

3200 101

WERKPLAN 1997-1998

deel 1



NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht
Bezoekadres: Drieharingstraat 6 - Utrecht
Telefoon : 030-2319946
Telefax : 030-2319290

INHOUD

VOORWOORD	5
1. INLEIDING	7
1.1 Algemene ontwikkelingen	7
1.2 Van beleid naar onderzoek	10
1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	18
2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN	21
2.1 Inleiding	21
2.2 De onderzoekslijnen	22
2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg	22
2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	25
2.2.3. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg	28
2.2.4. Beroepen in de gezondheidszorg	30
2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg	34
2.2.6. Verloskundige zorg	41
2.2.7. Paramedische zorg	42
2.2.8. Verpleging en verzorging	47
2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg	50
2.2.10. Thuiszorgtechnologie	51
2.2.11. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt	52
2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager	55
2.2.13. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg	59
2.2.14. Overige activiteiten	65
2.3 Overige thema's	66
3.1. Kwaliteit van zorg	66
3.2. Onderzoeksprogramma modernisering curatieve zorg	69
3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE	72
4. ALGEMENE INFORMATIE	75

VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1997/1998 van het NIVEL.

Het werkplan is gesplitst in twee delen. Het eerste deel bevat een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke en beleidsontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en de plaats van het NIVEL hierin. Verder wordt ingegaan op nieuwe elementen in het werkplan.

Het onderzoek binnen het NIVEL wordt besproken aan de hand van een aantal onderzoekslijnen en themagebieden, 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 bevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid.

Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar.

In dit programma wordt duidelijk dat het onderzoek in ziekenhuizen en bij specialisten goed op gang komt, evenals het onderzoek in verpleeghuizen en dat bij de huisartspraktijk het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) zijn dienst begint te bewijzen voor onderzoek en beleid.

1. INLEIDING

1.1 Algemene ontwikkelingen

In dit deel van de inleiding worden algemene ontwikkelingen beschreven die het NIVEL-werkprogramma 1997-1998 hebben beïnvloed en worden enkele hoofdonderwerpen nader belicht.

Gezondheidsbeleid anno 1997

Voor de Nederlandse gezondheidszorg wordt 1997 het jaar van de realisatie en van de vraag 'hoe werkt het allemaal in de praktijk uit?'. Laten we beginnen met het goede nieuws.

De prijzen van geneesmiddelen zijn zover gezakt, dat farmaceutische groothandels en importeurs naar andere inkomstenbronnen gaan uitzien, al blijft de druk om nieuwe en dure geneesmiddelen toe te laten onverminderd groot. In vrijwel alle ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt tussen directie en medische staf ('lokale initiatieven') en volgens het Jaaroverzicht Zorg 1997 (pag 10) zou nu de *'spiraal van overschrijdingen en tariefkortingen doorbroken zijn'*. Hier past weliswaar een Tom Poes-achtig 'hm!', maar er valt niet te ontkennen dat voor het eerst op een breed front beweging te constateren valt in een tot nu toe muurvast zittend beleidsdossier. De vraag blijft natuurlijk wat al die overeenkomsten nu voorstellen en of ze inderdaad iets anders omvatten dan het ratificeren van de bestaande praktijk.

Het 'Persoonsgebonden budget' wordt vooralsnog tamelijk doeltreffend onschadelijk gemaakt door een overmaat van bureaucratische bezorgdheid, vooral uit de hoek van de 'Melkert-banen' (wordt er niet teveel werkgelegenheid afgebroken) en uit de hoek van de bewakers van de omvang van de collectieve sector. Het verplichte lidmaatschap van een 'vereniging van budgethouders' verhoogt de drempel dusdanig dat slechts hardnekkig gelovigen van de gelegenheid gebruik maken. Wil men werkelijk effecten zien dan zal zowel het macro-budget moeten worden verruimd en de belemmeringen bij het gebruik dienen te worden opgeheven.

Er staan nog de nodige maatregelen op stapel; de compartimentalisering van de verzekeringen tegen de kosten van ziekte en invaliditeit en het invoeren van een stelsel van eigen bijdragen.

Voor de meeste vormen van zorg ('verstrekkingen' in het jargon van de sociale ziektekostenverzekering) is het op voorhand wel duidelijk in welk compartiment zij zich bevinden; de thuiszorg echter moet in stukken worden geknipt. Het deel dat na ontslag uit het ziekenhuis en ter vervanging van

opname in het ziekenhuis wordt gegeven blijft in het tweede compartiment; de overige thuiszorg in het onverzekerbare AWBZ-gedeelte.

Er zitten zeker positieve kanten aan het thuiszorg-voorstel. In beginsel wordt substitutie tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg vereenvoudigd omdat de ondoordringbare muren tussen reguliere zorgverzekering en AWBZ worden geslecht. Echter, een voor de huidige thuiszorg rampzalig scenario valt licht te voorzien. Wat zal ziekenhuizen beletten om voortaan zelf intensieve of opname vervangende en vooral post-ontslag thuiszorg te gaan leveren of te gaan inkopen bij andere organisaties dan de reguliere thuiszorg-instellingen. In Frankrijk is eigenlijk de enige vorm van thuiszorg die goed is georganiseerd: de HAD, *Hôpitalisation à Domicile*. Thuiszorg om te voorkómen dat iemand wordt opgenomen is daar veel minder sterk ontwikkeld. In ons land is dit laatste juist het doel van de thuiszorg; een verschuiving in de richting van ziekenhuisgerelateerde zorg zou met die doeleinden in strijd zijn. Het is zeker niet de bedoeling dat het aantal ziekenhuisopnamen gaat stijgen omdat de ziekenhuisvervangende thuiszorg niet meer adequaat functioneert.

Het ingewikkelde van een ingrijpende verandering als het 'compartementaliseren' van de ziektekostenverzekering is, dat het effect van de verandering niet goed te voorspellen is. Alle partijen (verzekeraars, thuiszorg-organisaties, thuiszorg-cliënten) gaan zich 'strategisch' gedragen en zich aan de nieuwe situatie en aan elkaar aanpassen. Het spreekt bijna vanzelf dat alleen een combinatie van een nulmeting en een grondige evaluatie achteraf kan duidelijk maken wat er nu precies is gebeurd. Voor een bijsturing van de maatregel is deze kennis belangrijk. De transmurale zorg zal in omvang toenemen en van aard veranderen.

Bij de *huisarts* worden de afspraken gemaakt tussen huisartsen, verzekeraars en overheid in de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg successievelijk in de praktijk gerealiseerd. Er is geld uitgetrokken voor huisartsen in achterstandswijken; er komt een extra budget voor preventieve activiteiten in de huisartspraktijk zoals griepvaccinatie en het maken van cervix-uitstrijkjes en ook het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam wordt op grote schaal gestimuleerd.

Toch dreigt er een zekere spanning te ontstaan tussen het beleid waarin de poortwachtersfunctie van de huisarts wordt benadrukt en de patiënt in een bepaald keurslijf wordt gedwongen en de toegenomen neiging van verzekeraars om hun verzekeringspakket zo aantrekkelijk mogelijk te maken voor zogenaamde 'goede risico's'. In zo'n model is elke belemmering van de wensen van de patiënt een sta-in-de-weg.

Naarmate op meer fronten de echelonnerings-gedachte wordt losgelaten en transmurale afspraken de boventoon voeren, is een formele belemmering van de rechtstreekse toegankelijkheid van de specialist steeds moeilijker te 'verkopen'. Ook vanuit het buitenland wordt aan deze hoeksteen van het

gezondheidsbeleid geknaagd. In de grensregio's voelen de verzekeraars de druk van hun verzekerden om rechtstreeks voorzieningen in de buurlanden te bezoeken. Men begrijpt eenvoudigweg niet dat de grenzen voor alles zijn geslecht behalve voor gezondheid en sociale zekerheid. Voor de Nederlandse gezondheidszorg, doelmatig gebaseerd op de voorselectie door de huisarts, is dit een netelig probleem. Uit andere landen blijkt dat een directe toegang tot specialist en ziekenhuis nauwelijks meer te redresseren is.

De voortschrijdende budgettering van zorgverzekeraars maakt hen meer marktgericht. In het schadeverzekeringsbedrijf wil dat eenvoudigweg zeggen: het aantrekken van goede risico's en het, als het even kan, afstoten van slechte risico's en, natuurlijk, het zo laag mogelijk houden van de uitvoerings- en apparaatskosten. Dat maakt hen gevoelig voor de wensen van jonge, relatief gezonde klanten, liefst via een werkgever, collectief geworven. Willen die nog wel betutteld worden en ontstaat er geen grote kloof tussen deze actief geworven groep en de rest?

Het beleid van de afgelopen tijd waarin de huisartsen welwillend zijn bejegend (althans vergeleken met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg) zou wel eens wat minder huisartsvriendelijk kunnen worden.

Zal het accent weer op het ziekenhuis komen te liggen, gegeven de grote veranderingen die aldaar plaatsvinden of blijken veranderingen in de praktijk wat minder ingrijpend dan op papier?

Op zichzelf is het geen slechte zaak dat specialisten in de schijnwerper komen te staan; nu eens niet vanwege tarieven of overschrijdingen van het macrobudget, maar vanwege de aandacht voor hun plaats in het ziekenhuis, hun kwaliteitsbeleid (hoe orde te scheppen in de veelheid van bestaande protocollen, die vaak niet verder reiken dan een ziekenhuis of een afdeling), de bejegening van de patiënt (meer tijd, geld en aandacht voor de communicatie) en de ondersteuning van de beroepsverenigingen (wetenschappelijk en maatschappelijk). Dit is uiteraard geen pleidooi om een dergelijke ondersteuning ten koste van de ondersteuning van huisartsen te laten gaan, maar eerder een oproep om ook in deze beroepsgroep te investeren. Het zou de kwaliteit van de medisch specialistische zorg ten goede komen en tevens de samenwerking tussen huisarts en specialist als ook de specialistenverenigingen (alle 30???) ondersteund zouden worden. Met het tot stand komen van de Orde van Specialisten is de kans groter dat specialisten weer met één mond spreken en dat ondersteuning van het 'geheel' ook de delen ten goede komt.

Aan patiëntenzijde vraagt de verruiming van de mogelijkheid om klachten in te dienen de aandacht. In veel sectoren is een klachtenstructuur ingevoerd en kan men zijn ontevredenheid over een behandeling duidelijk uiten. Ook hier

geldt de vraag naar de realisatie. Hoe pakken de nieuwe klachtenregelingen uit; hebben mensen het gevoel dat ze inderdaad gehoord worden en dat hun klachten serieus worden behandeld? Zijn de drempels laag genoeg en is er voldoende terugkoppeling naar de hulpverlening? Uit de in 1995 gehouden enquête naar het kwaliteitsbeleid in instellingen van gezondheidszorg, bleek het met de formele participatie van de **gebruiker** nog tamelijk droevig gesteld te zijn. De uitdaging voor de gezondheidszorg in de komende jaren is het serieus betrekken van de gebruiker van zorg bij de inrichting van de zorg. *Quality is in the eye of the beholder.*

1.2 Van beleid naar onderzoek

De positie van het NIVEL tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap

De taak van het NIVEL is niet het schrijven van een troonrede of van een commentaar bij het Jaar Overzicht Zorg. Het NIVEL doet onderzoek en probeert de beleidsontwikkelingen te vertalen in een onderzoeksprogramma, dat op zijn beurt het beleid ondersteunt en er feedback aan geeft.

Het is niet toevallig dat de hierboven genoemde thema's voor een belangrijk deel terug te vinden zijn in het lopende en voorgenomen onderzoeksprogramma. Communicatie tussen patiënt en specialist wordt onderzocht (naast communicatie in de huisartspraktijk en in de sector verpleging en verzorging); de werking van klachtenprocedures wordt geïnventariseerd evenals afstemming van werkafspraken tussen huisarts en specialist en de wijze waarop de positie van de specialist in 'lokale overeenkomsten' is geregeld. Internationaal vergelijkend onderzoek werpt licht op de vraag hoe zou het zijn als de huisarts zijn poortwachtersfunctie niet meer zou uitoefenen enzovoorts enzovoorts. Sommige ontwikkelingen gaan te snel voor onderzoek (zeker als ze ook nog eens in een klap in het hele land worden ingevoerd) en andere vragen zijn eigenlijk nauwelijks te beantwoorden. "Wat zijn de consequenties van de overgang van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde gezondheidszorg?".

Het programma wordt bepaald door de eisen die door het **beleid**, het **veld** en de **wetenschap** worden gesteld en die uit de positie van het NIVEL, als nationaal instituut voor het gezondheidsonderzoek, voortvloeien. Het NIVEL is een nationaal instituut voor gezondheidszorgonderzoek, multidisciplinair van samenstelling, dat toegepast, beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek verricht ten behoeve van partijen die tezamen het gezondheids(zorg)beleid in Nederland vormgeven: de overheid, het veld van zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars.

Missie en doelstellingen van het instituut

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'.*

De middelen die het NIVEL (statutair) ten dienste staan om zijn doelstelling te bereiken zijn de volgende:

- 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.

De naam van het instituut 'NIVEL' betekende oorspronkelijk het Nederlands instituut voor de **eerstelijns**gezondheidszorg. Als zodanig begon het met zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Toen er echter in de door de Raad voor het Gezondheidsonderzoek uitgebrachte 'Brede Analyse' een suggestie werd gedaan om het NIVEL om te vormen tot een onderzoeksinstituut voor de Somatische Gezondheidszorg (naast een instituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg), is de missie van het NIVEL dienovereenkomstig verbreed. De naam 'NIVEL' is vanwege de herkenbaarheid gehandhaafd. Het instituut heet nu voluit 'NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg', de Engelse titel blijft: 'Netherlands Institute of Primary Health Care'¹.

Het Bestuur van de Stichting NIVEL weerspiegelt deze evolutie van het instituut; bestond het tot het midden van de jaren zeventig nog voornamelijk uit vertegenwoordigers van huisartsenzijde, nu is het samengesteld uit de drie voor het NIVEL cruciale partijen: het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleeghuiszorg); consumenten en financiers (consumentenbond, zorgverzeke-

¹ Op zijn beurt vormde het **eerstelijns**instituut weer een uitbreiding van het in 1965 als wetenschappelijk bureau van het Nederlands Huisartsen Genootschap opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut. Twintig jaar na de oprichting werden de afdelingen 'wetenschappelijk onderzoek' en 'bibliotheek en documentatie' tot het nieuwe instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg omgevormd, terwijl de afdelingen voor ondersteuning en ontwikkeling van het huisartsenwerk werden zelfstandig in de Stichting O(ndersteuning) en O(ntwikkeling) van de huisartspraktijk. Dit laatste instituut heeft de bezuinigingsronden van de jaren negentig niet overleefd.

