WERKPLAN 1999-2000

deel 1

nivel
bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

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

INHOUD

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7
   1.1 Algemene ontwikkelingen 7
   1.2 Van beleid naar onderzoek 9
   1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering 16

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN 21
   2.1 Inleiding 21
   2.2 De onderzoekslijnen 22
      2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg 22
      2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis 26
      2.2.3. Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 28
      2.2.4. Beroepen in de gezondheidszorg 31
      2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg 36
      2.2.6. Verloskundige zorg 42
      2.2.7. Paramedische zorg 44
      2.2.8. Verpleging en verzorging 47
      2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg 51
      2.2.10. Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen 53
      2.2.11. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt 55
      2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager 58
      2.2.13. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 64
      2.2.14. Overige activiteiten 69

   2.3 Thema's die geen eigen onderzoekslijn vormen 70
      2.3.1. Kwaliteit van zorg 70
      2.3.2. Onderzoeksprogramma modernisering curatieve zorg 73

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 76

4. ALGEMENE INFORMATIE 80

VOORWOORD

Voor u ligt het werkplan 1999/2000 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

Een nieuwe regering, zij het zonder portefeuillewisseling op Volksgezondheid, een nieuw regeerakkoord en frisse beleidsvoornemens maken het schrijven van een algemene inleiding voor het werkprogramma eenvoudig.
Als we terugkijken op de afgelopen kabinetsperiode, dan treffen we een minister aan die verkondigde dat de tijd voor het 'grand design' voorbij was en dat ze alleen via stapsgewijze voorzichtige veranderingen te werk zou gaan.
Op twee gebieden lagen er nieuwe plannen: de integratie van de medisch specialist in het ziekenhuismanagement en op het gebied van geneesmiddelen.
Op verzekeringsgebied zou verder worden gewerkt aan de voorgestelde driedeling:
compartiment 1: verplicht, collectief en onverzekerbaar,
compartiment 2: verplicht, collectief en verzekerbaar en
compartiment 3: facultatief, privaat en (uiteraard) verzekerbaar.
Ook zouden de in gang gezette principes (stimuleren van concurrentie tussen verzekeraars door middel van het scheppen van ruimte tussen hetgeen men per verzekerde vergoed kreeg uit de centrale kas en de hoogte van de nominale premies) slechts marginaal worden bijgesteld. Door meteen het gebruik en de vergoeding van geneesmiddelen van compartiment 1 weer naar 2 te verplaatsen en het bestaan van publieke en private ziektekostenverzekeraars en verzekerden te continueren werd de weg naar een volksverzekering geblokkeerd of in ieder tijdelijk opgebroken.
Het instellen van een Algemene Eigen Bijdrage-regeling in de ziekenfondssector zou het kostenbewustzijn van de verzekerden verhogen en tot bezuinigingen op de collectieve uitgaven leiden. De beleidsvoornemens droegen het stempel van het "Paarse" kabinet: niet verder in de richting van een volksverzekering en stimuleren van de verantwoordelijkheid van het individu en marktwerking enerzijds en het erkennen van de noodzaak van een aanzienlijke collectieve verantwoordelijkheid anderzijds.
Niet gepland, maar niet helemaal los van het hierboven genoemde werd vooral de Thuiszorg keer op keer onderwerp van politieke discussies, die ook terugsloegen op het kennelijke onvermogen van de bewindslieden om hun departement met tijdige en acceptabele beleidsvoornemens te laten komen.
Blikken we na vier jaar terug op deze grote beleidsdossiers dan kan men stellen dat er goede vooruitgang is geboekt bij de realisatie van het specialist/ ziekenhuisdossier (en dat is een knappe prestatie), enige (maar onvoldoende) beweging in het geneesmiddelendossier wordt waargenomen, de marktwerking vooral geleid heeft tot concentratie in de verzekeringswereld, tot de vorming van

zeer machtige publiek/private sociale zekerheden-conglomeraten en dat het Thuiszorgdossier, dank zij in de vorige regeerperiode gedane concessies, van enkele van de Zeven Plagen is verlost.
Het geruisloos afschaffen van de Algemene Eigen Bijdrage-regeling geeft ons een goede les in praktische politiek: Wat doe je als politieke partij als je weet dat zulke bijdragen alleen effect hebben als ze flink hoog zijn (zeg 2000 gulden per jaar) en vooral het bezoek aan de huisarts afremmen en je ideologische tegenhanger wil zo'n voorstel in het regeerakkoord opnemen: 1e) ervoor zorgen dat de opgenomen bijdrage überhaupt niet effectief is (dus laag en juist niet bij de huisarts) en 2e bij de parlementaire behandeling van de voorstellen er nog eens extra te bewerkstelligen dat de regeling zo ingewikkeld en dus onuitvoerbaar mogelijk wordt door voor elke potentiële risicogroep een uitzondering te maken.

Het nieuwe beleid is voor een groot deel een voortzetting van het oude. Dat moet ook wel want 'Thuiszorg' en vooral geneesmiddelen blijven de aandacht vragen. Daarnaast vraagt de toegenomen krapte op de arbeidsmarkt om maatregelen om een loopbaan in de gezondheidszorg aantrekkelijk te maken en te houden. Vooral om maatregelen die niet veel geld kosten, want de budgettaire ruimte is weliswaar groter dan de (volstrekt irreële) 1,3% stijging per jaar, maar niet genoeg om bijvoorbeeld stijgende kosten door effectieve nieuwe patentgeneesmiddelen op te vangen. Nieuw zijn ook de voorgenomen meerjarenafspraken en de beloften dat efficiëntiebesparing niet ingeleverd hoeven te worden.
Opvallend is, dat eigenlijk niets over 'Europa' wordt gezegd en dat nog wel terwijl het regeerakkoord veel sterker internationaal is geïnspireerd dan vroeger het geval was. Volksgezondheid en de organisatie en financiering van de gezondheidszorg zijn nationale beleidsterrein; dat is juist. Maar ....., afspraken in de gezondheidszorg mogen niet (al te zeer of al te flagrant) in strijd zijn met de hoekstenen van de Europese regelgeving; de artikelen uit het Verdrag van Rome die het vrije verkeer van goederen, diensten of personen regelen, In deze artikelen staat het 'non-discriminatie-artikel centraal; producten (dus ook diensten) uit een andere lidstaat mogen niet gediscrimineerd worden ten opzichte van producten uit het eigen land *omdat ze niet uit het eigen land afkomstig zijn.*
Alleen zeer zwaarwegende nationale belangen (nationale veiligheid ed) kunnen op een uitzondering aanspraak maken. Via gerechtelijke uitspraken wordt per geval bekeken of nationale afspraken inderdaad zwaarwegend genoeg zijn. Recente uitspraken over grensoverschrijdend zorgverkeer geven aan, dat de nationale afspraken niet altijd voorgaan. Vanuit Luxemburg en Brussel wordt zachtjes aan de hoekstenen van ons nationale stelsel van gezondheidszorg geknaagd. Daar zullen we de komende jaren het nodige van merken.

1.2 Van beleid naar onderzoek

De positie van het NIVEL tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap
De ontwikkelingen in het beleid vinden hun weerslag in het werkprogramma. Ten eerste besteden we aandacht aan arbeidsmarktproblemen, wachtlijsten en geneesmiddelen en blijven we de ontwikkelingen in de thuiszorg op de voet volgen. Dat geldt ook voor succesvol afgesloten beleid, zoals de integratie specialist/ ziekenhuis. Daar is nog een lange weg te gaan.
Voor de evaluatie van de meerjarenafspraken huisartsenzorg hebben we een grootschalig onderzoeksprogramma ontworpen: De Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichten in de Huisartspraktijk (NS2). Voor het volgen van deze (en nieuwe) beleidsontwikkelingen beschikken we over flexibele meetinstrumenten: het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Europees onderzoek gebeurt in onze internationaal vergelijkende studies. Niet alle onderzoek volgt het Beleid op de voet; langlopende onderzoeksprogramma's, zoals dat naar communicatie en bejegening in de hulpverleningspraktijk en naar ontwikkelingen op het gebeid van kwaliteit van zorg hebben hun eigen dynamiek en leveren continu relevante conclusies en gezichtspunten. Soms bevestigen we wat velen al wisten: Een Algemene Eigen Bijdrage Regeling met zoveel uitzonderingen en van zulk laag niveau zet geen zoden aan de dijk.

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

voor de wijze waarop de onderzoeksresultaten van het NIVEL worden verspreid.

Schema 1: **Domein van het gezondheidszorgonderzoek**

Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Dit komt tot uiting in de samenstelling van de onderzoeksgroep.

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

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.
Maar, zal men zich afvragen is deze intermediaire positie niet veranderd, sinds de oprichting van Zorg Onderzoek Nederland (ZON), een organisatie met als doel om de brugfunctie tussen onder- zoek en beleid in de gezondheidszorg te vervullen. Tot op zekere hoogte is dat het geval, zeker nu ZON zijn opstartproblemen grotendeels achter de rug heeft. Veel programma's zijn in grote lijnen opgezet en de ene 'call for proposals' na de andere wordt aangekondigd. Ook het NIVEL participeert hierin, zowel in de voorbereidingscommissies en als indiener van projectvoorstellen. Het feit dat er op een breed gebied (van preventie tot zorgonderzoek) programma's, criteria en procedures worden ontwikkeld is een goede zaak. Toch blijft er een spanningsveld bestaan tussen het tempo van het beleid en het tempo van de wetenschap. Het zou niet goed zijn als de onder- zoekswereld opgesplitst zou worden tussen snel onderzoek van marktbureau's en accountantskantoren en (middel)lange termijn programma's met 4 tot 5 jarige series van promotie-onder- zoeken, vooral uitgevoerd in de universitaire sfeer. Er is behoeft aan iets tussen quick and dirty en slow but clean. Juist in dit 'tussengenre' ligt de kracht van het NIVEL. Een van de manieren om zowel snel als gedegen te zijn wordt gevormd door het beschikken over en investeren in staande infrastructuren voor dataverzameling; panels van consumenten (het Consumentenpanel gezondheidszorg samen met de Consumentenbond; het Patiëntenpanel Chronisch Zieken; de aanbodregistraties van beroepsbeoefenaren; het Landelijk Informatie Netwerk Huis- artsenzorg samen met Landelijke Huisartsen Vereniging, Neder- lands Huisartsen Genootschap en Werkgroep Onderzoek kwaliteit, en, last but not least, een Tweede nationale Studie van Ziek- ten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Hiermee ontloopt men de tijdrovende voorbereiding van gegevensverzameling, kan er snel op actuele beleids- en onderzoeksvragen worden gereageerd en kan de wetenschappelijke kwaliteit worden bewaakt. Ook sterkere inbedding in de wetenschappelijke wereld van de onderzoeksscholen is een teken van wetenschappelijke volwassenheid.
Het NIVEL participeert 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.

