



onderzoeksprogramma 1984 - 1985

J. M. Bensing
J. P. Dopheide
P. P. Groenewegen
P. F. M. Verhaak
J. van der Zee

november 1983

Het Nederlands Huisartsen Instituut is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek.

Algemeen directeur is S. van der Kooij, arts.

INHOUDSOPGAVE	pag.
1. INLEIDING	1
2. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE ELGZ	6
2.1. Activiteiten in het kader van de registratie BELG	7
- de registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren	7
- de registratie van adspirant-huisartsen	8
- de registratie van samenwerkingsverbanden (RSV)	8
2.2. Onderzoek naar het volume-aanbod	8
- huisartsendichtheid	9
- vrouwelijke huisartsen	11
- de locatie van 'voorzieningen' in de elgz	12
- de spreiding van hulpverleners en het gebruik van de zorg	12
2.3. Onderzoek van het functie-aanbod	13
- de functie verloskundige zorg	13
- de functie geneesmiddelenvoorziening	13
2.4. Samenvatting	14
3. (DE EFFECTEN VAN) MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING	16
3.1. Samenwerking in cijfers	18
- registratie samenwerkingsverbanden	18
3.2. De kosten van multidisciplinaire samenwerking	19
- financiële problematiek van gezondheidscentra	20
- management problematiek van gezondheidscentra	20
3.3. De baten van multidisciplinaire samenwerking	21
- samenwerken en verwijzen	21
- het dienstenaanbod in gezondheidscentra (en elders)	22
- het algemeen maatschappelijk werk in gezondheidscentra en daarbuiten	22
- de huisarts in gezondheidscentra en daarbuiten	23
3.4. Samenvatting	23
4. PATIENTENSTROMEN TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN	25
4.1. Instroom in de tweede lijn	25
- correctie verwijscijfers voor leeftijd en geslacht	26
- tussen 1e en 2e echelon II	26

	pag.
- tussen 1e en 2e echelon IV	26
- waarom willen mensen naar de specialist	26
- samenhang in de hulpverlening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg	27
4.2. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg	28
- de invloed van de huisarts in de tweede lijn	29
- tussen 1e en 2e echelon V	30
- substitutie van verpleegkundige zorg	30
4.3. Het mechanisme	31
- ziekenhuis Lelystad	31
- sluiting ziekenhuis	32
- Almere	32
4.4. Samenvatting	33
5. (EFFECTONDERZOEK) HERSTRUCTURERING GEZONDHEIDSZORG	34
- Samenhang in theorie en praktijk	34
- evaluatie van bestuurlijke samenhang (deelproject Almere)	35
- afstemming werkgebieden	35
- gemeentelijke planvorming in het kader van de WVG	36
- gevolgen van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners	36
5.1. Samenvatting	37
6. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG	38
6.1. Beschrijving per project	39
- vergelijking Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op macroniveau	40
- vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro niveau	40
- vraag-aanbod relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg	41
- Deense gezondheidszorg	42
- Zweden	42
6.2. Samenvatting	43

	pag.
7. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK	44
7.1. Beschrijving per project	48
- classificatie in de huisartspraktijk	49
- peilstations	49
- informatieverwerking op grote schaal	51
- grootschalige praktijkstudie	52
- relatie huisarts/fysiotherapeut	52
- voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk	52
- verwijzen op micro-niveau	53
7.2. Samenvatting	54
8. VRAAG-AANBOD RELATIES NADER BEKEKEN: DE VIDEOTHEEK	55
- videotheek: uitbouw register	56
- psychosociale problemen in de eerste lijn	56
- videotheek: onderzoek tijdsinvestering	57
- videotheek: vergelijking gezondheidscentra, groepspraktijken, solisten	57
8.1. Samenvatting	58
9. TUSSEN VRAAG EN AANBOD: HET HULPVERLENINGSPROCES	59
- wisselende gespreksmodellen: variaties in de arts-patiëntcommunicatie	60
- interdoktervariantie bij psychosociale problematiek	61
- probleempatiënt: een blijvend etiket ?	61
9.1. Samenvatting	62
10. EFFECTMETING EN KWALITEIT VAN HANDELEN	63
- vergelijking experimenten op het gebied van de GGZ	64
- effectmeting methodisch werken	64
- effectmeting patiëntenvoorlichting	65
- effectmeting toetsing	65
10.1. Samenvatting	66
11. DE FYSIOTHERAPIE IN DE ELGZ	67
11.1. De aanbodzijde	68
- een registratiesysteem van menskracht in de fysio- therapie	68

	pag.
- de geografische spreiding van het aanbod aan fysiotherapeutische zorg	69
11.2. De vraagzijde	70
- algemene kenmerken van patiënten voor fysiotherapeuten	70
- de aard van het klachtenaanbod in de fysiotherapiepraktijk	71
11.3. Vraag-aanbod relaties in de fysiotherapie	72
- vraag-aanbod relaties in de fysiotherapie	72
11.4. Financiering en regulering	72
- de ontwikkeling van volume en kosten van de fysiotherapie in de tijd	72
- regionale verschillen in kosten en volume van de fysiotherapie	73
- opkomst en terreinafbakening van peri- en paramedische beroepen	73
11.5. Samenvatting	74
12. DE CONSUMENT IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG	76
- de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg	77
- onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (OKER)	78
- afstand en medische consumptie	78
- patiëntenrechten - een onderzoek in samenwerking met de consumentenbond	78
- van klacht tot hulpvraag	79
12.1. Samenvatting	80
13. OVERIGE ACTIVITEITEN	81
13.1. Implementatie van onderzoeksresultaten en door onderzoek verworven kennis	81
13.2. Activiteiten op het terrein van het onderzoeksbeleid	82

1. INLEIDING

In dit onderzoeksmeerjarenprogramma wordt een overzicht gegeven van het lopend en voorgenomen onderzoek van het NHI voor de jaren 1984 en verder. Meer dan ooit weerspiegelt dit programma de ontwikkelingsfase waarin het NHI zich momenteel bevindt: halverwege de ontwikkeling van een discipline-gericht huisartseninstituut naar een sectorgericht eerstelijnsinstituut.

Dit komt tot uiting in de toenemende aandacht voor onderzoek naar de gehele sector van de eerstelijnsgezondheidszorg* of belangrijke onderdelen daaruit. In dit kader kunnen de studies naar het *volume-aanbod en functie-aanbod* in de eerstelijnsgezondheidszorg worden genoemd. Ook de serie onderzoeken naar (de effecten van) *multidisciplinaire samenwerking* in gezondheidscentra en daarbuiten, passen in dit beeld.

Aangezien de eerstelijnsgezondheidszorg een onderdeel vormt van het totale gezondheidszorgsysteem, dat gekenmerkt wordt door een zekere interne dynamiek is het van belang deze sector niet geïsoleerd te bestuderen. De relatie tussen de eerste lijn en de andere zorgsectoren wordt reeds geruime tijd binnen het NHI onderzocht en kent als zodanig een zekere onderzoekstraditie. Nieuw is hier de aandacht voor de nazorgfunctie en voor de relatie tussen de eerste lijn en de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg. Daarmee worden de *patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn* vollediger in beeld gebracht: zowel de instroom als de uitstroom; zowel van en naar de somatische gezondheidszorg als van en naar de geestelijke gezondheidszorg. Ook bij het (effect)onderzoek naar de *herstructurering van de gezondheidszorg* zal de relatie tussen de eerste lijn en andere sectoren, alsmede de interne dynamiek van het gezondheidszorgsysteem regelmatig object van studie zijn. Dit geldt a fortiori voor de geplande *internationale studies*, waarin verschillende systemen van gezondheidszorg met elkaar vergeleken worden.

De toegenomen aandacht voor onderzoek naar steeds grotere delen van het gezondheidszorgsysteem betekent overigens niet dat geen onderzoek meer zou worden verricht naar de huisarts, of zelfs maar dat de aandacht voor dit onderzoek zou verminderen. De huisarts blijft een centrale hulpverlener in de

*In deze nota worden de termen 'eerstelijns', 'eerstelijnsgezondheidszorg' en 'eerstelijnszorg' als onderling uitwisselbaar gebruikt.

eerstelijnsgezondheidszorg: hij ziet meer patiënten per jaar dan welke eerstelijns hulpverlener ook, en zijn poortwachtersfunctie naar de tweede-lijnsgezondheidszorg maakt dat een groot deel van het gebeuren (en dus ook van de kosten) in de gezondheidszorg verklaard kan worden vanuit de hulpvraag en het hulpaanbod in de huisartspraktijk. Vandaar ook dat in dit meerjarenprogramma ruim aandacht wordt besteed aan een grote, landelijke praktijkstudie "*vraag-aanbod-relaties in de huisartspraktijk*", vergelijkbaar met de studie van Oliemans in 1969, maar dan aangevuld met recentere inzichten rond het gezondheidszorgonderzoek. De stand van kennis op dit gebied, alsmede de in de afgelopen jaren gemaakte voorbereidingen zijn van dien aard, dat wij een dergelijke, tamelijk kostbare studie op dit moment wel aandurven. De relevantie ervan staat buiten kijf. Aanvullend levert ook de *videotheek* een schat van (beleids)relevante informatie op. Onderzoek van de kwaliteit van de hulpverlening door de huisarts vindt plaats in een serie samenhangende onderzoeken rond het thema: *tussen vraag en aanbod: het hulpverleningsproces*. Daarnaast is een aantal concrete *effectstudies* gepland, deels naar experimenten die door de afdeling Ontwikkeling en Ondersteuning worden uitgevoerd. De vier laatstgenoemde thema's geven tesamen een compleet beeld van het functioneren van de huisarts.

Naast de huisarts zijn uiteraard ook andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam, waarover essentiële kennis en informatie op dit moment ontbreekt. We noemen als voorbeeld de *fysiotherapie*, de snelst groeiende beroepsgroep in de (eerstelijns)zorg. Dit onderzoeksmeerjarenprogramma bevat een aantal onderling samenhangende studies naar de structuur, de organisatie en het functioneren van de beroepsgroep fysiotherapie. Ook kenmerken van de hulpvraag en de hulpvrager zullen hierbij aan de orde komen, alsmede de relatie tussen vraag en aanbod.

Het is in principe mogelijk om ook rond andere relevante disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg vergelijkbare onderzoeksprogramma's te onderwerpen. Voor eendeel is dit niet nodig: het functioneren van het Algemeen Maatschappelijk Werk wordt voor een belangrijk deel binnen het NIMAWO onderzocht. Voor een deel is dit tot op dit moment ook nog niet mogelijk gebleken. Een voor de hand liggend onderzoeksprogramma rond de wijkverpleegkundige, of

- breder - rond de structuur, organisatie en het functioneren van de zorgverlenende beroepen in de eerste lijn ontbreekt grotendeels (vanwege de evident beleidsrelevantie is al wel een - overigens nog verder uit te werken - project rond de nazorgfunctie opgenomen). Reden hiervoor is dat door allerlei verwickelingen rond het NHI/GITP project (waarin een onderzoek wordt gedaan naar 'de positie van het NHI en de structuur van de eerstelijnsgezondheidszorg') de contacten met de Nationale Kruisvereniging over een dergelijk deelprogramma slechts traag verlopen. Wij geven er de voorkeur aan (zeker zolang de bestuursconstructie van het NHI nog niet is aangepast aan de nieuwe situatie) om - indien mogelijk - een dergelijk deelprogramma niet zonder overleg met de betreffende veldorganisatie te formuleren.

Tot slot wordt in dit meerjarenprogramma voor het eerst expliciet aandacht besteed aan de *consument* van de eerstelijnsgezondheidszorg. De gedachte om dit als een afzonderlijk thema in het meerjarenprogramma op te nemen vindt zijn rechtvaardiging in het feit dat de eerstelijnsgezondheidszorg zich bevindt op het grensvlak van de gezondheidszorg: de meeste patiënten betreden het gezondheidszorgsysteem via de eerste lijn. De relatie tussen zorg en zelfzorg komt hier het duidelijkst in beeld.

Daarnaast wordt in toenemende mate erkend dat ook patiënten betrokken moeten worden bij de evaluatie van het functioneren van de (eerstelijnsgezondheidszorg), en in de gelegenheid moeten worden gesteld om hun behoeften aan (eerstelijns)zorg te formuleren.

Tot zover de beschrijving van het onderzoeksmeerjarenprogramma voor 1984 en verder in hoofdlijnen. Een en ander zal verderop in detail worden uitgewerkt. In afwijking van voorgaande jaren worden de projecten niet meer per basiseenheid gepresenteerd. Reden hiervoor is dat de basiseenheden*) te groot

*) ter herinnering: basiseenheden zijn relatief kleine organisatorische eenheden waarbinnen projecten rond eenzelfde thema worden uitgevoerd. Het NHI kent vier van deze basiseenheden die tesamen in principe het gehele terrein van het gezondheidszorgonderzoek rond de eerstelijnsgezondheidszorg beslaan. De basiseenheden zijn:

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| - Mankracht en Voorzieningen | } | deze twee basiseenheden vertegenwoordigen samen het onderzoek aan de aanbodzijde |
| - Samenhang | | |
| - Hulpvraag-Hulpaanbod | } | deze twee basiseenheden vertegenwoordigen het onderzoek aan de vraagzijde en de transacties en relaties tussen vraag en aanbod |
| - Hulpverleningsprocessen | | |

geworden zijn om de verschillende onderzoeksprojecten die binnen één basiseenheid worden uitgevoerd nog op zinvolle (dat wil zeggen één dimensionale wijze) in hun onderlinge samenhang te beschrijven. Belangrijker echter is het feit dat steeds vaker projecten van verschillende basiseenheden een duidelijke samenhang met elkaar vertonen, met name bij de wat complexere deelprogramma's waarin (op een beperkt terrein, bijvoorbeeld de fysiotherapie) zowel aandacht aan de aanbodzijde, als aan de vraagzijde als aan de onderlinge relatie daar tussen wordt besteed. De in het vorige meerjarenprogramma aangekondigde verwachte ontwikkeling naar een meer matrix-achtige organisatie wordt hier in zichtbaar. Tot slot: de ordening van onderzoeksprojecten naar basiseenheid heeft als voordeel dat daarmee in beginsel het gehele onderzoeksterrein van de eerstelijnsgezondheidszorg gedekt wordt (daarom voldoet deze ordening ook goed als organisatorische indeling). Wanneer men echter de projecten ook per basiseenheid presenteert heeft dit als nadeel dat de prioriteitsstelling (welke thema's binnen het totale onderzoeksveld worden op dit moment het meest relevant geacht?) impliciet blijft. Een ordening (kleinere en meer inhoudelijk gerichte) naar aandachtsvelden maakt de prioriteitenstelling duidelijk. Op grond van het voorgaande is besloten om het onderzoeksmeerjarenprogramma te presenteren in de vorm van een aantal deelprogramma's, bestaande uit onderzoeksprojecten die gegroepeerd zijn rond een inhoudelijk aandachtsveld. Deze projecten worden steeds in hun onderlinge samenhang beschreven. Een bijkomend voordeel van deze wijze van presenteren is dat het potentiële opdrachtgevers kan interesseren in de subsidiëring van een onderzoekspakket in plaats van losse projecten. Dit onderzoeksmeerjarenprogramma moet dan ook gezien worden als een volgende stap in de discussie rond de doelfinanciering*).

De gekozen aandachtsvelden zijn tussen de regels door in deze inleiding reeds beschreven. Het zijn:

- volume-aanbod en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg
- (effecten van) multidisciplinaire samenwerking
- patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn
- internationale studies (systeemvergelijkingen)

*) doelfinanciering is een financieringsvorm die het midden houdt tussen basisfinanciering en projectfinanciering. Het is de bedoeling dat samenhangende projecten rond een bepaald thema voor een middellange termijn (5 tot 10 jaar) worden gesubsidiëerd, waarbij de opdrachtgever een zekere zeggenschap houdt over de concrete onderzoeksvragen die binnen dat thema zullen worden bestudeerd, maar zonder dat de besluitvorming hierover (zoals bij projectfinanciering) interfereert met de continuïteit van het onderzoeksprogramma.

- (effectonderzoek) herstructurering gezondheidszorg
- vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk (de grote praktijkstudie)
- vraag-aanbod-relaties nader bekeken (de videotheek)
- tussen vraag en aanbod: het hulpverleningsproces
- effectmeting en kwaliteit van handelen
- fysiotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg
- de consument en de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het meerjarenprogramma wordt volgens dit ordeningsprincipe beschreven. Soms kan een project in meerdere aandachtsvelden worden ondergebracht. Gekozen is dan voor onderbrenging in het meest specifieke aandachtsveld. Bij de beschrijving van de andere aandachtsvelden wordt in dat geval hiernaar verwezen. In bijlage I is een matrix opgenomen waarin de indeling van de projecten naar aandachtsveld en basiseenheid is weergegeven. Bijlage 2 geeft een schematische weergave van een aantal belangrijke parameters van ieder project (looptijd, mankracht, wijze van financiering).

Een tweede opmerking betreft de status van deze nota. Zoals in het begin van de inleiding reeds is opgemerkt verkeert het NHI momenteel in een belangrijke fase van zijn ontwikkeling. Hoe deze ontwikkeling precies verder zal verlopen is nog niet duidelijk. In dit kader wordt verwezen naar het NHI/GITP project. Dat de onderzoeksfunctie ten behoeve van (de gehele) eerstelijnsgezondheidszorg vervuld zal blijven, is zeker. Het kan echter zijn dat de inhoud van het hier geschetste programma in de loop van het komend jaar zal worden aangepast als gevolg van de resultaten van het NHI/GITP project en/of verdere gesprekken met een aantal relevante veldorganisaties. Ook kan het zijn dat door de ontwikkelingen binnen het NHI/GITP project een aanpassing van de organisatie noodzakelijk wordt. Wij hebben echter gemeend er goed aan te doen de huidige onderzoeksplannen tamelijk onbekommerd en zonder al te veel speculaties op de toekomst te formuleren. Tenslotte moet het werk voortgang vinden.

Twee (relativerende) slotopmerkingen zijn op hun plaats. In de eerste plaats is het hier gepresenteerde programma een tamelijk ambitieus programma. Voor een deel kan dit programma worden gerealiseerd van de op dit moment ter beschikking staande gelden (basissubsidie, doelsubsidies, projectsubsidies). Voor een deel zullen ook aanvullende gelden moeten worden gevonden, deels in de sfeer van doelsubsidies, deels in de sfeer van projectsubsidies. Het hangt van het verkrijgen van deze gelden af of en in hoeverre de plannen in deze nota gerealiseerd kunnen worden.

2. VOLUME- EN FUNCTIE-AANBOD IN DE ELGZ

Voor een goede beleidsvorming, -uitvoering en-evaluatie dienen voldoende relevante gegevens beschikbaar te zijn. In het algemeen kan alleen van een goede beleidsvorming gesproken worden wanneer deze onderbouwd is door voldoende relevante informatie en wanneer er instrumenten aanwezig zijn tot toetsing van het beleid. Toegespitst op de e.l.g.z. moet echter worden geconstateerd, dat de beschikbaarheid van gegevens in verschillende opzichten nog onvoldoende is.

Per beroepsgroep zijn gegevens nodig over aantallen werkers, de spreiding de dichtheid en leeftijdsopbouw, alsmede over de wijze van functioneren (samenwerking e.d.). Over sommige groepen zijn vrij veel gegevens beschikbaar, over andere - fysiotherapeuten bijvoorbeeld - nog heel weinig .

Groepspraktijken van huisartsen en wijkgezondheidscentra worden thans geregistreerd, maar over gezamenlijke praktijken van andere beroepsbeoefenaren en andere vormen van multidisciplinaire samenwerking ontbreken de gegevens vrijwel nog geheel.

Uit: "Schets voor de Eerstelijnsgezondheidszorg" (1979).

Het doel van het onderzoek in het deelprogramma "Volume- en functie-aanbod in de ELGZ" is tegemoet te komen aan de hierboven omschreven behoefte aan beleidsrelevante kennis en informatie.

Een kenmerk van het onderzoek dat in dit deelprogramma bijeen gebracht is, dat het gebaseerd is op een continue gegevensverzameling binnen het Registratiesysteem van Beroepen in de ELGZ (BELG).

Het Registratiesysteem BELG bevat op dit moment gegevens over huisartsen en verloskundigen. Geleidelijk aan zullen gegevens over andere eerstelijnsberoepen opgenomen worden. We volgen daarbij twee sporen. Voor de vrije beroepsbeoefenaren (apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen) gaan we ervan uit dat we zelf de nodige gegevens moeten verzamelen en opslaan in het Registratiesysteem. Voor de hulpverleners die in dienstverband van instellingen werken (wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, kraamverzorgsters, gezinsverzorgsters), gaan we ervan uit dat de betreffende koepelorganisaties de benodigde gegevens zouden moeten kunnen leveren. Op korte termijn zal het overleg met de koepelorganisaties hierover geopend worden. De gegevens omtrent de hulpverleners in dienst van instellingen zijn niet alleen nodig voor het onderzoek in het deelprogramma dat hier beschreven wordt (dat wil zeggen: onderzoek naar het volume- en functie-aanbod in de elgz), maar ook voor ander onderzoek, met name dat naar substitutievervalsingen.

De toepassingsmogelijkheden van de resultaten van de registratie- en onderzoeksactiviteiten in dit deelprogramma liggen op het terrein van de manpower-planning, (het beleid rond en de evaluatie van) de planning van voorzieningen en het vestigingsbeleid.

Bij de beschrijving van de projecten zullen we een onderscheid maken tussen registratie-activiteiten en onderzoeksactiviteiten. De onderzoeksactiviteiten worden onderverdeeld in onderzoek naar het volume-aanbod en onderzoek naar het functie-aanbod.

2.1. Activiteiten in het kader van de Registratie BELG

De registratie-activiteiten leveren een continue stroom van gegevens over mankracht in de eerstelijnszorg. Tot nu toe zijn deze gegevens jaarlijks gepubliceerd in de "Cijfers uit de Huisartsenregistratie". Nu de uitbreiding naar andere disciplines langzamerhand een feit wordt, zal ook deze publicatie breder van opzet worden. Het ligt in de bedoeling toe te werken naar de jaarlijkse publicatie van een statistisch overzicht met relevante cijfers over het volume-aanbod van alle in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzame categorieën van hulpverleners.