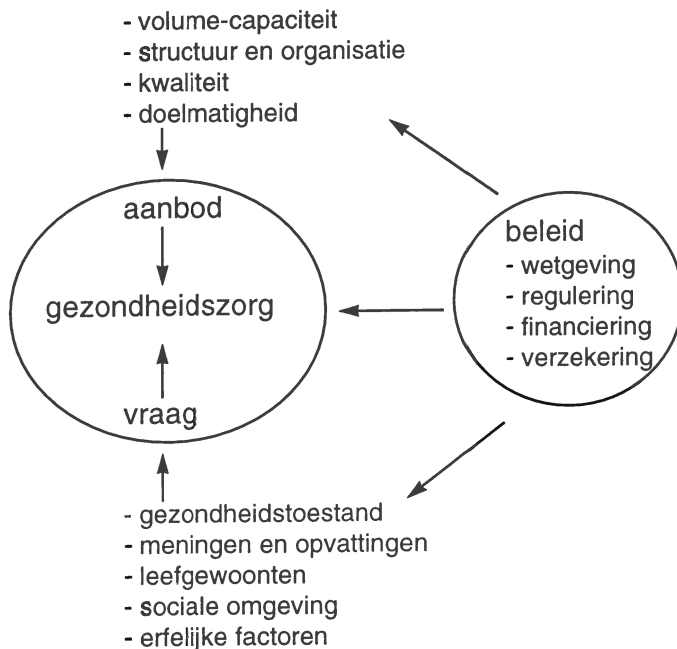
raars en patiëntenplatform) en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld. Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut. De volgende, binnenkort te nemen, stap is het uitbreiden met vertegenwoordigers van ziekenhuis- en specialistenzijde en verenigingen van chronisch zieken.

Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research

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

Schema 1:

Domein van het gezondheidszorgonderzoek



Gezondheidszorgonderzoek is te kenschetsen als toegepast beleidsonderzoek: enerzijds ontleent het NIVEL zijn onderzoeksvraagstellingen aan de problemen waarvoor de gezondheidszorg zich beleidsmatig ziet gesteld; anderzijds dienen de resultaten van het NIVEL-onderzoek geïmplementeerd te (kunnen) worden in het beleid dat door 'partijen' in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Beide zaken hebben consequenties voor de maatschappelijke inkadering van het NIVEL, voor de wijze waarop het NIVEL-onderzoeksprogramma wordt vastgesteld, en voor de wijze waarop de onderzoeksresultaten van het NIVEL worden verspreid.

Kenmerkend voor 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 Raad voor de Zorgverzekering en de Raad voor Gezondheidsonderzoek) en tevens dichtbij de landelijke beroeps- en koepelorganisaties, die actief zijn in de gezondheidszorg (organisaties van hulpverleners, consumenten en patiënten en zorgverzekeraars). Vanwege zijn nationale positie bestaan er tussen het NIVEL en deze organisaties allerlei soorten relaties (o.a. adviesrelaties) en systematische contacten (zowel formeel als informeel). Voor de meeste landelijke organisaties op het gebied van de (eerstelijns)gezondheidszorg is het NIVEL een vanzelfsprekende gesprekspartner.

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 en in de 'Onderzoekschool Psychology and Health' een samenwerkingsverband van de Universiteiten van Utrecht, Leiden en de Katholieke Universiteit Brabant. 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, extramurale gezondheidszorg en gezondheidspsychologie.

Het beeld van het NIVEL, dat hierboven wordt geschetst klopt nog wel, maar zal de komende tijd veranderen. Er is door het ministerie van VWS een

organisatie opgericht (de ZON-organisatie: Zorg- Onderzoek Nederland), die, als het gaat lopen zoals de bedoeling is, 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 ZON-organisatie zal, volgens het wetsvoorstel, enerzijds een zelfstandig bestuursorgaan vormen, anderzijds zal de Minister de organisatie met vaste hand aansturen. De startfase van deze organisatie verloopt niet zonder problemen. Het kost, begrijpelijkerwijs, moeite om in een tempo dat recht doet aan de snelle dynamiek waarin de gezondheidszorg verandert, een relevant programma te ontwerpen en uit te zetten. Het tempo van goed doordachte wetenschap is een ander dan de dynamiek van het beleid. Dat was vroeger wel eens anders, met name het laatste, maar het is wel een gegeven. Het NIVEL dreigt hierdoor in een al te zeer opgerekte spagaat te komen, enerzijds alert op de noden van het beleid, anderzijds stelt het een eer in het verrichten van solide wetenschappelijk onderzoek.

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 (en wordt nog steeds) 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, ook via elektronische weg 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 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), dat in 1996 zijn eerste cijfers ten behoeve van het Jaar Overzicht Zorg leverde, vormt een sluitstuk van de informatievoorziening in de huisartspraktijk. Samen met NZi en het Trimbos-instituut (GGZ) wordt een registratiesysteem van zorgvernieuwingprojecten bijgehouden.

Het is echter niet waarschijnlijk, 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 (nu nog afzonderlijk maar wellicht binnen afzienbare tijd in

gezamenlijk beheer) 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.

Het NIVEL als internationaal onderzoekscentrum

Internationaal gezien wordt de positie van het NIVEL als nationaal instituut steeds belangrijker. Sinds 1987 is het NIVEL een WHO-collaborating Centre. Een van de consequenties hiervan is, dat NIVEL-medewerkers regelmatig als 'temporary adviser' bij WHO-activiteiten betrokken zijn. Op verzoek van de EU en de WHO is het NIVEL ook betrokken bij de ontwikkeling van de hervormingen in een aantal Oost-Europese 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 belangrijkste rol die de EU krijgt bij de verdeling van onderzoeksgelden, steeds meer wordt uitgenodigd en het initiatief neemt tot zogenaamde 'concerted actions' of andere internationale onderzoeksprojecten. Met het aanvaarden van het Verdrag van Maastricht heeft de Europese Unie voor het eerst een beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektebestrijding geformuleerd in eerste instantie tot uiting komend in een toegenomen subsidiestroom, maar ook in een toegenomen Europese interesse in (en mogelijke sturing van) het gezondheidsbeleid van de lidstaten der Unie.

Het NIVEL als instituut voor gezondheidszorgonderzoek

Door zijn werkterrein (gezondheidszorgonderzoek) onderscheidt het NIVEL zich enerzijds van het RIVM (gezondheidsonderzoek)², 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. Voorts worden er verspreid aan enkele sociale faculteiten projecten gedaan op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek en zijn ook enkele organi-

² althans tot op zekere hoogte; het RIVM is zich duidelijk aan het profileren op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek

satie-adviesbureaus actief op het terrein, zonder dat daar overigens een sterke onderzoekstraditie is ontstaan.

Sterkere verwantschap vindt men bij vakgroepen epidemiologie, sociale geneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg en gezondheidseconomie, zeker als ze gezondheidszorg als 'determinant' van gezondheid 'meemenen'.

De bijzondere positie van het NIVEL in het spanningsveld tussen beleid, veld en wetenschap, impliceert dat, vergeleken met universitaire onderzoeksgroepen, het NIVEL veel tijd en energie besteedt aan de inpassing van het onderzoek in de behoefte van de opdrachtgever. Niet alleen bij de opzet van het onderzoek maar ook en vooral na afloop ervan. De implementatie van de resultaten, het vertalen van de resultaten in beleidsrelevante opties en het helder en duidelijk formuleren en wijd verspreiden van de conclusies zijn voor het NIVEL even belangrijk als het publiceren in de wetenschappelijke vakpers. Uiteraard voldoet NIVEL-onderzoek in beginsel aan dezelfde eisen van objectiviteit, geldigheid en betrouwbaarheid als alle wetenschappelijk onderzoek. Verschillen vindt men 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). Zoals gezegd heeft dit als consequentie, 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, adviseurschappen en een gerichte publiciteit door middel van verschillende media.

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 directies van het ministerie van VWS (Curatieve Somatische Gezondheidszorg, Gezondheidsbeleid, Ouderenbeleid), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals Ziekenfondsraad en de voorlopige Raad voor Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening (de vroegere Nationale Raad voor de Volksgezondheid), 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 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 (naast de nieuwe ZON-organisatie) van belang de NWO-programmacommissies 'Kwaliteit van Zorg', en 'Chronische Ziekten' de Nationale Commissie Chronisch Ziekten, de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde (Ziekenfondsraad/O&W) en verschillende programma's op Europees gebied, zoals het BIOMED-programma.

Met name voor internationaal vergelijkend onderzoek vormen deze Europese competities vaak de enig mogelijke weg. De energie die met het schrijven en (niet te vergeten!) beoordelen van dit onderzoek gemoeid is, valt niet te onderschatten.

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

Dit alles resulteert in een honderdvijftigtal projecten op jaarbasis, die in 1996 een jaaromzet van ongeveer 12 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een derde als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Eind 1996 telde het NIVEL ongeveer 120 medewerkers, van wie een zestigtal onderzoekers.

1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

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).

Verandering; de missieverbreiding van het instituut

Bij het verbreden van de missie van het NIVEL van onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg naar gezondheidszorg in het algemeen zijn de volgende prioriteiten gehanteerd:

1. onderzoek op het gebied van Verpleging en Verzorging past niet goed binnen het denken in 'echelons'; er is een duidelijk continuüm te constateren van thuishulp naar thuisverpleging, naar intensieve thuiszorg, naar

zorg in verzorgingstehuizen, naar dagbehandeling in verpleeghuizen, naar verpleeghuiszorg en alles wat er zich transmuraal tussenin bevindt.

Een beperking tot de 'eerstelijns' belemmert onderzoek eerder dan dat het dit bevordert. Missie-uitbreiding komt hier goed van pas.

2. de expertise van het NIVEL ligt eerder op het gebied van onderzoek naar en ten behoeve van beroepsbeoefenaren dan op het gebied van 'instellingen'. Bij het betreden van het nieuwe werkterrein ligt het voor de hand om bij de beroepsbeoefenaren te beginnen, met name bij medisch specialist en verpleging.
3. algemene thema's als 'kwaliteit van zorg' en 'doelmatigheid/gepast gebruik' zijn niet echelon-gebonden. Hier ligt het voor de hand dat het NIVEL het gehele gebied bestrijkt in plaats van zich tot de 'eerstelijns' te beperken.
4. een constante beoordeling van de gezondheidszorg door gebruikers van zorg levert informatie op over de kwaliteit van zorg in de ogen van de gebruiker en geeft bovendien de mogelijkheid om het (cumulatieve) effect van allerlei maatregelen bij de patiënt/zorggebruiker te onderzoeken.

Deze prioriteiten vindt men terug in het werkprogramma; deels als uitbreiding van hetgeen al werd verricht (onderzoek in de ouderenzorg met name in de verpleeghuissector) en deels in een nieuw en aanvullend programma dat past binnen en aansluit op de beleidsaanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. 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 transmuraal zorg, waarbij de volgende lijnen van onderzoek te onderscheiden zijn:

- '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;
- 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;
- De reeds veel langer bestaande onderzoekslijn naar de positie van de huisarts als 'poortwachter' wordt met volle kracht voortgezet.

Alle nadruk op missieverbreiding mag echter niet verhullen dat voor het NIVEL de 'eerstelijns', dat wil zeggen, de rechtstreeks, zonder verwijzing, machtiging of voorschrift toegankelijke zorg, de kern en de basis van zijn activiteiten blijft vormen. Daar ligt oorsprong van de expertise en het relatienetwerk waarin het instituut verkeert.

Een nieuw werkterrein: gezondheid en gezondheidszorg van en voor allochtonen

Een beetje buiten het verhaal van de missie-uitbreiding vallend is er een ander nieuw werkterrein aan het ontstaan: gezondheid en gezondheidszorg van en voor allochtonen. Een belangrijke vraag is of de reguliere (Nederlandse) gezondheidszorg een adequaat antwoord biedt op wensen en problemen van allochtone Nederlanders en of bijvoorbeeld het land van herkomst de verwachtingen over gezondheid en gezondheidszorg hen ingrijpend heeft beïnvloed. Er loopt een project over kraamzorg bij allochtone vrouwen en er is een onderzoeksvoorstel in Brussel ingediend over gezondheidszorg in arme stedelijke gebieden. Ook gezondheidszorg voor vluchtelingen valt onder dit thema.

Continuïteit

Daarnaast vindt men de nodige continuïteit in het programma:

- onderzoek naar de poortwachtersfunctie van de huisarts
- verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, nu in een vergelijkende studie op Europees niveau
- nader onderzoek op het gebied van 'Kwaliteit van Zorg' naar de vraag hoe door het NIVEL ontwikkelde meetinstrumenten, waarmee de visie van de patiënt op kwaliteit van zorg worden gemeten, in de praktijk kunnen worden toegepast om de zorg te verbeteren
- veel onderzoek in verpleeghuizen; onderzoek naar de communicatie tussen verzorgenden en patiënten, onderzoek naar kwaliteit van leven in verpleeghuizen en onderzoek op meta-niveau naar hoofdlijnen en blinde vlekken in het verpleeghuisonderzoek
- verder ontrafelen van de relatie tussen het aanbod van voorzieningen en het gebruik dat daarvan wordt gemaakt
- het ontwikkelen van vooruitberekenningsmodellen met betrekking tot toekomstige behoeften aan menskracht in de gezondheidszorg, met name op het gebied van de specialistische zorg

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject; 1997 is de 28e jaargang en gelukkig heeft het project structurele financiering gekregen. Het accent van het programma zal sterker op de registratie en monitoring van infectieziekten komen te liggen. 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.

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN

2.1 Inleiding

Het onderzoeksprogramma van het NIVEL is in een aantal onderzoekslijnen opgedeeld:

- Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg
- Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis
- Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg
- Beroepen in de gezondheidszorg
- Huisartsgeneeskundige zorg
- Verloskundige zorg
- Paramedische zorg
- Verpleging en verzorging
 - . Verpleeghuis- en aanverwante zorg
 - . Thuiszorgtechnologie
- Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt
- Het perspectief van de hulpvrager
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Daarnaast lopen een tweetal thema's door al deze onderzoekslijnen heen, te weten:

- Kwaliteit van zorg
- Onderzoeksprogramma modernisering curatieve zorg

In paragraaf 2.3 zijn de projecten uit de diverse onderzoekslijnen die binnen deze thema's vallen bij elkaar gezet, waardoor een beter overzicht verkregen wordt, wat er op deze terreinen aan projecten loopt.