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 bijna 30 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 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 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)[1], 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. Er wordt verspreid aan enkele sociale faculteiten onderzoek verricht op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek en er 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 beleid vormt een sterk punt van bovengenoemde groepen. Een kenmerkend verschil tussen universitair onderzoek en onderzoek op het NIVEL is dat het eerste theorie gestuurd genoemd kan worden, veelal monodisciplinair van karakter, terwijl het NIVEL-onderzoek 'probleemgestuurd' is en (dus) meestal multidisciplinair wordt uitgevoerd.

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

---

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

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, maar ook Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en minderhedenbeleid), 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, gezondheidscentra, 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 is de ZON-organisatie van belang, de NWO-programmacommissies 'Multiculturele samenleving'en 'Succesvol ouder worden' en sommige 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) (health monitoring).
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 publicatie 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 1998 een jaaromzet van ongeveer 15 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een derde als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Eind 1998 telde het NIVEL ongeveer 120 medewerkers, van wie een 70-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).

Binnen deze algemene lijnen is er sprake van Continuïteit en Verandering, waarop we hieronder nader ingaan.

Verandering 1; 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:

- **Arts-patiënt communicatie in de polikliniek**, onderzoek naar bejegening bij kinderartsen, internisten, gynaecologen
- **Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ)**, een continue monitoring van veranderingen in het beleid inzake chronisch zieken
- **Verandering in de relatie Specialist/Ziekenhuis**, Een inventarisatie en follow up van de zogenaamde 'lokale initiatieven'
- **Transmurale verpleegkundige zorg**, evaluatie van verschillende experimenten met transmurale verpleegkundige spreekuren
- **Transmurale zorg op de medische as**, het betreft hier een evaluatie van de eerste serie Landelijke Transmurale Afspraken tussen Nederlands Huisartsen Genootschap en verschillende Wetenschappelijke Specialistenverenigingen
- **Behoeftenramingsstudies Medisch Specialisten**, systematische raming van de behoefte aan medisch-specialistische zorg op basis van verwachte ontwikkelingen van vraag naar en aanbod van zorg laten zien dat ramingen sterk moeten worden bijgesteld in verband met een sterk toenemende deeltijdarbeid onder (huisartsen en) specialisten
- **Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek in de huisartspraktijk**; dit onderzoek gaat over de versterking van de 'poortwachtersfunctie' van de huisarts door het verbeteren van de toegang tot 'specialistische ' diagnostische faciliteiten

Het programma loopt gedeeltelijk door in 1999, dat is het voorlopig eindpunt. Sommige zaken zijn al duidelijk: behoefteramingen in de gezondheidszorg hebben (co-)financiering uit algemene middelen nodig en ook het tijdrovende bejegeningsonderzoek is zonder basale financiering te kwetsbaar.

Verandering 2; gezondheid en gezondheidszorg van en voor allochtonen
Een beetje buiten het verhaal van de missie-uitbreiding vallend is er een ander nieuw werkterrein aan het ontstaan: gezondheid en gezondheidszorg van en voor allochtonen. Een belangrijke vraag is of de reguliere (Nederlandse) gezondheidszorg een adequaat antwoord biedt op wensen en problemen van allochtone Nederlanders en of bijvoorbeeld het land van herkomst de verwachtingen over gezondheid en gezondheidszorg hen ingrijpend heeft beïnvloed. Er loopt een project over kraamzorg bij allochtone vrouwen, 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. Een eerste aanzet vormt het inmiddels gestarte ZON/NWO-programma: gezondheid in een multiculturele samenleving.

Verandering 3; een Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2)

Op 15 oktober 1998 werd het plan voor een Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk aan de minister van VWS aangeboden. De Studie zal gebaseerd zijn op het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een nationaal netwerk van geautomatiseerde huisartspraktijken, en zal onder meer gegevens verschaffen voor de door het RIVM te verzorgen Volksgezondheids Toekomst Verkenning die voor het jaar 2001 is voorzien. De Tweede Studie zal, net als de eerste, voor vele jaren een bron van informatie vormen. Binnen de Studie is een groot aantal concrete projecten geformuleerd die antwoord op een aantal specifieke wetenschappelijke en beleidsvragen geven.

De voorbereiding van de Studie is door NIVEL en RIVM gezamenlijk uitgevoerd. De Studie zal door zijn omvang (17,3 Mf over 5 jaar) bij doorgaan een grote invloed op samenstelling en functioneren van het NIVEL-werkprogramma hebben. Een overzicht van de voorgenomen projecten is te zien in Hoofdstuk 2.2.5 'Huisartsgeneeskundige Zorg'.

Continuïteit

Daarnaast vindt men de nodige continuïteit in het programma:

- verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, nu in een vergelijkende studie op Europees niveau
- onderzoek op het gebied van 'Kwaliteit van Zorg' naar de stand van zaken in het kwaliteitsbeleid in het jaar 2000 (Leidschendam 2000)
- onderzoek naar de mening van consumenten/patiënten over het beleid en de kwaliteit van de geleverde zorg
- 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; 1999 is de 30e jaargang. 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 en hulpmiddelen
- 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 bij elkaar gezet, waardoor een beter overzicht verkregen wordt, wat er op deze terreinen aan projecten loopt.

Projecten die deel uit maken van het Programma Modernisering Curatieve Zorg zijn met een ✱ aangemerkt.

In deel II van het werkprogramma vindt men de uitgebreidere projectbeschrijvingen. Ieder project valt onder de verantwoordelijkheid van een van de programmaleiders.

2.2 De onderzoekslijnen

2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

Het NIVEL kent een lange traditie in onderzoek naar de kwaliteit van zorg en naar de factoren die daarop van invloed zijn, zoals de organisatie van de zorg, multidisciplinaire samenwerking, de communicatie tussen arts en patiënt en de mate waarin de zorg tegemoet komt aan de wensen en verwachtingen van de patiënt. De afgelopen jaren is daar een nieuw aspect aan toegevoegd, namelijk de bijdrage van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement aan de kwaliteit van zorg. Het onderzoeksprogramma organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg van het NIVEL is speciaal op dit thema gericht.
Kwaliteitszorg omvat alle activiteiten die zorgaanbieders ondernemen om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Sinds 1990 onderzoekt het NIVEL op welke wijze de zorgaanbieders deze kwaliteitsbewaking en -verbetering gestalte geven. Bijvoorbeeld via de invoering van kwaliteitssystemen, via protocollering van het medisch handelen en via vormen van toetsing of certificering. Ook onderzoekt het NIVEL of patiënten-/consumentenorganisaties en verzekeraars bij deze kwaliteitsbewaking worden betrokken conform de landelijke afspraken die hieromtrent gemaakt zijn op de Leidschendamconferenties in 1990 en 1995.
Speerpunten in het programma zijn:

- onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de implementatie van kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de effecten van kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de externe beoordeling van kwaliteitszorg.

Onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitszorg brengt de stand van zaken in kaart. Het onderzoek laat zien welke vormen van kwaliteitszorg in Nederland worden ontwikkeld en wat de voortgang is in deze ontwikkelingen. Bij beroepsbeoefenaren ligt daarbij het accent op kwaliteitsmanagement, bij zorginstellingen op kwaliteitssystemen. In de afgelopen vijf jaar is de 'state-of-the-art' met betrekking tot kwaliteitszorg in kaart gebracht voor alle zorgsectoren in de gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang, en verschillende beroepsgroepen, zoals de paramedische beroepen, verpleegkundigen en verzorgenden, en alternatieve genezers. In het jaar 2000 zal de voortgang opnieuw worden geëvalueerd.

Onderzoek naar de implementatie van kwaliteitszorg laat zien hoe de invoering van kwaliteitszorg verloopt. De centrale vraag daarbij is in hoeverre het ontwikkelde kwaliteitsbeleid daadwerkelijk wordt geëffectueerd. Meer concreet wordt onderzocht of het beleid uitvoerbaar is, of ontwikkelde protocollen worden

gevolgd, en of toetsingsmethoden worden toegepast. Dit onderzoek moet kennis opleveren over succesvolle strategieën om kwaliteitszorg te implementeren.

Onderzoek naar de effecten van kwaliteitszorg maakt zichtbaar in welke mate kwaliteitszorg bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Eenvoudiger gezegd, wordt de patiënt er beter van? Over deze relatie tussen kwaliteitszorg en de uiteindelijke kwaliteit van zorg zijn nog weinig harde gegevens voorhanden. Daarom is een begin gemaakt met effectonderzoek in de verpleeghuissector. De komende jaren zal, ook in andere sectoren, hieraan meer aandacht worden besteed. De gevolgen van invoering van kwaliteitssystemen op de kwaliteit van zorg worden gemeten met behulp van kwaliteitsindicatoren en het oordeel van cliënten (zie ook 2.2.12 Het perspectief van de hulpvrager).
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.
In het kader van de kwaliteitswet zorginstellingen zijn instellingen verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar verslag. De inhoud van de eerste verslagen zijn in een onderzoek nader geanalyseerd. Gekeken is in hoeverre kwaliteitsjaarverslagen voldoen aan de eisen die de wet stelt aan het verslag. De resultaten hebben laten zien hoe moeilijk het is om aan de hand van een jaarverslag te beoordelen of instellingen systematisch aan kwaliteitsverbetering werken. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of kwaliteitsjaarverslagen, zoals algemeen wordt verwacht, in de komende jaren verbeteren en geschikt zijn om derden inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

SAM 94.04	Evaluatie Coördinatiecentra Chronisch Zieken Zorg (afgerond)
SAM 97.05	Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de commerciële gezondheidszorg (geen financiering)
SAM 98.02	Implementatie verbetering van zorg voor specifieke patiëntencategorieën (afgerond)
SAM 98.03	Doelmatigheid waarneming huisartsen (afgerond, vervolg zie HAG 99.02)

Lopende en nieuwe projecten:

State of the art-studies

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

SAM 98.01 Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000 (uitvoering onderzoek ten behoeve van Leidschendamconferenties in het jaar 2000)

NIEUW

SAM 99.01 Inventarisatie bestaande richtlijnen, standaarden en protocollen in de verpleging en verzorging (uitvoering onderzoek)

NIEUW

SAM 99.02 Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ (verwerven van subsidie)

Implementatievraagstukken

SAM 94.02 Organisatiekenmerken en kwaliteit van zorg (schrijven artikelen t.b.v. dissertatie)

NIEUW

SAM 99.03 De multifunctionaliteit van het RAI voor de ouderenzorg (uitvoering onderzoek)

NIEUW

SAM 99.04 De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroepspraktijken in de gezondheidszorg (verwerven subsidie)

NIEUW

SAM 99.05 Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking (schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW

SAM 99.06 Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg

P.M.

