Werkplan 2002

Deel 1

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

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

Inhoud

	Voorwoord	5
1	**Inleiding**	7
1.1	Algemene ontwikkelingen	7
1.2	Van beleid naar onderzoek	10
1.3	De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	16
2	**Onderzoekslijnen binnen het werkplan**	21
2.1	Inleiding	21
2.2	De onderzoekslijnen	21
2.2.1	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg	21
2.2.2	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	26
2.2.3	Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg	29
2.2.4	Beroepen in de gezondheidszorg	33
2.2.5	Huisartsgeneeskundige zorg	38
2.2.6	Verloskunde en kraamzorg	45
2.2.7	Paramedische zorg	47
2.2.8	Verpleging en verzorging	52
2.2.9	Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen	56
2.2.10	Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt	58
2.2.11	Vraaggestuurde zorg	63
2.2.12	Zorgvraag van chronisch zieken	65
2.2.13	Migranten / Speciale Doelgroepen	68
2.2.14	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg	70
2.2.15	Overige activiteiten	73
3	**Bibliotheek en documentatie**	77
4	**Algemene informatie**	81
	Hoe bereikt u het nivel	83

Voorwoord

Voor u ligt het Nivel werkplan voor het jaar 2002.
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 receptie@Nivel.nl of tel 030 2729700 of Fax 030 2729729).

1 Inleiding

1.1 Algemene ontwikkelingen

Het lijkt zo vanzelfsprekend: een kabinet geeft aan het einde van zijn regeerperiode een visie op de noodzakelijke veranderingen in de maatschappij in het algemeen en in de zorg in het bijzonder. Men heeft immers een aantal jaren geregeerd en men heeft ervaren waar bestuurders en politici tegen aan lopen.
O.K. - het was afgesproken in het regeeraccoord- maar dat maakt het verschijnsel niet minder vreemd. Van een *coalitie*regering is de toekomstige samenstelling per definitie ongewis. Bovendien heeft een coalitieregering al moeite om wetgeving ongeschonden door het parlement te krijgen - laat staan nota's te implementeren.
Nota's zijn er genoeg op dit strategisch belangrijke moment; iedere belangengroep heeft er wel een geschreven en in de publiciteit gebracht. Immers, nu kan men nog invloed uitoefenen op de laatste concepten van de programma's van de politieke partijen en op het gedachtegoed van de specialisten uit de Kamerfracties, die in kleine zaaltjes in de zomer van 2002 het regeerakkoord in elkaar zullen knutselen. Maar, moet men dan de kabinetsnota zien als een rapport van de eerste de beste belangengroep?
Het zou kunnen verklaren waarom de kabinetsnota 'Voor Elck wat Wils' bevat. Een scheut volksverzekering voor de linkerzijde en een flinke portie private uitvoering en concurrentie (zelfs in de AWBZ-nieuwe stijl) voor de rechterzijde van het politieke spectrum; iedere nieuwe regering moet er iets van haar gading in kunnen vinden.
Maar dit loopt op de discussie vooruit. Laten we eerst eens samenvatten wat er in de Nota staat.

Er worden drie bestuurlijk/politieke problemen geschetst:

1 "Op het vlak van de sturing van zorg leidt de dominante, centraal aanbodsturing in zowel het eerste als het tweede verzekeringscompartiment tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren.

2a Het duale karakter in het tweede compartiment frustreert doelmatige zorginkoop en -regie door zorgverzekeraars en beperkt de keuzemogelijkheden voor verzekerden en de solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's.

2b De uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment belemmert de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod* "

---

* Vraag aan Bod TK 2000-2991 27855 nrs 1 en 2 pag 7

Vooral deelprobleem 2b heeft een zeer hoog jargongehalte, maar, vrij vertaald, zegt het kabinet:

1 de sturing op zorgaanbod prikkelt onvoldoende tot het leveren van goede en effectieve zorg ;
2 de verdeling in publieke en private verzekering is slecht voor de doelmatigheid en voor de solidariteit;
3 de manier waarop de AWBZ-zorg en de curatieve gezondheidszorg worden uitgevoerd leidt tot versnippering en gebrek aan samenhang.

Wat vindt het kabinet dat hieraan moet worden gedaan:

1 "kaders stellen waarbinnen partijen meer dan nu de mogelijkheid zullen hebben om actief te kunnen zijn. Door een passend systeem van "checks and balances" moeten deze partijen elkaar ertoe aanzetten om goede en doelmatige zorg te verlenen die maximaal aansluit bij de wensen van burgers."
2 vervangen van de duale verzekering door één algemene verzekering met acceptatieplicht en een sluitend systeem van risiscoverevening, functionele aanspraken en nominale premie van voldoende omvang. Eigen risico's zijn niet uitgesloten (voor wie dit allemaal teveel aan een ouderwetse volksverzekering doet denken).
3 de huidige zorgverzekeraars moeten ook de AWBZ gaan uitvoeren in samenhang met de reeds onder hun hoede verzekerde curatieve zorg.
Het kabinet gaat ervan uit dat het haalbaar moet zijn het verzekeraars onmogelijk te maken risicoselectie te plegen (al komt men bij de 'sluitende risicoverevening' helaas niet verder dan een uitkering aan de verzekeraars uit een Centrale Kas op basis van leeftijd, geslacht en WAO-uitkeringsstatus van de verzekerden als bepalende variabelen). Het voert een mengeling van pragmatische (vooral op Europese regelgeving gestoelde) en principiële (vergroting solidariteit) argumenten aan om de particuliere ziektekostenverzekering op te heffen en vindt, qua uitvoering, de verzekering tegen 'catastrofale risico's' (AWBZ) niet verschillen van de curatieve zorgverzekering.
Bovendien geeft het kabinet aan in zijn analyse van hoe het allemaal zo gekomen is dat de 'aanbodsturing' (planning van voorzieningen en beroepsbeoefenaren) haar oorsprong vindt in de wens de kosten van de zorg te beheersen, vooral na de enorme kostenstijgingen in de jaren 1965-1980.

Wat kan men bij de plannen opmerken:

1e Het kabinet heeft gelijk dat er onvrede heerst over de rantsoenering van zorg in een tijdperk van economische overvloed en over het tamelijk starre voorzieningenpakket met name in de AWBZ.
2e Europese regelgeving staat op gespannen voet met ons duale (d.w.z. publieke en private) verzekeringsstelsel - daar heeft het kabinet gelijk in.
3e Het kabinet doet wel erg luchtig over de maakbaarheid van een wereld waarin verzekeraars (die wèl winstoogmerk mogen hebben) nooit in de

verleiding zullen komen tot (subtiele) vormen van risicoselectie. Ook de voorgestelde verevenings-systematiek is primitief. Het is de grote vraag of bijvoorbeeld een macro-budget alleen (dus met concurrerende zorgverzekeraars en zonder planningswetgeving) voldoende zal zijn om de kosten van de zorg voldoende te beheersen; het kabinet maakt niet de indruk zulks een probleem te vinden*. Sterker nog: de zorgverzekeraars worden zelf in toenemende mate gebudgetteerd en zullen hun risico's willen verhalen op aanbieders van zorg, zeker als hen de regie over de zorg zal worden toevertrouwd.

4e Het kabinet ontkent het principiële element van 'onverzekerbare risico's' dat ten grondslag ligt aan de AWBZ (althans in zijn oorspronkelijke vorm; later zijn er allerlei verzekerbare elementen in geslopen of bewust ingebracht). Het schuift daarmee een unaniem advies van de SER (Sociaal Economische Raad) ter zijde.

5e Het is in de hele vorige eeuw in Nederland niet gelukt om het inkomensplafond voor de verplichte verzekering tegen ziektekosten te doorbreken. In het laatste kwart van de 20e eeuw waren het de staatssecretarissen Hendriks en Simons, die hier een zware politieke nederlaag leden tegen een confessioneel/liberale kamermeerderheid, die de inkomensverhoudingen niet ten laste van het beter verdienende deel der natie wilden wijzigen. Dat zal in 2002-2006 niet veel anders zijn.

6e Uit de achtergrondstudie van het Academisch ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam wordt duidelijk dat de AWBZ dan star moge zijn (al neemt het gebruik van het Persoonsgebonden Budget toe en zal dat nog veel sterker worden als de belemmerende bureaucratische rompslomp wordt afgeschaft) maar dat andere landen grote moeilijkheden hebben om een samenhangend zorgaanbod te realiseren door de krachtige, organisatorische en budgettaire scheiding tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Dat probleem hebben we in Nederland in ieder geval niet!

De kabinetsnota is op belangrijke punten matig uitgewerkt en onderbouwd; hopenlijk vervult de Nota een functie bij het regeerakkoord en zijn de inconsistenties het gevolg van het "Elck Wat Wils" karakter van het document. De politieke keuzes krijgen pas vorm bij het aantreden van het nieuwe kabinet.

---

* Het blijft natuurlijk een boeiende vraag hoe hoog de kosten van de zorg mogen zijn; het huidige uitgavenplafond is betrekkelijk willekeurig. Echter, zonder duidelijke macro-sturingselementen, kan de stijging hard gaan en heeft de overheid de instrumenten uit handen gegeven om in te grijpen.

1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid

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

De bovenstaande vragen en dilemma's vindt de lezer op twee manieren terug in het werkprogramma. De ene manier is 'direct'. Zo wordt op de pagina's 16 en 17 onder meer een aantal onderzoekingen rond zorgverzekering en stelselwijziging opgesomd, maar belangrijker is de 'indirecte' manier. Een overheid die de regie van het zorgsysteem aan derden overlaat moet over een uitgebreid systeem van toezicht, monitoring en beleidsevaluatie beschikken. Sterker nog, men zou de stelling wel kunnen verdedigen dat hoe minder zo'n Ministerie te vertellen heeft, hoe sterker de behoefte leeft om tenminste geïnformeerd te zijn.

Een van de manieren, waarop het Nivel de onderzoeksbehoefte van de overheid ondersteunt is door 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. Het huidige hybride karakter van de zorgverzekering (een mengeling van publieke en private elementen) past eigenlijk niet in de Europese regelgeving.

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. Vooral het Consumentenpanel kan vitale informatie leveren over de 'burger als verzekerde'. Evaluatie door patiënten en consumenten van voorzieningen in de gezondheidszorg vormt het thema van een samen met de Consumentenbond opgezette (tweede) ziekenhuisvergelijking en van een groot 'benchmarkingsproject' in de Thuiszorg.

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 voortvloeien. Het Nivel is een nationaal instituut voor gezondheidszorgonderzoek, multidisciplinair van samenstelling, dat toegepast en toepasbaar, 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.

We zullen in dit werkprogramma dieper ingaan op het 'wetenschappelijk onderzoek' van het Nivel en het Nivel als kenniscentrum voor de gezondheidszorg.
Een stukje historie gaat aan deze tweedeling vooraf.

