

WETENSCHAPSBEVORDERING IN VERPLEEGHUIZEN

SYMPOSIUM

21 januari 1993

redactie:
H.J.M. Cools
J.M. Bosman

 NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen (SWV)
Nederlands Instituut voor de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Symposium

Symposium Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen: 21 januari 1993/
red.: J.M. Bosman, H.J.M. Cools - Utrecht: Nederlands instituut voor
onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-211-3

Trefw.: wetenschapsbevordering, verpleegtehuizen

Omslag : Mieke Cornelius

Drukwerk : Drukkerij Post

VOORWOORD

De omvang en de organisatie van verpleeghuiszorg ontwikkelen zich voortdurend en snel; de inhoud ervan kan niet achterblijven. Regionale commissies voor de gezondheidszorg, de zorgverzekeraars en de rijksoverheid vragen om inzicht en verbetering van het effect en de doelmatigheid van verpleeghuiszorg. De verpleeghuizen zelf bevorderen hun kwaliteit op verschillende manieren; de wetenschappelijke methodieken nemen daarbij een aparte plaats in.

In het ochtendprogramma van dit symposium wordt aandacht geschonken aan de motieven om de verpleeghuiswetenschap in de verpleeghuizen te ontwikkelen. De benaderingswijzen van bestaande wetenschappelijke instellingen komen aan de orde: het bevorderen van de kwaliteit van opleidingen, van in- en externe samenwerking, van functies en vooral van zorg.

Gedurende de middag worden de rol en de financiering van de verpleeghuiswetenschappen door diverse instellingen nader belicht. Ondernemen verpleeghuizen onderzoek ieder voor zich, gezamenlijk, met ondersteuning van anderen of omdat anderen om onderzoeksresultaten vragen?

In deze bundel vindt u een abstract of de tekst van de te houden voordrachten van deze dag.

de symposiumcommissie

Prof.Dr. H.J.M. Cools (RU Leiden)

Mw. Ir. J.M. Bosman (NIVEL)

Drs. H.H.G. Wiegmans (SWV)

Mw. E. Zoer-van der Veen (NIVEL)

INHOUDSOPGAVE

Opening N.F. de Pijper	5
Wetenschapsbevordering tijdens de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts M.W. Ribbe, M.T. Muller	9
Verpleeghuizen en eerstelijns J. van der Zee	21
Wetenschapsbevordering vanwege de kwaliteit van verpleeghuiszorg R. Grol	25
Wetenschapsbevordering en psychogeriatrische zorg H.F.A. Diesfeldt	27
Wetenschapsbevordering vanwege multidisciplinaire samenwerking H.J.M. Cools	37
Wetenschappelijk onderzoek in en door verpleeghuizen H.C.F.M. Straus	41
Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen in eigen beheer M.J. Valk	47
De financiering van wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen door stichtingen en fondsen J.J.A.H. Klein Breteler	49
De invloed van het Ministerie van WVC op verpleeghuiswetenschap P.H.B. Pennekamp	55
Het verpleeghuis en de Farmaceutische industrie Onbekend maakt onbemind C. van Winzum	57

De Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen 61
H. Wiegmans

Lijst van sprekers 67

OPENING

N.F. de Pijper

Het doet mij bijzonder veel genoegen dit symposium "Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen" te mogen openen.

Wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen staat nog slechts in de kinderschoenen. Volgens sommigen is dit zelfs al te optimistisch uitgedrukt. In ieder geval is er op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde, als onderdeel van de verpleeghuiszorg, nog weinig onderzoekstraditie.