PMED 97.06 Evaluatie programma Bevordering Kwaliteitsontwikkelingen Paramedische Zorg II (BKPZ)

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)

NIEUW

SAM 99.07 Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Externe verantwoording kwaliteitszorg

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

Organisatie-projecten

SAM 90.01 Databank zorgvernieuwing

NIEUW

SAM 99.08 Inventarisatie regionale samenhang

NIEUW

SAM 99.09 Naar een nieuwe financiering van samenwerkingsverbanden in de eerstelijn

P.M.

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

NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep (HAGRO)

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

De integratie tussen specialisten en ziekenhuizen krijgt steeds meer vorm, eerst vooral via de lokale initiatieven, nu ook via het wetsvoorstel integratie medisch-specialistische zorg dat ter behandeling in de Eerste Kamer ligt. In het project 'Naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf' wordt nagegaan welk gevolgen deze integratie heeft voor de relatie tussen specialisten onderling (zowel binnen maatschappen als in de medische staf) en voor de relatie tussen specialisten en ziekenhuizen. In het onderzoek wordt een landelijk beeld geschetst van de mate waarin specialisten en ziekenhuizen inderdaad geïntegreerd werken. Daarnaast zal via interviews op een beperkt aantal locaties in kaart worden gebracht welke factoren belemmerend en bevorderend werken op de integratie. Het project 'Verticale integratie in de curatieve zorg' is bedoeld als een vervolg op dit onderzoek, waarbij de aandacht meer gericht zal zijn op de samenwerking van specialisten en ziekenhuizen met huisartsen en de thuiszorg. De nog steeds op het programma staande follow-up van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten zal eveneens een indicatie geven van de stand van zaken op het gebied van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Ook de relatie tussen huisartsen en specialisten kenmerkt zich door toenemende samenwerking en integratie. De tijd dat tussen beiden vooral een verwijsrelatie bestond, lijkt met de introductie van de eerste Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) van het NHG en de NVK ('Astma bij kinderen'), respectievelijk de NVOG ('Subfertiliteit') definitief tot het verleden te behoren. In deze LTA's is nadrukkelijk de mogelijkheid van gedeelde zorg opgenomen, waarbij patiënten bijvoorbeeld beurtelings bij de huisarts en de specialist voor controle gaan. De implementatie van beide LTA's is onderwerp van de projecten 'Transmurale zorg bij kinderen met astma' en 'Transmurale zorg bij subfertiliteit'. Beide projecten vormen een vervolg op 'Transmurale zorg op de medische as'. Om de effecten van de introductie van LTA's op het medisch handelen te onderzoeken, zullen daarnaast de gegevens die binnen de tweede Nationale Studie worden verzameld (ook na verwijzing door de huisarts) van grote waarde blijken.

Implementatie van richtlijnen is ook een centraal thema in het onderzoeksprogramma 'Doelmatigheid Orthopedie'. Daarnaast blijft bij dit specialisme een onderzoek naar wachtlijsten en de determinanten daarvan relevant.

De evaluatie van de Algemene Eigen Bijdrageregeling (AEB) in de Ziekenfondswet tenslotte, heeft door de voorgenomen afschaffing van de regeling per 1 januari 1999 aan actualiteitswaarde ingeboet. Toch blijft het belangrijk de eventuele effecten van de regeling en met name de mogelijke onbedoelde gevolgen ervan goed te documenteren, zodat hieruit lering kan worden getrokken voor de toekomst.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

*HSZ 95.02	Rechtstreeks specialistbezoek in Nederland (afgerond)
*HSZ 95.05	Effect verandering van honorering bij specialisten (afgerond/stopgezet)
HSZ 97.04	Budgettering van huisartsen voor kosten van geneesmiddelen (afgerond)
REL 94.01	Lokale standaarden en medische beslissingsstrategieën: een micro-model ter verklaring van verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen (stopgezet)

Lopende en nieuwe projecten:

HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie (afronding deelprojecten)
HSZ 96.01	Naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf (analyse en rapportage)
*HSZ 97.01	Transmurale zorg op de medische as (analyse en rapportage)
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten (analyse en rapportage)
HSZ 97.06	Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen (analyse en rapportage)
HSZ 98.01	De praktijkverpleegkundige in de eerste lijn; een regionaal samenwerkingsproject (dataverzameling)
HSZ 98.02	Evaluatie Algemene Eigen Bijdrageregeling Ziekenfondswet (schrijven artikelen)
HSZ 98.03	Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven (subsidieverwerving)

HSZ 98.04 Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen
(analyse en rapportage)

HSZ 98.05 Specialisatie in de huisartspraktijk
(subsidieverwerving)

NIEUW
HSZ 99.01 De effecten van invoering van eigen betalingen in de gezondheidszorg
(analyse en rapportage)

NIEUW
HSZ 99.02 Verticale integratie in de curatieve zorg
(subsidieverwerving)

NIEUW
HSZ 99.03 Transmurale zorg bij kinderen met astma
(subsdieverwerving)

NIEUW
HSZ 99.04 Transmurale zorg bij subfertiliteit
(subsidieverwerving)

NIEUW
HSZ 99.05 Implementatie van richtlijnen in de orthopedie
(subsidieverwerving)

NIEUW
HSZ 99.06 Wachtlijsten in de orthopedie
(subsidieverwerving)

P.M.
WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten
NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

2.2.3 Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg is sprake van een blijvend toenemende vraag naar ambulante GGZ. Daarom blijft het overheidsstreven erop gericht om een beter uitgeruste "eerstelijns-GGZ" (huisarts, eerstelijnspsycholoog, algemeen maatschappelijk werk) te creëren, om de toegang van deze eerstelijn naar

ambulante GGZ beter te protocolleren door middel van een verplichte verwijzing via de medische as en door een objectieve indicatiestelling aan de ingang van de ambulante GGZ. De "eerstelijns-GGZ" moet beter toegerust worden door meer samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog, vergroten van de competentie door meer bijscholing en stimuleren en faciliteren van de consultatiefunctie, versterking van het algemeen maatschappelijk werk en het onderbrengen van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket.

Deze stand van zaken geeft zowel het belang van onderzoek binnen de eerstelijns-GGZ als onderzoek naar de relatie tussen eerstelijn en ambulante GGZ aan.
In het project "De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk" dat in november 1997 begonnen is en tot eind 1999 doorloopt, onderzoeken we welke GGZ-problemen even goed door eerstelijnspsychologen of AMW in de eerstelijn behandeld kunnen worden als in de AGGZ. Versterking van de deskundigheid van de eerstelijns-GGZ kan plaatsvinden door nascholing en door consultatie vanuit de gespecialiseerde GGZ. In de eerste helft van 1999 wordt geïnventariseerd op welke gebieden en in welke mate huisartsen GGZ-nascholing volgen. Het "Consultatieproject Eikenboom" richt zich op de effecten van systematische consultatie, gegeven aan huisartsen vanuit de GGZ.

De tweede Nationale Studie biedt na 10 jaar opnieuw de mogelijkheid om de epidemiologische aspecten van geestelijke gezondheidszorg die de huisarts verstrekt te bestuderen. Werd tien jaar geleden de aandacht gericht op het voorkomen van psychische problemen in de bevolking en het resulterende hulp zoeken bij de huisarts, in de tweede Nationale Studie richten we ons op de redenen waarom mensen met psychische problematiek al dan niet de hulp van de huisarts inroepen en op de alternatieve wijzen waarop mensen proberen met psychische problemen om te gaan. In een apart project wordt, in samenwerking met de vakgroep Kinderpsychiatrie van de EUR een vergelijkbare vraagstelling voor kinderen en jeugdigen onderzocht.
In het kader van het panel "chronisch zieken" onderzoek gedaan worden naar de psychische klachten die chronisch (lichamelijk) zieken ondervinden.

Het onderzoek naar de relatie tussen eerstelijn en AGGZ wordt in principe in het kader van het onderzoeksprogramma "Tussen de Lijnen", waarbinnen NIVEL en Trimbos-instituut de intentie hebben om samen te werken, uitgevoerd. In het kader van dit programma worden verder initiatieven genomen om samenwerkings- en afstemmingsprojecten te onderzoeken en protocollen en

richtlijnen te ontwikkelen en onderzoeken. Ook reeds genoemde projecten die betrekking hebben op de samenhang tussen eerstelijn en AGGZ zijn in dit programma opgenomen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

GGZ 95.02 Samenwerking huisarts en RIAGG
(afgerond)

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

GGZ 97.03 20 jaar verwijzingen door de huisarts naar de GGZ
(afgerond)

GGZ 98.01 Depressie, tien jaar later
(bleek niet haalbaar)

Lopende en nieuwe projecten:

GGZ 97.01 De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk
(analyse en rapportage)

NIEUW
GGZ 99.01 GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod
(analyse en rapportage)

NIEUW
GGZ 99.02 Consultatieproject Eikenboom: psychosomatische consultatie voor huisarts en patiënt
(voorbereiden subsidie-aanvraag)

NIEUW
GGZ 99.03 Programma "Tussen de lijnen"

NIEUW
GGZ 99.04 Psychische problemen en stoornissen bijkinderen

P.M.
VRA 94.01 Patiëntenpanel Chronisch Zieken

VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
NS2 99.03.	Psychische problemen en stoornissen
SAM 99.02	Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ

2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg

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

- informatievoorziening over het aanbod van beroepen in de gezondheidszorg;
- studies op het terrein van de beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg;
- studies rond het thema beroepsuitoefening (werklastmeting, uittreden, deeltijd werken 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. Over een beroepsgroep waarover ook weinig aanbodgegevens beschikbaar zijn zijn de sociaal-geneeskundigen. In het kader van het opstellen van de RAZ-1999 zal een uitgebreide inventarisatie plaatsvinden omtrent de omvang en samenstelling van de beroepsgroep sociaal-geneeskundigen.
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 publicatie opgesteld over 'vraag en aanbod' binnen de verpleging en verzorging.
In 1993 heeft het NIVEL het boek 'Beroepen extramurale gezondheidszorg' uitgebracht. Deze publicatie zou eigenlijk 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, radiologen, 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 wellicht in een stroomversnelling kunnen komen met de totstandkoming van het capaciteitsorgaan per 1 januari 1999.
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 substitutieproblematiek en op de betrouwbaarheid van de ramingsmodellen. Verder zal ook via een literatuurstudie onderzocht worden wat de stand van zaken is met betrekking tot beroepskrachtenplanning in andere landen.