Het eerste deel van het werkprogramma bevat een korte inleiding op de programma's en een opsomming van de projecten plus een summier beschrijving van de inhoud/weergave van de activiteiten. In deel II van het werkprogramma vindt men de uitgebreidere projectbeschrijvingen. Ieder project valt onder een van de projectleiders, die verantwoordelijk is voor de uitvoering.

2.2 De onderzoekslijnen

Samenhang en samenwerking in de gezondheidszorg

Een van de 'constanten' in het Nederlandse gezondheidsbeleid is erop gericht om de 'lappendeken' aan disciplines en voorzieningen aaneen te smeden tot een samenhangend geheel. Samenhang binnen een instelling kan worden bevorderd door middel van het invoeren van een kwaliteitssysteem. Onderzoek op het thema kwaliteit en organisatie is daarom een eerste onderdeel onder het kopje samenwerking en samenhang.

Een belangrijk structurerend element om ondanks een soms ontbrekende samenhang tussen voorzieningen toch het overzicht te houden over de aan de patiënt verleende zorg is de getrapte toegankelijkheid van de tweedelijns-gezondheidszorg 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 met name sinds de voorstellen van de Commissie Biesheuvel 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 sector verpleging en verzorging zijn daardoor ook thema's voor onderzoek.

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

2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

2.2.2. De relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

2.2.3. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

Onderzoek binnen het terrein van organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg richt zich op activiteiten die als doel hebben een grotere samenhang in de zorg te bewerkstelligen door middel van het invoeren van systematische kwaliteitszorg. Het onderzoek op dit terrein had aanvankelijk vooral

een inventariserend karakter. De 'state of the art' met betrekking tot kwaliteitszorg in een bepaalde sector werd in kaart gebracht. Zeker met het oog op de Leidschendamconferenties in het jaar 2000 blijft monitoring van de kwaliteitssysteemontwikkeling een punt van aandacht. Maar daarnaast komen ook andere onderzoeksvraagstellingen in het vizier. In de eerste plaats vindt onderzoek plaats op het gebied van implementatievraagstukken. Een voorbeeld van zo'n vraagstuk is de verhouding tussen het kwaliteitssysteem zoals dat door het management van een instelling wordt ontwikkeld en de activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering van professionals. Een ander thema waarop vraagstellingen worden gegenereerd is de externe verantwoording van kwaliteitszorg. Initiatieven van verzekeraars om kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten op te nemen worden geëvalueerd. Ook wordt onderzoek gedaan naar rapportage over klachten aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het kader van de Klachtwet. Last but not least worden vraagstellingen aangepakt ten aanzien van de gevolgen van invoering van kwaliteitssystemen op de kwaliteit van zorg. De gedachte achter kwaliteitssystemen is dat door een betere beheersing van de processen de kwaliteit van zorg verbetert.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- SAM 90.04 Evaluatie 'fundholding' door huisartsen
(budgetteringsexperimenten zijn niet gestart)
- SAM 96.04 Kwaliteitssystemen in de welzijnssector
(afgerond)
- SAM 96.01 Bonus-malus experiment in Eindhovense gezondheidscentra:
de proeffase
(afgerond)
- SAM 96.05 Wat gebeurt er na de zorgvernieuwing?
(is al door anderen uitgevoerd)

Lopende projecten:

State of the art-studies

- SAM 95.01 Kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg vijf
jaar na de Leidschendamconferenties
(publicatie van de resultaten in een internationaal tijdschrift)
- SAM 96.03 Kwaliteit in de sector verpleging en verzorging
(uitvoeren inventarisatie, analyse en rapportage)

NIEUW

SAM 97.01 Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen
(uitvoering en rapportage tweede fase)

NIEUW

SAM 97.04 Monitoring kwaliteitsbeleid koepelorganisaties en beroepsverenigingen
(schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW

SAM 97.05 Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de commerciële gezondheidszorg
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Implementatievraagstukken

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)

P.M.

PMED 95.02 Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

PMED 97.06 Evaluatie programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg II

*Externe verantwoording kwaliteitszorg***NIEUW**

SAM 97.02 Kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten
(verwerven subsidie, start onderzoek)

P.M.

WIJK 96.04 Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam

VRA 97.05 Monitoring van klachten bij zorgaanbieders

Effecten op de kwaliteit van zorg

SAM 96.07 Effecten van kwaliteitssystemen in de verpleeghuissector
(uitvoering onderzoek)

NIEUW

- SAM 97.03 De relatie tussen kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Organisatie-projecten

- SAM 90.01 Databank Zorgvernieuwing
(overzicht van vooral echelon- en sector-overschrijdende projecten; jaarlijkse publikatie)
- SAM 94.04 Evaluatie Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg
(onderzoek naar effect van door Nationale Commissie Chronisch Ziekten ingestelde kenniscentra; rapportage en schrijven artikelen)
- SAM 95.02 Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten: ontwikkeling van een meetinstrument
(rapportage)
- SAM 95.03 De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk: mogelijkheden en beperkingen
(uitvoering en rapportage voorbereidende fase, start evaluatie experimenten)
- SAM 96.02 Doelmatigheid waarneming huisartsen Rotterdam
(schrijven artikel)
- SAM 96.06 De nasleep van de stelselwijziging en de positie van gezondheidscentra
(schrijven artikelen)

2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

Het onderzoek op dit themagebied spitst zich toe op drie onderwerpen die centraal staan in de voorstellen van de Commissie Modernisering Curatieve zorg: de poortwachtersfunctie van de huisarts, het zorgcontinuüm en het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Het onderzoek rond de *poortwachtersfunctie* van de huisarts blijft niet beperkt tot een analyse van de verwijfsfunctie van huisartsen, hoewel dit onderwerp van oudsher belangrijk is. Op basis van gegevens uit de 'Nationale Studie' is in dat kader bijvoorbeeld de verhouding 'zelf doen / verwijzen' onderzocht.

Binnen het themagebied wordt daarnaast aandacht besteed aan nieuwe instrumenten ter versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts, zoals die door de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) worden aanbevolen. In het kader van het project 'Rechtstreeks specialistbezoek' (HSZ 95.02) wordt bijvoorbeeld nagegaan welke regels particuliere verzekeraars hanteren ten aanzien van specialistbezoek en hoe zij staan tegenover de voorstellen van de PWH, waarin een verplichte verwijzing wordt bepleit voor particulier verzekerden. In het project wordt ten tweede onderzocht of particuliere patiënten, met name als zij niet voor de huisarts zijn verzekerd, rechtstreeks de specialist bezoeken en zo ja, met welke gezondheidsproblemen zij dat doen. Tenslotte vindt een analyse plaats van achterafverwijzingen voor ziekenfondsverzekerden op basis van gegevens uit het LINH. Een ander onderdeel van de afspraken die in de PWH tot stand zijn gekomen, vormt het voorschrijven op stofnaam door huisartsen. In dat kader wordt een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden van budgettering van huisartsen voor kosten van geneesmiddelen (HSZ 97.04).

Het *zorgcontinuüm* tussen huisarts en specialist vormt onderwerp van een drietal nieuwe projecten binnen het themagebied. In opdracht van de LHV vindt een onderzoek plaats naar de rol van de huisarts en zijn vertegenwoordigers in transmurale zorgprojecten op de as huisarts-specialist (HSZ 97.02). Transmurale zorg op de medische as is ook het onderwerp van een bredere inventarisatie, die zich richt op de inhoudelijke afspraken die tussen huisartsen en specialisten worden gemaakt, de mate waarin men zich aan deze afspraken houdt en de factoren die daarop van invloed zijn (HSZ 97.01). Een derde project behelst een evaluatie van een pilot waarin huisartsen en KNO-artsen transmurale afspraken hebben gemaakt over de behandeling van sinusitis (HSZ 97.03).

Tenslotte wordt binnen het themagebied aandacht besteed aan het *geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf*. Daarbij wordt onderzoek gedaan rond de veranderingen in de honorering van specialisten zoals die in lokale initiatieven hun beslag hebben gekregen (HSZ 95.05). Voor dat onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens van een grote zorgverzekeraar. Bovendien vindt in dit kader een inventarisatie plaats van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten die ziekenhuizen en specialisten gaan uitvoeren als uitvloeisel van de afspraken in lokale initiatieven. Een tweede project (HSZ 96.01) is gericht op het in kaart brengen van de veranderende relaties tussen specialisten, ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars. Daarin staan vragen centraal rond de mate van (organisatorische) integratie van specialisten in ziekenhuizen en de gevolgen die deze integratie heeft voor de relaties binnen netwerken van ziekenhuizen, huisartsen en verzekeraars.

Overzicht van de projecten

Afgeronde projecten:

REL 93.02 Vervolgactiviteiten en vervolgkosten na de verwijzing

Lopende projecten:

- REL 91.01a Verwijzingen van huisartsen naar gynaecologie
(Op basis van de Nationale Studie uitzoeken van verhouding zelf doen/verwijzen; analyse en rapportage)
- REL 94.01 Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen
(onderzoek naar variaties in medisch-specialistisch handelen; analyse van bestaande gegevens)
- HSZ 95.02 ● Rechtstreeks specialistbezoek in Nederland
(inventarisatie regels/procedures van zorgverzekeraars met betrekking tot specialistbezoek, onderzoek naar rechtstreeks specialistbezoek door particuliere patiënten die niet voor de huisarts zijn verzekerd)
- HSZ 95.03 Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie
(uitwerking van het programma; start deelprojecten)
- HSZ 95.04 Elektronisch Berichtenverkeer Huisarts/Specialist/Ziekenhuis
(landelijke inventarisatie en evaluatie van projecten op het gebied van elektronische communicatie tussen eerste en tweede lijn)
- HSZ 95.05 ● Effect verandering van honorering bij specialisten
(evaluatie van veranderingen in het medisch handelen op basis van gegevens van een grote zorgverzekeraar)
- HSZ 96.01 Naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf
(onderzoek naar veranderende relaties tussen specialisten, ziekenhuizen, huisartsen en verzekeraars)

NIEUW

- HSZ 97.01 ● Transmurale zorg op de medische as
(evaluatie van transmurale afspraken huisarts-specialist)

NIEUW

HSZ 97.02 Huisarts en zorgvernieuwing
(inventarisatie van de rol van huisartsen en hun vertegenwoordigers in zorgvernieuwingsprojecten en transmurale zorg)

NIEUW

HSZ 97.03 Evaluatie pilot 'Transmurale zorgafspraken Acute Sinusitis Maxillaris'
(evaluatie van de behandeling van sinusitis door huisartsen en KNO-artsen onder een transmuraal protocol)

NIEUW

HSZ 97.04 Budgettering van huisartsen voor kosten van geneesmiddelen
(literatuurstudie naar modellen die in Duitsland en Groot-Brittannië worden gehanteerd voor het beheersen van de kosten van geneesmiddelen)

NIEUW

HSZ 97.05 Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

HSZ 97.06 Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen
(in afwachting van subsidie)

P.M.

WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?

WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten

2.2.3. Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

Recente ontwikkelingen op het gebied van niet-institutionele geestelijke gezondheidszorg zijn de volgende:

- een toenemende vraag om behandeling van psychische problematiek, met name bij AMW en AGGZ
- een hernieuwd pleidooi van de minister voor de poortwachtersfunctie van de huisarts op dit terrein,
- de taakverschuiving van de RIAGGs (althans in sommige regio's) in de richting van behandeling van ernstige psychi(atri)sche problematiek, een taakverschuiving die nog versterkt kan worden door:

- toenemende samenwerking en fusering tussen AGGZ en intramurale GGZ

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat minder ernstige psychische problematiek niet meer naar de gespecialiseerde AGGZ moet worden verwezen maar op een algemener niveau moet worden behandeld. Dit algemener niveau kan in sommige gevallen gevormd worden door het AMW, in andere door eerstelijnspsychologen of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, in weer andere zal de huisarts zelf de behandeling ter hand kunnen nemen. Dit laatste geschiedt overigens toch al in de meerderheid van alle psychische en sociale diagnoses die een huisarts stelt.

Deze situatie vereist van de huisarts een goede indicatiestelling. Een van de onderzoeksonderwerpen voor de komende jaren richt betreft dan ook de mogelijkheid om de huisarts bij die indicatiestelling te ondersteunen. In project GGZ 95.02 wordt onderzocht of huisartsen gericht zullen gaan verwijzen naar RIAGGs wanneer de RIAGG zijn bereikbaarheids- en feedbackprocedures zou aanpassen en daardoor ook praktischer consultatiemogelijkheden zouden creëren. In project GGZ 97.01 onderzoeken we wat de consequenties zijn van consultatie van een eerstelijnspsycholoog, alvorens tot verwijzing over te gaan. In project GGZ 97.02 staat de consultatie voor huisartsen m.b.t. patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten door een psychiatrische polikliniek centraal. Project GGZ 96.01, dat binnen het Trimbos-instituut wordt uitgevoerd in samenwerking met het NIVEL wordt onderzocht op welke wijze specifieke deskundigheden binnen AMW en RIAGG wederzijds kunnen worden overgedragen.

Een situatie waarin minder ernstige psychische problematiek steeds meer binnen eerstelijns-achtige vormen van gezondheidszorg moeten worden behandeld vereist ook een beter inzicht in het type problematiek waarvoor deze vormen (AMW, eerstelijnspsycholoog) geschikt zijn. In het binnenkort af te sluiten project "Ontwikkeling van vraag en aanbod '90/'96 bij het AMW" is naar voren gekomen wat de mogelijkheden van het AMW (blijkens eigen registratie en in de ogen van huisartsen en RIAGGs) zijn.

In het project GGZ 97.01 zal inzicht worden verkregen in de problematiek, die eerstelijnspsychologen onder ogen krijgen. Dit project betekent een verdere uitwerking van een stageproject dat enige jaren geleden in een aantal psychologenpraktijken is uitgevoerd.

Teneinde ook een goed beeld te behouden van de patiëntenstroom die ondanks deze inspanningen toch in de gespecialiseerde GGZ terecht komt, zal het komend jaar op basis van in LINH verzamelde verwijsgegevens de ontwikkeling in verwijscijfers naar de GGZ in de afgelopen 15 jaar worden bestudeerd.