Dit blijkt ook bij de visitaties van verpleeghuizen die erkend willen worden als verpleeghuis voor opleiding in het kader van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Zo u misschien weet zijn er ongeveer 330 verpleeghuizen in Nederland. Om te kunnen voldoen aan de eisen om erkend te worden als verpleeghuis voor opleiding moet men gevisiteerd worden door leden van de visitatiecommissie, een adviserend orgaan van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC). De HVRC is als semi-publiekrechtelijk orgaan belast met het uitvoeren en toepassen van de regelgeving met betrekking tot o.a. de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Een voorwaarde is dat het verpleeghuis minimaal 150 bedden heeft. Hierdoor vallen nogal wat kleine verpleeghuizen af. Tot op heden hebben 141 verpleeghuizen te kennen gegeven verpleeghuis voor opleiding te willen worden. Van deze 141 verpleeghuizen die hiertoe gevisiteerd zijn heeft maar een zeer beperkt aantal huizen een bijdrage geleverd aan wetenschappelijk onderzoek. Dat wil niet zeggen dat er binnen deze huizen niet de bereidheid is, integendeel. Bij navraag blijkt dat 133 verpleeghuizen hebben aangegeven dat er een mogelijkheid is tot (het doen van) onderzoek al dan niet in samenwerking met een wetenschappelijke organisatie of instituut. Zes verpleeghuizen stelden beperkingen aan deze bereidheid of wisten het niet en drie verpleeghuizen gaven aan die bereidheid niet te hebben.

In de 142 gevisiteerde verpleeghuizen zijn visitatiegesprekken gevoerd met 160 aspirant verpleeghuisartsopleiders.

- 55 verpleeghuisartsen hadden wel eens een bijdrage geleverd aan publicaties op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde of van de verpleeghuiszorg
- 105 artsen daarentegen hadden tot op heden geen enkele schriftelijke bijdrage geleverd

- 41 artsen gaven aan wetenschappelijk onderzoek te hebben gedaan op het bovenvermelde terrein, of er in ieder geval betrokken bij geweest te zijn
 - 119 artsen hadden geen ervaring met wetenschappelijk onderzoek.
- Veelal ontbreekt het aan tijd, deskundigheid en geld.

Tot op heden zijn er 771 verpleeghuisartsen ingeschreven in het register van erkende verpleeghuisartsen.

Van deze 771 artsen zijn er 15 gepromoveerd. Slechts 6 van deze 15 hebben een proefschrift geschreven dat betrekking heeft op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde.

Ook vanuit andere disciplines, werkzaam in het verpleeghuis zijn er slechts enkele gepromoveerden. Meestal zijn dat psychologen.

Promovendi van buiten het verpleeghuis, met een onderwerp van hun proefschrift de verpleeghuiszorg betreffende, zijn op de vingers van één hand te tellen.

Het is verheugend te constateren dat er een tiental proefschriften over verpleeghuiszorg in het verschiet liggen.

Dit alles heeft veel te maken met de facultaire leerstoel verpleeghuisgeneeskunde in Amsterdam, energiek ingevuld door collega Ribbe en met de activiteiten van de bijzonder hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde in Leiden, collega Cools.

Training in wetenschappelijk onderzoek zou een belangrijk stimulerende invloed kunnen hebben. Dit geldt niet alleen voor de artsen maar ook voor de andere disciplines in het verpleeghuis.

Bij de besprekingen die vooraf zijn gegaan tot het instellen van een bijzondere leerstoel verpleeghuisgeneeskunde te Leiden heb ik ervaren hoe onbekend de verpleeghuiszorg in het algemeen en de verpleeghuisgeneeskunde in het bijzonder was. Er heerste de gedachte van een "quantité négligable" in de gezondheidszorg, een sector waaruit geen wetenschappelijke publikaties kwamen en waar geen wetenschappelijke traditie was. Dit laatste was een belangrijk argument om aanvankelijk niet erg enthousiast te worden voor een bijzondere leerstoel. Geloof en vertrouwen in de potentiële mogelijkheden, die er in het veld van de verpleeghuiszorg beslist aanwezig zijn, was er kennelijk niet. Uitgebreide toelichting over de inhoud van het vak verpleeghuisgeneeskunde, over de verpleeghuiszorg, het grote aantal patiënten dat ontslagen wordt en het aantal van 53.000 bedden in de sector van de verpleeghuizen heeft er uiteindelijk toe bijgedragen dat men het vooroordeel terzijde kon schuiven. Het is

overigens hoogst noodzakelijk en ook wel leuk om met goed (wetenschappelijk) onderbouwde argumenten als "eye-opener" te fungeren.

