WERKPLAN 1998-1999

deel 1

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postadres : Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht
Bezoekadres : Drieharingstraat 6 - Utrecht
Telefoon : 030-2729700
Telefax : 030-2729729
Web-site : www.nivel.nl

INHOUD

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7
1.1 Algemene ontwikkelingen 7
1.2 Van beleid naar onderzoek 8
1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering 16

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN 19
2.1 Inleiding 19
2.2 De onderzoekslijnen 20
2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg 20
2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis 22
2.2.3. Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 26
2.2.4. Beroepen in de gezondheidszorg 28
2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg 32
2.2.6. Verloskundige zorg 38
2.2.7. Paramedische zorg 40
2.2.8. Verpleging en verzorging 44
2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg 47
2.2.10. Thuiszorgtechnologie 48
2.2.11. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt 50
2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager 53
2.2.13. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 58
2.2.14. Overige activiteiten 63

2.3 Thema's die geen eigen onderzoekslijn vormen 65
2.3.1. Kwaliteit van zorg 65
2.3.2. Onderzoeksprogramma modernisering curatieve zorg 67

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 70

4. ALGEMENE INFORMATIE 74

VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1998/1999 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 gevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid. Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar.

1. INLEIDING

1.1 Algemene ontwikkelingen

Toen de huidige minister in 1994 haar intrede deed op het departement van Volksgezondheid deed zij de uitspraak dat de tijd van grote plannen en daden voorbij was. De Nederlandse gezondheidszorg is immers "af" op een paar losse einden na. Die losse einden betreffen de verhouding tussen specialist en ziekenhuismanagement en een regeling voor de vergoedingen van kosten van geneesmiddelen. Drie jaar later kunnen we constateren dat de beleidsvoornemens op dit gebied grotendeels zijn gerealiseerd. In September 1997 sloten de Orde van Medische Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland een convenant dat de medisch specialist definitief een plaats toekende in de lijnorganisatie van het ziekenhuis. In verband met fiscale gevolgen blijft de zelfstandigheid van de specialist gehandhaafd, maar de facto zijn specialisten nu in een lijnorganisatie opgenomen.
Dit is een niet geringe prestatie. Het succes heeft ongetwijfeld vele vaders (en moeders) maar de minister heeft de lijn aangegeven. Ook met betrekking tot de geneesmiddelen-prijzen zijn vorderingen gemaakt. De minister heeft de Prijzenwet van stal gehaald, om, gerelateerd aan de prijzen in landen om ons heen, de Nederlandse (hoge) geneesmiddelenprijzen aan banden te leggen en dit is tot op zekere hoogte gelukt. Ook op dit punt hebben de beleidsvoornemens tot duidelijke resultaten geleid en voldoende duidelijke afspraken. Op andere terreinen echter, waarvan de minister wellicht dacht dat er voldoende duidelijke afspraken waren gemaakt en dat alleen de uitvoering ter hand genomen zou moeten worden, is grote chaos en beroering ontstaan. Op het gebied van de thuiszorg (formeel het werkterrein van de staatssecretaris) is iedereen in rep en roer en weet de cliënt niet meer waar hij of zij aan toe is. Het bleek vrijwel ondoenlijk om ziekenhuisvervangende thuiszorg scherp te omschrijven en ook om zorgverzekeraars te dwingen niet alleen verpleging maar ook verzorging als onderdeel van de ziekenhuisgerelateerde zorg te beschouwen.
Centrale inning van de eigen bijdrage in de gezinsverzorging vereist een administratief systeem dat vele malen groter en complexer is dan, om maar een omineus voorbeeld te noemen, dat van de studiefinanciering. Harmonisatie van eigen bijdragen in de thuiszorg zal waarschijnlijk tot gevolg hebben dat een vrijwillige, door de bevolking als een soort belasting beschouwde premie voor het kruiswerk (nu onder een zekere dwang) terug zal lopen van (geschat) 170 naar 30 tot 50 miljoen gulden. De verwachting is dat voortaan alleen mensen die acuut thuiszorg nodig hebben een eigen bijdrage zullen gaan betalen.

Geïntegreerde indicatiestelling van complexe thuiszorg en zorg in verzorgingstehuizen en verpleeghuizen wordt gedelegeerd naar de gemeenten en geeft door de grote onzekerheid van de wijze waarop wordt geïndiceerd, onduidelijkheid over wie nu waarvoor verantwoordelijk is. Het verder budgetteren van thuiszorginstellingen, ingevoerd om instellingen meer marktbewust te maken is voorlopig van de baan. De thuiszorg heeft de afgelopen 5 jaar meer ingrijpende ontwikkelingen over zich heen gehad dan de 25 jaar daarvoor. De effecten van integratie van kruiswerk en gezinszorg zijn nog nauwelijks uitgewerkt of de ene beleidsmaatregel wordt bovenop de andere geïntroduceerd.
Al te veel overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg, kan zoals de thuiszorg laat zien, licht leiden tot demotivatie van het veld.
De belangrijkste les van dit alles is dat niet telkens ontwikkelingen bovenop elkaar moeten worden gestapeld. Uit de onderwijswereld weten wij dat daarmee de uitvoerders van het beleid murw worden gemaakt, cynisch en wellicht apathisch. De thuiszorg heeft een te hoge dosis "beleid" gehad: in de volgende kabinetsperiode moet hier weer rust komen.

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 daarom niet toevallig dat de hierboven genoemde thema's voor een belangrijk deel terug te vinden zijn in het lopende en voorgenomen onderzoeksprogramma. De positie van de specialist in het ziekenhuis wordt onderzocht en voor de thuiszorg, voor zover althans onderzoek de snelle ontwikkelingen in de thuiszorg überhaupt kan bijbenen, worden de effecten van de veranderingen vastgelegd en geëvalueerd. Het onderzoek naar de invoering van eigen bijdragen in de zorg levert verrassende resultaten op (mensen die denken dat ook eigen bijdragen voor huisartsbezoek nodig zijn en dien overeenkomstig handelen). Internationaal vergelijkend onderzoek werpt licht op de vraag hoe zou het zijn als de huisarts zijn poortwachtersfunctie niet meer zou uitoefenen enzovoorts enzovoorts. Niet alle ontwikkelingen lenen zich voor onderzoek - zoals gezegd - sommige gaan gewoon te snel en tenslotte zijn sommige vragen 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 documentatie-afdeling;
- het organiseren van congressen en bijeenkomsten.

De naam van het instituut 'NIVEL' betekende oorspronkelijk: "Nederlands instituut voor onderzoek van 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].

---

[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 verzelfstandigd in de Stichting O(ndersteuning) en O(ntwikkeling) van de huisartspraktijk. Dit laatste instituut heeft de bezuinigingsronden van de jaren negentig niet overleefd.

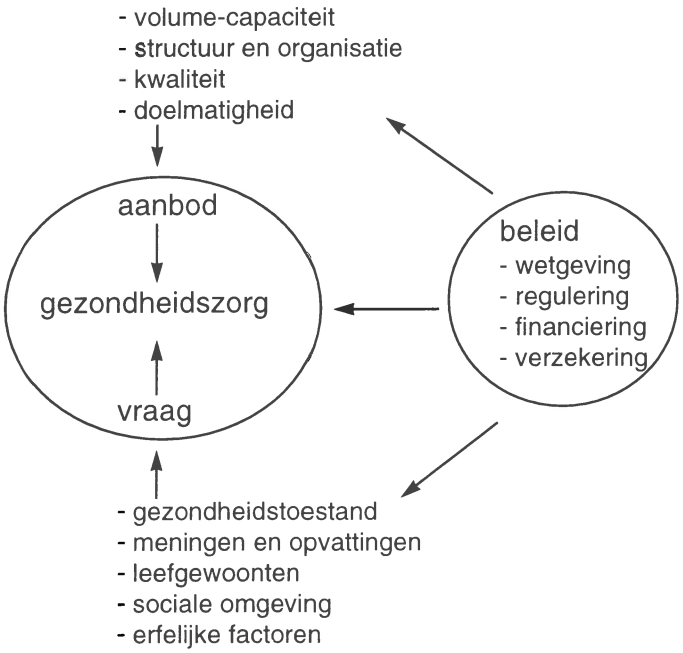
Het Bestuur van de Stichting NIVEL weerspiegelt deze evolutie van het instituut; bestond het tot het midden van de jaren zeventig nog voornamelijk uit vertegenwoordigers van huisartsenzijde, nu is het samengesteld uit de drie voor het NIVEL cruciale partijen: het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleeghuiszorg); consumenten en financiers (consumentenbond, zorgverzekeraars en patiëntenplatform) en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld. Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut. De volgende, 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 gezondheids*zorg*onderzoek, 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 Volksgezondheid & Zorg en de Raad voor Gezondheidsonderzoek) en tevens dichtbij de landelijke beroeps- en koepelorganisaties, die actief zijn in de gezondheidszorg (organisaties van zorgverleners, 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 Universiteit Maastricht, 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 is toch de laatste tijd veranderd. Er is door het ministerie van VWS een organisatie opgericht (de ZON-organisatie: Zorg- Onderzoek Nederland), die, in toenemen-

de mate een intermediaire functie vervult 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 is niet zonder problemen verlopen. Het kostte, begrijpelijkerwijs, moeite om in een tempo dat recht doet aan de straffe dynamiek waarin de gezondheidszorg verandert, een relevant programma te ontwerpen en uit te zetten. Het tempo van goed doordachte wetenschap is een ander dan 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, door enerzijds tegemoet te willen komen aan de noden van het beleid, en anderzijds er een eer in te stellen solide wetenschappelijk onderzoek te verrichten.

