds.

Ten derde wordt een programma ontwikkeld op het gebied van Transmurale Verpleging en Paramedische zorg.

Daarnaast vindt men de nodige continuïteit in het programma:

- verder onderzoek naar functiedifferentiatie in de thuiszorg
- afronden van de eerste fase van het onderzoeksprogramma paramedische beroepen (zowel bij fysiotherapie als ook bij logopedie en ergotherapie)
- wetenschappelijk oogsten uit het enorme en rijke gegevensbestand van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
- het afronden van het onderzoeksprogramma Thuiszorgtechnologie
- het uitbouwen van het themagebied verloskundige zorg.

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject; 1995 is de 26e jaargang en het ziet er naar uit dat het peilstationsprogramma structurele financiering krijgt. De tijd is nog niet rijp voor een samensmelten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) met het peilstationsproject; dat moet op een termijn van een jaar of drie nader worden bezien.

De traditie van het NIVEL om congressen te organiseren wordt in 1995 ingevuld met verschillende plannen: zo komt er een nationale presentatie van

het Thuiszorgtechnologieprogramma en een symposium over (falende) prognoses van het aantal beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Internationaal zullen de resultaten van de door de EG gefinancierde studie over praktijkprofielen van huisartsen worden gepresenteerd.

## 2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN

### Inleiding

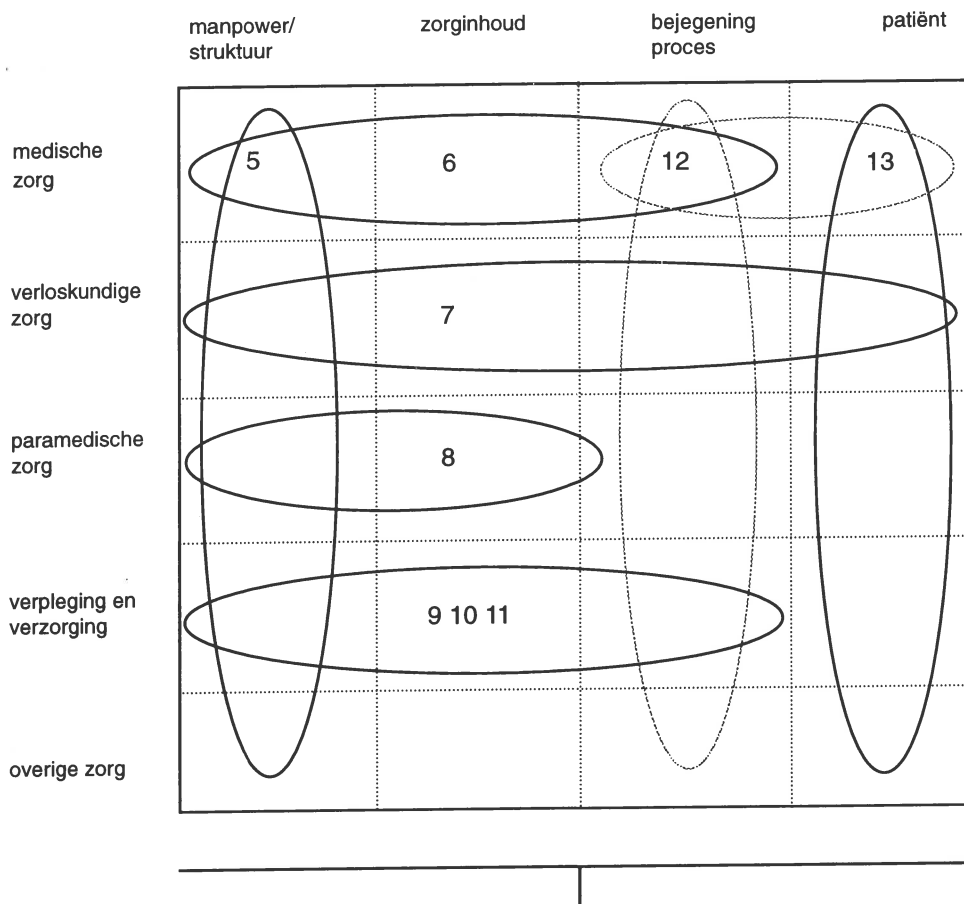
Het onderzoeksprogramma van het NIVEL laat zich met enige goede wil in een schema vastleggen. Centraal staan de verschillende zorggebieden:

- 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** tussen de verschillende onderdelen van deze matrix bestuderen of de **substitutie** tussen de verschillende onderdelen en tussen de direct toegankelijke zorg (de eerstelijns) 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. Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit
3. Relatie huisarts/specialist/ziekenhuis
4. Relatie somatische en geestelijke gezondheidszorg



Onderzoekslijnen vindt men in verschillende stukken van de matrix; soms in een rij (onderzoek paramedische zorg) soms in een kolom (manpowerstudies), 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: organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit
  3. onderzoek naar samenhang, samenwerking en substitutie in de gezondheidszorg: relatie huisarts/specialist/ziekenhuis
  4. onderzoek naar samenhang, samenwerking en substitutie binnen de gezondheidszorg: relatie somatische en geestelijke gezondheidszorg
  5. manpowerstudies
  6. huisartsgeneeskundige zorg
  7. verloskundige zorg (werk en randvoorwaarden)
  8. paramedische zorg (werk en randvoorwaarden)
  9. verpleging en verzorging (werk, bejegening en randvoorwaarden), met aparte programma's voor:
    10. verpleeg- en verzorgingshuizen
    11. thuiszorgtechnologie
  12. hulpverleningsprocessen/bejegening
  13. patiënt/consument/hulpvraag
- Dwars daarop kan men de onderzoeken nog in drie andere programma's indelen:
14. kwaliteit van zorg
  15. gepast gebruik
  16. geneesmiddelenvoorziening

Het eerste deel van het werkprogramma bevat een korte inleiding op de programma's en een opsomming van de projecten plus een summiere beschrijving van de inhoud/weergave van de activiteiten. In deel II van het werkprogramma vindt men de uitgebreidere projectbeschrijvingen. De indeling in programma's loopt slechts ten dele parallel aan de indeling in themagebieden. Ieder project valt onder een van de projectleiders, die verantwoordelijk is voor de uitvoering.

Als er bij een project een '●' vermeld staat, wil dat zeggen dat het betreffende project deel uit maakt van het onderzoeksprogramma voor de missie-uitbreiding.

### **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. Sterker nog, ook de staatsgezondheidsdiensten in West-Europa zijn vrijwel alle in diepgaande staat van hervorming geraakt. Begrippen als 'personal doctor' 'continue en persoonlijke zorg' worden nu belangrijker gevonden dan perfect passende organisatorische blauwdrukken.

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 oud-staatssecretaris Simons (wiens inspiratie voor een belangrijk deel uit de VS stamde). De plannen lijken echter anno 1994 te verzanden in een moeras van administratieve en politieke compromissen. De Amerikaanse afkeer van federale interventies lijkt het te winnen van het gevoel dat dit 'roer om moet'.

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 patiënten-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. Daarbij is informatie over de positie en organisatie van de specialistische zorg en de ziekenhuissector onontbeerlijk. 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.

In het internationaal vergelijkend onderzoek is netwerkvorming onmisbaar. In een aantal gevallen is een subsidie-aanvraag alleen mogelijk als die uitgaat van een samenwerkingsverband van verschillende instituten. In verschillende nu lopende onderzoeken is ervaring opgedaan met de netwerkvorming. Eén van de nieuwe projecten in dit werkplan is speciaal gericht op de opbouw van een netwerk in de niet tot de EU behorende landen rond de Middellandse Zee, waarvoor in het kader van het Avicenne-initiatief waarschijnlijk op afzienbare termijn weer projecten kunnen worden ingediend.

## **Overzicht van de projecten**

Afgevoerde projecten:

VERL 93.02      Vergelijking van de kosten van een bevalling in Nederland en in het buitenland  
(geen subsidiemogelijkheden)

Lopende 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 Ziekenhuisproductie 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 Hongarije; indienen nieuwe voorstellen)
- WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?  
(systematische vergelijking van essentiële kenmerken van de huisartsenzorg in Nederland met contrasterende buitenland; uitvoering bij verkrijgen subsidie)
- WHO INT 93.03 Regionale variaties in ziekenhuisvoorzieningen en alternatieven voor hospitalisatie: een beschrijving en verklaring van verschillen binnen en tussen landen  
(beschrijving en analyse van verschillen in aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen)
- INT 94.02 Burn-out bij verloskundigen; een Nederlands-Duitse vergelijking  
(vergelijking dienstverband en ondergeschikte positie met vrij beroep; analyse en rapportage)
- WHO INT 94.03 Praktijkprofielen van huisartsen/erstelijnsartsen in Oost-Europa  
(uitbreiding praktijkprofielen-studie naar Oost-Europa; bij subsidie materiaal-verzameling, analyse)
- INT 94.04 Opvattingen over verloskunde, geboorte en bevalling aan weerszijden van de Duits-Nederlandse grens  
(stageproject in samenwerking met vroedvrouwenschool Kerkrade; vervaardigen meetinstrumenten)
- INT 94.05 Ouderenzorg in de Euregio; een prospectief cohort-onderzoek  
(uitvoeren onderzoek bij toekenning subsidie door het Inter-Reg fonds van de EG)

## **NIEUW**

- WHO INT 95.01 Achtergrondboek bij het 'WHO European Charter for General Practice'  
(achtergrondgegevens bij Europees handvest voor huisarts-geneeskunde)

## **NIEUW**

WHO INT 95.02 Samenwerking met (niet-EU-)landen rond de Middellandse Zee ('Avicenne-Initiatief')  
(leggen van contacten en formuleren van een voorstel)

## **NIEUW**

WHO INT 95.03 Consequenties voor de consument van hervormingen in de gezondheidszorg; een studie in landen van Midden- en Oost-Europa  
(voorstel in ontwikkeling; bij toekenning: instrumentontwikkeling en dataverzameling)

## **NIEUW**

WHO INT 95.04 Inventarisatie en evaluatie van gezondheidszorgbeleid in de EU m.b.t preventie  
(bij subsidietoekenning: instrumentontwikkeling, dataverzameling en rapportage)

## **NIEUW**

WHO INT 95.05 Inkomens van huisartsen in OECD-landen  
(afroeden gegevensverzameling, analyse en rapportage)

## **NIEUW**

WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten  
(vergelijking van gezondheidszorgsystemen met en zonder huisarts als poortwachter; indienen subsidie-aanvraag)

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

P.M.