Met betrekking tot de relatie huisarts-verpleeghuis, in het bijzonder op het gebied van psychogeriatric, wijzen we op de onderzoekslijn 'verpleeghuis- en aanverwante zorg'(2.2.9), waar momenteel projecten rond de behandeling van en omgang met dementerende ouderen plaatsvinden. In de toekomst zou de relatie met de huisarts hierbij een belangrijker plaats kunnen gaan innemen. Een vergelijkbare optie voor de toekomst is een toenemende aandacht voor psychiatrische thuiszorg en de rol van de huisarts hierbij.

Overzicht van de projecten

Lopende projecten:

GGZ 95.02 Experimenten ondersteuning huisartsen door RIAGGs

GGZ 96.01 Samenwerking tussen RIAGG en AMW in de hulp aan migranten

GGZ 96.02 De ontwikkeling van vraag en aanbod '90-'96 bij het AMW

NIEUW

GGZ 97.01 De huisarts ondersteund door eerstelijnspsychologen

NIEUW

GGZ 97.02 Huisarts en polikliniek psychiatrie: project "Onbegrepen Lichamelijke Klachten"

NIEUW

GGZ 97.03 20 jaar verwijzingen door de huisarts naar de GGZ

2.2.4. 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 beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg;
- studies rond het thema beroepsuitoefening (deeltje arbeidssatisfactie, werkomstandigheden e.d.).

a. Informatievoorziening

In de afgelopen twee jaar heeft het NIVEL in samenwerking met de OSA en het NZi de jaarlijkse rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector opgesteld. Eén van de conclusies uit deze studies is dat er bijzonder weinig continue informatiebronnen zijn rondom het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Vaak moet gebruik gemaakt worden van de (onvolledige) gegevensbestanden van de beroepsverenigingen. Ook de beroepsregisters die door de IGZ worden aangelegd bieden geen mogelijkheid om het aanbod goed in beeld te brengen.

Eén van de belangrijkste informatiebronnen die een goed inzicht geven in het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zijn de aanbodregistraties van het NIVEL. De beroepsgroepen waarvoor het NIVEL een aanbodregistratie bijhoudt zijn huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Het NIVEL zal in de komende jaren plannen blijven ontwikkelen om voor een aantal andere beroepsgroepen in de eerste lijn eveneens aanbodregistraties van de grond te tillen. Daarbij richten wij ons met name op de verschillende paramedische beroepsgroepen.

In de tweedelijnsgezondheidszorg is het voor wat betreft de aanbodgegevens veel droeviger gesteld dan in de eerste lijn. Uit de zojuist genoemde RAZ-studie bleek dat het vrijwel niet mogelijk is om cijfers boven tafel te krijgen over het aantal werkzame specialisten. Er zijn dan ook geen aanbodregistraties beschikbaar voor specialisten. Gezien het feit dat in het rapport 'Modernisering curatieve zorg; platform curatieve zorg' wordt gesteld dat partijen gemeenschappelijk verantwoordelijkheid hebben 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 op te zetten. Daartoe zijn ten behoeve van de kinderartsen en gynaecologen reeds onderzoeksplannen geformuleerd.

b. Beroepskrachtenvoorziening

In het kader van de herziening van het zorgstelsel zullen 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 veel 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.

In 1995 is het NIVEL gestart met een behoefteeraming voor kinderartsen en dat heeft in 1996 een vervolg gekregen via een behoefteeraming voor longartsen, reumatologen en gynaecologen. Een belangrijke katalysator voor deze toename van het aantal behoefteeramingsstudies is wellicht de 'Invitational Conference' over behoefteeramingen in de gezondheidszorg die het NIVEL in 1996 heeft georganiseerd. Om de expertise en de modelontwikkeling rond behoefteeramingsstudies 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 is in 1995 een studie gestart die aandacht besteedt aan dit nog onontgonnen onderzoeksterrein.

c. Beroepsuitoefening

Bij het opstellen van behoefteeramingsstudies 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 heeft het NIVEL in 1996 een inventarisatie uitgevoerd onder specialisten.

Een ander belangrijk gegeven in behoefteeramingsstudies 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 is op ad-hoc basis al enig onderzoek op dit terrein 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

Afgevoerde projecten

- BKP 95.02 Behoefteraming oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck
(geen subsidie)
- BKP 95.03 Behoefteraming verloskundigen
(geen subsidie)
- BKP 95.05 Invitational Conference over Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg
(afgerond)

Lopende 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
- REG 93.02 Registratie ergotherapeuten
- REG 93.03 Registratie gynaecologen/obstetrick
(in afwachting van subsidie)
- REG 94.01 Aanbodregistratie voor paramedische beroepen
(verwerven van subsidie)
- REG 96.01 Registratie kinderartsen
- REG 97.01 Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997 (RAZ)

b. Beroepskrachtenvoorziening

- BKP 94.01 Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen
(subsidie verwerven)

BKP 95.04 ● Manpowerplanning in health care

BKP 95.09 Beroepskrachtenplanning diverse specialismen
(subsidie verwerven)

BKP 95.09a Behoefteraming kinderartsen

NIEUW

BKP 95.09b ● Behoefteraming longartsen

NIEUW

BKP 95.09c ● Behoefteraming reumatologen

NIEUW

BKP 95.09d ● Behoefteraming gynaecologen/obstetrici

NIEUW

BKP 95.09e Behoefteraming orthopeden

NIEUW

BKP 95.09f ● Behoefteraming neurologen

BKP 96.02 Arbeidsmarktverkenning voor farmakundigen

BKP 96.03 Aanbod van verplegenden en verzorgenden

c. Beroepsuitoefening

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

BKP 95.06 Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen

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

NIEUW

BKP 97.01 Beroepsuitoefening mondhygiënisten

2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg

Door het 'paarse' kabinet wordt groot belang gehecht aan een centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Dit past in een internationale trend, waaraan juist de Nederlandse huisartsgeneeskunde veel heeft bijgedragen. Eén van de belangrijkste argumenten voor inschakeling van de huisarts is dat dit, nu ook bewezen, leidt tot een betere en goedkopere zorg. Daarbij moet de beroepsgroep er wel voor waken dat het vak inhoudelijk niet wordt uitgehold, zoals de introductie van fundholding in Engeland heeft laten zien.

De plannen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg waaronder de huisarts zijn functie als poortwachter optimaal kan vervullen, worden waar mogelijk geïmplementeerd. Dit geldt mogelijk nog sterker voor de plannen in het rapport van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg, waarin wordt gesproken over een grotere rol van de huisarts in de acute medische zorg (EHBO) en programmatische preventie, een reductie van het aantal voorgeschreven behandelingen in de paramedische zorg, en bij het voorschrijven van geneesmiddelen een verschuiving in de richting van generieke preparaten ten koste van de merkgeneesmiddelen; verder is er bijzondere aandacht voor de huisarts in achterstandsgebieden en de asielzoekers als specifieke categorie patiënten.

Deze veranderingen brengen mogelijk een taakverzwaring voor de huisarts met zich mee. In beginsel staat daartegenover een verruiming van het macro-budget voor huisartsenzorg. Een op deze veranderende taken toegesneden honoreringssysteem is nog onderwerp van discussie. Wel is er een consensus ontstaan over een noodzakelijke verbetering van de organisatie van de huisartspraktijk. Van "Hagro" naar "HOED" is de leus: van huisartsengroepen naar Huisartsen Onder Eén Dak. Waar mogelijk zouden huisartsen hun werk vanuit gemeenschappelijke faciliteiten moeten gaan uitoefenen. Tegelijkertijd doet de praktijkverpleegkundige meer en meer haar intrede. De verzekeraars zouden bovendien graag zien dat huisartsen het effect van hun handelen meer transparant maken. Dit kan in de vorm van jaarverslagen, praktijkprofielen en verslaglegging vanuit registratiesystemen en onderzoek. De beroepsgroep stimuleert mede om deze reden informatiesystemen op Hagro-niveau via de zogenaamde Hagris. Het werk is verspreid over diverse onderzoekslijnen binnen het NIVEL, zowel nationaal als internationaal.

Het onderzoeksprogramma huisartsgeneeskundige zorg is voor het overgrote deel gebaseerd op gegevens uit de volgende databestanden en daaraan gerelateerde onderzoekslijnen:

- registratie van huisartsen en aspirant huisartsen: met de toename van part-time werkende huisartsen is een goed overzicht van de totale huisartsenpopulatie alleen maar belangrijker geworden;
- continue morbiteitsregistratie 'peilstations': naast de surveillance van diverse infectieziekten (influenza, gastro-entritis, SOA) en de monitoring van een aantal specifieke onderwerpen (uitstrijkjes/mammografie/gezinsplanning/suicide) trekken andere aspecten ook de nodige aandacht, zoals lever- en galpathologie en fysiek geweld;
- Nationale Studie (NS1): dit blijkt nog steeds een goede bron te zijn voor allerlei onderzoek;

- Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH): dit krijgt de aankomende jaren kans zich te ontwikkelen tot een kwalitatief hoogwaardig en slagvaardig project;
- Tweede Nationale Studie (NS2). In 1997 is het 10 jaar geleden dat de materiaalverzameling van de Nationale Studie plaatsvond; de voorbereidingen voor een tweede Nationale Studie zijn in gang gezet. Inmiddels zijn de voornaamste ontwikkelingen in het beleid van overheid en beroepsgroep omschreven, van waaruit de thema's voor deelonderzoeken zijn vastgesteld, te weten:
 - morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk
 - gezondheidsgedrag, zelfzorg en hulpzoekgedrag
 - preventie
 - management van ziekten (incl. evaluatie implementatie NHG-standaarden)
 - zorgcontinuüm en de huisarts als poortwachter: patiëntenverkeer tussen huisarts en overige hulpverleners
 - huisartspraktijk nieuwe stijl: samenwerking van huisartsen onderling en taakdelegatie
 - zorgbeslag en werkbelasting: patiëntgebonden zorg en overige activiteiten, diensten buiten kantooruren, niet noodzakelijk geachte hulpvraag
 - sociale ongelijkheid en de zorg voor specifieke groepen (bijvoorbeeld migranten, asielzoekers, patiënten in achterstandsgebieden)

De tweede Nationale Studie zal ook een vervolg worden op de eerste. Dit met de deelonderzoeken tezamen bepalen de vorm en inhoud van de materiaalverzameling van de tweede Nationale Studie.

Het aankomende jaar dienen methodologische aspecten, zoals representativiteit, keuze en vorming van meetinstrumenten, registratieduur en het logistieke management te worden aangepakt. Het feit dat is besloten dat de materiaal-verzameling voor de Tweede Nationale Studie in LINH verband zal worden uitgevoerd, bepaalt voor een deel welke keuzen hierbij zullen worden gemaakt.

Een deel van het onderzoeksprogramma is terug te vinden onder het hoofdstuk 'internationaal vergelijkend onderzoek', waar de positie en werkwijze van de Nederlandse huisarts vergeleken wordt met zijn buitenlandse collegae en onderzoeksprogramma's in landen als Tsjechië, Hongarije, Bulgarije, Slovenië, Roemenië, (Wit-)Rusland en Oekraïne. Bij 'beroepskrachtenstudies' wordt omvang, spreiding en samenstelling van de beroepsgroep bestudeerd en arts/patiënt-communicatie is terug te vinden bij het onderzoeksprogramma 'communicatie en bejegening'.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- NS1 91.01 Leefgewoonten en alledaagse gezondheidsproblemen; een onderzoek met behulp van gezondheidsdagboeken (afgerond met proefschrift)
- NS1 93.07 Het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen (beschikbare gegevens onvoldoende actueel)
- NS1 93.09 Standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk II (is ondergebracht bij diverse LINH-projecten)
- NS1 93.11 Het voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk (artikelen op basis van vervolg-analyses uit het materiaal van de Nationale Studie)
- NS1 94.04 Huidinfecties in de huisartspraktijk (artikel over het handelen van de huisarts bij huidinfecties gereed)
- NS1 95.02 De invloed van beroepsblootstelling op de presentatie van CARA in de huisartspraktijk (samenwerkingsproject met LU Wageningen, hiervoor was geen stagiaire beschikbaar)
- NS1 95.03 Het rationeel voorschrijven bij psychosociale problemen (stage onderzoek beëindigd met artikel)
- NS1 96.01 Veel voorkomende morbiditeit in de huisartspraktijk bij migranten (opgenomen in MIG 96.01)
- NS1 96.02 Chronische aandoeningen in de huisartspraktijk: comorbiditeit en therapeutisch beleid bij psoriasis en IBS (irritable bowel syndrome) (afgerond met artikelen)
- LINH 95.01 Zorgbeslag in de huisartspraktijk (materiaal beschikbaar voor VTV 1997)

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 96.04 Health policy development in North-East Hungary ('the three counties study')

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; rap-
portage)
- PEIL 88.01 Herziening structuur en functioneren peilstations
(onderzoek mogelijkheden integratie in LINH)
- PEIL 95.01 The European Influenza Surveillance System (EISS)
(Europees systeem van peilstations voor griep surveillance)
- PEIL 96.01 Surveillance of prescription of HIV-tests in general practice
by sentinel networks in Europe (doorlopend Europees project
rond betrouwbare indicator)

NIEUW

- PEIL 97.01 Voorschrijven van oestrogenen
- LINH 96.01 Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): operati-
onele fase
(verzorging gegevens over verrichtingen van huisartsen in
het Jaar Overzicht Zorg)
- LINH 96.02 Programmatische preventie in de huisartspraktijk
(ontwikkeling monitoringsinstrument voor griepvaccinatie en
cervixuitstrijk)

NIEUW

- LINH 97.01 Monitoring productiecijfers huisartsenzorg

NIEUW

- LINH 97.02 Betrouwbaarheid en representativiteit

NIEUW

- LINH 97.03 Ontwikkeling feedback-model huisartsenzorg
(uitvoering stage, schrijven onderzoekvoorstel)

NS2 96.01 Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk

Epidemiologie en maatschappelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk

NS1 89.02 Gezondheid en sociaal-economische status (SES)
(onderzoek naar huisartsgeneeskundige zorg voor verschillende sociale klassen; analyse en rapportage)

NS1 89.05 Geografische variatie in ziekten en medische consumptie
(onderzoek naar verschillen stad/platteland in ziekte en medische consumptie)

NS1 93.03 Epidemiologie van en het handelen van huisarts en patiënt bij CARA
(studie naar ijsbergfenomeen bij CARA)

HAG 97.01¹ Comorbiditeit en chronische ziekten
(chronische ziekten komen vaak niet op zichzelf voor: onderzoek naar consequenties voor huisartsgeneeskundig handelen)

NS1 95.01 Epidemiologie van leveraandoeningen
(onderzoek i.v.m. de inschatting van het benodigd aantal levertransplantaties)

NIEUW

NS1 97.01 Gezondheidsklachten in de bevolking: een inventarisatie
(rapportage ten behoeve van VTV 1997)

P.M.

