WERKPLAN 2001

deel 1

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

nivel
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

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 19

2 ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN 24
2.1 Inleiding 24
2.2 De onderzoekslijnen 24
2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg 24
2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis 28
2.2.3 Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 31
2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg 33
2.2.5 Huisartsgeneeskundige zorg 39
2.2.6 Verloskundige zorg 45
2.2.7 Paramedische zorg 47
2.2.8 Verpleging en verzorging 51
2.2.9 Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen 55
2.2.10 Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt 58
2.2.11 Het perspectief van de hulpvrager 62
2.2.12 Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 68
2.2.13 Overige activiteiten 72

3 BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 75

4 ALGEMENE INFORMATIE 80

VOORWOORD

Voor u ligt het Nivel werkplan voor het jaar 2001.
Het werkplan is, zoals gebruikelijk, 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 weergegeven. 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 (per e-mail j.penning@Nivel.nl of tel 030 2729700 of Fax 030 2729729).

1 INLEIDING

1.1 Algemene ontwikkelingen

Na jaren van bescheiden (of, althans als bescheiden aangekondigde) stappen wordt het nu toch tijd voor een herziening van ons sociaal zekerheidsstelsel in het algemeen en de AWBZ en ziektekostenverzekering in het bijzonder. De principes waarop de financiering van ouderenzorg en gezondheidszorg zijn gebaseerd, staan onder druk.

Wat zijn en waren deze principes:

1) Voor de sociale zekerheid in het algemeen: a) premie-gebaseerde financiering (dat wil zeggen het opgebrachte geld moet besteed worden aan het doel waarvoor de premie is geheven; dit i.t.t. belastingen waar altijd discussie over prioriteiten in de bestedingen mogelijk is.
   b) het beheer van de premiegelden is in handen van werkgevers en werknemers (en niet van de minister van Volksgezondheid).
2) Voorde ouderenzorg: veel risico's in de ouderenzorg zijn niet privaat verzekerbaar; vandaar een 'echte'[1] volksverzekering (AWBZ). Het verstrekkingenpakket in deze verzekering is uniform en sober; sinds recente rechterlijke uitspraken (ANOVA-arrest) moeten zorgverzekeraars aanspraken honoreren, of dit budgettair haalbaar is of niet.
3) Voor de ziektekostenverzekering: a) een (enigszins paternalistische en destijds bewust paternalistisch bedoelde) scheiding tussen een publieke en private verzekering op basis van een inkomensplafond voor de in beginsel verzekerbare risico's en b) een als gedachtegang geaccepteerde maar nog niet ver uitgewerkte scheiding in een (vrij genereus) pakket van basisvoorzieningen en een optioneel, vrijwillig bij te verzekeren extra pakket.
   c) Het aanbod van voorzieningen wordt niet van overheidswege verstrekt (maat-schappelijk middenveld) maar door middel van algemeen geldige contracten tussen (koepels van) zorg-aanbieders en zorgverzekeraars (met sanctiemogelijkheid van de minister) geregeld. Er is d) in Nederland sprake van een vrij strikte planning van allerlei voorzieningen, vooral van de meest kostbare zoals ziekenhuizen en technologisch geavanceerde apparatuur. Er is

---

1 'Echte' volksverzekering wil zeggen: geldig voor alle inwoners van Nederland en gebaseerd op via de belastingdienst geïncasseerde premies

e) sprake van een getrapte toegang tot de zorg; de huisarts vervult een belangrijke rol in de toewijzing van meer gespecialiseerde zorg.

De kosten van de gezondheidszorg lopen, na een forse stijging tussen 1965 en 1975, sinds het begin van de jaren tachtig (dat wil zeggen sinds staatssecretaris Van der Reijden de ziekenhuisbudgettering introduceerde) keurig in de pas met de groei van de economie. De strikte kosten-beheersing en planning veroorzaakt echter wel spanningen tussen vraag en aanbod in de vorm van hardnekkige wachtlijsten.

De basisprincipes van de financiering van onze gezondheidszorg en sociale zekerheid dateren uit de jaren tachtig van de voor-vorige eeuw en stammen uit een tijd toen het overgrote deel van de bevolking nauwelijks in zijn levensonderhoud kon voorzien en al helemaal geen ruimte had om tegenslag als werkloosheid, invaliditeit en ziekte op te vangen.

Het is de vraag of hetgeen in de jaren tachtig van de 19e eeuw werd bedacht, nog steeds opgaat aan het begin van de 21e eeuw.

De strikte scheiding tussen belasting en premiegelden is vervaagd, zij het dat de doelgerichtheid van premiegelden nog steeds overeind gebleven is. Het gebrek aan keuze vrijheid wordt als knellend ervaren, vooral in de volksverzekering tegen onverzekerbare ziekterisico's: de AWBZ, waar vooral de beter betaalden zich geconfronteerd zien met een uniform en sober pakket waar geen particuliere variatie op mogelijk is.

Wachtlijsten zijn niet goed te rijmen met een gunstige economische en welvaarts-ontwikkeling. Men gaat zich afvragen: Waarom moeten de kosten van de gezondheidszorg eigenlijk worden gelimiteerd? Waarom mogen mensen hun basisvoorzieningenpakket niet aanvullen?

Op de eerste vraag komt geen helder antwoord: de enige argumenten die worden aangedragen zijn, dat ten eerste iedere gulden die aan gezondheidszorg wordt uitgegeven uitgaven aan andere doelen blokkeert (so what zou men geneigd zijn te stellen), ten tweede dat verzekeringspremies tegen ziektekosten bijna altijd als loonbestanddeel worden beschouwd (zelfs in de VS waar collectieve financiering wordt gemeden) en dat een stijging van de loonkosten slecht is voor de nationale concurrentiepositie en tenslotte dat er nogal wat geld verspild wordt aan overbodige en irrationele behandelingen in de gezondheidszorg, die alleen door strakke rantsoenering kunnen worden tegengegaan. Dit argument wordt vooral in de Amerikaanse litteratuur gebruikt. Maar waarom worden dan wel ziektekosten als via het loon te verzekeren beschouwd en huisvestingskosten slechts voor een zeer gering gedeelte (alleen de woningbouw- en huursubsidies). In de volkshuisvesting is het communistisch aandoende rantsoenerings- en planningssyteem afgeschaft zonder dat daar chaos ontstond; integendeel de

woningtoewijzing verloopt tot veel grotere tevredenheid van de klanten en wachtlijsten zijn aanzienlijk gereduceerd.
Houdt modernisering van de sociale ziektekostenverzekering in dat het inkomensplafond drastisch wordt verlaagd; kan dat zonder stigmatisering; ondergraaft zoiets de solidariteit tussen zieken en gezonden niet te zeer?
Kan er overeenstemming worden bereikt over een basispakket voorzieningen (het oorspronkelijke idee van Dekker, waarin geen drie maar twee compartimenten werden onderscheiden) dat een stuk soberder is dan men nu voor ogen heeft (zonder geneesmiddelen, tandheelkundige en paramedische zorg) en een scala van aanvullende verzekeringen.
Het zijn alle vragen die op antwoord wachten; misschien een kolfje naar de hand van de huidige, inventieve, minister van Sociale Zaken?
Uitgaven aan gezondheidszorg zouden misschien niet zozeer als collectieve lasten maar als investeringen in de weerbaarheid van de Nederlandse bevolking en een stimulans voor de dienstensector en de economie moeten worden gezien, vergelijkbaar met investeringen in onderwijs en onderwijzend personeel.
De bevolking wil best betalen; het paradoxale is dat men bijvoorbeeld wel extra geld wil geven aan de school van de eigen kinderen maar niet extra belasting-in-het-algemeen. Het is evident dat hiermee een scherpe tweedeling in rijke en arme scholen ontstaat, terwijl tegelijkertijd tijd het anoniem 'storten in het collectieve geheel' niet meer aanspreekt. Het vergt creativiteit (terugkeer van de lokale belastingen of regionale fondsen) om de uitgavebereidheid aan gezondheidszorg en onderwijs te kanaliseren zonder alles via anonieme collectieve geldstromen te laten wegvloeien en ook zonder dat er de bekende paradox tussen particuliere rijkdom en publieke armoede ontstaat.

1.2 Van beleid naar onderzoek

De positie van het Nivel tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap
De bovenstaande vragen en dilemma's vindt de lezer slechts ten dele terug in het werkprogramma. Dat kan ook moeilijk anders omdat het gaat om een fundamentele, toekomstige, herziening van de principes van het sociale zekerheidsstelsel.
Een van de manieren is niettemin om het typische van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen ontwikkelingen in andere landen. Het motto is hier: het is goed om van eigen fouten te leren maar beter nog om uit andermans fouten lering te trekken. Ook de invloed van Europese regelgeving op het Nederlandse beleid (vooral van basale economische regels over het vrije verkeer

van personen, goederen en diensten) wordt nauwgezet gevolgd. In feite is de gezondheidszorg een groot kartel.
Het immer lastige geneesmiddelendossier verdwijnt niet uit onze aandacht; de knellende arbeidsmarktproblematiek, zowel in sectoren met een lange planningshorizon als het opleiden van medisch specialisten, als in de meer kortcyclische functies als verzorgenden en ziekenhuishulpen worden nauwkeurig gevolgd. Kennis over de demografische opbouw van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg is daarvoor onontbeerlijk.
De steeds belangrijker wordende rol van patiënten in de zorg wordt gevolgd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Een tweede ziekenhuisvergelijking zal in 2001 samen met de Consumentenbond worden uitgevoerd.

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 zowel op de zorgvragers als op zorgaanbieders en landelijke beleidsorganen*'.

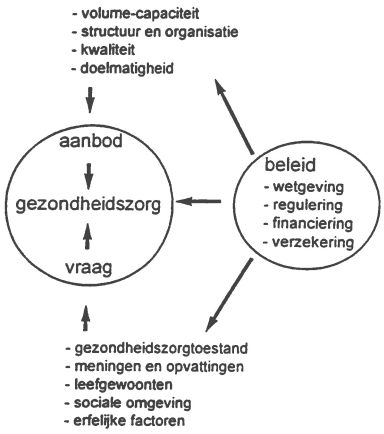
De middelen die het Nivel (statutair) ten dienste staan om zijn doelstelling te bereiken zijn de volgende:
- het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op basis van zelf verzamelde en bestaande gegevens;
- het beheer van registratiesystemen en het produceren van gegevensoverzichten hieruit;
- het beheren van een kenniscentrum, waaronder een bibliotheek en het verrichten van documentatieactiviteiten;
- het organiseren van congressen en andere publieksmanifestaties.

De naam van het instituut 'Nivel' betekende oorspronkelijk: "Nederlands Instituut voor onderzoek van de *EersteLijns*gezondheidszorg". Als zodanig begon het zijn

werkzaamheden op 1 januari 1985; het Nivel zette het werk voort van het in 1965 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut. Toen er echter in de door de Raad voor het Gezondheidsonderzoek uitgebrachte 'Brede Analyse' (1993) 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'. Inmiddels zijn ook twee Europese namen gedeponeerd: 'Nivel Netherlands institute for health services research' en "EUROHES'. (European Institute for Health Services Research)
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 (specialisten, huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg); consumenten en zorgverzekeraars (consumentenbond, zorgverzekeraars en patiëntenplatform) en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld. Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut.

Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research
De missie van het Nivel ligt op het terrein van het gezondheids*zorg*onderzoek, in het Engels 'health services research' genoemd. Gezondheidszorgonderzoek richt zich op de onderlinge afstemming van de vraag naar gezondheidszorg en het aanbod aan gezondheidszorg onder invloed van het beleid: wetgeving, regulering, financiering, verzekering (zie schema 1).

Schema 1: **Domein van het gezondheidszorgonderzoek**



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

Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Dit komt tot uiting in de samenstelling van de onderzoeksgroep.
De taken van het Nivel zijn deels gebaseerd op zijn maatschappelijke positionering als nationaal, niet-universitair onderzoeksinstituut en deels op zijn werkterrein: het Nivel als instituut voor 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, en tevens dichtbij de landelijke beroeps- en koepelorganisaties, die actief zijn in de gezondheidszorg: organisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars, en consumenten en patiënten. Vanwege zijn nationale positie bestaan er tussen het Nivel en deze organisaties allerlei soorten contacten en relaties, zowel formeel als informeel. Voor de meeste landelijke organisaties op het gebied van de gezondheidszorg is het Nivel een vanzelfsprekende gesprekspartner, niet alleen voor de vertaling van beleid in onderzoek vice versa, maar ook voor het aan elkaar koppelen van onderzoekswensen van verschillende partijen in de zorgsector. Wat dat betreft fungeert het Nivel in dubbel opzicht als een 'kennismakelaar'.

Met de oprichting van ZorgOnderzoek Nederland (ZON) is de positie van het Nivel veranderd. ZON heeft immers ook tot doel om een brugfunctie te vervullen tussen onderzoek en beleid in de gezondheidszorg. Er is binnen ZON een imposant proces op gang gekomen, waarin op systematische wijze beoordelingsprocedures en - criteria worden ontwikkeld, programma's geformuleerd en projecten uitgezet en beoordeeld op het grensvlak van beleid, praktijk en wetenschap, wat een zichtbare en belangrijke impuls is voor de verdere professionalisering van dit type onderzoek. Ook medewerkers van het Nivel leveren - binnen ZON-verband - een actieve bijdrage aan dit proces. Vooral het vroeger ondoorzichtige Preventiefonds is op deze wijze transparant geworden.