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 heeft via een observaties-methodiek een werklastmeting plaatsgevonden 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'. In dit verband zal een onderzoek worden opgestart bij neurologen en anesthesiologen binnen het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Voortbouwend hierop worden wij door de verschillende Wetenschappelijke

Verenigingen ook gevraagd, ten behoeve van praktijkprofielen, referentiegegevens te leveren. De gegevens van de verschillende behoefteramingsstudies bieden hiervoor een goede ingang.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

✱BKP 95.09f	Behoefteraming neurologen/klinisch neurofysiologen (afgerond)
✱BKP 95.09g	Behoefteraming klinisch genetici (afgerond)
✱BKP 95.09h	Behoefteraming radiologen (afgerond)
✱BKP 95.09i	Behoefteraming dermatologen (afgerond)
BKP 96.02	Arbeidsmarktverkenning voor farmakundigen (afgerond)
BKP 98.02	Behoefteraming ergotherapeuten (afgerond)
BKP 98.05	Arbeidsmarktverkenning ambulancepersoneel (afgerond)
REG 93.03	Registratie gynaecologen/obstetrici (is vervangen door BKP 99.07)

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 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 1999 (RAZ)
REG 98.01	Beroepen in de gezondheidszorg 1999

NIEUW

REG 99.01	Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen

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 96.03	Aanbod van verplegenden en verzorgenden
BKP 98.01	Behoefteraming huisartsen

NIEUW

BKP 99.01	Behoefteraming plastisch chirurgen

NIEUW
BKP 99.02 Behoefteraming longartsen

NIEUW
BKP 99.03 Behoefteraming neurochirurgen

NIEUW
BKP 99.04 Behoefteraming KNO-artsen

NIEUW
BKP 99.05 Behoefteraming cardiologen

NIEUW
BKP 99.06 Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief

NIEUW
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen

c. Beroepsuitoefening

BKP 95.06 Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen

BKP 98.03 Werklastmeting radiologen

*BKP 98.04 Effecten van verandering honoreringsregeling medisch specialisten op wachtlijstproblematiek

*BKP 98.06 Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens

BKP 98.07 Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten

NIEUW
BKP 99.08 Evaluatie invoering van deeltijd werken van specialisten in de ziekenhuisorganisatie

NIEUW
BKP 99.09 Capaciteitsraming van specialisten in een Academisch Ziekenhuis

P.M.

VERL 98.02	Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een up-date
NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

2.2.5 Huisartsgeneeskundige zorg

De centrale positie van de huisarts en zijn poortwachtersrol in de gezondheidszorg is onderdeel van het overheidsbeleid en past in een internationale trend, waar de Nederlandse huisartsgeneeskunde vaak tot voorbeeld wordt gesteld. Eén van de belangrijkste argumenten voor inschakeling van de huisarts is dat dit, nu ook bewezen, leidt tot een betere en goedkopere zorg. In het regeerakkoord van 1998 wordt de centrale rol en de poortwachtersfunctie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem opnieuw bevestigd. Het in het regeerakkoord vermelde voornemen om de financiering van gezondheidszorgsectoren te koppelen aan meerjarenafspraken heeft in 1998 al geleid tot meerjarenafspraken met de huisartsensector. Speerpunten in die meerjarenafspraken zijn:

- bevordering van structurele regionale samenwerking binnen huisartsengroepen en met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn
- ondersteuning van de huisartsenzorg door de inzet van praktijkverpleegkundigen
- bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de farmacotherapeutische zorg.

In aansluiting op deze speerpunten zal in 1999 naar verwachting de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van start gaan. Deze studie is een breed opgezet onderzoek om de positie en de rol van de huisarts en de huisartsgeneeskunde in Nederland opnieuw in kaart te brengen. In samenwerking met het RIVM is in 1998 een projectplan voor de tweede Nationale Studie opgesteld. Het onderzoek binnen de tweede Nationale Studie is ingedeeld in vijf themagebieden:

- Monitoring van gezondheid
- Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits
- Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg
- Kwaliteit van de huisartsenzorg
- Organisatie van de huisartsenzorg.

De tweede Nationale Studie zal uitgevoerd worden in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk flink uitbreidt. In 1999 zal de gegevensverzameling voor de tweede Nationale Studie van start gaan.

Het onderzoek binnen het themagebied 'huisartsgeneeskundige zorg' is verspreid over diverse onderzoekslijnen binnen het NIVEL, zowel nationaal als internationaal. De kern van het onderzoeksprogramma 'huisartsgeneeskundige zorg' wordt gevormd door registratieprojecten en daaraan gerelateerd onderzoek:

- de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations: een netwerk van huisartspraktijken waarin over een beperkt aantal, jaarlijks wisselende onderwerpen gegevens worden verzameld die in routine-registraties ontbreken en daarin niet gemakkelijk op te nemen zijn;
- het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): een landelijk netwerk van huisartsen waarin op continue basis routinematig gegevens geregistreerd worden over verrichtingen in de huisartspraktijk en daaraan gekoppelde indicaties;
- de hierboven genoemde tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2).

De onderzoeksactiviteiten gerelateerd aan de Registratie van huisartsen en aspirant-huisartsen worden beschreven onder het onderzoeksprogramma 'Beroepskrachtenstudies'.

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 Oekraïne.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PEIL 88.01	Herziening structuur en functioneren peilstations (project vervalt; de gegevensbestanden zijn van het ministerie van VWS naar het NIVEL overgebracht en de beschrijving van de toekomstige rol van de peilstations is ondergebracht in PEIL 84.01)
PEIL 96.01	Surveillance of prescription of HIV-tests in general practice by sentinel networks in Europe (project vervalt)
PEIL 97.01	Voorschrijven van oestrogenen (afgerond)

PEIL 98.01	Duur en omvang van influenza epidemieën (afgerond)
PEIL 98.02	De relatieve impact van influenza in verschillende leeftijdsgroepen (afgerond)
PEIL 98.05	Ontwikkeling module surveillance van infectieziekten (project vervalt)
LINH 96.04	Verwijzingen naar paramedici (onderzoek wordt uitgevoerd binnen NS 99.07)
NS1 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (SES) (dissertatie in voorbereiding)
NS1 95.04	De oudere in de huisartspraktijk (project vervalt)
NS2 96.01	Haalbaarheidsonderzoek tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (afgerond)
HAG 97.01	Comorbiditeit en chronische ziekten (project vervalt; vervangen door VRA 99.11)
HAG 97.02	Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden (afgerond)
HAG 97.03	Samenwerking huisarts-bedrijfsarts (project vervalt)
HAG 97.04	Samenwerking huisarts-GGD (project vervalt)

Lopende en nieuwe projecten:

Registratie: registratie van huisartsen en aspirant-huisartsen

P.M.

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen

Registratie: Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland
PEIL 95.01	The European Influenza Surveillance System (EISS) (Europees systeem van nationale griep surveillance)
PEIL 98.03	De uitkomst van bewezen influenza in de huisartspraktijk in Nederland

PEIL 98.04 Vergelijking van gegevens over seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) in Nederland en Engeland

NIEUW
PEIL 99.01 Herpes zoster (gordelroos) als indicator-ziekte

NIEUW
PEIL 99.02 Resistentie tegen antibiotica bij veel voorkomende infectieziekten

NIEUW
PEIL 99.03 Health monitoring in Sentinel Practice Networks

Registratie: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
LINH 96.01 Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg: basisinfrastructuur

LINH 97.01 Monitoring productiecijfers huisartsenzorg

LINH 97.02 Betrouwbaarheid en representativiteit

LINH 97.03 Ontwikkeling feedback-model huisartsenzorg

*LINH 94.03 Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk

NIEUW
LINH 99.01 Het implementeren van elektronische protocollen voor het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door de huisarts

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen

LINH 96.02 Programmatische preventie in de huisartspraktijk

LINH 96.03 Generiek voorschrijven

LINH 98.01 Homepage LINH

LINH 98.02 Analyse morbiditeitspecifieke verwijsgegevens

LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie

LINH 98.04 Monitoring kostenontwikkeling huisartsenzorg

Registratie: (tweede) Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk

NS1 89.05 Geografische variatie in ziekten en medische consumptie (afronding met dissertatie)

NIEUW
NS2 99.01 Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (infrastructuur en gegevensverzameling)

NIEUW
NS2 99.02 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk

NIEUW
NS2 99.03 Psychische problemen en stoornissen

NIEUW
NS2 99.04 Comorbiditeit

NIEUW
NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg

NIEUW
NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

NIEUW
NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

NIEUW
NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie

NIEUW
NS2 99.09 Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen

NIEUW
NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten

NIEUW
NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

NIEUW
NS2 99.12 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen

NIEUW
NS2 99.13 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg

NIEUW
NS2 99.14 Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch handelen in de huisartspraktijk

NIEUW
NS2 99.15 Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

NIEUW
NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

NIEUW
NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsengroep (HAGRO)

NIEUW
NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NIEUW
NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

NIEUW
NS2 99.20 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

NIEUW
NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

Internationaal
P.M.
WHO INT 91.01 Praktijkprofielen van huisartsen in West-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

Overig

NIEUW

HAG 99.01	Huisartsenzorg en asielzoekers: naar een monitoring-systeem

NIEUW

HAG 99.02	Centrale Huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming in Rotterdam

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
VRA 88.01	Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)
VRA 99.11	Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen

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. Daarnaast kan het systeem van thuisbevalling mede in stand worden gehouden dankzij het feit dat zwangeren aanspraak kunnen maken op kraamzorg. Het onderzoek naar kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg geeft inzicht in de huidige praktijk van de kraamzorg en hoe de toegang tot een kwalitatief goede kraamzorg gewaarborgd kan blijven.
Tenslotte wordt onderzoek gedaan naar (de spreiding van) het aanbod van verloskundige zorg in de eerstelijn. Onderzocht wordt onder andere wat de redenen zijn dat verloskundigen vroegtijdig met hun praktijk stoppen of juist herintreden, en welke factoren een rol spelen bij het kiezen van een vestigingsplaats in een bepaalde regio.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
VERL 98.04 Late gevolgen van vroege geboorten
(wordt reeds elders uitgevoerd)

Lopende en nieuwe projecten:
VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(analyse en rapportage)

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
(schrijven onderzoeksvoorstel)

VERL 98.02 Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een up-date

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 99.01 Uittreden en herintreden van verloskundigen
(gegevens verzamelen, analyse, rapportage)

NIEUW
VERL 99.02 Inventarisatie van verloskundig actieve huisartsen
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
VERL 99.03 Factoren die vestiging van verloskundigen beïnvloeden
(schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW
VERL 99.04 Kwaliteit en toegankelijkheid kraamzorg; het beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra
(afronding analyse en rapportage)

P.M.
BKP 95.03 Behoefteraming verloskundigen
REG 84.03 Verloskundigenregistratie
REG 85.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
BKP 99.09 Uittreden en herintreden van verloskundigen
BKP.99.10 Vestigingsfactoren van 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. 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. Recent is het evaluatie-onderzoek naar de uitwerking van de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie afgesloten, waarin de inhoudelijke gevolgen van deze bezuinigingsmaatregel zijn geëvalueerd.