VRA 94.06 Determinanten van huisartsbezoek op de kinderleeftijd

Morbiditeit op het grensvlak van lichaam en geest

P.M.

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

PSH 96.02 Kosten van Chronische Benigne Pijn Stoornis (CBPS)

PSH 96.04 Moeheid in de bevolking en in de huisartspraktijk

PSH 96.05 Praten over werk

¹ In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder NS1 94.01

Handelen van de huisarts

- NS1 95.04 De oudere in de huisartspraktijk
(een onderzoeksprogramma, waarbij wordt aangevangen met een overzichtsrapport)
- LINH 94.03 ● Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk
(verdere vormgeving en resultaten van de diagnostiek-module binnen LINH)
- LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen
(verdere vormgeving en resultaten van de prescriptie-module binnen LINH)
- LINH 96.03 Generiek voorschrijven
- LINH 96.04 Verwijzingen naar paramedici

NIEUW

- LINH 97.04 Analyse van motivatie-vragen bij tweedelijns-verwijzingen

P.M.

- VRA 88.01 Vragen over AIDS

Praktijkmanagement

- NS1 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)
- HAG 97.02² Huisarts in achterstandsgebieden
(validering systematiek identificatie achterstandsgebieden/ontwikkeling van model voor beter functioneren huisartspraktijk in achterstandswijk)

NIEUW

- HAG 97.03 Samenwerking huisarts-bedrijfsarts
(inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)

² In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder NS1 96.03

NIEUW

HAG 97.04

Samenwerking huisarts-GGD

(inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)

2.2.6. Verloskundige zorg

Het systeem van de verloskundige zorg in Nederland wordt gekenmerkt door de scheiding tussen de eerste- en tweedelij. Anders dan in ons omringende landen, is er naast de huisarts (als generalistische gezinsarts) en de gynaecoloog (als specialist in pathologie) een aparte zelfstandige eerstelijnsberoepsgroep, de verloskundige, die het 'specialisme van de normale, natuurlijke zwangerschap en bevalling' in het vaandel heeft staan. In ons land wordt uitgegaan van het in principe natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Dit is het uitgangspunt in het regeringsbeleid en de rationale van het beleid dat gericht is op versterking van de eerstelijnsverloskundige zorg. Voor een goed functioneren van dit verloskundig systeem is een adequate risicoselectie een vereiste. Deze risicoselectie moet ervoor zorgen dat vrouwen die een laag risico op complicaties hebben, bevallen in de eerstelijns (bij een verloskundige of een huisarts) terwijl vrouwen met een hoog risico bevallen in de tweedelijns, dat wil zeggen onder leiding van een gynaecoloog. Het is de bedoeling dat de eerste- en tweedelijns deze risicoselectie realiseren door een adequaat verwijfsbeleid.

Er zijn echter tussen de landelijke beroepsgroepen verschillen in opvatting over de vraag hoe deze risicoselectie moet geschieden en met name welke richtlijnen voor verwijfsbeleid gevolgd moeten worden. Dat wil echter niet zeggen dat ook op plaatselijk niveau er overal grote problemen zouden zijn in de samenwerking tussen de verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Deze lokale samenwerking is van groot belang omdat juist op het plaatselijke niveau, waar deze zorgverleners naar elkaar verwijzen, de kwaliteit van de zorg wordt gerealiseerd. Maar tegelijk is het van belang dat er voldoende voorwaarden voor worden geschapen opdat deze lokale samenwerking zo goed mogelijk is.

In het onderzoeksprogramma wordt veel aandacht besteed aan samenwerking tussen de verschillende disciplines in de verloskundige en postnatale zorg en het effect daarvan op de zorgverlening.

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 94.03 Echografie in de verloskundige praktijk
(publikaties worden in 1996 afgerond)
- VERL 94.04 Arbeidssatisfactie bij verloskundigen
(afgerond)

Lopende projecten:

- VERL 90.01 Evaluatie Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden
(onderzoek naar samenwerking in de verloskundige zorg en de invloed hiervan op de kwaliteit van de zorg)
(project is in 1997 afgerond, maar zal nog worden afgesloten met een proefschrift)
- VERL 91.02 Bevallens onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)
(project is afgerond, maar zal nog worden afgesloten met een proefschrift)
- VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(studie van Amerikaanse gastonderzoeker over oorsprong en continuïteit van het Nederlandse verloskundige systeem)

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)
- MIG 97.01 Kraamzorg in allochtone gezinnen

2.2.7. Paramedische zorg

Onderzoek naar paramedische zorg kan men onderverdelen in (a) structurele aspecten van de paramedische zorg; (b) onderzoek naar het proces van de paramedische zorg; en (c) onderzoek naar het effect van de paramedische zorg.

Structurele aspecten van paramedische zorg

De probleemstelling onderliggend aan dit deel van het onderzoek naar de paramedische zorg heeft betrekking op het in kaart brengen van plaats- en

functie van de zorg. Een helder beeld van deze aspecten is van belang voor zowel de beroepsgroepen zelf als de overheid. Naar aanleiding van de wens om een dergelijk overzicht van de plaats- en de functie van paramedische hulpverleners in het veld van de Nederlandse gezondheidszorg is voor de diverse beroepsgroepen onderzoek verricht naar de klachten van patiënten, de uitgevoerde behandelingen, de relatie met verwijzers etc. Op grond van deze informatie is het voor paramedici mogelijk om hun beleid (eventueel) aan te scherpen, knelpunten in de hulpverlening te signaleren, en meer in het algemeen een beeld te verkrijgen van de positie van de beroepsgroep in het (para)medische veld. Naast het verschaffen van beleidsmatig relevante informatie wordt een andere onderzoekslijn gevormd door het bestuderen van de mogelijkheid om de informatievoorziening binnen de paramedische sector op landelijk niveau te verbeteren.

Proces van paramedische zorg

Naast het onderzoek naar structurele aspecten van de paramedische zorg wordt een tweede poot gevormd door onderzoek naar het proces van deze zorg. De probleemstelling hierbij richt zich met name op het in beeld brengen van die aspecten van de zorg zelf die bijdragen aan het uiteindelijke effect van de zorg. Dit onderdeel heeft dus vooral betrekking op de voorwaarden die noodzakelijk zijn om een gunstig behandelresultaat te bereiken. Een aantal deelvragen zijn daarbij van belang. Ten eerste dient te worden nagegaan of, en zo ja in welke mate, de verleende zorg overeenkomt met datgene wat men op grond van de literatuur zou mogen verwachten, het zogenaamde 'gepast gebruik'.

Een tweede deelvraag wordt gevormd door de bijdrage van de patiënt aan het resultaat van de zorg, met name op het gebied van therapietrouw. Zeker binnen de paramedische zorg wordt veel van patiënten verlangd, van 'thuis oefenen' tot het volgen van een dieet. Onderzoek naar het verhogen van deze bijdrage is dus van groot belang.

Een derde deelvraag heeft betrekking op de wijze waarop paramedici omgaan met (het ontwikkelen en toepassen van) kwaliteitsverhogende strategieën. Onderwerpen als protocollering, intercollegiale toetsing en het toepassen van recente bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek maken hier deel van uit. In het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg vinden tal van activiteiten plaats gericht op kwaliteitsbewaking en -verbetering. Het programma wordt uitgevoerd door CBO en NPi. Het NIVEL voert een evaluatie-onderzoek uit. Het onderzoek heeft betrekking op de voortgang en de resultaten van het programma.

Tenslotte wordt onderzoek gedaan naar een combinatie van structurele en procesmatige aspecten. Dit betreft een evaluatie van de beperkende maatre-

gel fysiotherapie en oefentherapie, waarbij de inhoudelijke gevolgen van deze bezuinigingsmaatregel worden geëvalueerd.

Effect van paramedische zorg

Verhogen van de doelmatigheid is een belangrijk beleidsthema, ook op het gebied van paramedische zorg en vormt de probleemstelling van dit derde deelaspect binnen het paramedisch onderzoek. Het ontwikkelingsstadium van paramedische zorg laat echter in veel gevallen (nog) niet toe dat uitsluitend effectonderzoek gedaan kan worden. Zoals onderzoek naar het proces van de zorg voorafgaat aan onderzoek naar het effect van de zorg, is het ook van belang om, voorafgaand aan een gecontroleerd effectonderzoek, eerst grondig vooronderzoek te doen. In dit vooronderzoek kan de onderzochte behandelmethode verder toegespitst worden; de criteria van de selectie van een homogene patiëntengroep kunnen uitgetest worden en de meetinstrumenten waarmee het effect van de behandeling gemeten wordt kunnen zonnodig ontwikkeld en bijgesteld worden. Door het NIVEL wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

- PMED 92.03 Inventarisatie extramurale ergotherapie
(afgerond)
- PMED 93.05 De diëtetiek in de Nederlandse gezondheidszorg
(afgerond)
- PMED 94.03 Logopedie en dysarthrie
(onvoldoende vordering)
- PMED 95.03 Lange termijn veranderingen in de vetconsumptie van een diëtistische behandeling
(afgerond)
- PMED 96.02 Brancherapport Paramedische Zorg
(afgerond)
- PMED 96.06 Het effect van podotherapie bij de diabetische voet
(sterk gelijkend onderzoek wordt reeds door anderen gedaan)
- PMED 96.07 Ergotherapie bij Parkinson-patiënten
(afgerond)
- PMED 96.08 Preventie van klachten van het bewegingsapparaat
(onvoldoende vordering)

Lopende projecten:

Structurele aspecten

- PMED 96.01 Paramedische zorg voor chronisch zieken
(beschrijving van de aard van paramedische zorg bij verschillende chronische ziekten)
- PMED 96.03 Pilot informatievoorziening Paramedische Zorg
(ontwikkeling van plan van aanpak met betrekking tot de informatievoorziening paramedische zorg)

NIEUW

- PMED 97.02 Evaluatie van de extramurale ergotherapie
(in voorbereiding)

NIEUW

- PMED 97.07 Evaluatie van het professioneel functioneren van afgestudeerden van de MBRT-opleiding

Proces

- PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie
(onderzoek naar therapietrouw verhogende strategieën)
- PMED 93.01 Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, fase II (BEEF-II)
(beschrijving en evaluatie van het fysiotherapeutisch handelen, in het licht van gepast gebruik)
- PMED 95.02 Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg
(evaluatie van de ontwikkeling, vormgeving en implementatie van het kwaliteitsbeleid door de paramedische beroepsgroepen)
- PMED 96.04 Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie en oefen-therapie
(evaluatie van de recente maatregelen ten aanzien van de aanspraken op de verstrekking van fysiotherapie en oefen-therapie)

PMED 96.05 Samenwerking ergotherapeut en huisarts/wijkverpleegkundigen
(ontwikkelen en evalueren van voorgestructureerde schriftelijke communicatie)

NIEUW

PMED 97.03 De diëtistische behandeling van patiënten met Diabetes Mellitus
(schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW

PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

PMED 97.06 Evaluatie programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg II
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

PMED 97.08 Toekomstverwachtingen van fysiotherapeuten

NIEUW

PMED 97.09 Verwachtingen van fysiotherapeuten en hun patiënten

Effect van paramedische zorg

PMED 89.02 Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie
(vergelijking tussen (i) oefentherapie, medicatie en voorlichting en (ii) medicatie en voorlichting)

PMED 93.04 Podotherapie bij de diabetische voet
(vooronderzoek naar behandel- en onderzoeksprotocol)

PMED 94.01 Fysiotherapeutische behandeling van patiënten met fracturen
(in voorbereiding)

PMED 94.02 Consultatie bij beperkingen in het lopen van ouderen
(in voorbereiding)

PMED 95.01 Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie (vergelijking tussen (i) strategie-training en behandeling van motorische functies en (ii) behandeling van motorische functies)

NIEUW

PMED 97.01 Het normeren van een effectmaat voor de logopedische behandeling van taalstoornissen (in voorbereiding)

NIEUW

PMED 97.04 Evaluatie van het programma 'Bewegen met beleid' (in voorbereiding)

Verpleging en Verzorging

Het onderzoeksprogramma 'Verpleging en verzorging' omvat drie delen:

2.2.8. Verpleging en verzorging

2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg

2.2.10. Thuiszorgtechnologie

2.2.8. 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. Net nu de integratie tussen thuisverpleging en -verzorging tot stand komt, wordt de financiering van een deel van de thuiszorg, namelijk de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg die korter dan een jaar duurt overgebracht van de AWBZ naar de ziektekostenverzekeringen. Dit wordt ook wel de 'knip in de thuiszorg' genoemd.

Wat de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging betreft wordt onderzoek gedaan naar de effecten van deze integratie voor hulpverleners en cliënten. Onderzocht wordt in hoeverre de oorspronkelijke doelstellingen van deze integratie, namelijk het verbeteren van de efficiëntie door taakverschuiving van de wijkverpleging naar gezinsverzorging en het verhogen van de kwaliteit van zorg daadwerkelijk bereikt worden. Om de effecten van de 'knip in de thuiszorg' te onderzoeken, wordt een voormeting gedaan voordat deze beleidsmaatregel daadwerkelijk wordt ingevoerd.

In het rapport 'Zorg voor Zorg' van de Commissie Verzorging wordt een aantal aanbevelingen gedaan om het werken in de 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 inhoud van het werk van de uitvoerenden in de gezinsverzorging alsmede naar hun werkbelasting en de factoren die van invloed zijn op de ervaren werkdruk. Met dit onderzoek wordt direct aangesloten bij het streven het werk van verzorgenden kwalitatief te verbeteren.

Een nieuwe onderzoekslijn is onderzoek naar verschillende vormen van transmurale verpleging. In het rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg wordt vooral de samenwerkings-as huisarts-specialist uitgewerkt. Doel van deze onderzoekslijn is binnen de transmurale zorg de samenwerking tussen ziekenhuisverpleging en verpleegkundigen in de thuiszorg in kaart te brengen.