FVA/MV 83.1: *De registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren*

Het registratiesysteem bevat op dit moment de volledige gegevens omtrent alle *huisartsen* die zich vanaf 1955 gevestigd hebben, terwijl het invoeren van de gegevens van degenen die tussen 1955 en 1968 de praktijk verlaten hebben al ver gevorderd is. Dit betekent dat er voor wat de huisartsen betreft over een langere periode regionale tijdsreeksen ter beschikking zijn - een unicum.

Wat betreft *verloskundigen* is in februari 1983 een samenwerkingsovereenkomst gesloten met de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen met het doel een overeenkomstige registratie van verloskundigen op te zetten. De eerste helft van 1983 is gebruikt om een basisbestand op te bouwen. Eind 1983 zal een enquête uitgestuurd worden aan alle verloskundigen die tussen 1 januari 1968 en heden gepraktiseerd hebben als verloskundigen. Wanneer de gegevens daarvan verwerkt zijn, zal ook voor de verloskundigen een regionale tijdreeks beschikbaar zijn.

De opzet van een bestand van *apothekers* zal in 1983 voorbereid worden en in 1984 uitgevoerd worden. Met voorbereidingen voor de opzet van een systeem waarin gegevens over *tandartsen* opgenomen worden, zal in 1984 gestart worden. Wat betreft *fysiotherapeuten* zij verwezen naar hetgeen in het deelprogramma omtrent fysiotherapie beschreven is. (zie pagina 68)

FVA/MV 83.2: *De registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren*

Voor manpowerplanning is het bijhouden van een systeem van gevestigde beroepsbeoefenaren niet voldoende. Daarvoor is het ook nodig om bij te houden, hoeveel mensen die een bepaalde beroepsopleiding gevolgd hebben, ook daadwerkelijk het beroep gaan uitoefenen. Dit gebeurt door jaarlijkse peilingen onder degenen die een beroepsopleiding gevolgd hebben en die nog niet zelfstandig werkzaam zijn. Tot nu toe hebben vier van dergelijke peilingen plaats gevonden onder *adspirant-huisartsen*. Ook voor de andere disciplines die in de komende jaren opgenomen worden in het Registratiesysteem BELG staan peilingen onder adspirant-beroepsbeoefenaren op het programma.

EMS/MV 83.1: *De registratie van samenwerkingsverbanden (RSV)*

Volledigheidshalve dient in dit overzicht van registratie-activiteiten ook de registratie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg te worden genoemd. Voor een beschrijving van de plannen rond dit registratieproject zij verwezen naar het deelprogramma (evaluatie van) multidisciplinaire samenwerking.

2.2. Onderzoek naar het volume-aanbod

De onderzoeksactiviteiten in deze groep hebben als centraal thema de spreiding van hulpverleners. Het spreidingspatroon van hulpverleners kan beschouwd worden als de neerslag van de dynamiek van de beroepsgroep, waarbij vooral de beslissingen om zich ergens te vestigen en om de praktijk te verlaten van belang zijn. Onder invloed van drie ontwikkelingen willen we dit thema verbreden naar de spreiding van hulpverleners *en voorzieningen* (of instellingen). De eerste van die drie ontwikkelingen is het toenemend aantal huisartsen dat in gezondheidscentra werkt. Met een model dat vooral gebaseerd is op de locatiebeslissing van individuele hulpverleners kan de locatie van gezondheidscentra niet verklaard worden.

De tweede ontwikkeling betreft de verbreding van het onderzoeksterrein naar hele eerstelijnszorg. Enkele belangrijke groepen hulpverleners - men denke aan wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden - zijn niet als vrije beroepsbeoefenaren werkzaam, maar vanuit instellingen. Onderzoek naar en verklaring vande spreiding van deze hulpverleners vraagt een eigen aanpak.

De derde ontwikkeling, tenslotte, betreft het vestigingsbeleid voor de hulpverleners die als vrije beroepsbeoefenaren werkzaam zijn. Uit het onlangs gepubliceerde ontwerp van een Algemene Maatregel van Bestuur voor de vestiging van huisartsen blijkt dat de gemeente een belangrijke rol toebedeeld krijgt op dit gebied. Verschillen in de spreiding van hulpverleners zullen onder invloed hiervan op den duur minder bepaald worden door locatiebeslissingen van hulpverleners (tenminste zolang er een ruim aanbod van potentiële hulpverleners is). Het spreidingspatroon zal hierdoor op den duur meer het karakter van "public facility location" krijgen (vergelijkbaar met de locatie van een kleuterschool of een zwembad).

De nadruk bij dit onderzoek ligt op de beschrijving van het spreidingspatroon en op het zoeken naar de oorzaken van verschillen in dichtheid. Daarnaast wordt in toenemende mate aandacht besteed aan de gevolgen van regionale verschillen in de dichtheid van hulpverleners en voorzieningen.

De registratie-activiteiten op het gebied van adspirant-beroepsbeoefenaren leveren gegevens op over het aantal mensen dat na een beroepsopleiding in feite deel gaat uitmaken van de actieve beroepsgroep. Dit deelnemingspercentage is een gegeven dat zich leent voor nader onderzoek. In dit kader is een onderzoeksproject opgenomen naar vrouwelijke huisartsen.

FVA/MV 83.3: *huisartsendichtheid*

In dit project wordt het verklaringsmodel dat geschetst is in de rapporten "De spreiding van huisartsen over Nederland" deel 1 en deel 2 nader uitgewerkt. In dit model wordt zowel rekening gehouden met het gedrag van gevestigde en zich vestigende huisartsen en met de demografische ontwikkeling in ons land, als met de regels en instituties op het gebied van de gezondheidszorg. De centrale vraagstelling luidt: hoe kunnen regionale verschillen in huisartsendichtheid en veranderingen in de tijd daarin verklaard worden?

Bij de toetsing van de implicaties van het model wordt gebruik gemaakt van materiaal dat verzameld is over het verloop van de

vestigingscohorten vanaf 1957, over de investeringen bij vestiging en over de spreiding van huisartsen. Over dit materiaal zullen deelrapporten verschijnen onder de titel "Vijfentwintig jaren vestigingen van huisartsen", deel 1: arts-examen, vestiging, vertrek uit de praktijk; deel 2: het zoeken naar een praktijk en de investeringen bij vestiging in drie perioden; deel 3: regionale verschillen en veranderingen in de spreiding van huisartsen. Een geïntegreerde rapportage zal plaatsvinden in de dissertatie van P.P. Groenewegen. Met het verschijnen van deze dissertatie zal voorlopig een eind komen aan het onderzoek dat probeert de oorzaken van verschillen in spreidingspatronen bij huisartsen te verklaren. In de toekomst zal meer aandacht besteed worden aan de gevolgen van geografische verschillen in de dichtheid van hulpverleners.

Daarnaast zal aan twee belangrijke deelvragen nog verder gewerkt worden, te weten: a) hoe de relatie tussen huisartsendichtheid en percentage bejaarden verklaard kan worden en b) hoe de regionale verschillen in aantal artsexamens en de verandering in de tijd in dit aantal in het hierboven beschreven model geïncorporeerd kunnen worden.

Het doel van deze activiteiten is de vereenvoudigingen die nu nog in het model zitten geleidelijk te elimineren. De relatie tussen de leeftijdsopbouw van de bevolking en de huisartsendichtheid is beleidsmatig interessant, door dat de invloeden in macro-rekenmodellen van een ouder wordende bevolking en van een toenemende huisartsendichtheid op de medische consumptie nauwelijks te onderscheiden zijn. De relatie tussen regionale verschillen in artsexamens zijn beleidsmatig vooral interessant vanwege de voorgenomen beperkingen in de instroom van de medicijnenstudie.

Tenslotte noemen wij het deelproject "inventarisatie van de bevolking in inrichtingen en tehuizen".

In de studies over de spreiding van huisartsen wordt tot nu toe uitgegaan van de totale bevolking in een gebied. Een gedeelte van de bevolking zal echter geen beroep doen op de diensten van de huisarts vanwege verblijf in een inrichting of een tehuis. Het aantal mensen dat daardoor geen beroep op de huisarts doet, kan

regionaal sterk variëren; er zijn echter ook inrichtingen en tehuizen die geen eigen "huisarts" hebben en die dus een beroep doen op de huisartsen ter plaatse. In de rapportage van dit project (eind 1983) zal ook ingegaan worden op de relevantie voor het vaststellen van de zorgpopulatie van een gebied voor het vestigingsbeleid en op de manier die hiervoor gekozen is in het ontwerp van AMVB.

FVA/MV 83.4: *Vrouwelijke huisartsen*

Zoals gezegd is de beroeps participatie een onderwerp dat zich voor nadere bestudering leent. Een van de groepen met een duidelijk lage beroeps participatie is de groep vrouwelijke artsen. Op verzoek van het Ministerie van WVC is een voorstel gemaakt voor een onderzoek van beperkte omvang naar:

- * belemmeringen in opvattingen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van de vrouwelijke (adspirant-) huisarts.
- * belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging;
- * belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie;
- * belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioen-voorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Eén van de onderdelen van het ingediende onderzoeksvoorstel (duur: 1 jaar) is een schriftelijke enquête onder alle adspirant-huisartsen die in 1983 de opleiding voltooien. Het is de bedoeling dat deze enquête uitgebreider is dan de jaarlijkse peiling in het kader van de registratie van adspirant-huisartsen en dat de onderzochte jaargroep meerdere jaren achtereen geënquêteerd wordt.

FVA/MV 84.1: *De locatie van "voorzieningen" in de elgz*

Zoals gezegd om de inleiding bij deze groep van onderzoeken, heeft zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan die om een uitbreiding vragen van het model dat gebaseerd is op individuele locatiekeuze. Een verkenning van de literatuur op het gebied van "public facility location" (de locatie van openbare voorzieningen, zoals scholen, buurthuizen, dependances van bibliotheken etc.) zal uitsluitend kunnen geven over de richting van de aanpassing van het model. Eerste toepassingsgebieden zijn de geografische spreiding van gezondheidscentra (zie ook het deelprogramma onderzoeken rond gezondheidscentra) en de vestiging van huisartsen na het van kracht worden van de AMvB voor het vestigingsbeleid in het kader van de WVG (zie het deelprogramma (effecten van) de herstructurering van de gezondheidszorg).

FVA/MV 84.2: *De spreiding van hulpverleners en het gebruik van de zorg*

Tot zover de projecten die een beschrijving en verklaring van spreidingspatronen tot doel hebben. Wat betreft de gevolgen van geografische verschillen in de dichtheid van hulpverleners, zijn in het verleden analyses gedaan waarbij gegevens uit het Leef Situaties Onderzoek 1977 in verband gebracht zijn met de dichtheid van huisartsen en tandartsen. Binnen niet al te lange tijd zullen betere gegevens ter beschikking komen over het bezoek aan de huisarts en aan de tandarts uit de Gezondheidsenquête (gegevens over 1981). De genoemde analyses kunnen dan met betere gegevens herhaald worden.

Voorts zij in dit kader verwezen naar het project "gevolgen vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners" (deelprogramma herstructurering gezondheidszorg) en naar de projecten "tussen 1^e en 2^e echelon, deel III en IV (deelprogramma patiëntenstromen tussen 1^e en 2^e echelon); in deze macromodelle is de huisartsendichtheid als een belangrijke (verklarende) variabele opgenomen.

2.3. Onderzoek van het functie-aanbod

De planning van het onderzoek van het functie-aanbod in de elgz loopt eveneens parallel aan de uitbouw van het registratiesysteem BELG. Daarnaast wordt op basis van het Registratiesysteem Samenwerkingsverbanden (RSV) onderzoek gedaan naar *het dienstenaanbod in gezondheidscentra* en zijn er plannen om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met het dienstenaanbod in andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (home-teams bijvoorbeeld), monodisciplinaire samenwerkingsverbanden en solopraktijken. Voor een beschrijving van deze plannen wordt verwezen naar het deelprogramma "multidisciplinaire samenwerking".

FVA/MV 84.3: *De functie verloskundige zorg*

Verloskundige zorg is een functie die zowel door huisartsen als door verloskundigen uitgeoefend wordt. Of en zo ja, de mate waarin huisartsen de verloskunde bedrijven, is nergens toegankelijk geregistreerd. Het onderzoek omtrent deze materie is verouderd en/of minder betrouwbaar. Parallel aan de gegevensverzameling in het kader van de registratie van verloskundigen willen we daarom een inventarisatie onder huisartsen houden. Deze inventarisatie zal zo mogelijk plaatsvinden via de waarnemgroepen die door de LHV geïnventariseerd zijn. Het doel van de studie is om na te gaan wat het "marktaandeel" van de drie beroepsgroepen is die actief zijn op het gebied van de verloskunde; en dan niet op het landelijk niveau, daar zijn wel cijfers over. De variatie is juist te vinden op regionaal niveau. Voor deze studie zijn gegevens nodig over welke huisartsen nog bevalingen verrichten, over de geografische spreiding van verloskundigen en de omvang van hun werkgebieden (zie het vorige project) en over de aanwezigheid van het specialisme gynaecologie in de ziekenhuizen (gegevens beschikbaar uit NZI-ziekenhuis-enquêtes).

FVA/MV 85.1: *De functie geneesmiddelenvoorziening*

Van een soortgelijke situatie als bij de verloskundige zorg is sprake bij de geneesmiddelenvoorziening. Op dat terrein zijn

naast apothekers de apotheekhoudende huisartsen actief. Als in de loop van 1984 de registratie van apothekers operationeel wordt, kan in 1985 een project uitgevoerd worden naar de functie geneesmiddelenvoorziening.

De vraagstelling van dit project luidt: hoe zijn de beroepsgroep apothekers en de groep apotheekhoudende huisartsen samengesteld, hoe zijn beide groepen gespreid over ons land en welke veranderingen hebben zich daarin voorgedaan?

De gegevens om deze vragen te beantwoorden zullen enerzijds geput worden uit de tegen die tijd operationeel zijnde registratie van apothekers en anderzijds uit de registratie van gevestigde huisartsen waarin bijgehouden wordt of een huisarts apotheekhoudend is. De analyses in dit project zijn eenvoudiger dan die in het boven beschreven project "huisarts en verloskundige", omdat daar in het 'marktaandeel' van drie groepen hulpverleners beschreven wordt, terwijl we ons hier beperken tot een beschrijving van opbouw en spreiding van twee groepen. We laten ons in dit project niet met de 'productiecijfers' in; niet omdat dat niet belangrijk is, maar eerder omdat we op dit moment nog niet beschikken over een model ter verklaring van bijvoorbeeld verschillen in de kosten per verzekerde voor farmaceutische hulp, waarin regionale verschillen in apothekers- en apothekersdichtheid ingepast kunnen worden. Daarvoor dient eerst het nodige voorbereidende werk gedaan te worden op het terrein van de parameters die de vraag naar geneesmiddelen bepalen (zie het deelprogramma "vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk").

2.4. Samenvatting

Het deelprogramma "volume- en functie-aanbod in de eerstelijnsgezondheidszorg" valt uiteen in een registratieprogramma en een onderzoeksprogramma, waarbij het laatste een tweedeling kent die analoog is aan de titel. In het programma zijn de volgende activiteiten en projecten opgenomen (n.b. de projecten die elders in het meerjarenprogramma zijn beschreven, maar in feite in dit deelprogramma kunnen worden ingepast, staan tussen haakjes vermeld).

- FVA/MV 83.1 : Registratie van gevestigde beroepsbeoefenaren
- FVA/MV 83.2 : Registratie van adspirant-beroepsbeoefenaren
- (FYS/MV 83.1): Registratie van fysiotherapeuten (zie pagina 68)
- (EMS/MV 83.1): Registratie van samenwerkingsverbanden (zie pagina 18)
- FVA/MV 83.3 : Huisartsendichtheid
- FVA/MV 83.4 : Vrouwelijke huisartsen
- (FYS/MV 84.2): Volume-aanbod fysiotherapie (zie pagina 69)
- FVA/MV 84.1 : De locatie van voorzieningen in de elgz
- FVA/MV 84.2 : De spreiding van hulpverleners en het gebruik van zorg
- (WVG/MV 85.2): Gevolgen van vestigingsbeleid op spreiding van hulpverleners
(zie pagina 36)
- (REL/VA 83.1): Tussen 1^e en 2^e echelon III (zie pagina 26)
- (REL/VA 83.2): Tussen 1^e en 2^e echelon IV (zie pagina 26)
- (EMS/MV 83.4): Het dienstenaanbod in gezondheidscentra en elders (zie pagina 22)
- FVA/MV 84.3 : De functie verloskundige zorg
- FVA/MV 85.1 : De functie geneesmiddelenvoorziening.

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig: $\frac{+}{-}$ 3. w.p. (+ ondersteunend personeel).

3. (DE EFFECTEN VAN) MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg valt niet meer weg te denken. Het aantal gezondheidscentra ligt inmiddels rond de 120, maar ook door "solisten" wordt, hoewel exacte cijfers tot nog toe ontbreken, zonder twijfel meer samengewerkt (in home-teams bijvoorbeeld) dan 10 jaar geleden. Onder de adspirant-huisartsen blijkt ook een grote voorkeur te bestaan voor een praktijkvorm, waarin intensief wordt samengewerkt: bijna 60% van de zoekende huisartsen opteert voor een samenwerkingsverband, multi- of monodisciplinair.

Ook binnen het beleid, gericht op versterking van de eerste lijn, neemt het begrip "samenwerking" nog steeds een vooraanstaande plaats in. Wat de financiële kant betreft denke men aan de "Voorlopige Stimuleringsregeling Samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg" en de "Voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg". Wat het beleidsinstrumentarium betreft kan gewezen worden op de binnen afzienbare tijd in te voeren Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die vooral gericht is op het tot stand brengen van samenhang tussen voorzieningen. Het plan dat de gemeente ingevolge deze wet verplicht wordt te maken met betrekking tot onder andere de eerstelijnsgezondheidszorg, zal zonder twijfel elementen bevatten betreffende de samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines.

Multidisciplinaire samenwerking is, zoals gezegd, een verschijnsel dat niet beperkt is tot gezondheidscentra, maar zich in een groot aantal formele of informele organisatievormen kan voordoen. Impliciet gaat men ervan uit dat het rijtje solist-duopraktijk-groepspraktijk-gezondheidscentrum een opklimmende mate van samenwerking te zien geeft; in de praktijk echter kan een solist in een home-team even intensief samenwerken als een huisarts in een gezondheidscentrum. Naast gegevens over de ontwikkeling van gezondheidscentra (zoals die momenteel jaarlijks geleverd worden door het project Registratie Samenwerkingsverbanden) zijn daarom ook gegevens gewenst over de mate van samenwerking in de verschillende praktijkvormen en de inhoud hiervan.

Er zijn twee belangrijke, met elkaar samenhangende vragen die men zich met betrekking tot samenwerkingsverbanden kan stellen, en die in deze tijden feitelijk ook vaak gesteld worden (vooral bij gezondheidscentra):

Wat kost het en wat levert het op? Wat de kosten betreft moet gedacht worden aan in geld uit te drukken kosten krachtens de Stimuleringsregeling, de Voorlopige Richtlijnen en andere subsidieregelingen, maar ook aan "kosten" die verband houden met de organisatorische problematiek rond samenwerking. Denk bijvoorbeeld aan de managementproblematiek in gezondheidscentra.

Aan de batenkant moet eveneens naast de financiële baten in termen van een eventuele besparing van kosten in de (dure) tweedelijnsgezondheidszorg ook gedacht worden aan de eventuele "meerwaarde" van hulpverlening-in-samenwerking in termen van een ander, breder en/of meer samen lopend dienstenpakket, een effectievere realisatie van de thuiszorggedachte (patiënten langer thuis behandelen, minder verwijzen, snellere nazorg in de eerste lijn), invloed van de bevolking op het gezondheidszorgsysteem en baten met betrekking tot het welbevinden van de patiënt (preventie van somatische fixatie door zowel multidisciplinaire behandeling als voorkoming van behandeling in de somatische tweede lijn, minder vervreemding, behandeling in eigen milieu). Mochten er inderdaad aanwijzingen voor baten blijken te bestaan (en die zijn zeker op het gebied van minder verwijzingen duidelijk voorhanden), dan is de volgende vraag die zich aandient hoe men zich het totstandkomen van deze baten causaal zou moeten voorstellen. Om, aansluiting te zoeken bij het onderzoek "Samenwerken en Verwijzen", waar (in de eerste fase) werd aangetoond dat de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra blijven staan als er voor alle andere relevante factoren wordt gecontroleerd, kan men zich afvragen of de oorzaak hiervan rechtstreeks in de samenwerking gezocht moet worden (waarbij doorverwijzing naar of consultatie van andere eerstelijnsdisciplines als substituut voor verwijzen wordt gezien), indirect (door samenwerking leert een huisarts op een bredere manier tegen de gepresenteerde klachten aankijken, waardoor zijn probleemoplossend vermogen groter wordt) of dat er andere factoren in het spel zijn. Bij deze laatste valt te denken aan de "taakopvatting" van de huisarts (huisartsen met een "brede" taakopvatting zoeken een gezondheidscentrum als vestigingsvorm, een brede taakopvatting gaat samen met weinig verwijzen), aan schaaffecten (een ECG-apparaat schaf je als solist niet zo gemakkelijk aan), en aan zelf-selectie van patiënten (patiënten die meer

"eerstelijns-minded" zijn kiezen bewust voor een huisarts in een gezondheidscentrum).

Recapitulerend: In het deelprogramma "Effecten van Multidisciplinaire Samenwerking" staan drie thema's centraal:

- a. Hoeveel multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn er, waar zitten ze, hoe is de personele samenstelling;
- b. Wat zijn de kosten en hoe komen deze tot stand;
- c. Wat zijn de baten en hoe komen deze tot stand.