VRA 95.05 Opvattingen over euthanasie in Europa

## **Samenhang en samenwerking 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 gezondheidszorgonderzoek. Een belangrijk structurerend element hierin is de

getrapte toegankelijkheid van de tweedelijnsgezondheidszorg door middel van het verwijssysteem via de huisarts. De huisarts vervult daarmee vanuit het oogpunt van doelmatigheid gezien een poortwachtersfunctie en vanuit het oogpunt van kwaliteit een gidsfunctie in de gezondheidszorg. Onderzoek gericht op deze gids-/poortwachtersfunctie van de huisarts is daarom een belangrijk thema.

Een goed functionerend verwijssysteem is echter niet voldoende om samenhang in de gezondheidszorg te garanderen. Vooral voor chronische patiënten, die gedurende langere tijd zorg van zowel huisarts als specialist behoeven en daarnaast nog verpleegkundige zorg binnen of buiten het ziekenhuis, is een intensievere, transmurale vorm van samenwerking aangewezen. Dit kan vormen aannemen als wederzijdse consultatie, gezamenlijke spreekuren of onderlinge afspraken over het volgen van protocollen et cetera. Samenwerking tussen huisarts en specialist en de onderlinge afstemming tussen de curatieve sector en de care-sector zijn daardoor ook thema's voor onderzoek.

In de onderzoeksprogramma's vindt men deze thema's terug in de volgende onderdelen:

2. Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit
3. De relatie huisarts-specialist-ziekenhuis
4. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

## **2. Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit**

Binnen dit thema wordt zowel onderzoek gedaan naar intradisciplinaire samenwerking als naar samenwerking tussen hulpverleners uit meerdere disciplines en instellingen. Onderzoek op het terrein van organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg richt zich op de vraag in hoeverre een betere samenhang, samenwerking c.q. zorgcoördinatie leidt tot een verbetering van de kwaliteit en/of doelmatigheid van de gezondheidszorg.

Het accent van het onderzoek is verschoven van samenwerking binnen de eerstelijns naar samenwerking en zorgcoördinatie in de gezondheidszorg als geheel. Het onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking binnen gezondheidscentra is stop gezet. De beslissing daartoe is niet alleen ingegeven door andere prioriteiten in het beleid, maar ook door de uitkomsten van het onderzoek in de afgelopen jaren.

Onderzoek laat namelijk 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.

Samenwerking tussen de huisarts en specialist, bijvoorbeeld door gezamenlijke consultvoering of gezamenlijke standaardontwikkeling en -implementatie, zou volgens de commissie Biesheuvel huisartsen beter in staat kunnen stellen patiënten langer onder hun hoede te houden. Onderzoek op dit terrein is interessant om te bezien in hoeverre zich inderdaad dit soort samenwerkingsvormen gaan voordoen en of zij inderdaad het gewenste effect sorteren.

Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg is de afstemming tussen de curatieve sector aan de ene kant en de verplegende/verzorgende sector aan de andere niet minder belangrijk dan de samenwerking tussen de huisarts en de specialist. Niet alleen de samenwerking tussen hulpverlenersdisciplines, maar ook tussen instellingen (thuiszorg/ziekenhuis) speelt hierbij een rol.

Met een kwaliteitssysteem wordt beoogd samenhang te brengen in activiteiten gericht op kwaliteitsbewaking en verbetering binnen een instelling. Onderzoek naar kwaliteitssysteemontwikkeling, -implementatie alsmede de effecten van kwaliteitssystemen past daarom binnen het thema samenhang in de gezondheidszorg. De wettelijk verplichtstelling van het hebben van een kwaliteitssysteem in het kader van de Kwaliteitswet bevestigt het belang van dit onderzoeksthema voor de toekomst.

## **Overzicht van de projecten**

### Afgevoerde projecten:

- SAM 85.01 Registratie en Onderzoek van Samenwerkingsverbanden  
Dit onderdeel is ondergebracht bij de huisartsregistratie (zie REG 95.01)
- SAM 92.03 De positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg  
Geen perspectief op financiering
- SAM 93.01 Monodisciplinaire samenwerking en het handelen van huisartsen  
Afgerond

### Lopende projecten:

- SAM 90.01 Registratie Innovatieve Projecten (RIP)  
(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 94.01 New land, new town, new health care system?  
(afronden (Engelstalig) proefschrift over de evaluatie van de gezondheidszorg in Almere)

SAM 94.02 Organisatiekenmerken en kwaliteit van zorg  
(onderzoek naar het verband tussen kenmerken van zorgvoorzieningen en de mate waarin kwaliteitssystemen worden gehanteerd; schrijven onderzoeksvoorstel)

SAM 94.04 Evaluatie Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg  
(onderzoek naar effect van door Nationale Commissie Chronisch Ziekten ingestelde kenniscentra; materiaalverzameling)

#### **NIEUW**

SAM 95.01 Kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg vijf jaar na de Leidschendamconferenties: derde fase van de inventarisatie van kwaliteitssystemen  
(uitvoering en rapportage van een onderzoek, publikatie van de resultaten)

#### **NIEUW**

SAM 95.02 Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten: ontwikkeling van een meetinstrument  
(start onderzoek en materiaalverzameling)

#### **NIEUW**

SAM 95.03 De 'practice nurse', ook in Nederland realiseerbaar?  
(in voorbereiding)

VRA 89.03 Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers  
(schrijven Engelstalige artikelen)

### **3. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis**

Het verwijzen van huisartsen naar medisch specialisten is vanouds een belangrijk thema binnen het onderzoeksprogramma. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen heeft belangrijke informatie over dit onderwerp verschaft; 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 specialismen die duidelijke raakvlakken met de eerstelijns hebben (interne geneeskunde, gynaecologie/ob-



stetrie en de 'driehoek' orthopedie, reumatologie en fysiotherapie) zal de verhouding 'zelf doen/verwijzen' worden onderzocht. De uitkomsten van deze analyses zijn relevant voor de discussie over doelmatigheid en gepast gebruik van zorg.

Met de verwijzing door de huisarts heeft men 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.

Tegelijkertijd is men in Nederland enigszins het zicht kwijtgeraakt op de mate waarin de huisarts nog een poortwachtersfunctie vervult, met andere woorden, in hoeverre het verwijssysteem nog fungeert als een instrument tot sturing van de zorgproductie in de tweedelij. Met het wegvallen van de LISZ-gegevens eind jaren '80 kan de ontwikkeling van verwijscijfers niet meer worden gevolgd. Nu is dit wel weer mogelijk met behulp van LINH-gegevens. Met name voor particuliere patiënten is het echter niet duidelijk in hoeverre het aantal door huisartsen geregistreerde verwijzingen representatief is voor het gebruik van specialistische zorg. Een tweetal nieuwe projecten is erop gericht meer inzicht te krijgen in de wijze waarop regelgeving met betrekking tot verwijzen in de praktijk door zorgverzekeraars wordt gehanteerd. Daarbij wordt allereerst nagegaan in welke mate zorgverzekeraars een verwijzing door de huisarts verplicht stellen en hoe de naleving van deze richtlijnen wordt gecontroleerd en eventueel afgedwongen (sancties?). Naar verwachting wordt door particuliere verzekeraars minder strikt vastgehouden aan de eis van een verwijzing door de huisarts voor bezoek aan een specialist. Daarom wordt ten tweede onderzocht of particuliere patiënten als zij niet voor de huisarts zijn verzekerd (en daarmee ook een financiële prikkel hebben om de huisarts te omzeilen) rechtstreeks de specialist bezoeken en zo ja, met welke gezondheidsproblemen zij dat dan doen.

Naast de relatie huisarts-specialist en speciaal de verwijsrelatie, wordt in dit programma ook en in toenemende mate aandacht besteed aan de specialistische en ziekenhuiszorg. De adviezen van de Ziekenfondsraad, Gezondheidsraad en Commissie Modernisering Curatieve Zorg zijn daarbij belangrijk.