"Verpleeghuisgeneeskunde is de probleemgeoriënteerde medische zorg in multidisciplinair teamverband voor gehandicapte, in meerderheid bejaarde patiënten met chronische en intercurrente gezondheidszorgproblemen". In deze definiëring wordt de doelgroep genoemd en de methode van werken.

Juist het multidisciplinaire werken opent een zeer interessant gebied voor patiëntgericht onderzoek waarbij een veelheid aan disciplines betrokken kan worden. Op dit terrein is tot op heden nog weinig onderzoek verricht.

De Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen heeft o.a. tot doel de wetenschap in het verpleeghuis te stimuleren, te bevorderen en de randvoorwaarden daartoe te scheppen. Dit betreft alle disciplines in het verpleeghuis en het betreft niet alleen de activiteiten, verricht binnen de muren van het gebouw "het verpleeghuis".

Met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van alle disciplines werkzaam in het verpleeghuis is een werkgroep gevormd die een onderzoek heeft laten doen naar de behoefte aan onderzoek in de verpleeghuissector. Dit onderzoek is verricht door het NIVEL.

Opvallende uitkomst is dat de hulpverlening en de organisatie van de hulpverlening in het verpleeghuis zelf nauwelijks onderwerp van onderzoek is. Dit geldt eveneens voor het aandoeningengerichte onderzoek van diagnosegroepen die bij uitstek in het verpleeghuis voorkomen. In het streven de aanwezige geriatrie kennis te bundelen en te benutten lijkt het zinvol om de specifieke hulpverleningsdeskundigen van alle disciplines (artsen, paramedici, verpleegkundigen, psychologen, enz. in het verpleeghuis zichtbaar te maken, evenals de wijze waarop zij vorm geven aan de multidisciplinaire samenwerking rond de zorg voor de patiënten. Ook (longitudinaal) onderzoek naar de belangrijkste diagnosegroepen lijkt wetenschappelijk relevant.

In het advies "Chronische aandoeningen: prioriteiten voor onderzoek" van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (1991) worden prioriteiten voor onderzoek genoemd en tevens knelpunten aangegeven die een optimale ontwikkeling van het vakgebied in de weg staan. De keuze van prioriteiten berust zowel op maatschappelijke gronden (prevalentie en ziektelast) als op wetenschapsinterne overwegingen (lopend onderzoek, kans op succes, etc.).

Bij het onderzoek met betrekking tot diagnostiek en behandeling stelt de Raad dat er een aantal knelpunten is: bijvoorbeeld evaluatie-onderzoek van bestaande behandelwijzen komt nog onvoldoende van de grond en de infrastructuur van de verpleeghuisgeneeskunde is nog onvolkomen.

Ten aanzien van de verpleeghuizen wordt het volgende gesteld:

"Een deel van de zorg voor chronisch zieken vindt plaats binnen de circa 330 verpleeghuizen in ons land. De complexiteit van het ziektebeeld stelt bijzondere eisen aan zowel diagnostisch als therapeutisch inzicht. In de eerste plaats zal daartoe aandacht geschonken moeten worden aan de deskundigheidsbevordering van de verpleeghuisartsen, maar daarnaast is het van belang dat het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de verpleeghuisgeneeskunde wordt gestimuleerd. Een meer systematisch inzicht in de specifieke problemen voortvloeiend uit comorbiditeit is van groot belang voor de zorgverlening aan een groeiende categorie patiënten. De concentratie van patiënten met meerdere chronische stoornissen biedt een goed uitgangspunt om deze specifieke problematiek te bestuderen."