Van onderzoek naar kennismanagement

Binnen het 'eerstelijnsonderzoek' 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 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 (niet alleen in de eerstelijnsgezondheidszorg maar in toenemende mate ook voor medisch specialisten), de inmiddels 28 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 zorgvernieuwingsprojecten bijgehouden. Het in 1972 opgezette Registratiesysteem van Wetenschappelijk Onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg is in 1997 opgeheven en overgedragen aan het NIWI (Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatiediensten).

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 binnenkort 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. In een gedereguleerde zorg is het verschaffen van overzicht essentieel. Kennismanagement wordt dat genoemd; op basis van bibliotheek en documentatie en databestanden in eigen en andermans beheer.

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 belangrijkere 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 (en bevestigd in het Verdrag van Amsterdam) 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 (gezondheids**zorg**onderzoek) 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

---

[2] althans tot op zekere hoogte; het RIVM is zich duidelijk aan het profileren op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek; op onderdelen hebben NIVEL en RIVM een strategische samenwerkingsovereenkomst gesloten.

gezondheidszorgonderzoek en zijn ook enkele organisatie-adviesbureaus actief op het terrein, zonder dat daar overigens een sterke onderzoekstraditie is ontstaan.
Sterkere verwantschap (en tot op zekere hoogte grotere concurrentie) vindt men bij vakgroepen epidemiologie, sociale geneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg en gezondheidseconomie, zeker als ze gezondheidszorg als 'determinant' van gezondheid 'meenemen'. Profilering op het gebied van gezondheidsbeleid vormt een sterk punt van bovengenoemde groepen.

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 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).

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 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg (van oudsher vooral eerstelijnsorganisaties, zoals huisartsen, gezondheids-

centra, thuiszorg, 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 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 Zieken, de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde (Ziekenfondsraad/NWO) en verschillende programma's op Europees gebied, zoals programma's op het gebied van 'public health' van de Directoraat Generaal XII (onderzoek) en V (gezondheid en sociale zekerheid).
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. Een voor de toekomst van het instituut interessante ontwikkeling is, dat het NIVEL wordt aangesproken op zijn capaciteit grootschalige projecten tot een goed einde te brengen.
Dit alles resulteert in een honderdvijftigtal projecten op jaarbasis, die in 1997 een jaaromzet van ongeveer 15 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een derde als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Eind 1997 telde het NIVEL ongeveer 130 medewerkers, van wie een 75-tal 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 tussen de vraag en het aanbod naar gezondheidszorg onder invloed van het beleid (wetgeving, regulering, financiering, verzekering). 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:

- meningen en opvattingen van patiënten over ziekte, gezondheid en de gezondheidszorg (kennis hierover is van belang voor het 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 missieverbreding 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 'eerstelijn' 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 'eerstelijn' 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 transmurale zorg, waarbij de volgende lijnen van onderzoek te onderscheiden zijn:

- 'Kijk- en Luistergeld'; een serie onderzoekingen 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 eerstelijn;
- De reeds veel langer bestaande onderzoekslijn naar de positie van de huisarts als 'poortwachter' wordt met volle kracht voortgezet. Versterking van de positie van de huisarts op diagnostisch gebied is voor de poortwachtersfunctie essentieel;
- Studies naar de toekomstige vraag en het toekomstige aanbod van medisch specialistische zorg vormen, tenslotte, een vijfde onderzoekslijn.

Alle nadruk op missieverbreding mag echter niet verhullen dat voor het NIVEL de 'eerstelijn', 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) ge-

zondheidszorg 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, een onderzoek naar Primary Health Care aan de zuid- en oostrand van de Middellandse Zee en ook gezondheidszorg voor vluchtelingen valt onder dit thema. Onderzoeksbudgetten op dit terrein zijn echter versnipperd. Vroeger waren er speciale programma's; nu is de ideologie dat 'allochtonen' zo normaal zijn, dat ze niet meer categorisch onderscheiden mogen worden. In plaats van aparte onderzoeksbudgetten vormt de gezondheidszorg voor allochtonen nu onderdeel van elk budget en bij elk budget wordt voorrang gegeven aan reguliere activiteiten. Er zouden weer - politiek correct of niet - aparte programma's moeten komen.

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 summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject; 1998 is de 29e jaargang maar de financiering is op langere termijn niet gegarandeerd. 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; monitoring en surveillance vergen een veel actievere opstelling van de deelnemers dan het routinematig coderen van ziekten en verrichtingen.

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 eerstelijn 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
  .Zorg voor allochtonen
- 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 bijelkaar gezet, waardoor een beter overzicht verkregen wordt, wat er op deze terreinen aan projecten loopt.

In deel II van het werkprogramma vindt men de uitgebreidere projectbeschrijvingen. Ieder project valt onder de verantwoordelijkheid van een van de projectleiders; deze staat in deel II bij het project vermeld.

2.2 De onderzoekslijnen

Samenhang en samenwerking in de 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. 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 95.01	Kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg vijf jaar na de Leidschendamconferenties (afgerond)
SAM 95.02	Continuïteit van zorg in de thuiszorg voor chronisch zieken en verstandelijk gehandicapten: ontwikkeling van een meetinstrument (afgerond)
SAM 95.03	De praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk: mogelijkheden en beperkingen (afgerond)
SAM 96.02	Doelmatigheid waarneming huisartsen Rotterdam (afgerond)

SAM 96.03	Kwaliteit in de sector verpleging en verzorging (afgerond)
SAM 96.06	De nasleep van de stelselwijziging en de positie van gezondheidscentra (afgerond)
SAM 97.04	Monitoring kwaliteitsactiviteiten koepelorganisaties en beroepsverenigingen (wordt voorgezet in kader project SAM 98.01)

Lopende en nieuwe projecten:

State of the art-studies

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

NIEUW

SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000 (voorbereiding onderzoek ten behoeve van Leidschendam-conferenties in het jaar 2000)
SAM 97.05	Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de commerciële gezondheidszorg (schrijven onderzoeksvoorstel, werven financiering)

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 artikelen t.b.v. dissertatie)

NIEUW

SAM 98.02	Implementatie verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën (uitvoering wetenschappelijke begeleiding rond project uitgevoerd in gezondheidscentrum de Orion)

P.M.

PMED 97.06	Evaluatie programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg II

Externe verantwoording kwaliteitszorg

SAM 97.02 Kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten
(uitvoering onderzoek i.s.m. Oost-Nederland zorgverzekeraar)

P.M.

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

Effecten op de kwaliteit van zorg

SAM 96.07 De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
(uitvoering onderzoek)

SAM 97.03 De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en het oordeel van cliënten (vindt gedeeltelijk plaats in kader van SAM 96.07)

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
(schrijven artikel en eventueel vervolg op onderzoek coördinatiecentra)

NIEUW

SAM 98.03 Doelmatigheid waarneming huisartsen
(evaluatie centrale huisartsenposten)

2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

Het onderzoek op dit themagebied heeft betrekking 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.

Onderzoek rond de *poortwachtersfunctie* van de huisarts vindt onder meer plaats in het project 'Rechtstreeks specialistbezoek' (HSZ 95.02) waarin bijvoorbeeld is nagegaan welke regels particuliere verzekeraars hanteren ten aanzien van specialistbezoek en hoe zij staan tegenover de voorstellen van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg, waarin een verplichte verwijzing wordt bepleit voor particulier verzekerden. In het project staat voor 1998 nog een analyse op de agenda van achterafverwijzingen voor ziekenfondsverzekerden; dit op basis van

gegevens uit het LINH. Ook in de evaluatie van de functie van praktijkverpleegkundige (HSZ 98.01) staat de vraag centraal in welke mate de poortwachtersfunctie versterkt kan worden door de inzet van verpleegkundigen in de huisartspraktijk.
Het *zorgcontinuüm* tussen huisarts en specialist vormt onderwerp van het project HSZ 97.01: een brede 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. Ook in het onderzoek naar dagverpleging (HSZ 98.04) komt het zorgcontinuüm aan de orde. Dit speelt met name een rol in de organisatie van de nazorg na dagverpleging.
Tenslotte wordt binnen het themagebied aandacht besteed aan het *geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf*; een integratie die door het recent gesloten convenant tussen de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen een stap dichterbij gekomen is. Onderzoek vindt plaats rond de veranderingen in de honorering van specialisten zoals die in lokale initiatieven hun beslag hebben gekregen (HSZ 95.05). In dat kader heeft onder meer een inventarisatie plaatsgehad van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten die ziekenhuizen en specialisten gaan uitvoeren als uitvloeisel van de afspraken in lokale initiatieven. Voorgesteld wordt om ruim twee jaar na de start van de lokale initiatieven te evalueren hoe de stand van zaken is met betrekking tot deze kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten (HSZ 98.03). Een ander 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.