Korte historie

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 hiermee het werk voort van het in 1965 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut. In 1995 werd het domein verbreed tot de* gehele somatisch curatieve zorg. De naam 'Nivel' is toen vanwege de herkenbaarheid gehandhaafd. Het instituut heet nu voluit 'Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg'. Inmiddels zijn ook twee Europese namen gedeponeerd:

---

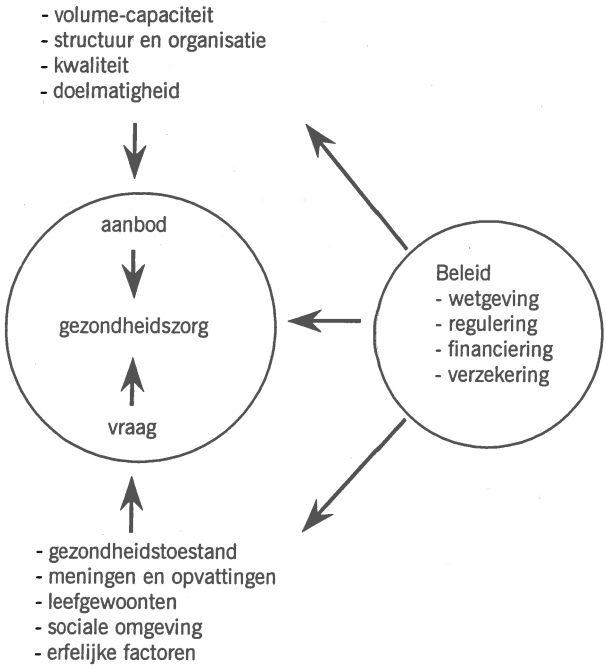
* Het Nederlands Huisartsen instituut begon zijn werk in 1965 als wetenschappelijk bureau van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap met een subsidie van het toenmalige Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het verrichtte niet alleen wetenschappelijk onderzoek maar ook nascholing, voorlichting en praktijkondersteuning voor huisartsen. In 1971 werd de exclusieve band met het Genootschap geslecht, maar de taken bleven even breed. In 1985 werd het instituut gesplitst. Wetenschappelijk onderzoek en Documentatie gingen naar een instituut met een nieuwe naam en een onderzoeksterrein dat breder was dan het werk van de huisarts: het Nivel, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. De ondersteunings- en ontwikkelingstaken gingen over in een andere organisatie (de Stichting O&O, ontwikkeling en ondersteuning van huisartsenzorg), die in 1995 werd opgeheven.

'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.

Het onderzoek van het Nivel: 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. Het Nivel heeft een zekere onafhankelijkheid nodig om verantwoord wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen en dient anderzijds sterk verbonden te zijn met de partijen die gebruik maken van de resultaten van dat onderzoek. Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Het wetenschappelijk karakter wordt bevorderd doordat het Nivel is aangesloten bij twee universitaire Onderzoeksscholen (CaRe; op het gebied van eerstelijnszorg en klinische epidemiologie en 'Psychology and Health').
De nationale positie van het Nivel zorgt voor het streven naar nationaal representatieve gegevensbestanden, of, liever nog, naar flexibele gegevensproducerende systemen, die als het ware gereed staan om beleidsvragen op een wetenschappelijk zo verantwoord mogelijke manier te beantwoorden.

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 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.

Samenwerking met het RIVM; Het Zorgkompas

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 Zorgkompas) Het Nivel is bezig zijn producten in dat systeem onder te brengen (uiteraard met behoud van herkenbaarheid)

en vooral informatie over het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen toe te voegen.

Daarnaast onderhoudt het Nivel samen met 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.

Veel kennis en informatie maar gebrek aan overzicht

Maar wellicht belangrijker nog voor de ambitie die het Nivel 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 werd als follow-up van de in 2000 gehouden nationale 'Leidschendamconferentie' een website voorbereid die een synthese bevat van alle kennis waarvan het Nivel verwacht dat deze nuttig is voor diegenen die zich in Nederland bezig houden met kwaliteitszorg in de gezondheidszorg (www.kwaliteitvanzorg.nl). 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.
Dit alles vindt men op of via de Nivel-website: www.nivel.nl

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 Gezondheidszorg, Gezondheidsbeleid, 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). Ook 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 2001 een jaaromzet van ongeveer 25 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een kwart als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 2001 telde het Nivel ongeveer 145 medewerkers, van wie een 80-tal onderzoekers.

1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

Hoofdlijnen van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma van het Nivel is van oudsher sterk gericht geweest op de aanbodzijde van de gezondheidszorg. Nog steeds ziet men dit terug in de hoofdstukken van het werkprogramma: Huisartsenzorg, Verpleging en Verzorging, Paramedische zorg, Specialist en ziekenhuis enzovoorts. Toch is ook hier van verandering sprake. Was er vroeger slechts een hoofdstuk over consument en zorgvrager in het werkprogramma te vinden; nu is er sprake van een drietal hoofdstukken:

1) de zorgvrager als consument
2) de zorgvrager als patiënt en
3) bijzonder groepen in de vraag naar zorg, met name migranten.

Dit tekent de verschuiving die het Nivel-onderzoek doormaakt; er is in toenemende mate sprake van een evenwichtige benadering van vraag naar en aanbod van voorzieningen van gezondheidszorg.
In het begin van dit hoofdstuk is al gewezen op het belang van 'verzekeringen' in het licht van de door het kabinet gewenste stelselwijziging. De afgelopen jaren is er het nodige onderzoek op dit gebied door het Nivel verricht (denk aan de evaluatie van de door 'Paars-1' ingevoerde eigen bijdragen in de gezondheidszorg.). Ook in het huidige programma is er sprake van een samenhangende serie onderzoekingen op dit gebied.

Hieronder volgen ze:

Specifieke projecten over zorgverzekerden en zorgverzekeraars

SAM 02.09 Zorginkoop: speelt de kwaliteit van de zorgverlening een rol bij de selectie? (door zorgverzekeraars)

HSZ 01.03	De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar
PMED 02.04	Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie en oefentherapie
VRA 02.01	Voorkeursaanbieders in het nieuwe verzekeringsstelsel
VRA 01.10	Financiële positie van mensen met chronische aandoeningen voor en na de herziene inkomstenbelasting 2001

Algemene projecten waarin 'verzekeringsvorm' een vaste categorie vormt en die als basis voor evaluatie kunnen dienen:

LINH 96.01	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): verzamelt verrichtingen en morbiditeit in een honderdtal huisartsenpraktijken; naast leeftijd en sexe is verzekeringsvorm een vaste variabele
NS2 99.01	Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk; alle informatie in deze grootschalige studie is uit te splitsen naar verzekeringsvorm van de ingeschreven patiënt
PMED 98.01	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ); alle informatie over de vraag naar paramedische zorg en het paramedisch handelen in de extramurale praktijk is opsplitsbaar naar verzekeringsvorm van de behandelde patiënt
PSH 02.01	Video-onderzoek bij huisartsen In de 2e Nationale Studie zijn bij 145 huisartsen ongeveer 2500 consulten op video opgenomen; ook deze consulten kunnen op verzekeringsvorm van de patiënt worden onderzocht.
VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg Het samen met de Consumentenbond uitgevoerde Consumentenpanel Gezondheidszorg biedt alle mogelijkheden (twee schriftelijke peilingen per jaar en mogelijkheid voor extra telefonische peilingen) om 'verzekeringen' nader uit te zoeken
VRA 01.08	Patiëntenpanel Chronisch Zieken; tweede fase. Ook in het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; een panel van 'heavy users' (in de gezondheidszorg) zijn ziektekostenverzekering en inkomen van de patiënten opgenomen en wordt bovendien regelmatig naar uitgaven voor gezondheidszorg gevraagd

De tweede groep projecten die eigenlijk door het hele werkprogramma heen staan (en dat is ook nadrukkelijk de bedoeling) betreft de producten van het Kenniscentrum in brede zin.

Nivel Kenniscentrum voor de gezondheidszorg: concrete producten

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:

Door het hele werkplan heen zijn projecten te vinden (aangegeven met een *) waar deze kennisinnovatie een rol speelt. Het gaat om een breed scala projecten van het brancherapport somatisch curatieve zorg tot spiegelinformatie in de benchmark thuiszorg, van de monitor verloskundige zorg tot huisarts en depressie.

Continuïteit

De continuïteit van het programma vindt men in de verschillende hoofdstukken; de veranderingen zijn hier gradueel; het programma ontwikkelt zich als het ware 'werkende weg'. Te noemen vallen:

- verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, niet alleen in een vergelijkende studie op Europees niveau maar ook op werkelijk grootschalige wijze in de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk;
- onderzoek naar behoeftenramingen van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- onderzoek naar kwaliteit van zorg;
- onderzoek naar de relatie tussen huisarts/specialist en ziekenhuis;
- onderzoek naar paramedische zorg, verloskundige zorg en verpleging en verzorging.

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject: 2002 is de 33e jaargang. Het accent van het programma is sterker op de registratie en monitoring van infectieziekten komen te liggen. De tijd begint op technisch

gebied rijp te worden om het peilstationsproject te integreren in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Wel vergen monitoring en surveillance een veel actievere opstelling van de deelnemers dan het routinematig coderen van ziekten en verrichtingen, maar daar valt organisatorisch wel een mouw aan te passen.

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
- Vraaggestuurde zorg
- Zorgvraag van chronisch zieken
- Migranten / Speciale Doelgroepen
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Diverse projecten zijn inhoudelijk onder meerdere onderzoekslijnen onder te brengen; beheersmatig is echter gekozen voor één onderzoekslijn. Daarom wordt na de opsomming van de projecten binnen onderzoekslijn onder **'p.m.'** projecten genoemd, die elders in het werkplan staan, maar inhoudelijk ook bij de betreffende onderzoekslijn aansluiten.
In deel II van het werkprogramma vindt men de uitgebreidere project-beschrijvingen. Ieder project valt onder de verantwoordelijkheid van een van de programmaleiders.

2.2 De onderzoekslijnen

2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

Met de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) heeft de overheid bewust gekozen voor het sturen op hoofdlijnen. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg is neergelegd bij het veld. In eerste instantie geldt dit voor zorgaanbieders die hierin het voortouw moeten nemen, in overleg en onderlinge afstemming met patiënten/ consumenten en zorgverzekeraars. De

activiteiten van zorginstellingen worden zichtbaar bij de gestage ontwikkelingen rond kwaliteitssystemen. De Inspectie voor de gezondheidszorg kreeg de taak toezicht op toezicht te houden, dat wil zeggen toezicht houden op het functioneren van kwaliteitsystemen van instellingen en beroepsbeoefenaren. In theorie is de taakverdeling helder, maar in de praktijk blijkt regelmatig dat partijen elkaar makkelijk de bal kunnen toespelen en niets ondernemen. Hoe kan de inspectie toezicht houden als kwaliteitssystemen in een groot aantal instellingen nog steeds ontbreken? Naar verwachting bieden kwaliteitssystemen een gerede kans op verantwoorde zorg, maar zonder informatie over resultaten van de zorgverlening blijft de relatie onduidelijk. Voor de komende jaren heeft het veld ervoor gekozen geen nieuwe kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen, maar meer aandacht te besteden aan de implementatie van bestaande instrumenten en het achterhalen van de effectiviteit ervan. Daarnaast wil men meer inzicht geven in de kwaliteit van zorg door resultaten zichtbaar te maken met kwaliteitsindicatoren. Een verantwoorde vergelijking van de kwaliteit van zorg wordt pas mogelijk als partijen het eens worden over de meest aangewezen kwaliteitsindicatoren en deze op vergelijkbare wijze meten.

Het Nivel volgt sinds jaren met zijn onderzoek bovengenoemde ontwikkelingen op de voet. Sinds 1990 onderzoekt het Nivel op welke wijze zorgaanbieders de kwaliteitsbewaking en -verbetering vorm geven. De afgelopen jaren is uitgebreid onderzoek verricht naar de implementatie van kwaliteitssystemen binnen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en de diverse beroepsgroepen. In toenemende mate richt het onderzoeksprogramma organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg van het Nivel zich op onderzoek naar de effectiviteit van kwaliteitsmanagement. Daarbij wordt een relatie gelegd tussen kwaliteits(deel)systemen en uitkomsten zoals het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg, de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de cliënt. Bij dergelijk onderzoek wordt gezocht naar betrouwbare indicatoren die de kwaliteit van de verleende zorg inzichtelijk kunnen maken voor cliënten, zorgverzekeraars of de inspectie. Daarnaast 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, 1995 en 2000.
De komende jaren zal het accent komen te liggen op onderzoek naar de meest effectieve kwaliteitsactiviteiten, kwaliteitsindicatoren en de veiligheid van cliënten (riskmanagement). In het algemeen is de effectiviteit van de meeste kwaliteitssystemen en -activiteiten nog steeds niet afdoende aangetoond. Bij kwaliteitsmanagement gaat het om het doorvoeren van verbeteringen op grond van gemeten uitkomsten en niet alleen om het opstellen van procedures. Om het systeem beheersbaar te houden zal het zich moeten concentreren op de risicovolle momenten in de zorgverlening.