We zullen de activiteiten per groep beschrijven.

3.1. Samenwerking in cijfers

De kwantitatieve beschrijving van de ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden vindt plaats in het project "Registratie Samenwerkingsverbanden" dat hiervoor met ingang van 1985 een nieuwe opzet zal krijgen.

EMS/MV 83.1: *Registratie samenwerkingsverbanden*

De activiteiten in het kader van het huidige registratiesysteem vallen uiteen in twee groepen. Ten eerste het verzamelen van gegevens ten behoeve van de jaarlijkse overzichten van het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra, het aantal (en de disciplines) van de daarin werkzame hulpverleners, de overeenstemming van werkgebieden, etcetera. Ten tweede wordt er jaarlijks een studie naar een bepaald thema verricht.

Het project "Registratie Samenwerkingsverbanden" wordt op dit moment van 40% gefinancierd vanuit een doelsubsidie van het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Het resterende bedrag wordt op projectbasis gefinancierd door de Ziekenfondsraad en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De huidige projecttermijn (voor Ziekenfondsraad en LHV) loopt af op 31 december 1984. Enerzijds door de kwalitatief goede cijfermatige overzichten en anderzijds door de jaarlijkse onderzoeken vervult dit project een onmisbare functie voor het beleid. Het project verdient dan ook zeker een vervolg. Een dergelijk moment in het "leven" van een project biedt de mogelijkheid om enkele bezwaren die kleven aan de huidige constructie op te lossen.

Inhoudelijk zijn er twee soorten bezwaren naar voren gebracht. Het eerste is dat het project zich beperkt tot gezondheidscentra en groepspraktijken, terwijl er daarnaast ook in andere vormen samengewerkt wordt (home-teams, en dergelijke). Ook is de waarde van de onderzoeksresultaten moeilijk te beoordelen zonder vergelijking met huisartsen en andere hulpverleners die niet in groepspraktijken of gezondheidscentra werken. Op dit laatste punt komen we terug bij het onderzoek "het dienstenaanbod in gezondheidscentra". Ten aanzien van de registratie van samenwerkingsverbanden wordt momenteel een aantal wijzigingen voorbereid. Nagegaan wordt in hoeverre het mogelijk is om ook home-teams in een registratiesysteem op te nemen, analoog aan het registratiesysteem van gezondheidscentra. Aangezien hierbij hulpverleners betrokken zijn die (nog) niet elders adequaat worden geregistreerd zullen we de gegevens omtrent team-samenstelling, patiëntenaantallen, overlap in verzorgingsgebieden en dergelijke zelf moeten verzamelen. Dit vraagt om een systeem van periodieke (telefonische en/of schriftelijke) peilingen. Wanneer een continue registratie van home-teams niet mogelijk blijkt te zijn (bijvoorbeeld door te grote fluctuaties of door het ontbreken van een vast aanspreekpunt), valt te overwegen om periodiek (eens per 3 of 5 jaar) een landelijke enquête uit te voeren om op deze manier toch een beeld te krijgen van aantallen en vormen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en de ontwikkelingen daarin.

Voorgesteld wordt om hoe dan ook in de nieuwe opzet de aandacht te concentreren op *multidisciplinaire* samenwerkingsverbanden.

De (monodisciplinaire) huisartsengroepspraktijken zullen dan (zij het in bescheidener vorm) worden opgenomen in de Registratie Beroepen Eerstelijnsgezondheidszorg (BELG).

In 1984 zullen de hiervoor beschreven plannen verder worden uitgewerkt en met de begeleidingscommissie besproken. Het is de bedoeling dat de nieuwe opzet met ingang van 1985 wordt doorgevoerd.

3.2. De kosten van multidisciplinaire samenwerking

De onderzoeksprojecten binnen deze groep concentreren zich op het functioneren van gezondheidscentra, en niet op andere vormen van multidisciplinaire samen-

werking. Reden hiervoor is dat gezondheidscentra in een aantal opzichten essentieel afwijken van de bestaande praktijkvormen. De belangrijkste hiervan is dat er sprake is van een zekere organisatorische schaalvergroting. Een gezondheidscentrum kan beschouwd worden als een organisatie, een institutie, een *voorziening* (zie ook wat hiervoor gezegd is bij de beschrijving van het deelprogramma "volume- en functie-aanbod in de elgz"). De bestaande financieringsstructuur in de eerste lijn is hier niet op toegesneden. De schaalvergroting geeft ook problemen op het terrein van organisatie en management. We hebben de volgende projecten rond dit thema gepland.

EMS/SA 83.2: *Financiële problematiek van gezondheidscentra* - de tweede fase van dit project, handelend over de problemen van centra met werkers niet in loondienst, is per 1 juli 1983 gestart. Van een beperkt aantal centra zal met behulp van externe deskundigen gepoogd worden een complete opstelling van lasten en baten te maken. Om redenen van privacy en van "haalbaarheid" is het onmogelijk een dergelijke opstelling te maken van alle centra. Daarom wordt een "varianten-analyse" gemaakt, waarin op basis van een modelbenadering wordt voorspeld onder welke condities bij centra zonder hulpverleners in dienstverband tekorten kunnen worden verwacht. Deze condities zijn zowel kwantitatief van aard (patiëntenaantallen, leeftijdsopbouw, praktijk, huisvestingskosten, etcetera), als kwalitatief (diverse fiscale en subsidieregelingen).

EMS/SA 85.1: *Management Problematiek van Gezondheidscentra*

Wordt in het project "Financiële Problematiek Gezondheidscentra" vooral gelet op de financiële consequenties van de schaalvergroting, in het project Management Problematiek van Gezondheidscentra komen met name de organisatorische consequenties van de schaalvergroting aan de orde, alsmede de problemen die men heeft met de beheersing van de organisatie (het management). Begonnen wordt met een inventarisatie van de aard en omvang van de problematiek. Daarbij zal gebruik gemaakt worden van de resultaten van het onderzoek van het Agogisch Instituut bv. Magegaan zal worden onder welke organisatorische randvoorwaarden management-

problemen ontstaan (dan wel gemakkelijk kunnen worden opgelost). Ook zal nagegaan worden of de ontstaansvorm van het centrum van invloed is op het al dan niet ontstaan van managementproblemen. Het project zal uitmonden in een aantal aanbevelingen voor de managementstructuur van gezondheidscentra.

3.3. De baten van multidisciplinaire samenwerking

Zoals in de inleiding reeds is weergegeven wordt in dit onderzoeksprogramma zowel ingegaan op de baten in financiële zin (besparing van kosten in de tweedelijnsgezondheidszorg) als op de eventuele immateriële meerwaarde van gezondheidscentra. Voor dit type onderzoek is een vergelijking nodig tussen hulpverleners in gezondheidscentra en hulpverleners die niet of op andere wijze samenwerken.

EMS/SA 83.3: *Samenwerken en verwijzen* - in verschillende publicaties is aandacht geschonken aan de vraag of samenwerkende huisartsen minder naar medische specialisten verwijzen dan solisten. In het project "Samenwerken en Verwijzen" wordt deze vraag in twee fasen beantwoord. In de eerste fase wordt, op basis van LISZ-materiaal over de jaren 1978, 1979 en 1980, gekeken of de geconstateerde verschillen tussen de diverse praktijkvormen blijven staan als gecontroleerd wordt voor de belangrijkste structurele determinanten van het verwijscijfer. Tevens wordt door het houden van een enquête onder huisartsen in solo- en duopraktijken de samenwerking van deze huisartsen met andere hulpverleners in de eerste lijn onderzocht (home-teams en dergelijke). Een eerste interim-rapport, getiteld "Praktijkvorm en productiecijfers", zal nog dit jaar verschijnen. De belangrijkste conclusie uit dit rapport is dat de lagere verwijscijfers van gezondheidscentra inderdaad tegen statistische toetsing bestand zijn. Het onderzoeksvoorstel voor de tweede fase, dat tegelijk met het eerste interim-rapport zal verschijnen, zal daarom aan de verklaring van de statistische samenhang zijn gewijd. Van belang is daarbij of de praktijkvorm een goede operationalisatie van samenwerking is, of dat de relatie aan andere mechanismen

te wijten is. Door eigen materiaalverzameling zal daarbij aandacht geschonken worden aan variabelen als onderlinge consultatie, toetsing, diagnostische hulpmiddelen, taakopvatting, etcetera.

Begin 1984 komt de rapportage over de enquête van samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken gereed. De ziekenfondsraad heeft in principe toegezegd de tweede fase van het onderzoek te willen subsidiëren. Indien de Ziekenfondsraad met het onderzoeksvoorstel accoord gaat, kan de tweede fase per april 1984 beginnen. Het onderzoek zal waarschijnlijk eind 1985 worden afgesloten.

EMS/MV 83.4: *Het dienstenaanbod in gezondheidscentra (en elders)*

In het kader van het project Registratie Samenwerkingsverbanden wordt al een aantal jaren aandacht besteed aan het dienstenaanbod in gezondheidscentra. Achtereenvolgens zijn de volgende onderwerpen (functies) aan de orde geweest: stervens- en rouwbegeleiding; verloskunde; jeugdgezondheidszorg. In 1983 staat "preventie" op het programma. Deze functies hebben met elkaar gemeen dat er meerdere disciplines bij betrokken (kunnen) zijn. De aandacht is vooral gericht op de drie kerndisciplines huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende. De resultaten van de studies zijn (en worden) in een aantal monografieën beschreven. Van diverse kanten, onder meer binnen de begeleidingscommissie, is bij herhaling de behoefte gebleken aan vergelijking van het dienstenaanbod in gezondheidscentra en daarbuiten. De huidige opzet van het project Registratie Samenwerkingsverbanden laat daarvoor echter geen ruimte. Buiten het kader van het project zijn we er wel mee bezig. Er ligt een enquête klaar aan huisartsen *buiten* gezondheidscentra en groepspraktijken waarin kernvragen worden gesteld over het "dienstenaanbod", zoals dat de afgelopen jaren en op dit moment in het project aan de orde is (geweest). In deze enquête wordt tevens gevraagd naar de mate van mono- en multidisciplinaire samenwerking.

EMS/HP 83.5: *Het Algemeen Maatschappelijk Werk in gezondheidscentra en daarbuiten*

In het project "de functie van algemeen maatschappelijk werk in en buiten de gezondheidszorg" willen we de hulpvraag en het hulpaan-

bod vergelijken van maatschappelijk werkers die in een gezondheidscentrum of home-team werken met dat van werkers die geen contact met de gezondheidszorg hebben. We hopen hiermee zicht te krijgen op effecten van samenwerking binnen de eerste lijn op het functioneren van maatschappelijk werkers. Het is de bedoeling dat het onderzoek wordt uitgevoerd op basis van materiaal uit bestaande registratiesystemen.

In de maanden augustus-september 1983 wordt het geregistreerde materiaal van de JOINT op zijn bruikbaarheid beproefd. Voorts wordt met regionale instellingen, welke buiten het registratieproject van de JOINT vallen, onderhandeld over mogelijkheden om soortgelijke registratiegegevens te verkrijgen. Indien de onderzoeksvraag op basis van de beschikbare gegevens beantwoordbaar blijkt, zal dit onderzoek in 1984 uitgevoerd worden.

VID/HP 85.1: *De huisarts in gezondheidscentra en daarbuiten*

Analoog aan het project "Algemeen Maatschappelijk Werk in Gezondheidscentra en daarbuiten" is een onderzoek gepland naar verschillen in hulpvraag aan en hulpaanbod van huisartsen in gezondheidscentra en daarbuiten. Daarvoor zal eerst een pilot-study worden gedaan met behulp van materiaal uit de *videotheek* (zie pagina 57). De hoofdstudie zal waarschijnlijk kunnen plaatsvinden in het kader van de grote praktijkstudie "*hulpvraag-hulpaanbod in de huisartspraktijk*".

Andere onderzoeken naar de "meerwaarde" van multidisciplinaire samenwerking zullen worden gepland na afloop van het project "samenwerken en verwijzen".

3.4. Samenvatting

Het onderzoek naar (de effecten van) multidisciplinaire samenwerking is gegroepeerd rond drie thema's:

- a. een kwantitatieve beschrijving van het fenomeen
- b. de kosten
- c. de baten.

Ook het deelprogramma (effecten van) multidisciplinaire samenwerking valt uiteen in een registratieprogramma en een onderzoeksprogramma. Het onderzoeksprogramma richt zich op de kosten en baten van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.

De volgende projecten zijn onderscheiden:

EMS/MV 83.1 Registratie samenwerkingsverbanden

EMS/SA 83.2 Financiële problematiek gezondheidscentra

EMS/SA 83.3 Samenwerken en verwijzen

EMS/MV 83.4 Het dienstenaanbod in gezondheidscentra (en elders)

EMS/HP 83.5 Het Algemeen Maatschappelijk Werk in gezondheidscentra en daarbuiten

EMS/SA 85.1 Managementproblematiek van gezondheidscentra

(VID/HP 85.1) Vergelijking gezondheidscentra, groepspraktijken, solisten (zie pagina 1)

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig: \pm 3,5 w.p. (+ ondersteunend personeel).

4. PATIENTENSTROMEN TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN

De relevantie van het thema "patiëntenstromen tussen eerste en tweede lijn" behoeft nauwelijks betoog. Hoewel erkend wordt dat beleidsvorming door vele andere factoren bepaald wordt dan alleen onderzoeksresultaten, is toch juist op een terrein als beleidsvorming op het gebied van de gezondheidszorg gedegen kennis van de aantallen patiënten tussen eerste en tweede lijn, zowel beschrijvend als verklarend, van groot belang. Het beleid gericht op versterking van de eerste lijn is weliswaar al jaren tamelijk onomstreden, maar van grote successen kan toch nog niet gesproken worden. Relaties blijken complexer dan aanvankelijk gedacht (bijvoorbeeld de relatie tussen praktijkgrootte en verwijscijfer: de stelling dat de huisartsen in kleinere praktijken minder verwijzen door meer tijd en aandacht per patiënt is onhoudbaar gebleken), maatregelen hadden minder effect dan gehoopt (de experimenten met diagnostische centra), of "spontaan" ontstane gunstige ontwikkelingen bleken op langere termijn terug te gaan naar hun uitgangspunten (de consultatieve geneeskunde rond het ziekenhuis Bethesda bijvoorbeeld).

De projecten binnen deze groep kunnen globaal in drie thema's onderscheiden worden:

1. instroom in de tweede lijn
2. uitstroom uit de tweede lijn
3. "mechanismen" oftewel: hoe werkt het?

4.1. Instroom in de tweede lijn

Traditioneel bestaat het onderzoek op het NHI rond het thema "relatie 1^e-2^e lijn" uit onderzoek naar fluctuaties in verwijscijfers van huisartsen (meestal op macroniveau, zie de rapporten uit de serie "tussen 1^e en 2^e echelon"). Het onderzoeksprogramma 1984/1985 bevat nog enkele variaties op dit thema, met betere en recentere gegevens waarmee de research-activiteiten op dit terrein voorlopig worden afgesloten.

In zijn algemeenheid zal er, op termijn, sprake zijn van een zekere verschuiving van de aandacht van de instroom in naar de uitstroom uit de hogere echelons van gezondheidszorg. Over "verwijzen" begint het niveau van kennis een redelijk peil te bereiken, terwijl kennis omtrent het thema "nazorg/thuisverpleging" nog moet worden opgebouwd. Het thema "nazorg/thuisverpleging" past ook wat beter in een (multidisciplinair gericht) onderzoeks-

instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg dan het monodisciplinaire thema 'verwijzen'.

Onder het thema "instroom" vallen de volgende projecten.

- REL/SA 84.1: *Correctie verwijscijfers voor leeftijd en geslacht* - dat de samenstelling van een huisartspraktijk naar leeftijd en geslacht van invloed is op de hoogte van het verwijscijfer is geen nieuws. De relatie tussen deze praktijksamenstelling en het verwijscijfer is echter zelden onderzocht. In alle publicaties wordt gebruik gemaakt van de door Posthuma in 1976 over het jaar 1974 gepubliceerde resultaten, gebaseerd op de gegevens van één ziekenfonds. Binnen de basissubsidie van het instituut zal in de loop van 1984 worden onderzocht in hoeverre recenter materiaal en materiaal van andere ziekenfondsen aanleiding geeft deze correctiefactor bij te stellen.
- REL/VA 83.1: *Tussen 1^e en 2^e echelon III, analyse van verwijs-, opname- en verpleegduur-cijfers per gemeente 1974-1978* - het eerste deel van de studie: "Tussen 1^e en 2^e echelon", een analyse van verwijs-, opname- en verpleegduur-cijfers per gemeente, diende nog steeds een vervolg te krijgen op grond van recentere gegevens. Inmiddels is over de jaren 1974-1978 een bestand vervaardigd dat geldige en betrouwbare gegevens bevat voor alle Nederlandse gemeenten. Analyse en rapportage over de gegevens zal in de tweede helft van 1983 plaatsvinden.
- REL/VA 83.2: *Tussen 1^e en 2^e echelon IV, verwijscijfers en verkleining van de huisartspraktijk* - het al bij project 83.1 genoemde bestand van verwijs-, opname- en verpleegduur-cijfers is opgezet als bestand van microniveau. Van huisartsen die in de periode 1974-1978 hun praktijk hebben verkleind kan nagezocht worden of hun verwijscijfers in de verwachte richting zijn veranderd. Inmiddels is ook cijfermateriaal over 1979, 1980 en 1981 beschikbaar.
- REL/SA 83.3: *Waarom willen mensen naar de specialist* - de taakopvatting van de huisarts blijkt van invloed op zijn verwijscijfer. Daarnaast

Lijken de opvattingen die patiënten huldigen over de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn eveneens van invloed op de patiëntenstromen, al is hierover veel minder onderzoek verricht. De hoeveelheid verklaarde variantie van het verwijscijfer van huisartsen is geanalyseerd op het niveau van de huisartspraktijk, tamelijk laag (35%), reden om na te gaan of dit niet aanmerkelijk zou verbeteren als een aantal patiëntengegevens in de voorspellingen zou worden meegenomen. Daarbij zijn vooral preferenties van patiënten wat betreft behandeling door de huisarts versus behandeling door de specialist van belang. In het onderzoek "waarom willen mensen naar de specialist" verricht binnen de basissubsidie, wordt nagegaan welke overwegingen patiënten hanteren als zij zich afvragen of de klacht waaraan zij lijden beter door de huisarts of beter door de specialist behandeld kan worden. Een onderzoeksvoorstel hiervoor zal in de herfst van 1983 worden gemaakt.

REL/SA 84.2: *Samenhang in de hulpverlening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg* - Huidige beleidsprocessen richten zich in toenemende mate op een herstructurering van de GGZ in regionale instituten. Daaraan gekoppeld wordt de vrije toegankelijkheid van deze voorzieningen, voor zover aanwezig, afgebouwd en krijgt de ELGZ, analoog aan de somatische gezondheidszorg de functie van eerst aanspreekbare voor psychosociale problematiek en de rol van sluiswachter tot de GGZ toebedeeld.

Uit een in de eerste helft van 1983 gehouden voorstudie naar de relatie tussen ELGZ en GGZ kwam onder meer naar voren dat voor een dergelijke samenhangende zorgstructuur vooralsnog weinig aanknopingspunten in het verwijzverkeer aanwezig zijn. Evenmin bleek er weinig zicht te bestaan welke eerstelijnsdisciplines zich met welke hulpvragen op dit gebied bezig houden en hoe en in welke mate momenteel met de (E)GGZ wordt samengewerkt.

Het voornemen is om samen met het NCGV medio 1984 een onderzoek te beginnen dat, op landelijk niveau, een inventarisatie omvat van de omvang, de vorm, de inhoud en de participanten van samenwerking binnen de eerste lijn op dit gebied en tussen de ELGZ

en de GGZ. Daarnaast zal in deze door middel van schriftelijke enquêtes uit te voeren inventarisatie tevens aandacht besteed worden aan de bij samenwerking en onderlinge verwijzingen ervaren knelpunten.

Wat betreft de in de eerste lijn werkzame disciplines zullen huisartsen, maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen benaderd worden. Ten aanzien van de GGZ wordt overwogen om, behalve RIAGG's en CAD's, tevens andere extramurale voorzieningen als poliklinieken van PAAZ's en psychiatrische centra en vrijgevestigde psychiaters te enquêteren aangezien deze laatste groep een aanzienlijk aandeel van de extramurale GGZ voor haar rekening neemt.

Tenslotte moet in dit verband nog worden genoemd het project "Samenwerken en verwijzen"; (EMS/SA 83.3) waarin wordt onderzocht in welke mate en op welke wijze multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg de instroom naar de tweede lijn beïnvloedt. Dit project staat beschreven bij het deelprogramma "evaluatie van multidisciplinaire samenwerking." (zie pagina 21). Een onderzoek op microniveau (HPR 85.3, verwijzen op microniveau) is opgenomen bij de deelstudies uit de grootschalige praktijkstudie "Vraag/aanbod-relaties in de huisartspraktijk".(zie pagina 53).

4.2. Uitstroom uit de tweedelijnsgezondheidszorg

Hoewel in het algemeen de invloed van de huisarts op alles wat er na de verwijzing gebeurt niet erg hoog wordt geschat, bewijzen incidentele studies als die van De Melker, dat alle hoop nog niet verloren is. Huisartsen kunnen, als zij hun best daarvoor doen en een goede relatie met de hen omringende ziekenhuizen onderhouden, invloed op ziekenhuisopname en verpleegduur uitoefenen. Dit geldt des te meer als er sprake is van een samenspel tussen huisarts, specialist, ziekenhuisverpleging, wijkverpleging en gezinszorg, om de noodzakelijke aanvullende verzorging ten huize van de patiënt te regelen.

Een dergelijk samenspel zal met de reductie van het aantal bedden in algemene en academische ziekenhuizen en met de daarmee gepaard gaande verkorting

van de verpleegduur steeds belangrijker worden. Gezien de complexe relaties (tenminste vijf partijen zijn bij de afwikkeling van een ziekenhuisopname betrokken) die hier in het spel zijn is onderzoek op het gebied van de uitstroom uit tweede en hogere echelons van groot belang voor een goed functionerend eerste echelon.