De Raad bepleit om gelden beschikbaar te stellen voor academisering van een aantal verpleeghuizen.

Het is verheugend dat vanuit de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van de VU activiteiten worden ontplooid om inhoud te gaan geven aan de academisering van een aantal verpleeghuizen.

Aan het eind van mijn inleiding zou ik graag de wens uitspreken dat als resultaat van dit symposium het wetenschappelijk onderzoek in de sector van de verpleeghuizen systematisch ter hand wordt genomen en dat we in gezamenlijkheid kunnen komen tot het opbouwen van een infrastructuur waarbinnen het wetenschappelijk onderzoek "welig" kan tieren.

Het is hoogstnoodzakelijk in verband met onze geloofwaardigheid nu en in de toekomst. Ik heb er alle vertrouwen in.

WETENSCHAPSBEVORDERING TIJDENS DE BEROEPSOPLEIDING TOT VERPLEEGHUISARTS

M.W. Ribbe, M.T Muller

Op 1 september 1989 startte de Beroepsopleiding tot Verpleeghuisarts zowel aan de vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde (HVG) van de Vrije Universiteit (het Universitair Verpleeghuisarts Instituut of UVI) als in de deelnemende opleidingsverpleeghuizen. De opleiding is een tweejarige, zogenaamde *productieve* opleiding. Gedurende de opleiding is de verpleeghuisarts-in-opleiding (VAIO) voor minimaal 0,5 en maximaal 0,8 deel van de werktijd werkzaam in het opleidingsverpleeghuis, alwaar de VAIO in de praktijk wordt opgeleid door een verpleeghuisartsopleider (VAO). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat 40% van deze tijd productief is. De overige werktijd is te beschouwen als een boventallige aanstelling ten behoeve van leer- en onderwijsactiviteiten.¹ Tot deze activiteiten behoort ook gerichte wetenschappelijke vorming, waaronder het schrijven van een scriptie. De VAIO heeft een dienstverband met het opleidingshuis.

Eenmaal per week is er een terugkomdag op het UVI van de vakgroep HVG-VU: ongeveer 44 terugkomdagen voor de VAIO's en 6 terugkomdagen voor de VAO's. Elke groep van 12 VAIO's wordt op het UVI begeleid door een verpleeghuisartsbegeleider (VAB) en een gedragswetenschappelijk begeleider (GW).¹ Vóór iedere terugkomdag wordt het schriftelijke onderwijsmateriaal voor de week daarop aan de VAIO's uitgereikt. Het materiaal bestaat uit een inleiding door de docent, leeropdrachten, geselecteerde literatuur en voorbereidingsopdrachten. Voor ieder programma zijn leerdoelen geformuleerd. Er wordt van uitgegaan dat de literatuur vooraf is bestudeerd, zodat op de terugkomdagen door middel van theoretische inleidingen (VAB, GW of cursist), discussies, oefeningen, casuïstiekbesprekingen, aangepaste onderlinge toetsing, etc. de specifieke verpleeghuisgeneeskundige problematiek aan de orde kan komen.^{2,3,4}

Uitgangspunten en aandachtsgebieden

Voor de beroepsopleiding zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- het professionele niveau van de basisarts,
- de taken van de verpleeghuisarts en
- de organisatorische randvoorwaarden voor de beroepsopleiding, zoals aangegeven door overheid en KNMG.¹

Met deze uitgangspunten in gedachten wordt de keuze van onderwijsthema's vervolgens bepaald door de betekenis van die thema's voor het medisch handelen en het totale zorgproces, door de moeilijkheidsgraad en door de geconstateerde leemten in kennis en vaardigheden bij de VAIO's. De keuze wordt uiteraard ook bepaald door de leerdoelen en de te bereiken einddoelen van de opleiding. De visie op verpleeghuisgeneeskunde en de opvattingen over effectief onderwijs lopen als een rode draad door de gehele opleiding heen, zowel wat betreft het cursorische als het praktische deel.