Speerpunten in het programma zijn:

- onderzoek naar de state-of-the-art
- onderzoek naar implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement;
- onderzoek naar de relatie tussen kwaliteitsmanagement en cliëntgebonden uitkomsten;
- onderzoek naar risicovolle momenten in het zorgverleningsproces en het voorkomen van ongewenste uitkomsten.

Onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitsmanagement 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. Tijdens de vierde Leidschendamconferentie (2000) is afgesproken dat zorgaanbieders zich de komende jaren meer zullen concentreren op het implementeren van bestaande kwaliteitsactiviteiten dan het opnieuw ontwikkelen van activiteiten. Dat het implementeren en vooral ook continueren van kwaliteitsactiviteiten extra aandacht vraagt heeft een onderzoek laten zien bij het Algemeen Maatschappelijk Werk waaruit bleek dat sommige voorlopers uit 1995 er niet in slaagden het kwaliteitssysteem levendig te houden. Vergelijkbare resultaten komen ook uit onderzoek onder GGZ instellingen. Het gaat hierbij dus niet om een sector specifiek probleem. Onderzoek naar effectieve implementatiestrategieën is daarom nodig.

Onderzoek naar de implementatie van kwaliteitsmanagement laat zien hoe de invoering van kwaliteitssystemen verloopt en dat niet zelden systemen met honderden procedures ontwikkeld zijn. De centrale vraag daarbij is in hoeverre het ontwikkelde kwaliteitsbeleid daarmee daadwerkelijk geëffectueerd wordt. Meer concreet wordt onderzocht 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 kwaliteitsmanagement. Dit onderzoek moet kennis opleveren over de meest effectieve kwaliteitsactiviteiten. Van effectiviteit is sprake als het proces van zorgverlening zodanig ingericht is dat de gezondheidstoestand, waardering en kwaliteit van leven van cliënten aantoonbaar verbetert. Zorgaanbieders moeten hiervoor inzicht hebben in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg.

Onderzoek naar risicovolle momenten en ongewenste uitkomsten is nieuw en raakt de kern van het kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem beoogt risico's en ongewenste uitkomsten voor cliënten te voorkomen. Meer inzicht is nodig in de organisatorische, technische en menselijke faalfactoren die tot ongewenste uitkomsten leiden. Een eerste aanwijzing hiervoor zijn klachten van cliënten.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000 (afgerond)
SAM 00.01	Kwaliteitskosten en ervaren opbrengsten in de ouderenzorg (afgerond)
SAM 01.03	Redenen om te stoppen met kwaliteitszorg (mede uitgevoerd in het kader van SAM 02.03)
SAM 99.05	Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking (geen financiering)
SAM 99.06	Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg (afgerond)
SAM 01.04	De effecten van twee methoden van intercollegiale toetsing in de tandartspraktijk (afgerond)
SAM 99.07	Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren (geen financiering)

Lopende en nieuwe projecten:

State of the art-studies

	SAM 01.01	Kwaliteitsmanagement in Europa (verwerven van subsidie)
	SAM 90.01*	Databank zorgvernieuwing
	SAM 00.02	Regionale samenwerking in de gezondheidszorg
Nieuw	SAM 02.01	Laagdrempelige methoden voor kwaliteitszorg voor verpleegkundigen en verzorgenden (subsidie aangevraagd)
Nieuw	SAM 02.02	Kwaliteitszorg in de beroepsopleidingen in de gezondheidszorg (subsidie aangevraagd)

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

Nieuw SAM 02.03 Kwaliteitszorg van het AMW
(rapportage)

Implementatievraagstukken

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

Nieuw SAM 02.04 Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden
(verwerven van subsidie)

Nieuw SAM 02.05 Effectiviteit van stappenplan voor het systematisch verbeteren van bestaande richtlijnen
(subsidie aangevraagd)

Relatie kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg voor cliënten

SAM 01.05 De invloed van de organisatie van zorg op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen
(uitvoering)

SAM 01.06 Relatie tussen organisatie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg in de thuiszorg (The AgeD in Home Care Project)
(uitvoering)

SAM 01.02 De bijdrage van cliëntenraden aan het kwaliteitssysteem en de kwaliteit van zorg van instellingen
(verwerven van subsidie)

Nieuw SAM 02.06 Transparantie kwaliteit van zorg en kwaliteitsindicatoren
(uitvoering)

Nieuw SAM 02.07 Kenmerken van de tandartspraktijk en het oordeel van cliënten
(subsidie aangevraagd)

Riskmanagement en ongewenste uitkomsten

Nieuw SAM 02.08 Verwachtingen en ervaringen van klagers met het klachtrecht
(afronding fase 1 en verwerven subsidie fase 2)

Nieuw SAM 02.09	Zorginkoop: speelt de kwaliteit van de zorgverlening een rol bij de selectie? (verwerven subsidie)

p.m.

PMED 97.06	Evaluatie programma Bevordering Kwaliteitsontwikkelingen Paramedische Zorg
PMED 00.03	Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)
PMED 02.06	Structuur en organisatie van het IKPZ-programma: een beschrijvend onderzoek
HSZ 02.01	'Omvang van maatschappen' in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten
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

Nederland is bezig met een ingrijpende modernisering van de curatieve zorg. Zowel binnen de eerstelijnsvoorzieningen (met name huisartsenzorg) als binnen de medisch-specialistische zorgverlening (tweedelijn) staan veel veranderingen in de organisatie en financieringsstructuur op stapel of zijn reeds gerealiseerd. Transmuralisering van de zorg is daarbij nog steeds een belangrijke leidraad. Het traditionele onderscheid tussen extra- en intramurale zorg zal verder vervagen. Er moet een samenhangend zorgaanbod worden gecreëerd waarbij de plaats waar de zorg wordt geboden in hoge mate wordt bepaald door de (zorg)behoefte van de patiënt en in mindere mate door het beschikbare aanbod. De ontwikkeling van vraaggestuurde zorg maakt een betere afstemming en aansluiting van verschillende zorgsectoren noodzakelijk.
Marktwerking wordt gezien als een belangrijk instrument om vraaggestuurde zorg te realiseren. Stimulering van het ondernemerschap bij de zorgaanbieders, door bijvoorbeeld het ondernemersrisico te vergroten en ook zorgverlening buiten het basispakket mogelijk te maken, moet een grotere variatie in het zorgaanbod creëren. Dit zou inhouden dat de keuzemogelijkheden van patiënten/consumenten toenemen. Deze nieuwe rol van zorgaanbieders zal waarschijnlijk leiden tot aanzienlijke veranderingen in de structuur en organisatie van de zorg. Zorgaanbieders zullen genoodzaakt zijn

om nauwer te gaan samenwerken of te integreren in grotere organisaties die een betere onderhandelingspositie hebben ten opzichte van andere partijen.
Ten aanzien van de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen zijn op dit moment twee min of meer tegenstrijdige ontwikkelingen te herkennen. Aan de ene kant zijn er ontwikkelingen die de twee dichter bij elkaar brengen zoals de vorming van het 'geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf'. Een toenemend aantal ziekenhuizen is overgegaan op een meer patiënt- en procesgerichte organisatiestructuur (kanteling van het ziekenhuis) en medisch specialisten participeren in toenemende mate in het management van ziekenhuizen. In 2002 gaat het Nivel voor de derde keer inventariseren hoever deze ontwikkelingen gevorderd zijn. Ook is er sprake van concentratie en schaalvergroting in de ziekenhuissector. Naast economische schaalvoordelen zou het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten hierbij een rol spelen. In een inventariserende studie wordt nagegaan of dat zo is.
Aan de andere kant is er sprake van een tendens waarbij het verlenen van medisch specialistische zorg losser komt te staan van het ziekenhuis. Door de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) wordt geconstateerd dat de medisch specialistische zorg in Nederland maar gebrekkig aansluit bij de zorgvraag. Dit zou onder andere kunnen worden opgelost door flexibilisering van de zorg. Binnen de ziekenhuissector zal explicieter onderscheid worden gemaakt tussen interventiecentra voor complexe topzorg, basiszorg en dagbehandeling en zullen decentrale poliklinieken worden opgezet. Vooral bij dit laatste is afstemming met de eerstelijnszorg van groot belang. De verwachting is dat juist op dat gebied nieuwe organisatievormen zullen worden ontwikkeld zoals huisartsbedden in ziekenhuizen en poliklinieken in huisartspraktijken.
Ook binnen de huisartsenzorg zijn ontwikkelingen gaande die van invloed zijn op de relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg. Ten eerste lijkt de inzet van praktijkondersteuning op HBO-niveau nu daadwerkelijk van de grond te komen. Omdat deze zorgverleners zich nadrukkelijk met chronisch zieken gaan bezig houden, kan dit gevolgen hebben voor de transmurale zorgverlening. Hoe dit in de praktijk in zijn werk gaat en wat bijvoorbeeld de betrokken patiëntengroepen hiervan vinden wordt onderzocht in een grootschalig onderzoeksproject dat het Nivel, bij toekenning van subsidie, zal gaan uitvoeren. Een tweede ontwikkeling die van belang is, is de opzet van huisartsenposten om de dienstverlening buiten kantooruren beter te organiseren. Ook hier zijn er raakvlakken met de ziekenhuissector, vooral als het gaat spoedeisende eerste hulp.
Een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van een samenhangend zorgaanbod is een optimale communicatie tussen zorgaanbieders. Nieuwe technologische ontwikkelingen in de ICT-sector maken dit mogelijk. De implementatie in de dagelijkse praktijk staat echter nog in zijn kinderschoenen. Het Nivel is betrokken bij een aantal belangrijke projecten op dit

gebied, zoals de proef met de zorgpas en het Zorg Informatie Netwerk in de regio Eemland en de ontwikkeling van een zorgpas voor Parkinsonpatiënten in de regio Leiden.
Al deze ontwikkelingen kunnen er toe leiden dat patiëntenstromen tussen zorgvoorzieningen veranderen en dat er een nieuwe taakverdeling ontstaat. Om dit te monitoren is het noodzakelijk tot een totaalbeeld van het zorggebruik bij een bepaalde aandoening te komen. Daarvoor moeten gegevens over de zorg van huisartsen gekoppeld worden aan het zorggebruik in de tweede lijn. Een deelonderzoek van de tweede Nationale Studie is hierop gericht.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HSZ 98.03	Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven (geen subsidie verkregen)
HSZ 99.02	Verticale integratie in de curatieve zorg (afgerond)
HSZ 99.04	Transmurale zorg bij subfertiliteit (geen subsidie verkregen)
HSZ 01.02	De positie van het algemene ziekenhuis (afgerond)
HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

	HSZ 98.04	Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen (analyse en rapportage)
	HSZ 01.01	Evaluatie van de invoering van een zorgpas voor Parkinsonpatiënten (bij subsidietoekenning start van de evaluatie)
	HSZ 01.03	De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar (analyse en rapportage)
Nieuw	HSZ 02.01	'Omvang van maatschappen' in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten

Nieuw	HSZ 02.02	De ontwikkeling van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf: stand van zaken
Nieuw	HSZ 02.03	Relatie huisartsenzorg en medisch specialistische zorg in de toekomst
Nieuw	HSZ 02.04	Pas gestart: de eerste fase van de evaluatie van het Zorg Informatie Netwerk in de regio Eemland
Nieuw	HSZ 02.05	De ontwikkeling van een 'gemeenschappelijk format' voor de evaluatie van ICT-projecten in de directe zorgverlening
Nieuw	HSZ 02.06	Onderzoeksprogramma Doelmatigheid van orthopedische zorg in een vraaggestuurd stelsel

p.m.