Toch heeft de komst van ZON de maatschappelijke rol van het Nivel niet overbodig gemaakt. Zo merken we, dat sinds de komst van ZON de algemene waardering voor het beleidsgerichte en praktijkgerichte onderzoek - een type onderzoek waarin het Nivel van oudsher is gespecialiseerd - alleen maar is toegenomen. Wat dat betreft heeft het ontstaan van ZON het Nivel ook voordeel bezorgd. Daarnaast zien wij dat de behoefte van onze opdrachtgevers aan directe kontakten met het Nivel intact is gebleven. Er bestaat nu eenmaal een spanningsveld tussen het tempo van het beleid en het tempo van de wetenschap, dat maakt dat er behoefte blijft bestaan aan de relatief snelle werkwijze waarmee het Nivel gewend is concrete, actuele beleidsvragen in serieus onderzoek te vertalen, zonder daarmee te vervallen in de vaak oppervlakkige analyses van marktbureau's en accountantskantoren.
Juist in 'Quick and Clean' onderzoek ligt de kracht van het Nivel. Daarbij wordt de wetenschappelijke kwaliteit gegarandeerd door de externe certificatie (die eind 1999 formeel is gerealiseerd), en door de inbedding in twee KNAW-erkende onderzoekscholen: 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. Overigens wordt de relatief snelle werkwijze van het Nivel - die met recht een handelskenmerk kan worden genoemd - sterk gefaciliteerd door de goede onderzoeksinfrastructuur. Het Nivel investeert bewust voortdurend in moderne, grootschalige dataverzamelingen: diverse nationale panels, registratiesystemen, ICT-netwerken en - uiteraard - de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisarts praktijk. Hiermee kan vaak de tijdrovende voorbereiding van gegevensverzameling worden ontlopen, waardoor relatief snel op actuele beleids- en onderzoeksvragen kan worden gereageerd.
Het voorgenomen samengaan van ZON en het gebied Medische Wetenschappen van NWO kan voor het Nivel positief uitpakken. Het wetenschappelijke (en trage) element van ZON zal ongetwijfeld worden versterkt; de nadruk op individuele onderzoekers in plaats van onderzoeksteams en instituten maakt onderzoek minder grijpbaar voor het beleid.
Van oudsher heeft het Nivel - vanwege zijn nationale functie - naast een directe onderzoekstaak ook altijd een taak gehad in het verschaffen van overzicht over wat er op de diverse deelterreinen aan kennis wordt geproduceerd. Die taak werd traditioneel vervuld door het systematisch vervaardigen van bibliografische overzichten, en door een, ook via elektronische weg openbaar toegankelijk bibliotheek- en documentatiecentrum. Deze kennisfunctie is in het nieuwe werkplan aanzienlijk versterkt; met de komst van Nivel Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg wordt gepoogd een passend antwoord te geven op de exponentiele ontwikkeling van beleidsrelevante kennis. Het Nivel maakt gebruik

van eigen registratiesystemen zoals de systemen die zijn opgezet ten behoeve van de beroepskrachtenplanning, de 'Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland', die al dertig jaar lang landelijke cijfers levert over bijvoorbeeld de griep-epidemieën, en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), dat sinds 1996 cijfers levert ten behoeve van het Jaar Overzicht Zorg. Het Landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg (LIPZ) is de laatste loot aan deze stam. Een relatief nieuwe, maar veelbelovende manier van continue gegevensverzameling heeft het Nivel gevonden in de vorming van panels, die periodiek bevraagd worden over onderwerpen die in overleg met programmacommissies worden opgesteld. Het eerste voorbeeld hiervan was het tezamen met de Consumentenbond opgezette 'Consumentenpanel Gezondheidszorg', dat in 1992 werd opgericht, en al veel interessante gegevens heeft opgeleverd over het functioneren van de gezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief. Het Patiënten Panel 'Chronisch Zieken' vormt een logische voortzetting van dit beleid, evenals het dit jaar te starten Panel van Verplegenden en Verzorgenden. Meer panels zijn in voorbereiding.

Tussen informatie en onderzoek: het Nivel als kenniscentrum voor de gezondheidszorg

Hoewel het Nivel veel waarde hecht aan het opzetten en instandhouden van grootschalige informatiesystemen op het terrein van de gezondheidszorg heeft het zeker niet pretentie de enige te zijn met een landelijke informatiefunctie op dit terrein. Dat zou niet alleen op gespannen voet staan met de realiteit van dit moment, waar meerdere organisaties nuttige kennisfuncties vervullen maar is als ambitie noch nodig, noch wenselijk. De uitbreiding van het werkterrein van het Nivel naar de gehele (somatische) gezondheidszorg), zonder een daarmee gepaard gaande structurele uitbreiding van de kennisinfrastructuur noopt tot een zekere bescheidenheid en vraagt om inventiviteit teneinde de landelijke kennisfunctie op dit bredere werkterrein op een innovatieve en efficiënte wijze te kunnen vervullen. Het Nivel streeft er niet naar om alle informatiesystemen in eigen huis te krijgen, maar zoekt naar strategische allianties met anderen om de noodzakelijke kennis in samenhang te kunnen produceren. De belangrijkste alliantie is gevormd met het RIVM: het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het RIVM produceert de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en heeft daarnaast en als vervolg hierop een systematisch monitorsysteem opgezet van voor het beleid van belang zijnde kennis. Het Nivel wil zijn producten graag in dat systeem onderbrengen (uiteraard met behoud van herkenbaarheid) en vooral informatie over het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen toevoegen. Daarnaast onderhoudt het Nivel samen met het Prismant en het Trimbos-instituut een registratiesysteem van zorgvernieuwingsprojecten, en bestaat er al jarenlang

een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de landelijke instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van de zogeheten 'branche-rapporten' wordt intensief met anderen samengewerkt en informatie uit diverse bronnen gebruikt. Omgekeerd stelt het Nivel ook eigen data en eigen expertise ter beschikking van derden op gerichte vragen van buiten. Ook dat past bij onze filosofie over de rol van een landelijk kenniscentrum.
Maar wellicht belangrijker nog voor de ambitie die het Nivel wel degelijk heeft als kenniscentrum voor de gezondheidszorg, is de constatering dat de gezondheidszorg momenteel een interessante paradox meemaakt. Enerzijds wordt er in de gezondheidszorg op steeds meer plaatsen steeds meer kennis en informatie geproduceerd, waarbij het tegelijkertijd steeds ingewikkelder wordt om daarover het overzicht te bewaren. Anderzijds is het in een gedereguleerd zorgsysteem steeds belangrijker dat de relevante beleidsmakers beschikken over tijdige, actuele en betrouwbare informatie over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg, waarbij de roep om 'evidence-based health care' èn 'evidence-based health policy' ook maakt dat deze informatie wel degelijk wetenschappelijk gefundeerd moet zijn. Deze paradox leidt bij veel mensen tot de verzuchting: 'kennis is er genoeg, maar waar is het overzicht?' Het is ook duidelijk dat met de huidige kennisexplosie geen enkele organisatie meer de pretentie hebben op zijn eentje overzicht te houden over alles wat er gebeurt. Een dergelijke claim is op voorhand tot mislukking gedoemd. Er moet dus naar andere wegen gezocht worden om de verspreid aanwezige informatie te systematiseren, synthetiseren en overzichtelijk te houden. Hier ligt voor het Nivel een belangrijk terrein voor verdere innovatie. Er moet gezocht worden naar nieuwe vormen van kennisproductie, waarbij de klassieke onderzoeksfunctie, de klassieke statistische functie, en de klassieke bibliotheek- en documentatiefunctie meer met elkaar worden geïntegreerd, en tevens - meer dan voorheen - de blik gericht wordt op informatie die elders wordt geproduceerd en ofwel via samenwerkingsprojecten, ofwel via het world wide web beschikbaar is en hanteerbaar kan worden gemaakt.
Kennismanagement wordt dat genoemd, waarmee bedoeld wordt dat op geleide van gerichte (beleids)vragen gezocht wordt naar de meest efficiënte wijze om op die vragen een wetenschappelijk gefundeerd antwoord te geven: soms door zelf data te verzamelen, maar steeds meer ook door in plaats daarvan, of aanvullend daarop te putten uit andere bronnen, in eigen of andermans beheer. Daarbij past ook het passief en actief gebruik van moderne communicatiemiddelen als internet. Momenteel ontwikkelt het Nivel een aantal pilot-projecten om deze innovatie planmatig gestalte te geven. Zo wordt als follow-up van de in 2000 gehouden nationale 'Leidschendamconferentie' een website voorbereid (www.kwaliteitvanzorg.nl) die een synthese moet gaan bevatten van alle kennis waarvan het Nivel verwacht dat deze nuttig is voor diegenen die zich in Nederland

bezig houden met kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. Verder wordt tezamen met het Trimbos-Instituut een pilot voorbereid voor kennissynthese op het thema 'huisarts en depressie' als prototype voor een onderwerp dat zich afspeelt op het raakvlak van deze beide landelijke instituten, en past binnen het convenant 'tussen de lijnen' dat door Nivel en TI is afgesloten. Tenslotte wordt ook op het terrein van de patiëntenraadpleging momenteel geëxperimenteerd met innovatieve manieren van kennisverzameling en -productie.

Het Nivel als internationaal onderzoekscentrum

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. Deze betrokkenheid in Oost-Europa houdt vaak in dat gepoogd wordt om een adequate en moderne huisartsenzorg op te zetten. De Nederlandse huisarts vervult internationaal een voorbeeldfunctie; zijn centrale positie in de gezondheidszorg, de 'evidence based' standaarden zijn export producten die gretig aftrek vinden. De bekroning van het pionierswerk van het Nederlands Huisartsen Genootschap met de Duitse Bertelsmannprijs in 2000, zal het 'export-effect' nog versterken. Projecten worden door het Nivel uitgevoerd in Wit Rusland, de Oekraïne, Slovenië, Litouwen.

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. Met zijn expertise in beleidsrelevante informatiesystemen wil het Nivel ook een rol spelen in het Health Monitoring Programma van de Europese Unie.

Het Nivel als instituut voor gezondheidszorgonderzoek

Door zijn werkterrein (gezondheids**zorg**onderzoek) onderscheidt het Nivel zich toch nog steeds wel van het RIVM (gezondheidsonderzoek)[2], en anderzijds van het meeste onderzoek aan de medische faculteiten (overwegend biomedisch en

---

2 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.

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 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, de nieuwe directie Verpleging en Verzorging , maar ook Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) 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 NVZ), Arcares (de nieuwe koepel van verpleeghuizen en verzorgingshuizen), 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.

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 2000 een jaaromzet van ongeveer 20 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een kwart als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 1999 telde het Nivel ongeveer 145 medewerkers, van wie een 80-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 naar en het aanbod van 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 (beleid op gebied van preventie, gvo, kwaliteitsbeleid)
- 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: het Nivel in de tweedelijn
Eigenlijk is dit nauwelijks meer een verandering te noemen. Het is duidelijk dat het Nivel zich een plaats verworven heeft bij specialist en ziekenhuis en in de transmurale zorg.. Wellicht ten overvloede wordt hieronder nog eens opgesomd waar het Nivel allemaal actief betrokken is bij de intramurale sector:

- **Arts-patiënt communicatie in de (poli)kliniek**, onderzoek naar bejegening bij kinderartsen, internisten, gynaecologen en hartchirurgie
- **Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ)**, een continue monitoring van veranderingen in het beleid inzake chronisch zieken
- **Ziekenhuisvergelijking door de consument**, het Nivel heeft in 1999 een belangrijk deel van het proefonderzoek Vergelijking Ziekenhuizen in de Provincie Utrecht uitgevoerd en zal ook deelnemen aan de definitieve studie die in 2001 wordt uitgevoerd
- **Verandering in de relatie Specialist/Ziekenhuis**, een inventarisatie en follow up van de zogenaamde 'lokale initiatieven'; in 2001 is een nieuwe peiling

onder medische staven van ziekenhuizen voorzien om de stand van zaken met betrekking tot de integratie van de specialist in het ziekenhuismanagement vast te stellen
- **Transmurale verpleegkundige zorg**, evaluatie van verschillende experimenten met transmurale verpleegkundige spreekuren
- **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
- **Kwaliteit van Zorg-Leidschendam 2000**, het Nivel inventariseerde en evalueerde de voortgang bij de introductie van kwaliteitssystemen in de instellingen voor gezondheidszorg (van GGD tot psychogeriatrisch verpleeghuis) ten behoeve van de Nationale Kwaliteitsconferentie Leidschendam 2000; in 2001 wordt gewerkt aan verdere publicaties op basis van dit nationale overzicht
- **Positie van algemene ziekenhuizen**, door de toenemende concentratie van ziekenhuizen en specialisten loopt de positie van het (middelgrote; kleine ziekenhuizen bestaan niet meer) algemene ziekenhuis gevaar en daarmee ook een stuk van eerstelijnsgezondheidszorg (verloskunde, spoedeisende hulp) Door middel van een litteratuurstudie in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen wordt dit probleem in kaart gebracht.
- **ZON Onderzoeksprogramma Doelmatigheid Orthopedie**, het Nivel voert in samenwerking met de Rijksuniversiteit te Groningen een onderzoek uit naar de doelmatigheid van orthopedische zorg.
- **Revalidatie onderzoek**, het Nivel heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Jan van Breemen Instituut te Amsterdam voor opzet en uitvoering van een programma revalidatie-onderzoek
- **Palliatieve zorg**, op het grensvlak van thuiszorg, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg treft men de palliatieve zorg. Het Nivel onderzoekt samen met de Vrije Universiteit ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod; een scenariostudie Palliatieve zorg werd eind 2000 afgesloten

Verandering 2: het geneesmiddelen dossier
Het 'Geneesmiddelen dossier' is één van de lastigste beleidsdossiers, zoals vele ministers en staatssecretarissen van volksgezondheid hebben ervaren.
De belangrijkste reden voor de taaiheid van het beleidsmatige ongerief is dat het, zelfs àls men zijn beleid wel op meer dan één onderdeel richt, vrijwel onmogelijk is om alle partijen tegelijk te beïnvloeden. Afspraken met farmaceutische industrieën

zijn, bij gebrek hieraan in Nederland, niet goed te maken (denk aan parallel import). Bovendien blijft de industrie (terecht en tot onze bate) kostbare nieuwe gepatenteerde geneesmiddelen op de markt brengen.
Een les voor de betrokkenen bij het farmaciedossier moet zijn dat men alleen afspraken moet maken over die gedeelten die men zelf in de hand heeft. Huisartsen kunnen (naar uit Nivel-onderzoek blijkt) succesvol besluiten over te gaan op het voorschrijven van generieke in plaats van merkgeneesmiddelen. Zij hebben echter geen invloed op de aflevering van geneesmiddelen (fabrikant, importeur, groothandel, apotheker). Het inboeken van besparingen op basis van veranderingen in het prescriptiepatroon is, zoals blijkt, een riskante onderneming.

Intussen worden en zijn vele maatregelen genomen. Voorbeelden zijn het 'Voorschrijven op stofnaam', de "Uitsluiting buiten WTG-middelen" (ook wel bekend als de 1-september maatregel), de introductie van het Farmaco Therapie Transmuraal Overleg (FTTO) en de introductie van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Het Nivel evalueert een aantal van deze maatregelen. In het beleid voor de toekomst speelt het advies van de Commissie de Vries een belangrijke rol. In hun toekomstvisie zijn twee kernpunten terug te vinden. In de eerste plaats is dat het verschuiven van een deel van de collectieve geneesmiddelenuitgaven naar het individu (de 1-septembermaatregel is hier een voorbeeld van) en in de tweede plaats het verantwoordelijk maken van zorgverzekeraars voor de prijs en samenstelling van een eigen geneesmiddelenpakket, hetgeen nu in het kader van de afspraken rond de introductie van het Electronisch Voorschrijf Systeem verder wordt geconcretiseerd.