Op grond van de kenmerken van het vakgebied en de taken van de verpleeghuisarts is de inhoud van het cursorisch deel verdeeld in vijf aandachtsgebieden, de zogenaamde 'pijlers' van de beroepsopleiding (zie schema 1 op de volgende pagina).^{2,4} Deze pijlers vormen de basis voor de onderwijsprogramma's die tijdens de wekelijkse terugkomdag - naast de ervarings- of spuirondes, het persoonlijk functioneren en de supervisie - worden gegeven. Het meeste onderwijs wordt door de VAB's en GW-ers zelf gegeven, doch ook buitendocenten zoals bijvoorbeeld dermatoloog, neurofysioloog en revalidatiearts participeren in het onderwijs.

De leerdoelen per pijler richten zich op verhoging van kennis, vaardigheid en attitudeniveau. Meer specifiek hebben deze leerdoelen betrekking op:^{2,4}

- medische/verpleeghuisgeneeskundige kennis en inzicht op generalistisch en deels specialistisch niveau,
- inzicht en vaardigheden in probleemanalyse en probleemoplossen,
- communicatieve en samenwerkingsvaardigheden,
- managementvaardigheden, leiding kunnen geven,
- inzicht en vaardigheden in het doen van wetenschappelijk onderzoek en verslaglegging daarover,
- zelfkennis, attitudevorming en beroepsvisie.

De onderwijsprogramma's streven dus verschillende en tot op zekere hoogte ongelijksoortige onderwijsdoelstellingen na.

Wetenschappelijke vorming

Het accent op wetenschappelijke vorming zit in pijler 5, hoewel ook pijler 2 'Gericht en systematisch werken' aan deze vorming bijdraagt.^{2,3,5} In dit artikel wordt alleen pijler 5 besproken.

Schema 1: De vijf aandachtsgebieden of 'pijlers' van het cursorisch onderwijs van de Beroepsopleiding tot Verpleeghuisarts ²⁴



Hoofddoel van pijler 5 luidt: 'De VAIO is in staat zelfstandig een klein (empirisch) onderzoek op te zetten, uit te voeren en vast te leggen in een verslag'. Dit hoofddoel is tevens de uitwerking van de betreffende HVRC-eis, die luidt: "In het kader van de beroepsopleiding dienen nader te omschrijven activiteiten, zoals het schrijven van een scriptie, het doen van een onderzoek, verricht te worden."

Om verschillende redenen is gekozen voor het schrijven van een scriptie op basis van een (empirisch) onderzoek. Ten eerste is er binnen de medische basisopleiding niet echt sprake van een 'schrijfcultuur'. Daarnaast betekenen onderzoek en scriptie voor de VAIO een confrontatie met het signaleren, afbakenen en analyseren van een bepaald probleem. Tenslotte draagt de VAIO op deze wijze bij aan verhoging van eigen onderzoeks- en schrijfervaring en aan de ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde. Uit deze doelstellingen zijn voor de VAIO's de volgende leerdoelen af te leiden:

1. De VAIO kan een bepaald (empirisch) probleem signaleren.
2. De VAIO kan het gesignaleerde probleem beschrijven en analyseren.
3. De VAIO kan het gesignaleerde probleem afbakenen en onderscheiden van andere (empirische) problemen.
4. De VAIO kan aangeven wat de lacunes zijn in bepaalde onderdelen van de verpleeghuisgeneeskunde.
5. De VAIO kan deze lacunes door middel van (literatuur)onderzoek aanvullen.
6. De VAIO kan indicaties geven voor welke terreinen van de verpleeghuisgeneeskunde verder onderzoek noodzakelijk is.