NS2 99.06	Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing
NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
HAG 01.01	Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk
VRA 01.01	Ziekenhuisvergelijking 2: oordelen van patiënten
PSH 01.05	Second opinion chirurgische oncologie
PSH 01.03	Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen
PSH 97.02	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
BKP 95.09	Behoefteraming medisch specialismen
BKP 01.01	Jaarlijkse overzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan
V&V 02.01	Inzetbaarheid van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de EU
VRA 02.01	Voorkeursaanbieders in het nieuwe verzekeringsstelsel

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 indicatie-

stelling aan de ingang van de ambulante GGZ. In haar brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer benadrukt de minister dat nogmaals: er moet meer GGZ-kennis en generalistisch GGZ-aanbod komen in de eerstelijn, meer aandacht voor zorg en begeleiding bij arbeidsrelevante psychische problematiek, meer samenhang tussen GGZ en somatische gezondheidszorg en meer zicht voor de cliënt op het hulpaanbod, dit alles culminerend in meer vertrouwen en tevredenheid over en acceptatie van de GGZ. Al deze zaken komen aan de orde in dit werkplan.

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.
Deze stimuleringsmaatregelen van het ministerie van VWS zijn binnen verschillende 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. In dit kader wordt onder meer een registratie van consultatieprojecten onderhouden en worden per consultatieproject gegevens over afzonderlijke consultaties verzameld.
Binnen het onderzoeksprogramma Evaluatie van de Versterking van de Eerstelijns-GGZ wordt door het Nivel, in samenwerking met Trimbos-instituut en het onderzoeksinstituut van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, het SGBO onderzocht in hoeverre de maatregelen van VWS worden uitgevoerd en effect sorteren.

Het onderwerp langdurige arbeidsongeschiktheid vanwege psychische problemen staat door toedoen van de Commissie Donner in het middelpunt van de belangstelling. Afgelopen jaar heeft het Nivel 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 voorbereidingen zijn afgerond en vanaf najaar 2001 worden patiënten in Almere at random toegewezen aan een

experimentele interventie door AMW-ers of de gebruikelijke hulp door de huisarts.

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.
De Raad voor GezondheidsOnderzoek (RGO) heeft in 1999 advies uitgebracht over het te entameren onderzoek op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. In dit advies krijgt onderzoek naar angst, depressie, psychosen en gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen prioriteit. In methodologisch opzicht wordt met name gevraagd om longitudinaal onderzoek, medical technology assessment (MTA) onderzoek en zorgonderzoek. Het Nivel heeft aansluiting gezocht bij een consortium van vakgroepen verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen en de Vrije Universiteit om te participeren in een onderzoeksprogramma dat dergelijk onderzoek bij de stoornissen angst en depressie uit gaat voeren.
Ten slotte wordt in het kader van de continue morbiditeitsregistratie Peilstations een replicatie van onderzoek naar de incidentie van depressie en de behandeling ervan door de huisarts uitgevoerd. Daarnaast wordt al gedurende een veel langere looptijd het ter sprake komen van suicide in de huisartspraktijk in dit verband gemonitord.

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 01.01	Toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

	GGZ 99.03	Programma "Tussen de lijnen" (continue activiteit)
	GGZ 99.04	Psychische problemen en stoornissen bij kinderen (dataverzameling en analyse)
	GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartsenpraktijk (dataverzameling)
	GGZ 01.02*	Versterking van de eerstelijns-GGZ. (dataverzameling, analyse, tussenrapportage)
	GGZ 01.03	De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen (analyse)
Nieuw	GGZ 02.01*	Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
Nieuw	GGZ 02.02	Determinanten van het chronisch beloop van angst en depressie
Nieuw	GGZ 02.03	Suicide en suicidepogingen in de huisartspraktijk 1987-1999 (voorheen PEIL 01.03)
Nieuw	GGZ 02.04	Doelmatigheid van de diagnostiek bij het dementiesyndroom

p.m.

CHR 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
NS2 99.03	Psychische problemen en stoornissen

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg

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

- informatievoorziening over het aanbod van beroepsbeoefenaren 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*

Sinds 1996 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 moet worden geconstateerd dat er weinig continue informatiebronnen zijn rondom het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dit geldt zowel voor de beroepen in de extramurale gezondheidszorg, maar met name voor beroepen in de intramurale gezondheidszorg (medisch specialisten, AGIO's, AGNIO's, paramedici 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 belangrijke bron zijn om de arbeidsmarkt problematiek 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 via het "Capaciteitsorgaan" in de komende jaren mogelijkheden ontstaan 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 Prismant wordt sinds 1997, in opdracht van het LCVV (Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging), 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 2001 is op

basis van de OSA-arbeidsaanbodmonitor aandacht besteed aan het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over onderwerpen die samenhangen met de werksituatie.
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. In 2001 is een begin gemaakt met een actualisering van deze publicatie, waarin naast de extramuraal werkzame beroepsgroepen ook de intramuraal werkzame beroepsgroepen worden meegenomen (medisch specialisten e.d). De resultaten worden gepubliceerd op internet.

b. *Beroepskrachtenvoorziening*
Het "Capaciteitsorgaan" speelt een belangrijke rol bij de capaciteitsraming van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal-geneeskundigen en orthodontisten/kaakchirurgen. Jaarlijks moet het Capaciteitsorgaan een Capaciteitsplan opstellen. Daartoe zullen aanbod en vraaggegevens verzameld en geanalyseerd moeten worden. Het Nivel en Prismant voeren dit gezamenlijk uit en publiceren dit in de vorm van een overzichtsstudie. In 2001 is de eerste overzichtsstudie verschenen en heeft als basis gediend voor het door het Capaciteitsorgaan opgestelde capaciteitsplan 2001. Ook 2002 zal het Capaciteitsorgaan weer een capaciteitsplan opstellen. Het Nivel en Prismant zullen daarvoor wederom een overzichtsstudie uitvoeren. De gegevens voor de 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 in 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 min of meer een permanente monitoring van vraag en aanbod uitgevoerd, zodat tijdig de opleidingscapaciteit kan worden bijgesteld. Een dergelijk monitoringsysteem wordt vanaf 2001 ook uitgevoerd voor de verloskundigen en algemeen chirurgen.
Naast behoefteramingsstudies voor de medische beroepen wordt ook aandacht besteed aan capaciteitsramingen voor de verschillende paramedische

beroepen. Dit onder andere met het oog op de substitutiemogelijkheden tussen de medische en paramedische zorg. Maar ook de ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen zelf vragen om een nadere arbeidsmarktanalyse. 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 worden 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 achtergrondgegevens noodzakelijk die een beeld kunnen geven van de huidige en de toekomstige beroepsuitoefening. Met name rond de tijdsbesteding per week van medisch specialisten is er vaak discussie omtrent de wijze waarop de gegevens verzameld worden. Veelal geschiedt dit aan de hand van schriftelijke enquêtes onder de individuele beroepsbeoefenaren. Om dit subjectieve meetinstrument te valideren heeft het Nivel enkele jaren geleden via een observaties-methodiek een werklastmeting uitgevoerd bij de radiologen. Dit type onderzoek zal wellicht op termijn ook voor andere medische beroepsgroepen interessant zijn; dit in het kader van ontwikkelingen op het terrein van de DBC's waarin normtijden een belangrijke onderdeel vormen. Voortbouwend hierop vragen verschillende Wetenschappelijke Verenigingen om, ten behoeve van het opstellen van praktijkprofielen, referentiegegevens te leveren. De gegevens van de verschillende behoefteramingsstudies 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 aanbod-

panels, dwz panels van beroepsbeoefenaren. 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 managementtaken 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" Wellicht biedt dit programma in de toekomst aanknopingspunten om voor dit themagebied onderzoek uit te voeren.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BKP 98.03	Werklastmeting radiologen (afgerond)
BKP 01.06	Arbeidsmarktmonitor Anesthesiologen (vervalt)

Lopende en nieuwe projecten:

a. *Informatievoorziening*

REG 84.01	Registratie huisartsen
REG 84.03	Registratie verloskundigen
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 2002 (RAZW)
	REG 98.01	Beroepen in de gezondheidszorg 2002
Nieuw	REG 02.01	Arbeidsmarktmonitor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
Nieuw	REG 02.02	Arbeidsmarktmonitor ambulancepersoneel

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 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
BKP 01.01	Jaarlijkse overzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan
BKP 01.02	Cohortonderzoek basisartsen
BKP 01.03	Afstemming initiële opleiding voor artsen en vervolgopleidingen
BKP 01.04	Beroepskrachtenplanning Orthopeden

	BKP 01.05	Arbeidsmarktmonitor chirurgen
Nieuw	BKP 02.01	Behoefteraming fysiotherapeuten

c. *Beroepsuitoefening*

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
BKP 01.08	Huisartsenpanel
BKP 01.07	Deeltijdwerken van artsen: buitenlandse ervaringen
Nieuw BKP 02.02	Tijdsbesteding vrijgevestigde logopedisten

p.m.

NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
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 gezondheidszorgsectoren te koppelen aan meerjarenafspraken heeft in datzelfde geleid tot meerjarenafspraken met de huisartsensector. Speerpunten in die meerjarenafspraken waren:

- 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.

Hoewel deze meerjarenafspraken nog steeds de richtsnoer voor het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg vormen zijn door de beroepsgroep daarnaast een aantal andere speerpunten op de agenda gezet: de organisatie en financiering van de zorg buiten kantooruren, de hoogte van de praktijkvergoeding en het tekort aan huisartsen. De massale stakingsactie van huisartsen in mei 2001 heeft duidelijk gemaakt dat hoognodig structurele oplossingen voor deze problemen moeten worden gevonden.
In de nabije toekomst zal de positie (in het basispakket of niet?) die de huisartsenzorg krijgt toebedeeld in het vernieuwde zorgverzekeringsstelsel van cruciaal belang zijn voor de verdere ontwikkelingen binnen de huisartsensector. In elk geval ligt een sterkere positie van de verzekeraar in het verschiet. Dit in combinatie met de uitspraak van de Nederlandse Mededingingautoriteit die contractering op DHV-niveau verbiedt evenals het huisartsenvestigingsbeleid en het pad lijkt geëffend naar meer concurrentie op de markt voor huisartsenzorg. Wat dit betekent voor de positie van de huisarts is op dit moment niet te overzien en mede afhankelijk van de wijze waarop de beroepsgroep op de nieuwe situatie inspeelt.Op korte termijn beperkt de schaarste aan huisartsen de mogelijkheden voor meer onderlinge concurrentie overigens sterk. Tenslotte dient het rapport van de commissie Tabaksblatt te worden genoemd waarin voorstellen worden gedaan voor aanpassing van de honoreringsstructuur in de richting van meer beloning naar prestatie.

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 tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2).

In het jaar 2000 is 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 huis-

artsgeneeskunde in Nederland opnieuw in kaart te brengen. De resultaten van de tweede Nationale Studie zullen als onderbouwing voor het beleid kunnen dienen op alle bovengenoemde punten. Het onderzoek binnen de tweede Nationale Studie is ingedeeld in zes themagebieden:

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

De tweede Nationale Studie wordt uitgevoerd in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk flink heeft uitgebreid. Eind 2001 zal de gegevens-verzameling voor de tweede Nationale Studie worden afgesloten. Het jaar 2001 zal het jaar worden waarin de eerste resultaten van de 2e Nationale Studie het licht zullen zien, hoewel zeker de eerste helft van het jaar nog voor een belangrijk deel aan dataschoning en -bewerking zal worden besteed.
Daarnaast zal met behulp van ten behoeve van de 2e Nationale Studie ontwikkelde registratie-programmatuur LINH op een hoger worden gebracht. Het is namelijk de bedoeling de volledige registratie van alle in de huisartspraktijk aangeboden morbiditeit die als uitvloeisel van de 2e Nationale Studie is geïntroduceerd in de LINH-praktijken na 2001 op permanente basis te gaan voortzetten. LINH zal daarmee worden omgevormd van een registratienetwerk dat zich richt op zorg met aanhangende indicaties naar een netwerk dat zich richt op morbiditeit met aanhangende zorgverlening.