Een laatste onderzoekslijn betreft kwaliteit van verpleegkundige zorg, en met name het aspect bejegening. De financiering van thuiszorgorganisaties is veranderd van 'input' naar 'output' financiering. 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 psychosociale problemen onderkennen en daar begeleiding bij geven. Uit ander onderzoek blijkt dat de toenemende psychosociale 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 deskundigheidsbevordering is nog nauwelijks (observatie-)onderzoek verricht. Daarom zal deze onderzoekslijn zich richten op de communicatie van verpleegkundigen/verzorgenden en hun cliënten. Tevens wordt binnen deze onderzoekslijn onderzoek gedaan naar 'keten-kwaliteit' dat wil zeggen naar de samenhang en transparantie van kwaliteitssystemen van de verschillende aanbieders (thuiszorg, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen) op het terrein van verpleging en verzorging.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- | | |
|------------|--|
| WIJK 91.01 | Functiedifferentiatie in de thuiszorg, fase 2
(afgerond) |
| WIJK 96.03 | De verpleegkundige zorg voor chronisch zieken in Europa:
een overzicht
(geen subsidie verkregen) |

VERPL 95.01 Behandelmethodieken voor dementerenden in een verpleeghuis
(afgerond)

Lopende projecten:

WIJK 94.01 Werken in de gezinsverzorging
(schrijven proefschrift)

WIJK 96.01 Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging
(schrijven Engelstalig artikel)

WIJK 96.02 De opvoedingswinkel: opvoedingsondersteuning in zicht
(rapportage)

WIJK 96.05 Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de jaren '90: een landelijk overzicht en vergelijking met de jaren '80
(indien subsidie wordt toegekend, materiaalverzameling)

NIEUW

WIJK 97.04 De gevolgen van de 'knip in de thuiszorg': voormeting
(rapportage)

WIJK 94.02 De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht
(observatie tweede nameting, analyse, schrijven proefschrift)

WIJK 97.05³ Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
(dataverzameling, schrijven artikel voor proefschrift)

NIEUW

WIJK 97.06 Agressie tegen verpleegkundigen en verzorgenden
(schrijven onderzoeksvoorstel)

WIJK 95.02 ● Transmurale verpleegkundige zorg I
(schrijven onderzoeksvoorstel, uitvoeren van projecten, overzichtsartikel)

³ In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder PSH 95.03

NIEUW

WIJK 97.01 Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatiestudie (rapportage)

NIEUW

WIJK 97.02 Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie (in afwachting van subsidie)

NIEUW

WIJK 97.03 ● Transmurale verpleegkundige zorg II: effecten van transmu-
raal werkende teams
(uitwerken onderzoeksvoorstel, dataverzameling)

WIJK 96.04 Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van
Verpleging en Verzorging in Amsterdam
(instrumentontwikkeling, voormeting, analyse en rapportage
over de voormeting)

2.2.9. 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 is in 1995 gestart met onderzoek naar behandelmethodieken voor dementerende patiënten en observatieonderzoek naar bejegening van psychogeriatrische patiënten door ziekenverzorgenden.

Overzicht van de projecten

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

- VERPL 95.02 Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis: instrumentontwikkeling (rapportage)
- VERPL 96.01 Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten (fase 2): ontwikkelen van een meetinstrument (rapportage)
- VERPL 96.02 Advies prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek II (actualisering van een eerder uitgebracht advies over prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek)

NIEUW

- VERPL 97.01 Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen

2.2.10. Thuiszorgtechnologie

Het onderwerp thuiszorgtechnologie is breed. Binnen dit brede terrein is de insteek van het NIVEL vooral die van de verpleging en verzorging, en daarbinnen met name de onderwerpen arbeidsomstandigheden en het gebruik van techniek bij transmurale zorg. Arbeidsomstandigheden van verplegenden en verzorgenden in de gezondheidszorg is een thema waar de sectorfondsen AWOB (van de verzorgingshuizen) en AWO (ondermeer van de thuiszorg) aandacht aan besteden. Als vervolg op een eerder door het NIVEL uitgevoerd onderzoek naar de arbeidsomstandigheden van verplegenden en verzorgenden in verzorgingshuizen zal een project gestart worden waar technieken worden ingezet die de zelfredzaamheid en mobiliteit van bewoners van verzorgingshuizen stimuleren. Het resultaat hiervan kan zijn dat de fysieke belasting van verzorgenden en verplegenden terug wordt gebracht. De aantrekkelijke kant van een dergelijke aanpak is dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg (door het stimuleren van zelfredzaamheid) gecombineerd wordt met het verbeteren van de kwaliteit van de arbeid. Zo kan er voor zowel bewoners van een verzorgingshuis als voor de werknemers in een verzorgingshuis sprake zijn van een verbetering van hun situatie. Een tweede onderwerp van onderzoek betreft de rol van techniek bij transmurale zorg.

Het VWS Stimuleringsprogramma Thuiszorgtechnologie hield in 1995 op. Het zal op termijn worden voortgezet in combinatie met het programma Medische Apparatuur Thuis van de Ziekenfondsraad. Het NIVEL is samen met TNO-PG betrokken bij het opstellen van een programmeringsstudie voor het nieuwe

stimuleringsprogramma. Wanneer dit programma van start zal gaan is nog niet bekend.

Overzicht van de projecten

- | | |
|------------|--|
| TECH 94.01 | Tillen in de gezondheidszorg
(schrijven van een proefschrift over het effect van de introductie van patiëntentilliften in de gezondheidszorg) |
| TECH 95.04 | Lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg |
| TECH 96.01 | Verbeteren arbeidsomstandigheden in verzorgingshuizen door eenvoudige interventies |

NIEUW

- | | |
|------------|---|
| TECH 97.01 | Programmeringsstudie thuiszorgtechnologie |
|------------|---|

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

De afgelopen jaren hebben een herwaardering laten zien voor de rol van de zogenaamde a-specifieke factoren in de zorg, zowel door artsen als door verpleegkundigen en paramedici. Lange tijd heeft de nadruk vooral gelegen in steeds verdergaande technologische ontwikkelingen. Toenemende kosten die dit met zich meebracht, samengaand met een afnemende marginaal nut, hebben geleid tot hernieuwde aandacht voor de a-specifieke factor in de hulpverlening: de hulpverlener-patiënt relatie, die tot uiting komt in de communicatie tussen beiden. De gedachte die daarbij steeds meer veld gewonnen heeft, is dat een deel van het genezingsproces niet met technologische vernieuwing kan worden afgedwongen, maar bewerkstelligd wordt door deze a-specifieke factor. Balint noemde dat dertig jaar geleden "the doctor as the drug". De gebieden waarop het onderzoek rond de a-specifieke factor met name veelbelovend lijkt te zijn, zijn de gebieden waarbij de scheidslijn tussen lichamelijk en psychisch niet zo gemakkelijk te trekken is. Hier heeft de technologische vernieuwing, met haar associatie van "verjaag alle plagen" vaak meer goed dan kwaad gedaan, terwijl hierbij de klassieke therapeutische functie van de geneesheer in vroeger tijden wellicht juist de werkzame factor is geweest.

Bejegening van patiënten en cliënten zijn altijd al een belangrijk onderwerp van studie geweest binnen het NIVEL onderzoeksprogramma. Belangrijke vragen in dit programma zijn in de eerste plaats beschrijvend van aard: Welke elementen in de communicatie tussen hulpverleners en patiënten zijn universeel en komen telkens weer terug. Hoe zijn deze elementen gespreid onder hulpverleners, zijn er verschillen tussen verschillende soorten hulpverleners (afhankelijk van hun taken, afhankelijk van hun positie) en zijn deze verschillen beïnvloedbaar, b.v. door training en opleiding.

Een volgende reeks van vragen betreffen de determinanten van verschillen in communicatie. Wordt er, afhankelijk van patiënteigenschappen, anders omgegaan met verschillende soorten patiënten (verschillend naar sociaal-demografische eigenschappen, verschillend naar type problemen, verschillende verwachtingen). Verschilt de communicatie al naar gelang de structuur waarbinnen gecommuniceerd wordt, verschillend is (ziekenhuis vs huisartspraktijk, verschillen tussen gezondheidszorgsystemen).

En ten slotte is er de vraag naar de effecten van communicatie. Effecten die gezocht kunnen worden in de sfeer van opvattingen en gedrag van patiënten (tevredenheid, therapietrouw, gezondere levensstijl), maar ook in meer biologische parameters zoals bloedsuikerspiegel, bloeddruk of parameters van het psycho-immuunsysteem.

Ons onderzoeksprogramma heeft zich in het verleden vooral gericht op determinanten en effecten van de communicatie door de huisarts. Hierop wordt thans voortgebouwd in onderzoek waarin andere beroepsgroepen, zoals de specialist, de verpleegkundige, de apotheker of de diëtiste centraal staan.

Ook wordt gedifferentieerd 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 handelingsmogelijkheden heeft en vooral steun nodig heeft bij zijn emotionele aanpassing. Het kind bij de kinderarts vormt weer een geheel eigen categorie. Een nieuw actueel onderwerp is de informatievoorziening en begeleiding die bij genetische counseling vereist wordt.

Zoals gezegd vormen juist de categorie aandoeningen die zich op het snijvlak van lichaam en geest bevinden, een belangrijk aandachtspunt in ons onderzoek. Dit beperkt zich in dat kader ook niet tot onderzoek naar bejegening alleen, maar neemt ook de meer epidemiologische aspecten in beschouwing. Op die manier wordt onderzoek uitgevoerd naar het voorkomen van chronisch benigne pijnstoornis en chronische moeheid. Omdat ook "echte" ziekte tot het nodige psychische leed aanleiding kan geven, zal het komend jaar ook

aandacht besteed worden aan de psychische problemen die chronische ziekte met zich meebrengt.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- PSH 91.08 De huisartsenzorg in het vrouwengezondheidscentrum 'Aletta'; een vergelijkend onderzoek (afgerond met een dissertatie)
- PSH 93.02 Leren reguleren: de opvang van type-II diabetici: communicatie internist/verpleegkundige/diëtist - patiënt (afgerond met scripties en artikelen)
- PSH 94.01 Psychische ongezondheid en somatiek (afgerond met artikel)
- PSH 95.03 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen (wordt uitgevoerd binnen themagebied verpleging en verzorging)
- PSH 95.06 ● Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek
De volgende deelprojecten zijn afgerond:
- PSH 95.06a Instrumentontwikkeling (afgerond met artikel)
- PSH 95.06b Verschuivingen in communicatie tussen internist en patiënt in de loop van de behandeling bij diabetes-II (afgerond met artikel)
- PSH 96.01 Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van een protocollaire werkwijze voor de diagnostiek van angst en depressie in de huisartspraktijk (subsidie-aanvraag afgewezen)
- PSH 96.03 Psychische zorg voor chronisch zieken (is onderdeel geworden van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken)

Lopende projecten:

- PSH 92.02 Arts-patiënt communicatie in Nederland en Amerika: een cross-culturele studie
- PSH 94.02 Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen
- PSH 95.01 Communicatie in de apotheek-II: leidt het ontwikkelde communicatieprotocol tot een andere bejegening in de apotheek?

- PSH 95.04 Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen
- PSH 95.05 Incidentie, prevalentie en medische consumptie van patiënten met Chronische Benigne Pijn Stoornis (CBPS)
- PSH 95.06 ● Arts-patiënt communicatie bij specialisten in de polikliniek
Onderzoeksprogramma met de volgende deelonderzoeken:
- PSH 95.06c Effect van internist-patiënt communicatie op gezondheid en kwaliteit van leven van patiënt
- PSH 95.06d Verschillen tussen communicatie bij patiënten met kanker en met diabetes-II
- PSH 95.06e Effect van communicatietraining op de communicatie van specialisten
- PSH 95.06f Determinanten van structurele aard van specialist-patiënt communicatie
- PSH 96.04 Moeheid in de bevolking en in de huisartspraktijk
- PSH 96.05 Praten over werk; de rol van de huisarts bij arbeidsgerelateerde morbiditeit

NIEUW

- PSH 97.01 International Conference: Communication in health care

NIEUW

- PSH 97.02 ● Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten

NIEUW

- PSH 97.03 Informatievoorziening en besluitvorming rond prenatale diagnostiek

P.M.

- WIJK 94.02 De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht
- WIJK 97.04 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
- VERPL 95.02 Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis
- VRA 94.01 Panel Chronisch Zieken, waarin opgenomen "Psychische zorg voor chronisch zieken".
- PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie

2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager

In de nota "Gezond en Wel" van het ministerie van VWS wordt uitdrukkelijk gesteld dat financiering van de zorg geen doel op zich is, maar een middel om goede zorgvoorzieningen te blijven garanderen voor ieder die ze nodig heeft. Pas dan kan worden gesproken van een kwalitatief goede gezondheidszorg, waarvan het uiteindelijke doel het verbeteren van de gezondheidstoestand is. Dit betekent naast het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verlengen van een gezonde levensverwachting, ook en vooral het verhogen van de kwaliteit van leven in ruime zin. De beleidsvoornemens om ongewenste achterstand in gezondheid van bepaalde meer kwetsbare bevolkingsgroepen terug te dringen, heeft ertoe geleid dat het onderzoek binnen dit themagebied in toenemende mate aandacht besteed aan de zorg voor chronisch zieke patiënten en aan de zorg voor allochtone patiënten.

Het onderzoek neemt de patiënt met zijn gezondheidstoestand en behoefte aan gezondheidszorg als uitgangspunt. Daarbij gaat het niet om zuiver epidemiologisch onderzoek, maar om de wisselwerking tussen consument en zorgvoorzieningen. Dit gebeurt vanuit verschillende invalshoeken:

1. Onderzoek naar het gebruik van gezondheidsvoorzieningen: dit omvat zowel het klassieke onderzoek naar medische consumptie in relatie tot gezondheidstoestand en zorgbehoefte, als onderzoek waarbij de gevolgen van overheidsmaatregelen op het zorggebruik worden bestudeerd. Wanneer weinig of geen gebruik wordt gemaakt van professionele zorg door bepaalde categorieën patiënten (bijvoorbeeld lagere SES, migranten, chronisch zieken), kan dit wijzen op het bestaan van drempels voor deze groepen. (gedacht kan worden aan zaken zoals financiële drempels, wachtlijsten, en taal- en culturele barrières). Hierbij moet uiteraard rekening worden gehouden met de mogelijkheden van zelf- en mantelzorg.
2. Onderzoek naar de kwaliteit van de ontvangen zorg: behalve onvoldoende toegankelijk kan de ontvangen zorg ook onvoldoende beantwoorden aan de zorgbehoeften van patiënten. Bij dit type onderzoek gaat het om de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt, waarbij allerlei proceskenmerken van de zorg (deskundigheid, bejegening, informatie, continuïteit, etc) worden beoordeeld. Tenslotte wordt kwaliteit van zorg niet alleen beoordeeld op basis van proceskenmerken, maar ook op basis van de uitkomst voor de gezondheid en de kwaliteit van leven. Hierbij moet worden gedacht aan somatische/fysieke, psychische en sociale aspecten.