Proces van paramedische zorg
Een belangrijke vraag binnen dit onderdeel 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.
Een ander belangrijke deelvraag wordt gevormd door de wijze waarop in de praktijk gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen. Het NIVEL voert een inventarisatie-onderzoek uit naar de verscheidenheid van functionele structuren van specifieke deskundigheid van paramedici waarop een beroep wordt gedaan door chronisch zieken. Een optimale inpassing van beschikbare specifieke deskundigheid van paramedici zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg van chronisch zieken.

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. Vooronderzoek kan bestaan uit het systematisch samenvatten van de literatuur ten aanzien van de effectiviteit van paramedische interventies. Dergelijk literatuuronderzoek geeft richting aan toekomstig effectonderzoek. Daarnaast kan vooronderzoek bestaan uit het toespitsen van de onderzochte behandelmethode; de criteria van de selectie van een homogene patiëntengroep kunnen uitgetest worden en de meetinstrumenten waarmee het

effect van de behandeling gemeten wordt kunnen zo nodig ontwikkeld en bijgesteld worden. Door het NIVEL wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

PMED 91.01 Therapietrouw in de fysiotherapie
(afgerond)

PMED 93.04 Podotherapie bij de diabetische voet
(afgerond)

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

PMED 96.04 Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie
(afgerond)

PMED 97.03 De diëtistische behandeling van patiënten met Diabetes Mellitus
(onvoldoende vordering)

PMED 98.02 Jaarboek logopedie
(geen subsidietoekenning)

Lopende en nieuwe projecten:

Beleidsgerichte informatievoorziening

PMED 98.01 Peilstations Paramedische Zorg
(voorbereiden subsidie-aanvraag)

P.M.

TECH 99.03 Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

Proces

PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten: een multidisciplinaire richtlijn

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

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

PMED 98.04 Omgaan met artrose
(in uitvoering)

NIEUW
PMED 99.01 Specifieke deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen
(in uitvoering)

NIEUW
PMED 99.02 Vergelijking opleidingskwalificaties fysiotherapie
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen
(schrijven van onderzoeksvoorstel)

Effect van paramedische zorg
PMED 95.01 Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
(analyse en rapportage)

PMED 97.04 Evaluatie van het programma 'Bewegen met beleid'
(analyse en rapportage)

NIEUW
PMED 99.04 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
PMED 99.05 Pilot preventieve ergotherapie
(in uitvoering)

2.2.8 Verpleging en verzorging

Het veld van de verpleging en verzorging is voortdurend in beweging. Ontwikkelingen die reeds eerder in gang zijn gezet, zoals de integratie van kruiswerk en gezinsverzorging en de transmuralisering van (verpleegkundige) zorg krijgen steeds duidelijker gestalte. Deze ontwikkelingen hebben op hun beurt weer nieuwe beleidsmaatregelen tot gevolg gehad. Zo hebben sinds 1 januari 1998 (inter)gemeentelijke indicatieorganen de organisatie van de indicatiestelling

voor AWBZ-gefinancierde zorg overgenomen van de thuiszorg. Het belangrijkste doel van deze 'onafhankelijke' indicatiestelling is de aansluiting tussen gen||dicerde zorg, geleverde zorg en de zorgbehoefte van (chronisch zieke) cliënten te verbeteren. Voor de wijkverpleegkundige beroepsgroep betekent de onafhankelijke indicatiestelling echter opnieuw een grote verandering, die consequenties heeft voor de invulling van de functie.
Een andere ontwikkeling die relevant is voor het themagebied is het huidige overheidsbeleid gericht op stimulering van palliatieve terminale zorg. Kenmerkend voor palliatieve zorg is dat niet alleen lichamelijke symptomen worden bestreden, maar dat ook aandacht uitgaat naar emotionele, spirituele en sociale zorgaspecten. Palliatieve zorg is daarom bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid, waaraan verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijk aandeel kunnen leveren.
Een deel van het onderzoek binnen het themagebied sluit direct aan bij de voornoemde actuele ontwikkelingen. Zo is er in 1998 een start gemaakt met een studie naar de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar palliatieve zorg en de consequenties voor het toekomstige zorgaanbod.
In aansluiting bij de recente introductie van de onafhankelijke indicatiestelling zijn daarnaast de voorbereidingen getroffen voor een studie die inzicht moet geven in de voor- en nadelen van die indicatiestelling voor chronisch zieke patiënten.
Omdat het ook belangrijk is om inzicht te hebben in de ervaringen en meningen van beroepsbeoefenaren zijn tevens voorbereidingen getroffen voor een haalbaarheidsstudie voor een panel van verpleegkundigen en verzorgenden. Zo'n panel geeft de mogelijkheid om snel inzicht te krijgen in de ideeën van verpleegkundigen over actuele onderwerpen (zoals de indicatiestelling en het ontstaan van niet-reguliere korte beroepsopleidingen), evenals ideeën over onderwerpen die minder gebonden zijn aan de actualiteit (bijvoorbeeld werkdruk en arbeidssatisfactie).

Daarnaast is er een aantal onderzoekslijnen die zorgen voor de continuïteit binnen het themagebied. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de verschillende studies op het terrein van transmurale verpleegkundige zorg. In het prominente adviesrapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg wordt vooral de samenwerkings-as huisarts-specialist uitgewerkt, terwijl de bijdrage van verpleegkundigen aan transmurale zorg onderbelicht blijft. Een belangrijk doel van voornoemde onderzoekslijn is binnen de transmurale zorg de samenwerking tussen ziekenhuisverpleging/medisch specialisten en verpleegkundigen in de thuiszorg in kaart te brengen.
Een andere onderzoekslijn betreft de kwaliteit van zorg. Met de huidige marktwerking en concurrentie in de (thuis)zorg en de daarmee samenhangende

'output' financiering, gaat veel aandacht uit naar concrete verzorgende en technische handelingen. Vaak wordt minder aandacht besteed aan kwaliteitsaspecten die samenhangen met de bejegening van en communicatie met patienten, omdat deze vaak moeilijker te benoemen en minder zichtbaar zijn. Onderzoek dat meer inzicht geeft in de aard en effecten van bejegening en communicatie is daarom noodzakelijk.
Binnen het NIVEL spelen de lopende studies naar de kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten en de bejegening van kankerpatiënten daarop in. Tevens wordt binnen een evaluatiestudie naar het referentiekader voor de kwaliteit van verpleging en verzorging in Amsterdam, aandacht besteed aan 'keten-kwaliteit'. Daarbij gaat het om de samenhang en transparantie van kwaliteitssystemen van verschillende aanbieders (thuiszorg, verzorgingstehuizen en verpleeghuizen).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

WIJK 97.06 Agressie tegen verpleegkundigen en verzorgenden
(afgevoerd, geen subsidiemogelijkheden gevonden)

WIJK 98.02 Omvang en aard van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland
(afgerond)

WIJK 98.03 Kwaliteit en toegankelijkheid van terminale thuiszorg in Nederland: een literatuurstudie
(afgerond)

WIJK 98.04 Palliatieve zorg in Nederland: een inventarisatiestudie
(afgerond)

WIJK 98.06 Inventarisatie consultatieteams palliatieve zorg
(afgerond)

WIJK 98.07 Functie en positie van de wijkverpleegkundige beroepsgroep: feiten, knelpunten en wensen
(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
(observaties van de nameting; analyse en starten met rapportage)

*WIJK 95.02 Transmurale verpleegkundige zorg I
(analyse en rapportage)

*WIJK 97.02 Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie
(maakt onderdeel uit van WIJK 95.02, analyse en rapportage)

*WIJK 98.01 Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
(analyse en schrijven van artikelen voor proefschrift)

*WIJK 97.03 Transmurale verpleegkundige zorg II: een studie naar transmurale ziekenhuisteams
(afronden rapportage)

WIJK 96.04 Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam
(rapportage over voormeting en eerste nameting; invitational conference; tweede nameting)

WIJK 98.05 Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod
(dataverzameling, analyse en rapportage van eerste onderzoeksfase)

NIEUW
WIJK 99.01 Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
WIJK 99.02 Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie
(in voorbereiding)

NIEUW
WIJK 99.03 Zorgnet: evaluatiestudie naar specialistische transmurale zorg
(dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW
WIJK 99.04 Inventarisatie Onderzoeks & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg (registratie)

NIEUW
WIJK 99.05 Plaats en functie van het orthopedagogisch ervaringshuis in Apeldoorn
(afrondingsfase)

P.M.
SAM 99.01 Inventarisatie bestaande richtlijnen, standaarden en protocollen in de verpleging en verzorging

2.2.9 Verpleeghuis- en aanverwante zorg

In 1997 is 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 onderzoek naar inhoud en effecten van verpleeghuiszorg zoals die in multidisciplinair verband in het verpleeghuis zelf en ook in toenemende mate buiten het verpleeghuis wordt verleend aan zwaar zorgbehoevende patienten. 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 patiënten, 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 voornoemd advies en eerder onderzoek wordt kwaliteit van leven als een van de uitkomstmaten gebruikt bij het implementeren van het Resident Assessment Instrument (RAI) in verpleeghuizen. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre verschillende methodieken zoals leefstijldifferentiatie, snoezelen en het aanbieden van een levensboek effect hebben op het functioneren van dementerende bewoners in verpleeghuizen. Tenslotte wordt, gezien het belang dat wordt gehecht aan het oordeel van patiënten over verschillende aspecten van de zorg, gewerkt aan een panel van verpleeghuisbewoners. Tijdens een haalbaarheidsstudie is een eerste peiling gehouden over het onderwerp 'privacy' in verpleeghuizen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

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

VERPL 96.01 Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten (fase 2): ontwikkelen van een meetinstrument
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

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)

VERPL 98.01 Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie
(schrijven van artikelen)

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

NIEUW

VERPL 99.01 Evaluatie van kleinschalig wonen met aandacht voor leefstijl van dementerenden
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

VERPL 99.02 Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

VERPL 99.03 De effecten van het gebruik van het multimediale levensboek in de zorg voor dementerenden
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

VERPL 99.04 Bewonerspanel verpleeghuizen
(in afwachting van subsidie)

P.M.