Een omvangrijk nieuw onderzoek betreft de evaluatie van de Algemene Eigen Bijdrageregeling (AEB) in de Ziekenfondswet (HSZ 98.02). Doel van deze regeling is te komen tot een financieringsverschuiving en tot consumptievermindering. In het onderzoek wordt veel gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (met behulp waarvan effecten op het consumptiegedrag van ziekenfondsverzekerden worden vastgesteld) en van het LINH (waarbinnen onderzoek plaatsvindt naar mogelijke ongewenste neveneffecten van de maatregel, zoals het uitstellen van medische consumptie bij relatief ernstige aandoeningen). In het kader van de evaluatie van de AEB wordt bovendien samengewerkt met instituten buiten het NIVEL, te weten de CMR Nijmegen, het SCP en het Nzi.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

REL 91.01a	Verwijzingen van huisartsen naar gynaecologie (met het operationeel worden van LINH zijn actuelere verwijsgegevens beschikbaar gekomen. Onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van project LINH 98.02)
HSZ 95.04	Elektronisch Berichtenverkeer Huisarts/Specialist/Ziekenhuis (geen subsidie)
HSZ 97.02	Huisarts en zorgvernieuwing (afgerond)
HSZ 97.03	Evaluatie pilot 'Transmurale zorgafspraken Acute Sinusitis Maxillaris' (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

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 95.05 ●	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)
HSZ 97.01 ●	Transmurale zorg op de medische as (evaluatie van transmurale afspraken huisarts-specialist)

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)
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten (inventarisatie van het handelen van orthopeden bij lage-rugklachten)
HSZ 97.06	Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen (ontwikkeling van een meetinstrument)
HSZ 98.01[1]	De praktijkverpleegkundige in de eerste lijn; een regionaal samenwerkingsproject (proces- en effectevaluatie van een experiment met praktijkverpleegkundigen)
NIEUW HSZ 98.02	Evaluatie Algemene Eigen Bijdrageregeling Ziekenfondswet (proces- en effectevaluatie van de eigen bijdragemaatregel)
NIEUW HSZ 98.03	Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven (inventarisatie van de huidige stand van zaken m.b.t. kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten)
NIEUW HSZ 98.04	Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen (inventarisatie van verschillen in organisatie en analyse van variatie)
NIEUW HSZ 98.05	Specialisatie in de huisartspraktijk (inventarisatie van de huidige stand van zaken)
P.M. WHO INT 95.06	Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten

[1] In het vorige werkplan stond dit project vermeld onder SAM 95.03

2.2.3. Relatie eerstelijn 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 (Algemeen Maatschappelijk Werk) en AGGZ (Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)
- 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, 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 doorverwijzing en 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 wat huisartsen nu zoal merken van RIAGGs die hun bereikbaarheids- en feedbackprocedures hebben aangepast en daardoor ook praktischer consultatiemogelijkheden hebben gecreëerd. In project GGZ 97.01 onderzoeken we welke hulp huisartsen ervaren van eerstelijnspsychologen of AMW, in vergelijking met huisartsen die voornamelijk op de AGGZ zijn aangewezen. In project GGZ 97.02 staat de consultatie voor huisartsen m.b.t. patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten door een psychiatrische polikliniek centraal.
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.
Op het gebied van epidemiologie van psychische klachten is sinds de vele studies op basis van materiaal van de Nationale studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk niet veel meer gebeurd. Om deze onderzoekslijn weer op te pakken, zullen we komend jaar stappen ondernemen om patiënten op te sporen die tien jaar geleden een diagnose "depressie" kregen. De vraagstelling luidt hoe hun (geestelijke) gezondheidstoestand thans is, welke GGZ problemen ze de afgelopen tien jaar ondervonden hebben en welke invloed dit

op hun ontwikkelling in het algemeen en gezins- en arbeidssituatie in het bijzonder gehad heeft.
Ook zal, in het kader van het panel "chronisch zieken" onderzoek gedaan worden naar de psychische klachten die chronisch (lichamelijk) zieken ondervinden.

Met betrekking tot de relatie huisarts-verpleeghuis, in het bijzonder op het gebied van psychogeriatrie, 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

Afgevoerde projecten:

GGZ 96.01	Samenwerking tussen RIAGG en AMW in de hulp aan migranten (afgerond)
GGZ 96.02	De ontwikkeling van vraag en aanbod '90-'96 bij het AMW (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

GGZ 95.02	Samenwerking huisarts en RIAGG
GGZ 97.01	De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk
GGZ 97.02	Huisarts en polikliniek psychiatrie: project "Onbegrepen Lichamelijke Klachten"
GGZ 97.03	20 jaar verwijzingen door de huisarts naar de GGZ

NIEUW

GGZ 98.01	Depressie, tien jaar later

P.M.

VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronisch Zieken
VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen

VRA 98.09 Kwaliteit van leven: een vergelijking tussen SF-36 en Coop-Wonca kaarten

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 (normpraktijk, werklastmeting, werkomstandigheden e.d.).

a. Informatievoorziening

In de afgelopen drie jaar wordt, in samenwerking met de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek) en het NZi, de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector opgesteld. De belangrijkste resultaten uit deze studie worden opgenomen in de JOZ (Jaar Overzicht Zorg). Het grote probleem blijft het feit dat er bijzonder weinig continue informatiebronnen zijn rondom het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dit geldt gedeeltelijk voor de beroepen in de extramurale gezondheidszorg, maar veel nadrukkelijker voor beroepen in de intramurale gezondheidszorg, zoals de medisch specialisten. Vaak moet gebruik gemaakt worden van onvolledige gegevensbestanden van beroepsverenigingen. Er zouden aanbodregistraties moeten zijn, zoals die momenteel voor een aantal beroepen op het NIVEL worden bijgehouden (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en kinderartsen). Het NIVEL zal in de komende jaren plannen blijven ontwikkelen om ook voor andere beroepsgroepen dit soort registraties van de grond te tillen. Daarbij zal enerzijds gekeken worden naar de paramedische beroepen en anderzijds naar medisch specialisten. De in 1997 gestarte aanbodregistratie voor kinderartsen is een eerste aanzet daartoe.

Ook op het terrein van het aanbod van verplegenden en verzorgenden worden de nodige activiteiten ontplooid. In samenwerking met het NZi wordt, in opdracht van de LCVV, een jaarlijkse publikatie opgesteld over 'vraag en aanbod' binnen de verpleging en verzorging.

In 1993 heeft het NIVEL het boek 'Beroepen extramurale gezondheidszorg' uitgebracht. Na vijf jaar zou deze publikatie ge-up-dated moeten worden, waarbij er een uitbreiding plaats zal moeten vinden naar met name beroepen in de intramurale gezondheidszorg.

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. Met name de verschillende Wetenschappelijke Verenigingen voor Medisch Specialisten kloppen bij het NIVEL aan voor het uitvoeren van een behoefteramingsstudie (kinderartsen, longartsen, reumatologen, gynaecologen, orthopeden, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, plastisch chirurgen). Om deze activiteiten enigszins te stroomlijnen is, ten behoeve van de Orde van Medisch Specialisten (OMS), in 1997 een onderzoeksvoorstel ingediend voor behoefteramingsstudies voor alle medisch specialistische beroepsgroepen. Een en ander zal in een stroomversneiling komen met de totstandkoming van het capaciteitsorgaan per 1 januari 1998.