De volgende projecten zijn onder het thema "uitstroom" onder te brengen.

REL/SA 83.4: *De invloed van de huisarts in de tweede lijn* - het onderzoek "Verwijzingen door de huisarts" leverde op dat huisartsen onderling sterk verschillen in de hoeveelheid invloed die zij menen te moeten hebben op een verwezen patiënt. Te Hoogeveen bleek dat de rol die de huisarts nog moet spelen als de patiënt in specialistische handen is, een groot "knoelpunt" was tussen huisartsen en specialisten. Uit verschillende publicaties van De Melker blijkt dat de huisarts het beleid van de specialist ten opzichte van "zijn" patiënt wel kan beïnvloeden. In het onderzoek "de invloed van de huisarts in de tweede lijn", dat verricht wordt binnen de basissubsidie, wordt een eerste poging gedaan om met behulp van bestaand materiaal na te gaan of er überhaupt aanwijzingen te vinden zijn dat huisartsen onderling verschillen in de mate van tweedelijnszorg die er aan hun patiënten wordt verleend. Daartoe worden van één middelgroot ziekenfonds over een jaar alle verwijs- en herhalingskaarten alsmede de verpleegdagen geordend naar huisarts en specialist, en gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de verwezen patiënten. Op deze wijze is een indruk te krijgen van aan de huisarts toe te schrijven verschillen in tweedelijnsconsumptie. Het onderzoek draagt een verkennend karakter.

De uitkomsten kunnen richting geven aan een op te zetten onderzoek naar het effect van de voorgenomen wijziging van het stelsel van verwijs- en herhalingskaarten in een stelsel van advies- en behandelkaarten, een maatregel die beoogt de invloed van de huisarts op het tweedelijnsgebeuren te versterken.

REL/VA 84.3: *Tussen 1^e en 2^e echelon V; verpleegdagen in algemene en academische ziekenhuizen* - bij de verdere uitwerking van een model voor de verklaring van regionale verschillen in belangrijke parameters voor het functioneren van de gezondheidszorg is tot nu toe de aandacht vooral beperkt tot verwijs- en opnamecijfers. In de vorige versie van het model (project REL/VA 83.1), is door het opnemen van gegevens over verpleeghuizen al een eerste poging gedaan om de vergelijking voor de gemiddelde verpleegduur per opname te verbeteren. Verdere verbetering (zeker uit het oogpunt van beleid) is te verkrijgen door het opnemen van regionale gegevens over wijkverpleegkundigen, gezins- en bejaardenverzorging, wellicht zelfs over bejaardentehuizen. Het ontbreken van regionale gegevens over de wijkverpleging is evenwel een ernstige handicap; besprekingen met de Nationale kruisorganisaties over de rol van het NHI en de eigen rol bij registratie en onderzoek verdienen een hoge prioriteit. In dit project, het laatste in de serie "rekenmodellen", kan op nationaal en regionaal niveau ook worden doorgerekend in welke mate er behoefte aan thuisverpleging en gezinszorg ontstaat als de ligduur in algemene ziekenhuizen wordt verkort, gegeven een bepaald potentieel aan verpleeghuizen en bejaardenzorg.

REL/SA 85.1: *Substitutie van verpleegkundige zorg* - een analyse op micro-niveau. In een rekenmodel kan men weliswaar de voornaamste feitelijke relaties kwantificeren, dit betekent echter niet automatisch dat men ook precies weet hoe de onderlinge afstemming tussen degenen die bij de nazorg van ziekenhuis-patiënten zijn betrokken, in zijn werk gaat. Dit laatste dient men op "microniveau" uit te zoeken, waarbij men dient te bestuderen welke factoren een soepele informatie-overdracht bevorderen en van welke factoren een optimale nazorg afhankelijk is. Het spreekt vanzelf dat een dergelijk project eerst een aantal empirische criteria moet vaststellen waaraan de kwaliteit van nazorg gemeten kan worden.

4.3. Het mechanisme

Weten dat de afstand tot het dichtst bijzijnde algemene ziekenhuis de belangrijkste determinant van het verwijscijfer van een huisarts is, is één ding; weten hoe zo iets in zijn werk gaat is een tweede.

In het algemeen krijgt men niet vaak de gelegenheid om uit te zoeken hoe een typische aanbodfactor als "afstand" werkt. Alleen als ergens een nieuw ziekenhuis wordt geopend in een gebied waar daar vroeger in de verre omtrek geen stond, dan is men in staat om uit te zoeken hoe het nu komt dat de aanwezigheid van een ziekenhuis het gedrag van een huisarts zo ingrijpend beïnvloedt. Of het sluiten van een ziekenhuis (in het huidige bezuinigingstijdperk geen uitzonderlijke zaak meer) een omgekeerd effect op de verwijs- en opnamecijfers zal hebben, is nog maar de vraag, laat staan dat van tevoren te voorzien is wat het effect van een bewust beheerste tweedelijnszorg tesamen met een versterkte eerstelijnszorg (zoals in Almere) zal zijn.

In een drietal projecten wordt achtereenvolgens de bovengenoemde effecten (opening en sluiting ziekenhuis en planmatige beheersing) onderzocht.

REL/SA 83.5: *Ziekenhuis Lelystad* - dit project, begonnen in de herst van 1981 met subsidie van het Praeventiefonds, behandelt de gevolgen van een sprongsgewijze vergroting van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen voor de medische consumptie in de desbetreffende regio. Centraal staat de vraag of het verwijscijfer van de huisartsen zal stijgen, en zo ja, wiens beslissing voor deze stijging verantwoordelijk is. Gaan de patiënten vaker op verwijzing aandringen, wijzigt de huisarts zijn taakopvatting ten opzichte van de taak van de specialist, of beïnvloedt de specialist het verwijspatroon van de huisarts?

Eind 1983 zal het tweede interim-rapport van dit onderzoek verschijnen. Hierin zal de ontwikkeling van het verwijscijfer sinds de opening van het ziekenhuis (september 1982) worden weergegeven, alsmede eventuele veranderingen in de opvattingen van de Lelystadse bevolking over de taakverdeling tussen huisarts en specialist. In het vroege voorjaar van 1984 zal de tweede nameting gehouden worden. Tevens zal door middel van interviews worden nagegaan of eerste en tweede lijn zijn gekomen tot een bevredig-

gende afstemming van taken. Door analyse van bestaand materiaal zal globaal gekeken worden naar mogelijke effecten in de ruimere omgeving van Lelystad.

REL/SA 84.4: *Sluiting ziekenhuis* - Dit project staat al enige tijd in het meerjarenplan, zonder tot concretisering te zijn gekomen. Het is op te vatten als een "tegenhanger" van het project Lelystad, vanuit de gedachte dat een sprongsgewijze vergroting van het aanbod in de tweede lijn de consumptie van tweedelijnszorg waarschijnlijk sterk zal doen toenemen (Lelystad), terwijl het omgekeerde proces, sluiting van een stuk tweedelijns capaciteit, niet zonder meer het spiegelbeeld van deze ontwikkeling zal laten zien, maar zal resulteren in een (tijdelijk) "wringen" van vraag en aanbod. Inmiddels is duidelijk geworden dat de kans op subsidiëring van dit onderzoek slechts aanwezig is als het een bescheiden opzet krijgt; te denken is aan een globale meting van medische consumptie vóór en na sluiting van het ziekenhuis. Aangezien zowel een korte als een lange termijn effect valt te verwachten, zou de nameting na enige tijd herhaald kunnen worden. In 1984 zal een voorstel voor een dergelijke opzet gemaakt worden waarbij financiering middels een doelsubsidie overwogen moet worden.

REL/SA 84.5: *Almere* - in Almere wordt aan de gezondheidszorg een experimentele vorm gegeven, waarbij samenhang tussen voorzieningen, een sterke eerste en een beperkte tweede lijn en lagere kosten belangrijke kenmerken zijn. Aan het NHI en het Nationaal Ziekenhuis Instituut is verzocht de evaluatie van dit experiment te verzorgen. Daarbij zal in een eerste van de 4 jaren dat dit onderzoek zal duren voornamelijk aandacht worden besteed aan de vraag of er in Almere sprake is van bestuurlijke samenhang en hoeverre er sprake is van inhoudelijke samenhang.

Dit gedeelte van het onderzoek zal in een apart project (zie project WVG/SA 84.2 in het deelprogramma "herstructurering gezondheidszorg") plaatsvinden.

Op het punt van de inhoudelijke samenhang zal zodanig materiaal worden verzameld dat longitudinale analyse mogelijk is, waarbij

mede analyse van de relatie tussen eerste en tweede lijn vóór en na de verhuizing van het Burgerziekenhuis van Amsterdam naar Almere van belang is.

Waarschijnlijk zal per einde 1983 of begin 1984 een part-time onderzoeker worden aangetrokken. Het project wordt gesubsidieerd door het Ministerie van WVC.

4.4. Samenvatting

In het deelprogramma "patiëntstromen tussen 1^e en 2^e lijn" is een aantal projecten geformuleerd dat enerzijds de instroom vanuit de eerste lijn (vooral geconcentreerd op verwijscijfers van huisartsen) en anderzijds de uitstroom uit de tweede lijn (ziekenhuis-nazorg bijvoorbeeld) als onderwerp heeft. Bovendien wordt getracht om te achterhalen hoe de belangrijkste mechanismen in dit veld feitelijk werkzaam zijn.

De volgende projecten zijn geformuleerd:

- REL/VA 83.1 Tussen 1^e en 2^e echelon III - regionale verwijs-, opname- en verpleegduur-cijfers 1974-1978
- REL/VA 83.2 Tussen 1^e en 2^e echelon IV - verwijscijfers en verkleining van de huisartspraktijk
- REL/SA 83.3 Waarom willen mensen naar de specialist
- REL/SA 83.4 De invloed van de huisarts in de tweede lijn
- REL/SA 83.5 Ziekenhuis Lelystad
- REL/SA 84.1 Correctie verwijscijfers voor leeftijd en geslacht
- REL/SA 84.2 Samenhang in de hulpverlening op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg
- (EMS/SA 83.3) Samenwerken en verwijzen
- (HPR/VA 85.3) Verwijzen op microniveau
- REL/VA 84.3 Tussen 1e en 2e echelon V - verpleegdagen in algemene en academische ziekenhuizen
- REL/SA 84.4 Sluiting ziekenhuis
- REL/SA 84.5 Almere; een beheerste tweedelijnszorg
- REL/SA 85.1 Substitutie van verpleegkundige zorg

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig: \pm 4 w.p. (+ ondersteunend personeel).

5. (EFFECTONDERZOEK) HERSTRUCTURERING GEZONDHEIDSZORG

Het onderzoek in dit deelprogramma is vooral gericht op (de evaluatie van) de invoering van de WVG, uitgesplitst naar een aantal aspecten.

De beleidsrelevantie van dit thema behoeft niet al te breed te worden uitgemeten. Kennis over hoe de WVG in de praktijk blijkt te werken is, zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau, van groot belang om de verdere invulling van deze raamwet gestalte te kunnen geven. Daarnaast is een gedifferentieerde evaluatie van belang om na te kunnen gaan in hoeverre de diverse onderdelen van de WVG inderdaad leiden tot de beoogde doelen en wat eventueel de onvoorziene neveneffecten zijn. "Samenhang" is één van de begrippen die als een rode draad door de wet lopen, en die dus ook binnen dit deelprogramma een belangrijke plaats innemen. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan onderzoek rond het thema planning van voorzieningen.

WVG/SA 84.1: *Samenhang in theorie en praktijk* - "Samenhang" is, behalve de roepnaam van deze basiseenheid, ook één van de sleutelwoorden van het beleid op het gebied van de gezondheidszorg. Het onderzoek naar samenhang is echter nog zeer beperkt gebleven. Binnen het DCO-project is destijds een poging gedaan samenhang tussen eerste en tweede lijn op het spoor te komen door middel van de zogeheten "tracer-methode", wat echter niet tot bruikbare resultaten heeft geleid. Ook elders is gebleken dat dit begrip zich nogal tegen operationalisering verzet, zij het dat het operationaliseren van samenhang nooit een onderzoeksdoelstelling op zichzelf is geweest. Toch dient men, als men op een of andere wijze de gevolgen van het streven naar samenhang in output-criteria wil vaststellen (en het beleid zal uiteraard vroeger of later met deze evaluatie geconfronteerd moeten en willen worden), te beschikken over een instrument met behulp waarvan de mate van samenhang in een (sub-)systeem van gezondheidszorg kan worden vastgesteld. Men moet hierbij overigens niet direct denken aan een instrument waarmee de "hoeveelheid samenhang" in maat en getal kan worden vastgelegd, maar meer aan een ordinaal instrument. In de loop van 1984 zal een voorstel worden

ingediend voor een instrumentontwikkende studie, die ongeveer een jaar in beslag zal nemen.

WVG/SA 84.2: *Evaluatie van bestuurlijke samenhang (deelproject Almere)*

"Evaluatie van bestuurlijke samenhang" is een onderdeel van de al eerder genoemde evaluatiestudie in Almere. Samen met het Nationaal Ziekenhuis Instituut zal daar in het eerste jaar van dit vierjarig project worden onderzocht in hoeverre het ten dienste staande beleidsinstrumentarium de mogelijkheid biedt inderdaad alle onderdelen van het systeem vanuit één visie te bestuderen. Hoewel wellicht met enige modificaties ten aanzien van de resultaten van het eerste jaar, is te verwachten dat deze evaluatie in principe gedurende de gehele looptijd van het project voortgezet wordt.

WVG/MV 84.3: *Afstemming werkgebieden*

In opdracht van de Stichting Bevordering Volksgezondheid te Rotterdam voert het NHI een onderzoek uit naar de knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam, vanuit het gezichtspunt van de consument. Dit project (OKER) wordt verder beschreven in het deelprogramma: *De consument en de eerstelijnsgezondheidszorg*. Een onderdeel van dit project valt echter binnen het kader van het deelprogramma "Herstructurering Gezondheidszorg", namelijk het onderdeel dat zich bezig houdt met een inventarisatie en analyse van de afstemming van de werkgebieden van de verschillende eerstelijnsdisciplines. Hoewel niet specifiek uitgevoerd als "WVG-project" (het onderzoek start ook al vóór invoering van de WVG) kunnen de resultaten ervan zeker bijdragen aan een rationelere invoering van de WVG op gemeentelijk niveau.

Voor bedoelde analyse is het van belang om over de juiste gegevens te beschikken. Hiervan is onder andere de medewerking van de plaatselijke ziekenfondsen nodig. Eind 1983 zal daarom een feasibility-study worden uitgevoerd. Bij een positief resultaat zal het project in de loop van 1984 starten.

WVG/SA 85.1: *Gemeentelijke planvorming in het kader van de WVG*

Het project "Gemeentelijke planvorming in het kader van de WVG" stelt de vraag centraal hoe het gemeentelijke plan met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg tot stand komt. Hierbij is met name te denken aan bepaling van de feitelijke invloed op het plan van de verschillende door de WVG onderscheiden partijen, en aan de feitelijke beleidsvrijheid die de gemeente nog heeft binnen de door het Rijk aangegeven richtlijnen ex artikel 10 WVG en het aangegeven beslag op de middelen.

Dit project kan pas worden uitgevoerd als de WVG feitelijk in werking is getreden. Met het oog daarop is nog geen aanvangstijdstip gepland.

WVG/MV 85.2: *Gevolgen van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners*

Zowel door de beroepsgroep van huisartsen als door de overheid in het kader van de WVG is een vestigingsbeleid voor huisartsen ontworpen. Het vestigingsbeleid zoals ontworpen door de beroepsgroep, is al in maart 1983 voor de leden van de LHV van kracht geworden, dat van de overheid is onlangs in ontwerp gepubliceerd en zal mogelijk in juni 1984 van kracht worden.

Zoals ook in het deelprogramma over functie- en volume-aanbod aangegeven is, betekent dit in zijn algemeenheid dat de verklaring voor verschillen in huisartsendichtheid aangepast moet worden. Daarnaast kunnen enkele meer specifieke vragen met betrekking tot het vestigingsbeleid gesteld worden. Deze luiden: hoe gaat het vestigingsbeleid van de beroepsgroep en dat van de overheid in zijn werk? Ontstaan er regionale of lokale accentverschillen in de uitvoering van de regelingen dan wel in de normstelling? Wat zijn de gevolgen van de vestigingsregels voor praktijkzoekende en zich vestigende huisartsen? En tenslotte wat zijn de gevolgen voor de spreiding van huisartsen?

Deze vragen kunnen beantwoord worden door een analyse van de veranderingen in het spreidingspatroon van huisartsen in de komende jaren, door in samenhang met het voorgaande project de uitvoeringsregels van gemeenten of intergemeentelijke samenwerkingsverbanden te onderzoeken en door een herhaling van het onderzoek naar de vestigingswijze en investeringen van jonge huisartsen.

5.1. Samenvatting

In het deelprogramma "Herstructurering Gezondheidszorg" worden een aantal projecten uitgevoerd die te maken hebben met de voorgenomen herstructurering van de eerstelijnsgezondheidszorg in de richting van een op gemeentelijk niveau gepland en bestuurd onderling samenhangend zorgsysteem. Het programma kan worden beschouwd als een evaluatie van de invoering van de WUG.

De volgende projecten zijn gepland:

WVG/SA 84.1 Samenhang in theorie en praktijk

WVG/SA 84.2 Evaluatie van de bestuurlijke samenhang in Almere

WVG/MV 84.3 Afstemming werkgebieden (deelproject OKER)

WVG/SA 85.1 Gemeentelijke planning in het kader van de WVG

WVG/MV 85.2 Gevolgen van het vestigingsbeleid op de spreiding van hulpverleners.

(REL/SA 84.5) Almere: een beheerste tweedelijnszorg

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig \pm 2,5 w.p. (+ ondersteunend personeel).

6. INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG

In tijden dat de grondslagen van menig systeem van gezondheidszorg en sociale zekerheid bij ziekte en invaliditeit opnieuw worden bezien, is onderlinge vergelijking van systemen van gezondheidszorg qua kosten en opbrengsten een zaak die in de belangstelling staat. Het is zeker niet zo dat als zou blijken dat een bepaald systeem een aantal duidelijke voordelen heeft boven een ander, invoering van een dergelijk systeem die met grote moeilijkheden en problemen gepaard zou gaan (omdat weerstand tegen welke verandering dan ook als verzet tegen een aanslag op verworven rechten zou worden beschouwd) verantwoord is, maar men kan tenminste bezien of een voorgestelde wijziging van het systeem van gezondheidszorg effecten in een bepaalde richting zou hebben. Vergelijking van de Nederlandse gezondheidszorg met andere systemen is alleen zinvol als dit gebeurt op de hoofdzaken van systemen. Voor Nederland zijn dit:

1. een gedeeltelijk abonnementssysteem voor de zorg van huisartsen.
2. een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem in de tweedelijnsgezondheidszorg.
3. de indirecte toegang tot de specialistische zorg en tot enkele paramedische verstrekkingen.
4. het bestaan van een verplicht (publiek) en een vrijwillig (privaat) gedeelte in het verzekeringssysteem.
5. het bestaan van een duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur.

Welke systemen komen nu in aanmerking voor vergelijking? Ten eerste systemen waar de tweedelijnszorg strakker beheerst en gepland is en bijvoorbeeld niet op verrichtingen-basis is gefinancierd. Dit geldt bijvoorbeeld in Engeland, de Scandinavische landen en voor een gedeelte in Duitsland. Ten tweede landen waar huisartsen niet per abonnement maar per verrichting worden betaald. Dit geldt voor België, Frankrijk, Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk. Ten derde die landen waar niet een gedeeltelijk publiek en een gedeeltelijk privaat systeem van ziektekostenverzekeringen bestaat, maar hetzij het een hetzij het ander. Een volledig privaat systeem kennen wij niet, maar de meeste landen hebben een vrijwel volledige collectieve financiering van de zorg. In het Verenigd Koninkrijk bestaat de iedere burger omvattende National Health Service; maar ook in België en in Frankrijk en in de meeste

andere landen om ons heen is de verzekering collectief. In Duitsland kent men, evenals in Nederland, de deels publieke deels private verzekering. Ten vierde is interessant een systeem waarin bijvoorbeeld de specialistische zorg niet via de huisarts toegankelijk is, maar rechtstreeks kan worden geconsumeerd. België is hier een duidelijk voorbeeld van, evenals Frankrijk. Ten vijfde is van belang om systemen die geen duidelijke eerstelijnsgezondheidszorg kennen zoals in het Zweedse systeem waarin alle gezondheidszorg rond het ziekenhuis is geconcentreerd, in de vergelijking te betrekken.

Resumerend is voor een vergelijking interessant:

1. België vanwege a) volledige financiering van de zorg.
b) een vrije toegankelijkheid van de specialistische zorg.
c) een volledig op verrichtingen gebaseerd systeem.
2. Ver.Koninkrijk omdat dit als een volledige tegenpool van het Belgische systeem kan worden beschouwd:
a) alles per abonnement of in dienstverband.
b) volledige financiële dekking voor alle burgers met bepaalde eigen bijdragen.
c) een strak beheerste tweedelijnszorg.
3. Denemarken biedt een aantal vergelijkingspunten omdat hier de huisarts deels op abonnements- en deels op verrichtingenbasis wordt betaald en de specialistische zorg tamelijk planmatig en in dienstverbanden is georganiseerd.
4. Zweden zou tenslotte bij het onderzoek betrokken kunnen worden omdat dit land voorzichtig probeert een eerstelijnsgezondheidszorg op te zetten, terwijl tot voor kort de gehele gezondheidszorg rond het ziekenhuis was geconcentreerd.

Uit de vergelijking van deze vier landen kan men voldoende relativerende informatie halen voor de toekomstige wijzigingen van het Nederlandse systeem. Per project zal beschreven worden hoe de vergelijking wordt opgezet.