## **Overzicht van de projecten**

Afgeronde projecten:

REL 91.01b      Verwijzingen naar interne geneeskunde  
                    Afgerond met artikel

Lopende projecten:

- REL 91.01 Verwijzingen van huisartsen naar verschillende specialismen  
REL 91.01a Verwijzingen naar gynaecologie  
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 vervolgcosten na de verwijzing  
(onderzoek waarin cohort verwezen patiënten wordt gevolgd; schrijven projectvoorstel)
- REL 94.01 ● Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen<sup>1</sup>  
(onderzoek naar variaties in medisch-specialistisch handelen; start van het project)
- SAM 90.04 ● Evaluatie 'fundholding' door huisartsen  
(evaluatie van een of meer van de fundholding plannen; activiteiten afhankelijk van realisatie)

**NIEUW**

- HSZ 95.01 Zorgverzekeraars en verwijzen  
(inventarisatie regels/procedures van zorgverzekeraars m.b.t. specialistbezoek)

**NIEUW**

- HSZ 95.02 ● Rechtstreeks specialistbezoek in Nederland  
(onderzoek naar rechtstreeks specialistbezoek door particuliere patiënten die niet voor de huisarts zijn verzekerd)

**NIEUW**

- HSZ 95.03 ● Wachlijsten voor electieve chirurgie in de orthopedie  
(inventarisatie van omvang en samenstelling van de wachtlijsten, onderzoek naar oorzaken en gevolgen)

**NIEUW**

- HSZ 95.04 Elektronisch Berichtenverkeer Huisarts/Specialist/Ziekenhuis

---

<sup>1</sup> Stond in het vorige werkplan vermeld onder WHO INT 94.01

## NIEUW

HSZ 95.05 ● Effect verandering van honorering bij specialisten

P.M.

VRA 93.03 Verrichtingen in de huisartspraktijk: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen

### 4. Relatie eerstelijns 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.

Deze organisatorische scheiding van somatische en geestelijke gezondheidszorg heeft twee kanten: een scheiding tussen generalistische en specialistische zorg en een scheiding tussen lichaam en geest. Deze scheiding is ongewenst omdat ze een integrale benadering van de patiënt, zoals voorgestaan in de huisartsgeneeskunde, belemmert. Op specialistisch niveau leidt een dergelijke scheiding tot organisatorische problemen: meerdere disciplines bekommeren zich om dezelfde patiënt.

Beide aspecten komen aan de orde binnen het onderzoeksprogramma. De bijdrage van de specialist aan de zorg die de generalist (waaronder ook met nadruk het Algemeen Maatschappelijk Werk dient te worden begrepen) levert komt aan de orde in GGZ 95.01 en GGZ 94.02.

De mogelijke integratie van een somatische en psychosociale aanpak (of wellicht zelfs de substitutie van het eerste door het tweede) zijn het thema van GGZ 95.01 en GGZ 95.02

### Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- GGZ 89.02 Verbetering van het huisartsgeneeskundig handelen bij psychogeriatrische problematiek
- GGZ 90.02 Evaluatie consultatie volgens 'biopsychosociaal model'  
Afgerond
- GGZ 93.01 Samenwerking eerstelijns - GGZ  
Is samengegaan met GGZ 94.02
- GGZ 94.01 Psychosociale hulpverlening in het kader van verpleging en verzorging  
Geschiedt in het kader van bejegening van ouderen (zie WIJK 94.02)

Lopende projecten:

GGZ 94.02 Regionale afstemming AMW-RIAGG  
(samen met het veld (NVAGG en VOG) is samenwerking geïnteriseerd. In samenwerking met NcGv worden normen voor de beoordeling van deze projecten opgesteld aan de hand waarvan een diepteonderzoek wordt uitgevoerd)

#### **NIEUW**

GGZ 95.01 Evaluatie consultatie volgens 'biopsychosociaal model'-II  
(psychiatrische consultatie in de huisartspraktijk volgens speciaal model; nagaan of gewenste effecten bij een minimale interventie optreden en eventueel bijstellen van de interventie, die vervolgens in GGZ 95.02 getoetst kan worden)

#### **NIEUW**

GGZ 95.02 Substitutie van somatische zorg door psychotherapeutische ingrepen  
(in voorbereiding)

NAT 92.04 Kinderpsychiatrie in de huisartspraktijk  
(onderzoek naar de mogelijke samenhang van 'family adversity'-kenmerken met het voorkomen van kinderpsychiatrische problematiek)

### **5. Beroepen in de gezondheidszorg**

Het onderzoeksprogramma binnen dit themagebied bestaat uit de volgende drie onderdelen:

- informatievoorziening over het aanbod van beroepen in de gezondheidszorg;
- studies op het terrein van de beroepskrachtvoorziening in de gezondheidszorg;
- studies rond het thema beroepsuitoefening (arbeidssatisfactie, werkomstandigheden e.d.).

#### *a. Informatievoorziening*

Met het van kracht worden van de Wet BIG zal een deel van de informatievoorziening rond het aanbod van beroepsbeoefenaren komen te vervallen. Voor een aantal beroepen (arts, tandarts, apotheker, verloskundige, fysiotherapeut, verpleegkundige, klinisch psycholoog en psychotherapeut) zal de

overheid een register aanleggen (beroepsregister). In dit register wordt maar een zeer beperkt aantal gegevens opgenomen. Deze gegevens zijn niet bruikbaar voor aanbodstudies. De aanbodregistraties van het NIVEL voor huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten vormen dan ook een belangrijke en unieke informatiebron voor tal van studies (behoefteraming, burn-out, arbeidsmarktontwikkelingen e.d.) en instanties (VWS, CBS, beroepsverenigingen e.d.).

Voor wat betreft de paramedische beroepsgroepen (met uitzondering van fysiotherapeuten) moet worden geconstateerd dat in het kader van de Wet BIG de overheid geen enkel register meer zal bijhouden. Dit betekent dat men voor informatie over het aanbod is aangewezen op de veelal incomplete informatievoorziening van de beroepsverenigingen. Om in deze leemte in de informatie te voorzien heeft het NIVEL plannen ontwikkeld om voor deze paramedische beroepsgroepen eveneens aanbodregistraties op te zetten.

Binnen de tweedelijnsgezondheidszorg zijn er voor wat betreft de specialisten vrijwel geen volledige aanbodregistraties. Gezien het feit dat in het rapport 'Modernisering curatieve zorg; platform curatieve zorg' wordt gesteld dat partijen gemeenschappelijk verantwoordelijkheid zijn voor de bepaling van de capaciteit van de medische vervolgopleidingen, houdt in, dat er een grote behoefte zal ontstaan aan goede en betrouwbare aanbodgegevens. Het NIVEL zal in het kader van haar missie-uitbreiding plannen ontwikkelen om in samenwerking met de verschillende beroepsverenigingen voor specialisten aanbodregistraties van de grond te tillen.

#### *b. Beroepskrachtenvoorziening*

Tot 1991 bracht het Ministerie van WVC periodiek de nota's 'Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg' uit. In het kader van de herziening van het zorgstelsel heeft de overheid besloten om deze nota's niet meer op te stellen. De overheid is van mening dat de direct betrokken partijen, te weten de organisaties van beroepsbeoefenaren, instellingen, zorgverzekeraars en opleidingsinstituten, primair verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de beroepskrachtenvoorziening.

Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren enige expertise opgebouwd bij het opstellen van behoefteramingsstudies. Daartoe is een rekenmodel ontwikkeld waarin op basis van vraag en aanbod tal van scenario's kunnen worden opgesteld voor het bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit. Deze kennis van het NIVEL wordt steeds vaker door verschillende partijen in het veld aangesproken om behoefteramingsstudies of arbeidsmarktverkenning op te stellen. Deze activiteiten hopen wij in de komende jaren verder uit te breiden, vooral richting tweedelijnspecialisten. Daartoe zal wellicht aansluiting moeten worden gezocht bij het in het rapport 'Modernisering curatieve

zorg, platform curatieve zorg' voorgestelde 'capaciteitsorgaan' dat organisatorisch bij de KNMG wordt ondergebracht.

Een ontwikkeling die de aandacht verdient is de toename van het aantal vrouwen binnen de medische beroepen. Gezien het feit dat vooral vrouwelijke beroepsbeoefenaren, al dan niet gedwongen door de omstandigheden, in deeltijd gaan werken zou wel eens tot gevolg kunnen hebben dat er tekorten aan beroepsbeoefenaren gaan ontstaan. Dat zou kunnen betekenen dat voor een aantal beroepsopleidingen de numerus fixus ter discussie komt te staan.

Om de expertise en de modelontwikkeling rond behoefteramingsstudies verder uit te bouwen, zal vooral rond het voorspellen van de toekomstige vraag verdere verdieping moeten plaatsvinden. In dit verband kan gedacht worden aan het toevoegen van epidemiologische ontwikkelingen in het model. Daartoe zal in 1995 door het NIVEL een onderzoeksvoorstel worden voorbereid. Om overzicht te kunnen krijgen omtrent de ontwikkelingen op het terrein van de behoefteramingsstudies zal in 1995 in samenwerking met de NRV (kerncommissie beroepen) een congres worden georganiseerd rond dit onderwerp.

### *c. Beroepsuitoefening*

Bij het opstellen van behoefteramingsstudies zijn met name veel achtergrondgegevens noodzakelijk die een beeld geven van de huidige en toekomstige beroepsuitoefening. In dit verband kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de te verwachten ontwikkelingen op het terrein van het in deeltijd werken. Met de toename van het aantal vrouwelijke zorgverleners zal naar alle waarschijnlijkheid het aantal deeltijd werkers ook onder artsen toenemen. Aangezien rond het begrip deeltijd nog veel onduidelijkheid bestaat zal het NIVEL eerst een inventarisatie uitvoeren onder specialisten.