Tijdens de terugkomdagen worden de verschillende fasen van wetenschappelijk onderzoek met de VAIO's besproken en geoefend. Van tevoren dient literatuur bestudeerd te worden en moeten leer/werkopdrachten worden gemaakt. Naast de literatuur die samengesteld is door de vakgroep HVG, zijn sinds september 1992 twee boeken betreffende onderzoek op de verplichte literatuurlijst van de beroepsopleiding opgenomen.⁶⁷ Door middel van plenaire besprekingen en referaten wordt tijdens de terugkomdagen ook aandacht besteed aan het eigen onderzoek van de VAIO's. In het hiernavolgende gaan wij in op deze verschillende activiteiten.

De verschillende fasen van wetenschappelijk onderzoek

Een wetenschappelijk onderzoek bestaat uit verschillende fasen. De onderstaande beschrijving van deze fasen spitst zich voornamelijk toe op het doen van empirisch onderzoek, maar kan tevens gebruikt worden als leidraad bij het doen van literatuuronderzoek. De verschillende fasen zijn:

1. De keuze van het onderwerp
2. Literatuuronderzoek en formulering van de probleemstelling

3. De operationalisatie van de probleemstelling, de onderzoeksopzet
4. De uitwerking in een draaiboek
5. De gegevensverzameling
6. Analyse en het trekken van conclusies uit de resultaten
7. De rapportage

Fase 1

De keuze van het onderwerp

Het kiezen van een onderwerp is voor veel (beginnende) onderzoekers vaak moeilijk. Dit komt vooral door de veelheid aan onderwerpen en het probleem van afbakenen. Het is echter van groot belang dat men, voor het beginnen van onderzoek, een probleem heeft dat de onderzoeker aanspreekt en dat bovendien relevant is. In de praktijk blijkt namelijk vaak dat veel onderzoekers geen duidelijk probleem voor ogen hebben, terwijl zij ook niet weten met welk doel zij een probleem trachten op te lossen. Een duidelijke omschrijving van het onderwerp is dus erg belangrijk.

Elke VAIO is in principe vrij in de keuze van zijn onderwerp. Ook participeren in lopend onderzoek is mogelijk, mits een eigen gebied wordt geëxploreerd. De relevantie voor het vakgebied moet uiteraard duidelijk zijn. Elke VAIO krijgt aan het begin van de opleiding een lijst uitgereikt met suggesties voor onderwerpen, waarbij tevens kort aangegeven wordt om wat voor soort onderzoek het gaat en op welke wijze het onderzoek uitgevoerd zou kunnen worden.

Een duidelijke formulering en motivering van het te onderzoeken probleem resulteert in de voorlopige probleemstelling (of vraagstelling) voor het onderzoek, hetgeen tevens de afronding van de eerste fase betekent. De conclusies uit deze oriënterende fase dient men met de begeleiders te bespreken. Van hen mag worden verwacht dat zij de belangrijkste consequenties van keuzes voor de volgende fase kunnen overzien.

Fase 2

De probleemstelling

Begripsbepaling. Onder een probleemstelling verstaan wij een nauwkeurige formulering in de vorm van een vraag, waarop een onderzoek antwoord moet geven. Een probleemstelling moet, voordat men aan de eigenlijke onderzoeksopzet begint, zo duidelijk mogelijk geformuleerd worden. Dit betekent bijvoorbeeld dat in een probleemstelling geen emotionele en niet-eenduidige begrippen mogen voorkomen.⁸ Een probleemstelling als: "Heeft de kankerpatiënt een menswaardig bestaan?" laat zoveel interpretaties toe dat zij als wetenschappelijke probleemstelling geen enkele betekenis heeft.

Met de zo nauwkeurig mogelijk geformuleerde probleemstelling wordt tevens richting gegeven aan het literatuuronderzoek. In het algemeen ondergaat de probleemstelling na literatuuronderzoek een sterke inperking. Men gaat dan van een algemene brede vraag naar een nauwkeurige formulering van één onderzoekbaar deelaspect van die vraag.