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 Oekraïne, Litouwen en Wit-Rusland.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PEIL 99.02	Resistentie tegen antibiotica bij veel voorkomende infectieziekten (is onderdeel geworden van enkele grote surveys door het RIVM)
PEIL 00.01	Surveillance van acute gastro-enteritis en zijn verwekkers in Europa (subsidievoorstel bij EU ingediend en afgewezen)
PEIL 99.03	Health monitoring in Sentinel Practice Networks (afgerond)
PEIL 01.01	Vergelijking van de impact van de influenza epidemie in Engeland en Nederland (afgerond)
PEIL 01.03	Suïcide en suïcidepogingen in de huisarts praktijk 1987-1999 (zie GGZ 02.03)
LINH 00.01	Classificatie (voortgezet als onderdeel van LINH 97.02)
LINH 00.04	Reductie benzodiazepinegebruik (afgerond)
LINH 01.01	Evaluatie uitsluiting buiten WTG-middelen (1e project afgerond, geen vervolgfinanciering)
LINH 00.05	Evaluatie Zorgpas (voortgezet onder HSZ 02.04 en HSZ 02.05)
HAG 00.01	Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk (afgerond)
HAG 01.02	Centrale huisartsenposten voor spoedeisende hulp (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

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 00.02	Incidentie van acute gastro-enteritis: een vergelijking tussen Nederland en Engeland
	PEIL 01.02	Het voorkomen en de diagnostiek van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen in de huisarts praktijk
Nieuw	PEIL 02.01	Health information from primary care

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 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 01.02	Determinanten van langdurig geneesmiddelgebruik

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

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	Huisarts-patiëntcommunicatie

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

	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
	NS2 01.01	De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts
	NS2 01.02	Leefomgeving en gezondheid
Nieuw	NS2 02.01	Comorbiditeit bij patiënten met neurologische en psychiatrische aandoeningen
Overig		
	HAG 01.01	Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk
	HAG 01.03	De gevolgen van de vuurwerkramp Enschede voor de gezondheid van bewoners en hulpverleners in de getroffen wijk. Monitoring via zorgverleners
Nieuw	HAG 02.01	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïdentificeerde achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijken door de Districthuisartsverenigingen.
Nieuw	HAG 02.02	Nieuwjaarsbrand Volendam. Monitoring gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam door middel van informatie uit de huisartsenpraktijk
p.m.		
	REG 84.01	Huisartsenregistratie

REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen
GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk
GGZ 01.03	De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen
GGZ 02.01	Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
GGZ 02.03	Suicide en suicidepogingen in de huisartspraktijk 1987-1999
BKP 00.01	Carrièreduur van huisartsen
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
PSH 02.01	Video-onderzoek bij huisartsen
PSH 02.06	Tijdsbesteding medisch specialisten in de spreekkamer
CHR 88.01	Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)
WHO INT 91.01	Taakprofielen van huisartsen in Europa
WHO INT 98.06	Morbidity in general practice in Central European Perspective
MIG 01.01	Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers

2.2.6 Verloskunde en kraamzorg

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 beroepsgroep van 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 tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen, de concentratie van klinische verloskunde en kindergeneeskunde 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 heeft het Nivel onderzoek gedaan naar de tijdbesteding in verloskundige praktijken.

Andere maatregelen zijn: het vergroten van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen van 120 naar 160 plaatsen per jaar in 2000 en naar 200 plaatsen per jaar in 2001 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, is vervolg-onderzoek verricht naar de kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg. In dit onderzoek zijn zowel kraamzorgaanbieders als verloskundigen als call-centra (intermediair tussen verzekeraar en kraamzorgaanbieder) benaderd. Onderzocht is 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. Uit dit onderzoek is gebleken dat de BasisKwaliteitseisen Kraamzorg in brede kring bekend zijn en geïmplementeerd worden, maar dat de toegankelijkheid, mede door het tekort aan kraamverzorgenden, een probleem kan zijn, met name voor zorgvragers die zich pas laat aanmelden voor kraamzorg en zorgvragers die maar een beperkt aantal uren kraamzorg willen.

In navolging van de huisartsen zijn ook verloskundigen begonnen met het formuleren van standaarden, die tot doel hebben de zorg voor cliënten te verbeteren. De eerste standaard die in opdracht van de VAS, de Verloskundigen Adviesraad Standaarden, is opgesteld is de standaard "Anemie in de eerstelijns verloskundige praktijk". Om te kunnen vaststellen of deze en ook toekomstige standaarden in de praktijk begrepen, geaccepteerd en gebruikt worden, is onderzoek nodig.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERL 98.01	Verwijzingen 'durante partu' (vervalt)
VERL 01.01	Kwaliteit en toegankelijkheid kraamzorg II (afgerond)
VERL 01.02	Tijdbesteding in verloskundige praktijken (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

	VERL 94.02	The social organization of Dutch maternity care (rapportage)
	VERL 01.03*	Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening (dataverzameling)
	VERL 01.04	Behoefteraming verloskundige zorgverleners (uitvoering)
Nieuw	VERL 02.01	Evaluatie invoering standaard anemie bij verloskundigen (schrijven onderzoeksvoorstel)

p.m.

REG 84.03	Verloskundigenregistratie
REG 85.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
BKP 99.07	Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
PSH 02.03	Communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten met kanker

2.2.7 Paramedische zorg

Onderzoek naar paramedische zorg kan men onderverdelen in:

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

Beleidsgerichte informatievoorziening

De probleemstelling onderliggend aan dit deel van het onderzoek naar de paramedische zorg heeft betrekking op de informatievoorziening binnen deze sector. Een dergelijke voorziening is van belang voor het voeren van een landelijk en regionaal beleid op het terrein van de paramedische zorg.
Een belangrijke aanzet ten aanzien van de toekomstige informatievoorziening is de realisering van een netwerk van zogenaamde peilstations ten behoeve van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ-stations). Deze LIPZ-stations bestaan uit praktijken fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck waar op continue basis gegevens op geauto-

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

matiseerde wijze worden verzameld. Het LIPZ-netwerk zal de komende jaren referentiewaarden opleveren van zorginhoudelijke informatie (welke zorg wordt geboden aan welke patiënten?) welke als stuurinformatie zal dienen voor de afstemming van beleid van de overheid, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.
Bovendien zal het LIPZ-netwerk als een continue monitor fungeren van het fysio- en oefentherapeutische handelen. De Minister van VWS bereidt een nieuwe vergoedingsregeling voor voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck als alternatief voor de - rigide- beperkende maatregel. Ook andere ontwikkelingen binnen de extramurale paramedische zorg zoals de implementatie van het kwaliteitsbeleid, veranderingen in het zorgstelsel en het mogelijk loslaten van WTG-tarieven zullen hun weerslag hebben op het handelen van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Het LIPZ-netwerk zal het mogelijk maken de uitwerking van dergelijke beleidsmaatregelen te volgen.

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. De kwaliteitsprogramma's OKPZ- en BKPZ (Ondersteuning en Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg) zijn een belangrijke aanzet geweest tot de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid voor de paramedische beroepsverenigingen. Binnen deze programma's hebben de paramedische beroepsverenigingen talrijke kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd zoals het ontwikkelen van richtlijnen, een visitatiemethode en intercollegiale toetsing. Het BKPZ-programma heeft een vervolg 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.

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

PMED 95.01	Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie (afgerond)
PMED 98.04	Omgaan met artrose (afgerond)
PMED 99.03	Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen (onderzoeksvoorstel niet gehonoreerd)
PMED 00.01	Preventie en fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck (afgerond)
PMED 01.02	Differentiatie in taken van radiologisch laboranten: een optie? (afgerond)
PMED 01.03	Kwaliteitsbeleidsplannen van de paramedische beroepsverenigingen: een overzicht (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Beleidsgerichte informatievoorziening

	PMED 98.01*	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ) (in uitvoering)
Nieuw	PMED 02.01	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ) tweede fase (schrijven projectvoorstel)
	PMED 01.01*	Centrum voor beleidsgerichte informatie paramedische zorg (schrijven projectvoorstel)
Nieuw	PMED 02.02	Stand van zaken Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE) (schrijven van projectvoorstel)
Nieuw	PMED 02.03	Stand van zaken in de extramurale logopedie (schrijven van onderzoeksvoorstel)
Nieuw	PMED 02.04	Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck (in voorbereiding)
Nieuw	PMED 02.05	Sportfysiotherapie in de praktijk (in uitvoering)

Proces

	PMED 97.06	Evaluatie programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg (rapportage)
	PMED 00.03	Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ) (in uitvoering)
Nieuw	PMED 02.06	Structuur en organisatie van het IKPZ-programma: een beschrijvend onderzoek (in uitvoering)

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

	PMED 01.04	Ontwikkeling van een protocol voor diagnostisch onderzoek door de diëtist bij vermeende voedselovergevoeligheid (in uitvoering)
Nieuw	PMED 02.07	Ontwikkeling van een fysiotherapeutische diagnosecodering (in uitvoering)

Effect van paramedische zorg

PMED 99.04	Effectiviteit van ergotherapeutische interventies (in uitvoering)
PMED 00.05	Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek (rapportage)
PMED 01.05	Het effect van GRADIT, graded activitiy door middel van intermitterende oefentherapie bij patiënten met artrose van heup of knie (in uitvoering)
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 uitvoering)

p.m.

GGZ 02.01	Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
BKP 02.01	Behoefteraming fysiotherapeuten
BKP 02.02	Tijdsbesteding vrijgevestigde logopedisten
NS2 99.07	Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg
TH 00.01	Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur
TH 01.01	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: incontinentiemateriaal (analyse en rapportage)
TH 01.02	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: loophulpmiddelen (in uitvoering)

2.2.8 Verpleging en verzorging

Evenals in andere sectoren van de gezondheidszorg, staat in de sector verpleging en verzorging "vraaggerichtheid" hoog in het vaandel van patiënten, zorgverleners en beleidsmakers: in de eerste plaats moet de zorgvraag van patiënten bepalen welke zorg iemand krijgt, en niet het bestaande zorgaanbod. Veel beleidsmaatregelen uit de laatste jaren, zoals het loskoppelen van de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg van de zorgaanbieders, hangen samen met dit streven naar meer vraaggerichtheid. Regionale IndicatieOrganen hebben sinds enkele jaren de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg. Het belangrijkste doel van de 'onafhankelijke' indicatiestelling is de aansluiting tussen de zorgvraag, de geïndiceerde zorg en de uiteindelijk geleverde zorg van cliënten te verbeteren. In een lopend onderzoek van het Nivel, gefinancierd door NWO, wordt nagegaan of dit doel bij chronisch zieke patiënten met een zorgvraag op het gebied van thuiszorg ook werkelijk bereikt wordt.

Vraaggerichtheid wordt zeker ook nagestreefd door verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij zorg in de laatste levensfase: de palliatieve, terminale zorg. In de afgelopen jaren heeft het Nivel veel onderzoek verricht op dit terrein. Er is echter nog onvoldoende inzicht in de zorgbehoeften van specifieke doelgroepen terminale patiënten. Binnen het kader van het ZON-programma Palliatieve Zorg in de Terminale Fase verricht het Nivel daarom onderzoek naar de zorgbehoeften van Turkse en Marokkaanse terminale patiënten en hun familie aan ondersteuning door de thuiszorg.