Een ander belangrijk gegeven in behoefteramingsstudies is het aantal personen dat vervroegd het beroep verlaat (uittreden). Een van de redenen om het beroep voortijdig te verlaten (en die ook veelvuldig wordt genoemd) is de arbeidssatisfactie (burn-out). In de afgelopen jaren op ad-hoc basis enig onderzoek door het NIVEL verricht. Om dit onderzoek wat meer te stroomlijnen en vooral tussen de verschillende beroepsgroepen in de zorgsector vergelijkingen mogelijk te maken en meer inzicht te verkrijgen in de achterliggende beroepsgebonden mechanismen met betrekking tot arbeidssatisfactie zal rond dit thema een onderzoeksprogramma worden opgesteld.

## **Overzicht van de projecten**

### *a. Informatievoorziening*

REG 84.01      Huisartsenregistratie

- REG 84.03 Verloskundigenregistratie
- REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten (extramuraal)
- REG 84.02 Registratie pas afgestudeerde huisartsen
- REG 86.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
- REG 95.01 Registratie gezondheidscentra<sup>2</sup>
- REG 93.02 Registratie van ergotherapeuten  
(in afwachting van subsidie)
- REG 93.03 Registratie van gynaecologen/obstetrici  
(in afwachting van subsidie)
- REG 94.01 Aanbodregistratie voor paramedische beroepen  
(verwerven van subsidie)

**NIEUW**

- REG 95.02 Beroepen in de extramuraal gezondheidszorg 1995

*b. Beroepskrachtenvoorziening*

- BKP 94.01 Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen  
(subsidie verwerven)
- BKP 94.02 Behoefteraming huisartsen per DHV-regio  
(in afwachting van subsidie)

**NIEUW**

- BKP 95.01 Arbeidsmarkt voor huidtherapeuten

**NIEUW**

- BKP 95.02 Behoefteraming oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck  
(in afwachting van subsidie)

---

<sup>2</sup> Stond voorheen vermeld onder SAM 85.01

**NIEUW**

BKP 95.03      Behoefteraming verloskundigen  
(subsidie verwerven)

**NIEUW**

BKP 95.04      Modelontwikkeling ten behoeve van behoefteramingsstudies  
(verwerven subsidie)

**NIEUW**

BKP 95.05      Congres over beroepskrachtenplanning in de gezondheids-  
zorg  
(uitvoering in 1995)

**NIEUW**

BKP 95.09      Beroepskrachtenplanning diverse specialismen  
(in voorbereiding)

*c. Beroepsuitoefening*

BKP 94.03      Burn-out en (vervroegde) uittrekking bij huisartsen

**NIEUW**

BKP 95.06      Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen  
(in uitvoering)

**NIEUW**

BKP 95.07      Werkomstandigheden, arbeidssatisfactie en kwaliteit van  
zorg  
(voorstel schrijven)

**NIEUW**

BKP 95.08      Inventarisatie achtergronden en redenen van pas afgestu-  
deerde huisartsen om zich niet als huisarts te vestigen

**6. Huisartsgeneeskundige zorg**

De centrale positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg is het afgelopen jaar opnieuw bevestigd en nog meer benadrukt door met name het rapport Curatieve Zorg van de Commissie Biesheuvel, dat op zijn beurt is opgenomen in de regeringsverklaring van het kabinet Kok. Alhoewel de functionele omschrijving van huisartsenzorg als algemene medische zorg nog rondwaart, is de positie van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg



onomstreden. Deze positie van de huisarts weerspiegelt zich in het grote aantal onderzoeken rond condities, plaats en functioneren van de huisarts. 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)

#### Databestanden

Als informatiesystemen uit de huisartspraktijk spelen de huisartsenregistratie, de nu 25 jaar oude 'peilstations', de Nationale Studie en het 'Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)' een belangrijke rol, zowel binnen het wetenschappelijk onderzoek als het beleid.

### Overzicht van de projecten

#### Afgevoerde projecten:

NAT 93.08	Preventie in de huisartspraktijk (influenza-vaccinatie) Afgerond
NAT 94.02	Huisarts in de grote stad Geen subsidie verkregen
LINH 94.01	Classificatie van diagnostiek in de huisartspraktijk Afgerond
PSH 91.01	Psychosociale problemen: van probleem tot behandeling Afgerond
PSH 91.03	Het beloop en de behandeling van psychosociale problemen: verschillen tussen huisartsen Afgerond
PSH 91.05	Het psychisch karakter van lichamelijke klachten Afgevoerd, wegens andere prioriteiten
REL 93.01	Honorering van (huis)artsen als sturingsinstrument Afgerond met dissertatie

SAM 94.03 Een uniform gedifferentieerd abonnement voor huisartsenzorg  
Afgerond

Lopende projecten:

*Internationaal*

P.M.

WHO INT 91.01 Praktijkprofielen van huisartsen in West-Europa

WHO INT 94.03 Praktijkprofielen van huisartsen/eerstelijnsartsen in Oost-Europa

WHO INT 92.02 Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa

WHO INT 95.01 Achtergrondboek bij het 'WHO European Charter for General Practice'

*Manpower*

P.M.

REG 84.01 Huisartsenregistratie

REG 84.02 Registratie pas afgestudeerde huisartsen

*Surveillance/monitoring*

PEIL 84.01 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (deels continue, deels jaarlijks wisselende onderwerpen; rapportage)

PEIL 88.01 Herziening structuur en functioneren peilstations

**NIEUW**

PEIL 95.01 The Early Warning and Surveillance System for Influenza (EWS/ENS)  
(Europees systeem van peilstations voor griep surveillance)

NAT 90.03 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)  
(uitbouw van het aantal praktijken en van het aantal registratie-modulen)

**NIEUW**

LINH 95.01 Het zorgbeslag in de huisartspraktijk  
(voorbereiding materiaalverzameling t.b.v. volksgezondheid-toekomstverkenning II)

**NIEUW**

LINH 95.02      Bruikbaarheid en validiteit epidemiologische kengetallen uit de huisartspraktijk  
(optimalisering van de registratieduur voor met name chronische aandoeningen)

**NIEUW**

LINH 95.03      Functionele eisen voor een universeel huisarts-wetenschappelijk onderzoeksregistratiesysteem: het VOS  
(onderzoek naar uniforme specificaties voor een onderzoeksregistratiesysteem)

*Epidemiologie*

NAT 89.02      Gezondheid en sociaal-economische status (SES)  
(onderzoek naar huisartsgeneeskundige zorg voor verschillende sociale klassen; analyse en rapportage)

NAT 89.05      Geografische variatie in ziekten en medische consumptie  
(onderzoek naar verschillen stad/platteland in ziekte en medische consumptie)

NAT 92.01      Gezondheid en medische consumptie van allochtonen  
(bij verkrijging subsidie analyse en rapportage)

NAT 93.02      Ziekte van Parkinson: comorbiditeit en therapeutisch beleid  
(schrijven Engelstalig artikel)

NAT 93.03      Epidemiologie van en het handelen van huisarts en patiënt bij CARA  
(studie naar ijsbergfenomeen bij CARA)

NAT 94.01      Comorbiditeit en chronische ziekten  
(chronische ziekten komen vaak niet op zichzelf voor: onderzoek naar consequenties voor huisartsgeneeskundig handelen)

**NIEUW**

NAT 95.01      Epidemiologie van leveraandoeningen  
(onderzoek i.v.m. de inschatting van het benodigd aantal levertransplantaties)

**NIEUW**

NAT 95.02 De invloed van beroepsblootstelling op de presentatie van CARA in de huisartspraktijk  
(samenwerkingsproject met LU Wageningen)

**NIEUW**

NAT 95.05 Neurologische aandoeningen in de huisartspraktijk: comorbiditeit en therapeutisch beleid  
(een 5 jaars follow-up studie naar patiënten met M.S.)

*Morbiditeit psychosociaal*

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

**NIEUW**

PSH 95.05 Incidentie, prevalentie en medische consumptie van patiënten met Benigne Chronische Pijn Stoornis (BCPS)

*Handelen van de huisarts*

NAT 94.04 Huidinfecties in de huisartspraktijk  
(studie naar het handelen van de huisarts bij huidinfecties)

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)

NAT 93.11 Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk  
(vervolg-analyses uit het materiaal van de Nationale Studie)

NAT 94.03 Bijwerkingen van geneesmiddelen  
(bijwerkingen worden onderzocht op basis van gegevens uit de Nationale Studie)

NAT 94.05 Sexe-verschillen in het voorschrijven van benzodiazepines in de huisartspraktijk  
(op basis van gegevens uit de Nationale Studie wordt onderzocht of vrouwen meer benzodiazepines voorgeschreven krijgen)

VRA 93.03 Verrichtingen in de huisartspraktijk: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen

LINH 94.02 ● Het gebruik van korte en lange verwijskaarten in de huisartspraktijk  
(resultaten van de eerste 'module' van het geautomatiseerde Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen)

LINH 94.03 ● Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk  
(resultaten van de tweede 'module van het geautomatiseerde Landelijk Informatie Netwerk Huisartspraktijk)

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen  
(resultaten van de 'prescriptie-module' uit het LINH-systeem)

**NIEUW**

NAT 95.03 Het rationeel voorschrijven bij psycho-sociale problemen  
(stage onderzoek vanuit EMGO op basis van de Nationale Studie)

**NIEUW**

NAT 95.04 De oudere in de huisartspraktijk  
(een onderzoeksprogramma, waarbij wordt aangevangen met een overzichtsrapport)

VRA 88.01 Vragen over AIDS  
(dit onderzoek brengt in beeld hoe vaak de huisartsen met vragen over AIDS geconfronteerd worden)

VRA 94.06 Determinanten van huisartsbezoek op de kindereleeftijd  
(nader onderzoek naar factoren die huisartsbezoek op kindereleeftijd bevorderen)

**P.M.**

VRA 95.06 Vraag om een recept

*Praktijkmanagement*

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

## **NIEUW**

NAT 95.06

De huisvisite bij luchtweginfecties  
(onderzoek naar determinanten van huisbezoek bij luchtweg-  
infecties)

### **7. Verloskundige zorg**

De uitvoering van de verloskundige zorg in Nederland (uniek, bewonderd en verguisd) berust op een goed functionerende risicoselectie. 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 gespist 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 werkomstandigheden en de daarmee samenhangende inkomenspositie van verloskundigen. Ook wordt onderzoek gedaan naar de arbeidssatisfactie van verloskundigen. Met het afronden van het project 'Het werk van de verloskundige in Nederland' is een schat aan gegevens beschikbaar gekomen, waar de beroepsgroep van verloskundigen en beleidsinstanties gebruik van kunnen maken bij kwaliteitsbevordering en beleidsontwikkeling. Tevens zal het gebruikt kunnen worden voor een behoefteramingsstudie voor de beroepsgroep verloskundigen.