SAM 96.07	De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
SAM 99.03	De multifunctionaliteit van het RAI voor de ouderenzorg
NS2 99.11	Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

2.2.10 Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen

Het overheidsbeleid is gericht op het stimuleren van transmurale zorg. In een aantal opzichten kan transmurale zorg gestimuleerd worden door het gebruik van technologie: (1) de toepassing van technologie maakt het mogelijk zorg te verplaatsen van de intramurale naar de extramurale setting; (2) de (fysieke) werklast van werkenden in de thuiszorg kan verminderd worden door de toepassing van technologie; en (3) de onafhankelijkheid en keuzevrijheid van patiënten en mantelzorg kan vergroot worden door gebruik te maken van technologie. Uitgaande van deze doelstellingen is door ZON een programma Thuiszorgtechnologie in uitvoering genomen; ZON vort dit programma uit in opdracht van de Ziekenfondsraad en het Ministerie van VWS. Dit programma vormt een belangrijk kristallisatiepunt voor het onderzoek van het NIVEL op dit terrein: er wordt evaluatieonderzoek gedaan en deelprojecten binnen het programma worden voorbereid. Ook buiten dit onderzoeksprogramma wordt onderzoek naar thuiszorgtechnologie gedaan, dat echter binnen dezelfde globale doelstellingen valt.
Hulpmiddelen vormen een terrein dat nauw verwant is met thuiszorgtechnologie. Beleidsmatig is de aandacht voor hulpmiddelen snel groeiende. Belangrijkste aandachtspunten in het beleid zijn: het vermoeden van een onvoldoende doelmatig gebruik van hulpmiddelen en zorgen over de kwaliteit van hulpmiddelen. Om een doelmatig gebruik van hulpmiddelen te bevorderen dient onderzoek gedaan te worden naar de indicatiestelling voor hulpmiddelen; tevens dient onderzoek gedaan te worden naar de effecten van training en advisering over het gebruik van hulpmiddelen. Wat betreft de kwaliteit van de hulpmiddelen gaat het vooral om de kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker (bruikbaarheid, hanteerbaarheid). Hulpmiddelen vormen een relatief nieuw onderzoeksterrein; vanwege de relaties met andere themagebieden (met name paramedische zorg, perspectief van de hulpvrager, thuiszorgtechnologie en verpleging en verzorging) is voldoende kennis aanwezig om het onderzoek op te kunnen bouwen.

Overzicht van de projecten

Afgerond:

TECH 96.01 Verbeteren arbeidsomstandigheden in verzorgingshuizen door eenvoudige interventies.

Lopende en nieuwe 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 Monitor lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg

TECH 98.01 Review thuiszorgtechnologie

NIEUW
TECH 99.01 Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie

NIEUW
TECH 99.02 Gebruik van glijlakens in de thuiszorg; een pilot naar de mogelijkheden en randvoorwaarden voor gebruik
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
TECH 99.03 Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts

NIEUW
TECH 99.04 Zelfstandig gebruik van tilliften door mantelzorgers en cliënten: een pilotstudie naar de mogelijkheden en beperkingen
(in afwachting van subsidie)

<u>P.M.</u>
VRA 94.01 Patiëntenpanel chronisch zieken (PPCZ)
(deelstudie over gebruik van hulpmiddelen door chronisch zieken)
PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen

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 internist, de gynaecoloog, de verpleegkundige, de klinisch geneticus of de AMW-er 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 publicatie 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. Nieuw het komende jaar is een programmeringsstudie op het gebied van chronische pijn. 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 97.01	International Conference: Communication in health care (Heeft plaatsgevonden 10-12 Juni 1997)
PSH 92.02	Arts-patiënt communicatie in Nederland en Amerika: een cross-culturele studie (afgerond)
PSH 96.04	Moeheid in de bevolking en in de huisartspraktijk (afgerond)
PSH 96.05	Praten over werk; de rol van de huisarts bij arbeidsgerelateerde morbiditeit (project is opgenomen in PSH 98.02)

Lopende en nieuwe projecten:

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)
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
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 97.02	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
PSH 98.04	Contextwerking in de geneeskunde
PSH 98.05	Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker
PSH 98.06	De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen

NIEUW
PSH 99.01 De communicatie tussen AMW-ers en hun cliënten

NIEUW
PSH 99.02 Programmeerstudie Pijnonderzoek Nederland

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
NS2 99.15	Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.12 Het perspectief van de hulpvrager

Gezondheidszorg is uiteindelijk gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking. Naast het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verlengen van een gezonde levensverwachting, betekent dit ook en vooral het verhogen van de kwaliteit van leven in ruime zin. Pas dan kan worden gesproken van een kwalitatief goede gezondheidszorg.
Daarom is onderzoek naar de kwaliteit van leven één van de aandachtsgebieden binnen dit themagebied. In de klassieke benadering over kwaliteit van zorg gaat het hier dus om de *uitkomst* van de zorg.
Omgekeerd is het belangrijk om inzicht te verwerven of het gebruik dat van de zorg wordt gemaakt vooral verschillen in de gezondheid en de daaruit resulterende zorgbehoefte reflecteert, veeleer dan andere factoren zoals bijvoorbeeld SES, financiële draagkracht of etnische afkomst. Alleen in het eerste geval is sprake is van een goed *toegankelijke* gezondheidszorg. Onderzoek naar determinanten van zorggebruik is daarom een tweede aandachtsgebied.
Vervolgens zijn de meningen van cliënten over de zorg die ze ontvangen een steeds belangrijker onderwerp. Het overheidsbeleid wil een groter gewicht toekennen aan de inbreng van consumenten/patiënten en hun organisaties op

het gezondheidsbeleid. Dit heeft ertoe geleid dat in dit themagebied ruim aandacht wordt besteed aan de kwaliteitsoordelen van patiënten en consumenten èn hun organisaties. Hierbij gaat het dan in essentie om de kwaliteit van het zorg*proces*.

Beleidsvoornemens om ongewenste achterstand in gezondheid en zorggebruik van bepaalde meer kwetsbare bevolkingsgroepen terug te dringen, hebben 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 cliënten. Dit alles op elk van de drie hierboven genoemde terreinen. Projecten op het terrein van allochtonen zijn terug te vinden onder aparte codes MIG.

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 zorgvoorzieningen, en niet om zuiver epidemiologisch onderzoek. Dit gebeurt vanuit drie 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).
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.

Binnen het themagebied wordt veel energie gestoken in het beschikbaar komen van goede meetinstrumenten en informatiebronnen. Drie projecten hebben

uitdrukkelijk tot doel gegevens op continue wijze te verzamelen. 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, is sinds begin van 1998 het 'Patiëntenpanel Chronisch Zieken' operationeel. 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. Ten derde wordt momenteel gewerkt aan de voorbereiding van een zogenaamd 'Kinderpanel', bedoeld om de gevolgen een chronische ziekte of handicap bij kinderen te onderzoeken. Tenslotte kan hier ook de investering worden vermeld in de voorbereiding van de patiëntenquete die zal worden uitgevoerd in het kader van de tweede Nationale Studie van Ziekten en Verdichtingen in de Nederlandse Huisartspraktijk. Daarin zal informatie worden verzameld over gezondheidstoestand/kwaliteit van leven, zorggebruik en ervaren kwaliteit van zorg bij een steekproef uit de Nederlandse bevolking: deze gegevens zullen onder meer als referentiemateriaal kunnen worden gebruikt voor de resultaten die uit het 'Patiëntenpanel Chronisch Zieken' komen.

Wat betreft het onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg vanuit patiëntperspectief zijn de eerste inspanningen gericht geweest op het ontwikkelen van goede meetinstrumenten. Deze instrumentontwikkeling vond plaats in het kader van door de NWO-programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' gesubsidieerde projecten. Eén meetinstrument is meer globaal, gericht op verschillende kwaliteitsaspecten, een tweede is specifiek gericht op de continuïteit van zorg. Momenteel wordt deze onderzoekslijn in twee richtingen verder ontwikkeld. Enerzijds door middel van verdere instrumentontwikkeling: de bestaande instrumenten worden verbeterd, dan wel uitgebreid naar andere doelgroepen. Anderzijds worden meetinstrumenten ingezet in implementatieprojecten waarbij ze worden toegepast in het proces van kwaliteitsbevordering. Bij dit laatste wordt verwacht dat patiënten- en consumentenorganisaties een belangrijke rol spelen. Hun aantal en grootte is de laatste jaren erg toegenomen. Daarom wordt aandacht besteed aan de vraag of en hoe zij door het gebruik van consumenten feed-back invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening. Tenslotte, consumenten kunnen daarnaast via klachteninstanties proberen invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg: in welke mate dit klachtenstelsel toegankelijk is en of één en ander de kwaliteit ten goed komt zijn eveneens vragen waaraan dit themagebied aandacht besteed.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 97.01	Consumenten over de verandering in de vergoeding voor fysiotherapie (afgerond)
VRA 98.03	Continuïteit van zorg bij chronisch zieken in relatie tot hun gezondheidstoestand (afgerond)
VRA 98.05	Brancherapport patiënten/consumenten 1998 (afgerond)
VRA 98.04	Consumenten over de eigen bijdrage regeling voor ziekenfondsverzekerden (onderdeel van HSZ 98.02) (afgerond)
VRA 98.09	Kwaliteit van leven: een vergelijking tussen SF-36 en Coop-Wonca kaarten (afgevoerd wegens vertrek medewerker)
MIG 96.01	Migranten en gezondheid (afgerond)
MIG 97.05	Gezondheid en medische consumptie van migranten. Instrumentontwikkeling ter voorbereiding van de tweede Nationale Studie (wordt gecontinueerd in MIG 97.02 en MIG 99.01)

Lopende en nieuwe projecten:

Continue projecten

VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronisch Zieken
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 97.02	De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg
VRA 98.02	Kwaliteit van zorg bij diabetespatiënten
VRA 98.07	Structuur en functioneren van de patiënten- en consumentenbeweging in de Nederlandse gezondheidszorg
NIEUW VRA 99.01	Brancherapport patiënten/consumenten 1999
VRA 98.06	Klachten, klachtbehandeling, klachtenregistratie en klachtwet
NIEUW VRA 99.02	Evaluatie Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)
NIEUW VRA 99.03	Kennis en ervaringen knelpunten rond de Wet op de geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) onder de Nederlandse bevolking, chronisch zieken en artsen
NIEUW VRA 99.04	Evaluatie NOC*NSF programma huisarts en sport
NIEUW VRA 99.05	State of the art study patiënten/consumenten
NIEUW VRA 99.06	Ziekenhuisvergelijking: een onderzoek naar het oordeel van de consumenten over de ziekenhuizen in de provincie Utrecht
NIEUW VRA 99.07	Zeldzame chronische aandoeningen
NIEUW VRA 99.08	Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten
NIEUW VRA 99.09	Kwaliteit van het werken van thuiszorginstellingen vanuit cliëntenperspectief