Genoemde maatregelen beogen niet alleen het voorschrijfgedrag van huisartsen te beïnvloeden, maar raken ook andere beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg zoals medisch specialisten en apothekers. Met name de rol van de apotheker staat de laatste tijd ter discussie. Zo beoogt het project 'Farmaceutische deskundigheid in de zorg' een visie te ontwikkelen op de toekomst van de apotheker en de positie van deze beroepsgroep in het zorgveld. Belangrijk hierbij is dat de apotheker meer dan voorheen zorgverlener moet worden. Dit betekent onder andere dat het honoreringssysteem voor apothekers in de toekomst zal worden herzien. De toenemende aandacht voor de apotheker komt tot uiting in het project kwaliteit FTO en één van de projecten van de 2e Nationale Studie waarin voorschrijven en afleveren met elkaar worden vergeleken.

Verandering 3: Nivel Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
Deze verandering is vooral een mentaliteitsverandering; het Nivel moet zijn automatische reflex: 'is er een probleem, dan doen wij toch even een onderzoek'

verruilen voor een breder arsenaal aan kennisproducten. Dit geldt zowel voor het gebruik maken van door derden verzameld materiaal (bijvoorbeeld via het internet) als ook voor de presentatie van gegevens: via de Website in plaats van in een rapport.
Schrijven voor het Web is een kunst apart; belangrijk is niet alleen dat alles nog korter en krachtiger is dan bij een voor een groter publiek bestemde publicatie, maar ook dat de auteurs als het ware 'gelaagd' denken. Eerst de hoofdboodschap en dan uitleg via aan te klikken achterliggende documenten.
Die omslag in het denken is de uitdaging voor de komende jaren. Intern is een breed samengestelde projectgroep gevormd om te experimenteren met nieuwe werkwijzen en producten en deze vernieuwing in de rest van de organisatie te implementeren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met het RIVM, dat in zijn Beleidsmonitor al over een digitaal opgezet kennisproduct beschikt.
De volgende onderwerpen vallen onder het Kenniscentrum:

Brancherapporten Somatisch Curatieve Zorg; jaarlijks wordt door Nivel en Prismant een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de somatische gezondheidszorg

Pilot Kenniscentrum Kwaliteit van zorg ter voorbereiding van en volgend op de Nationale Leischendamconferentie over Kwaliteit in de gezondheidszorg is een pilotstudie ontwikkeld waarin de resultaten van nationale peiling rond kwaliteitssystemen zijn opgenomen

Pilot Kenniscentrum 'Huisarts en Depressie' samen met het Trimbos instituut wordt een pilot-studie ontwikkeld waarin alle relevante kennis over 'depressies' wordt opgeslagen en inzichtelijk gemaakt voor hulpverleners en beleidsmakers

Patiëntenoordelen in de gezondheidszorg in internationaal perspectief, een op het Nivel ontwikkeld instrument om patiëntenoordelen in de gezondheidszorg vast te leggen (de Quote vragenlijst) wordt nu ook in het buitenland afgenomen en geeft zodoende een interessant internationaal vergelijkend beeld

Gebruikersfeedback in de Nederlandse gezondheidszorg, in de Nederlandse gezondheidszorg wordt verder gewerkt aan vormen van feedback door gebruikers van zorg; deze informatie, die van direct belang is voor de patiëntenbeweging wordt in het kenniscentrum verder ontwikkeld

Beleidsinformatie Paramedische Zorg, onderdeel van het Nivel kenniscentrum is het ontwikkelen van een apart stukje beleidsinformatie rond de paramedische zorg

Kenniscentrum beroepen in de zorg, de op het Nivel aanwezige en bekende kennis over beroepen in de zorg kan veel systematischer en aantrekkelijker worden gebundeld

Documentatiecentrum systemen van gezondheidszorg, op het Nivel werd allang op een wat passieve wijze informatie verzameld over (andere) systemen van gezondheidszorg; op aantrekkelijke wijze presenteren en bewerken van deze informatie zal onderdeel uitmaken van het kenniscentrum

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 naar behoeftenramingen van medisch specialisten.

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject: 2001 is de 32e 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
- Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen
- Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt
- Het perspectief van de hulpvrager
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

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 kwaliteitszorg en de kwaliteit van zorg. De afgelopen jaren is uitgebreid onderzoek verricht naar de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsmanagement en de effecten ervan op kwaliteit van zorg. Daarbij wordt een relatie gelegd tussen bijvoorbeeld kwaliteitsactiviteiten, de organisatie van de zorg, multidisciplinaire samenwerking en het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg, klinische uitkomsten en de mate waarin de zorg tegemoet komt aan de wensen en verwachtingen van de patiënt.
Het onderzoeksprogramma organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg van het Nivel besteedt specifiek aandacht aan kwaliteitszorg, waartoe alle activiteiten behoren 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 vorm geven. Bijvoorbeeld via de invoering van kwaliteitssystemen, via protocollering van het (para)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 kosten en effecten van kwaliteitszorg voor cliënten.

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. Het afgelopen jaar is opnieuw de 'state-of-the-art' met betrekking tot kwaliteitszorg in kaart gebracht voor alle zorgsectoren in de gezondheidszorg en verschillende beroepsgroepen, zoals de paramedische beroepen, verpleegkundigen en verzorgenden, en alternatieve genezers. De resultaten zijn gebruikt voor de vierde Leidschendamconferentie in 2000. Hieraan is onderzoek naar de kwaliteit van bestaande richtlijnen en protocollen en de validiteit en betrouwbaarheid van de in gebruik zijnde instrumenten in de GGZ aan toe gevoegd. Eerder onderzoek heeft namelijk laten zien dat op papier vergelijkbare activiteiten in de praktijk zeer verschillend worden uitgevoerd.

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, toetsingsmethoden worden toegepast en de kwaliteitscyclus in zijn geheel wordt doorlopen. Hierbij wordt tevens onderzocht welke organisatie- en omgevingsfactoren van invloed zijn op het implementeren van kwaliteitszorg. Dit onderzoek moet kennis opleveren over succesvolle strategieën om kwaliteitszorg te implementeren.

Onderzoek naar de kosten en effecten van kwaliteitszorg kan helpen bij het stellen van prioriteiten en het verdelen van schaarse middelen zoals geld en tijd van hulpverleners. De vraag is, 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 ouderenzorg. 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).
In de sectoren voor ouderenzorg zal als eerste worden nagegaan in hoeverre kosten die samenhangen met het implementeren van een kwaliteitssysteem kunnen worden berekend en welke 'winst' na implementatie te verwachten valt.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

SAM 97.01	Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen (afgerond)
SAM 99.02	Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ (afgerond)
SAM 96.07	De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen (afgerond)
SAM 97.03	Effecten van kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten (heeft plaatsgevonden in kader van SAM 96.07)

Lopende en nieuwe projecten:

State of the art-studies

SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000 (schrijven artikelen)

NIEUW

SAM 01.01	Kwaliteitsmanagement in Europa (verwerven van subsidie)

NIEUW

SAM 01.02	De bijdrage van cliëntenraden aan het kwaliteitssysteem van instellingen (verwerven van subsidie)

Implementatievraagstukken

SAM 99.04	De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroepspraktijken in de gezondheidszorg (schrijven voorstel fase 2)

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

SAM 99.06 Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg

SAM 00.01 Kwaliteitskosten en ervaren opbrengsten in de ouderenzorg (schrijven artikel)

NIEUW
SAM 01.03 Redenen om te stoppen met kwaliteitszorg (verwerven van subsidie)

P.M.
PMED 00.03 Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)

Effecten op de kwaliteit van zorg
SAM 99.07 Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren (verkrijgen van subsidie)

NIEUW
SAM 01.04 De effecten van twee methoden van intercollegiale toetsing in de tandartspraktijk (schrijven artikel)

NIEUW
SAM 01.05 De invloed van het zorgaanbod op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen (verwerven van subsidie)

Organisatie-projecten
SAM 90.01 Databank zorgvernieuwing

SAM 00.02 Regionale efficiëntie en samenwerking in de gezondheidszorg

NIEUW
SAM 01.06 Beleid en praktijk van zorgverlening in de thuiszorg: een internationale vergelijking

P.M.

NS2 99.17	Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsen-groep (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 relatie tussen huisarts, specialist en ziekenhuis wordt gekenmerkt door een voortgaande transmuralisering van de zorg. Naast de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, begint ook op het terrein van de farmaceutische zorg het doorbreken van de schotten tussen de eerste en tweede lijn meer vorm te krijgen.

De eerste twee Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) tussen huisartsen en respectievelijk kinderartsen en gynaecologen worden nu op lokaal of regionaal niveau geconcretiseerd. Dit betreft de afspraken omtrent de zorg voor kinderen met astma en subfertiliteit. Voor de verdere ontwikkeling van LTA's op andere gebieden is het van groot belang dat gedegen proces- en effect-evaluaties worden uitgevoerd omtrent de invoering van deze reeds bestaande afspraken. In de projecten Transmurale zorg bij kinderen met astma en Transmurale zorg bij subfertiliteit wordt dan ook onderzocht hoe de implementatie van de afspraken in een aantal regio's vorm heeft gekregen, in welke mate huisartsen en specialisten zich aan de afspraken houden, wat zij daar van vinden, en welke mogelijke gevolgen dit heeft voor de patiënten. Daarbij zal onder andere gebruik worden gemaakt van de gegevens die in het kader van de tweede Nationale Studie worden verzameld.

Verder kan de invoering van een 'zorgpas' de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten in de dagelijkse praktijk beïnvloeden. De gebrekkige communicatie en informatie-uitwisseling tussen deze hulpverleners heeft gevolgen voor de zorg, zowel met betrekking tot de doelmatigheid als ten aanzien van de kwaliteit. De 'zorgpas' is een middel om hierin verandering te brengen. Een proef in de regio Eemland zal door het Nivel worden geëvalueerd.

Een ander belangrijk onderwerp met betrekking tot de relatie tussen huisarts en specialist is de vervolgconsumptie na een verwijzing. Om te komen tot een totaalbeeld van het zorggebruik bij een bepaalde aandoening, is het noodzakelijk dat gegevens over de zorg van de huisarts worden gekoppeld aan het zorggebruik in de tweede lijn. Eén deelonderzoek van de tweede Nationale Studie is hierop gericht. Deze gegevens kunnen ook worden gebruikt om effecten van transmurale samenwerking op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te bestuderen.

Op het terrein van de farmaceutische zorg zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. De informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn wordt verbeterd, onder andere door het opzetten van apotheek service punten. Daarbij zijn de openbare apothekers, ziekenhuisapotheker en medisch specialisten en, hoewel in mindere mate, huisartsen betrokken. Daarnaast worden steeds meer vormen van farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) ontwikkeld en wordt geprobeerd om, op regionaal niveau, tot werkbare transmurale formularia te komen die door alle partijen worden gedragen. Deze ontwikkelingen worden sterk gestimuleerd door de overheid. Zo heeft het ministerie van VWS een achttal regionale initiatieven, gedurende een jaar, de status van proeftuin gegeven. Dit betekent naast een financiële bijdrage dat bepaalde wettelijke regelingen tijdelijk kunnen worden opgeheven.
De organisatie-structuur van ziekenhuizen is nog steeds aan verandering onderhevig. Het onderzoek Verticale integratie in de curatieve zorg is bedoeld om deze ontwikkelingen te monitoren.
Het onderzoeksprogramma Doelmatigheid orthopedie wordt de komende jaren, in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Groningen, voortgezet. Er zal een nieuw meerjarenprogramma worden opgesteld. Basis hiervoor is onder andere een studie waarin vraag en aanbod met betrekking tot orthopedische zorg in Nederland in een maatschappelijk perspectief worden geplaatst. Hierbij wordt uitgegaan van bestaande informatie. Dit betekent dat de studie ook inzicht geeft in de huidige informatievoorziening op dit terrein.
Tenslotte is vermeldenswaard dat het NIVEL gevraagd is de positie van het algemene ziekenhuis nader te onderzoeken; voortgaande concentratie van ziekenhuizen en specialisten bedreigt het 'ziekenhuis-om-de-hoek' en de daarmee verbonden eerstelijnsvoorzieningen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HSZ 98.01	De praktijkverpleegkundige in de eerste lijn; een regionaal samenwerkingsproject (afgerond)
HSZ 99.03	Transmurale zorg bij kinderen met astma (de subsidie-aanvraag voor dit project is afgewezen)
HSZ 99.05	Implementatie van richtlijnen in de orthopedie (de inhoud van de nieuwe projecten op het gebied van orthopedische zorg wordt vastgesteld op grond van het nieuwe meerjarenprogramma, zie HSZ 95.03)

HSZ 99.06	Wachtlijsten in de orthopedie (de inhoud van de nieuwe projecten op het gebied van orthopedische zorg wordt vastgesteld op grond van het nieuwe meerjarenprogramma, zie HSZ 95.03)
HSZ 00.01	Orthopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: vraag en aanbod in maatschappelijk perspectief (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie (opzet nieuw meerjarenprogramma)
HSZ 98.03	Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven (subsidieverwerving)
HSZ 98.04	Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen (analyse en rapportage)
HSZ 99.02	Verticale integratie in de curatieve zorg (analyse en rapportage)
HSZ 99.04	Transmurale zorg bij subfertiliteit (subsidieverwerving)

NIEUW

HSZ 01.01	Evaluatie van de invoering van een zorgpas voor Parkinsonpatiënten (bij subsidietoekenning start van de evaluatie)

NIEUW

HSZ 01.02	De positie van het algemene ziekenhuis

NIEUW

HSZ 01.03	De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar

P.M.

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.
Het ministerie van VWS heeft hiertoe een pakket van maatregelen genomen: 25 miljoen extra voor AMW-formatie (+ 25 miljoen van de kant van de gemeenten), 6 miljoen op jaarbasis voor consultatieve ondersteuning van de eerstelijn vanuit de tweedelijns-GGZ, extra gelden voor bevordering van samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ (tussen huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen) en voor deskundigheidsbevordering.
Het grote aandeel dat psychische problemen bij langdurige arbeidsongeschiktheid inneemt is recentelijk weer gesignaleerd bij de installatie van de Commissie Donner.