De thuishraamzorg wordt beschouwd als een pijler onder het in Nederland functionerende verloskundige stelsel met thuisbevellingen. De thuishraamzorg staat echter onder druk, en het belang ervan is niet voldoende wetenschappelijk onderbouwd. Onderzoek is nodig waarin het eigen karakter van deze zorg (een combinatie van verpleging, verzorging, signalering, voorlichting en huishoudelijk werk) en het belang hiervan in beeld worden gebracht.

De zorg die door de kinderarts wordt verleend rond de bevalling is van toenemend belang. Er zal een verkenning plaatsvinden naar deze pediatrie-sche zorg. Hierbij zal ook de continuïteit van zorg vanuit het perspectief van de ouders worden betrokken, die belangrijk is wanneer de zorg van de gynaecoloog wordt overgenomen door de kinderarts.

Het Nederlandse verloskundige stelsel met thuisbevallingen en zelfstandig werkende verloskundigen is interessant voor andere Westerse landen. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat op het NIVEL een onderzoek wordt verricht met als doel na te gaan of elementen van dit stelsel toepasbaar zijn in de Verenigde Staten.

### **Overzicht van de projecten**

Afgevoerde projecten:

- VERL 92.02 Het werk van de verloskundige  
Afgerond
- VERL 92.03 Opzetten en begeleiden van onderzoek door en met verloskundigen  
Is geïntegreerd in de diverse projecten
- VRA 94.05 Meningingen van de consument over de leiding van de bevalling

Lopende projecten:

- VERL 90.01 Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden  
(onderzoek naar samenwerking in de verloskundige zorg en de invloed hiervan op de kwaliteit van de zorg)
- VERL 91.02 Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)  
(project is afgerond, maar zal nog worden afgesloten met een proefschrift)
- VERL 94.01 Ongewenste substitutie en vroegtijdige signalering van stoornissen in de kraamzorg  
(de inhoud van het werk en de tevredenheid van de cliënten)
- VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care  
(studie van Amerikaanse gastonderzoeker over oorsprong en continuïteit van het Nederlandse verloskundige systeem)
- VERL 94.03 Echografie in de verloskundige praktijk

VERL 94.04<sup>3</sup> Arbeidssatisfactie bij verloskundigen

### **NIEUW**

VERL 95.01 De rol van de kinderarts in de perinatale zorg  
(in voorbereiding)

P.M.

BKP 95.03 Behoefteraming verloskundigen

REG 84.03 Verloskundigenregistratie

REG 85.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen

REG 93.03 Registratie van gynaecologen (in voorbereiding)

INT 94.02 Burn-out bij verloskundigen; een Nederlands-Duitse vergelijking

INT 94.04 Opvattingen over geboorte, bevalling en verloskunde aan weerszijden van de Duits-Nederlandse grens

## **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 en onderzoek naar de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Bij het eerste onderwerp gaat het om de relatie tussen paramedici en verwijzers (medici), en om een beschrijving van 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; om recht te doen aan de paramedische zorg is het van belang rekening te houden met de resultaten van het paramedisch, diagnostisch onderzoek. Bij het derde onderwerp gaat het om een inventarisatie en evaluatie van activiteiten die erop gericht zijn de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren.

### *Plaats en functie van paramedische zorg/Gepast gebruik*

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,

---

<sup>3</sup> In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder BKP 94.04



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 is afgerond. Onderzoek op het gebied van de logopedie en diëtetiek is in volle gang.

Een belangrijk vervolg op deze 'plaats en functie'-onderzoeken is onderzoek naar 'gepast gebruik' van zorg op het terrein van de fysiotherapie. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre de feitelijke praktijk van fysiotherapie overeenstemt met de aanpak zoals men die op grond van de literatuur zou verwachten.

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 van 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.

#### *Kwaliteit van paramedische zorg*

Met financiële steun van het Ministerie van WVC is in 1994 het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg van start gegaan. Dit programma is een vervolg op een inventarisatie van kwaliteits(deel)syste-

men op het gebied van paramedische zorg (uitgevoerd door het NIVEL) en een model voor de ontwikkeling van kwaliteits(deel)systemen (ontwikkeld door het CBO). In het programma vinden tal van activiteiten plaats ter ondersteuning van kwaliteitsontwikkeling. Het NIVEL voert een evaluatie-onderzoek uit naar de uitvoering van dit programma.

### **Overzicht van de projecten**

Afgevoerde projecten:

- PMED 87.01      Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramuraal fysiotherapie (BEEF)  
Afgerond
- PMED 89.04      Structurele aspecten van stotterbehandelingen  
Geen perspectief op financiering
- PMED 90.01      Functie en plaats van oefentherapie-Cesar en -Mensendieck, podotherapie en ergotherapie  
Afgerond
- PMED 91.02      Patiëntenvoorlichting door diëtisten  
Afgerond
- PMED 93.02      Internationaal congres Fysiotherapie
- PMED 93.03      De rol van verplegende en paramedische beroepen bij de zorg voor chronisch zieken  
Niet subsidiabel
- PMED 94.04      Evaluatie ergotherapie in de thuiszorg bij het kruiswerk  
Afgerond
- PMED 94.05      Ondersteuning kwaliteitsbeleid paramedici  
Afgerond

Lopende projecten:

*Plaats en functie paramedische beroepen*

- PMED 88.03      Functie en plaats van logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg  
(beschrijving van de klachten en de behandeling van patiënten in de logopedie, en de relatie tussen verwijzers en logopedisten)
- PMED 93.05      De diëtetiek in de Nederlandse gezondheidszorg  
(beschrijving van de klachten en de behandeling van patiënten in de diëtetiek, en de relatie tussen verwijzers en diëtisten)

50 - onderzoekslijnen binnen het werkplan

### *Gepast gebruik*

- PMED 93.01 Beleidsgericht evaluatie en effectonderzoek extramuraal fysiotherapie, fase II (BEEF-II).  
(beschrijving en evaluatie van het fysiotherapeutisch handelen in het licht van gepast gebruik)

### *Effectiviteit van interventies*

- PMED 89.02 Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie.  
(interventiestudie, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen het effect van (i) oefentherapie, medicatie en voorlichting en (ii) medicatie en voorlichting)
- PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie  
(onderzoek naar het effect van therapietrouw verhogende strategieën)
- PMED 92.03 Ergotherapie in de thuiszorg  
(schrijven subsidievoorstel)
- PMED 92.04 Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie (protocolontwikkeling)
- PMED 93.04 Podotherapie bij de diabetische voet  
(voorstel voor ontwikkelen en testen van een protocol voor podotherapie bij de diabetische voet)
- PMED 94.01 Fysiotherapeutische behandeling van patiënten met fracturen  
(in voorbereiding)
- PMED 94.02 Consultatie bij beperkingen in het lopen van ouderen  
(voorbereiding voorstel voor onderzoek naar het effect van consultatie bij een geriatr en fysiotherapeut)
- PMED 94.03 Logopedie en dysarthrie  
(in voorbereiding)
- NIEUW**
- PMED 95.01 Het effect van ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie  
(voorbereiden van een interventiestudie)

## **NIEUW**

PMED 95.03 Lange termijn veranderingen in de vetconsumptie na een diëtistische behandeling

### *Kwaliteit*

## **NIEUW**

PMED 95.02 Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (evaluatie van de ontwikkeling, vormgeving en implementatie van kwaliteitsbeleid door de paramedische beroepsgroepen)

### **Verpleging en Verzorging (9, 10 en 11)**

Het onderzoeksprogramma 'Verpleging en verzorging' omvat drie delen:

9. Extramurale verpleging en verzorging
10. Verpleeghuis- en aanverwante zorg
11. Thuiszorgtechnologie

#### **9. Extramurale verpleging en verzorging**

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 tot stand komt, al weer discussies gevoerd over het loskoppelen van verpleging en (huishoudelijke) verzorging en het overbrengen van verzorging van AWBZ naar gemeenten en over het overhevelen van kortdurende verpleging van de AWBZ naar de ziektekostenverzekeringen.

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 in een landelijk onderzoek de (huishoudelijke) zorg die door de verschillende uitvoerenden binnen de gezinsverzorging wordt verleend in kaart gebracht.