6.1. Beschrijving per project

INT/VA 83-1: *Vergelijking Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op macro niveau* - zelden vindt men zo dicht bij elkaar zulke grote verschillen in systemen van gezondheidszorg. Het dunkt ons de moeite waard deze verschillen systematisch te verkennen. Eerst door middel van het vergelijken van regionale gegevens: In België zijn per arrondissement (40 regio's) en in Nederland per z.g. COROP-regio's voldoende vergelijkbare cijfers beschikbaar om een eerste verkenning uit te voeren. Het Belgische systeem is consequent op verrichtingenbasis georganiseerd en kent parallelle toegankelijkheid van huisarts en specialist. Men ziet in beide systemen dat degenen die belast zijn met het regelen en organiseren van het systeem de neiging hebben 'over de grens te kijken'. In België bestaat belangstelling voor het Nederlandse abonnementsstelsel (zij het dat men afgeschrikt wordt door de wellicht hogere verwijscijfers die dit oplevert); in Nederland wordt door sommigen geopperd om het abonnementsstelsel door een (gedeeltelijk) verrichtingensysteem te vervangen. Vergelijkend onderzoek kan hulp bieden bij het overzien van de mogelijke gevolgen van veranderingen in het systeem. Het project wordt door de basiseenheid Mankracht en Voorzieningen én Vraag en Aanbod gezamenlijk uitgevoerd.

INT/VA 84-1: *Vergelijking van de Nederlandse en Belgische gezondheidszorg op micro niveau : vergelijking van enquêtegegevens* - in het Nationaal Programma van Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek in het Koninkrijk België is in 1978/1979 een omvangrijke enquête gehouden naar gezondheid, ziekte en doktersbezoek, onder de inwoners van een 90-tal gemeenten in Vlaanderen. De resultaten van deze enquête zijn gepubliceerd in de delen 1G en 1H van de serie publicaties uit dit Nationaal Programma. De enquête vertoont gelijkenis met de te onzent gehouden Leefsituatie Onderzoekingen, over welk bestand het NHI beschikt. Als het mogelijk zou zijn de Belgische enquêtegegevens voor eigen onderzoek te verkrijgen, dan zou vergelijking van houdingen

en gedrag van inwoners van gemeenten aan weerszijden van de Nederlands-Belgische grens een interessante zaak zijn. Men kan dan immers de werking van de onderdelen van het systeem van gezondheidszorg goed scheiden van de overige factoren die het gebruik van de zorg beïnvloeden. Voor beleidsvoorbereiding in deze sector kan dit waardevolle informatie zijn.

INT/VA 84-2: *Vraag-Aanbod relaties in de Engelse eerstelijnsgezondheidszorg* - dit project vormt een vervolg op een gedeelte van het proefschrift 'De vraag naar diensten van de huisarts'.

Een aantal in de Nederlandse gezondheidszorg optredende verschijnselen zoals de sterke invloed van de afstand tot een algemeen ziekenhuis op verwijscijfers uit de huisartspraktijk werden niet in de Engelse gezondheidszorg gevonden. Het betrof hier gegevens uit 1970/1971 uit het Second National Morbidity Survey. Het gebruikte onderzoeksmateriaal was wel nuttig om als men de vraagfactoren op de medische consumptie had vastgesteld, de invloed van bepaalde praktijkkenmerken op eerste contacten en terugbestelcontacten te onderzoeken. Inmiddels is in Engeland nieuw onderzoeksmateriaal verschenen. Ten eerste omdat de gegevens uit 1970/1971 gekoppeld zijn aan gegevens uit de Engelse Volkstelling en dus behalve de leeftijd en het geslacht van de patiënt nu veel meer relevante kenmerken op patiënt-niveau te bestuderen zijn, ten tweede is het National Morbidity Survey in 1980 herhaald en kunnen de resultaten van 70/71 op consistente manier worden getoetst. Van de zijde van de Engelse Royal College of General Practitioners is belangstelling voor samenwerking met het NHI op het gebied van analyse van de gegevens vooral wat betreft de aspecten die te maken hebben met de zogenaamde Health Services Research. Met betrekkelijk weinig kosten en moeite kunnen interessante en hoogst waarschijnlijk ook voor de Nederlandse gezondheidszorg opgaande relaties tussen huisartsen en patiënten kenmerken, worden vastgesteld.

- INT/VA 85-1: *Deense gezondheidszorg* - als men in Denemarken niet zoals hier en daar elders, het systeem van gezondheidszorg drastisch wijzigt, dan valt aldaar een interessant systeem of liever gezegd interessante systemen (in Kopenhagen kent men een volledig abonnementssysteem en in de rest van Denemarken een gecombineerd abonnementssysteem en verrichtingensysteem) te bestuderen. Vooral de combinatie abonnement/verrichtingen in een systeem waar de tweedelijnszorg sterk is gereguleerd (vrijwel alle specialisten zijn in dienst van een ziekenhuis; de ziekenhuizen zijn op regionale basis strikt hiërarchisch gepland), biedt voor Nederland interessante perspectieven, al dient men zich natuurlijk wel af te vragen of een verrichtingensysteem niet al te weinig bevorderlijk is voor de zelfzorg van de patiënt. In eerste instantie zal gepoogd worden de beschikking te krijgen over bestaande gegevens over productie uit huisartspraktijken en deze te analyseren. Later kan - in samenwerking met het Deens Huisartsen Instituut - over eigen materiaalverzameling worden gedacht.
- INT/VA 85-2: *Zweden* - in een land dat tot voor kort nauwelijks eerstelijnsgezondheidszorg kende (en waar dus ook een opname-coëfficiënt van 190/1000 wordt aangetroffen inplaats van de bij ons gevonden 110/1000) wordt nu geprobeerd om een combinatie van basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg 'uit de grond te stampen'. Vooral de nadruk op het beïnvloeden van gedragingen van consumenten op het gebied van (riskante) leefgewoonten en lichaamsbeweging in combinatie met de genoemde zorg kan voor het beleid te onzent van belang zijn. Wil men de Zweedse gezondheidszorg (waar niet alleen de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg maar ook voor de *gezondheid* van de burger in handen van de provinciale autoriteiten is gelegd) zinvol bestuderen, dan dient men een tamelijk basaal onderzoek te verrichten waarin het proces van onwelbevinden tot hulpvraag bij de consument wordt bestudeerd. Wellicht is een in project VRA/VA 84-2 uit te voeren 'dagboekmethode' ook internationaal bruikbaar.

Het vermelden waard is dat de vergelijking van de Nederlandse en Belgische systemen van gezondheidszorg onderwerp zal zijn van een in maart 1985 bij het 5-jarig bestaan van het Vlaams-Nederlandse tijdschrift Gezondheid & Samenleving, te organiseren congres. Kennis die, mede door het NHI over beide systemen van gezondheidszorg is opgedaan, zal gebundeld worden in een boekwerk waarin een beschrijving van beide systemen van gezondheidszorg en sociale zekerheid plaats zal vinden, als basisdocument voor het genoemde congres. Het spreekt vanzelf dat het NHI op het congres ook resultaten van het vergelijkend onderzoek zal presenteren.

6.2. Samenvatting

Internationaal vergelijkend onderzoek is geconcentreerd op die landen die qua gezondheidszorg op essentiële kenmerken van Nederland verschillen. Op deze wijze zijn de volgende landen geselecteerd: België, Engeland, Denemarken en Zweden. Dit heeft geresulteerd in de volgende projecten.

INT/VA 83-1 : Holland-België op macro niveau - vergelijking van regionale verschillen in ziekenhuisopnamen.

INT/VA 84-1 : Holland-België op micro niveau.

INT/VA 84-2 : De Engelse eerstelijnsgezondheidszorg.

INT/VA 85-1 : Denemarken.

INT/VA 85-2 : Zweden.

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig \pm 1 w.p. + ondersteunend personeel.

7. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK

De informatie-voorziening in de gezondheidszorg is scheef verdeeld. Enerzijds is er een niet meer te verwerken en beheersen informatiestroom over het op verrichtingen gebaseerde systeem van specialistische medische zorg anderzijds is er vanwege het in de huisartsenwereld vigerende systeem van honorering per abonnement, een volstrekt gebrek aan informatie uit deze belangrijke sector van de eerstelijnsgezondheidszorg. De informatie die er over het werk van de huisarts bestaat, is hetzij verouderd (nog steeds worden de in 1969 gepubliceerde cijfers van Oliemans gebruikt), hetzij incidenteel (zie bijvoorbeeld het onderzoek van J. Boots), hetzij partieel (zie bijvoorbeeld de summiere informatie uit het op het NHI uitgevoerde systeem van peilstations).

Blijkbaar zijn de inhoudelijke en praktische bezwaren tot dusver tē groot geweest om met de inzichten die op dit moment bestaan over de waarde van onderzoek in de huisartsenpraktijk, een nieuwe studie op grote schaal op te zetten.

De *inhoudelijke* bezwaren kan men als volgt samenvatten. De eerste vraag is of men met het verzamelen van informatie over klachten en problemen in de huisartsenpraktijk wel op een betrouwbare wijze ziekte meet. In kringen van epidemiologen heerst geen al te groot vertrouwen in de betrouwbaarheid en geldigheid van de door huisartsen routinematig aangeduide morbiditeit. Vaak komt een patiënt met een bepaalde klacht; de huisarts geeft een medicijn en concludeert *ex juvantibus*, als de patiënt niet meer komt opdagen, dat de kwaal over is en dat de patiënt wel "dit of dit" gehad zou hebben. Daar staat tegenover dat zo de eerstelijnsgezondheidszorg ook werkt. Ook in onderzoek waarin men definities en criteria van de te registreren morbiditeit nauwkeurig vaststelt (zoals in het peilstations-project) blijft men altijd een niet door het probleem-aanbod verklaarde inter-dokter-variantie vinden. De enige oplossing die in dit geval wordt gesuggereerd is met een kleine groep artsen continu definities en criteria bewaken, zoals bij de Nijmeegse Continue-Morbiditeits-Registratie (CMR) gebeurt.

Voor sommigen is de bovenstaande constatering van dusdanig gewicht, dat de *à priori* mogelijkheden voor een grootschalige morbiditeits- en praktijkstudie wordt ontkend. De kwaliteit van de door huisartsen geformuleerde klach-

ten, problemen en diagnose is zo wankel dat men op deze gronden geen morbiditeits-registratie durft op te zetten. Anderen stellen daar tegenover dat ook in de meest geavanceerde en grondig bewaakte settings de variatie in geconstateerde morbiditeit zeer groot blijft. Zelden zijn artsen het met elkaar eens over wat nu in werkelijkheid het geval is.

Wil men de werking van de gezondheidszorg bestuderen vanuit een economisch of sociaal-wetenschappelijk gezichtspunt, dan is het wel van belang dat in grote lijnen duidelijk is met welke klachten, problemen en ziekten patiënten bij hun huisarts komen, maar wegen de geldigheid en betrouwbaarheid van de medische diagnoses iets minder zwaar. Tenslotte bepaalt het door de huisarts vastgestelde probleem in grote lijnen wat er verder met de patiënt gebeurt, of dit nu een, zoals dat heet, 'pathologisch substraat' bevat of niet. Vanuit dat gezichtspunt van Health Services Research is een grootschalige studie van groot belang.

De *practische* problemen bij een grootschalige studie zijn tot nu toe moeilijk te overwinnen geweest.

- 1e. - is het zo dat uit veel onderzoek is gebleken dat zelf-registratie zonder continue controle en begeleiding absoluut onbetrouwbaar is.
- 2e. - ontbreekt het aan uitgewerkte classificatiesystemen op een aantal gebieden.
- 3e. - is een grootschalige praktijkstudie zelden opgezet vanuit de gedachte dat een breed scala van praktijkvormen en praktijklocaties nodig is om de invloed van de aanbodzijde in deze sector vast te stellen.
- 4e. - zijn de gegevens over de achtergronden van de patiënten zoals die in het kaartstelsel van de huisarts zijn genoteerd, te summier om andere dan de gebruikelijke relaties met leeftijd en geslacht van de patiënt vast te stellen.

Ad.1. Zelf-registratie. Hoewel sommigen er baat bij hebben dit probleem niet aan te roeren, is zelf-registratie in de huisartsenpraktijk categorisch onbetrouwbaar, tenzij men de geregistreerde frequenties regelmatig surveilleert en lacunes opspoorde, en blijft controleren of de registratie niet verwaterd.

Ad.2. Classificatiesystemen. Langzamerhand beginnen voldoende betrouwbare classificatiesystemen voor het werk van de huisarts te verschijnen. De RFE/ICHPPC-2 classificatie van klachten, problemen en diagnoses is op ve-

le plaatsen getest en ook op het gebied van procedures en interventies zijn voor de Nederlandse situatie bruikbare zaken ontwikkeld. Het probleem van het classificeren is echter vertroebeld doordat aan de classificaties de eis gesteld werd dat huisartsen ze tijdens hun werk zouden moeten kunnen gebruiken zonder dikke naslagwerken bij de hand te hebben. Dit betekent dat voor een aantal in de huisartsenpraktijk gebruikte classificaties (E-lijst, maar ook RFE/ICHPPC-2) een groot aantal medisch interessante categorieën zijn samengevoegd wegens het te weinig voorkomen in de huisartsenpraktijk. Over de relevantie van dit samenvoegen of juist openlaten van de verschillende categorieën, is een aantal vruchteloze discussies gevoerd. Als men echter de 'producten' in de huisartsenpraktijk niet door de huisarts zelf of diens assistente laat coderen, maar dit door getrainde codeurs laat doen dan is er niets tegen om een zo uitvoerig mogelijk classificatiesysteem te gebruiken. Dit systeem moet wel aan de eis voldoen dat typische problemen in de huisartsenpraktijk, zoals klachten tengevolge van psychische of sociale problemen / bijkomende gevoelens van angst en spanning, gecodeerd kunnen worden maar, voldoet het systeem aan deze eis, dan is de uitgebreidheid geen probleem.

Ad.3. Voldoende variatie aanbodzijde. Te weinig wordt onderkend dat de huisarts zelf of de wijze waarop zijn praktijk is georganiseerd van invloed is op het gebruik dat van zijn diensten wordt gemaakt. De locatie van de praktijk, de afstand van de praktijk tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis is van groter invloed op wat er met patiënten gebeurt dan de mate waarin iemand bijvoorbeeld binnen de eerste lijn samenwerkt. In een groot-schalige praktijkstudie dienen de verschillende praktijkvormen en praktijklocaties in voldoende variatie vertegenwoordigd te zijn, zodat later bij de analyse van het materiaal hiermee beter rekening kan worden gehouden dan voorheen.

Ad.4. Patiëntengegevens. Van de gegevens die de huisarts op zijn kaart noteert, zijn alleen leeftijd en geslacht van de patiënt in redelijke mate betrouwbaar. Alle andere informatie dient men eigenlijk rechtstreeks van de patiënt te verkrijgen of in ieder geval nader te controleren. In de Engelse National Morbidity Surveys wordt dit probleem op een unieke wijze opgelost: nl. door de patiëntengegevens rechtstreeks te koppelen aan de gegevens van de Engelse Volkstelling. Dit zou in Nederland niet mogelijk zijn, vandaar dat een grootschalige praktijkstudie in ieder geval één of meer pa-

tiënten-enquêtes dient te bevatten.

Wat is nu het resultaat van dit alles? Ten eerste het verspillen van energie van onderzoekers aan suboptimaal materiaal. Iedereen moddert maar wat met de riemen die hij heeft. Verder moet voor elke deelstudie : verwijzingen in de huisartsenpraktijk, het voorschrijven van geneesmiddelen, de invloed van de huisarts op de ziekenhuis-nazorg, de invloed van multi-disciplinaire samenwerking op de hulpverlening etc. etc., aparte en kostbare onderzoeken worden verricht. Bovendien moet men artsen telkens voor andere dingen lastig vallen. Men zou een aantal van deze studies overbodig maken als men in één klap een hoeveelheid onderzoeksmateriaal routinematig zou verzamelen. Natuurlijk kan men niet alle mogelijke onderzoeken op voorhand voorzien, maar als men bij de opzet van de grootschalige studie claimt dat achteraf nog aanvullende informatie verzameld moet kunnen worden (bijvoorbeeld vragenlijsten kunnen worden afgenomen), dan kan men ook projecten die men niet voorzien heeft nog naar behoren uitvoeren. Voorziet men wel tevoren welke onderwerpen nadere aandacht verdienen, dan kan men extra aandacht besteden aan de verzameling van de gegevens en de compleetheid daarvan. De kosten die men met een hiervoor geschetste opzet uitspaart: de kosten van telkens opnieuw onderzoek naar deelproblematiek doen, zou men moeten aftrekken van de tamelijk hoge kosten die een periodieke verzameling van informatie uit de huisartsenpraktijk met zich mee brengt.

Om voor de eerstelijnsgezondheidszorg niet in hetzelfde probleem te belanden als bij de informatieverzameling in andere sectoren van de gezondheidszorg, nl. een niet meer beheersbare en analyseerbare hoeveelheid gegevens, zou men eens in de 5 jaar gedurende één jaar de informatie moeten verzamelen en in de daaropvolgende 4 jaren de gegevens moeten analyseren en verwerken. Als men de interne voorbereiding van het project met het eindrapport van het project Classificatie in de huisartsenpraktijk en het afsluiten van de uitvoerbaarheidsstudie naar de technische mogelijkheden van informatieverzameling per 31 december 1983 als afgesloten beschouwt, zou men 1984 als eerste jaar van de genoemde cyclus kunnen beschouwen. Bij de eerste voorbereiding van een dergelijk project dient men meer tijd uit te trekken voor het werven van praktijken en het trainen van codeurs en alle voorbereidende handelingen. 1984 zou geheel opgaan aan nadere concretisering van het project. We stellen voor om 1985 als eerste jaar te nemen

waarin het materiaal wordt verzameld, in de jaren 1986, 1987 en 1988 kunnen de gegevens worden geanalyseerd en nader onderzoek worden verricht. 1989 wordt besteed deels aan de voorbereiding van de volgende veldwerk-fase en voor de rest aan verdere analyse. Als men de bestanden rond 1988-1989 voor analyse door derden vrij geeft, kan er ook in de fase waarin nieuw materiaal wordt verzameld nadere studies verschijnen. Op deze wijze blijft er een continue serie rapporten en verslagen uit het project verschijnen en kan men bovendien van de ervaringen van verschillende onderzoekers gebruik maken bij de opzet van de volgende materiaalverzameling. Essentieel is dat men van tevoren vastlegt dat men voor aanvullende vragen bij de deelnemende artsen terug kan komen. Dit kan bijvoorbeeld aanvullende vragenlijsten betreffen op een bepaald deelgebied, maar ook, om iets heel anders te noemen, het opnemen van spreekuren op video-materiaal om het proces tussen hulpvraag en hulpaanbod in de praktijken nogeens nauwkeurig te bestuderen.

7.1. Beschrijving per project

Zoals gezegd bestaat het cluster vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk uit één groot project: de grootschalige praktijkstudie en een aantal deelstudies waarvoor tegelijkertijd het materiaal wordt verzameld. Ter voorbereiding van deze grootschalige en kostbare studie zijn inmiddels op het NHI de nodige werkzaamheden verricht. Zo is het project *Classificatie in de huisartspraktijk* gericht op het onderzoeken van de meest geschikte classificaties voor diagnoses en klachten enerzijds en handelingen van de huisarts anderzijds. Ook het continue *Peilstationsproject*, al sedert 1970 door het NHI in samenwerking met de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur uitgevoerd, kan men in zekere zin als een voorloper van de grote praktijkstudie beschouwen omdat bij de groep deelnemende artsen een enorme praktijkervaring in registratie-methodiek berust.

Achtereenvolgens zullen wij beschrijven de projecten :

HPR/VA 83.1. Classificatie in de huisartsenpraktijk.

HPR/VA 83.2. Peilstations.

HPR/VA 83.3. Informatieverwerking op grote schaal, en vervolgens

HPR/VA 84.1. Grootschalige praktijkstudie, gevolgd door een aantal deelstudies die vanaf 1985 zullen worden uitgevoerd:

HPR/VA 86.1. Relatie huisarts/fysiotherapeut.

HPR/VA 86.2. Voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk.

HPR/VA 86.3. Verwijzen op micro-niveau.

HPR/VA 86.4. t/m HPR/VA 86 .. : een aantal nog nader vast te stellen onderwerpen, die in de analyse van het materiaal van de praktijkstudie extra aandacht zullen krijgen.

HPR/VA 83.1: *classificatie in de huisartspraktijk*

Hoewel het classificatieproject dat in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut vanaf 1 januari 1980 is verricht buiten de plannen voor 1984 en 1985 valt, omdat het project per 31.12.'83 afloopt, moet men dit toch heel duidelijk zien als een voorbereiding van de praktijkstudie Vraag-Aanbod relaties in de huisartspraktijk. De eindrapportage van het Classificatieproject zal de volgende deelstudies bevatten:

Deel I - Voorstel voor een classificatie van niet-medische gegevens.

Deel II- Diagnose-classificatie in de huisartspraktijk: de haalbaarheid van het centraal coderen van diagnosen en problemen.

Deel III- Diagnose-classificatie in de huisartspraktijk: E-lijst en ICHPPC-2 vergeleken.

Deel IV- Naar een classificatie van interventies in de huisartspraktijk.

Deel V- Eindrapport van het Classificatieproject met een samenvatting van de deelrapporten en aanbevelingen en conclusies.