Een continue onderzoekslijn binnen het themagebied betreft de epidemiologische aspecten van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn. Werd tien jaar geleden, met de eerste Nationale Studie, 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.
Deze vraag wordt ten aanzien van de bevolking in het algemeen gesteld. Tevens is subsidie verkregen om deze vraag in het kader van het ZON-programma ouderenpsychiatrie depressie bij ouderen te onderzoeken. In het kader van het programma preventie van ZON zal met Nationale Studie materiaal onderzoek worden gedaan naar de determinanten van hulpzoeken bij emotionele en gedragsproblemen van kinderen.
Onlangs is subsidie bij Zorgonderzoek Nederland verkregen om de effecten te onderzoeken van een gestructureerde kortdurende opvang door het AMW om de langdurige nadelige gevolgen van overspannenheid te reduceren.

De genoemde stimuleringsmaatregelen van het ministerie van VWS zijn binnen een drietal projecten object van onderzoek.
Binnen het programma Tussen de Lijnen, waarin Nivel en Trimbos-instituut samenwerken, is een Steunpunt gecreëerd dat plaatselijke initiatieven voor consultatie aan de eerstelijn vanuit de tweedelijn van advies kan dienen en dat deze initiatieven ook in kaart moet brengen.
Teneinde eerstelijnspsychologen beter toegankelijk te maken voor de hele bevolking, wordt onderzocht voor welke groepen potentiële cliënten deze voorziening thans, om verzekeringstechnische redenen, niet toegankelijk is en welke.

De overlap tussen psychische en somatische aandoeningen komt in een aantal projecten aan de orde.
In het kader van het panel "chronisch zieken" onderzoek gedaan worden naar de psychische klachten die chronisch (lichamelijk) zieken ondervinden.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

GGZ 97.01	De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk (afgerond)
GGZ 00.01	Vroegtijdige opsporing alcoholafhankelijkheid in de huisartspraktijk (Geen subsidie verkregen)
GGZ 00.03	Psychosociale problemen in de spreekkamer (Geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten:

GGZ 99.03	Programma "Tussen de lijnen" (continue activiteit)
NS2 99.03	Psychische problemen en stoornissen
GGZ 99.04	Psychische problemen en stoornissen bij kinderen (dataverzameling)
GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk (aanloop project)

NIEUW
GGZ 01.01 Toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog (rapportage)

NIEUW
GGZ 01.02 Versterking van de eerstelijns-GGZ. (onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns-GGZ te evalueren)

NIEUW
GGZ 01.03 De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen

P.M.
VRA 94.01 Patiëntenpanel Chronisch Zieken
VRA 98.01 Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
NS2 99.03. Psychische problemen en stoornissen

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 vijf jaar wordt, in samenwerking met de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek) en Prismant jaarlijks de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW) opgesteld. De belangrijkste resultaten uit deze studie worden jaarlijks opgenomen in de Zorgnota van VWS.
Bij het opstellen van de RAZW blijft het een probleem dat er weinig continue informatiebronnen zijn rondom het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dit geldt deels voor de beroepen in de extramurale gezondheidszorg, maar veel nadrukkelijker voor beroepen in de intramurale gezondheidszorg, zoals de medisch specialisten, AGIO's, AGNIO's, paramedische beroepsgroepen e.d. Vaak moet gebruik gemaakt worden van onvolledige gegevensbestanden van de verschillende beroepsverenigingen. Juist in het kader van de huidige arbeidsmarktproblematiek in de gezondheidszorg zou een goede

aanbodregistratie van beroepsbeoefenaren een belangrijk hulpmiddel zijn om de problemen in kaart te brengen en eventueel oplossingen aan te dragen. De aanbodregistraties die reeds jaren op het Nivel worden bijgehouden (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en kinderartsen) vormen dan ook een belangrijke informatiebron voor arbeidsmarktonderzoek. Het Nivel zal in de komende jaren plannen blijven ontwikkelen om ook voor andere beroepsgroepen dit soort registraties of vergelijkbare gegevensverzamelingen van de grond te tillen. Wellicht dat met de oprichting van het "Capaciteitsorgaan" in 1999, in de komende jaren mogelijkheden bestaan om zowel voor de medisch specialisten als voor de AGIO's en AGNIO's een continue gegevensverzameling over het aanbod op te zetten.
Ook op het terrein van het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden worden de nodige activiteiten ontplooid. In samenwerking met het wordt sinds 1997, in opdracht van de LCVV, jaarlijks een publicatie opgesteld over 'vraag en aanbod" binnen de verpleging en verzorging. Daarbinnen wordt ieder jaar een onderwerp nader uitgewerkt. Onderwerpen die in de afgelopen jaren aan de orde zijn geweest zijn: werkbelasting, gezondheidsklachten en ziekteverzuim (1997), uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden (1998), aansluiting opleiding en arbeidsmarkt (1999) en werkbeleving (2000).
In 1993 heeft het Nivel het boek 'Beroepen extramurale gezondheidszorg' uitgebracht. Dit was een overzichtsstudie over het aanbod van vrijwel alle beroepen in de eerste lijn. Naast gegevens over aantallen, samenstelling en spreiding werd ook ingegaan de positie en taakomschrijving van de verschillende beroepen. Gezien de snelle ontwikkelingen op het terrein van de arbeidsmarkt binnen de gezondheidszorg zou deze overzichtsstudie geactualiseerd moeten worden, waarbij ook aandacht besteed zal moeten worden aan beroepen die voornamelijk in de intramurale sector worden uitgeoefend (medisch specialisten e.d).

b. Beroepskrachtenvoorziening
In 1999 is het "Capaciteitsorgaan" opgericht. Deze organisatie speelt een belangrijke rol spelen bij de capaciteitsraming van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal-geneeskundigen en orthodontisten/kaakchirurgen. Het Ministerie van VWS verwacht dat het Capaciteitsorgaan voor deze beroepsgroepen jaarlijks een capaciteitsplan zal opstellen. Daartoe zullen er gegevens verzameld moeten worden over het aanbod en de vraag. Het Nivel en zijn gevraagd om deze gegevensverzameling uit te voeren. In 2000 is de eerste rapportage opgesteld. Jaarlijks zal deze rapportage geactualiseerd moeten worden. De gegevens voor deze overzichtsstudie komen deels uit ramingsstudies die in opdracht van de

afzonderlijke beroepsverenigingen zijn opgesteld. In het kader van de verbetering van de informatievoorziening voor ramingsstudies worden in opdracht van het Capaciteitsorgaan aanvullende studies worden uitgevoerd. In een van deze studies wordt onderzocht wat de wensen en voorkeuren zijn van de basisartsen en in hoeverre de capaciteit van de initiële opleiding geneeskunde voldoende is om de opleidingsplaatsen op de vervolgopleidingen te kunnen opvullen.
In de afgelopen jaren heeft het Nivel een groot aantal behoefteramingsstudies uitgevoerd (huisartsen, kinderartsen, longartsen, reumatologen, gynaecologen, orthopeden, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, radiologen, plastisch chirurgen, KNO-artsen). In de komende jaren zal deze activiteit ten behoeve van de verschillende beroepsverenigingen gecontinueerd worden. Voor een aantal beroepsgroepen (kinderartsen en gynaecologen) wordt door het Nivel een permanente monitoring van vraag en aanbod uitgevoerd, zodat tijdig de opleidingscapaciteit kan worden bijgesteld. Een dergelijk monitoringsysteem zal vanaf 2001 ook worden uitgevoerd voor de verloskundigen (zie VERL 00.04).
Naast behoefteramingsstudies voor de medische beroepen zal ook aandacht besteed moeten worden aan capaciteitsramingen voor de verschillende paramedische beroepen. Dit onder andere met het oog op de substitutie-mogelijkheden tussen de medische en paramedische zorg. Maar ook de ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen zelf vragen om een nadere arbeids-marktanalyse. In dit verband kan gewezen worden op de beroepsgroep fysiotherapeuten, die in de komende jaren wordt geconfronteerd met een toenemende vervangingsvraag.
Om de expertise en de modelontwikkeling rond behoefteramingsstudies verder uit te bouwen zullen aanvullende studies worden uitgevoerd. Ten eerste zal onderzocht moeten worden in hoeverre de substitutieproblematiek in het planningsmodel kan worden ingebouwd. In de tweede plaats wordt aandacht besteed aan de betrouwbaarheid van de ramingsmodellen. Tot slot wordt via een literatuurstudie onderzocht wat de stand van zaken is met betrekking tot beroepskrachtenplanning in andere landen.

c. Beroepsuitoefening
Bij het opstellen van behoefteramingsstudies zijn met name veel achtergrond-gegevens 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'. Voortbouwend hierop vragen verschillende Wetenschappelijke Verenigingen om ten behoeve van het opstellen van praktijkprofielen, referentiegegevens te leveren. De gegevens van de verschillende behoefteramingsstudies die in de afgelopen jaren zijn opgesteld bieden hiervoor een goede ingang.
In het kader van het onderzoek naar de tijdsbesteding zal ook aandacht besteed worden aan de toenemende vraag naar deeltijdwerken. Door de feminisering van de meeste artsenberoepen neemt het aantal deeltijders sterk toe. Om inzicht te krijgen in de problematiek van het deeltijdwerken door medisch specialisten is in 2000 het ZON-onderzoekprogramma "Deeltijdwerken Medisch specialisten" van start gaan. In dat kader zijn in het werkplan twee onderzoeken opgevoerd. Enerzijds een evaluatie onderzoek naar de implementatie van deeltijdwerken van medisch specialisten en anderzijds een inventarisatie van deeltijdwerken van artsen in het buitenland.
Binnen de gezondheidszorg is sprake van een toenemende vraag naar informatie die snel en betrouwbaar verzameld kan worden. Een van de mogelijkheden om dit te realiseren zijn "panels", waarbij een zelfde groep personen over de meest uiteenlopende onderwerpen met enige regelmaat worden geënquêteerd. Wat tot op heden ontbreekt zijn met name aanbodpanels, d.w.z. panels van beroeps-beoefenaren. In dit werkplan worden de eerste ideeën ontvouwd over een op te zetten "artsenpanel".
De snelle veranderingen binnen de gezondheidszorg (toenemende mondigheid van patiënten, meer nadruk op verantwoording en transparantie, doelmatigheid, vraaggestuurde zorg) en in de organisatie van de zorg (regionale invalshoek, structuurveranderingen van het ziekenhuis, meer organisatorische en management-taken voor zorgverleners) zouden gevolgen kunnen hebben voor de toekomstige beroepenstructuur. In de VWS nota "Gezondheidsberoepen in beweging" wordt hieraan uitgebreid aandacht besteed. Dit vindt deels zijn vertaling in het PEO-programma "Personele infrastructuur" dat waarschijnlijk in 2001 van start zal gaan.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

REG 99.01	Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen (afgerond)
BKP 95.09e	Behoefteraming orthopeden (afgerond)

BKP 99.02	Behoefteraming longartsen (afgerond)
BKP 99.04	Behoefteraming KNO-artsen (afgerond)
BKP 95.06	Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen (afgerond)
BKP 98.04	Effecten van verandering honoreringsregeling medisch specialisten op wachtlijstproblematiek (vervalt)

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 Zorg en Welzijn 2001 (RAZW)
REG 98.01	Beroepen in de gezondheidszorg 2001

b. Beroepskrachtenvoorziening

BKP 94.01	Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen (subsidie verwerven)
BKP 95.04	Modelontwikkeling behoefteramingsstudies
BKP 95.09	Behoefteraming medisch specialismen
BKP 95.09a	Behoefteraming kinderartsen
BKP 96.03	Vraag en aanbod binnen de verpleging en verzorging
BKP 99.06	Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief
BKP 99.07	Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
BKP 00.02	Flexibility of specialised human capital and manpowerplanning; the case of medical profession

c. Beroepsuitoefening

BKP 98.03	Werklastmeting radiologen
BKP 98.06	Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens
BKP 98.07	Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten
BKP 99.08	Evaluatie invoering van deeltijd werken van specialisten in de ziekenhuisorganisatie
BKP 00.01	Carrière-duur van huisartsen

NIEUW
BKP 01.01 Jaarlijkse overzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan

NIEUW
BKP 01.02 Cohortonderzoek basisartsen

NIEUW
BKP 01.03 Afstemming initiële opleiding voor artsen en vervolgopleidingen

NIEUW
BKP 01.04 Beroepskrachtenplanning Orthopeden

NIEUW
BKP 01.05 Arbeidsmarktmonitor chirurgen

NIEUW
BKP 01.06 Arbeidsmarktmonitor Anesthesiologen

NIEUW
BKP 01.07 Deeltijdwerken van artsen: buitenlandse ervaringen

NIEUW
BKP 01.08 Huisartsenpanel

P.M.
NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
VERL 01.03 Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening
VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners

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 leidt tot een betere en goedkopere zorg. In het regeerakkoord van 1998 is de centrale rol en de poortwachtersfunctie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem opnieuw bevestigd. Het in dat regeerakkoord vermelde voornemen om de financiering van gezondheidszorg-sectoren te koppelen aan meerjarenafspraken heeft in 1998 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, met name door introductie van het Elektronisch Voorschrijf Systeem.

Deze meerjarenafspraken vormen ook in 2001 nog de richtsnoer voor het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg. Door de beroepsgroep is daarnaast de organisatie en financiering van de zorg buiten kantooruren op de agenda gezet. Dit mede naar aanleiding van Nivel-onderzoek in Rotterdam waaruit bleek dat door het instellen van centrale huisartsenposten de werklast aanmerkelijk kon worden verminderd met een minstens gelijkblijvende service voor de patiënt.
In aansluiting op deze speerpunten is in het jaar 2000 de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van start gegaan. 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. 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 wordt uitgevoerd in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk flink uitbreidt. Eind 2001 zal de gegevens-verzameling voor de tweede Nationale Studie worden afgesloten.

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 inmiddels meer dan 30-jarige expertise op het terrein van registratie door huisartsenpeilstations blijkt internationaal van groot belang te zijn. Op Europees niveau bestaat er grote behoefte aan continue informatie over het vóórkomen van ziekten in de bevolking. Voor een aantal belangrijke ziekten is de huisartspraktijk de enige bron van informatie. Door verschillen in definities, registratiemethoden, maar ook cultuurverschillen (bijvoorbeeld in het consultatiegedrag) is de informatie

uit verschillende landen niet zonder meer vergelijkbaar. In het kader van de internationaal georiënteerde projecten rond de huisartsenpeilstations zal het Nivel zich in de komende jaren ontwikkelen tot een expert-centrum op het gebied van registratie in huisartsenpeilstations. De bestaande expertise en informatie wordt hiertoe gedocumenteerd en toegankelijk gemaakt.