Om de expertise en de modelontwikkeling rond behoefteramingsstudies verder uit te bouwen zullen er aanvullende studies worden uitgevoerd. Daarin zal met name ingegaan worden op de betrouwbaarheid van ramingsmodellen.

c. Beroepsuitoefening

Bij het opstellen van behoefteramingsstudies zijn met name veel achtergrondgegevens noodzakelijk die een beeld kunnen geven van de huidige en de toekomstige beroepsuitoefening. Met name rond de tijdsbesteding per week van medisch specialisten is er vaak discussie omtrent de wijze waarop de gegevens verzameld worden. Veelal geschiedt dit aan de hand van schriftelijke enquêtes onder de individuele beroepsbeoefenaren. Om dit subjectieve meetinstrument te valideren zal er via een observaties-methodiek een werklastmeting plaatsvinden bij de radiologen. Dit type onderzoek zal wellicht op termijn ook voor andere medische beroepsgroepen interessant zijn; dit in het kader van de 'output-pricing' en 'product-typering'. Voortbouwend hierop worden wij door de verschillende Wetenschappelijke Verenigingen ook gevraagd, ten behoeve van praktijkprofielen, referenties gegevens te leveren. De gegevens van de verschillende behoefteramingsstudies bieden hiervoor een goede ingang.

Een ander belangrijk gegeven in behoefteramingsstudies is het aantal personen dat vervroegd het beroep verlaat (uittreden). Een van de redenen om het beroep voortijdig te verlaten (en die ook veelvuldig wordt genoemd) is de arbeidssatisfactie (burn-out). In de afgelopen jaren 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 vergelijking-

en 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.
Naast het uittreden verdient ook het intreden in het beroep de nodige aandacht. In de verschillende behoefteramingsstudies wordt veelal verondersteld dat de jonge specialisten meer in deeltijd willen gaan werken; dat men een kortere werkweek wil; dat men minder diensten wil draaien etc. De gegevens uit de verschillende behoefteramingsstudies bieden de mogelijkheid om dit eens nader te onderzoeken.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BKP 94.03	Burn-out en (vervroegde) uittreding bij huisartsen (afgerond)
BKP 95.09b	Behoefteraming longartsen (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

a. Informatievoorziening

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.03	Verloskundigenregistratie
REG 85.01	Registratie fysiotherapeuten (extramuraal)
REG 93.02a	Registratie ergotherapeuten
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen
REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
REG 93.02b	Registratie pas afgestudeerde ergotherapeuten
REG 95.01	Registratie gezondheidscentra
REG 93.03	Registratie gynaecologen/obstetrici (in afwachting van subsidie)
REG 94.01	Aanbodregistratie voor paramedische beroepen (verwerven van subsidie)

REG 96.01a		Registratie werkzame kinderartsen
REG 96.01b		Registratie AGIO's kindergeneeskunde
REG 97.01		Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998 (RAZ)
NIEUW REG 98.01		Beroepen in de gezondheidszorg 1998

b. Beroepskrachtenvoorziening

BKP 94.01		Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen (subsidie verwerven)
BKP 95.04	●	Modelontwikkeling behoefteramingsstudies
BKP 95.09		Beroepskrachtenplanning medisch specialismen
BKP 95.09a		Behoefteraming kinderartsen
BKP 95.09c	●	Behoefteraming reumatologen
BKP 95.09d	●	Behoefteraming gynaecologen/obstetrici
BKP 95.09e		Behoefteraming orthopeden
BKP 95.09f	●	Behoefteraming neurologen
BKP 96.02		Arbeidsmarktverkenning voor farmakundigen
BKP 96.03		Aanbod van verplegenden en verzorgenden
NIEUW BKP 95.09g	●	Behoefteraming klinisch genetici
NIEUW BKP 95.09h	●	Behoefteraming radiologen
NIEUW BKP 95.09i	●	Behoefteraming dermatologen
NIEUW BKP 98.01		Behoefteraming huisartsen

NIEUW
BKP 98.02 Behoefteraming ergotherapeuten

NIEUW
BKP 98.05 Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel

c. Beroepsuitoefening
BKP 95.06 Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen

BKP 95.07 Werkomstandigheden, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg

NIEUW
BKP 98.03 Werkbelasting radiologen

NIEUW
BKP 98.04 ● Effecten van verandering honoreringsregeling medisch specialisten op wachtlijstproblematiek

NIEUW
BKP 98.06 ● Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens

NIEUW
BKP 98.07 Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten

2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg

Door de Minister van VWS wordt groot belang gehecht aan 'evidence based health policy'. De centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg is onderdeel van dit beleid en 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.
Het afgelopen jaar is een grotere rol van de huisarts met betrekking tot programmatische preventie tot stand gekomen, met als resultaat een nationaal programma grieppreventie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Rond de uitvoering van de volgende 'dakpan', i.e. preventie van hart-vaat ziekten, is overeenstemming bereikt met het Ministerie van VWS en de Ziekenfondsraad. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen is een verschuiving waarneembaar in de richting van generieke preparaten ten koste van de merkgeneesmiddelen; verder zijn de programma's ter ondersteuning van de huisarts in achterstandsgebieden en rond de asielzoekers in uitvoering genomen. Tegelijkertijd doet de praktijkverpleegkundige op experimentele wijze haar intrede. De verzekeraars

vragen huisartsen het effect van hun handelen meer transparant maken. Dit kan in de vorm van jaarverslagen, praktijkprofielen en verslaglegging vanuit registratiesystemen en onderzoek. Opvallend in dit grootschalige geweld is de terechte oproep voor meer aandacht voor consultvoering. Door de grote aandacht voor met name de somatische kant van NHG standaarden werd dit onderdeel enigszins onderbelicht. De uitgave van de eerste 'meta' NHG standaard wil het tij doen keren.

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 nationale en internationale surveillance van diverse infectieziekten (influenza, gastro-entritis, SOA) en de monitoring van een aantal specifieke onderwerpen (uitstrijk-en/mammografie/gezinsplanning/suïcide) trekken andere aspecten ook de nodige aandacht, zoals lever- en galpathologie en fysiek geweld;
- Nationale Studie (NS1): dit lijkt nu een aflopende bron van informatie 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 naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk 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 voorgesteld, 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

Het aankomende jaar dienen naast methodologische aspecten, zoals representativiteit, keuze en vorming van meetinstrumenten en registratieduur vooral taken rond 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.
Met het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne) is een overeenkomst gesloten met het doel om te bezien in hoeverre informatie uit de huisartspraktijk bruikbaar is als basis voor de onder auspiciën van het RIVM verschijnende Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV).

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, terwijl leiding wordt gegeven aan ontwikkelings- en onderzoeksprogramma's in landen als Tsjechië, Slowakije, Hongarije, Bulgarije, Slovenië, Roemenië, (Wit-)Rusland en Oekraine. 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 90.05	Werkbelasting van huisartsen en inhoud en kwaliteit van de zorg (project is afgerond; proefschrift over dit onderwerp wordt begin 1998 verdedigd)
NS1 93.03	Epidemiologie van en het handelen van huisarts en patiënt bij CARA (studie naar ijsbergfenomeen bij CARA: geen geld voor beschikbaar)
NS1 95.01	Epidemiologie van leveraandoeningen (onderzoek i.v.m. de inschatting van het benodigd aantal levertransplantaties: voortouw overgenomen door GISH Groningen)
NS1 97.01	Gezondheidsklachten in de bevolking: een inventarisatie (rapportage ten behoeve van VTV 1997: uitgevoerd)
LINH 97.04	Analyse van motivatie-vragen bij tweedelijnsverwijzingen (afgerond)

Lopende en nieuwe 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')
INT 98.01	MEDSEA - Taakprofielen van huisartsen in Z-O Mediterrannee
WHO INT 98.06	Morbidity in general practice in Central European Perspective

Manpower

P.M.

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen

Surveillance/monitoring (peilstations)

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (deels continue, deels jaarlijks wisselende onderwerpen; rapportage)
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 nationale 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)
PEIL 97.01	Voorschrijven van oestrogenen

NIEUW

PEIL 98.01	Duur en omvang van influenza epidemieën

NIEUW

PEIL 98.02	De relatieve impact van influenza in verschillende leeftijdsgroepen

NIEUW
PEIL 98.03 De uitkomst van bewezen influenza in de huisartspraktijk in Nederland en Engeland

NIEUW
PEIL 98.04 Vergelijking van gegevens over 'Pelvic inflammatory diseases (PID)' onder vrouwen en urethritis onder mannen in de huisartspraktijk in Nederland en Engeland

NIEUW
PEIL 98.05 Ontwikkeling module surveillance van infectieziekten

Surveillance/monitoring (LINH)

LINH 96.01 Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg: basisinfrastructuur

LINH 97.01 Monitoring produktiecijfers huisartsenzorg

LINH 97.02 Betrouwbaarheid en representativiteit

LINH 97.03 Ontwikkeling feedback-model huisartsenzorg

LINH 94.03 ● Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen

LINH 96.02 Programmatische preventie in de huisartspraktijk

LINH 96.03 Generiek voorschrijven

LINH 96.04 Verwijzingen naar paramedici

NIEUW
LINH 98.01 Homepage LINH

NIEUW
LINH 98.02 Analyse morbiditeitspecifieke verwijsgegevens

NIEUW
LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Griepreventie

NIEUW

LINH 98.04	Monitoring kostenontwikkeling huisartsenzorg
NS2 96.01	Haalbaarheidsonderzoek 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; afronding rapportage)
NS1 89.05	Geografische variatie in ziekten en medische consumptie (onderzoek naar verschillen stad/platteland in ziekte en medische consumptie)
HAG 97.01	Comorbiditeit en chronische ziekten (chronische ziekten komen vaak niet op zichzelf voor: onderzoek naar consequenties voor huisartsgeneeskundig handelen)
HAG 97.02	Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden (validering systematiek identificatie achterstandsgebieden/ ontwikkeling van model voor beter functioneren huisartspraktijk in achterstandswijk)

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 96.05	Praten over werk; de rol van de huisarts bij arbeidsgerelateerde morbiditeit
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen

Handelen van de huisarts

NS1 95.04	De oudere in de huisartspraktijk (een onderzoeksprogramma, waarbij wordt aangevangen met een overzichtsrapport)

P.M.