Momenteel wordt binnen het themagebied veel energie gestoken in het beschikbaar komen van goede meetinstrumenten en informatiebronnen.

Twee projecten hebben uitdrukkelijk tot doel gegevens op continue wijze te verzamelen. Daarbij wordt het ook mogelijk beide genoemde invalshoeken te

combineren. Reeds geruime tijd operationeel is het 'Consumentenpanel Gezondheidszorg' dat door het NIVEL samen met de Consumentenbond wordt geëxploiteerd. Tweemaal per jaar worden 1500 huishoudens schriftelijk ondervraagd over hun ervaringen met en oordeel over een aspect van de gezondheidszorg. Daarnaast zijn er vanaf 1993 medische consumptiegegevens van de panelleden beschikbaar.

Naast het Consumentenpanel, dat zich richt op de doorsnee-bevolking, zal in de nabije toekomst een 'Patiëntenpanel Chronisch Zieken' worden gestart. Hierdoor wordt het mogelijk om gegevens te presenteren over (ontwikkelingen in) de zorg voor chronisch zieken, over hun maatschappelijke positie en over hun kwaliteit van leven.

Onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg vanuit patiëntperspectief staat nog in de kinderschoenen, mede omdat geen valide en betrouwbare meetinstrumenten beschikbaar zijn. Deze worden momenteel ontwikkeld en toegepast in het kader van twee door de NWO-programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' gesubsidieerde projecten. Het reeds afgeronde onderzoek "Kwaliteit van thuiszorg vanuit patiëntenperspectief: meetinstrumentontwikkeling" krijgt een toepassing in een vervolproject "Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten". Daarnaast loopt een afzonderlijk project waarin een instrument wordt ontwikkeld om continuïteit van zorg in de thuiszorg te meten.

Ook de patiënten-enquête, uitgevoerd in het kader van de Nationale Studie, geeft tot op de dag van vandaag de mogelijkheid om secundaire analyses uit te voeren. In deze enquête zijn 13000 mensen geïnterviewd over hun gezondheidstoestand en medische consumptie. De door bijna 90% van hen bijgehouden gezondheidsdagboeken leveren een uniek beeld van de relatie tussen onwelbevinden en het zoeken van hulp. In het kader van de voorbereiding van een nieuwe Nationale Studie zal ook een nieuwe patiënten-enquête ontwikkeld worden.

Sedert enige tijd wordt tenslotte ook gewerkt aan de totstandkoming van een onderzoekslijn die zich richt op de zorg voor allochtonen. Daarbij wordt niet alleen aandacht besteed aan de van oudsher grootste groepen (Turken, Marokkanen en Surinamers), maar ook aan de nieuwe groepen vluchtelingen. (Deze projecten zijn terug te vinden onder de code MIG).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 93.01 Kwaliteit van thuiszorg vanuit patiëntenperspectief: meetinstrumentontwikkeling
(afgerond)

- VRA 95.01 Haalbaarheidsstudie Patiëntenpanel Chronisch Zieken
(afgerond)
- VRA 96.03 Verzoeken om euthanasie bij de huisarts
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Continue projecten

- VRA 86.01 Consumentenpanel Gezondheidszorg
- VRA 94.01 Patiëntenpanel Chronisch Zieken

Gebruik

- VRA 88.01 Vragen over AIDS
- VRA 94.06 Determinanten van huisartsbezoek op de kinderleeftijd
- VRA 95.02 Profielen chronisch zieken
- VRA 95.06 Vraag om een recept

NIEUW

- VRA 97.01 Consumenten over de verandering in de vergoeding voor fysiotherapie

NIEUW

- VRA 97.02 De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg

NIEUW

- VRA 97.03 De effecten van veranderingen in de honoreringsstructuur van specialisten op het specialistbezoek

NIEUW

- VRA 97.04 Hulpzoekgedrag en kwaliteit van zorg bij patiënten met neurologische aandoeningen

- MIG 96.01⁴ Migranten en gezondheid

⁴ In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder NS1 92.01

NIEUW

MIG 97.01 Kraamzorg in allochtone gezinnen

NIEUW

MIG 97.02 Vluchtelingen bij de huisarts

NIEUW

MIG 97.05 Gezondheid en medische consumptie van migranten. Instrumentontwikkeling ter voorbereiding van de tweede Nationale Studie

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief

VRA 96.01 Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken

VRA 96.02 Jongeren in verpleeghuizen

VRA 96.04 Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten

NIEUW

VRA 97.05 Monitoring van klachten bij zorgaanbieders

NIEUW

MIG 97.03 Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten

NIEUW

MIG 97.04 Huisartsenzorg voor migranten

P.M.

SAM 95.02 Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten: ontwikkeling van een meetinstrument

2.2.13. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

De internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen heeft in de loop van de tijd een aantal belangrijke impulsen gekregen. In de eerste plaats hebben de gezondheidszorgsystemen van de geïndustrialiseerde landen een aantal problemen gemeen rond de verhouding van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Belangstelling voor de oplossingen die in andere systemen zijn gekozen, is daardoor verzekerd. In de tweede plaats geeft de Europese integratie een kader waarbinnen vergelij-

kend onderzoek kan plaats vinden en ten slotte heeft de val van het communisme een periode van hervormingen in Oost-Europa ingeluid die met steun van Wereldbank en EU veel Westerse expertise heeft aangetrokken.

Het internationaal vergelijkend onderzoek heeft drie functies: documentatie (hoe zit het in andere landen?), analyse (hoe werken verschillende institutionele structuren door?) en beleid (hoe kunnen veranderingen ondersteund worden?). Op elk van deze functies zal nu kort worden ingegaan.

Er is, internationaal gezien, een grote behoefte aan informatie, vooral over de positie van huisartsen en de condities voor hun optimaal functioneren. Daarbij is informatie over de positie en organisatie van de specialistische zorg en de ziekenhuissector in relatie tot de positie van huisartsen 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 is verzameld in het door de EU gesubsidieerde onderzoek naar praktijkprofielen van huisartsen. In dit onderzoek zijn 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. De basisinformatie die in 1993 is gepubliceerd in het boek 'Health care and general practice across Europe' zal in de komende tijd geactualiseerd en waar nodig uitgebreid worden. Vergelijkbare beschrijvende materiaalverzameling vindt ook plaats rond de financiering van ziekenhuizen en de positie van specialisten, rond de rol van verpleegkundigen in de zorg voor chronisch zieken en rond de organisatie en financiering van de thuiszorg. Over dit laatste onderwerp is in 1996 een monografie verschenen die een actueel overzicht geeft van de situatie in de landen van de Europese Unie. Tot de documentatie-functie van het internationaal vergelijkend onderzoek hoort de bijdrage aan internationale databases, zoals de 'health data files' van de OECD. Door het NIVEL verzamelde gegevens over het inkomen van huisartsen in een aantal landen zijn daar al in opgenomen. Het plan is om ook goede tijdreeksen van het aantal huisartsen te verzorgen.

De documentatie-functie is, naast het intrinsieke belang ervan, vooral ondersteunend voor de analyse van gezondheidszorgsystemen. Het meer op analyse gerichte onderzoek kan worden onderscheiden in het onderzoek dat zich richt op de structuur van gezondheidszorgsystemen en het onderzoek dat de inhoud van de zorg centraal stelt.

In het op de structuur van de gezondheidszorg gerichte onderzoek worden twee belangrijke vragen gesteld. De eerste heeft betrekking op de invloed van institutionele structuren op de taakverdeling en taakuitoefening van hulpverleners. Door internationaal vergelijkend onderzoek wordt de variatie aan regelgeving, financieringsmodellen en organisatiestructuren die van invloed zijn op de taakverdeling en taakuitoefening van hulpverleners, vele malen groter dan wanneer men onderzoek doet binnen één land. Zo kan in het eerder genoemde onderzoek naar taakprofielen van huisartsen de invloed van systeemkenmerken, zoals de aan- of afwezigheid van een poortwachtersfunctie voor huisartsen en het honoreringstelsel, op de breedte van de taakuitoefening worden onderzocht. De tweede analytische vraag heeft betrekking op de verandering van gezondheidszorgsystemen. De vraag wordt daarbij gesteld hoe hervormingen van gezondheidszorgsystemen tot stand komen, wat de implementatieproblemen van hervormingen zijn, en specifiek in verband met de situatie in Oost-Europa, hoe schoksgewijze verandering verloopt. Aan dit laatste wordt aandacht besteedt in een monografie over de veranderingen in de gezondheidszorgsystemen van vijf Oost-Europese landen.

Het zorginhoudelijke onderzoek van internationaal vergelijkende aard houdt zich onder meer bezig met de zorg voor chronisch zieken, de bijdrage van huisartsenzorg aan de gezondheid van de bevolking en de arts-patiënt relatie. Wat betreft dit laatste onderwerp wordt, geheel in NIVEL-traditie, het instrument van video-opname van echte consulten toegepast in internationaal vergelijkend onderzoek.

De derde functie van het internationaal vergelijkende onderzoek is dat het ondersteuning geeft aan beleid. Aan de ene kant betreft dat beleid met betrekking tot de Nederlandse gezondheidszorg. Het gaat daarbij vooral om de manier waarop vergelijkbare problemen in landen om ons heen worden opgelost. Het is daarbij van belang om aandacht te besteden aan de vergelijkbaarheid van gezondheidszorgsystemen en aan de inbedding van specifieke aspecten van een systeem in het systeem als geheel. In verband met die vergelijkbaarheid wordt onder meer onderzoek gedaan in de Euregio rond Maastricht. Aan de andere kant richt de beleidsondersteuning zich op de landen van Oost- en Midden-Europa. Van de zijde van het NIVEL zal bij adviezen aan, met name, Oost-Europese landen sterk worden benadrukt dat een eerstelijnsgezondheidszorg niet zonder beschermende maatregelen kan functioneren. Een evenwichtig opgebouwd systeem is moeilijk te verenigen met directe toegankelijkheid van specialistisch-medische en ziekenhuiszorg. Men moet echter constateren, dat in Oost-Europa, mede door het veel grotere aantal specialistisch opgeleide geneeskundigen vergeleken met het aantal algemeen geneeskundigen, het 'Duitse model' met vrijgevestigde,

direct toegankelijke specialisten en een onbeperkte keuzevrijheid (dus geen patiënten-op-naam) buitengewoon populair is. In West-Europa, met name de Scandinavische landen en België, wint juist de gedachte van getrapte toegankelijkheid en een systeem van huisartsen met patiënten op naam aan populariteit. Het NIVEL is daar ook bij betrokken.

Voor wat betreft Oost-Europa richt het direct beleidsondersteunende onderzoek zich op dit moment vooral op Hongarije en Tsjechië.

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. In de nieuwe projecten die ter subsidiëring worden ingediend bij het BIOMED-programma van de Europese Unie wordt dan ook de lijn van eerdere succesvolle aanvragen van het NIVEL voortgezet. Die bestaat eruit dat als voorinvestering een workshop wordt georganiseerd met de beoogde internationale partners in het onderzoek om op die manier een onderzoeksvoorstel met voldoende internationale expertise en draagvlak te creëren.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- INT 94.02 Burn-out bij verloskundigen: een Nederlands-Duitse vergelijking
(de Duitse gegevens bleken onvoldoende vergelijkbaar met de Nederlandse te zijn)
- WHO INT 96.03 The contribution of general practice to health for all
(achtergrondstudie ten behoeve van de WHO gereed)
- INT 96.05 Comparison and harmonization of denominator data for primary health care research in countries of the European Union
(afgerond)
- INT 96.10 Grensoverschrijdende Zorg (vooronderzoek)
(afgerond)

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 94.03 Praktijkprofielen van huisartsen/eerstelijnsartsen in Oost-Europa
(uitbreiding WHO INT 91.01 naar Oost-Europa)
- WHO INT 91.03 Ziekenhuisproductie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's law' in tijd en ruimte
(onderzoek naar condities waaronder aanbod vraag scheidt; verzameling van secundair statistisch materiaal en deelrapportages)
- WHO INT 92.02 Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
- WHO INT 92.02a Restructuring Hungarian health care system
- WHO INT 92.02b Primary health care development in the Czech Republic
NIEUW
- WHO INT 92.02c Primary health care development in Bulgaria
NIEUW
- WHO INT 92.02d Primary health care development in Oblast Minsk (Wit Rusland)
NIEUW
- WHO INT 92.02e Morbidity and interventions in Romanian general practice
NIEUW
- WHO INT 92.02f Community based primary health care in the Odessa Region (Ukraine)
NIEUW
- WHO INT 92.02g Developing primary care in Slovenia
NIEUW
- WHO INT 92.02h Integrated public health education reform in North West Russia (incl. Karelia)
NIEUW
- WHO INT 92.02i Support Health Sector Reform in the Slovak Republic: Primary Health Care, Financing
- WHO INT 96.04 Health policy development in North-East Hungary: improving primary care and the health status of the population
(ontwikkeling strategisch plan voor eerstelijnszorg)

- WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
(analyse de sterke positie van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief)
- 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 94.05 Ouderenzorg in de Euregio; een prospectief cohort-onderzoek
(uitvoeren onderzoek bij toekenning subsidie door het Inter-Reg Fonds van de EG)
- 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)
- WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten
(vergelijking van gezondheidszorgsystemen met en zonder huisarts als poortwachter; indienen subsidie-aanvraag)
- WHO INT 96.01 Verspreiding en organisatie van dagchirurgie in de landen van de EU
(voorbereiden subsidie-aanvraag, organisatie werkconferentie)
- WHO INT 96.02 Acute zorgverlening buiten kantooruren: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU (EMOCA)
(voorbereiden subsidie-aanvraag, organisatie werkconferentie)
- INT 96.06 A methodology for the analysis of rationality and effectiveness of prevention and health promotion strategies (MAREPS)

INT 96.07 Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for the Elderly (SCOPE)
(ontwikkelen en valideren van meetinstrumenten)

INT 96.08 Hospital at home
(voorbereiden internationale onderzoeksaanvraag)

WHO INT 96.09 Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa

NIEUW

WHO INT 97.01 Primary care voor de bevolking in de slums van Marocco en Turkije

NIEUW

WHO INT 97.02 Population aging in Hungary and The Netherlands in European Perspective

P.M.