NIEUW
VRA 99.10 Inventarisatie en analyse ontwikkelingsprojecten NCCZ

P.M.
NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg
NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

Kwaliteit van leven/gezondheidstoestand
VRA 98.10 De rol van coping en sociale steun bij de kwaliteit van leven van chronisch zieken

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

NIEUW
VRA 99.11 Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen

NIEUW
VRA 99.12 Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken

Zorg voor allochtonen:
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 98.01 Symposium migranten en de Nederlandse gezondheidszorg

NIEUW
MIG 99.01 Zorggebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migranten

NIEUW
MIG 99.02 Coping strategieën van oudere Turkse en Marokkaanse migranten

P.M.
NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten

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 meer structureel kader waarbinnen vergelijkend onderzoek kan plaats vinden. De noodzaak om de nationale zorgsystemen geleidelijk wat meer op elkaar af stemmen doet de behoefte aan vergelijkbare gegevens toenemen.
Ten slotte heeft de val van het communisme een periode van hervormingen in Oost-Europa ingeluid die met steun van nationale overheden, de Europese Commissie en de Wereldbank veel Westerse expertise heeft aangetrokken. Met de ontwikkeling van eerstelijnszorg in die landen is ook de behoefte aan betrouwbare informatie voor evaluatie en beleid groeiende.
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 en documentatie**, 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 West-Europese 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 te zijner tijd geactualiseerd en uitgebreid worden, zowel wat het aantal landen betreft (ook de oost- en zuidrand van de Middellandse Zee) als de onderwerpen per land. 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) populair is. In andere landen van 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 Oekraïne, Wit Rusland en Tsjechië.

In het internationaal vergelijkend onderzoek is netwerkvorming onmisbaar. In een aantal gevallen is een subsidie-aanvraag alleen mogelijk als die uitgaat van een samenwerkingsverband van verschillende instituten. In verschillende nu lopende onderzoeken is ervaring opgedaan met de netwerkvorming. In nieuwe projecten die ter subsidiëring worden ingediend, wordt dan ook de lijn van eerdere succesvolle aanvragen van het NIVEL voortgezet. Die kan eruit bestaan dat als voorinvestering een workshop wordt georganiseerd met de beoogde internationale partners in het onderzoek om op die manier een onderzoeksvoorstel met voldoende internationale expertise en draagvlak te creëren.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten

WHO INT 94.03	Praktijkprofielen van huisartsen/eerstelijnsartsen in Oost-Europa (geen project verplichtingen meer; voorzover publicaties gecombineerd met WHO INT 91.01)
WHO INT 92.02e	Morbidity and interventions in Romanian general practice (wegens vertrek projectleider voortgezet bij de NsPH)
WHO INT 92.02h	Integrated public health education reform in North West Russia (incl. St. Petersburg/Karelia) (vervangen door INT 99.02)
WHO INT 96.04	Health policy development in North-East Hungary: improving primary care and the health status of the population (wegens vertrek projectleider voortgezet bij de NsPH)
WHO INT 98.05	Home care in the WHO/Euro region (samengevoegd met INT 98.04)
INT 94.05	Ouderenzorg in de Euregio; een prospectief cohort-onderzoek (geen financiering)
INT 96.06	A methodology for the analysis of rationality and effectiveness of prevention and health promotion strategies (MAREPS) (project afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

WHO INT 88.02	Kenniscentrum systemen van gezondheidszorg
WHO INT 91.01	Taakprofielen van huisartsen in Europa (waarin opgenomen INT 94.03)
WHO INT 91.03	Ziekenhuisproductie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's law' in tijd en ruimte
WHO INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa (cluster)
WHO INT 92.02d	Going ahead with primary health care in the Oblast Minsk (Matra, Wit Rusland)
WHO INT 92.02f	Community based primary health care in the Odessa Region (Ukraine)

WHO INT 92.02g	Needs in Primary Health Care in Slovenia (Matra)
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 zorgverlening buiten kantooruren: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU (EMOCA).
INT 96.07	Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for the Elderly (SCOPE)
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa
INT 98.01	MEDSEA - Taakprofielen van huisartsen in Z+O Mediterranee
INT 98.02	Phare Slovak Republic II
WHO INT 98.03	'Health care and general practice across Europe'; nieuwe en uitgebreide editie
INT 98.04	The organisation of home care in Europe
WHO INT 98.06	Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective
NIEUW INT 99.01	Health Reform Pilot Project Russian Federation; National Training Programme in Family Medicine.(WorldBank Moscow project)
NIEUW INT 99.02	Reforming Primary Care in the St. Petersburg Region
NIEUW INT 99.03	Integrated Primary Health Care Development in Czech Republic

NIEUW

INT 99.04	Evaluation of Health Care Reforms in Europe (replication of GP Task Profile Study)
NIEUW INT 99.05	Patients' perceptions of health care in central and eastern Europe (use of the QUOTE in CCEE).
NIEUW INT 99.06	Health cultures in Western Europe

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)
PSH 98.03	Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?

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.
De Europese conferentie over gezondheidszorgonderzoek zijn een jaarlijks terugkerende activiteit. Dit jaar is het aan zijn elfde editie toe en wordt in Praag (Tsjechië) gehouden.

Overzicht van de activiteiten

Afgevoerde activiteiten

ALG 98.01	10th European Conference on Health Services Research and Public Health - Göteborg (Zweden) 1998 (Conferentie heeft plaatsgevonden)

Lopende en nieuwe activiteiten:

ALG 94.02	Onderzoekschool CARE
ALG 95.02	Onderzoekschool Psychology and Health

ALG 97.03	Brancherapport Curatieve Somatische Zorg
ALG 98.02	ISTAHC 2000

NIEUW

ALG 99.01	EUPHA Annual Meeting 1999

P.M.

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 96.07	Effecten van kwaliteitssystemen in de verpleeghuissector
SAM 97.01	Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen

SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000
SAM 99.04	De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroepspraktijken in de gezondheidszorg
SAM 99.06	Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg
HSZ 99.05	Implementatie van richtlijnen in de orthopedie
LINH 99.01	Het implementeren van elektronische protocollen voor het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door de huisarts
NS2 99.20	Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
HAG 99.02	Centrale Huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming in Rotterdam
VERL 99.04	Kwaliteit en toegankelijkheid kraamzorg; het beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra
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
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
SAM 99.01	Inventarisatie bestaande richtlijnen, standaarden en protocollen in de verpleging en verzorging
SAM 99.02	Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ
SAM 99.05	Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking
SAM 99.07	Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
BKP 98.03	Werkbelasting radiologen
NS2 99.15	Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie
NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
PMED 99.03	Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen
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 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
PSH 99.01	De communicatie tussen AMW-ers en hun cliënten
WIJK 94.02	De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten onderzocht
WIJK 97.05	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
PMED 97.05	Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
PMED 98.03	Omvang en duur extramurale fysiotherapeutische behandeling
VRA 99.08	Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten
MIG 97.01	Kraamzorg in allochtone gezinnen

Kwaliteit: uitkomst van interventies

SAM 99.03	De multifunctionaliteit van het RAI voor de ouderenzorg
PMED 95.01	Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
PMED 99.04	Effectiviteit van ergotherapeutische interventies
TECH 95.04	Monitoring lange termijn effecten van nieuwe technologie in de thuiszorg
TECH 99.02	Gebruik van glijlakens in de thuiszorg; een pilot naar de mogelijkheden en randvoorwaarden voor gebruik
TECH 99.04	Zelfstandig gebruik van tilliften door mantelzorgers en cliënten: een pilotstudie naar de mogelijkheden en beperkingen
VERPL 97.01	Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen
VERPL 99.02	Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners
VERPL 99.03	De effecten van het gebruik van het multimediale levensboek in de zorg voor dementerenden
VRA 99.11	Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen

Kwaliteit: patiënten-perspectief

SAM 97.03	De relatie tussen kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
NS2 99.16	Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg
PMED 98.04	Omgaan met artrose

WIJK 98.01	Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
WIJK 99.02	Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie
VERPL 98.01	Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie
VERPL 99.04	Bewonerspanel verpleeghuizen
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 99.06	Ziekenhuisvergelijking: een onderzoek naar het oordeel van de consumenten over de ziekenhuizen in de provincie Utrecht
VRA 99.09	Kwaliteit van het werken van thuiszorginstellingen vanuit cliëntenperspectief
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. Er 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 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 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)
BKP 99.06	Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief
BKP 99.08	Evaluatie invoering van deeltijd werken van specialisten in de ziekenhuisorganisatie
HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie

HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten
HSZ 97.06	Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen
HSZ 96.01	Naar een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf
HSZ 98.04	Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen
HSZ 99.01	De effecten van invoering van eigen betalingen in de gezondheidszorg
HSZ 99.02	Verticale integratie in de curatieve zorg
HSZ 99.03	Transmurale zorg bij kinderen met astma
HSZ 99.04	Transmurale zorg bij subfertiliteit
HSZ 99.05	Implementatie van richtlijnen in de orthopedie
HSZ 99.06	Wachtlijsten in de orthopedie
NS2 99.06	Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing
PMED 97.05	Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten
VRA 94.01	Patiëntenpanel chronisch zieken
VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
WIJK 99.03	Zorgnet: evaluatiestudie naar specialistische transmurale zorg
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, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.
Deze publieke functie wordt steeds belangrijker sinds een aantal bibliotheken op specifieke terreinen van de gezondheidszorg (thuiszorg, intramurale gezondheidszorg) niet meer openbaar toegankelijk zijn.
Daarnaast is er een ontwikkeling gaande dat er naar meer gedetailleerde en/of compacte informatie gevraagd wordt.
Ook de komst van nieuwe media als Internet en Intranet begint zijn invloed uit te oefenen op de functie van de afdeling Bibliotheek en Documentatie. De afdeling zal de komende jaren steeds meer een informatiebemiddelende rol gaan spelen.
Deze ontwikkelinggen hebben gevolgen voor de interne en externe informatievoorziening.