Naast vraaggerichtheid ligt er in de verpleging en verzorging momenteel een sterk accent op "evidence based practice". Het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden moet waar mogelijk gebaseerd worden op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Het is daarom belangrijk dat richtlijnen en methodieken die in de verpleging en verzorging worden gebruikt onderzocht worden op hun wetenschappelijk gehalte en waar nodig aangepast worden op basis van inzichten uit onderzoek. In dit verband is er bij ZorgOnderzoek Nederland, binnen het programma Verpleegkundige en Verzorgende Beroepsgroepen", door het Nivel een projectvoorstel ingediend voor de inventarisatie, aanpassing en implementatie van richtlijnen voor het omgaan met gedragsproblematiek van dementerenden ingediend. Daarnaast is bij hetzelfde ZON-programma een voorstel ingediend voor de aanpassing en evaluatie van een intervisiemethodiek voor de bespreking van allochtone cliënten. Als deze projecten worden gehonoreerd, gaan ze begin 2002 van start.

In de verpleeg- en verzorgingshuissector is het uiteraard ook belangrijk dat patiënten zorg krijgen die aansluit bij hun behoeften en die zoveel mogelijk

gebaseerd is op wetenschappelijk kennis. Het Resident Assessment Instrument (RAI) is een middel dat door verzorgenden gebruikt kan worden om de zorgbehoefte van verpleeghuisbewoners nauwkeurig in kaart te brengen. Vanuit het Nivel wordt een evaluatiestudie verricht om te kijken wat de effecten van invoering van de RAI zijn op onder meer de aansluiting tussen zorgbehoefte en zorggebruik van somatische verpleeghuisbewoners. Tevens wordt nagegaan wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van de verleende zorg en de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Dit onderzoek sluit aan bij de hoge prioriteit die het Nivel in de afgelopen jaren heeft gegeven aan onderzoek naar de effecten van interventies op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van patiënten die intensieve zorg behoeven.
In dit kader is ook een lopende Nivel-studie naar de effecten van "snoezelen" relevant. Snoezelen is een methodiek waarbij op een prettige manier reuk-, -tast, -gezicht en -gehoorzintuigen worden geprikkeld. In die studie wordt onder meer onderzocht of snoezelen invloed heeft op het gedrag van dementerende bewoners in verpleeghuizen en de omgang van verzorgenden met die bewoners.

Om vraaggerichte, kwalitatief hoogstaande zorg te leveren is het belangrijk dat er voldoende personeel is om die zorg te leveren. In de verpleging en verzorging is er echter een ernstig personeelstekort: in de thuiszorg en in de verpleeg- en verzorgingshuissector worden binnen 5 jaar tekorten van rond de 15% aan gekwalificeerd personeel verwacht. Ondanks de grote arbeidsreserves onder werklozen, allochtonen en opnieuw intredende vrouwen kiezen weinigen voor een loopbaan in de zorg . Om meer inzicht te krijgen in mogelijke arbeidsreserves buiten ons eigen land, wordt in opdracht van de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek door het Nivel een onderzoek verricht naar de inzetbaarheid van verpleegkundigen en verzorgenden afkomstig uit andere landen van de Europese Unie.

De huidige problemen op de arbeidsmarkt worden versterkt doordat veel verpleegkundigen en verzorgenden afhaken. Naast hoge werkdruk en onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden, is het gevoel dat men weinig invloed heeft op de inhoud van het eigen werk, voor sommigen een ontslagreden. Dat verpleegkundigen en verzorgenden te weinig invloed heeft op besluitvorming die directe consequenties heeft voor het eigen werk, bleek ook uit een recente haalbaarheidsstudie voor een Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Het panel blijkt een goed medium te zijn om snel inzicht te krijgen in de mening van beroepsbeoefenaren over onderwerpen die het eigen werk betreft. Momenteel lopen besprekingen tussen het Nivel en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging over de continuering van het panel.

Om de invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op zorgbeleid te vergroten is bundeling van krachten noodzakelijk. Daarom werd enkele jaren

geleden de Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) opgericht. Minister Borst erkent de AVVV sinds eind 2000 als landelijke gesprekspartner voor zover het de beroepsinhoud betreft. In opdracht van de AVVV heeft het Nivel een onderzoeksvoorstel ontwikkeld voor een project dat inzicht biedt in eenvoudig toepasbare methoden die verpleegkundigen en verzorgenden kunnen gebruiken om invloed uit te oefenen op het zorgbeleid in de eigen instelling, maar ook lokaal, regionaal en landelijk gezien.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

V&V 97.05	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen (afgerond)
V&V 99.02	Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie (haalbaarheidsstudie afgerond)
V&V 00.02	Registratiesysteem Palliatieve Terminale Zorg (subsidieverzoek afgewezen)
V&V 01.01	Vooronderzoek peilstations voor multidisciplinaire verpleeghuiszorg (vooronderzoek afgerond)
V&V 01.02	Het gebruik van EASYcare in de Nederlandse thuiszorg: een pilotstudie (afgerond)
V&V 01.03	Fysieke belasting in de verpleeg- en verzorgingshuizen (afgerond)
V&V 01.04	Allochtonen en de thuiszorg: bereik, verrichtingen en belang (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

V&V 99.01	Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening (analyse en schrijven proefschrift)
V&V 99.04	Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg (in 2002 vinden geen registraties plaats)

	V&V 00.01	Terminale thuiszorg voor Turken en Marokkanen: een aanzet tot betere afstemming van het aanbod op de behoeften (analyse en rapportage)
	VERPL 97.01	Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen (analyse en schrijven proefschrift)
	VERPL 99.02	Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners in verpleeghuizen (gegevensverzameling en -analyse)
	VERPL 99.04	Bewonerspanel verpleeghuizen (in afwachting van subsidie)
Nieuw	V&V 02.01	Inzetbaarheid van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de EU (gegevensverzameling, analyse, rapportage)
Nieuw	V&V 02.02	Invloeduitoefening door verpleegkundigen en verzorgenden (in afwachting van subsidie)
Nieuw	V&V 02.03*	Continuering van Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (in afwachting van subsidie)
Nieuw	V&V 02.04	Richtlijnen voor verzorgenden voor de begeleiding van demente cliënten met gedragsproblematiek; inventarisatie, aanpassing en implementatie (in afwachting van subsidie)
Nieuw	V&V 02.05	Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg (in afwachting van subsidie)
Nieuw	V&V 02.06	Zorgbehoefte van oudere Turkse en Marokkaanse migranten; de relatie met aanbod en gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg (in afwachting van subsidie)

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

Nieuw	V&V 02.07	De rol van verpleegkundigen bij de naleving van patiëntenrechten uit de WGBO (in afwachting van subsidie)

p.m.

NS2 99.11	Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen
SAM 90.01	Databank zorgvernieuwing
SAM 01.05	De invloed van de organisatie van zorg op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen
SAM 01.06	Relatie tussen organisatie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg in de thuiszorg (The AgeD in Home Care Project)
SAM 02.01	Laagdrempelige methoden voor kwaliteitszorg voor verpleegkundigen en verzorgenden
SAM 02.04	Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden

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 weinig 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 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.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

TH 94.01	Tillen in de gezondheidszorg (afgerond)
TH 99.04	Zelfstandig gebruik van tilliften door mantelzorgers en cliënten (afgerond)
TH 00.03	Het effect van een duimspalk bij artrose (voorstel niet ingediend)

Lopende en nieuwe projecten:

TH 95.04	Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie (in uitvoering)
TH 99.01	Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie (in uitvoering)
TH 00.01	Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur (vragen van subsidie)
TH 00.02	Validering van de SODA bij patiënten met artrose (in uitvoering)

TH 00.04	Loophulpmiddelen bij patiënten met reumatische aandoeningen (in uitvoering)
TH 01.01	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: incontinentiemateriaal (in uitvoering)
TH 01.02	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: loophulpmiddelen (in uitvoering)

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 share 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 training in communicatie het beoogde effect sorteert en in welke mate de praktijk van de gezondheidszorg er profijt van ondervindt. 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. Onlangs heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) naar aanleiding van de door het Nivel uitgevoerde programmeringsstudie het ministerie van VWS geadviseerd onderzoek naar deze zogeheten contextwerking in de geneeskunde te stimuleren. Ook binnen diverse medische beroepsgroepen is aandacht voor factoren als bejegening en arts-patiënt relatie de afgelopen jaren toegenomen. Zo is er momenteel binnen de huisartsgeneeskunde een discussie gaande over welke consultvoeringsvaardigheden iemand tot goede huisarts maken. Los van deze op zichzelf staande

ontwikkelingen ziet men op het terrein van communicatie in het algemeen een verschuiving van kleinschalig monodisciplinair onderzoek naar meer grootschalige projecten die ziekenhuisbreed dan wel multidisciplinair zijn opgezet.

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 en 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; het kind bij de kinderarts vormt immers een andere categorie dan 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. Daarnaast neemt vergelijkend onderzoek naar huisarts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen nog steeds een belangrijke plaats in binnen het onderzoeksprogramma van het Nivel. Aandacht voor culturele verschillen in het hulpverleningsproces is onder meer van belang omdat recentelijk naar voren kwam dat er onder

Europeanen grote verschillen bestaan in tevredenheid over de gezondheidszorg.

EACH

Om de jarenlange ervaring in het verrichten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie uit te kunnen dragen, is onlangs in samenwerking met Elsevier Each - European Association for Communication in Healthcare - opgericht. Het bestuur van Each bestaat uit afgevaardigden uit acht Europese landen. Each stelt zich ten doel om kennis en expertise op het terrein van communicatie in de gezondheidszorg te verspreiden en uit te breiden. Hiertoe zullen onder meer internationale workshops en congressen worden georganiseerd en zal tevens een eigen website ontwikkeld worden met informatie, discussieplatforms en adressen van trainers en onderzoekers. Patiënt Education and Counseling is het officiële, wetenschappelijke tijdschrift van EACH waarop leden van EACH automatisch geabonneerd zijn.

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 12.000 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 verder onderzocht. Daarnaast wordt binnen het onderzoek naar communicatie steeds meer gekozen voor de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve analysemethoden waarmee meer recht gedaan kan worden aan het aandoeningsspecifieke of discipline-gebonden karakter van communicatie.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PSH 94.02	Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen (afgerond met dissertatie)
PSH 95.06	Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek. Deelonderzoek

PSH 95.06c	Effect van internist-patiënt communicatie op gezondheid en kwaliteit van leven van patiënt (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

PSH 97.02	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten (rapportage)
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (uitvoering)
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen (uitvoering)
PSH 98.03	Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts? (uitvoering)
PSH 98.04	Contextwerking in de geneeskunde (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 98.05	Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 98.06	De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 00.01	Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 00.02	Digitaliseren van video-archief (uitvoering)
PSH 01.01	EACH: European Association for Communication in Healthcare (uitvoering)
PSH 01.02	Opvoeden van patiënten in de spreekkamer (schrijven onderzoeksvoorstel)

	PSH 01.03	Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen (schrijven onderzoeksvoorstel)
	PSH 01.04	Communicatie en het handelen volgens standaarden (schrijven onderzoeksvoorstel)
	PSH 01.05	Second opinion chirurgische oncologie (analyse en rapportage)
	PSH 01.06	Kwaliteit van vrouwenzelfhulp vanuit cliëntenperspectief (schrijven onderzoeksvoorstel)
	PSH 01.07	Interculturele communicatie in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
Nieuw	PSH 02.01	Video-onderzoek bij huisartsen
	PSH 02.01a	Congruentie tussen arts- en patiëntoordelen
	PSH 02.01b	De functionaliteit van communicatie
	PSH 02.01c	Structuurinvloeden op de communicatie in het consult
	PSH 02.01d	Historische ontwikkelingen in huisarts-patiënt communicatie
Nieuw	PSH 02.02	Communicatie over ziekterepresentaties
Nieuw	PSH 02.03	Communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten met kanker (Sociaal-oncologisch fellowship)
Nieuw	PSH 02.04	Communicatie tussen oncologen, adolescenten met kanker en hun ouders (Sociaal-oncologisch fellowship)
Nieuw	PSH 02.05	De WGBO in de praktijk
Nieuw	PSH 02.06	Tijdsbesteding medisch specialisten in de spreekkamer

p.m.