VRA 88.01	Vragen over AIDS

Praktijkmanagement

HAG 97.03 Samenwerking huisarts-bedrijfsarts
(inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten, wordt i.s.m. Universiteit van Amsterdam voortgezet)

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 tweedelijn. 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 eerstelijn (bij een verloskundige of een huisarts) terwijl vrouwen met een hoog risico bevallen in de tweedelijn, dat wil zeggen onder leiding van een gynaecoloog. Het is de bedoeling dat de eerste- en tweedelijn deze risicoselectie realiseren door een adequaat verwijsbeleid.

De verantwoordelijke positie van de (eerstelijns-) verloskundigen in het selecteren van risico's maakt dat het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg een constante uitdaging vormt voor de beroepsorganisaties. De extra middelen die voor het kwaliteitsbeleid ter beschikking van de beroepsgroep der verloskundigen zijn gesteld moeten effectief worden besteed. De evaluatie van deze 'kwaliteits-impuls' is in handen gelegd van TNO-PG; het NIVEL zal bij dit onderzoek worden betrokken.

Een punt van zorg vormt de gestage daling van het aantal thuisbevallingen en de stijging van het aantal vrouwen dat voor thuisbevalling koos maar gedurende de bevalling toch naar het ziekenhuis wordt verwezen. Vooral vrouwen die voor de eerste keer bevallen komen heel vaak in het ziekenhuis terecht. Nader onderzoek naar de factoren die de verwijzing 'durante partu' beïnvloeden is van groot belang voor het behoud van de thuisbevalling.

Veranderende verhoudingen in de vraag naar en het aanbod van verloskundige zorg in Nederland vormen en belangwekkend onderwerp van onderzoek; met

behulp van recente CBS en SIG-gegevens over de plaats en leiding van de bevalling wordt een tien jaar geleden uitgevoerd onderzoek gerepliceerd.
Tenslotte vraagt het onderzoeksprogramma aandacht voor mogelijke gevolgen van de technologische vooruitgang in de verloskunde; namelijk de toegenomen mogelijkheden om zeer vroeggeboren kinderen in leven te houden. Het is bekend dat de ontwikkeling van deze kinderen traag verloopt; het verdient aanbeveling te bestuderen hoe na langere tijd (3-10 jaar) het met de ontwikkeling van de kinderen is gesteld en hoeveel zorg zij nodig hebben. Voor 1998 staat een eerste verkenning van de problematiek op het programma.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERL 90.01 Evaluatie Experiment Verloskundige Samenwerkingsverbanden
(project is in 1997 afgerond, maar zal nog worden afgesloten-met een proefschrift)

VERL 91.02 Bevallen onder leiding van een verloskundige, thuis of poliklinisch (fase 2)
(project is in 1997 met een proefschrift afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(studie van Amerikaanse gastonderzoeker over oorsprong en continuïteit van het Nederlandse verloskundige systeem)

NIEUW
VERL 98.01 Verwijzingen 'durante partu'; onderzoek naar de achtergronden van de toename van het aantal verwijzingen van 'thuis' naar het 'ziekenhuis' tijdens de bevalling

NIEUW
VERL 98.02 Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een 'update'
(een herhaling van een 10 jaar geleden uitgevoerd onderzoek met recente cijfers)

NIEUW
VERL 98.03 Evaluatie Kwaliteitsbeleid verloskundige zorg
(participatie in onderzoek in opdracht van de Ziekenfondsraad met als 'hoofd-aannemer TNO-PG te Leiden)

NIEUW

VERL 98.04	Late gevolgen van vroege geboorten (eerste verkenning van de mogelijkheden late gevolgen van vroege geboorten te onderzoeken)

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) beleidsgerichte informatievoorziening; (b) het proces van de paramedische zorg; en (c) het effect van de paramedische zorg.

Beleidsgerichte informatievoorziening

De probleemstelling onderliggend aan dit deel van het onderzoek naar de paramedische zorg heeft betrekking op de informatievoorziening binnen deze sector. Een dergelijke voorziening is van belang voor het voeren van een landelijk en regionaal beleid op het terrein van de paramedische zorg. Recent is de Pilot Informatievoorziening Paramedische Zorg afgesloten, een project waarin is nagegaan of en op welke wijze deze informatievoorziening beter geregeld kan worden. Een belangrijk voorstel ten aanzien van de toekomstige informatievoorziening is de inrichting van zogenaamde Peilstations Paramedische Zorg. De peilstations worden gevormd door praktijken of afdelingen waar op regelmatige basis gegevens worden verzameld. Bij deze gegevens kan gedacht worden aan informatie omtrent de vraag naar zorg, het werkelijk gebruik van zorg en -op termijn- het effect van zorg.
Een tweede belangrijk aspect betreft het onderzoek naar een combinatie van de hiervoor genoemde aspecten en onderzoek naar procesmatige aspecten. Dit betreft de evaluatie van de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie, waarbij de inhoudelijke gevolgen van deze bezuinigingsmaatregel worden geëvalueerd.

Proces van paramedische zorg

Een belangrijke vraag binnen dit onderdeel 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 tweede 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 driejarige programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg (BKPZ, een vervolg op het OKPZ) 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.

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 zonodig ontwikkeld en bijgesteld worden. Door het NIVEL wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

PMED 89.02	Het effect van oefentherapie bij artrose van heup of knie (afgerond)
PMED 93.01	Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie, fase II (BEEF-II) (afgerond)
PMED 94.01	Fysiotherapeutische behandeling van patiënten met fracturen (onvoldoende vordering)
PMED 95.02	Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (afgerond)

PMED 96.01	Paramedische zorg voor chronisch zieken (afgerond)
PMED 96.03	Pilot informatievoorziening Paramedische Zorg (afgerond)
PMED 96.05	Samenwerking ergotherapeut en huisarts/wijkverpleegkundigen (afgerond)
PMED 97.01	Het normeren van een effectmaat voor de logopedische behandeling van taalstoornissen (blijkt bij nadere beschouwing niet te passen in het programma van het themagebied)
PMED 97.02	Evaluatie van de extramurale ergotherapie (geen offerte gevraagd)
PMED 97.07	Evaluatie van het professioneel functioneren van afgestudeerden van de MBRT-opleiding (afgerond)
PMED 97.08	Toekomstverwachtingen van fysiotherapeuten (afgerond)
PMED 97.09	Verwachtingen van fysiotherapeuten en hun patiënten (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Beleidsgerichte informatievoorziening

NIEUW

PMED 98.01	Peilstations Paramedische Zorg (uit de Pilot Informatievoorziening is het voorstel gekomen tot de inrichting van peilstations teneinde te komen tot een geautomatiseerde aanlevering van beleidsrelevante en op termijn zorginhoudelijke informatie)

NIEUW

PMED 98.02	Jaarboek logopedie (in opdracht van de NVLF vorm geven aan een jaarboek waarin beleidsrelevante informatie, naast zorginhoudelijke informatie, afkomstig uit de LISK registraties opgenomen zal worden)

Proces

PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie (onderzoek naar therapietrouw verhogende strategieën)

PMED 96.04 Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie (evaluatie van de recente maatregelen ten aanzien van de aanspraken op de verstrekking van fysiotherapie en oefentherapie)

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

PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten (schrijven onderzoeksvoorstel)

PMED 97.06 Evaluatie programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg (vervolg op het OKPZ)

NIEUW
PMED 98.03 Omvang en duur van de extramurale fysiotherapeutische behandeling (voorbereiding subsidie-aanvraag)

NIEUW
PMED 98.04 Omgaan met artrose (in uitvoering)

Effect van paramedische zorg
PMED 93.04 Podotherapie bij de diabetische voet (vooronderzoek naar behandel- en onderzoeksprotocol)

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)

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

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. Daarnaast proberen thuiszorgorganisaties de contacten met huisartsen te verbeteren door het creëren van een nieuwe functie: de praktijkverpleegkundige.