De onderzoeksactiviteiten gerelateerd aan de Registratie van huisartsen en pas afgestudeerde huisartsen worden beschreven onder het onderzoeksprogramma 'Beroepskrachten-studies'.

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 Slovenië, Wit-Rusland, Oekraïne

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HAG 99.01 Huisartsenzorg en asielzoekers: naar een monitoring-systeem (afgerond, zie MIG 00.06)

PEIL 98.03 De uitkomst van bewezen influenza in de huisartspraktijk in Nederland (afgevoerd)

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

PEIL 99.01 Herpes zoster (gordelroos) als indicator-ziekte

PEIL 99.02 Resistentie tegen antibiotica bij veel voorkomende infectieziekten

PEIL 99.03 Health monitoring in Sentinel Practice Networks

PEIL 00.01 Surveillance van acute gastro-enteritis en zijn verwekkers in Europa

PEIL 00.02 Incidentie van acute gastro-enteritis: een vergelijking tussen Nederland en Engeland

NIEUW
PEIL 01.01 Vergelijking van de impact van de influenza epidemie in Engeland en Nederland

NIEUW
PEIL 01.02 Het voorkomen en de diagnostiek van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen in de huisarts praktijk

NIEUW
PEIL 01.03 Suïcide en suïcidepogingen in de huisarts praktijk 1987-1999

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 00.01 Classificatie

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen

LINH 98.02 Analyse morbiditeitspecifieke verwijsgegevens

LINH 99.01 Protocollering laboratorium-onderzoek in de eerste lijn

LINH 00.02 Monitoring implementatie Elektronisch Voorschrijf Systeem

LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie

LINH 00.03 Cervixscreening

LINH 00.04 Reductie benzodiazepinegebruik

LINH 00.05 Evaluatie Zorgpas

NIEUW
LINH 01.01 Evaluatie uitsluiting buiten WTG-middelen

NIEUW
LINH 01.02 Determinanten van langdurig geneesmiddelgebruik

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

NS2 99.02 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk

NS2 99.03 Psychische problemen en stoornissen

NS2 99.04 Comorbiditeit

NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg

NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie

NS2 99.09 Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen

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

NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

NS2 99.12 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen

NS2 99.13 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg

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

NS2 99.15 Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsen-groep (HAGRO)

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

NS2 99.20 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

NIEUW
NS2 01.01 De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts

NIEUW
NS2 01.02 Leefomgeving en gezondheid

Internationaal
P.M.
WHO INT 91.01 Taakprofielen van huisartsen in Europa
WHO INT 98.06 Morbidity in general practice in Central European Perspective

Overig
HAG 00.01 Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk

NIEUW
HAG 01.01 Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk

NIEUW
HAG 01.02 Centrale huisartsenposten voor spoedeisende hulp

P.M.

GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk
BKP 00.01	Carrièreduur van huisartsen
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
VRA 88.01	Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)

2.2.6 Verloskundige zorg

Het systeem van de verloskundige zorg in Nederland wordt gekenmerkt door de scheiding tussen de eerste- en tweedelijn. Anders dan in ons omringende landen, is er naast de huisarts (als generalistische gezinsarts) en de gynaecoloog (als specialist in pathologie) een aparte zelfstandige eerstelijnsberoepsgroep, de verloskundigen, die gespecialiseerd is in het begeleiden van de normale, ongecompliceerde zwangerschap en bevalling. 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.
Verschillende ontwikkelingen van de afgelopen jaren vormen echter een bedreiging voor het Nederlandse verloskundige systeem en met name voor de thuisbevalling, zoals het (dreigend) tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen en problemen in de kraamzorg.
Acties van verloskundigen, om de problemen binnen hun beroepsgroep, met name het tekort aan verloskundigen en (mede daardoor) de hoge werkdruk, onder de aandacht te brengen, hebben geresulteerd in een besluit van de minister om concrete maatregelen te nemen om de situatie te verbeteren. Eén van die maatregelen is het verlagen van de normpraktijk voor verloskundigen van 150 naar 120 bevallingen per jaar. Voor een wetenschappelijke onderbouwing van de toekomstige normpraktijk is het Nivel gevraagd onderzoek te doen naar de tijdbesteding in verloskundige praktijken.
Andere maatregelen zijn: het vergroten van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen van 120 naar 160 plaatsen per jaar en het bevorderen dat een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundige praktijken wordt opgezet.
Deze maatregelen zullen van grote invloed zijn op het functioneren van de (eerstelijns) verloskundige zorgverlening. Het is daarom van groot belang om gedurende langere tijd de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening te monitoren zodat tijdig gesignaleerd kan worden of bijstelling van beleid gewenst is.

Omdat ook de problemen in de kraamzorg nog steeds de aandacht vragen, wordt vervolg-onderzoek verricht naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. In dit onderzoek worden zowel kraamzorgaanbieders als verloskundigen als call-centra (intermediair tussen verzekeraar en kraamzorgaanbieder) benaderd. Onderzocht wordt in hoeverre kraamzorgaanbieders op de hoogte zijn en werken aan de invoering van de basiskwaliteitseisen kraamzorg, wat de rol van de call-centra precies is en in hoeverre er problemen zijn ten aanzien van de toegankelijkheid van de kraamzorg voor verschillende zorgvragers.
Gedurende een reeks van jaren is een gestage daling van het aantal thuisbevallingen geconstateerd, evenals een stijging van het aantal vrouwen dat voor thuisbevalling kiest maar gedurende de bevalling toch naar het ziekenhuis wordt verwezen. Vooral vrouwen die voor de eerste keer bevallen worden relatief vaak naar de tweede lijn verwezen. Nader onderzoek naar de factoren die de verwijzing 'durante partu' (dat wil zeggen: tijdens de bevalling) beïnvloeden is van groot belang voor het behoud van de thuisbevalling.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERL 98.02	Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een up-date
VERL 98.03	Evaluatie Kwaliteitsbeleid verloskundige zorg (geen opdracht gekregen, kwaliteitsprogramma PROVER afgerond)
VERL 99.01	Uittreden en herintreden van verloskundigen (afgerond)
VERL 99.02	Inventarisatie van verloskundig actieve huisartsen (afgerond)
VERL 99.03	Factoren die vestiging van verloskundigen beïnvloeden (afgerond)
VERL 00.01	Onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorgverlening (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VERL 94.02	The social organization of Dutch maternity care (rapportage)
VERL 98.01	Verwijzingen 'durante partu' (schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW
VERL 01.01 Kwaliteit en toegankelijkheid kraamzorg II
(dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW
VERL 01.02 Tijdbesteding in verloskundige praktijken
(dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW
VERL 01.03 Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening
(schrijven onderzoeksvoorstel)

NIEUW
VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners
(schrijven onderzoeksvoorstel)

P.M.
REG 84.03 Verloskundigenregistratie
REG 85.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen

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. Naast informatie over het aanbod van en vraag naar paramedische zorg, bestaat er bij de verschillende partijen in de gezondheidszorg (beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, overheid) behoefte aan gerichte informatie over onder andere de inhoud van paramedische zorg, ontwikkelingen in de zorg, de financiering van zorg en knelpunten in de zorg. Een belangrijke aanzet ten aanzien van de toekomstige informatievoorziening is de inrichting van zogenaamde peilstations ten behoeve van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ-stations). Deze LIPZ-stations zullen worden gevormd door praktijken of afdelingen waar op continue basis

gegevens op geautomatiseerde wijze 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.

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 naar de voortgang en de resultaten van het programma. In het kader van deze evaluatie wordt onder andere de effecten van kwaliteitszorg op het paramedisch handelen nagegaan. Zo wordt bijvoorbeeld nagegaan welke veranderingen beroepsbeoefenaren in hun organisatie aanbrengen naar aanleiding van een visitatiebezoek. Het BKPZ zal een vervolg hebben in het programma Implementatie Kwaliteit Paramedische Zorg (IKPZ). Hoofddoel van dit programma is de implementatie van de reeds ontwikkelde instrumenten van het OKPZ- en BKPZ-programma. Het IKPZ - programma zal de afsluiting vormen van de kwaliteitsprogramma's binnen de paramedische sector en zal daarom een belangrijke aanzet zijn tot de realisatie van een geïntegreerd kwaliteitssysteem voor de paramedische beroepsverenigingen. De evaluatie van het IKPZ-programma zal zich daarom richten op de voortgang en het welslagen van de implementatie van kwaliteitszorg van de paramedische beroepsbeoefenaren.

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 bestuderen van de invloed van ziekte op het functioneren, 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.
Bij het uitvoeren van onderzoek naar de effecten van paramedische zorg wordt samengewerkt met diverse onderzoeksgroepen en -instituten zoals het Nederlands Paramedisch Instituut, de afdeling Revalidatie en het Instituut voor Extramuraal Gezondheidszorgonderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit Amsterdam. Het Nivel heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Jan van Breemen Instituut om gezamenlijk onderzoek uit te voeren op het gebied van paramedische zorg en hulpmiddelen (zie: themagebied: "Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen).

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

PMED 99.01 Specifieke deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen
(afgerond)

PMED 00.04 Symposium: Paramedische zorg bij chronisch zieken: beperkingen en mogelijkheden
(afgerond)

PMED 00.02 Inventarisatie van onderzoek naar de preventie van klachten aan het bewegingsapparaat in Nederland
(afgerond)

PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten: een multidisciplinaire richtlijn
(subsidie-aanvraag niet gehonoreerd)

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

Lopende en nieuwe projecten:

Beleidsgerichte informatievoorziening

PMED 98.01 Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg
(in uitvoering)

PMED 00.01 Preventie en fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck
(rapportage)

NIEUW
PMED 01.01 Centrum voor beleidsgerichte informatie paramedische zorg
(schrijven projectvoorstel)

NIEUW
PMED 01.02 Differentiatie in taken van radiologisch laboranten: een optie?
(in uitvoering)

P.M.
NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

Proces
PMED 97.06 Evaluatie programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg
(vervolg op het OKPZ; in uitvoering)

PMED 98.04 Omgaan met artrose
(in uitvoering)

PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen
(in afwachting van subsidie)

PMED 00.03 Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)
(vervolg op het BKPZ; schrijven van onderzoeksvoorstel)

NIEUW
PMED 01.03 Kwaliteitsbeleidsplannen van de paramedische beroepsverenigingen: een overzicht
(in uitvoering)

NIEUW
PMED 01.04 Ontwikkeling van een protocol voor diagnostisch onderzoek door de diëtist bij vermeende voedselovergevoeligheid
(in uitvoering)

Effect van paramedische zorg
PMED 95.01 Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
(afronden dissertatie)

PMED 99.04 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies
(in uitvoering)

PMED 00.05 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek
(in uitvoering)

NIEUW
PMED 01.05 Het effect van GRADIT, graded activitiy door middel van intermitterende oefentherapie bij patiënten met artrose van heup of knie
(schrijven van onderzoeksvoorstel)

NIEUW
PMED 01.06 Het beloop van functionele status bij oudere patiënten met late gevolgen van poliomyelitis, artrose en de ziekte van Parkinson: de invloed van leeftijdsgerelateerde stoornissen en comorbiditeit
(in voorbereiding)

P.M.
TH 00.01 Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur

2.2.8 Verpleging en verzorging

Binnen het veld van de verpleging en verzorging zijn recent veel veranderingen doorgevoerd die samenhangen met de modernisering van de AWBZ. Zo hebben de Regionale IndicatieOrganen de organisatie van de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde thuiszorg overgenomen van de thuiszorgorganisaties. Het belangrijkste doel van de 'onafhankelijke' indicatiestelling is de aansluiting tussen geïndiceerde zorg, geleverde zorg en de zorgbehoefte van cliënten te verbeteren. Uit het veld komen echter geluiden dat de bureaucratie rond de indicatiestelling sterk is toegenomen en dat het proces van zorg indiceren en toewijzen is verlengd. Cliënten zouden daar de dupe van zijn. In aansluiting daarbij wordt door het Nivel onderzoek verricht naar de voor- en nadelen van de indicatiestelling 'nieuwe stijl' voor specifiek chronisch zieke patiënten met een zorgvraag op het gebied van thuiszorg. Echter ook voor wijkverpleegkundigen brengt de onafhankelijke indicatiestelling veranderingen mee, die consequenties heeft voor de invulling van hun functie. Nagegaan zal worden wat de mogelijkheden zijn om een onderzoek op

te zetten dat gewijd is aan de gevolgen van het nieuwe indicatiebeleid voor de wijkverpleegkundige beroepsgroep.
Een tweede actuele ontwikkeling die samenhangt met de modernisering van de AWBZ, betreft de uitbreiding van de taken van regionale zorgkantoren. De zorgkantoren moeten er voor zorgen dat de zorginstellingen de geïndiceerde hoeveelheid en soort zorg levert en moeten nu ook gaan letten op de organisatie en financiering van de zorgleveranciers. Onder meer in het voornoemde, lopende project rondom de indicatiestelling wordt rekening gehouden worden met de centrale rol van zorgkantoren.

Verder zijn veel verpleegkundigen en verzorgenden betrokken bij nieuwe initiatieven op het terrein van palliatieve zorg. Kenmerkend voor palliatieve zorg is dat niet alleen lichamelijke klachten worden bestreden, maar dat ook aandacht uitgaat naar emotionele, spirituele en sociale zorgbehoeften. Palliatieve zorg is daarom bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid, waaraan verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijk aandeel kunnen leveren. Binnen het kader van het stimuleringsbeleid van het Ministerie van VWS op dit terrein, zijn twee jaar geleden zes Centra voor de Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ-en) van start gegaan. De COPZ-en initiëren momenteel vele projecten die bedoeld zijn om de palliatieve zorg in Nederland te optimaliseren en de deskundigheid van onder andere verpleegkundigen en verzorgenden te bevorderen. Verder heeft de Minister van VWS in 1999 de Projectgroep Integratie Hospicezorg ingesteld, die onder meer projecten begeleidt die zijn gericht op de integratie van "hospicevoorzieningen' in de reguliere gezondheidszorg. Inspelend op de actualiteit van het thema palliatieve zorg, worden in samenwerking met het Netwerk Palliatieve Zorg voor Terminale Patiënten in Nederland (NPTN) voorbereidingen getroffen voor de opzet van een Registratiesysteem Palliatieve Terminale Zorg. Het voornoemde registratiesysteem moet een regelmatig te actualiseren overzicht bieden van initiatieven op het terrein van palliatieve zorg.