HPR/VA 83.2: *Peilstations*

De continue morbiditeitsregistratie Peilstations: een samenwerkingsproject tussen de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en het Nederlands Huisartsen Instituut gaat in 1984 zijn 15e jaar in. Hoe beperkt de mogelijkheden van het project ook zijn voor degenen die graag een overzicht zouden

willen hebben van het totaal aan ziekte en problemen in de huisartspraktijk, de continuïteit en de standvastigheid van de registrerende artsen en de telkens wisselende onderwerpen voorzien heel duidelijk in een behoefte aan concrete informatie uit de huisartsenpraktijk. De ook in het Engels vertaalde jaarverslagen van Peilstations vinden altijd gretig aftrek en er zal geen NHI-project zijn dat zo frequent en zo regelmatig in de buitenwereld wordt gebruikt en geciteerd. Toch zou overwogen moeten worden of dit netwerk van registrerende artsen niet, maar dan aangevuld met een aantal andere praktijken, eens in de 5 jaar gedurende een heel jaar een geheel andere registratie-methodiek gaat hanteren: het meedoen aan de grootschalige registratie van ziekte en handelingen in de huisartspraktijk. In de andere jaren van deze 5-jaar-cyclus kunnen de artsen zich dan weer via hun vertrouwde methode richten op specifieke problemen in de huisartspraktijk, zodat de continuïteit van deze waardevolle serie informatie niet nodeloos lang onderbroken wordt. Voor 1984 blijft even alles bij het oude. Geregistreerd zullen worden op de weekstaten van de peilstations:

Oude onderwerpen:

- influenza(achtig ziektebeeld)
- Cervixuitstrijkje
- Ziekte van Parkinson
- morning after pill
- Depressie
- Suïcide (poging)
- Hartinfarct

Nieuwe onderwerpen:

- Maligniteiten
- Letsels van stuur- en bewegingsapparaat
- Verwijzingen

Als speciale onderwerpen zijn voor 1984 aangekaart:

Incidentele onderwerpen:

- Euthanasie
- Spijtoptanten sterilisatie
(wellicht) -nazorg van uit inrichting ontslagen psychiatrische patiënten

HPR/VA 83.3: *Informatieverwerking op grote schaal*

Een van de belangrijkste redenen waarom een grootschalige praktijkstudie niet meer van de grond gekomen is, betreft de grote hoeveelheid te verwerken informatie. Stel dat men 150 praktijken gedurende een heel jaar lang alle contacten tussen huisarts en patiënt laat registreren, dan heeft men ongeveer te maken met 200 artsen die gemiddeld ongeveer 2500 patiënten hebben, die ook weer gemiddeld vier keer de huisarts bezoeken. Dat betekent 2 miljoen te registreren contacten. Per contact wordt meer dan één probleem vaak gepresenteerd. Wil men precies bekijken wat er met die problemen in de huisartsenpraktijk gebeurt dan zou men zo'n 3 miljoen klachten en problemen moeten registreren als basis van een gegevensbestand. Dat is punt 1: een enorm bestand aan gegevens.

Het tweede probleem zit in de controle en invoer van de gegevens. Een volledig geautomatiseerde gegevensverwerking is voorlopig een fictie. Men weet nooit hoe snel de techniek voortschrijdt, maar de eerste 5 jaar zal een dergelijke volledige automatische verwerking van gegevens nog niet te realiseren zijn. Het is bovendien de vraag of ooit de eisen die de huisarts zelf aan zijn informatie stelt, en de eisen die extern vanuit onderzoek en beleid eraan gesteld moeten worden op een bevredigende manier te combineren zijn. Als men kijkt naar de ziekenhuissector, dan ziet men dat het informatiesysteem van de Stichting Medische Registratie bedoeld vooral voor externe belangstellenden, geheel los wordt uitgevoerd van allerlei interne gegevensverzameling ten behoeve van de artsen en de managers van het ziekenhuis. Maar dat terzijde. Bij het onder project HPR/VA 83.1. genoemde voorstel voor een grootschalige praktijkstudie zal ook een paragraaf worden opgenomen over de informatieverzameling. Deze paragraaf zal zijn voorbereid door

een simulatiestudie naar de verwerking en het beheer van een zo grote hoeveelheid informatie.

HPR/VA 84.1: *Grootschalige praktijkstudie*

Als we ervan uitgaan dat de materiaalverzameling voor dit project in 1985 zal plaatsvinden, zal 1984 moeten worden besteed aan de concrete voorbereiding. Deze voorbereiding houdt het volgende in:

1. onderhandelingen over financiering van het project.
2. het werven van een voldoende aantal praktijken.
3. besprekingen met het project Peilstations om eens in de 5 jaar ook via dit project algemene informatie te verzamelen.
4. inhoudelijk voorbereiden van de registratie.
5. een proefonderzoek met registratie en informatieverwerving.
6. het aantrekken en trainen van codeurs.
7. het algemeen logistiek voorbereiden van de hele operatie.

Bovendien moeten in 1984 worden voorbereid:

8. het tellen van de praktijken, en
9. het organiseren van het verkrijgen van extra informatie van de patiënten.

HPR/VA 86.1: *Relatie huisarts/fysiotherapeut*

Een van de deelprojecten die worden opgenomen in de grootschalige praktijkstudie, is een studie naar de verwijzrelatie tussen huisarts en fysiotherapeut. In deze studie moet worden gezien:

1. op welke indicaties de huisarts fysiotherapie voorschrijft.
2. wat de voorkeuren van patiënten op dit gebied zijn.
3. wat er met de verschillende indicatie-stellingen gebeurt.
4. in welke mate de bovengenoemde 3 factoren afhankelijk zijn van de omvang van de fysiotherapeutische hulp ter plaatse en de bereikbaarheid van de fysiotherapie, alsmede van factoren die terug te voeren zijn op de wijze van praktijkvoeren van de huisarts.

HPR/VA 86.2: *Voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk*

De praktijkstudie 1984.1. biedt zeer uitvoerige gelegenheid om

het voorschrijven in de huisartsenpraktijk nogeens nauwkeurig te bestuderen; immers men weet van alle prescripties voor welke indicaties ze zijn uitgeschreven. Ook hier is het van belang om enerzijds de wensen van patiëntenzijde te onderzoeken, anderzijds de relatie tussen indicatie en prescriptie onderwerp van onderzoek te maken en dit alles te bezien vanuit een algemeen vraag/aanbod-perspectief waarin het gebruik van voorzieningen een functie is van wensen van consumentenzijde enerzijds en eigenschappen van leveranciers van zorg anderzijds. Zowel de studie HPR/VA 85.1 als HPR/VA 85.2 lenen zich voor extra onderzoek. Men zou in ieder geval de deelnemende huisartsen nader kunnen ondervragen over hun gewoonten op het gebied van verwijzen naar fysiotherapie en het voorschrijven van medicijnen.

HPR/VA 86.3: *Verwijzen op micro-niveau*

Als in 1985 het stelsel van verwijskaarten nog geldt (en als dit niet geldt, kan het project met enkele eenvoudige bewerkingen worden omgezet naar een studie op het gebied van consult- en behandelkaarten) dan biedt de praktijkstudie een unieke gelegenheid het verwijzen naar klinisch-specialisten volgens de regels der kunst te bestuderen. Immers, het aantal verwijzingen en de aard van de verwijzingen is per contact tussen huisarts en patiënt bekend. De indicatie op de verwijzing is bekend. Men zou alleen aanvullende informatie moeten verzamelen over de door de patiënt uitgesproken wens om verwezen te worden en achteraf het verloop van de verwijzing moeten proberen te achterhalen: is er een opname gevolgd; hoelang is de patiënt onder behandeling geweest bij de specialist, etcetera. Uiteraard dienen ook hier weer een aantal extra vragenlijsten te worden gemaakt die aan huisarts en patiënt worden voorgelegd.

HPR/VA 86.4

Analoog aan de hierboven geschetste projecten kan men tevoren nog een aantal zaken in de praktijkstudie opnemen. Te denken valt aan: zorg voor chronische patiënten; ziekenhuis-nazorg; laboratorium-gebruik in de huisartsenpraktijk of in zijn alge-

meenschap; het gebruik van diagnostische hulpmiddelen etc.etc..
In 1984 zal een uitputtende lijst met projecten en met voorstellen voor de realisatie daarvan moeten worden opgesteld.

7.2. Samenvatting

Het deelprogramma "Vraag-Aanbod relaties" bestaat in feite uit één groot project de Huisartspraktijkstudie. Deze studie wordt voorafgegaan door een aantal voorbereidende studies en gevolgd door een aantal deelonderzoeken:

HPR/VA 83.1. Classificatie in de huisartsenpraktijk

HPR/VA 83.2. Peilstations

HPR/VA 83.3. Informatieverwerking op grote schaal, en vervolgens

HPR/VA 84.1. Grootschalige praktijkstudie, gevolgd door een aantal deelstudies die vanaf 1985 zullen worden uitgevoerd:

HPR/VA 86.1. Relatie huisarts/fysiotherapeut

HPR/VA 86.2. Voorschrijfpatronen in de huisartspraktijk

HPR/VA 86.3. Verwijzen op micro-niveau

HPR/VA 86.4. t/m HPR/VA 86. : een aantal nog nader vast te stellen onderwerpen, die in de analyse van het materiaal van de praktijkstudie extra aandacht zullen krijgen.

Voor de uitvoering van het totale programma is nodig \pm 3,5 w.p. (+ ondersteunend personeel; + eens per 5 jaar veel geld voor materiaalverzameling).

8. VRAAG-AANBOD RELATIES IN DE HUISARTSPRAKTIJK NADER BEKEKEN: DE VIDEOTHEEK*

In de loop der jaren is een uitgebreid bestand van op video vastgelegde huisartsenconsulten verzameld. Deze videotheek dient als database voor een serie korte onderzoeken, waarvan de vraagstelling zich met behulp van dergelijk secundair materiaal laat behandelen. Ze telt ongeveer 3000 consulten, afkomstig van ongeveer 60 huisartsen. Dit bestand is zodanig opgebouwd dat het ons in staat stelt generaliseerbare uitspraken te doen over consultkenmerken met betrekking tot klachtenaanbod, verstrekkingen en werkbelasting van de arts. Dergelijke gegevens welke anders slechts met behulp van intensieve praktijkobservaties verzameld kunnen worden, zijn binnen de videotheek reeds beschikbaar of relatief snel te verzamelen. Teneinde deze database als gemakkelijk toegankelijke bron van gegevens in stand te houden, zullen regelmatig nieuwe variabelen moeten worden "toegevoegd": dat wil zeggen, men zal op gezette tijden het bestand moeten observeren om nieuwe variabelen te meten, die men in de nabije toekomst denkt nodig te hebben. Bovendien zullen de consulten niet mogen "verouderen". Een serie opnamen zal na een jaar of tien voor sommige onderzoeksvragen haar geldigheid gaan verliezen, omdat ze in bepaalde opzichten niet meer representatief zal zijn voor het functioneren van de huisarts.

Het bijhouden van de videotheek is een zaak die voortdurend aandacht blijft vragen, zij het dat deze inspanning relatief gering is vergeleken bij het rendement dat ze oplevert.

Daarnaast - en dit is het doel van de videotheek - zullen jaarlijks korte onderzoekingen gedaan worden, die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze op beleidsgerichte onderzoeksvragen betrekking hebben en met behulp van het beschikbare materiaal beantwoordbaar zijn.

De videotheek verschaft informatie over het klachtenaanbod in de huisartsenpraktijk, zoals dat door patiënten geformuleerd wordt, op de handelingen die de arts verricht tijdens het consult, over de hoeveelheid tijd die de verschillende consulten in beslag nemen, over de diverse

* In de nota "Waarom video-onderzoek bij het Nederlands Huisartsen Instituut?" wordt uitgebreider op de achtergronden en mogelijkheden van de videotheek ingegaan.

settings waarbinnen artsen werkzaam kunnen zijn (de videotheek telt zowel opna
van solo-artsten als van artsten in gezondheidscentra), etcetera.

Belangrijke thema's die met dergelijk materiaal onderzocht kunnen worden zijn tijdsbesteding van artsten in verschillende omstandigheden, vergelijking van werkwijze in verschillende settings, het optreden van substitutie-effecten binnen het huisartsten handelen (als een arts meer praat, schrijft hij dan minder psychofarmaca voor ?) en kwaliteit van handelen. Daarnaast biedt de videotheek een schat aan materiaal om nieuwe meetinstrumenten te testen. Dit geschiedde in het verleden ten behoeve van meetinstrumentenontwikkeling voor "methodisch" werken, en zal bijvoorbeeld in de nabije toekomst nodig zijn ten behoeve van "*patiënten-voorlichting*".

De volgende projecten zijn de komende jaren binnen de videotheek gepland (daarnaast zal ruimte worden gereserveerd voor de beantwoording van actuele beleidsvragen):

VID/HP 83.1: *Videotheek: uitbouw register*

Het bestaande register van de videotheek heeft betrekking op oude videobestanden waarin de consulten, afkomstig van het project "Interdoktervariantie", nog niet zijn opgenomen. Bijwerking hiervan zal ongeveer vier maanden in beslag nemen (met ingang van 01.11."83). Hierbij zal meteen een aantal nieuwe standaardgegevens, die met name gericht zijn op de verrichtingen van de huisarts (het hulpaanbod), worden opgenomen. Dit gebeurt mede op basis van de resultaten van het project "Classificatie en Registratie in de huisartstenpraktijk". Het scoren van deze nieuwe standaardgegevens bij het al eerder gescoorde deel van de videotheek zal naar schatting nogmaals drie maanden vergen. We verwachten dat zonder vertraging het vernieuwde register van de gehele videotheek in juni 1984 klaar zal zijn.

VID7HP 83.2: *Psychosociale problemen in de eerste lijn*

De Hoofdafdeling Geestelijke Gezondheidszorg van het ministerie van WVC heeft het NHI verzocht een bijdrage te willen leveren in de voorbereiding van een door het departement uit te brengen beleidsnota over de Geestelijke Gezondheidszorg. De NHI-bijdrage zou gericht moeten zijn

op de psychosociale problemen die in de eerste lijn worden aangeboden en over de relatie tussen de eerste lijn en de geestelijke gezondheidszorg. Gegevens over de psychosociale problemen die aan de huisarts worden gepresenteerd, worden geput uit de videotheek. Gebruik wordt gemaakt van de "Reason for Encounter Classification" die in 1983 in de videotheek is geïntroduceerd. Er zal een analyse worden gemaakt van de relatie tussen (psychosociale) problemen, zoals vastgelegd met behulp van de RFE-classificatie en de tijdsbelasting van de huisarts. De resultaten zullen in een afzonderlijke nota worden gepubliceerd.

VID/HP 84.1: *Videotheek: onderzoek tijdsinvestering*

Voortbouwend op de resultaten van het hierboven beschreven project zal - in meer algemene zin - worden onderzocht wat de relatie is tussen klachtenaanbod, patiëntenkenmerken en specifieke huisartsenbehandelingen enerzijds en zijn workload anderzijds.

Nagegaan wordt in hoeverre bepaalde soorten patiënten, bepaalde type klachten, of bepaalde verrichtingen systematisch meer tijd vergen van de huisarts dan andere. Dit onderzoek wordt in de eerste helft van 1984 uitgevoerd. Dit project is bedoeld als een pilot-study naar bewerkelijkheidsfactoren in de beleidsvoorbereiding van een gedifferentieerd honorarium van de huisarts.

VID/HP 85.1: *Videotheek: vergelijking gezondheidscentra, groepspraktijken, solisten*

Wanneer de in het project "Videotheek: uitbouw register" aangekondigde standaardgegevens over de verrichtingen van de huisarts zullen zijn opgenomen, is het mogelijk een onderzoek te doen naar verschillen in de hulpvraag, het hulpaanbod en het hulpverleningsproces bij huisartsen in gezondheidscentra, groepspraktijken en solisten. Van deze drie groepen huisartsen zijn in beginsel voldoende huisartsen in de videotheek vertegenwoordigd. Deze studie kan dienen als pilot-studie voor een

gelijknamige studie in het kader van de grote praktijkstudie die beschreven is in het deelprogramma "Vraag-aanbod relaties in de huisartsenpraktijk".

8.1. Samenvatting

In het deelprogramma: vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk nader bekeken de videotheek, is een aantal beleidsrelevante projecten opgenomen op basis van de bestaande videotheek. Daarnaast wordt ruimte geschapen voor de beantwoording van actuele beleidsvragen. Evenals bij de andere registratiesystemen worden de projecten onderscheiden naar 'registratieactiviteiten' en 'onderzoeksactiviteiten'.

VID/HP 83.1: videotheek: uitbouw register

VID/HP 83.2: psychosociale problemen in de eerste lijn

VID/HP 84.1: videotheek: onderzoek tijdsonvestering

VID/HP 85.1: videotheek: vergelijking gezondheidscentra, groepspraktijken en solisten

(EKH/HP 84.1): vergelijking experimenten op het gebied van de GGZ (zie pag. 64)

(EKH/HP 84.3): effectmeting patiëntenvoorlichting-instrumentenontwikkeling (zie pag. 65)

(HVP/HP 83.1): wisselende gespreksmodellen-varianties in de arts-patiënt communicatie (zie pag. 60)

(HVP/HP 83.2): interdoktervariantie bij psychosociale problematiek (zie pag. 61)

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig: ± 1 wp + ondersteunend personeel.

9. TUSSEN VRAAG EN AANBOD: HET HULPVERLENINGSPROCES

Het NHI kent een lange traditie op het terrein van onderzoek naar de psychosociale hulpverlening van de huisarts. In 1983 is dit thema verbreed naar de meer algemene vraag hoe de transformatie van hulpvraag naar hulp-aanbod verloopt. Deze ontwikkeling is gebaseerd op het feit dat de huisarts (als generalist) geconfronteerd wordt met een ongedifferentieerd klachtenaanbod. Eén van de belangrijkste opgaven waar de huisarts voor wordt gesteld is het schiften, differentiëren en kanaliseren van dit in beginsel ongedifferentieerde klachtenaanbod. Hij moet dit doen tegen de achtergrond dat hij (in het kader van de integrale zorg) zowel aandacht zal moeten schenken aan de somatische, de psychische als de sociale aspecten van de hulpverlening. Hij moet dit doen in het licht van zijn poortwachtersfunctie voor de andere sectoren van de gezondheidszorg: voor de somatische gezondheidszorg en -sinds de nieuwe regelingen rond de AGGZ van kracht zijn- ook voor de geestelijke gezondheidszorg.

Dit deelprogramma richt zich op de vraag hoe het proces van schiften, differentiëren en kanaliseren van het klachtenaanbod verloopt. In een aantal deelprojecten wordt steeds op één aspect daarvan ingegaan.

In een eerste deelproject wordt nagegaan in hoeverre het begrip integrale hulpverlening een eenduidig begrip is, dan wel verwijst naar verschillende gedragsstijlen die naast elkaar, soms zelfs binnen één consult kunnen voorkomen. In dit project wordt nagegaan in hoeverre de keuze van de gedragsstijl door de arts bepaald wordt door karakteristieken van klacht en patiënt.

Een tweede deelproject spitst zich toe op de enorme verschillen die tussen artsen gevonden worden in het waarnemen en behandelen van psychosociale problematiek. In dit project wordt nagegaan in hoeverre deze verschillen zijn terug te voeren op arts- en praktijkkenmerken als taakopvatting, attitude, gespreksstijl, praktijkorganisatie, praktijkgrootte, praktijklocatie, etcetera.

Bij een derde deelproject is de focus op de patiënt gericht. Uitgangspunt in dit onderzoek is dat het hulpverleningsproces geen strikt rationeel gebeuren is, maar dat allerlei subjectieve interpretatieprocessen (etikettering en dergelijke) een belangrijke rol spelen. Het begrip probleempatiënt ontleent onder andere hier zijn oorsprong aan. In dit laatste deelproject wordt nagegaan hoe precies zo'n etiket "probleempatiënt" tot stand komt

en wat de consequenties zijn van een dergelijk etiket voor de verdere behandeling van deze patiënt.

Dergelijk onderzoek naar de feitelijke transacties die plaatsvinden tussen hulpvrager en hulpverlener vormen een noodzakelijke aanvulling op de vraag-aanbod-studies die op basis van registratiegegevens geschieden. De planning voor de deelprojecten is als volgt:

HVP/HP 83.1: *Wisselende gespreksmodellen: variaties in de arts-patiënt-communicatie*

De centrale vraagstelling van dit onderzoeksproject: wat is de invloed van de patiënt en de klacht op de handelwijze van de huisarts, met name op de keuze van het gespreksmodel dat hij hanteert?

Evenals het vorige project ontleent dit project zijn relevantie aan het feit dat één van de primaire functies van de huisarts de zeeffunctie is: de schifting en kanalisering van een in principe ongedifferentieerd klachtenaanbod, en aan het feit dat verschillende typen klachten om verschillende benaderingswijzen vragen.

In 1983 is gewerkt aan de instrumentenontwikkeling van een klachtenclassificatie (The Reason for Encounter Classification). De resultaten hiervan zijn gepresenteerd tijdens de tiende WONCA World Conferentie in Singapore. In 1984 zal een literatuurstudie worden gedaan naar de operationalisatie van het begrip integrale hulpverlening. Nagegaan wordt in hoeverre dit begrip inderdaad verwijst naar een eenduidige wijze van handelen of dat er eerder sprake is van een tweesporenbeleid, waarin verschillende hulpverleningsmodellen (het somatisch model en het psychosociaal model) na elkaar en naast elkaar kunnen voorkomen (zoals op grond van een eerder NHI-onderzoek mag worden aangenomen).

Parallel daaraan vindt een empirische studie plaats naar de verschillen tussen somatische en psychosociale gespreksfragmenten, waarbij met name gelet wordt op verschillen in de gespreksstijl van de huisarts. Daarna (1985) zal worden nagegaan welke vraagfactoren van invloed zijn op de keuze van de gedragsstijl van de huisarts. Hierbij zal met name de invloed worden bestudeerd van karakteristieken van de patiënt, zoals leeftijd en geslacht en de

karakteristieken van de klacht (zoals gemeten met behulp van het RFE-classificatiesysteem) en de appreciatie van de klacht door de huisarts (op de dimensies somatisch-psycho-sociaal en niet-ernstig - ernstig).

Er moet enig voorbehoud gemaakt worden ten aanzien van de haalbaarheid van deze planning, aangezien dit onderzoeksproject wordt uitgevoerd door het hoofd van de afdeling, voor wie het verrichten van onderzoek een rest-post is, zeker gezien de situatie van reorganisatie waarin het NHI zich momenteel bevindt.