Het onderzoek binnen het themagebied heeft enerzijds een aantal onderzoekslijnen die zorgen voor de continuïteit binnen het onderzoek; anderzijds wordt getracht op actuele ontwikkelingen in te spelen.

Vooral de thuiszorg wordt voortdurend met nieuwe beleidsmaatregelen geconfronteerd. 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. Om op deze actualiteit in te spelen is onderzoek verricht om voorspellingen te maken over de gevolgen van deze maatregel. Inmiddels is door de overheid de 'knip in de thuiszorg' weer per 1 januari 1998 afgeschaft. Andere ingrijpende maatregelen zijn het invoeren van een eigen bijdrage voor de wijkverpleging en het per 1 januari 1998 invoeren van een geïntegreerde indicatiestelling voor thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

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. Binnen dit onderzoeksthema, waar eerder uitgebreid onderzoek werd verricht naar de effecten van functiedifferentiatie op de kwaliteit van arbeid, wordt daarnaast in opdracht van STOOM onderzoek gedaan naar de functies en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep.

Een andere 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/medisch specialisten en verpleegkundigen in de thuiszorg in kaart te brengen.
Een nieuwe onderzoekslijn, die aansluit bij actuele discussies in Nederland over 'versterven' betreft het onderzoek naar palliatieve zorg. Inventariserend onderzoek wordt gedaan naar initiatieven en mogelijkheden tot palliatieve zorg en naar de mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Daarnaast zijn er plannen om de toekomstige vraag naar palliatieve zorg te onderzoeken alsmede de consequenties voor het zorgaanbod in de toekomst.
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 96.01	Evaluatie integratie kruiswerk en gezinsverzorging (afgerond)
WIJK 96.02	De opvoedingswinkel: opvoedingsondersteuning in zicht (afgerond)
WIJK 96.05	Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in de jaren '90: een landelijk overzicht en vergelijking met de jaren '80 (geen subsidie verkregen)
WIJK 97.04	De gevolgen van de 'knip in de thuiszorg': voormeting (afgerond)

WIJK 97.01	Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatiestudie (afgerond)
VERPL 96.02	Advies prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek II (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

WIJK 94.01	Werken in de gezinsverzorging (schrijven proefschrift)
WIJK 94.02	De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht (schrijven proefschrift)
WIJK 97.05	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen (dataverzameling, schrijven artikel voor proefschrift)
WIJK 97.06	Agressie tegen verpleegkundigen en verzorgenden (schrijven onderzoeksvoorstel)
WIJK 95.02 ●	Transmurale verpleegkundige zorg I (uitvoeren van projecten, analyse en rapportage)
WIJK 97.02 ●	Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie (maakt onderdeel uit van WIJK 95.02, dataverzameling, analyse en starten rapportage)
WIJK 97.03 ●	Transmurale verpleegkundige zorg II: een studie naar transmurale ziekenhuisteams (dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW

WIJK 98.01 ●	Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken (dataverzameling, analyse en schrijven van artikelen voor proefschrift)
WIJK 96.04	Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam (instrumentontwikkeling, voormeting, analyse en rapportage voormeting)

NIEUW
WIJK 98.02 Omvang en aard van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland
(schrijven artikel)

NIEUW
WIJK 98.03 Kwaliteit en toegankelijkheid van terminale thuiszorg in Nederland: een literatuurstudie
(schrijven literatuuroverzicht)

NIEUW
WIJK 98.04 Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie
(schrijven artikel)

NIEUW
WIJK 98.05 Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
WIJK 98.06 Inventarisatie consultatieteams palliatieve zorg
(in voorbereiding)

NIEUW
WIJK 98.07 Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen
(rapportage)

2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg

Op het terrein van de verpleeghuiszorg is in 1997 door het NIVEL in opdracht van de directie Ouderenbeleid van het ministerie van VWS een nieuw advies uitgebracht over prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek. Uit het advies komt naar voren dat de belangrijkste prioriteit ligt bij het onderzoek naar de inhoud en de effecten 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. Daarnaast wordt ook prioriteit gelegd bij onderzoek naar bijzondere zorg: bijvoorbeeld onderzoek naar terminale patienten, comapatiënten en jongeren met niet-aangeboren hersenletsel. Tevens wordt het belangrijk gevonden dat er onderzoek wordt gedaan naar de mening

van patiënten en hoe hun rechten zoals die de laatste jaren formeel zijn vastgelegd (zoals in de wet BOPZ, de klachtwet) in de praktijk gestalte krijgen. Voortbouwend op dit advies en op voorgaand onderzoek wordt kwaliteit van leven als een van de uitkomstmaten gebruikt bij het implementeren van het Resident Assessment Instrument (RAI) in verpleeghuizen. Daarnaast wordt een haalbaarheidsstudie verricht naar het instellen van een panel van verpleeghuisbewoners. De eerste meting bij dit panel betreft het onderwerp 'privacy'.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERPL 96.02 Advies prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek II (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VERPL 95.02 Omgaan met dementerende ouderen door ziekenverzorgenden in het verpleeghuis: instrumentontwikkeling (afronden rapportage)

VERPL 96.01 Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten (fase 2): ontwikkelen van een meetinstrument (schrijven Engelstalig artikel)

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

NIEUW

VERPL 98.01 Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie (dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW

VERPL 98.02 Wonen met verpleeghuiszorg voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel (in afwachting van subsidie)

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. Samen met TNO-PG heeft het NIVEL een programmeringsstudie opgesteld voor het nieuwe stimuleringsprogramma.

Overzicht van de projecten

Afgerond:

TECH 97.01 Programmeringsstudie thuiszorgtechnologie

Lopende 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

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 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. 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 vaak meer kwaad dan goed gedaan, terwijl hierbij de klassieke therapeutische functie van de geneesheer in vroeger tijden wellicht juist de werkzame factor is geweest.

Een mooi voorbeeld van voortschrijdende techniek die nodig vergezeld dient te worden van meer aandacht voor de communicatieve aspecten is de genetische counseling. In technische zin wordt de indruk gewekt dat we bijna alles kunnen voorspellen. De tekenen wijzen erop dat hetgeen we kunnen voorspellen zo ingewikkeld is dat de informatie-overdracht sec al hoge eisen aan de communicator stelt, en dat de psychologische gevolgen vaak onverwacht en paradoxaal zijn: goed nieuws kan tot verdriet en eenzaamheid leiden en geen nieuws kan slechter zijn dan slecht nieuws. Naar deze aspecten is meer onderzoek nodig.

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, of de klinisch geneticus 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.
Binnen diverse medische beroepsgroepen is de aandacht voor factoren als bejegening en arts-patiënt relatie de afgelopen jaren toegenomen. Dit blijkt o.a. uit de publikatie door het NHG van de z.g. brede standaard "arts-patiënt relatie". Er is echter recentelijk door de Raad voor Gezondheids Onderzoek ook aandacht gevraagd voor de gedragsverandering en implementatie van verworven kennis onder de gemiddelde beroepsbeoefenaar. In dat kader zijn we voornemens de verspreiding van de brede standaard "arts-patiënt relatie" en de impact ervan op de beroepsbeoefening het komend jaar te gaan onderzoeken.
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. In het kader van het onderzoeksprogramma rond chronisch zieken zal het komend jaar aandacht besteed worden aan de psychische problemen die chronische ziekte met zich meebrengt.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PSH 95.01 Communicatie in de apotheek-II: leidt het ontwikkelde communicatieprotocol tot een andere bejegening in de apotheek?
(het veld is druk bezig met de implementatie van deze protocollen in het veld en nog niet toe aan onderzoek hiernaar)

PSH 97.03	Informatievoorziening en besluitvorming rond prenatale diagnostiek (dit project is met een andere inhoud onder een nieuwe naam (genetische counseling rond borstkanker) opgenomen)

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 95.04	Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen (EUROCOM I)
NIEUW PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)
NIEUW PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
NIEUW PSH 98.03	Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?
PSH 95.05	Incidentie, prevalentie en medische consumptie van patiënten met Chronische Benigne Pijn Stoornis (CBPS)
PSH 95.06 ●	Arts-patiënt communicatie bij specialismen 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
PSH 97.01	International Conference: Communication in health care
PSH 97.02 ●	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
NIEUW PSH 98.04	Arts-patiënt communicatie: op zoek naar het werkzame bestanddeel
NIEUW PSH 98.05	Genetische counseling rond borstkanker: consequenties voor de risicoperceptie
NIEUW PSH 98.06	De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen
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
VRA 94.01	Panel Chronisch Zieken, waarin opgenomen "Psychische zorg voor chronisch zieken"
VRA 98.01	Panel chronisch zieke kinderen
PMED 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie

2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager

Gezondheidszorg is uiteindelijk gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand. 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 betekent. Pas dan kan worden gesproken van een kwalitatief goede gezondheidszorg. Het overheidsbeleid om een groter gewicht te willen toekennen aan de inbreng van patiënten en patiëntenorganisaties op deze kwaliteit heeft ertoe geleid dat in dit themagebied ruim aandacht wordt besteed aan de kwaliteitsoordelen van patiënten en consumenten en patiënten- en consumentenorganisaties. Daarnaast hebben de beleidsvoornemens om ongewenste achterstand in gezondheid van bepaalde meer kwetsbare bevolkingsgroepen terug te dringen, ertoe geleid dat het onderzoek binnen dit

themagebied in toenemende mate aandacht besteedt aan de zorg voor chronisch zieke patiënten en aan de zorg voor allochtone patiënten.