Een belangrijk probleem binnen de verpleging en verzorging betreft de personeelsschaarste. Voor 2004 worden tekorten van 15% aan gekwalificeerd personeel in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingshuissector verwacht. Ondanks de grote arbeidsreserves onder werklozen, allochtonen en herintredende vrouwen kiezen weinigen voor een loopbaan in de zorg . Voor een deel zal dat samenhangen met onvoldoende of inadequate werving onder deze arbeidsreserves, maar mogelijk ook met een negatief imago van de verpleging en verzorging..Ook worden de personeelstekorten versterkt doordat veel verpleegkundigen en verzorgenden afhaken. Vandaar dat er extra aandacht dient te worden besteed aan onderzoek naar de motivering en beroepsbeleving van verpleegkundigen en

verzorgenden en hun arbeidsomstandigheden in deze sectoren. Het beroepsbeeld en motivatie zijn onderdeel van het panel verpleging en verzorging dat door het Nivel, in samenwerking met het LCVV , wordt opgezet. De arbeidsomstandigheden (ARBO-beleid) komen terug in de studie naar de fysieke belasting in verpleeg- en verzorgingshuizen die in samenwerking met Locomotion en de Erasmus Universiteit wordt uitgevoerd.

Tevens wordt hoge prioriteit gegeven aan onderzoek naar de inhoud en met name de effecten van de zorg die binnen, en in toenemende mate, vanuit het verpleeghuis wordt geleverd aan zwaar zorg behoevende patiënten. De reeds bestaande informatiesystemen lijken onvoldoende informatie hiervoor te leveren. In een vooronderzoek zal worden nagegaan of het noodzakelijk en mogelijk is een netwerk van peilstations voor de verpleeghuiszorg te creëren dat in deze informatiebehoefte kan voorzien. Ten aanzien van de vraag naar efficiency en doelmatigheid van de verleende zorg is het relevant te onderzoeken wat de zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt. Kwaliteit van leven wordt dan ook 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 snoezelen, invloed hebben op het functioneren van dementerende bewoners in verpleeghuizen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

WIJK 96.04	Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam (afgerond)
WIJK 97.03	Transmurale verpleegkundige zorg II: een studie naar transmurale ziekenhuisteams (afgerond)
WIJK 98.01	Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken (afgerond)
WIJK 98.05	Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod (afgerond)
WIJK 99.03	Zorgnet: evaluatiestudie naar specialistische transmurale zorg (afgerond)

VERPL 99.01 Evaluatie van kleinschalig wonen met aandacht voor leefstijl van dementerenden
(geen subsidie verkregen)

VERPL 00.01 Onderzoek in verzorgingshuizen: stand van zaken en prioriteiten
(afgerond)

VERPL 00.02 Bruikbaarheid en validiteit van een screeningsinstrument voor het vaststellen van de kwetsbaarheid van informele zorgverleners door de huisarts
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

V&V 94.01[3] Werken in de gezinsverzorging
(afronden proefschrift)

V&V 97.05 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
(afronden proefschrift)

V&V 99.01 Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening
(dataverzameling en -analyse)

V&V 99.02 Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie
(uitvoering en rapportage)

V&V 99.04 Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg
(registraties)

V&V 00.01 Terminale thuiszorg voor Turken en Marokkanen: een aanzet tot betere afstemming van het aanbod op de behoeften
(dataverzameling en -analyse)

V&V 00.02 Registratiesysteem Palliatieve Terminale Zorg
(in afwachting van subsidie)

---

3 De in de vorige werkplannen vermelde code WIJK is vervangen door V&V

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

VERPL 99.02 Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners (dataverzameling voormeting)

VERPL 99.04 Bewonerspanel verpleeghuizen (in afwachting van subsidie)

NIEUW
V&V 01.01 Vooronderzoek peilstations voor multidisciplinaire verpleeghuiszorg

NIEUW
V&V 01.02 Het gebruik van EASYcare in de Nederlandse thuiszorg: een pilotstudie

NIEUW
V&V 01.03 Fysieke belasting in de verpleeg- en verzorgingshuizen

NIEUW
V&V 01.04 Allochtonen en de thuiszorg: bereik, verrichtingen en belang

P.M.
SAM 99.03 De multifunctionaliteit van het RAI voor de ouderenzorg
NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen
INT 98.04 The organisation of home care in Europe

2.2.9 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 voert 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.
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. Wat betreft doelmatigheid bestaat er enerzijds de indruk dat voorgeschreven hulpmiddelen niet of weing gebruikt worden (teveel voorschrijven); anderzijds is er ook de indruk dat hulpmiddelen niet of te laat voorgeschreven worden (ondergebruik). 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 naar de effecten van training en advisering over het gebruik van hulpmiddelen, en het proces van het voorschrijven. Wat betreft de kwaliteit van de hulpmiddelen gaat het vooral om de kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker (bruikbaarheid, hanteerbaarheid). Hulpmiddelen worden veelal uitsluitend beoordeeld op hun technische kwaliteit; systematisch en methodologisch goed onderzoek naar de bruikbaarheid van hulpmiddelen vanuit het perspectief van de gebruiker is schaars. 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.

Er is een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het Jan van Breemen Instituut (JBI), Nivel en Vrije Universiteit. Het JBI is een instituut voor reumatologie en revalidatie en een expertisecentrum voor houding en beweging. De samenwerkingsovereenkomst heeft tot doel onderzoek naar paramedische zorg bij aandoeningen van het bewegingsapparaat te stimuleren. Het onderzoek zal in eerste instantie toegespitst worden op "paramedische zorg en hulpmiddelen". Vanuit dit samenwerkingsverband is een aantal projecten gestimuleerd, dat beschreven wordt deels bij het themagebied "Paramedische Zorg" en deels bij het themagebied "Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen". De verwachting is dat de samenwerking een zeer stimulerende invloed op het onderzoek zal hebben.
Tevens is er samenwerking met het EMGO-Instituut. Het doel van deze samenwerking is het onderzoek naar (kosten)effectiviteit van hulpmiddelen te stimuleren. Tevens is het doel de methodologie van het onderzoek op dit gebied verder te ontwikkelen. Aan deze samenwerking zal de komende tijd vorm gegeven worden.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

TH 99.03	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

TH 94.01	Tillen in de gezondheidszorg
TH 95.04	Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie (in uitvoering)
TH 99.01	Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie (in uitvoering)
TH 99.04	Zelfstandig gebruik van tilliften door mantelzorgers en cliënten (in uitvoering)
TH 00.01	Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur (in afwachting van subsidie)
TH 00.02	Validering van de SODA bij patiënten met artrose (in uitvoering; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)
TH 00.03	Het effect van een duimspalk bij patiënten met artrose (schrijven projectvoorstel; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)
TH 00.04	Loophulpmiddelen bij patiënten met reumatische aandoeningen (in uitvoering; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)

NIEUW

TH 01.01	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: incontinentiemateriaal

NIEUW

TH 01.02	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: loophulpmiddelen

P.M.

VRA 94.01 Patiëntenpanel chronisch zieken (PPCZ)
(deelstudie over gebruik van hulpmiddelen door chronisch zieken)

PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie

2.2.10 Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt

Continuïteit

Goede bejegening van patiënten vormt zowel binnen het beleid als de praktijk van de gezondheidszorg een continu aandachtspunt. Zo is wettelijk binnen de WGBO vastgelegd dat patiënten op een adequate wijze geïnformeerd dienen te worden over hun aandoening en de daaraan gekoppelde therapeutische mogelijkheden. Op die manier kunnen patiënten meedenken en -beslissen over de behandeling die hen te wachten staat. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan zowel de informatiebehoefte van de patiënt als aan de roep om shared decisionmaking. Daarnaast verlangen zorgbehoeften een benadering waarin oog is voor de beleving, onzekerheid en kwetsbaarheid van de individuele patiënt. Men ziet dan ook dat er in de praktijk steeds meer geëxperimenteerd wordt met verschillende onderwijsvormen waarmee dergelijke patiëntgerichte communicatie kan worden overgebracht. Om goede zorg aan de patiënt te kunnen garanderen moet continu gemonitord worden of en hoe dergelijke initiatieven de praktijk van de gezondheidszorg beïnvloeden. Continuïteit in onderzoek naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt is bovendien van belang omdat de inherent therapeutische waarde van het contact steeds meer erkend wordt; factoren als aandacht, erkenning en vertrouwen dragen, van oudsher, in belangrijke mate bij aan het succes van een behandeling. Bovendien dient daarmee te worden voorkomen dat door de voortschrijdende medisch-technische mogelijkheden de aandacht voor de patiënt als individu verslapt. Ook binnen diverse medische beroepsgroepen is aandacht voor factoren als bejegening en arts-patiënt relatie de afgelopen jaren toegenomen. Daarnaast lijkt het Internet een steeds grotere rol te vervullen bij het informeren van patiënten en beroepsgroepen.

Speerpunten

Bejegening van patiënten en cliënten is reeds 25 jaar een belangrijk onderwerp van studie 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 betreft 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, deeltijd vs voltijd werken, beschikbare tijd)? En tenslotte 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 biologische parameters zoals bloedsuikerspiegel, bloeddruk of parameters van het immuunsysteem.

Verbreding

Onderzoek naar communicatie in hulpverleningssituaties 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 oncoloog 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 bijvoorbeeld 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, evenals de hartchirurgische patiënt die in korte tijd van veel verschillende hulpverleners informatie ontvangt. Ook bij deze patiëntencategorieën is aandacht voor de kwaliteit van informatie-overdracht en bejegening van groot belang. Tenslotte heeft, in navolging van het opvoeden van artsen ook het versterken van de positie van de patiënt zelf onze aandacht.
Om de jarenlange ervaring in het verrichten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie uit te kunnen dragen, wordt momenteel in samenwerking met Elsevier gewerkt aan de oprichting van een Europese vereniging hulpverlener-patiënt communicatie.

Methodiek

Traditiegetrouw vindt het onderzoek naar communicatie op het Nivel plaats met behulp van video-opnames in de praktijk. Inmiddels is hierdoor een archief ontstaan van video-opnames van zo'n 10.000 contacten van gesprekken tussen patiënten en verpleegkundigen, medisch specialisten en huisartsen in binnen- en

buitenland. Dit unieke archief weerspiegelt de veranderingen die zich door de jaren heen binnen de gezondheidszorg hebben voltrokken en is zodoende van historisch, cultureel en maatschappelijk belang. Helaas zijn beeld en geluid van de video-opnames erg vergankelijk. Inmiddels loopt de kwaliteit van de eerste opnames snel achteruit. Om die reden is het Nivel begonnen met het digitaliseren van het volledige video-bestand. Tegelijkertijd zijn de observatie-units aangepast aan de nieuwste technologische ontwikkelingen en worden de mogelijkheden van het doen van onderzoek met digitale bestanden (bijv. integratie met spraakherkenning) verder uitgezocht.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PSH 95.06e	Effect van communicatietraining op de communicatie van specialisten (afgerond)
PSH 99.01	De communicatie tussen AMW-ers en hun cliënten (vervalt)
PSH 95.06d	Verschillen tussen communicatie bij patiënten met kanker en met diabetes-II (vervangen door vergelijking tussen andere aandoeningen)

Lopende en nieuwe projecten:

PSH 94.02	Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen
PSH 95.06	Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek Onderzoeksprogramma met nog het volgende deelonderzoek:
PSH 95.06c	Effect van internist-patiënt communicatie op gezondheid en kwaliteit van leven van patiënt
PSH 97.02	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
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 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
PSH 00.01	Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS
PSH 00.02	Digitaliseren van video-archief
NIEUW PSH 01.01	Europese vereniging hulpverlener-patiënt communicatie (in afwachting van subsidie)
NIEUW PSH 01.02	Opvoeden van patiënten in de spreekkamer
NIEUW PSH 01.03	Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen
NIEUW PSH 01.04	Communicatie en het handelen volgens standaarden
NIEUW PSH 01.05	Second opinion chirurgische oncologie
NIEUW PSH 01.06	Kwaliteit van vrouwenzelfhulp vanuit cliëntenperspectief
NIEUW PSH 01.07	Interculturele communicatie in de huisartspraktijk

P.M.

WIJK 97.04	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
NS2 99.15	Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.11 Het perspectief van de hulpvrager

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem wordt een steeds groter belang toegekend aan het perspectief van de hulpvrager. Patiënten- en consumentenorganisaties zijn nadrukkelijk op zoek naar manieren om dit perspectief niet alleen te verwoorden, maar er ook voor te zorgen dat dit gevolgd wordt door daadwerkelijke veranderingen in het zorgaanbod. Dit gebeurt bijvoorbeeld door actief te participeren in benchmarkonderzoek, of door zelf een soort benchmarkonderzoek op te zetten. Op regionaal niveau wordt, in het kader van de meerjarenafspraken in de zorg, door patiënten / consumenten platforms een veelheid van projecten ingezet om de zorg meer vraaggericht te maken. Organisaties van mensen met een chronische ziekte of een handicap vragen daarnaast vooral ook aandacht voor de maatschappelijke consequenties van ziekte of handicap. Zorgaanbieders lijken vaker kennis te willen nemen van de manier waarop hun cliënten oordelen over de zorg die zij leveren. Dit kan beperkt blijven tot een eenmalig satisfactieonderzoek, maar er zijn ook voorbeelden van ingrijpende organisatieveranderingen, waarbij het gebruikersoordeel één van de indicatoren is waar de verandering zich op richt. Het overheidsbeleid, tenslotte, is nadrukkelijk gericht op het vergroten van de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg. Dit gebeurt onder meer door middel van wetgeving. Zo staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) het recht op informatie en het toestemmingsvereiste centraal en is een belangrijke doelstelling van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) de kwaliteitsverbetering op basis van informatie uit klachten. Ook de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorgaanbieders zichtbaar te maken hoe zij het perspectief van de hulpvrager verwerken in hun beleid. Geconstateerd moet worden dat al deze activiteiten er nog lang niet toe hebben geleid dat de Nederlandse gezondheidszorg daadwerkelijk vraaggericht werkt.