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 het NIVEL 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. Tenslotte worden de belastende aspecten van het werken in de gezinsverzorging onderzocht. Met deze projecten wordt direct aangesloten bij het streven het werk van verplegenden en verzorgenden kwalitatief te verbeteren.

Een laatste onderzoekslijn betreft kwaliteit van verpleegkundige zorg, en met name het aspect bejegening. Momenteel wordt bij de thuiszorgorganisaties 'out-put' financiering ingevoerd. Het gevaar bestaat dat daardoor de nadruk vooral op concrete verpleegkundige en verzorgende handelingen komt te liggen. Deze zijn immers het meest zichtbaar en concreet te benoemen. Uit eerder onderzoek van het NIVEL blijkt echter dat wijkverpleegkundigen tijdens ruim een derde van de huisbezoeken psycho-sociale problemen onderkennen en daar begeleiding bij geven. Uit ander onderzoek blijkt dat de toenemende psycho-sociale problematiek in verzorgingstehuizen tot gevolg heeft dat de bewoners extra aandacht vragen van de verzorgenden. Echter naar de wijze waarop verpleegkundigen/verzorgenden daadwerkelijk met hun patiënten verbaal en niet-verbaal communiceren en in hoeverre dit verbeterd kan worden door gerichte deskundighedsbevordering is nog nauwelijks (observatie-)onderzoek verricht. Daarom zal deze onderzoekslijn zich richten op de communicatie van verpleegkundigen/verzorgenden en hun cliënten.

## **Overzicht van de projecten**

Afgevoerde projecten:

- |            |   |
|------------|---|
| WIJK 88.02 | Evaluatie van modellen voor aansluiting tussen intramurale specialistische en extramurale verpleegkundige CARA-zorg voor kinderen<br>Afgerond |
| WIJK 92.01 | Eenzaamheid van bewoners in het verzorgingshuis<br>Afgerond   |
| WIJK 94.03 | Karakterisering personeelsverloop in de thuiszorg<br>Vervallen  |

Lopende projecten:

WIJK 91.01      Functiedifferentiatie in de thuiszorg, fase 2  
(onderzoek naar het grensgebied verpleging, ziekenverzorging en huishoudelijke hulp; het werken met aandachtsgebieden in de verpleging)

WIJK 93.01      Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging  
(schrijven van artikel)

WIJK 94.01      Werken in de gezinsverzorging  
(survey van werkzaamheden in de gezinsverzorging en onderzoek naar werkbelasting)

#### **NIEUW**

WIJK 95.01      Bij- en nascholingsaanbod voor de wijkverpleging in de zorg voor chronisch zieken  
(schrijven artikel, invitational conference)

#### **NIEUW**

WIJK 95.02 ●    Transmurale verpleegkundige zorg  
(schrijven onderzoeksvoorstel en werving subsidie)

P.M.

WIJK 92.04      Organisatie en financiering van de thuiszorg in de Europese Gemeenschap

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 VWS 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 is begonnen met het ontwikkelen van een meetinstrument om kwaliteit van leven te meten bij somatische verpleeghuispatiënten. Daarnaast zal in 1995 worden gestart met onderzoek naar behandelmethodieken voor dementerende patiënten en

observatie-onderzoek naar bejegening van psychogeriatrische patiënten door ziekenverzorgenden.

### **Overzicht van de projecten**

- VERPL 92.01    Uitwerking programma verpleeghuisonderzoek  
(uitwerken programma en opstellen onderzoeksvoorstellen)
- VERPL 94.01    Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten:  
fase 1  
(literatuuronderzoek naar meetinstrumenten)

#### **NIEUW**

- VERPL 95.01    Behandelmethodieken voor dementerenden in een verpleeg-  
huis  
(uitvoering bij subsidie)

#### **NIEUW**

- VERPL 95.02    Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgen-  
den in het verpleeghuis: instrumentontwikkeling  
(uitvoering bij subsidie)

### **11. Thuiszorgtechnologie**

Het jaar 1995 wordt het oogstjaar van het onderzoeksprogramma thuiszorg-technologie. Rond het thema arbeidsomstandigheden zijn reeds een tweetal projecten afgerond: een onderzoek naar de effecten van de introductie van adequate huishoudmaterialen in de gezinszorg en een onderzoek naar de effecten van de introductie van patiëntentilliften bij de wijkverpleging. Het blijkt mogelijk deze onderzoekslijn voort te zetten met onderzoek in verzorgingshuizen naar rugklachten van werknemers en de mogelijke oplossingen hiervoor. Daarnaast ligt het in de bedoeling binnen dit thema een proefschrift te laten verschijnen.

Een tweede thema binnen het onderzoeksprogramma is de rol die informele verzorgers en patiënten spelen bij het gebruiken van technologie. Bij de effectieve implementatie van technologie in de thuiszorg lijkt het van belang dat patiënten en hun informele verzorgers zelf een actieve rol kunnen spelen bij het gebruiken van technologie. Omdat op dit punt nog niet veel onderzoek is gedaan, is in 1994 de basis gelegd voor een tweetal empirische studies waarin het perspectief van patiënten en informele verzorgers centraal staat bij de toepassing van drie typen technologie: de infusie van antibiotica en hyperallimentatie door een infuus bij cystic fibrosis en stoma's. Daarnaast

keert dit onderwerp terug in een literatuurstudie naar de effecten van thuiszorgtechnologie.

Uiteindelijk zal het onderzoeksprogramma een algemene evaluatie opleveren van het stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie van het ministerie van VWS. Het uitgevoerde inventariserende onderzoek op het gebied van de automatisering, het onderzoek op het gebied van de arbeidsomstandigheden en het onderzoek naar de rol van informele verzorgers en patiënten vormen een deel van het referentiekader voor deze evaluatie. Deze evaluatie zal onderdeel zijn van een conferentie die vooral op het veld is gericht.

Deze conferentie is niet het einde van het onderzoeksprogramma: in het onderzoeksprogramma zijn een tweetal projecten opgenomen waarvan de start na deze conferentie ligt. Het VWS stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie houdt weliswaar in 1995 op te bestaan in zijn huidige vorm. Het zal echter worden voortgezet als deelprogramma thuiszorgtechnologie van de Ziekenfondsraad. Een verschil met het programma van VWS lijkt te zijn dat het hierbij in mindere mate om een stimuleringsregeling zal gaan en meer om een programma waarin vanuit een verzekeraarsperspectief naar de introductie van nieuwe technieken in de thuiszorg wordt gekeken. Dit betekent een groter accent op verstrekkingen en het verplaatsen van behandelingen.

### **Overzicht van de projecten**

#### Afgevoerde projecten:

- |            |  |
|------------|--|
| TECH 92.01 | Tillen in de thuiszorg I, Rotterdam<br>Afgerond  |
| TECH 93.01 | Introductie huishoudelijke hulpmiddelen<br>Afgerond  |
| TECH 93.02 | Tillen in de thuiszorg II, Twente<br>Niet subsidiabel  |
| TECH 93.05 | Wondverzorging met geluidsgolven.<br>Vervallen; de technologie bleek nog niet voldoende ontwikkeld voor de thuiszorg |

#### Lopende projecten:

- |            |  |
|------------|--|
| TECH 93.03 | Evaluatie automatisering thuiszorg<br>(schrijven van artikel over de stand van de automatisering in de thuiszorg)                                |
| TECH 94.01 | Tillen in de gezondheidszorg<br>(schrijven van een proefschrift over het effect van de introductie van patiëntentilliften in de gezondheidszorg) |



TECH 94.02 Niet-professionele gebruikers en thuiszorgtechnologie  
(onderzoek naar de manier waarop niet professionele gebruikers omgaan met de technologie die nodig is voor de thuisbehandeling van cystic fibrosis)

TECH 94.03 Effecten van thuiszorgtechnologie  
(literatuurstudie en algemene evaluatie thuiszorgtechnologie)

TECH 94.04 Gebruik en niet-gebruik van hulpmiddelen  
(achtergronden en mate van non-compliance bij hulpmiddelen)

**NIEUW**

TECH 95.01 De aanpak van tilproblematiek in verzorgingshuizen  
(onderzoek t.b.v. een plan van aanpak van fysieke belasting in verzorgingshuizen)

**NIEUW**

TECH 95.02 ● Psychosociale en technische aanpassing aan stoma-aanleg:  
een follow-up  
(onderzoek naar de manier waarop patiënten omgaan met de techniek van stomaverzorging)

**NIEUW**

TECH 95.03 Conferentie thuiszorgtechnologie  
(conferentie over het nut van thuiszorgtechnologie)

**NIEUW**

TECH 95.04 Lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg  
(beschrijving van de lange-termijn effecten van de introductie van nieuwe technologieën in de thuiszorg)

**NIEUW**

TECH 95.05 Doelmatig gebruik van incontinentiematerialen en alternatieven in de thuiszorg  
(voorstudie voor een kosten-effectiviteitsstudie van incontinentiematerialen en alternatieven)

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

Onderzoek naar bejegening van de patiënt door de hulpverlener vormt een van de oudste onderzoekslijnen in het programma. Het is immer actueel; vermeldden we vorig jaar in het werkplan de uitspraken in het rapport van de Gezondheidsraad over alternatieve behandelwijzen over het effect van 'bejegening', afgelopen voorjaar haalden de 'kijk- en luistergelden' van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg de voorpagina's. Bejegenings- en communicatieaspecten in het hulpverleningsproces zijn belangrijk 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. De nadruk zal de komende jaren vooral liggen op een differentiatie tussen verschillende typen patiënten met verschillende behoeften waar het om communicatie gaat: de diabetespatiënt, die de mogelijkheid heeft in te grijpen in zijn eigen situatie (maar dat wel moet leren), zou op een andere wijze tegemoet getreden moeten worden dan de kankerpatiënt, die weinig handlingsmogelijkheden heeft en vooral steun nodig heeft bij zijn emotionele aanpassing.