NS2 99.15	Huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.11 Vraaggestuurde zorg

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. Het overheidsbeleid 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.

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 patiënt'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 projecten rond de benchmark thuiszorg en RIO's. 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. Zorgverzekeraars blijken -de een meer dan de ander- een activere rol te gaan spelen in de gezondheidszorg. Onderzoek richt zich op de manier waarop zorgver-

zekeraars de belangen van hun cliënten vertegenwoordigen, door bijvoorbeeld het organiseren van voorrang of het opkomen voor patiëntenbelangen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA en reumapatienten (afgerond)
VRA 98.07	Structuur en functioneren van de patiënten- en consumenten-beweging in de Nederlandse gezondheidszorg (opgenomen in lopende projecten)
VRA 99.08	Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten (geen subsidie)
VRA 00.01	Gebruikersfeedback in de Nederlandse gezondheidszorg (uitgevoerd in diverse projecten, VRA 01.01, VRA 01.03, VRA 01.02 enz.)
VRA 01.02	Gebruikersfeedback in de benchmark thuiszorg (afgerond)
VRA 01.04	Verlanglijst (afgerond)
VRA 01.12	Gebruikersoordelen en klachten (zie VRA 00.01)
VRA 01.13	Toepassingstudie QUOTE-diabetes (afgerond)
VRA 00.08	Patiëntenquête Tweede Nationale Studie: ontwikkeling en toepassing van een meetinstrument (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VRA 86.01	Consumentenpanel 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
VRA 01.01*	Ziekenhuisvergelijking, 2

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

	VRA 01.03	Gebruikersoordelen over de kwaliteit van zorg in de derdelijns epilepsiezorg
Nieuw	VRA 02.01	Voorkeursaanbieders in het nieuwe verzekeringsstelsel
Nieuw	VRA 02.02	Benchmark thuiszorg
Nieuw	VRA 02.03	Meetinstrumentontwikkeling externe kwaliteitstoetsing RIO's

p.m.

NS2 99.05	Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg
NS2 99.16	Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg
NKC 02.03	Patiëntenwensen

2.2.12 Zorgvraag van chronisch zieken

Chronisch zieken vormen voor gezondheidszorgbeleid een omvangrijke doelgroep met een specifieke zorgvraag. De zorgvraag van mensen met een chronische aandoening is vaak langdurig en complex van aard, waarbij een combinatie van 'cure' en 'care' vereist is. De problematiek van deze doelgroep beperkt zich echter niet tot hun gezondheid alleen; ook op andere terreinen zoals inkomen, werk, wonen, onderwijs, vervoer en vrije tijd ervaren mensen met een chronische aandoening knelpunten. Voor hen is een integrale aanpak van hun zorgvraag van groot belang. Dit geldt overigens niet alleen voor mensen met een somatische chronische ziekte, maar evenzeer voor andere doelgroepen met langdurige gezondheidsproblemen. De erkenning van een gemeenschappelijke problematiek en de noodzaak voor integraal beleid wordt door de Nationale Commissie Chronisch Zieken in haar eindadvies (1999), waarmee zij zich nadrukkelijk richt tot zowel de bewindslieden van VWS als die van SZW, als volgt verwoord: 'het beleidsmatige onderscheid tussen zorg voor mensen met chronische ziekten, verstandelijke handicaps, lichamelijke handicaps, chronisch psychiatrische aandoeningen en ouderen zal vervagen'. Ook de aandacht vanuit de ISG (voorheen de Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid, maar thans de Interdepartementale commissie voor Samenhangend en Gecoördineerd beleid voor mensen met een handicap *en/of chronische ziekte*, waarin vertegenwoordigers van de ministeries van VWS, OCenW, VROM, SZW en VenW samenwerken) voor de positie van chronisch zieken en de samenhang met het beleid voor mensen met een lichamelijke handicap is een voorbeeld van deze ontwikkeling. Tenslotte

dient in dit verband te worden gewezen op de fusering van de koepelorganisaties van gehandicapten en chronisch zieken tot de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), die begin 2001 werd afgerond. Tegelijkertijd met de erkenning van een gemeenschappelijke problematiek, vooral op het gebied van de maatschappelijke participatie, dient ook nadrukkelijk te worden gewezen op de heterogeniteit binnen de groep mensen met een chronische aandoening of handicap. Dit impliceert dat de individuele behoeften sterk uiteen kunnen lopen en flexibiliteit en vraagsturing in de zorg zeker ook voor deze mensen die vaak langdurig gebruik maken van zorg van cruciaal belang is.

Belangrijke thema's binnen deze onderzoekslijn zijn de ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de zorg (problemen rond de diagnosestelling gedurende de prediagnostische fase, de specifieke zorgbehoefte van chronisch zieken, de ervaren knelpunten in het gebruik van zorg) en de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van maatschappelijke en sociale participatie. Een centraal programma in deze onderzoekslijn is het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), waarin op continue wijze beleidsrelevante (monitoring-)gegevens worden verzameld over de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening, hun ervaringen in de gezondheidszorg en hun maatschappelijke positie, waaronder hun financiële situatie, arbeidsparticipatie en sociale participatie/vrijetijdsbesteding. In 2001 is de tweede fase van dit programma van start gegaan, die tot in 2004 zal voortduren. Parallel aan deze tweede fase van het PPCZ wordt een ziekte-specifieke monitor van de zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD uitgevoerd. Ander onderzoek bij volwassen chronisch zieken betreft het onderzoek naar de knelpunten in de zorg voor mensen met zeldzame aandoeningen. Daarnaast vinden binnen deze onderzoekslijn projecten plaats, waarin de zorgbehoefte en het maatschappelijk en sociaal functioneren van chronisch zieke kinderen en jongeren centraal staan. In 2002 zal tevens een aanvang worden gemaakt met de gewenste uitbreiding van de monitoringactiviteiten in het kader van het PPCZ naar andere doelgroepen, zoals mensen met chronische psychische klachten en mensen met een lichamelijke handicap.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronisch Zieken, eerste fase (afgerond)

VRA 98.10	De betekenis van adaptieve opgaven, coping en sociale steun voor de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening (afgerond)
VRA 00.02	Arbeidssituatie van chronisch zieken (afgerond)
VRA 01.05	Vrijwilligerswerk door mensen met een chronische aandoening (afgerond)
VRA 01.06	Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met een chronische aandoening (afgerond)
VRA 01.07	Inventarisatie kinderen en jongeren met chronische aandoeningen (geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten:

CHR 88.01	Vragen over AIDS
CHR 96.01	Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken
CHR 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
CHR 99.07	Zeldzame chronische aandoeningen
CHR 99.12	Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken
CHR 00.04	Adaptieve opgaven, coping en sociale steun in relatie tot de maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening
CHR 01.08	Patiëntenpanel Chronisch Zieken, tweede fase
CHR 01.09*	Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD
CHR 01.10	Financiële positie van mensen met chronische aandoeningen voor en na de herziening inkomstenbelasting 2001

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

	CHR 01.11	Behoefte en verwachtingen van mensen met een chronische aandoening ten aanzien van de mantelzorg
Nieuw	CHR 02.01	Pilotstudie panel mensen met chronische psychische klachten
Nieuw	CHR 02.02	Pilotstudie panel mensen met een lichamelijke handicap
Nieuw	CHR 02.03	Rapportage kerngegevens artrose
Nieuw	CHR 02.04	Maatschappelijke en sociale participatie van jongeren met astma

2.2.13 Migranten / Speciale Doelgroepen

Populaties met een andere culturele achtergrond dan de autochtone zijn niet meer weg te denken in onze westerse maatschappijen en hun aandeel wordt steeds belangrijker. Deze onderzoekslijn migranten wil zich in eerste instantie richten op de nood aan interculturalisatie van de zorg: welke problemen ondervinden allochtone patiënten – migranten, asielzoekers, vluchtelingen en illegalen – van verschillende generaties, verschillende culturele achtergronden en in verschillende fases van acculturatie en integratie in het contact met de gezondheidszorg. Hoe gaat de gezondheidszorg zelf om met cultuurspecifieke problematiek op het niveau van communicatie, toegesneden zorgverlening, specifieke gezondheidsproblemen. Welke oplossingen kan de zorg aandragen om meer cultuursensitief te worden en in welke mate kunnen patiënten met deze achtergrond en hun sociale organisaties bij deze omslag betrokken worden. Deze onderzoekslijn wil zich eveneens richten op de preventieve en reproductieve zorg, die deze doelgroep nog veel te weinig bereikt.
In de Tweede Nationale Studie worden 4 groepen allochtonen geïnterviewd naar gebruik van eerstelijnszorg om determinanten te vinden die het gebruik van deze zorg bepalen en eventueel verschillen ten opzichte van autochtone Nederlanders. Een deel van de geïnterviewden zal benaderd worden om deel te nemen aan een panel waarin veranderingen in gezondheid in relatie met het proces van acculturatie opgevolgd zullen worden. De monitoring van de huisartsenzorg voor asielzoekers in asielzoekerscentra zal opgestart worden, en determinanten van gezondheidsproblemen, hulpvraag en zorggedrag zullen eveneens bestudeerd worden.
Onder speciale doelgroepen verstaan we onder andere sociale achterstandsgroepen, kinderen en adolescenten, en ouderen. Aangezien gezondheidszorgaspecten bij sociale achterstandsgroepen gedeeltelijk overlapt met de problematiek op dit gebied bij allochtone populaties, richt deze onderzoekslijn

zich verder eerst op deze achterstandsgroepen. Zo is een voorstel ingediend om het gebruik en effect van het achterstandsfonds bij de districtshuisartsenverenigingen te evalueren worden. Onderzoek onder de overige doelgroepen zal eventueel gefaseerd ontwikkeld worden.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

MIG 00.01	"Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek: de evaluatie van een pilotproject (afgerond)
MIG 00.07	Gezondheidsproblemen van illegalen en knelpunten in de zorg (afgerond)
MIG 00.04	Internationale conferentie "Health care for ethnic minorities" (vervallen)

Lopende en nieuwe projecten:

	MIG 99.01	Determinanten van verschillen in gebruik van huisartsenzorg en ervaren kwaliteit van huisartsenzorg tussen allochtonen en Nederlanders
	MIG 00.02	Effectevaluatie project "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek
	MIG 00.08	Veranderingen in gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in relatie tot het proces van acculturatie
	MIG 01.01	Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers
Nieuw	MIG 02.01	Asielzoekers, vluchtelingen en hun minderjarige kinderen: een epidemiologische studie naar gezondheidsproblemen, hulpvraag en het zoeken naar hulp
Nieuw	MIG 02.02	Gebruik van huidbleekmiddelen onder allochtone populaties in Nederland: onderzoek naar omvang en bijwerkingen

Nieuw	MIG 02.03	Welke structurele en socio-culturele determinanten zijn geassocieerd met ineffectief anticonceptiegedrag (en zwangerschappen) onder jonge Afro-allochtone tieners?

p.m.