Een vraaggerichte zorg betekent ook dat aandacht wordt besteed aan de zorgbehoeften van specifieke doelgroepen, naast de aandacht voor reguliere zorg. Vanwege hun grote zorggebruik en specifieke behoeften (langdurige, complexe, multidisciplinaire zorg) vormen chronisch zieken een belangrijke doelgroep voor gezondheidszorgbeleid. Sinds het begin van de jaren 90 wordt door het Ministerie van VWS daarom specifiek aandacht besteed aan chronisch zieken; daarbij was de installatie van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) een belangrijk beleidsinstrument. Gedurende haar achtjarig bestaan, heeft de NCCZ tal van projecten geïnitieerd en maatregelen getroffen om niet alleen de zorg, maar ook de maatschappelijke positie en kwaliteit van leven van chronisch zieken te verbeteren. In 1999 heeft de NCCZ haar taken overgedragen aan andere partijen in het veld. In haar eindadvies constateert de NCCZ dat chronisch zieken weliswaar

nadrukkelijker een plaats hebben gekregen op de politieke en maatschappelijke agenda, maar dat zij nog steeds relatief veel knelpunten ervaren in de zorg en zich in een nadelige maatschappelijke positie (voor wat betreft werk en inkomen) bevinden. Binnen het themagebied neemt de problematiek van chronisch zieken dan ook een afzonderlijke plaats in.
Derhalve kent het themagebied twee onderzoekslijnen : vraaggerichte zorg en chronisch zieken. Deze onderzoekslijnen overlappen elkaar gedeeltelijk.

Vraaggerichte zorg
In deze onderzoekslijn staat de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg centraal. Vitaal hierin is het ontwikkelen en implementeren van gebruikersfeedback-systemen. Het eerste onderdeel is de ontwikkeling van valide, betrouwbare en praktisch bruikbare instrumenten die het oordeel van zorggebruikers registreren. Dit gebeurt bijvoorbeeld met de QUOTE (Quality of care through the patient's eyes) , het meetinstrument voor het vaststellen van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van zorgvragers. Van de QUOTE worden nieuwe varianten ontwikkeld die bruikbaar zijn voor steeds weer nieuwe doelgroepen. Ook blijkt er internationaal interesse te zijn voor de QUOTE. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar het oordeel van zorggebruikers over de door hen ontvangen zorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in bijvoorbeeld het consumentenpanel en in projecten waarin de QUOTE wordt toegepast. Implementatie van de resultaten van onderzoek staat centraal in het ziekenhuisvergelijkingsproject, het project rond de benchmark thuiszorg en het project 'verlanglijst' voor het Utrechts patiënten en consumentenplatform. Tot slot wordt op micro-niveau onderzoek gedaan naar de gevolgen van de WGBO voor met name 'informed consent' en is onderzoek in voorbereiding naar de relatie tussen gebruikersoordelen -die vaak positief zijn- en het voorkomen van dissatisfactie of klachten.

Chronisch zieken
Belangrijke thema's binnen deze onderzoekslijn zijn de problemen rondom de diagnosestelling (prediagnostische fase), de specifieke zorgbehoefte van chronisch zieken, de ervaren knelpunten in het gebruik van zorg, en de gevolgen van chronische aandoeningen voor de kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie. Een centraal project in deze onderzoekslijn is het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), waarin op continue wijze beleidsrelevante gegevens worden verzameld over de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening, hun ervaringen in de gezondheidszorg en hun maatschappelijke participatie, waaronder arbeidsparticipatie, en financiële positie.
Naast het onderzoek dat in het kader van het PPCZ bij volwassenen met chronische aandoeningen plaatsvindt, wordt onderzoek verricht naar de gevolgen

van chronische ziekte voor de kwaliteit van leven, de zorg en maatschappelijke participatie van specifieke subgroepen, zoals mensen met astma of COPD, mensen met zeldzame aandoeningen, chronisch zieke kinderen en jongeren met chronische spijsverteringsaandoeningen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

Vraaggerichte zorg

VRA 97.02	De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg (afgevoerd, niet uitgevoerd)
VRA 98.06	Klachten, klachtbehandeling, klachtenregistratie en klachtwet (afgerond)
VRA 99.03	Kennis en ervaren knelpunten rond de Wet op de geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) onder de Nederlandse bevolking, chronisch zieken en artsen (afgerond)
VRA 98.02	Kwaliteit van zorg bij diabetespatiënten (afgerond)
VRA 99.01	Brancherapport patiënten/consumenten (bij de mogelijke opdrachtgever bestond geen interesse)
VRA 00.07	De invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen (afgerond)
VRA 99.04	Evaluatie NOC*NSF programma huisarts en sport (afgerond)
VRA 99.09	Kwaliteit van het werken van thuiszorginstellingen vanuit cliëntenperspectief (afgerond)
VRA 99.11	Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen (afgevoerd, geen subsidie)

Chronisch zieken

VRA 98.11	Maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening (afgerond)
VRA 00.03	Rapportage kerngegevens astma en COPD (afgerond)

Migranten

MIG 97.01	Kraamzorg in allochtone gezinnen (afgerond)
MIG 97.03	Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten (afgerond)
MIG 99.02	Coping strategieën van oudere Turkse en Marokkaanse migranten (geen subsidie)
MIG 00.03	Evaluatie " Gezondheidsbevordering op Maat", een voorlichtingsproject voor migranten (geen subsidie)
MIG 00.05	Influenzavaccinatie bij allochtone en autochtone ouderen (afgerond)
MIG 00.06	Huisartsenzorg voor asielzoekers: naar een monitoringsysteem (afgerond)

P.M.

V&V 01.07	Allochtonen en de thuiszorg: bereiken, verrichtingen en belang

Lopende en nieuwe projecten:

Vraaggerichte zorg

VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten
VRA 98.07	Structuur en functioneren van de patiënten- en consumenten-beweging in de Nederlandse gezondheidszorg
VRA 99.08	Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten
VRA 00.01	Gebruikersfeedback in de Nederlandse gezondheidszorg
VRA 00.05	Patiëntenoordelen en hun relatie tot consultkarakteristieken, werkdruk en praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk
VRA 00.06	Het functioneren van de WGBO in een breder kader

NIEUW

VRA 01.01	Ziekenhuisvergelijking, 2

NIEUW
VRA 01.02 Gebruikersfeedback in de benchmark thuiszorg

NIEUW
VRA 01.03 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van zorg in de derdelijns epilepsiezorg

NIEUW
VRA 01.04 Verlanglijst

NIEUW
VRA 01.12 Gebruikersoordelen en klachten

NIEUW
VRA 01.13 Toepassingstudie QUOTE-diabetes

Chronisch zieken
VRA 88.01 Vragen over AIDS

VRA 94.01 Patiëntenpanel Chronisch Zieken, eerste fase

VRA 96.01 Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken

VRA 98.01 Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen

VRA 98.10 De betekenis van adaptieve opgaven, coping en sociale steun voor de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening

VRA 99.07 Zeldzame chronische aandoeningen

VRA 99.12 Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken

VRA 00.02 Arbeidssituatie van chronisch zieken

VRA 00.04 Adaptieve opgaven, coping en sociale steun in relatie tot de maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening

NIEUW
VRA 01.05 Vrijwilligerswerk door mensen met een chronische aandoening

NIEUW
VRA 01.06 Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met een chronische aandoening

NIEUW
VRA 01.07 Inventarisatie kinderen en jongeren met chronische aandoeningen

NIEUW
VRA 01.08 Patiëntenpanel Chronisch Zieken, tweede fase

NIEUW
VRA 01.09 Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD

NIEUW
VRA 01.10 Financiële positie van mensen met chronische aandoeningen voor en na de herziening inkomstenbelasting 2001

NIEUW
VRA 01.11 Behoefte en verwachtingen van mensen met een chronische aandoening ten aanzien van de mantelzorg

Migranten
MIG 99.01 Determinanten van verschillen in gebruik van huisartsenzorg en ervaren kwaliteit van huisartsenzorg tussen allochtonen en Nederlanders

MIG 00.01 "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek: de evaluatie van een pilotproject

MIG 00.02 Effectevaluatie project "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek

MIG 00.04 Internationale conferentie " Health care for ethnic minorities"

MIG 00.07 Gezondheidsproblemen van illegalen en knelpunten in de zorg

MIG 00.08	Veranderingen in gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in relatie tot het proces van acculturatie

NIEUW

MIG 01.01	Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers

P.M.

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

Overige

VRA 00.08	Patiëntenquête Tweede Nationale Studie: ontwikkeling en toepassing van een meetinstrument

2.2.12 Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

De internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen heeft in de loop van de tijd belangrijke impulsen gekregen door gemeenschappelijke problemen van de westerse landen rond de verhouding van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Ook de Europese integratie en een toenemende zorgconsumptie over de eigen landsgrenzen doen de noodzaak om de nationale zorgsystemen geleidelijk meer op elkaar af te stemmen toenemen. Daarmee groeit ook de behoefte aan vergelijkbare gegevens over gezondheid en gezondheidszorg. Deze informatiebehoefte strekt zich ook steeds meer uit tot de zogeheten pre-accessielanden, die op korte termijn tot de Unie zullen toetreden. Ten slotte hebben de hervormingen in Oost-Europa, met steun van nationale overheden, de Europese Commissie en de Wereldbank, veel Westerse expertise aangetrokken, waarbij ook behoefte is aan betrouwbare informatie voor evaluatie en beleid.
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, de condities voor hun optimaal functioneren en de relatie met de positie en organisatie van de specialistische zorg en de ziekenhuissector. Deze informatie, vooral statistisch en documentair van aard, wordt op het Nivel verzameld in het Documentatiecentrum van systemen van gezondheidszorg, dat meer en meer geïntegreerd zal worden in het Nivel

Kenniscentrum. Het verzamelen en toegankelijk maken van basisgegevens per land is niet alleen noodzakelijk voor de beantwoording van specifieke onderzoeksvragen, maar ook als achtergrond bij de presentatie op het internet van meer inhoudelijke onderzoeksgegevens betreffende zorgsystemen. Het actualiseren en uitbreiden van deze informatie, zowel qua onderwerpen als aantal landen, is een continue activiteit. Hierbij wordt de volgende prioriteit aangehouden: EU lidstaten, pre-accessielanden, andere Europese landen, andere OECD landen, landen aan de oost- en zuidrand van de Middellandse Zee.

De documentatie-functie is ondersteunend voor de **analyse van gezondheidszorgsystemen,** die zich richt op de structuur en de inhoud van de gezondheidszorg. In het onderzoek van de structuur van de gezondheidszorg staan twee soorten vragen centraal:

- Welke invloed hebben institutionele structuren, zoals de aan- of afwezigheid van een poortwachtersfunctie voor huisartsen en het honoreringsstelsel, op de taakverdeling en taakuitoefening van hulpverleners?
- Hoe komen hervormingen van gezondheidszorgsystemen tot stand; wat zijn de implementatieproblemen, en specifiek in verband met de situatie in Oost-Europa, hoe verloopt schoksgewijze verandering?

Een voorbeeld van dit type onderzoek is de Europese Studie van Taakprofielen van Huisartsen, waarin de organisatie van de praktijk en de taakuitoefening van huisartsen in verband is gebracht met de kenmerken van het zorgsysteem in de verschillende landen.

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

De derde functie van het internationaal vergelijkende onderzoek is die van **ondersteuning van beleid**. Voor het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg gaat het daarbij om de manier waarop vergelijkbare problemen in landen om ons heen worden opgelost. Beleidsondersteuning richt zich ook op andere landen, met name die in Oost- en Midden-Europa. Een dilemma daar is dat men enerzijds meer vrijheid wenst en deregulering, terwijl tegelijk een sterke eerstelijnsgezondheidszorg niet zonder beschermende maatregelen kan functioneren en moeilijk is te verenigen met directe toegankelijkheid van specialistisch-medische en ziekenhuiszorg.

Een belangrijke financieringsbron voor internationaal onderzoek is de **Europese Unie**, dat haar R&D subsidieprioriteiten voor de jaren 1998-2002 heeft verwoord in het **Vijfde Kaderprogramma**. Het accent daarin ligt sterk op het oplossen van maatschappelijke vraagstukken op technologisch, industrieel, economisch en het sociaal-cultureel gebied. In de bescheiden paragraaf 'Public Health and Health Services Research', die onderdeel is van het eerste themagebied "Quality of Life and Management of Living Resources' is een voorstel ingediend dat onder meer een replicatie van de Taakprofielen Studie inhoudt. Door de resultaten van deze 'replicatie' te vergelijken met die uit 1992-93 zal deze het karakter hebben van een evaluatie van de hervormingen van de eerstelijnszorg in Europa in de tussenliggende periode. Daarnaast bevat het voorstel een tevredenheidsonderzoek bij de bevolking met de diensten van huisartsen in hun land.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

WHO INT 91.03	Ziekenhuisproductie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's law' in tijd en ruimte (afgerond)
WHO INT 95.06	Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten (subsidie-aanvraag is afgewezen)
WHO INT 96.01	Verspreiding en organisatie van dagchirurgie in de landen van de EU (afgerond)
INT 99.01	Health Reform Pilot Project Russian Federation; National Training Programme in Family Medicine (project van WorldBank Moscow is gestaakt)
INT 99.02	Reforming Primary Care in the St. Petersburg Region (er is besloten om geen subsidie-aanvraag in te dienen in verband met veranderde prioriteiten van de beoogde subsidiënt)
INT 99.03	Integrated Primary Health Care Development in Czech Republic (subsidie-aanvraag is afgewezen)
INT 99.06	Health cultures in Western Europe (subsidie-aanvraag afgewezen)
WHO INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleids-opties in Oost-Europa (Dit cluster wordt niet langer als zodanig gepresenteerd. De projecten die hiertoe behoorden worden nu als afzonderlijke projecten opgenomen. Het betreft INT 00.01, INT 00.02 en de nieuw opgenomen projecten INT 01.01, INT 01.02, INT 01.03 and INT01.04).

Lopende en nieuwe projecten:

WHO INT 88.02	Kenniscentrum systemen van gezondheidszorg
WHO INT 91.01	Taakprofielen van huisartsen in Europa
INT 00.01	Going ahead with primary health care in the Oblast Minsk (Matra, Wit Rusland)
INT 00.02	Needs in Primary Health Care in Slovenia (Matra)
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa
INT 98.04	The organisation of home care in Europe
WHO INT 98.06	Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective
INT 99.04	Evaluation of Health Care Reforms in Europe (including a replication of the 1993 GP Task Profile Study)
INT 99.05	Patients' perceptions of health care in Central and Eastern Europe (an international database on applications of the QUOTE)
NIEUW INT 01.01	De structuur van de gezondheidszorgsystemen van Polen, Hongarije en Tsjechië
NIEUW INT 01.02	Vervolgproject Matra Wit Rusland
NIEUW INT 01.03	Social components of primary care in the Odessa Region
NIEUW INT 01.04	Consolidating the roles of providers and patients in burgeoning primary care in Lithuania

NIEUW

INT 01.05	Evaluatie en verklaring van verschillen in ziekenhuisbedgebruik vanuit gezondheidszorgsysteem-kenmerken

P.M.