Het programma richt zich op communicatie met patiënten in de huisartspraktijk, de fysiotherapie, de apotheek, de thuisverpleging, de ziekenhuisverpleging en de polikliniek.

### **Overzicht van de projecten**

#### Afgevoerde projecten:

PSH 92.03	Arts-patiënt communicatie en de kwaliteit van het consult II
PSH 93.01	Kwaliteit van arts-patiënt communicatie vanuit het perspectief van de patiënt Geen subsidie kunnen verwerven
PSH 94.03	Communicatie in de apotheek Afgerond

#### Lopende projecten:

PSH 91.08	De huisartsenzorg in het vrouwengezondheidscentrum 'Aletta'; een vergelijkend onderzoek (observatiestudie naar verschillende 'diaden' van mannelijke en vrouwelijke huisartsen en patiënten)
-----------	--

PSH 92.02 Arts-patiënt communicatie in Nederland en Amerika: een cross-culturele studie (in voorbereiding)

PSH 93.02 Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici: communicatie internist/verpleegkundige - patiënt

PSH 94.02 Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen (promotie-onderzoek, analyse)

#### **NIEUW**

PSH 95.01 Communicatie in de apotheek-II: leidt het ontwikkelde communicatieprotocol tot een andere bejegening in de apotheek

#### **NIEUW**

PSH 95.02 ● Omgaan met kanker: heeft het stimuleren van de actieve rol van patiënten effect op arts-patiënt communicatie, tevredenheid en kwaliteit van leven?

#### **NIEUW**

PSH 95.03 ● Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen

#### **NIEUW**

PSH 95.04 Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen

#### **NIEUW**

PSH 95.06 ● Arts-patiënt communicatie bij schouwende specialismen in de polikliniek

WIJK 94.02 Bejegening van ouderen

### **13. Het perspectief van de hulpvrager**

Onderzoek in dit programma berust op drie pijlers:

1. Het 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 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 zijn voorbereidingen getroffen om een 'Patiëntenpanel chronisch zieken' op te richten. In dit project zal, naast ervaringen en preferenties met betrekking tot zorg en relevante maatschappelijke voorzieningen, tevens aandacht worden besteed aan de zorgtrajecten die chronisch zieken doorlopen en trendmatige ontwikkelingen in het zorgbeslag van deze patiënten.

Onderzoek naar 'kwaliteit van zorg' vindt men in het vorige programma over 'bejegening' en daarnaast in het door de NWO-programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' (in de wandelgangen 'KWAZO') gesubsidieerde project 'Kwaliteit van thuiszorg vanuit patiëntenperspectief'. Recent is daaraan toegevoegd een nieuw project: 'Continuïteit van zorg in de thuiszorg', waarin opnieuw het perspectief van de patiënt centraal zal staan.

## **Overzicht van de projecten**

### Afgevoerde projecten:

VRA 93.04      Het effectiviteitscriterium bij het maken van keuzen in de  
zorg  
Afgerond

### Lopende projecten:

#### *Consumentenonderzoek*

VRA 86.01      Consumentenpanel

VRA 94.01      Patiëntenpanel chronisch zieken  
(voorbereiding)

#### **NIEUW**

VRA 95.01      Haalbaarheidsstudie 'Patiëntenpanel chronisch zieken'

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

**NIEUW**

VRA 95.03 Second opinion, ervaringen van patiënten en artsen

**NIEUW**

VRA 95.05 Opvattingen over euthanasie in Europa

*Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief*

VRA 92.02 De waardering van de patiënten voor hun huisarts  
(analyse van gegevens uit de Nationale Studie, waarin het oordeel van de patiënt over zijn huisarts is vastgelegd)

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

VRA 94.04 Kwaliteit van alternatieve therapeuten: oordelen van patiënten  
(voorbereiden onderzoeksprogramma)

**NIEUW**

VRA 95.04 Patiënten over hun (huis)arts

**P.M.**

PSH 93.02 Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici: communicatie internist/verpleegkundige - patiënt

VRA 89.03 Samenwerkingsexperiment huisarts en alternatieve genezers

VRA 93.03 Verrichtingen in de huisartspraktijk: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen

*Ervaren gezondheid en medische consumptie*

NAT 90.02 Determinanten van zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg  
(zorggebruik van chronische patiënten in relatie tot ernst en tot de aanwezigheid van comorbiditeit)

NAT 91.01 Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen; een onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken  
(onderzoek naar de relatie tussen ziektegedrag bij alledaagse klachten en leefgewoonten en sociale posities)

NAT 93.07 Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen

## **NIEUW**

VRA 95.02 Profielen chronisch zieken

## **NIEUW**

VRA 95.06 Vraag om een recept  
(hoe vaak vragen patiënten expliciet om een recept en hoe vaak gaat de huisarts in op dit verzoek)

## **P.M.**

VRA 94.06 Determinanten van huisartsbezoek op de kinderleeftijd

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 in deel 2 van het werkplan (op te zoeken via het register waarin de projecten op nummer zijn gerangschikt)

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 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 gezien vanuit het **perspectief van de patiënt** of van de hulpvrager, of is er sprake van 'peer review', een **oordeel van de collega-hulpverleners**.

### **Overzicht van de projecten**

*Kwaliteit: systeem/organisatie-niveau*

WHO INT 91.03 Ziekenhuisproductie en aanbod van ziekenhuisbedden

- WHO INT 92.02 Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
- WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts
- 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 Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg
- SAM 95.01 Kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg vijf jaar na de Leidschendamconferenties: derde fase van de inventarisatie van kwaliteitssystemen
- PMED 95.02 Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

*Kwaliteit: proces/bejegening*

- REL 94.01 Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën
- TECH 93.03 Evaluatie automatisering thuiszorg
- BKP 95.07 Werkomstandigheden, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg
- NAT 90.05 Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg
- NAT 93.09 Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk II
- NAT 94.05 Sexe-verschillen in het voorschrijven van benzodiazepines in de huisartspraktijk
- NAT 95.03 Het rationeel voorschrijven bij psycho-sociale problemen
- NAT 95.04 De oudere in de huisartspraktijk
- NAT 95.06 De huisvisite bij luchtweginfecties
- VRA 93.03 Verrichtingen in de huisartspraktijk: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen
- PSH 91.08 Huisartsenzorg in het vrouwengezondheidscentrum 'Aletta'
- PSH 92.02 Arts-patiënt-communicatie in Nederland en Amerika
- PSH 93.02 Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici: communicatie internist/verpleegkundige - patiënt
- PSH 94.02 Praten met kinderen II
- PSH 95.01 Communicatie in de apotheek-II: leidt het ontwikkelde communicatieprotocol tot een andere bejegening in de apotheek
- PSH 95.02 Omgaan met kanker: heeft het stimuleren van de actieve rol van patiënten effect op arts-patiënt communicatie, tevredenheid en kwaliteit van leven?
- PSH 95.03 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
- PSH 95.04 Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen
- PSH 95.06 Arts-patiënt communicatie bij schouwende specialismen in de polikliniek

WIJK 94.02	Bejegening van ouderen
VERPL 95.02	Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis: instrumentontwikkeling
PMED 92.04	Ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie (protocolontwikkeling)
PMED 93.04	Podotherapie bij de diabetische voet
PMED 94.01	Fysiotherapeutische behandelingen van patiënten met fracturen
VERL 90.01	Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden
VERL 94.03	Echografie in de verloskundige praktijk

*Kwaliteit: uitkomst van interventies*

SAM 91.02	Invloed van samenwerking op de zorg voor specifieke categorieën patiënten
NAT 94.01	Comorbiditeit en chronische ziekte
NAT 94.03	Bijwerking van geneesmiddelen
VERL 94.01	Ongewenste substituties en vroegtijdige signalering stoornissen kraamzorg
PMED 89.02	Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie
PMED 95.01	Het effect van ergotherapie bij CVA-patiënten met apraxie
TECH 95.04	Lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg
VERPL 94.01	Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten

*Kwaliteit: patiënten-perspectief*

TECH 94.03	Effecten van thuiszorgtechnologie
SAM 95.02	Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten
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
VRA 95.04	Patiënten over hun (huis)arts

## **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 hulpverle-



ners. Die immers is het, die in zijn beslissingen voor een belangrijk deel het gebruik van zorg bepaalt.

Vooraf op de huisarts - in een getrappt 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'. Deze laatste categorie is ook terug te vinden onder het hoofdstuk 'geneesmiddelengebruik'. 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 onderzoeken als zodanig te karakteriseren.