NS2 99.10	Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten
HAG 02.01	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïdentificeerde achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijken door de Districthuisartsverenigingen.
V&V 02.05	Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg
V&V 02.06	Zorgbehoefte van oudere Turkse en Marokkaanse migranten; de relatie met aanbod en gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg

2.2.14 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. Daarbij lijkt er een toenemende belangstelling vanuit landen als Duitsland en Frankrijk voor het Nederlandse systeem met huisartsen in een poortwachtersrol. Met deze wederzijdse belangstelling groeit ook de behoefte aan vergelijkbare gegevens over gezondheid en gezondheidszorg. Deze informatiebehoefte strekt zich ook steeds meer uit tot de zogeheten pre-accessielanden in Midden en Oost Europa, 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 opti-

maal 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 gezondheids-zorgsystemen,** 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 huisartsen-zorg 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, dat onder meer een replicatie van de Taakprofielen Studie inhoudt, ingediend en vervolgens afgewezen. Rekening houdend met de afwijzingsgronden is het voorstel veranderd en opnieuw ingediend. Door de resultaten van deze studie te vergelijken met die uit 1992-93 zal deze mede het karakter hebben van een evaluatie van de hervormingen van de eerstelijnszorg in Europa in de tussenliggende periode. Het ingediende voorstel legt meer dan het eerste, de nadruk op de balans tussen curatieve en preventieve taken van de huisarts. Overigens lijkt het komende Zesde Kaderprogramma minder ruimte te bieden voor gezondheidszorgonderzoek dan het huidige programma van de EU.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

INT 00.01	Going ahead with primary health care in the Oblast Minsk (Matra, Wit Rusland) (Project is voltooid)
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa (Gaat deel uitmaken van INT 01.05)
INT 98.04	The organisation of home care in Europe (Geen financiering)
INT 01.01	De structuur van de gezondheidszorgsystemen van Polen, Hongarije en Tsjechië (Geen financiering)

Lopende en nieuwe projecten:

WHO INT 88.02* Kenniscentrum systemen van gezondheidszorg

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

	WHO INT 91.01*	Taakprofielen van huisartsen in Europa
	INT 00.02	Needs in Primary Health Care in Slovenia (Matra)
	WHO INT 98.06	Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective
	INT 99.04	(nieuwe titel) The balance of curative and preventive services of GPs in Europe; the role of general practice in systems of health care in Europe (including a replication of the 1993 GP Task Profile Study)
	INT 99.05	(nieuwe titel) Patients' perceptions of health care in Europe; an international study
	INT 01.02	(nieuwe titel) Primary Health Care continued in Belarus
	INT 01.03	Social components of primary care in the Odessa Region
	INT 01.04	Consolidating the roles of providers and patients in burgeoning primary care in Lithuania
	INT 01.05	Evaluatie en verklaring van verschillen in ziekenhuisbed-gebruik vanuit gezondheidszorgsysteem-kenmerken
Nieuw	INT 02.01	Support to the process of restructuring of health care in Hungary
Nieuw	INT 02.02	Improving education, quality assurance and the base of evidence in primary health care in the Czech republic

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?

2.2.15 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 2002 wordt het kenniscentrum nader uitgebouwd. Twee activiteiten staan voorop: het uitbouwen van de Nivel website, deels in samenhang met het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM. Daarnaast wordt een start gemaakt worden met wat 'kennismanagement' wordt genoemd. Het gaat er om dat beter en efficiënter gebruik gemaakt kan worden van de kennis die reeds op het Nivel of elders beschikbaar is. Naast deze twee activiteiten zal in 2002 een start gemaakt worden met het ontwikkelen van nieuwe vormen van het leveren van beleidsinformatie voor zowel landelijk werkzame beleidsmakers, bijvoorbeeld in de vorm van cruciale beleidsstatistieken, als ook voor het beleidsmakers die werkzaam zijn in instellingen, bijvoorbeeld in de vorm van spiegelinformatie.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

NKC 01.01	Pilot kenniscentrum 'kwaliteit van zorg' (Afgerond)
NKC 01.04	Implementatiemonitor ZON (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

	NKC 01.02	Pilot kenniscentrum 'huisarts en depressie'
	NKC 01.03	Participatie in het nationaal kompas volksgezondheid
Nieuw	NKC 02.01	www.Nivel.nl
Nieuw	NKC 02.02	Kennismanagement
Nieuw	NKC 02.03	Patiëntenwensen
Nieuw	NKC 02.04	Implementatiemonitor 2
Nieuw	NKC 02.05	Databank zorgvernieuwing op internet

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.

Ook valt hier nog te melden dat het deel uitmaakt van twee onderzoekscholen te weten: 'CaRe' op het gebied van eerstelijnszorg en klinische epidemiologie en 'Psychology and Health'.

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

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, beleidsmakers, studenten en andere geïnteresseerden.

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.

Op instigatie van het ministerie van VWS zijn er projecten opgestart met als doel de mogelijkheden te onderzoeken van een bundeling van een deel van de bibliotheekcollecties van een aantal instituten op het gebied van gezondheidszorg en welzijn in één grote collectie.

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 wordt even belangrijk als het opsporen van en toegang geven tot relevante digitale literatuur- en gegevensbestanden. Deze bestanden worden via het intranet aan de onderzoekers ter beschikking gesteld. De informatie bemiddelende rol van de afdeling komt hierin het scherpst tot uiting. Daarnaast is instructie aan de onderzoekers in het gebruik van deze bestanden een belangrijke taak geworden.

Het komende jaar wordt een aantal innovaties voorzien. Allereerst wordt gestart met de ontwikkeling van een Nivel intranet. Dit zal dienen als verspreidingsmedium binnen het Nivel.

Ook worden nieuwe onderdelen voor dit intranet ontwikkeld. Allereerst 'de testotheek'. In deze testotheek zijn vragenlijsten en handleidingen verzameld die binnen het Nivel in omloop zijn. De testotheek is toegankelijk door een goed ontsloten, geautomatiseerd bestand. Daarnaast starten we de electronische toegang tot tijdschriften, zodat alle Nivel onderzoekers op ieder moment toegang hebben tot voor hen relevante vak- en wetenschappelijke tijdschriften.

Externe informatievoorziening

De Nivel website (www.nivel.nl) wordt een steeds belangrijker medium voor het Nivel om informatie te verspreiden. De afdeling Bibliotheek en Documentatie speelt hierin een eigen rol. Allereerst wordt de bibliotheek catalogus via deze website beschikbaar gesteld. Bezoekers kunnen, met e-mail, kopieën en boeken bestellen. Daarnaast zijn een aantal thematische literatuurverzamelingen samengesteld, terwijl er weer nieuwe verzamelingen in ontwikkeling zijn. Deze literatuurverzamelingen worden ook via www.nivel.nl toegankelijk. Nieuw is een pilotproject 'toegang tot internetbronnen met statistische gegevens'. Dit is een project om ervaring op te doen met deze nieuwe activiteit. De pilot heeft betrekking op huisartsen en paramedici. Een ander nieuw project is de verbetering van de toegankelijkheid van Nivel artikelen en rapporten. De deskundigheid van de afdeling Bibliotheek en Documentatie wordt ingezet om de bezoekers van onze website snel en effectief in de Nivel producten te kunnen laten zoeken.

Thematische literatuurverzamelingen

De afgelopen jaren is de Nivel-bibliotheek zich gaan profileren als informatie-leverancier. In samenwerking met verwante instituten en in nauwe samenhang met het Nivel onderzoeksprogramma worden thematische literatuurverzamelingen beschikbaar gesteld. Het literatuur-bestand 'Verpleging & Verzorging breidt zich gestaag uit. Speciale aandachtspunten voor het jaar 2002 zijn 'migranten' en 'gezondheidsklachten na rampen'.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BIDOC 01.01	Searches ten behoeve van reviewartikelen 2001
BIDOC 01.01c	Arbeidsmarktpositie chronisch zieken (afgerond)
BIDOC 01.01e	Patient Empowerment in de gezondheidszorg (afgerond)
BIDOC 01.01f	Gezondheidsklachten na rampen: unexplained physical complaints (vervangen door BIDOC 02.01)
BIDOC 01.01g	Gezondheidsklachten van hulpverleners bij rampen (vervangen door BIDOC 02.01)
BIDOC 01.03	Historisch instituutsarchief (afgerond)
BIDOC 98.04	Beschikbaarstellen van de bibliotheekbestanden op het Internet (Vervangen door BIDOC 02.06)

BIDOC 99.03c	Presentatie Nivel-onderzoekers (afgevoerd)
BIDOC 00.02	Website Nivel (II) Redesign van de site (afgerond)
BIDOC 00.03	Implementatie van het Intranet en internetfaciliteiten op de werkplek (afgerond)
BIDOC 01.05	Technische ontwikkeling diverse websites (is onderdeel geworden van NKC)
BIDOC 01.06	Documentatie onderzoeksbestanden (is onderdeel geworden van NKC)
BIDOC 01.04	Ontwikkeling cursussen elektronisch informatie zoeken op het internet (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Continue activiteiten

	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 2002
	BIDOC 97.01	Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg Onderhoud en beheer (continue activiteit)

Thematische literatuurverzamelingen

Nieuw	BIDOC 02.01	Literatuurbestand Gezondheidsklachten na rampen
	BIDOC 00.01	Searches ten behoeve van reviewartikelen 2000 Informatiebehoeften van terminale patiënten en informatievoorziening in de palliatieve fase (in uitvoering) Internationale gegevens over verloskundige zorg door huisartsen (in uitvoering)
	BIDOC 01.01	Searches ten behoeve van reviewartikelen 2001 Bibliografie 'Chronisch zieke kinderen' (in uitvoering)

		Therapietrouw en disease management (start) Bibliografie 'Zeldzame ziekten' (in uitvoering)
Nieuw	BIDOC 02.02	Searches ten behoeve van review-artikelen 2002 Migranten: toegankelijkheid en gebruik van zorgvoorzieningen Manpowerplanning internationaal Verpleegkundig handelen bij smetten Stimuleren van zelfredzaamheid

Interne informatievoorziening

	BIDOC 99.04	Ontwikkeling Intranet (in ontwikkeling)
	BIDOC 01.02	Testotheek (in uitvoering)
Nieuw	BIDOC 02.03	Toegang tot electronische tijdschriften (in uitvoering)

Externe informatievoorziening

Nieuw	BIDOC 02.04	Pilotproject toegang tot internetbronnen met statistische gegevens (in uitvoering)
Nieuw	BIDOC 02.05	Website bestand met Nivel-artikelen en -rapporten (in ontwikkeling)
Nieuw	BIDOC 02.06	Bibliotheekbestanden op het internet (in uitvoering)

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
Dr. D.H. de Bakker	hoofd onderzoeksafdeling II
Dr. A. Kerkstra	hoofd onderzoeksafdeling III
W. van den Berg	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. F.G. Schellevis, arts	Nationale Studie (NS2), Huisartsgeneeskundige zorg (HAG), Peilstations (PEIL) en Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. G. Westert	Nationale Studie (NS2)
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (V&V)
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) en Thuiszorgtechnologie (TH)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
vacature	Consumententonderzoek (VRA) en Migranten (MIG)
Dr. P.M. Rijken	Chronisch Zieken (CHR)
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
vacature	Secretaris
Dr. C. Kleisen*	Penningmeester
vacature	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dr. G.A. van Essen*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. F.B.M. Sanders	Orde van Medisch Specialisten
Drs. J.H.W.P. Stienen	Arcares
Dhr. Q.A.J. Swagerman MHA	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dr. J.H. Schaaf	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	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
Prof.dr. E. Schadé	UvA/AMC, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. G.J. Kok	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL
vacature	voorgedragen door staf NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

vacature	College voor Zorgverzekeringen
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
vacature	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dhr. S. Zum Vörde sive Vörding, verloskundige	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. H.J. Smid	ZON MW
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).