HVP/HP 83.2: *Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek*

Dit door het Praeventiefonds gesubsidieerde project zal in 1984 zijn tweede jaar ingaan. Dit jaar zal voornamelijk besteed worden aan observatie van de consulten en analyse van de arts-patiënt-interactie. De nadruk zal hierbij liggen op de vraag in hoeverre de in de consulten geobserveerde gedragsstijl een artskenmerk is en in hoeverre dit artskenmerk verantwoordelijk gesteld kan worden voor verschillende probleemdefinities. Voorts zal gepubliceerd worden over de gevonden verschillen tussen artsen wat betreft hun opvattingen over psychosociale hulpverlening.

De periode augustus '84 - juni '85 is uitgetrokken voor de definitieve analyse, waarbij onderzocht wordt wat het effect is van artseigenschappen op patiëntverwachtingen, gesprekstijl en probleemdefinitie en behandeling.

HVP/HP 83.3: *Probleempatiënt: een blijvend etiket ?*

Het in 1982 afgesloten project "Probleempatiënten in de huisartspraktijk" bevat een aanzienlijke hoeveelheid gedetailleerde (en nog niet gepubliceerde) informatie over de gronden waarop huisartsen bepaalde patiënten als probleempatiënt etiketteren. Doordat gegevens over een langere periode verzameld zijn, is het ook bekend welke patiënten aan het einde van dit project nog steeds als probleempatiënt worden beschouwd en welke patiënten dit etiket zijn kwijtgeraakt.

Een nadere analyse van de kenmerken, klachten (gemeten volgens de RFE) en het consumptiepatroon van de verschillende groepen patiënten, vergeleken met een controlegroep, die van het begin af aan niet als probleempatiënt werd gezien kan waardevolle inzichten opleveren in de wijze waarop huisartsen omgaan met deze groep patiënten aan wie zij een groot deel van hun dagelijks werk besteden.

9.1. Samenvatting

In dit deelprogramma wordt een aantal onderzoeken uitgevoerd naar de wijze waarop de hulpvraag in de huisartsenpraktijk wordt getransformeerd tot een bepaald hulpaanbod.

De projecten zijn:

HVP/HP 83.1: Wisselende gespreksmodellen: variaties in de arts-patiënt communicatie

HVP/HP 83.2: Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek

HVP/HP 83.3: Probleempatiënt: een blijvend etiket?

De drie genoemde projecten zullen alle worden afgesloten met een dissertatie. Met het verschijnen van deze dissertaties zal het onderzoek rond dit thema worden afgerond. De verworven kennis zal enerzijds ten nutte worden gemaakt bij de bestudering van effecten van diverse experimenten (zie het deelprogramma "Effectmeting en kwaliteit van handelen") en anderzijds bij de bestudering van hulpverleningsprocessen in andere beroepsgroepen.

Tot slot zal de verworven kennis en ervaring op een meer continue wijze produktief kunnen worden gemaakt - de beleidsgerichte onderzoeksprojecten van de videotheek.

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig + 1 wp (+ ondersteunend personeel).

10. EFFECTMETING EN KWALITEIT VAN HANDELEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

Onderzoek binnen dit deelprogramma is gericht op het aantonen van effecten die bepaalde maatregelen op het functioneren van hulpverleners en de door hen geleverde zorg hebben.

Deze maatregelen kunnen een experimentele ingreep in de hulpverleningsstructuur betreffen (wat gebeurt er wanneer men psychologen in de eerstelijns inschakelt?), of een leerproces dat de hulpverlener ondergaat (wat voor effect heeft een bepaalde vorm van nascholing?).

De onderzoeken die binnen dit deelprogramma worden voorgesteld hebben alle gemeen, dat het functioneren van de hulpverlener in zijn contact met de hulpvrager als te beïnvloeden variabele wordt gezien; in tweede instantie wordt onderzocht in hoeverre een verandering in functioneren leidt tot een andere uitkomst van het contact tussen hulpvrager en hulpverlener.

De maatregelen, het "functioneren" en de uitkomsten welke in aanmerking komen om binnen dit cluster bij onderzoek betrokken te worden, laten zich afleiden uit de algemene karakterisering van het onderzoek dat door het NHI wordt verricht. Er is sprake van toegepast, sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Dat wil zeggen dat die experimenten en veranderingsmethoden voor evaluatie in aanmerking komen, die momenteel binnen de eerstelijnsgezondheidszorg actueel zijn en waarover vaak nog weinig kennis bestaat.

We zullen in de uitwerking de training Methodisch Werken tegenkomen, waarbij een algemene methode van hulpverlening wordt bijgebracht welke in principe toepasbaar is op iedere discipline welke met ongedifferentieerde hulpvragen geconfronteerd wordt. Momenteel hebben ongeveer 500 huisartsen met deze methode kennis gemaakt, en zullen jaarlijks grote aantallen hulpverleners - waaronder in toenemende mate niet-huisartsen - dergelijke nascholing volgen, zodat het meten van het effect alleszins gerechtvaardigd is.

Onderlinge toetsing wordt momenteel landelijk ingevoerd als een steeds terugkerende routine bij huisartsen. We willen de komende jaren onderzoeken in hoeverre men erin slaagt de doelen die men daarmee voor ogen heeft te realiseren.

Een derde onderwerp dat zich reeds langere tijd in de belangstelling van de beleidsmakers mag verheugen is de mondigheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Pogingen om deze middels patiëntenvoorlichting en andere GVO-activiteiten binnen de huisartsenpraktijk te onderzoeken, zijn nog schaars en zelden op hun effect onderzocht.

De hier ontwikkelde plannen vormen een voortzetting van een traditie die binnen het NHI al de nodige effectstudies heeft opgeleverd. Verschillende onderwerpen bevinden zich dan ook in verschillende ontwikkelingsstadia. Als erfenis van een reeks studies naar verschillende experimentele invloeden op de arts-patiënt-communicatie ligt er nog materiaal te wachten op een definitieve afronding.

Aangaande het thema Methodisch Werken is reeds uitgebreid studie gemaakt van het onderwerp, zijn er meetinstrumenten ontwikkeld en gevalideerd en ligt er momenteel een onderzoeksvorstel ter subsidie bij het Praeventiefonds.

De onderwerpen Patiëntvoorlichting en Onderlinge Toetsing verkeren daarentegen in een veel eerder stadium: ten aanzien van patiëntenvoorlichting is binnen het NHI weliswaar het één en ander bekend, maar dienen meetinstrumenten ontwikkeld te worden alvorens sprake kan zijn van effectonderzoek. Van onderlinge toetsing tenslotte zijn zelfs de doelstellingen van deelnemende artsen nog niet geëxpliceerd. Hierover zal eerst kennis vergaard moeten worden, alvorens effecten te kunnen meten. Het moge daarom duidelijk zijn dat in de planning de verschillende projecten in verschillende faseringen gepland moeten worden.

In concreto onderscheiden we binnen dit deelprogramma de volgende projecten:

EKH/HP 84.1: *Vergelijking experimenten op het gebied van de GGZ*

Op diverse wijzen is de afgelopen jaren de arts-patiënt-interactie beïnvloed en is vervolgens het effect daarvan middels vergelijking van voor- en nametingen gemeten. Over de drie afzonderlijke experimenten: inschakeling van een psycholoog in de eerste lijn, consultatie door een psycho-sociaal team, en een training in gespreksvoering is gerapporteerd. De verschillende bestanden zijn herbewerkt, zodat onderlinge vergelijking op een aantal punten mogelijk is. Hierover zal het komend jaar gerapporteerd worden.

EKH/HP 84.2: *Effectmeting methodisch werken*

De afgelopen jaren is het begrip "methodisch werken" geoperationaliseerd met behulp van onderzoeksmateriaal uit de videotheek. Op basis hiervan kon een onderzoeksvraag worden ingediend, om aan de hand van onder meer deze protocollen voor- en nametingen te gaan verrichten bij artsen die een dergelijke cursus gaan volgen.

In het najaar 1983 zal overlegd worden met de trainers of een voormeting bij de najaarsgroep 1983 als pilot study mogelijk is. Indien dit najaar positief beschikt wordt over subsidietoekenning zal vanaf januari 1984 materiaal verzameld worden ten behoeve van de voormeting van het onderzoek. In dit (effect)onderzoek staat de vraag centraal: heeft het volgen van de cursus methodisch werken effect in de zin dat het gedrag van de arts "methodischer" wordt? Zo ja, heeft deze gedragswijze effect op de patiënt in de zin dat informatie beter overkomt, voorschriften beter worden opgevolgd en de patiënt tevredener is?

De nametingen worden vanaf januari 1985 gedaan.

EKH/HP 84.3: *Effectmeting patiëntenvoorlichting*

Alvorens een effectenonderzoek naar patiëntenvoorlichting te kunnen uitvoeren, dient eerst enig voorwerk te worden gedaan. Enerzijds zal het begrip op een zodanige wijze geoperationaaliseerd moeten worden dat het onderzoekbaar wordt. Dit kan in 1984 binnen de videotheek aan de hand van bestaande consulten geschieden.

Ook omtrent de experimentele ingreep om patiëntenvoorlichting beter te laten verlopen, bestaat nog onduidelijkheid. Hiertoe zullen modellen ontwikkeld moeten worden. Naar het zich laat aanzien zal dit gebeuren door de afdeling Ontwikkeling en Ondersteuning van het NHI. Het experiment kan in 1985 uitgevoerd worden, waarbij door de onderzoeksafdelingen de metingen bij artsen en patiënten en de analyse van de resultaten uitgevoerd worden.

EKH/HP 84.4: *Effectmeting toetsing*

Op twee plaatsen in Nederland wordt momenteel de onderlinge toetsing voor huisartsen uitgevoerd: aan het NUHI geschiedt dit aan de hand van protocollen welke tevoren door het instituut zijn opgesteld. Criteria voor een aantal onderwerpen liggen daar vast, hetgeen in principe effectstudie mogelijk maakt. Dit zal ook in het kader van het NUHI-project gebeuren. Het NHI voert binnen het huidige toetsingsproject een beleid

dat van de wensen van de deelnemende artsen uitgaat. Dit impliceert onder meer dat de toetsingsgroepen zelf op een vroeg moment in het hele proces tot het opstellen van doelstellingen komen. Deze kunnen van groep tot groep verschillen. Deze situatie vertoont meer gelijkenis met de situatie waarin toetsing een algemeen voorkomend verschijnsel in Nederland zal zijn geworden, maar leent zich (nog) niet voor effectonderzoek. Veel relevanter is in eerste instantie de vraag welke doelstellingen artsen willen bereiken, wanneer ze als "toetsingsgroep" gaan fungeren.

Onderzoek zou zich de eerste jaren moeten richten op het inventariseren van doelstellingen, voordat men zich in een "toetsingsgroep" begeeft, de invloed die het groepsproces heeft op het bijstellen van deze doelstellingen en de mate waarin doelstellingen uiteindelijk bereikt worden.

In tweede instantie zal gewerkt worden aan de operationalisatie van relevante begrippen, constructie van meetinstrumenten en validering daarvan.

Vervolgens (1986 en verder) zal effectonderzoek naar toetsing uitgevoerd kunnen worden.

10.1. Samenvatting

In dit deelprogramma is een aantal (sociaal-wetenschappelijke) effectstudies naar diverse experimentele ingrepen opgenomen. We noemen:

EKH/HP 84.1: Vergelijking experimenten op het gebied van de GGZ

EKH/HP 84.2: Effectmeting methodisch werken

EKH/HP 84.3: Effectmeting patiëntenvoorlichting

EKH/HP 84.4: Effectmeting toetsing

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig \pm 2 wp (+ ondersteunend personeel)

11. DE FYSIOTHERAPIE IN DE ELGZ

De beroepsgroep der fysiotherapeuten en de plaats van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg vormen de thema's van een cluster van met elkaar samenhangende onderzoekingen. Voor het beleid op het gebied van de (eerstelijnsgezondheids)zorg zijn deze onderzoekingen om verschillende redenen van belang. De belangrijkste reden is het gebrek aan gegevens omtrent fysiotherapie. Niet alleen is het totaal aantal fysiotherapeuten dat ons land telt slechts bij benadering bekend, ook van het aantal van hen dat actief is in de eerstelijnsgezondheidszorg bestaan slechts grove schattingen (vergelijk Van Brunschot, 1981 en de Financiële Overzichten van de Gezondheidszorg).

De vraag met wat voor soort klachten patiënten bij een fysiotherapeut komen of bij welke diagnose huisartsen hun patiënten verwijzen naar een fysiotherapeut, wordt incidenteel door onderzoekers gesteld (bijvoorbeeld Kerkhof, 198 ; Crebolder, 1983; Bartels en Scheepmaker, 1983).

Landelijk onderzoek naar dit soort vragen is nog niet uitgevoerd. De vraag hoe het aanbod en de vraag naar fysiotherapeutische hulp op elkaar ingrijpen is zelfs nog niet gesteld.

Een tweede belangrijke reden om onderzoek te doen op dit terrein is de onduidelijkheid van de plaats van de fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg. We zijn gewend om - denkend vanuit de relatief heldere indeling van de zorg die door artsen geleverd wordt - de indeling in echelons te hanteren. Bij de fysiotherapie loopt men dan al snel vast. Wat gewoonlijk als eerstelijnsfysiotherapie aangeduid wordt, mist één van de kenmerken van dit eerste echelon, namelijk de directe toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten. Daarnaast krijgen zelfstandig gevestigde fysiotherapeutenpraktijken niet alleen patiënten aangeleverd door huisartsen, maar ook door specialisten.

Een derde reden om een onderzoeksprogramma te formuleren omtrent fysiotherapie is dat de beroepsgroep der fysiotherapeuten de omvangrijkste en snelst groeiende paramedische groep is. Fysiotherapeuten zijn ook - na de drie kerndisciplines van de eerstelijns: huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijke werkende - het vaakst vertegenwoordigd in eerstelijnssteams zoals gezondheidscentra.

Het onderzoeksprogramma is geranschikt naar vier thema's: de aanbodzijde, de vraagzijde, de vraag-aanbod relaties en de financiering en regulering.

11.1. De aanbodzijde

In het onderzoek naar de aanbodzijde van de gezondheidszorg staat de analyse van het spreidingspatroon van hulpverleners centraal. Het spreidingspatroon vormt de ruimtelijke neerslag van de dynamiek van een beroepsgroep. Deze dynamiek bestaat uit de vestigingen van nieuwe hulpverleners, de migratie van hulpverleners en het verlaten van de actieve beroepsgroep. Het onderzoek op dit terrein is uitgebreider beschreven in de inleiding van het cluster onderzoekingen rond de spreiding van hulpverleners. Voor de fysiotherapie geldt dat de basisgegevens om dit soort analyses uit te voeren ontbreken. Het eerste project betreft dan ook:

FYS/MW 84.1: *Een registratiesysteem van menskracht in de fysiotherapie*

In 1982 is een subsidieverzoek ingediend bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om de opzet van een registratiesysteem mogelijk te maken. Behoudens enkele procedurele zaken is het Ministerie accoord gegaan met dit verzoek. Naar verwachting zal de Registratie van fysiotherapeuten in 1984 kunnen beginnen.

Bij de opzet van het registratiesysteem wordt een onderscheid gemaakt tussen een systeem van alle werkzame fysiotherapeuten en een systeem van aanstaande fysiotherapeuten.

Doel van het eerste is:

- a. het samenstellen van cijfermatige overzichten van opbouw en samenstelling van de actieve beroepsgroep, van het aantal nieuwe beroepsbeoefenaren, het aantal vertrekkende beroepsbeoefenaren en van de spreiding over ons land;
- b. de basisgegevens te leveren voor nadere analyses van het spreidingspatroon van de fysiotherapeutische zorg en voor analyses van aanbod en vraag naar fysiotherapeutische zorg;
- c. het beschikken van gegevens over de totale populatie fysiotherapeuten om steekproeven te kunnen trekken ten behoeve van nader onderzoek.

Het hoofddoel van het bijhouden van een systeem van aanstaande fysiotherapeuten is gegevens te verkrijgen over de beroepsparticipatie van fysiotherapeuten, dat wil zeggen: de vraag te kunnen beantwoorden hoeveel van degenen die een opleiding tot fysiotherapeut gaan volgen ook tot de actieve beroepsgroep

gaan behoren. Voor menskrachtplanning in de gezondheidszorg zijn dit onmisbare gegevens.

De methoden die gehanteerd worden om het registratiesysteem op te zetten zijn: de vergelijking van bestaande gegevensbestanden, verificatie en uitbreiding van de resultaten van de vergelijking door telefonische en schriftelijke enquêtering van groepen fysiotherapeuten, zoals de groep die de opleiding voltooid heeft maar nog niet werkzaam is.

In de opzet zoals die in het genoemde voorstel is uitgewerkt, wordt uitgegaan van een eerste fase van drie jaar, waarna vastgesteld wordt of met de gehanteerde methoden voldoende en betrouwbaar materiaal is verzameld. Als dat niet het geval is zal de opzet van het systeem aangepast moeten worden.

FYS/MV 84.2: *De geografische spreiding van het aanbod aan fysiotherapeutische zorg*

Wanneer het registratiesysteem eenmaal draaiende is kan een eerste analyse gemaakt worden van de geografische spreiding van het aanbod aan fysiotherapeutische zorg. We beperken ons daarbij tot de ambulante fysiotherapeutische zorg, dat wil zeggen de zorg die gegeven wordt vanuit de praktijken van fysiotherapeuten en vanuit de poliklinieken van ziekenhuizen en verpleeghuizen.

De vraagstelling is tweeledig: enerzijds hoe is het spreidingspatroon en anderzijds hoe kunnen geografische verschillen verklaard worden. Bij de beantwoording van de tweede vraag moet met drie zaken rekening gehouden worden:

1. het spreidingspatroon is voor een deel tot stand gekomen in een tijd dat vestiging als fysiotherapeut nog vrij was, maar anders dan bij de rechtstreeks toegankelijke hulpverleners wordt het spreidingspatroon ook beïnvloed door de opstelling van verwijzende hulpverleners;
2. het aanbod aan fysiotherapeutische hulp wordt niet alleen door vrij-gevestigde hulpverleners bepaald, maar ook door hulpverleners die vanuit instellingen werken;
3. tegen de tijd dat de analyses uitgevoerd worden, zal waarschijnlijk een uitgebreider vestigingsbeleid van kracht zijn in het kader van de WVG (op dit moment beperkt het

vestigingsbeleid zich tot de ziekenfondssector). Het onderzoek wordt uitgevoerd door de cijfers die het registratiesysteem oplevert, te koppelen aan het bestand van regiokenmerken, dat in de loop der jaren ten behoeve van het spreidingsonderzoek opgebouwd is. De duur van het onderzoek zal ongeveer twee jaar zijn.

11.2. De vraagzijde

Onderzoek over de vraagzijde van de gezondheidszorg houdt zich bezig met de vraag waarom mensen met bepaalde klachten professionele hulp inroepen. Bij de fysiotherapie gaat het inroepen van hulp via een tussenstap: de verwijzende arts. De vraag waarom mensen naar een fysiotherapeut gaan wordt dus voor een deel beantwoord met: ze zijn er door een arts heen gestuurd. Met andere woorden: het initiatief tot het contact met de fysiotherapeut wordt vooral door andere hulpverleners genomen. Echter, net zo goed als een patiënt in een consult met de huisarts het initiatief kan nemen om een verwijskaart voor de specialist te krijgen (vergelijk één van de deelvragen van het onderzoeksproject "Ziekenhuis op nieuw land"), kan de patiënt het initiatief nemen om een verwijzing naar de fysiotherapeut te verkrijgen. Dit aspect van de vraagzijde wordt onderzocht in het project "*Verwijzingen van de huisarts naar de fysiotherapeut*" (zie het deelprogramma "Vraag-aanbod relaties in de huisartspraktijk"). Een ander aspect van de vraagzijde voor fysiotherapeutische zorg dat van belang is voor de constructie van modellen vraag en aanbod is een beschrijving van de algemene kenmerken van de patiënten die gebruik maken van de zorg van de fysiotherapeut.

FYS/VA 84.3: *Algemene kenmerken van patiënten van fysiotherapeuten*

De vraagstelling van dit verkennende onderzoek is heel eenvoudig: hoe is de samenstelling naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm van de patiënten die door fysiotherapeuten behandeld worden. We beschikken over twee gegevensbestanden om deze vraag te beantwoorden. Het eerste is verzameld in het kader van een studie door twee studenten van de SUPA. In dit onderzoek werden gegevens verzameld in twee vrijgevestigde fysiotherapeutenpraktijken, twee poliklinieken van verpleeghuizen en twee poliklinieken van ziekenhuizen. De kenmerken van patiënten die een

beroep doen op fysiotherapeuten konden vergeleken worden met de samenstelling van de totale bevolking van de stad waar de praktijken gevestigd waren. Deze analyses zijn reeds uitgevoerd.

Het andere gegevensbestand betreft alle machtigingen die gedurende een jaar zijn aangevraagd bij een klein regionaal ziekenfonds.

In dit geval kan de samenstelling van de groep gebruikers van fysiotherapeutische hulp gerelateerd worden aan de samenstelling van ziekenfondspraktijk van de huisartsen. Deze analyses zullen begin 1984 uitgevoerd worden.

In de komende tijd zal getracht worden ook van enkele andere ziekenfondsen overeenkomstige gegevens te verkrijgen, zodat dan een algemener beeld kan worden geschetst.

Dezelfde gegevensbestanden kunnen ook vanuit een andere invalshoek geanalyseerd worden:

FYS/HP 84.4: *De aard van het klachtenaanbod in de fysiotherapiepraktijk*

Ook hier geldt: idealiter zou men kijken naar het klachtenaanbod in de huisartspraktijk en naar het deel daarvan dat verwezen wordt naar de fysiotherapeut.

Het is echter mogelijk om - voordat een grote studie naar vraag en aanbodrelaties in een aantal huisartsenpraktijken van start gaat - met bestaande gegevens een aantal verkennende analyses uit te voeren.