Onderwijsactiviteit. Tijdens één van de terugkomdagen wordt met de VAIO's geoefend in het formuleren van een probleemstelling. Dit betekent dat de VAIO's leren uit welke elementen een probleemstelling bestaat, zoals: onderzoekseenheden, variabelen en 'waarden op een variabele'. Voorts worden aan de hand van bestaande verpleeghuisgeneeskundige onderzoeksverslagen probleemstellingen opgespoord, bekritiseerd en zo nodig bijgesteld c.q. 'ge-herformuleerd'. De bijeenkomsten worden afgesloten met het zelf formuleren van probleemstellingen op basis van gegeven praktische problemen.

Literatuuronderzoek

Doel. Het doel van literatuuronderzoek is kennis te nemen van datgene dat reeds bekend is over het te onderzoeken object.⁸ Hierdoor voorkomt men dat men onderzoek repliceert, onderzoek doet dat andere onderzoekers reeds achter zich hebben gelaten en dat men onnodig fouten maakt bij de opzet en uitvoering van het eigen onderzoek. Meestal wordt nu ook de oorspronkelijke probleemstelling bijgesteld en/of nauwkeuriger geformuleerd.

Onderwijsactiviteit. Met de VAIO's wordt plenair ingegaan op de wijze waarop men een literatuuronderzoek kan aanpakken, zoals bijvoorbeeld: beginnen met algemeen oriënterende literatuur (bijvoorbeeld handboeken), om vervolgens op zoek te gaan naar literatuur die antwoord kan geven op specifieke vragen. Ook wordt nagegaan wat de belangrijkste ingangen voor literatuur zijn:

- gesprekken met één of meer deskundigen op het betreffende terrein. Deze informanten kunnen een goede toegang tot de relevante literatuur betekenen;
- overzichtsartikelen in recente tijdschriften en boeken.

Uit de literatuurlijst bij belangrijke recente artikelen kan men zijn literatuur verder opbouwen (terugwerken in de tijd), waardoor een sneeuwbaaleffect kan ontstaan. Voor vele wetenschappen, en ook voor de medische, wordt de vuistregel gehanteerd dat literatuur die ouder is dan 10 à 15 jaar verouderd is. Voor het vergaren van relevante literatuur is men onder andere aangewezen op bibliotheken van (de medische faculteiten van) universiteiten, waar men bijvoorbeeld met behulp van het geautomatiseerde 'CD-ROM systeem' een 'search' kan uitvoeren.

Fase 3

Definiëren en operationaliseren

Begripsbepalingen. Nadat men de probleemstelling heeft geformuleerd, moeten de gebruikte begrippen in de probleemstelling worden gedefinieerd en geoperationaliseerd. *Definiëren* betekent dat men tot een goede begripsbepaling moet komen.⁹ Eenmaal goede definities, betekent nog niet dat men in staat is het bedoelde begrip in de werkelijkheid waar te nemen. Het begrip moet geoperationaliseerd worden. Dit omdat men vanwege het theoretische karakter van het begrip niet precies zal weten welke verschijnselen als indicatoren van het bedoelde begrip moeten worden beschouwd. Swanborn (1984) geeft de volgende omschrijving van operationaliseren: "*operationaliseren is het vertalen van een meer of minder algemeen kenmerk in waarneembare verschijnselen die voor het onderzochte sociale systeem of verschijnsel op die plaats en die tijd het bedoelde kenmerk zo goed mogelijk lijken te representeren*".¹⁰

Onderwijsactiviteit. Wat betreft het definiëren van begrippen wordt de VAIO's in de eerste plaats aangeraden om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de wetenschappelijke conventie. Dit betekent dat zij in de literatuur moeten nagaan welke definitie voor een bepaald begrip het meest wordt gehanteerd. Daarnaast worden zij erop gewezen dat er in een definitie geen termen mogen voorkomen die zelf verduidelijking behoeven.