Het onderzoek neemt de hulpvraag van de patiënt, met zijn gezondheidstoestand en behoefte aan gezondheidszorg, als uitgangspunt. Daarbij gaat het om de wisselwerking tussen consument en zorg-voorzieningen, en niet om zuiver epidemiologisch onderzoek. 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 het oordeel over 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.
3. 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. Overigens worden gezondheid en kwaliteit van leven niet alleen bepaald door de gezondheidszorg, daarnaast spelen andere factoren een rol.

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 relatief 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 vervolgproject "Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten". Het afzonderlijk project waarin een instrument is ontwikkeld om continuïteit van zorg in de zorg voor chronisch zieken te meten, is afgerond en zal waarschijnlijk ook in het panel chronisch zieken een toepassing vinden. Het is van belang om dit hele ontwikkeltraject te continueren, zowel door verbetering en uitbreiding van de bestaande instrumenten naar andere doelgroepen als door toepassing in het proces van kwaliteitsbevordering. De invloed van patiënten en consumenten op de kwaliteit van zorg kan uitgeoefend worden langs verschillende wegen: via een klachtenregistratie en via patiënten- of consumentenorganisaties. De laatste decennia is het aantal geregistreerde klachten fors gegroeid, evenals de grootte van en het aantal patiënten- en consumentenorganisaties. Aandacht wordt besteed aan de vraag of en hoe deze manieren van consumentenfeed-back invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening.

Zorg voor allochtonen
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 een apart hoofdstuk met de code MIG).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 94.06	Determinanten van huisartsbezoek op de kinderleeftijd (afgerond met een promotie)
VRA 95.02	Profielen chronisch zieken (afgerond)
VRA 95.06	Vraag om een recept (project vervalt)

VRA 96.02	Jongeren in verpleeghuizen (project vervalt)
VRA 97.03	De effecten van veranderingen in de honoreringsstructuur van specialisten op het specialistenbezoek (geen subsidie verkregen)
VRA 97.04	Hulpzoekgedrag en kwaliteit van zorg bij patiënten met neurologische aandoeningen (geen subsidie)
VRA 97.05	Monitoring van klachten bij zorgaanbieders (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Continue projecten

VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronisch Zieken

NIEUW

VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen

Gebruik

VRA 88.01	Vragen over AIDS

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntperspectief

VRA 96.01	Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken
VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten
VRA 97.01	Consumenten over de verandering in de vergoeding voor fysiotherapie (onderdeel van PMED 96.04)
VRA 97.02	De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg

NIEUW

VRA 98.02	Kwaliteit van zorg bij diabetespatiënten

NIEUW

VRA 98.03	Continuïteit van zorg bij chronisch zieken in relatie tot hun gezondheidstoestand

NIEUW
VRA 98.04 Consumenten over de eigen bijdrage regeling voor ziekenfondsverzekerden
(onderdeel van HSZ 98.02)

NIEUW
VRA 98.05 Brancherapport patiënten/consumenten 1998

NIEUW
VRA 98.06 Klachten, klachtbehandeling, klachtenregistratie en klachtwet

NIEUW
VRA 98.07 Structuur en functioneren van de patiënten- en consumentenbeweging in de Nederlandse gezondheidszorg

Kwaliteit van leven/gezondheidstoestand
NIEUW
VRA 98.09 Kwaliteit van leven: een vergelijking tussen SF-36 en Coop-Wonca kaarten

NIEUW
VRA 98.10 De rol van coping en sociale steun bij de kwaliteit van leven van chronisch zieken

NIEUW
VRA 98.11 Maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening

Zorg voor allochtonen
Afgerond:
MIG 97.04 Huisartsenzorg voor migranten

Lopende en nieuwe projecten:
MIG 96.01 Migranten en gezondheid

MIG 97.01 Kraamzorg in allochtone gezinnen

MIG 97.02 Vluchtelingen bij de huisarts

MIG 97.03 Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten

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

NIEUW

MIG 98.01 Symposium migranten en de nederlandse gezondheidszorg

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 vergelijkend 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, is nu ook op grote schaal informatie verzameld in Oost- en Midden-Europa. Er is een subsidie-aanvraag ingediend om de praktijkprofielenstudie ook uit te kunnen voeren in enkele landen rond de oost- en zuidrand van de Middellandse Zee.
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. Uitbreiding vindt in ieder geval ook plaats met de oost- en zuidrand van de Middellandse Zee. In 1997 is een Spaanse editie van het boek verschenen. Vergelijkbare beschrijvende materiaalverzameling vindt ook plaats rond de financiering van ziekenhuizen en de positie van specialisten 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. Er zijn plannen om een regelmatige update te verzorgen en om (op verzoek van het Europese kantoor van de WHO) ook de landen in Oost- en Midden-Europa op te nemen.
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 honoreringsstelsel, 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. De monografie is in 1997 verschenen.
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. Er is een subsidie-aanvraag ingediend om ook enkele Oost-Europese landen in dit onderzoek te kunnen opnemen, terwijl de thematiek uitgebreid is met een deelonderzoek waarin het onderwerp arbeid en werkhervatting in consulten met huisartsen wordt geanalyseerd. De internationale relevantie hiervan ligt in de scheiding van behandeling en controle.

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, Slowakije en Oekraïne.

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 nieuwe projecten die ter subsidiëring worden ingediend, wordt dan ook de lijn van eerdere succesvolle aanvragen van het NIVEL voortgezet. Die bestaat eruit dat als voorinvestering waar mogelijk 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:

WHO INT 93.02 Waar zou Nederland zijn zonder de huisarts?
(project is afgerond met verschijnen van een Nederlandstalig boek in 1997 en er is een Engelstalig artikel geschreven)

WHO INT 93.03 Regionale variaties in ziekenhuisvoorzieningen en alternatieven voor hospitalisatie: een beschrijving en verklaring van verschillen binnen en tussen landen
(project is afgerond; in de komende tijd zullen nog artikelen verschijnen)

WHO INT 92.02a Restructuring Hungarian health care system
(alle onderzoeksprojecten afgerond met rapporten)

WHO INT 92.02b Primary health care development in the Czech Republic.
(project, o.l.v. KPMG, is afgerond)

WHO INT 92.02c Primary health care development in Bulgaria
(project, o.l.v. VUB Brussel, is afgerond)

WHO INT 92.02i Support Health Sector Reform in the Slovak Republic: Primary Health Care, Financing
(project is afgerond)

WHO INT 95.03 Consequenties voor de consument van hervormingen in de gezondheidszorg; een studie in landen van Midden- en Oost-Europa
(geen mogelijkheid voor financiering)

INT 96.08 Hospital at home
(project vervalt)

WHO INT 97.01 Primary care voor de bevolking in de slums van Marocco en Turkije
(EU voorstel afgewezen)

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

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	Ziekenhuisproduktie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's law' in tijd en ruimte (onderzoek naar condities waaronder aanbod vraag schept; verzameling van secundair statistisch materiaal en deel-rapportages)
WHO INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
WHO INT 92.02d	Primary health care development in Oblast Minsk (Wit Rusland)
WHO INT 92.02e	Morbidity and interventions in Romanian general practice
WHO INT 92.02f	Community based primary health care in the Odessa Re-gion (Ukraine)
WHO INT 92.02g	Developing primary care in Slovenia
WHO INT 92.02h	Integrated public health education reform in North West Russia (incl. St. Petersburg/Karelia)
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)
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 95.06	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 (analyse en publicatie over eerste fase)

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)
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa
NIEUW INT 98.01	MEDSEA - Taakprofielen van huisartsen in Z+O Mediterranee (Taakprofielen studie in Marocco, Tunesie, Egypte, Libanon, Syrie, Jordanie en Malta, voorstel ingediend)
NIEUW INT 98.02	Phare Slovak Republic II
NIEUW WHO INT 98.03	'Health care and general practice across Europe'; nieuwe en uitgebreide editie
NIEUW INT 98.04	Update 'Home care in Europe'
NIEUW WHO INT 98.05	Home care in the WHO/Euro region
NIEUW WHO INT 98.06	Morbidity in general practice in Central European Perspective
P.M. PSH 95.04	Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen (EUROCOM I)
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)

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 tiende editie toe en wordt in Göteborg (Zweden) gehouden. Het NIVEL is organisator samen met de Göteborg Universiteit en de Nordic School of Public Health in Göteborg.