PSH 95.04 Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen

2.2.14. Overige activiteiten

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

In het voorjaar van 1998 wordt er een internationaal congres gehouden met als thema 'Communication in health care', georganiseerd door het NIVEL. De internationale conferenties van het NIVEL zijn een vast terugkerende activiteit geworden, evenals de Europese conferentie over gezondheidszorgonderzoek. Deze laatste is aan zijn negende editie toe en wordt in Pamplona (Spanje) gehouden. Het NIVEL is organisator samen met de Universidad Publica de Navarra en de Spanish Society for Public Health.

Overzicht van de activiteiten

Afgevoerde activiteiten

ALG 96.01 8th European Conference on Health Services Research and Public Health - London 1996
(Conferentie heeft plaatsgevonden)

Lopende activiteiten:

ALG 94.02 Onderzoekschool CARE

ALG 95.02 Onderzoekschool Psychology and Health

ALG 94.04 De positie van vrouwen en mannen in besturen van gezondheidszorgorganisaties

NIEUW

ALG 97.01 9th European Conference on Health Services Research and Public Health - Pamplona (Spain) 1997

NIEUW

ALG 97.02 Ondersteuning van het ME-overleg

NIEUW

ALG 97.03 Brancherapport Curatieve Somatische Zorg

P.M.

PSH 97.01 International Conference: Communication in health care

WHO INT 96.09 Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa

2.3 Overige thema's

De projecten binnen deze onderzoekslijn zijn al in het voorgaande hoofdstuk 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).

2.3.1. Kwaliteit van zorg

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 bezien 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

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
SAM 96.03	Kwaliteit in de sector verpleging en verzorging
SAM 96.07	Effecten van kwaliteitssystemen in de verpleeghuissector
SAM 97.01	Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen
SAM 97.04	Monitoring kwaliteitsbeleid koepelorganisaties en beroepsverenigingen
SAM 97.05	Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de commerciële gezondheidszorg
LINH 96.02	Programmatische Preventie in de Huisartspraktijk
PMED 95.02	Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg
PMED 97.06	Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg II
WIJK 96.01	Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging
WIJK 96.04	Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam
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
WHO INT 96.02	Acute zorg en eerste hulp: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU
INT 96.08	Hospital at home
WHO INT 97.01	Primary care voor de bevolking in de slums van Marocco en Turkije

Kwaliteit: proces/bejegening

REL 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
GGZ 96.01	Samenwerking tussen RIAGG en AMW in de hulp aan migranten
BKP 95.07	Werkomstandigheden, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg
NS1 90.05	Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg
NS1 95.04	De oudere in de huisartspraktijk
HAG 97.02	Huisarts in achterstandsgebieden
PSH 92.02	Arts-patiënt-communicatie in Nederland en Amerika
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 95.04	Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen
PSH 95.06	Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek
PSH 96.04	Moeheid in de bevolking en in de huisartspraktijk
PSH 96.05	Praten over werk
WIJK 94.02	De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht
WIJK 97.05	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
VERPL 95.02	Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis: instrumentontwikkeling
PMED 93.04	Podotherapie bij de diabetische voet
PMED 94.01	Fysiotherapeutische behandelingen van patiënten met fracturen
PMED 96.01	Paramedische zorg voor chronisch zieken
PMED 96.05	Samenwerking ergotherapeut en huisarts/wijkverpleegkundigen
PMED 97.05	Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
VERL 90.01	Evaluatie Experimenten Verloskundige Samenwerkingsverbanden
MIG 97.01	Kraamzorg in allochtone gezinnen
MIG 97.04	Huisartsenzorg voor migranten
TECH 96.01	Verbeteren arbeidsomstandigheden in verzorgingshuizen door eenvoudige interventies

Kwaliteit: uitkomst van interventies

HAG 97.01	Comorbiditeit en chronische ziekte
PMED 89.02	Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie

PMED 95.01	Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
PMED 97.02	Evaluatie van de extramurale ergotherapie
TECH 95.04	Lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg
VERPL 96.01	Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten (fase 2)
VERPL 97.01	Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen

Kwaliteit: patiënten-perspectief

SAM 95.02	Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten
SAM 97.03	De relatie tussen kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 94.01	Patiëntenpanel chronische zieken
VRA 96.01	Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken
VRA 96.02	Jongeren in verpleeghuizen
VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten
VRA 97.03	De effecten van veranderingen in de honoreringsstructuur van specialisten op het specialistbezoek
VRA 97.04	Hulpzoekgedrag en kwaliteit van zorg bij patiënten met neurologische aandoeningen
VRA 97.05	Monitoring van klachten bij zorgaanbieders
MIG 97.03	Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten

2.3.2. Onderzoeksprogramma Modernisering Curatieve Zorg

De Commissie Biesheuvel vond in haar rapport 'Modernisering Curatieve Zorg' drie dingen belangrijk:

1. de Poortwachtersfunctie van de huisarts
2. de Integratie van specialist en ziekenhuismanagement in het "geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf"
3. Transmurale zorg

Onderzoek naar en ter versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts heeft altijd al een rol gespeeld in het werkprogramma van het NIVEL; zoals studies naar verwijzingen door huisartsen, ziekenhuis opnamen en ontslag uit het ziekenhuis en de aansluiting van de thuiszorg daarop. Zij vormen al jarenlang de kern van het onderzoeksprogramma. Tot dusver werd

door het NIVEL weinig aandacht besteed aan de specialist en zeker niet aan de relatie tussen specialist en ziekenhuis. Transmurale zorg is een onderwerp dat in de thuiszorg al geruime tijd een rol speelt en waar ook al enig onderzoekservaring wordt opgedaan.

Met de uitbreiding van de missie van het NIVEL is met name de relatie tussen specialist en ziekenhuis voor het onderzoeksprogramma van het NIVEL belangrijker geworden dan voorheen. Ook op het gebied van transmurale zorg zijn extra activiteiten geformuleerd. Het rapport van de Commissie Biesheuvel is voor het NIVEL aanleiding geweest om het onderzoek naar en ten behoeve van de versterking van de poortwachtersfunctie van de huisarts nog eens kritisch te bekijken en op sommige punten uit te breiden. Deze onderzoeken staan her en der verspreid in het werkprogramma. Ten behoeve van het overzicht zijn ze ook nog eens apart vermeld. De onderzoeken die concreet onderdeel uitmaken van het onderzoeksprogramma missieuitbreiding (gefinancierd in het onderzoeksprogramma Modernisering Curatieve Zorg van het Ministerie van VWS) zijn van een stip (●) voorzien. Andere programma's maakten al deel uit van het onderzoek werkprogramma van het NIVEL of kunnen met recht als behorend bij het thema modernisering curatieve zorg gedacht worden.

HSZ 95.02	● Rechtstreeks specialistbezoek in Nederland
HSZ 95.05	● Effect verandering van honorering bij specialisten
HSZ 97.01	● Transmurale zorg op de medische as
BKP 95.04	● Manpowerplanning in health care
BKP 95.09b	● Behoefteraming longartsen
BKP 95.09c	● Behoefteraming reumatologen
BKP 95.09d	● Behoefteraming gynaecologen/obstetici
BKP 95.09f	● Behoefteraming neurologen
LINH 94.03	● Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk
WIJK 95.02	● Transmurale verpleegkundige zorg I
WIJK 97.03	● Transmurale verpleegkundige zorg II: effecten van transmurale werkende teams
PSH 95.06	● Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek
PSH 97.02	● Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten

Het is duidelijk dat het NIVEL in het onderzoeksprogramma Modernisering Curatieve Zorg meer doet dan de onderzoeken die deel uitmaken van de missieuitbreiding. Andere projecten die hierbinnen vallen zijn:

- BKP 95.09 Beroepskrachtenplanning diverse specialismen (overige niet onder de missieuitbreiding vallende specialismen)
- HSZ 95.03 Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie
- HSZ 97.05 Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
- HSZ 97.06 Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen
- HSZ 95.04 Elektronisch Berichtenverkeer Huisarts/Specialist/Ziekenhuis
- HSZ 96.01 Naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf
- HSZ 97.03 Evaluatie pilot 'Transmurale zorgafspraken Acute Sinusitis Maxillaris'
- INT 96.08 Hospital at home
- PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
- REL 91.01a Verwijzingen van huisartsen naar gynaecologie
- REL 94.01 Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen
- SAM 95.03 De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk: mogelijkheden en beperkingen
- VRA 94.01 Patiëntenpanel chronisch zieken
- VRA 97.03 De effecten van veranderingen in de honoreringsstructuur van specialisten op het specialistbezoek
- WIJK 97.01 Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatiestudie
- WIJK 97.02 Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie
- WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
- WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten
- WHO INT 96.01 Verspreiding en organisatie van dagchirurgie in de landen van de EU
- WHO INT 96.02 Acute zorg en eerste hulp: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU

Tenslotte worden in het LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg)-project continu gegevens verzameld over verrichtingen in de huisartspraktijk (verwijzingen, diagnostiek, consulten).

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Inleiding

De afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL heeft naast een belangrijke interne taak ook een publieke functie: het toegankelijk maken van de vele publikaties over gezondheidszorg in het algemeen en 'primary health care' in het bijzonder voor een publiek van onderzoekers, studenten, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.

De afgelopen jaren hebben zowel de collectievorming, de automatisering en het ontwikkelen en aanbieden van thematische literatuu databases in het volle zoeklicht gestaan.

Collectievorming

Door de uitbreiding van het onderzoeksgebied van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg heeft de collectievorming veel aandacht gekregen. Lacunes in de collectie zijn en worden opgespoord. Uit efficiëntieoverwegingen is de reeds bestaande samenwerking met andere bibliotheken op het gebied van de gezondheidszorg geïntensiveerd en op basis van een zwaartepuntenbeleid wordt de collectievorming onderling afgestemd. Ook de komende jaren zal de collectievorming de volle aandacht opeisen.

Daarnaast is de collectie sterk uitgebreid door de overname van de bibliotheekcollecties van O & O en de LVT. Naast de inspanningen verricht aan selectie, ontubbeling en bewerking betekent de opname van deze collecties in de NIVEL-bibliotheek dat deze literatuurverzamelingen op het gebied van de (praktische) huisartsenzorg en de thuiszorg zowel voor het NIVEL als voor externe gebruikers toegankelijk en beschikbaar blijven.

Thematische literatuurverzamelingen

De afgelopen jaren is de NIVEL-bibliotheek zich gaan profileren als informatieleverancier. In samenwerking met verwante instituten worden thematische literatuurverzamelingen op diskette uitgebracht. Gezien de overweldigende hoeveelheid verschijnende literatuur is het een doelmatige manier voor onderzoekers en beleidsmakers om snel toegang te krijgen tot de literatuur over een bepaald thema. Er is hiervoor veel belangstelling. Er wordt dan ook overwogen om naast de reeds bestaande thematische literatuurbestanden 'Kwaliteit van de Zorg' en 'Verpleging en Verzorging' nieuwe literatuurbestanden te ontwikkelen: 'Medical Technology Assessment' en 'Preventie'.

Voorwaarde voor het ontwikkelen van dit soort bestanden is dat instituten bereid zijn om samen te werken, om hun catalogi beschikbaar stellen en om

hun trefwoordensystemen te integreren in de Thesaurus Gezondheidszorg, een gezamenlijk project van het NIVEL, NZi, Trimbos-instituut, TNO-Preventie en Gezondheid en het LCVV. Daarnaast moet er een financier gevonden worden die bereid is een investeringssubsidie te verschaffen voor de ontwikkelingskosten, met name bestemd voor afstemming van de trefwoorden en de zgn. ontdebelling.

Automatisering

De catalogus en de literatuurbestanden zijn overgezet op een geavanceerde versie van het bibliotheekstelsel. Bovendien zijn deze bestanden geïmplementeerd in het netwerk waardoor elke onderzoeker de bestanden rechtstreeks van zijn werkplek kan raadplegen.

Een aantal bestanden zijn reeds beperkt online bereikbaar. Binnenkort zullen ook voor een groter publiek alle bestanden online raadpleegbaar zijn.

Dienstverlening

Bovengenoemde activiteiten hebben geleid tot een flinke toename van literatuur aanvragen.

Deze 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 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) |
| BIDOC 95.02 | Collectievorming
Inventarisatie van lacunes in verband met de missie-uitbreiding |
| BIDOC 95.03 | Database Verpleging en Verzorging
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)
Jaaroverzicht op diskette |

BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)
Uitgave op diskette

BIDOC 96.01 Externe toegankelijkheid Databank Zorgvernieuwing
Ontwikkeling en beheer

NIEUW

BIDOC 97.01 Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)
Jaaroverzicht op diskette of CD-ROM

NIEUW

BIDOC 97.02 Searches ten behoeve van review-artikelen
Onderwerpen: gezondheid van migranten; prenatale screening; huisartsen en arbeidsomstandigheden; ziektepreventie door beweging, sport en leefstijl

NIEUW

BIDOC 97.03 Update reader Engelstalige artikelen over de Nederlandse gezondheidszorg
Gebundelde uitgave over alle facetten van de Nederlandse gezondheidszorg; verzameling, selectie en publikatie

NIEUW

BIDOC 97.04 Online toegankelijkheid catalogus en literatuurbestanden

NIEUW

BIDOC 97.05 Literatuurbestanden Medical Technology Assessment en Preventie
Mogelijkheden samenwerking onderzoeken

4. 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
Mr. S.I.M. Bless	secretaris
vacature	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. J. Dekker	hoofd onderzoeksafdeling II
T.J.M. de Jong	hoofd algemene zaken

Projectleiders:

Prof.dr. J. van der Zee/	Internationale 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)
Vacature	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg (SAM)
J. van der Velden, arts-epidemioloog	Huisartsgeneeskundige zorg (HAG+NS)
Dr. D.H. de Bakker	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. A. Kerkstra	Verpleging en verzorging (WIJK+VERPL)
Dr.ir. R.D. Friele	Thuiszorgtechnologie (TECH)
Dr. P.F.M. Verhaak	Hulpverleningsprocessen/Eerstelijns en GGZ (PSH+GGZ)
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP)
Dr. W. Bosveld/Dr. J. Dekker	Paramedische zorg (PMED)
Drs. L. Peters/Dr. M. Foets	Het perspectief van de hulpvrager (VRA)
R. van den Berg	Hoofd bibliotheek en documentatie (BIDOC)

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 van de P-route. De parkeergarage die het dichtst bij het NIVEL ligt is parkeergarage 'Vredenburg' onder Hoog Catharijne (uitgang Vredenburg).