De vraag die daarmee beantwoord kan worden luidt: met welke diagnose of indicatie komen patiënten bij een fysiotherapeut. Een vraag die steeds vaker gesteld wordt is wat het aandeel van functionele of psychosociale klachten is in het totale klachtenaanbod van de fysiotherapeut. Dit is op basis van de nu beschikbare gegevens moeilijk te schatten. Een verkennende studie naar deze vraag zou mogelijk zijn, indien een ziekenfonds bereid gevonden wordt op het machtigingsformulier dat de huisartsen invullen door patiënten die zij naar een fysiotherapeut verwijzen, een vraag hierover op te nemen. Wanneer dit niet of niet op korte termijn te realiseren is, zal materiaalverzameling zelf ter hand genomen moeten worden.

11.3. Vraag-aanbod relaties in de fysiotherapie

FYS/VA 85.1: *Vraag-aanbod relaties in de fysiotherapie*

Op basis van het eerder genoemde gegevensbestand van een regionaal ziekenfonds, gecombineerd met gegevens over de locatie en omvang qua menskracht van de fysiotherapeutische praktijken in het betreffende gebied kan een proefmodel van vraag en aanbod van fysiotherapeutische hulp worden opgesteld. Er zijn reeds contacten met andere ziekenfondsen om ook over andere gebieden vergelijkbare gegevens te verkrijgen. Afhankelijk van de kwaliteit, beschikbaarheid en omvang van de gegevens enerzijds en de aanwezige capaciteit op de basisformatie zal dit programma binnen de basissubsidie van het instituut uitgevoerd kunnen worden of zal extra subsidie nodig zijn.

11.4. Financiering en regulering

De eerste pogingen van de onderzoeksafdeling van het NHI om in het kader van de uitgroei naar een instituut voor de gehele eerstelijnsgezondheidszorg kennis te verwerven omtrent de beroepsgroep fysiotherapeuten hadden betrekking op dit thema. Deze pogingen hebben geresulteerd in twee rapporten. Het eerste heeft de ontwikkeling van het wettelijk kader van de medische en paramedische beroepsuitoefening tot onderwerp; het tweede de ontwikkeling van het economisch kader van de fysiotherapie. Ten behoeve van dit tweede rapport is een grote hoeveelheid gegevens verzameld over de kostenontwikkeling in de fysiotherapie.

Een nadere analyse van deze gegevens zou kunnen plaatsvinden in het project:

FYS/MV 84.5: *De ontwikkeling van volume en kosten van de fysiotherapie in de tijd*

In het rapport over de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut wordt een overzicht gegeven van de na-oorlogse tariefontwikkeling en de uitbreiding van het verstrekkingenpakket. Mede door gebrek aan gegevens over de ontwikkeling van de volume-component is het moeilijk de vraag te beantwoorden in hoeverre de kostenontwikkeling te

verklaren is uit de prijscomponent en in hoeverre uit de volumecomponent. Een verbetering zou bereikt kunnen worden indien met een hulpmiddel een schatting van de volumeontwikkeling gemaakt zou worden uitgaande van het aantal afstuderende en het ledenaantal van het NGF.

Aangezien de meeste gegevens verzameld zijn in het bovengenoemde rapport ligt het in de mogelijkheden om een monografie over de ontwikkeling in volume en kosten samen te stellen. De hoeveelheid tijd die dat kost voor een econometrist of economisch onderzoeker wordt op ongeveer negen maanden geschat.

FYS/MV 85.2: *Regionale verschillen in kosten en volume van de fysiotherapie*

Naast een ontwikkeling van volume en kosten in de tijd zijn er belangrijke regionale verschillen in de kosten van fysiotherapie vast te stellen. Dat blijkt uit de grote verschillen die er zijn tussen ziekenfondsen in de kosten per verzekerde van deze verstrekking.

Hoe kunnen deze verschillen verklaard worden ?

Uitbreiding van een vraag-aanbod model voor de fysiotherapie met de variabele kosten per verzekerde kan een indicatie opleveren welk deel van de verschillen in kosten toegeschreven moeten worden aan vraagverschillen (die voortkomen uit verschillen in samenstelling van bevolking) en welk deel aan volumeverschillen.

De mogelijkheden om deze ruimtelijke verschillen zinvol te analyseren zijn afhankelijk van de snelheid waarmee het registratiesysteem van menskracht in de fysiotherapie van start gaat en van de resultaten van de macro-analyses van vraag en aanbod.

FYS/MV 85.3: *Opkomst en terreinafbakening van peri- en paramedische beroepen*

Het onderzoek naar de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut heeft tot een aantal meer algemene vragen over de opkomst en terreinafbakening van paramedische en aanverwante beroepen geleid, zoals: hoe komt

het dat sommige beroepen al betrekkelijk snel een wettelijke status hebben verkregen, terwijl andere daar al jaren tevergeefs naar streven? Een theoretische uitwerking van dit soort vragen wordt geboden in de markt-theoretische benadering van de professies (die vooral in de economie ontwikkeld is). Het project geeft inzicht in de noodzakelijke en voldoende voorwaarden waaraan de ontwikkeling van een beroep voldoet, voordat het erkenning krijgt. De beleidsrelevantie daarvan ligt in de uitvoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg: op grond van welke criteria wordt besloten het ene beroep wel in deze wet te regelen en het andere niet? (De subsidie-aanvraag zal in 1984 geschreven worden; de duur van het project wordt geschat op twee jaar).

11.5. Samenvatting

In dit deelprogramma wordt een aantal samenhangende onderzoeken beschreven rond de fysiotherapie. Ook hier vormt een registratiesysteem (dat overigens een onderdeel vormt van het eerder beschreven registratiesysteem "Beroepen Eerstelijnsgezondheidszorg, BELG) een belangrijke basis voor het onderzoek. Het onderzoek zelf is verdeeld naar een viertal thema's; onderzoek naar:

- a. de aanbodzijde;
- b. de vraagzijde;
- c. de vraag-aanbod relaties;
- d. financiering en regulering.

FYS/MV 84.1: Een registratiesysteem van menskracht in de fysiotherapie

FYS/MV 84.2: De geografische spreiding van het aanbod aan fysiotherapeutische zorg

FYS/VA 84.3: Algemene kenmerken van patiënten van fysiotherapeuten

FYS/HP 84.4: De aard van het klachtenaanbod in de fysiotherapiepraktijk
(HPR/VA 85.1): Verwijzingen door de huisarts naar de fysiotherapie
(zie pag. 52)

- FYS/MV 84.5: De ontwikkeling van volume en kosten van de fysiotherapie in de tijd
- FYS/VA 85.1: Vraag-aanbod relaties fysiotherapie
- FYS/MV 85.2: Regionale verschillen in volume en kosten van de fysiotherapie
- FYS/MV 85.3: Opkomst en terreinafbakening van peri- en paramedische beroepen

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig \pm 3 wp (+ ondersteunend personeel).

12. DE HULPVRAGER IN DE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Hoewel de sterke kant van het Nederlands Huisartsen Instituut ook bij uitgroei naar het Instituut voor de ELGZ vooralsnog niet zal liggen bij onderzoek aan consumentenzijde, betreft het hier wel een terrein dat nadere bestudering verdient. Onderzoek naar het gebruik van diensten in de ELGZ veronderstelt namelijk zowel onderzoek naar vraag- als aanbodzijde. Tot dusver was aan onderzoek aan de vraagzijde, consumentenonderzoek, behoeftenonderzoek of hoe men dat ook zou willen noemen, weinig aandacht besteed. Dit overigens tot verdriet van de in de beleidsraad van het instituut vertegenwoordigde organisaties van hulpvragers. Door een samenloop van omstandigheden heeft het onderzoek aan de vraagzijde een duidelijke impuls gekregen in de loop van 1983. Op verzoek van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen is een voorstel geformuleerd voor een onderzoek naar de "bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg" als uitgangspunt voor een aantal door de vereniging te organiseren discussies en acties.

Bovendien wordt het NHI betrokken bij een onderzoeksproject dat tot doel heeft het opsporen van knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam.

Ook de op handen zijnde wijziging van het stelsel van verzekering in de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk om nog eens haarscherp uit te zoeken onder welke omstandigheden mensen op een bepaalde manier op hun lichamelijke klachten en ziekten reageren. Als het stelsel van ziektekostenverzekering en verzekering tegen derving van inkomen invloed heeft op de wijze waarop het pad van klacht tot klagen wordt afgelegd, dient men dat aan de bron, bij de hulpvrager, te onderzoeken. Een ander thema dat bij onderzoek aan consumentenzijde van belang is, is het onderzoek op het gebied van patiëntenrechten. Allerlei in het contact tussen huisarts en patiënt gebruikelijke zaken blijken niet geheel te stroken met moderne opvattingen op het gebied van patiëntenrechten. Het betreft hier zaken als bijvoorbeeld het in gesloten enveloppe meegeven van verwijsbrieven, inzage in het kaartsysteem van de arts, recht op een overzichtelijke regeling voor waarnemingen van de arts bij afwezigheid, en dergelijke. Nu is het zo dat het bestaan van deze "rechten" nog niet betekent dat mensen er gebruik van willen of kunnen maken. Deels zal het zo zijn dat de behoefte aan het gebruik maken van deze rechten maar bij een zeer beperkt deel van de consumenten

ten te bespeuren is; anderzijds kan het ook in de praktijk tamelijk moeilijk zijn om - zo men dat wil - feitelijk van de consumentenrechten gebruik te maken. In het project "patiëntenrechten" wordt een voorstel gedaan om dit probleem verder te onderzoeken.

Naast deze algemene onderzoeken bij hulpvragers is nog een project geformuleerd, waarin de vraagzijde van de gezondheidszorg centraal staat. In dit project wordt verkennend onderzoek gedaan rond het probleem van de invloed van de afstand tot het pand waar de huisarts zijn praktijk uitoefent en het beroep dat men op de huisarts doet. In buitenlands onderzoek blijkt deze afstand een belangrijke determinant te zijn van de frequentie waarmee men zijn huisarts raadpleegt; voor Nederland is dit echter nog nimmer onderzocht. In een op het instituut reeds aanwezig bestand zou tentatief bekeken worden of en in welke mate de afstandsfactor ook in de nederlandse gezondheidszorg een rol speelt.

VRA/VA 83.1: *De bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Onderzoek onder de leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen*

Als organisatie van actieve consumenten heeft de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen haar activiteiten in 1983 gericht op de eerstelijnsgezondheidszorg. Zowel in het voorjaar als in het najaar van 1983 zijn in alle 200 afdelingen van de vereniging discussiemiddagen en -avonden georganiseerd over de ervaringen van de leden met de eerstelijnsgezondheidszorg en de door de leden gesignaleerde problemen en knelpunten. Ter begeleiding van de actie is door het NHI een vragenlijst vervaardigd, waarin zowel objectieve kanten van de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg (afstand, reistijd, bereikbaarheid overdag, 's avonds en in het weekend) als de subjectieve aspecten (kan men met bepaalde problemen bij bepaalde hulpverleners goed terecht) zijn onderzocht. Op grond van de verkregen gegevens zal een aantal afdelingen worden geselecteerd voor nader onderzoek naar de feitelijke situatie ter plaatse. Criterium voor de selectie is het door de leden van de vereniging signaleren van problemen en knelpunten.

VRA/VA 83.2: *Onderzoek naar knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg te Rotterdam (OKER)*

In de loop van 1983 is het NHI betrokken bij een onderzoek dat sterker gelijkennis vertoont met het project "bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg", maar dan specifiek gericht op de grootstedelijke problematiek in Rotterdam. Het project dient een consumentenonderzoek te zijn, waarin knelpunten in de eerstelijnsgezondheidszorg in de ogen van de consument dienen te worden geïnterviewd. De toepassingsfeer van de resultaten zal moeten liggen binnen de mogelijkheden van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Het accent binnen het project zal dan ook liggen op aspecten die met samenhang en de organisatie van de gezondheidszorg ter plaatse te maken hebben. Het project bestaat uit twee delen: ten eerste een inventarisatie van problemen en knelpunten bij georganiseerde groepen cliënten, vrijwilligers en hulpverleners in de ELGZ te Rotterdam, en een nader onderzoek naar de mate van samenhang van eerstelijnsvoorzieningen. Dit tweede deel is apart vermeld in de groep projecten rond het thema "herstructurering gezondheidszorg" (WVG/MV 84.3)

VRA/HP 83.3: *Afstand en medische consumptie*

Binnen een reeds verzameld databestand kennen we het medisch consumptiepatroon (aantal bezoeken, klachten, terugbestellingen) van patiënten gedurende één jaar. De afstand van het huisadres tot het praktijkadres is tevens bekend. In hoeverre tussen de afstand tot de huisarts en medische consumptie een verband bestaat (een resultaat dat in veel buitenlands onderzoek gevonden wordt) is een vraag waarover in het najaar 1983 gerapporteerd zal worden.

VRA/VA 84.1: *Patiëntenrechten - een onderzoek in samenwerking met de Consumentenbond*

Onder verschillende benamingen (democratisering, bewustwording, emancipatie) is de afgelopen jaren het onderwerp "patientenrechten" in de belangstelling geweest. Patiën-

tenrechten in ruime zin opgezet: niet alleen het recht op inzage in dossiers, maar ook het recht op continue hulpverlening (als men hier van recht zou kunnen spreken) of zaken als inspraak bij opvolging in een huisartsenpraktijk. De mate waarin patiënten van deze "rechten" gebruik maken of gebruik willen maken is afhankelijk van factoren aan patiëntenzijde (sociaal-culturele achtergronden bijvoorbeeld) maar ook van de mate waarin hulpverleners (i.c. de huisarts) patiëntenparticipatie steunen en stimuleren.

In een onderzoek tezamen met de Consumentenbond zal een breed scala van "rechten" worden geïnventariseerd en zal de wens en de mogelijkheid om van deze rechten gebruik te maken en het feitelijke gebruik in verband worden gebracht met kenmerken van de achtergronden van patiënten, opvattingen van huisartsen en de organisatie van de huisartsen-groepering ter plaatse.

VRA/VA 84.2: *Van klacht tot hulpvraag*

Als het stelsel van verzekering voor kosten van ziekte en invaliditeit zo ingrijpend gewijzigd gaat worden als de huidige bewindvoerders zich hebben voorgenomen, dan is het zinvol om het effect van een dergelijke wijziging te meten aan de bron, aan de wijzigingen die zullen ontstaan in het proces tussen het formuleren van "onwel bevinden" en het al dan niet beroep doen op professionele hulp met alle varianten van "zelfzorg" daartussen. In de continue enquête die door het Centraal Bureau voor de Statistiek jaarlijks onder duizenden gezinnen wordt afgenomen, wordt genoteerd welke klachten men heeft of heeft gehad als de invullers van de enquête een beroep hebben gedaan op de gezondheidszorg. De klachten waarvoor men geen beroep op een hulpverlener doet komen in de enquête niet aan de orde. Dit betekent dat deze continue enquête slechts ten dele geschikt is voor een vastleggen van de wijzigingen in het consumentengedrag naar aanleiding van de herziening van het verzekeringsstelsel. Wil men echt weten wat er precies gebeurt, dan dient men

gebruik te maken van de zogenaamde dagboek-methode. Aan een groot aantal respondenten wordt een gestructureerd dagboek overhandigd, dat men (het woord zegt het al) dagelijks dient in te vullen en waarin men dient aan te geven hoe men zich die dag heeft gevoeld en welke klachten men eventueel heeft gehad. Per klacht wordt dan gekeken of men er iets aan heeft gedaan en zo ja, wát men er aan gedaan heeft. Omdat gezondheidsklachten niet spontaan oproepbaar zijn en een zekere toevalsverdeling kennen, dienen dergelijke dagboeken op tamelijk grote schaal te worden uitgezet. Men weet immers niet precies wat de stelselwijziging zal inhouden en dus moet men zeer veel klachten en problemen en daarop ondernomen acties verzamelen. Het belangrijkste voor een groot opgezet evaluatie-prject is dat men tijdig, dat wil zeggen voordat alle kranten vol staan met berichten over de aard van de wijzigingen, een voormeting verricht. Deze voormeting zal noodzakelijkerwijs tamelijk breed van opzet moeten zijn. Gelukkig zijn de laatste jaren enkele dagboek-onderzoeken verricht van welke ervaring men zou kunnen profiteren. Analyse van het materiaal kan later plaatsvinden. Men zal moeten proberen om medewerking van een groot aantal personen te krijgen; te denken valt aan de leden van de Vereniging van Huisvrouwen, Consumentenbond, andere vrouwenorganisaties, zoals de Bond van Christelijke Plattelandsvrouwen of de Vakbondsvrouwen, aan wie men zal moeten vragen om ook toestemming te geven voor een vervolg.

12.1 Samenvatting

Op het (voor het NHI) nieuwe gebied van consumentenonderzoek zijn de volgende projecten geformuleerd:

- VRA/VA 83.1: De bereikbaarheid van de ELGZ; onderzoek naar de leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen
- VRA/VA 83.2: Onderzoek knelpunten ELGZ te Rotterdam (consumentengedeelte)
- VRA/va 83.3: Afstand en medische consumptie
- VRA/VA 84.1: Patiëntenrechten
- VRA/VA 84.2: Van klacht tot hulpvraag

Voor de uitvoering van het complete programma is nodig ± 2,5 wp.

13. OVERIGE ACTIVITEITEN

Tot slot worden nog enige activiteiten beschreven die niet binnen één der genoemde deelprogramma's thuishoren, maar een meer algemeen karakter hebben. Deze activiteiten hebben deels betrekking op de vertaling van onderzoeksresultaten en door onderzoek verworven kennis naar het toepassingsveld.

Daarnaast kunnen ook enige activiteiten worden vermeld op het terrein van het onderzoeksbeleid in de (eerstelijns)zorg.

13.1 Implementatie van onderzoeksresultaten en door onderzoek verworven kennis

Meer dan in het verleden het geval was zal aandacht worden besteed aan de implementaties van onderzoeksresultaten en door onderzoek verworven kennis.

Voortgezet zal worden: de *popularisering* van onderzoeksrapporten in de vorm van gemakkelijk leesbare brochures en het maken van persberichten over verschenen onderzoek. Zoals ook nu al gebruikelijk is worden deze publicaties enerzijds ter beschikking gesteld aan kranten en andere media (met als doel de onderzoeksresultaten ter kennis te brengen aan het grote publiek) en anderzijds aan potentiële vertegenwoordigers die gespecialiseerd zijn in het volksgezondheidsbeleid (met name de leden van de Vaste Kamer Commissie voor de Volksgezondheid) opdat ook het parlement voldoende op de hoogte is van de resultaten van beleidsrelevant onderzoek.

Daarnaast wordt in toenemende mate door medewerkers van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek in diverse *commissies advieswerk* verricht.

Voor 1984 kunnen onder andere worden genoemd:

- Commissie van Advies voor de Gezondheidsstatistieken
- Werkgroep Classificatie en Coderingen (subcommissie "classificatie-ontwikkelingsgroep extramurale organisatorische eenheden")
- Commissie Onderzoek Artsenbehoefte. Overleg is gaande over een plaats in de op te richten Kamer "Extramurale Gezondheidszorg" van de Nationale Raad van de Volksgezondheid

In dit kader past ook de deelname aan diverse *begeleidingscommissies*. Zo kunnen onder andere worden genoemd:

- Begeleidingscommissie "Psychologie en Eerstelijnsgezondheidszorg
- Begeleidingscommissie "Het aandeel van de eerstelijns in de nazorg voor de psychiatrische patiënt
- Begeleidingscommissie "Risicofactoren Onderzoek Hart-Vaat ziekten"

Ook wordt vanuit de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek zitting genomen in de *redacties* van een aantal (wetenschappelijke) tijdschriften te weten:

- Gezondheid & Samenleving
- Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg
- Kompas van de Huisarts (uitkijkpost)

Overleg is gaande over een redactieplaats in het Vademecum "Hulpverleners in Samenwerking" .

Tot slot wordt overwogen om in de toekomst jaarlijks een *congres* te organiseren over een relevant thema in de (eerstelijns) gezondheidszorg. In 1985 wordt (in samenwerking met de Rijksuniversiteit Limburg en de Universitaire Instelling Rotterdam) een congres georganiseerd naar aanleiding van het 5-jarig bestaan van het tijdschrift Gezondheid & Samenleving. Het thema van het congres is: "Het gras aan gene zijde"; vergelijking van het Nederlandse en Belgische systeem van gezondheidszorg en sociale zekerheid op het gebied van ziekte en invaliditeit.

13.2 Activiteiten op het terrein van het onderzoeksbeleid

Met de komst van de wetenschappelijk assistent is het mogelijk de activiteiten op het terrein van het onderzoeksbeleid een continue basis te geven. De activiteiten vallen uiteen in a. het lidmaatschap van commissies en b. publicaties.

Aan de volgende *commissies* op het terrein van het onderzoeksbeleid zal worden deelgenomen:

- Overleg van de vier landelijke instituten op het gebied van de gezondheidszorgonderzoek (NHI, NZI, NCGV en NIPG)
- Interfacultair overleg huisartsgeneeskunde (sectie onderzoek)
- landelijk overleg onderzoek eerstelijns (indien dit overleg een nieuw

Leven zal worden ingeblazen, zal het secretariaat van deze Commissie door het NHI worden verzorgd.

Daarnaast wordt door diverse medewerkers van het NHI zitting genomen in (een aantal) werkgemeenschappen of werkgemeenschappen in oprichting van de Stichting ZWO.

In 1984 zullen een aantal publicaties worden voorbereid op het terrein van het onderzoeksbeleid.

- Onderzoek en beleid in de eerstelijnsgezondheidszorg (het themanummer voor onderzoek en beleid van het tijdschrift van Sociale Gezondheidszorg.
- Research in Primary Health Care in the Netherlands (t.b.v. Social science and Medicine)
- De kloof tussen onderzoek en beleid op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg (een publicatie ten behoeve van het onderzoeksprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg)

Vooralsnog zullen de activiteiten op het terrein van het onderzoeksbeleid enerzijds gericht zijn op het *inzichtelijk maken* van het lopend onderzoek (o.a. in relatie tot beleidsbehoefte) op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg en op de onderlinge *afstemming* van het onderzoek van het NHI met dat van de drie andere landelijke instituten op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek.