Overzicht van de activiteiten

Afgevoerde activiteiten

ALG 94.04	De positie van vrouwen en mannen in besturen van gezondheidszorgorganisaties (project afgerond)
ALG 97.01	9th European Conference on Health Services Research and Public Health - London 1997 (Conferentie heeft plaatsgevonden)
ALG 97.02	Ondersteuning van het ME-overleg (project afgerond)

Lopende en nieuwe activiteiten:

ALG 94.02	Onderzoekschool CARE
ALG 95.02	Onderzoekschool Psychology and Health
ALG 97.03	Brancherapport Curatieve Somatische Zorg
NIEUW	
ALG 98.01	10th European Conference on Health Services Research and Public Health - Göteborg (Zweden) 1998
NIEUW	
ALG 98.02	ISTAHC 2000

P.M.

PSH 97.01	International Conference: Communication in health care
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa

2.3 Thema's die geen eigen onderzoekslijn vormen

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 96.07	Effecten van kwaliteitssystemen in de verpleeghuissector
SAM 97.01	Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen
SAM 97.05	Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de commerciële gezondheidszorg
SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000
SAM 98.03	Doelmatigheid waarneming huisartsen
PMED 97.06	Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg II
WIJK 96.04	Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam
WIJK 98.03	Kwaliteit en toegankelijkheid van terminale thuiszorg in Nederland
WHO INT 91.03	Ziekenhuisproduktie en aanbod van ziekenhuisbedden

WHO INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa
WHO INT 96.02	Acute zorg en eerste hulp: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU

Kwaliteit: proces/bejegening

SAM 98.02	Implementatie verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën
REL 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
BKP 95.07	Werkomstandigheden, arbeidssatisfactie en kwaliteit van zorg
BKP 98.03	Werkbelasting radiologen
NS1 95.04	De oudere in de huisartspraktijk
HAG 97.02	Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden
PSH 92.02	Arts-patiënt-communicatie in Nederland en Amerika
PSH 94.02	Praten met kinderen II
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
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
PSH 98.04	Arts-patiënt communicatie: op zoek naar het werkzame bestanddeel
PSH 98.06	De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen
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
PMED 98.03	Omvang en duur extramurale fysiotherapeutische behandeling
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 91.01	Therapietrouw in de fysiotherapie
PMED 95.01	Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
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 97.03	De relatie tussen kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
PMED 98.04	Omgaan met artrose
WIJK 98.01	Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
VERPL 98.01	Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie
VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronische Zieken
VRA 96.01	Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken
VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten
VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
VRA 98.04	Consumenten over de eigen bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden
VRA 98.09	Kwaliteit van leven: een vergelijking tussen SF-36 en Coop-Wonca kaarten
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 onderzoekingen staan her en der verspreid in het werkprogramma. Ten behoeve van het overzicht zijn ze ook nog eens apart vermeld. De onderzoekingen 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	●	Modelontwikkeling behoefteramingsstudies
BKP 95.09c	●	Behoefteraming reumatologen
BKP 95.09d	●	Behoefteraming gynaecologen/obstetrici
BKP 95.09f	●	Behoefteraming neurologen
BKP 95.09g	●	Behoefteraming klinsich genetici
BKP 95.09h	●	Behoefteraming radiologen
BKP 95.09i	●	Behoefteraming dermatologen
BKP 98.04	●	Effecten van verandering honoreringsregeling medisch specialisten op wachtlijstproblematiek
BKP 98.06	●	Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens
LINH 94.03	●	Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk
WIJK 95.02	●	Transmurale verpleegkundige zorg I
WIJK 97.02	●	Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie

WIJK 97.03	● Transmurale verpleegkundige zorg II: effecten van transmuraal werkende teams
WIJK 98.01	● Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
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 onderzoekingen 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'
HSZ 98.04	Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen
PMED 97.05	Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
REL 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen
VRA 94.01	Patiëntenpanel chronisch zieken
VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
VRA 98.03	Continuïteit van zorg bij chronisch zieken in relatie tot hun gezondheidstoestand
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, ondersteuning van het onderzoek, 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, beleidmakers en andere geïnteresseerden.

Ook dit jaar zullen de collectievorming, de automatisering en het ontwikkelen en aanbieden van thematische literatuurbestanden veel aandacht krijgen.
De bibliotheek zal de komende jaren steeds meer een informatiebemiddelende rol gaan spelen, zowel intern als extern. Intern door een ander collectievormingsbeleid en extern door een nadrukkelijker rol als informatieleverancier. Veranderingen die worden veroorzaakt door het steeds meer beschikbaar komen van informatie op het Internet. Het Internet kan gezien worden als de ruggegraat van een wereldomspannende virtuele bibliotheek, waarin het NIVEL zich kan presenteren als een belangrijke factor in de informatievoorziening. De afdeling Bibliotheek en Documentatie zal een integraal onderdeel gaan vormen van de ontwikkeling van het NIVEL tot kenniscentrum: verrijking van de beschikbare informatie en deze vervolgens aanbieden op het Internet.

Interne infomatievoorziening
Door de uitbreiding van het onderzoeksgebied van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg blijft de collectievorming de volle aandacht opeisen. Uit efficiëntie-overwegingen 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. Krimpende budgetten en de voortschrijdende informatietechnologie zullen echter een ander collectievormingsbeleid gaan vereisen. De collectie is altijd een belangrijke pijler geweest ter ondersteuning van het interne wetenschappelijke onderzoek. Daarnaast biedt de afdeling ook toegang tot electronische informatiebestanden: de eigen electronische catalogus, online bibliografische bestanden, bibliografische bestanden op CD-ROM en sinds 1997 het Internet. Het Internet biedt naast een overdaad aan informatie ook belangrijke informatiebronnen op.
Voor het nieuwe collectievormingsbeleid zal een groeimodel ontwikkeld worden waarin het binnenhalen van electronische informatie en de evaluatie hiervan ten opzichte van de traditionele informatiedragers centraal zal staan.

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. De reeds bestaande literatuurbestanden rond de thema's 'Kwaliteit van Zorg' en 'Verpleging & Verzorging' breiden zich gestaag uit. Het opstarten van nieuwe literatuurbestanden is lastiger vanwege het zoeken van een financier voor de hoge ontwikkelingskosten van afstemming van trefwoorden en de zgn. ontdubbeling. Ter voorbereiding van het literatuurbestand 'Medical Technology Assessment' zal een update gemaakt worden van het in 1994 gepubliceerde review over Thuiszorgtechnologie.

Thesaurus Gezondheidszorg (TG)
De TG wordt door steeds meer instituten gebruikt voor ontsluiting van de eigen literatuurbestanden. Het gebruik van de TG als standaard voor ontsluiting van de gezondheidszorgliteratuur zal op den duur garant staan voor een uniforme en dus doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid literatuur.

Externe informatieleverantie
Tot nu toe zijn slechts een aantal bestanden beperkt online raadpleegbaar. Gezien de snelle ontwikkelingen op het Internet zullen de bibliotheekbestanden waarschijnlijk direct via de website van het NIVEL raadpleegbaar worden.

Externe dienstverlening
Het beschikbaar stellen van de literatuurbestanden via Internet zal leiden tot een flinke toename van literatuuraanvragen.
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

Afgevoerde projecten:

BIDOC 88.01	Registratie Wetenschappelijk Onderzoek (registratie-activiteiten zijn medio 1997 beëindigd)
BIDOC 96.01	Externe toegankelijkheid Databank Zorgvernieuwing (afgerond)

BIDOC 97.02A Gezondheid en migranten
(afgerond)

BIDOC 97.03 Update Reader Engelstalige artikelen over de Nederlandse gezondheidszorg
(afgerond)

BIDOC 97.04 Online toegankelijkheid catalogus en literatuurbestanden
(vervangen door BIDOC 98.03)

Lopende projecten:

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
(continue activiteit)

BIDOC 95.03 Database Verpleging en Verzorging
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)

BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)
Update 1998 met deelname van Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing

BIDOC 97.01 Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
Ontwikkeling; jaaroverzicht op diskette of CD-ROM

BIDOC 97.02 Searches ten behoeve van review-artikelen
97.02b Acute medische zorg
97.02c Medische consumptie stad en platteland

BIDOC 97.05 Literatuurbestanden Medical Technology Assessment en Preventie
Mogelijkheden samenwerking onderzoeken
Als opstart update van thuiszorgtechnologie-review

NIEUW

BIDOC 98.01 Registratie Wetenschappelijk Onderzoek
Simulatie trendonderzoek