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?

2.2.13 Overige activiteiten

Kenniscentrum gezondheidszorg

Beleidsmakers worden meer en meer afgerekend op de mate waarin hun beleid is onderbouwd. Beleidsmakers vragen daarom in toenemende mate om informatie voor de onderbouwing van hun beleid. Daarnaast komen er ook steeds meer onderzoeksgegevens. Deze gegevens bevinden zich in onderzoeksbestanden bij onderzoekers, publicaties en in toenemende mate op internet. Het bij elkaar brengen van de vraag van beleidsmakers om bruikbare informatie en de beschikbare gegevens van onderzoekers is de kerntaak van het kenniscentrum gezondheidszorg. In 2001 wordt het programma van het kenniscentrum nader ontwikkeld. Het accent zal hierbij liggen op de ontwikkeling van nieuwe methodieken om bestaande informatie snel, betrouwbaar en toegankelijk om te zetten in bruikbare beleidsinformatie. Dit vraagt om de analytische en synthetiserende vaardigheden van onderzoekers, maar ook om extra communicatieve vaardigheden. Een belangrijk communicatiemedium is hierbij het Internet. Ook zal centraal staan het ontwikkelen van een systeem voor kwaliteitsborging en -toetsing dat past bij deze vorm van kennisproductie.
De activiteiten strekken zich daarnaast uit over alle drie de onderzoeksafdelingen. Binnen deze afdelingen zijn een aantal projecten geformuleerd die qua doelstelling sporen met de kenniscentrum activiteiten. Het gaat om onder meer de volgende projecten.

ALG 97.03	Brancherapport curatieve somatische zorg
WHO INT 88.02	Kenniscentrum systemen van gezondheidszorg
INT 99.05	Patients' perceptions of health care in central and eastern europe
VRA 00.01	Gebruikersfeeback in de Nederlandse gezondheidszorg
V&V 00.02	Registratiesystemen palliatieve terminale zorg
PMED 01.01	Centrum voor beleidsgerichte informatie paramedische zorg
SAM 99.07	Monitoren van kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren

Daarnaast worden door de bibliotheek diverse projecten uitgevoerd die aansluiten bij het kenniscentrum.

Overzicht van de projecten

NIEUW
NKC 01.01[4] Pilot kenniscentrum 'kwaliteit van zorg'

NIEUW
NKC 01.02[5] Pilot kenniscentrum 'huisarts en depressie'

NIEUW
NKC 01.03 Internetsite aanbod gezondheidszorgvoorzieningen

NIEUW
NKC 01.04 Implementatiemonitor ZON

Algemeen
Hieronder 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. In 2000 wordt de conferentie in Parijs gehouden met als hoofdthema 'leefstijl en voeding'. In 2001 is de conferentie in Brussel (hoofdthema 'Health Information') en in 2002 zal de conferentie in Dresden plaatsvinden.

Overzicht van de overige activiteiten

Afgevoerde activiteiten
ALG 98.02 ISTAHC 2000 (conferentie heeft plaatsgevonden)
ALG 00.01 EUPHA Annual Meeting 2000 (conferentie heeft plaatsgevonden)
ALG 00.02 8e Nederlands Public Health Congres (conferentie heeft plaatsgevonden)

Lopende en nieuwe activiteiten:
ALG 94.02 Onderzoekschool CARE

---

4 In vorige werkplan nummer ALG 00.03

5 In vorige werkplan nummer VRA 00.04

ALG 95.02 Onderzoekschool Psychology and Health

ALG 97.03 Brancherapport Curatieve Somatische Zorg

NIEUW
ALG 01.01 EUPHA Annual Meeting 2001 - Brussel - 'Health Information'

NIEUW
ALG 01.02 De gevolgen van de vuurwerkramp Enschede voor de gezondheid van bewoners en hulpverleners in de getroffen wijk. Monitoring via zorgverleners

P.M.
MIG 00.04 Internationale conferentie " Health care for ethnic minorities"
WHO INT 96.09 Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa

3 BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

Inleiding

De primaire taak van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het Nivel is ondersteuning van het onderzoek dat door het Nivel wordt uitgevoerd. Daarnaast heeft de afdeling ook een publieke functie: het toegankelijk maken van de vele publicaties over gezondheidszorg in het algemeen en 'primary health care' in het bijzonder voor een publiek van onderzoekers, studenten, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.

De bekendheid bij en het gebruik van de Nivel-Bibliotheek door de externe doelgroepen is sterk toegenomen sinds het Nivel met een website op het world wide web aanwezig is.

De sterk toenemende digitalisering van de informatie en informatievoorziening, zowel intern als extern, transformeren de functie en het dienstenpakket van de afdeling Bibliotheek en Documentatie. De komende jaren zal de informatie bemiddelende rol van de afdeling steeds meer nadruk gaan krijgen.

Interne informatievoorziening

De collectie is altijd een belangrijke pijler geweest voor de ondersteuning van het interne wetenschappelijk onderzoek. De huidige collectievorming - het verzamelen en toegankelijk maken van informatie en kennis op papier zal even belangrijk worden als het opsporen van en toegang geven tot relevante digitale literatuur- en gegevensbestanden. Deze bestanden worden, geordend naar themagebied, via het intranet aan de onderzoekers ter beschikking gesteld. De informatie bemiddelende rol van de afdeling komt hierin het scherpst tot uiting. Daarnaast zal instructie aan de onderzoekers in het gebruik van deze bestanden een belangrijke taak worden.

De komende jaren wordt speciale aandacht besteed aan het verzamelen en toegankelijk maken van literatuur met betrekking tot allochtonen en gezondheidsklachten na rampen.

Er wordt een testotheek opgezet waarin de vragenlijsten en handleidingen die binnen het Nivel in omloop zijn verzameld worden. De testotheek wordt toegankelijk door een goed ontsloten, geautomatiseerd bestand.

Daarnaast beschikt het Nivel over databestanden die zeer geschikt zijn voor secundaire analyses ten behoeve van nieuwe onderzoeksvragen. Een eerste vereiste hiervoor is dat deze databestanden goed gedocumenteerd, ontsloten, zijn.

Externe informatievoorziening - Nivel Kennis Centrum
De bibliotheekbestanden worden het aankomende jaar raadpleegbaar via de website van het Nivel. Een dienstverlening die zeer gewaardeerd zal worden gezien de intensieve raadpleging van de wekelijkse bibliotheekaanwinsten die reeds geruime tijd via de Nivel-website beschikbaar zijn.
De afdeling Bibliotheek en Documentatie speelt een belangrijke rol bij de verdere structurering en het onderhoud van de Nivel-website. De Nivel-website gaat één van de toegangspoorten vormen tot het Nivel Kennis Centrum (NKC). Het snel beschikbaar kunnen stellen van valide en betrouwbare kennis aan adviseurs en 'beslissers' op het brede en gecompliceerde beleidsterrein van de gezondheidszorg vormt één van de doelstellingen van het NKC. Deze kennis wordt ontwikkeld op basis van de intern beschikbare informatie of in samenwerking met anderen verzamelde informatie. In dit kader wordt een aantal websites gerealiseerd, getiteld: Beroepen in de Zorg, Landelijk Informatiepunt Paramedische Zorg, Kwaliteit van de Zorg. Ook is er behoefte aan intermediairs, intermediaire organisaties, die de enorme hoeveelheid, op het internet, beschikbare informatiebronnen op relevantie beoordelen en thematisch ter beschikking stellen via hyperlinks. Beoordeling van kwaliteit en toegankelijkheid van deze bestanden staat hierbij centraal.
Verder is een dienst ontwikkeld waarbij gebruikers tegen betaling periodiek hoogwaardige informatie-op-maat via e-mail kunnen ontvangen.

Thesaurus Gezondheidszorg (TG)
De TG is een gezamenlijk product van een aantal gezondheidszorginstituten: Ti (Trimbos-instituut), Nivel, LCVV (Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging), TNO-PG (TNO Preventie en Gezondheid) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 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. De toepassing van de TG door een aantal collega-instituten heeft zijn praktisch nut al meerdere keren bewezen bij het doelmatig opzetten van thematische literatuurbestanden.

Thematische literatuurverzamelingen
De afgelopen jaren is de Nivel-bibliotheek zich gaan profileren als informatie-leverancier. In samenwerking met verwante instituten worden thematische literatuurverzamelingen beschikbaar gesteld. Het literatuur-bestand 'Verpleging & Verzorging breidt zich gestaag uit. Het opstarten van nieuwe literatuurbestanden is lastiger omdat voor de hoge ontwikkelingskosten, nodig voor de afstemming van

trefwoorden en de zgn. ontdubbeling moeilijk een financier te vinden is. De start van het project 'Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg' is hierdoor geruime tijd uitgesteld. Het bestand wordt toegankelijk via de websites van de participerende instituten.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BIDOC	99.02	Searches ten behoeve van reviewartikelen 1999
	99.02a	Thuiszorg in EU-landen; organisatiestructuur en financiering (afgerond)
	99.02b	Werklastmeting huisartsen (afgevoerd)
BIDOC	00.01	Searches ten behoeve van reviewartikelen 2000
	00.01a	Geneesmiddelenvoorziening en voorschrijven internationaal (afgerond)
	00.01b	Migranten (afgevoerd)
	00.01c	Chronische pijn: epidemiologie, etiologie, diagnose, therapie, verloop (afgevoerd)
	00.01d	Genetisch counselen (afgerond)
	00.01e	Dynamic exercise therapy in rheumatoid arthritis; systematic review Cochrane Library; update (afgerond)
	00.01h	Praten over werk bij de huisarts (afgerond)
BIDOC	99.03e	Zoekfunctie Nivel-website (afgerond)
BIDOC	99.03a	Update en onderhoud Nivel-site (afgerond; continue activiteit)
BIDOC	99.03d	Nivel-onderzoekslijnen (afgeond; continue activiteit)
BIDOC	99.05	Literatuurbestand Ouderen en Gerontologie (afgevoerd)
BIDOC	00.02a	Implementatie Engelstalige versie (vervangen door BIDOC 99.03)
BIDOC	00.02b	Redesign van de site (vervangen door BIDOC 00.02)

Lopende en nieuwe projecten:

BIDOC	95.02	Collectievorming (continue activiteit)
BIDOC	95.03	Database verpleging en verzorging Onderhoud en beheer (continue activiteit)
BIDOC	95.04	Thesaurus Gezondheidszorg Onderhoud en beheer (continue activiteit) Update 2001

BIDOC	97.01	Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg (continue activiteit)
BIDOC	98.04	Beschikbaarstellen van de bibliotheekbestanden op het Internet In ontwikkeling
BIDOC	00.01	Searches ten behoeve van review-artikelen 2000
	00.01f	Informatiebehoeften van terminale patiënten en informatievoorziening in de palliatieve fase
	00.01g	Internationale gegevens over verloskundige zorg door huisartsen

NIEUW

BIDOC	01.01	Searches ten behoeve van reviewartikelen 2001
	01.01a	Chronisch zieke kinderen (bibliografie)
	01.01b	Therapietrouw en disease management
	01.01c	Arbeidsmarktpositie chronisch zieken
	01.01d	Zeldzame ziekten
	01.01e	Patient Empowerment in de gezondheidszorg
	01.01f	Gezondheidsklachten na rampen: unexplained physical complaints
	01.01g	Gezondheidsklachten van hulpverleners bij rampen
BIDOC	99.03	Website Nivel (I)
	99.03c	Presentatie Nivel-onderzoekers en implementatie Engelstalige versie (in uitvoering)
BIDOC	00.02	Website Nivel (II) Redesign van de site (in uitvoering)
BIDOC	99.04	Ontwikkeling Intranet (in uitvoering)
BIDOC	00.03	Implementatie van het Intranet en internetfaciliteiten op de werkplek (in uitvoering)

NIEUW

BIDOC 01.02 Testotheek

NIEUW

BIDOC 01.03 Historisch instituutsarchief

NIEUW
BIDOC 01.04 Ontwikkeling cursussen elektronisch informatie zoeken op het internet

NIEUW
BIDOC 01.05 Technische ontwikkeling diverse websites

NIEUW
BIDOC 01.06 Documentatie onderzoeksbestanden

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 (portefeuille externe betrekkingen)
Prof.dr. J. van der Zee	directeur (portefeuille interne 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. P.P. Groenewegen	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Dr. J.B.F. Hutten	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg (SAM)
Dr. D.H. de Bakker	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. F.G. Schellevis, arts	Huisartsgeneeskundige zorg (HAG+NS)
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (V&V)
Prof.dr. J. Dekker	Thuiszorgtechnologie (TH)
Dr. P.F.M. Verhaak	Eerstelijn en GGZ (GGZ)
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP)
Dr. C.H.M. van den Ende	Paramedische zorg (PMED)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
Vacature/Drs. L. Peters	Het perspectief van de hulpvrager (VRA+MIG)
Dr. P.M. Rijken	Chronisch Zieken (VRA)
Dr.ir. R.D. Friele	Hoofd Nivel Kenniscentrum (NKC)
R. van den Berg	Hoofd bibliotheek en documentatie (BIDOC)

Bestuur:

Leden

Drs. R.W. Lubbers*	Voorzitter
Mr. S.I.M. Bless*	Secretaris
Dr. C. Kleisen*	Penningmeester
Mw. G.A. Schulkes-van der Pol, huisarts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dr. W.B. Stalman*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. F.B.M. Sanders	Orde van Medisch Specialisten
Drs. J.H.W.P. Stienen	Arcares
Dr. G.J. Caris	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Vacature	Ned. Vereniging van Ziekenhuizen
Dhr. R. van Hulst, fysiotherapeut	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dhr. A.L.J.E. Martens, arts	Zorgverzekeraars Nederland
Ir. B.F. Dessing	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G.J. Huis in 't Veld	Consumentenbond
G.H. Kranendonk, arts	Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie
Prof.dr. A.F. Casparie	voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. C. Spreeuwenberg	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. G.J. Kok	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

Drs. A. Boer	College voor Zorgverzekeringen
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mr. H. Plokker, arts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A.J. Lohmann	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Dhr. S. Zum Vörde sive Vörding, verloskundige	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dr. A. van den Brink-Muinen	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).