### Overzicht van de projecten

REL 91.01a	Verwijzingen naar gynaecologie
REL 91.01c	Verwijzingen naar de 'driehoek' orthopedie, reumatologie, fysiotherapie
REL 93.02	Vervolgactiviteiten en vervolgkosten na de verwijzing
REL 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen
SAM 90.04	Evaluatie 'fundholding' door huisartsen
GGZ 95.02	Substitutie van somatische zorg door psychotherapeutische ingrepen
VRA 93.03	Verrichtingen in de huisartspraktijk: wanneer huisartsen en patiënten de noodzaak verschillend beoordelen
LINH 94.02	Verwijzingen van huisarts naar de medisch specialist
LINH 94.03	Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk
LINH 95.01	Het zorgbeslag in de huisartspraktijk
NAT 93.11	Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk
NAT 89.05	Geografische variatie in ziekten en medische consumptie
VRA 94.06	Determinanten van huisartsbezoek op de kindleeftijd
NAT 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES)
NAT 92.01	Gezondheid en medische consumptie van allochtonen

TECH 95.05	Doelmatig gebruik van incontinentiematerialen en alternatieven in de thuiszorg
WIJK 91.01	Functiedifferentiatie in de thuiszorg, fase 2
WIJK 94.01	Werken in de gezinsverzorging
WIJK 95.02	Transmurale verpleegkundige zorg
NAT 93.07	Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen.
HSZ 95.01	Zorgverzekeraars en verwijzen
HSZ 95.02	Rechtstreeks specialistbezoek in Nederland
HSZ 95.03	Wachtlijsten voor electieve chirurgie in de orthopedie

## **16. Geneesmiddelenvoorziening**

Hoewel de geneesmiddelenvoorziening in Nederland steeds meer te maken krijgt met Europese regulering (met name wat betreft de harmonisering van de registratie en de transparantie van prijs- en terugbetalingsregelingen), neemt Nederland op dit terrein toch een aparte plaats in vergeleken met de buurlanden. Waar de meeste landen van de Europese Unie een duidelijk prijsbeleid voeren, is er in Nederland geen directe prijscontrole en zijn de prijzen relatief hoog. Toch betekent dit niet dat daarmee ook de consumptie van geneesmiddelen hoog ligt: in Nederland wordt, vergeleken met de meeste buurlanden, terughoudend omgesprongen met het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen. Terwijl anderzijds het gebruik van homeopatische middelen weer hoog is. De geneesmiddelenvoorziening is een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg, waarvan de kosten steeds hoger oplopen. Pogingen om deze kosten te beteugelen vinden hier voornamelijk plaats via maatregelen met betrekking tot de terugbetaling en met betrekking tot het afleveren van geneesmiddelen. Ook hier weer neemt Nederland met het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) een aparte positie in.

Het gebruik van geneesmiddelen wordt bepaald door zowel de zorgaanbieders als door de patiënt. Uit het overzicht dat hieronder volgt blijkt dat het meeste NIVEL-onderzoek dat tot nog toe is uitgevoerd gaat over het voorschrijven van geneesmiddelen; niettemin blijkt ook dat zowel wat betreft het afleveren van medicijnen als wat betreft de rol van de patiënt de nodige aanzetten aanwezig zijn.

### **Overzicht van de projecten**

LINH 94.04	Voorschrijven van geneesmiddelen
NAT 93.07	Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen.
NAT 93.11	Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk
NAT 94.03	Bijwerkingen van geneesmiddelen

NAT 95.03	Het rationeel voorschrijven bij psycho-sociale problemen
PSH 95.01	Communicatie in de apotheek-II: leidt het ontwikkelde communicatieprotocol tot een andere bejegening in de apotheek
VRA 86.01	Consumentenpanel
VRA 94.01	Patiëntenpanel chronisch zieken
VRA 94.02	Cumulatie-effecten van eigen bijdragen
VRA 95.06	Vraag om een recept

### **3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE**

(coördinator: drs. A.K. de Leeuw)

#### **Inleiding**

Primaire doelstelling van de afdeling Bibliotheek en Documentatie is ondersteuning van onderzoek binnen het NIVEL. Dit houdt in praktische zin in, dat deze afdeling zich in de komende jaren meer en meer zal gaan richten op collectievorming op het gebied van de gehele (somatische) gezondheidszorg. Collectievorming zal daarom in het volle voetlicht komen te staan. Uit efficiëntie-overwegingen zal de reeds bestaande samenwerking met andere bibliotheken op het terrein van de gezondheidszorg geïntensiveerd worden en zal contact worden gezocht met andere relevante bibliotheken en documentatiecentra. Op basis van een inventarisatie van bestaande collecties kan een zwaartepuntenbeleid vastgesteld worden.

Voorbeelden van samenwerking zijn de reeds bestaande Literatuurdatabase Kwaliteit van de Zorg, een samenwerkingsproject van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het NIVEL, en de ontwikkeling van een database op het gebied van Verpleging en Verzorging, een project van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) en het NIVEL.

Voorwaarde voor een goede bibliotheeksamenwerking is het bestaan van een gezamenlijke trefwoordenlijst voor het toegankelijk maken van de collecties. In de pas lopend met de ontwikkelingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg is de Thesaurus Gezondheidszorg reeds in voorgaande jaren opgebouwd in samenwerking met het NZi, TNO-PG en het NcGv. In 1995 zal de thesaurus geïmplementeerd worden binnen alle databases van de Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Een belangrijke plaats heeft het Documentatiecentrum Statistische Data Gezondheidszorgsystemen (DOCSY) zich verworven binnen het instituut. Ook binnen dit centrum zijn met vooruitziende blik gegevens verzameld op het terrein van de gehele gezondheidszorg. In de komende jaren zullen daar de vruchten van geplukt worden in de vorm van publikaties over specifieke onderwerpen.

De grand old lady van Bibliotheek en Documentatie is de Registratie Wetenschappelijk Onderzoek Eerstelijnsgezondheidszorg. Om - met het oog op de missieverbreiding - dubbele enquêtering te voorkomen wordt met name samengewerkt met instituten als het SWIDOC en het Nederlands Bureau voor

Onderzoek Informatie (NBOI). Het in 1994 voor het eerst op diskette uitgegeven jaaroverzicht is een succes gebleken, dat geprolongeerd zal worden in verfijndere vorm.

Naast collectievorming staat na enige jaren weer de automatisering van de Bibliotheek en Documentatie centraal binnen de activiteiten van de bibliotheek in 1995 en 1996. Met name gaat het hier om de overgang van de oude naar een geavanceerde nieuwe versie van het geautomatiseerde bibliotheekstelsel. Belangrijk is voorts dat verschillende databases online aangeboden zullen worden aan derden.

Extern gerichte dienstverlenende activiteiten zullen op hetzelfde niveau als voorheen worden uitgevoerd, zoals het uitlenen van boeken en rapporten, het vervaardigen van literatuurlijsten 'op maat', en het verschaffen van informatie.

### **Overzicht van de projecten**

BIDOC 86.01    Automatisering Bibliotheek en Documentatie  
Overgang naar netwerk  
Online aanbieden van databases aan externen

BIDOC 88.01    Registratie Wetenschappelijk Onderzoek  
Jaaroverzicht op diskette  
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)

BIDOC 93.01    Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg  
Jaaroverzicht op diskette  
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)

#### **NIEUW**

BIDOC 95.01    Searches t.b.v. reviewartikelen

#### **NIEUW**

BIDOC 95.02    Collectievorming  
Inventarisatie relevante tijdschriften  
Mogelijkheden samenwerkingsproducten onderzoeken;  
uitvoering

**NIEUW**

BIDOC 95.03 Database Verpleging en Verzorging  
Ontwikkeling  
Uitgave van diskette

**NIEUW**

BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg  
Implementatie in NIVEL-bibliotheek  
Uitgave op diskette  
Ontwikkeling termen op het gebied van meetinstrumenten  
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)

**NIEUW**

BIDOC 95.05 Overname Collectie O & O  
Uitvoering

**NIEUW**

BIDOC 95.06 Inventarisatie Meetinstrumenten Kwaliteit van Zorg  
Uitvoering en publikatie

## 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 en de samenwerking met de Vrije Universiteit te Amsterdam, de Rijksuniversiteit Limburg en de Katholieke Universiteit Nijmegen in de onderzoeksschool 'CARE'.

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 zevende editie toe en wordt ditmaal in Boedapest gehouden. Het NIVEL is organisator samen met de Universiteit van Debrecen.

### Overzicht van de activiteiten

ALG 94.02	Onderzoeksschool CARE
ALG 94.04	De positie van vrouwen en mannen in besturen van gezondheidszorgorganisaties
<b>NIEUW</b>	
ALG 95.01	Seventh European Conference on Health Services Research (mede-organisator conferentie Boedapest)
<b>NIEUW</b>	
ALG 95.02	Onderzoeksschool Psychology and Health
<b>NIEUW</b>	
ALG 95.03	Effecten van NRV-adviezen in het veld
P.M.	
BKP 95.05	Congres over Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg
TECH 95.03	Conferentie thuiszorgtechnologie

## 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. R.W. Lubbers	voorzitter
Vacature	secretaris
Mr. S.I.M. Bless	penningmeester

### **Management:**

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/	Internationaal vergelijking van systemen
Prof.dr. P.P. Groenewegen	van gezondheidszorg (INT)
Dr. D.M.J. Delnoij	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
W.J. Meijer, arts-epidemioloog	Verloskundige zorg (VERL)
Dr. D.H. de Bakker	Organisatie van de gezondheidszorg en kwaliteit (SAM)
J. van der Velden, arts-epidemioloog	Vraag/aanbod relatie in de huisartspraktijk (NAT)
Dr. A. Kerkstra	Extramurale verpleging en verzorging (WIJK)
Dr.ir. R.D. Friele	Thuiszorgtechnologie (TECH)
Dr. P.F.M. Verhaak	Hulpverleningsprocessen/Eerstelijns en GGZ
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg
Dr. J. Dekker	Paramedische zorg (PMED)
Drs. L. Peters/Dr. M. Foets	Het perspectief van de hulpvrager (VRA)
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).