Interne informatievoorziening

De collectie is altijd een belangrijke pijler geweest voor de ondersteuning van het interne wetenschappelijk onderzoek. De hierboven geschetste ontwikkelingen vereisen een ander collectievormingsbeleid en een andere manier van aanbieden van informatie. Naast het verzamelen van basisliteratuur zal bij de collectievorming steeds meer gekeken worden naar aanwezigheid van literatuur en andere gegevens in externe bestanden. Deze (literatuur)gegevens zullen via een te ontwikkelen intranet aan de onderzoekers ter beschikking gesteld worden. Er zal gestart worden met toepassingen die gemakkelijk te realiseren zijn: electronische Current Contents, de reeds aanwezige bibliografische bestanden op CD-ROM, Opmaat. In een later stadium zal aan het Intranet een aantal nieuwe functionaliteiten worden toegevoegd zoals het doorklikken naar relevante internetsites.

Externe informatievoorziening

Gezien de snelle ontwikkelingen op het Internet zullen de bibliotheekbestanden direct via de website van het NIVEL raadpleegbaar worden. De plannen hiervoor bestaan al lang. Beveiligingseisen houden tot nu toe de realisatie hiervan

tegen. Als opstart zullen de wekelijkse bibliotheekaanwinsten via de NIVEL-website beschikbaar gesteld worden.
De afdeling Bibliotheek en Documentatie speelt een belangrijke rol bij de verdere structurering en het onderhoud van de NIVEL-website.
Verder zal een dienst ontwikkeld worden waarbij gebruikers tegen betaling periodiek hoogwaardige informatie-op-maat via e-mail kunnen ontvangen.

Thesaurus Gezondheidszorg (TG)
De TG is een gezamenlijk produkt van een aantal gezondheidszorginstituten: NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, Ti (Trimbos-instituut), NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), LCVV (Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging), TNO-PG (TNO Preventie en Gezondheid) en het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing). 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 garant gaan staan voor een uniforme en dus doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid literatuur op het gebied van de gezondheidszorg.

Thematische literatuurverzamelingen
De afgelopen jaren is de NIVEL-bibliotheek zich gaan profileren als informatieleverancier. In samenwerking met verwante instituten worden thematische literatuurverzamelingen beschikbaar gesteld. 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 zoeken van een financier voor de hoge ontwikkelingskosten van afstemming van trefwoorden en de zgn. ontdubbeling. De start van het project 'Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg' blijft hierop stuiten. Er is een marktonderzoek uitgevoerd naar de de mogelijke belangstelling en afname van het bestand op CD-ROM. Uit de resultaten is gebleken dat de kosten voor onderhoud en beheer wel geheel of gedeeltelijk terugverdiend kunnen worden uit de verkoop van het bestand op CD-ROM.
In samenwerking met het NIG, LCVV, NZi en een aantal organisaties die zich bezig houden met de maatschappelijke positie van ouderen wordt een literatuurverzameling op het gebied van ouderen en gerontologie voorbereid.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BIDOC 97.02 Searches ten behoeve van review-artikelen
97.02b Acute medische zorg
(afgevoerd)
97.02c Medische consumptie stad en platteland
(afgevoerd)
BIDOC 97.05 Literatuurbestanden Medical Technology Assessment en Preventie (update van thuiszorgtechnologie-review (zie BIDOC 98.03b) als opstart)
(afgerond)
BIDOC 98.03 Searches ten behoeve van review-artikelen
98.03a Coping en artrose
(afgerond)
98.03b Thuiszorgtechnologie
(afgerond)
98.03c Palliatieve zorg
(afgerond)
BIDOC 98.01 Registratie Wetenschappelijk Onderzoek
Simulatie trendonderzoek
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:
BIDOC 93.01 Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
Ontwikkeling en beheer (continue activiteit)

BIDOC 95.02 Collectievorming
opsporen van lacunes in verband met uitbreiding onderzoeksgebied naar de gehele gezondheidszorg (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 1999

BIDOC 97.01 Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
In ontwikkeling; jaaroverzicht op CD-ROM

BIDOC 98.02 Interne informatievoorziening
Experimenten met electronische in plaats van papieren informatievoorziening
In ontwikkeling

BIDOC 98.04 Beschikbaarstellen van de bibliotheekbestanden op het Internet
In ontwikkeling

NIEUW
BIDOC 99.01 PAVE (Persoonlijke Attendering via E-mail)
Periodieke aanlevering van literatuur-op-maat
In ontwikkeling

NIEUW
BIDOC 99.02 Searches ten behoeve van review-artikelen
99.02a Thuiszorg (organisatiestructuur en financiering)
99.02b Werklastmeting huisartsen
99.02c Psychische en lichamelijke gezondheidsklachten na (milieu)-rampen
99.02d Gebruik van kunst- en hulpmiddelen
99.02e Contextwerking in de geneeskunde
99.02f Chronische moeheid

NIEUW
BIDOC 99.03 Website NIVEL
Onderhoud en verdere uitbouw NIVEL-website
99.03a Update en onderhoud NIVEL-site (continue activiteit)
99.03b NIVEL-publicatielijst (in voorbereiding)
99.03c Presentatie NIVEL-onderzoekers(in voorbereiding)
99.03d NIVEL-onderzoekslijnen (in voorbereiding)
99.03e Zoekfunctie NIVEL-website (in voorbereiding)
99.03f Tijdschriftenlijst (in voorbereiding)

NIEUW
BIDOC 99.04 Ontwikkeling Intranet
Beschikbaarstellen aan onderzoekers van belangrijke externe informatie

NIEUW
BIDOC 99.05 Literatuurbestand Ouderen en Gerontologie
Mogelijkheden samenwerking onderzoeken

4. ALGEMENE INFORMATIE

Voor informatie over het NIVEL, alsmede over het onderzoek dat op het NIVEL wordt verricht, kunt u terecht op het internet - www.nivel.nl - en/of bij een van de onderstaande personen:

Management:

Prof.dr. J.M. Bensing	directeur externe betrekkingen
Prof.dr. J. van der Zee	directeur algemene zaken
Prof.dr. P.P. Groenewegen	hoofd onderzoeksafdeling I
Prof.dr. J. Dekker	hoofd onderzoeksafdeling II
Dr. A. Kerkstra	hoofd onderzoeksafdeling III
T.J.M. de Jong	hoofd algemene zaken

Programmaleiders:

Prof.dr. J. van der Zee/ Prof.dr. P.P. Groenewegen	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Dr. D.M.J. Delnoij	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
Dr. D.H. de Bakker (wnd.)	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg (SAM)
Dr. D.H. de Bakker	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. F. Schellevis, arts	Huisartsgeneeskundige zorg (HAG+NS+PEIL)
Dr. A.L. Francke/ Dr. A. Kerkstra	Verpleging en verzorging (WIJK+VERPL)
Dr.ir. R.D. Friele (wnd.)	Thuiszorgtechnologie (TECH)
Dr. P.F.M. Verhaak	Hulpverleningsprocessen/Eerstelijn en GGZ (PSH+GGZ)
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP)
Dr. C.H.M. van den Ende/ Prof.dr. J. Dekker	Paramedische zorg (PMED)
Dr. M. Foets/Drs. L. Peters/ Dr.ir. R.D. Friele	Het perspectief van de hulpvrager (VRA)
R. van den Berg	Hoofd bibliotheek en documentatie (BI-DOC)

Bestuur:

Leden

Drs. R.W. Lubbers*	Voorzitter
Mr. S.I.M. Bless*	Secretaris
Dr. C. Kleisen*	Penningmeester
Mw. G.A. Schulkes-van der Pol, arts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Vacature	Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen
Dr. G.J. Caris	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dhr. R. van Hulst	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Drs. J.A.M. van Adrichem	Zorgverzekeraars Nederland
Vacature	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G.J. Huis in 't Veld	Consumentenbond
Drs. E.J. van Hoorn	Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie
Dr. W. Stalman	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof.dr. W.J.A. van den Heuvel	Staf NIVEL
Prof.dr. C. Spreeuwenberg	Staf NIVEL
Vacature	Staf NIVEL

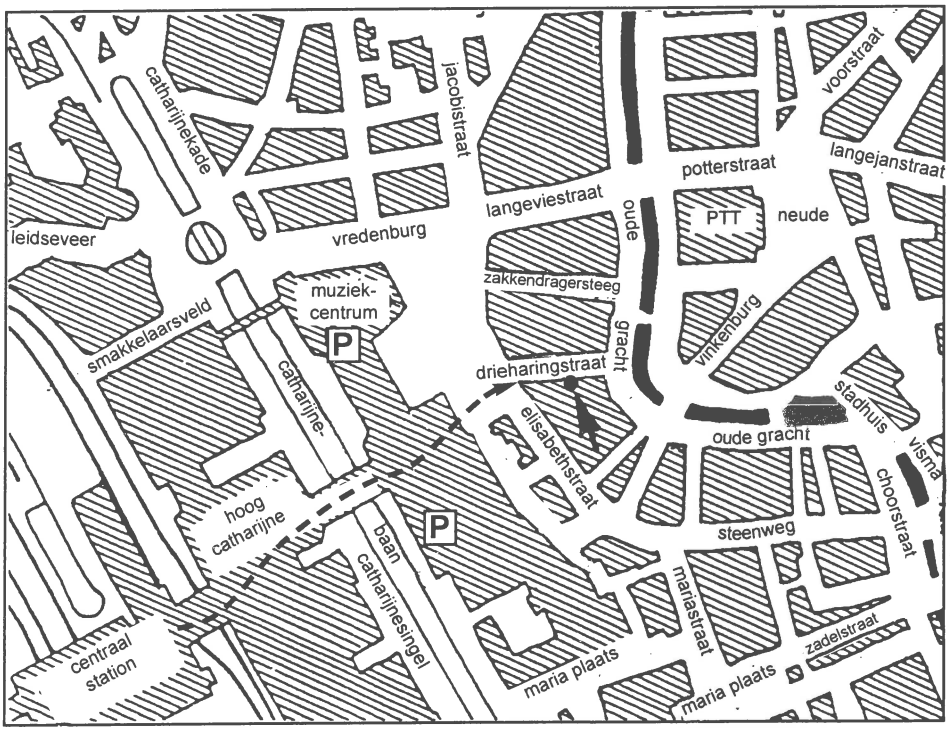
*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

Vacature	Ziekenfondsraad
Mw. Mr. P. Fontein	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. J. Verhoeff, zenuwarts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A.J. Lohmann	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Vacature	Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dr. A. Francke	Ondernemingsraad NIVEL

HOE BEREIKT U HET NIVEL

Het bezoekadres van het NIVEL is: Drieharingstraat 6, Utrecht.

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

Per auto:
Het NIVEL is gevestigd in het centrum van de stad Utrecht. U volgt (vanuit alle richtingen) de borden van de P-route. De parkeergarage die het dichtst bij het NIVEL ligt is parkeergarage 'Vredenburg' onder Hoog Catharijne (uitgang Vredenburg).