Bij operationaliseren ligt dit anders. Hier wordt de onderzoeker meer vrijheid gegund. Daarnaast is het niet altijd mogelijk om aan te geven wat de juiste operationalisatie van een begrip is. Immers, de relatie tussen een theoretisch begrip en de operationalisatie is in het algemeen niet logisch, maar moet per situatie en voor iedere tijd opnieuw in de werkelijkheid worden verkend.⁹ Daarom wordt tijdens de terugkomdag die gaat over definiëren en operationaliseren, op analoge wijze als bij het formuleren van probleemstellingen, met de VAIO's geoefend in het operationaliseren van begrippen (bestaande operationalisaties kritisch bekijken en eventueel aanpassen en zelf van een aantal gegeven begrippen nagaan welke geoperationaliseerd dienen te worden en welke operationalisatie dan het meest geschikt zou zijn).

De vorm van het onderzoek

Vormen van het onderzoek. Na de fase van het formuleren van de probleemstelling, het definiëren en operationaliseren van de begrippen in de probleemstelling en het formuleren van de hypothesen moet, alvorens men overgaat tot het onderzoeksontwerp, vastgesteld worden welke onderzoeksvorm men kiest. In het algemeen volgt de onderzoeksvorm uit de probleemstelling.⁸ Soms zijn er echter meerdere mogelijkheden en is discussie over de vorm van onderzoek in die specifieke situatie nodig. Belangrijke onderzoekstypen binnen de genees-

kunde zijn het explorerend en het toetsend onderzoek, binnen welke twee vormen weer meerdere mogelijkheden zijn.⁸

Onderwijsactiviteit. Deze bestaat uit het van te voren bestuderen van de literatuur die over dit onderwerp gaat. Tijdens de terugkomdag wordt aan de hand van gegeven probleemomschrijvingen geoefend in het nagaan van welk type onderzoek het meest geschikt zou zijn. Ook hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand verpleeghuisgeneeskundig onderzoek.

Fase 4

Het draalboek

Begripsbepaling. Nadat het onderzoeksontwerp gereed is, d.w.z. het onderzoeksplan in grote lijnen vaststaat, kan begonnen worden met een meer gedetailleerde invulling van dit plan. De neerslag van deze invulling vormt het scenario voor het onderzoek. In feite heeft de VAIO hiermee het onderzoek op papier reeds uitgevoerd. Naast de probleemstelling en een samenvatting van de literatuur, dient het draalboek in elk geval de volgende punten te omvatten: de variabelen, de validiteit (= de mate waarin het instrument meet wat men meten wil), de betrouwbaarheid (= herhaalbaarheid), de eenheden waarin men de metingen zal uitvoeren, de steekproef en de organisatie van het onderzoek (wie is verantwoordelijk voor wat; hoe komt de communicatie tot stand; wat te doen in geval van ziekte; etc.).⁸

Onderwijsactiviteit. Aan dit onderdeel wordt geen specifieke aandacht besteed tijdens één van de terugkomdagen. Uitgangspunt is namelijk dat dit een activiteit is die uitgevoerd dient te worden door de VAIO in samenspraak met zijn/haar begeleider. Ditzelfde geldt in principe voor de fasen 5, 6 en 7.

Fase 5

De verzameling van gegevens

In principe zou nu alles volgens plan moeten verlopen. Toch blijkt bij elk onderzoek dat er onverwachte problemen kunnen optreden (toch geen duidelijke probleemstelling, te veel variabelen in het onderzoek, weigering deelname door patiënten, niet terugsturen van vragenlijsten, verkeerd ingevulde vragenlijsten, uitval van patiënten door overlijden, etc.). Het beste is om alle problemen waar men tegen aan loopt op te nemen in een dagboek, evenals de wijze waarop deze moeilijkheden zijn opgelost. Deze gegevens kunnen namelijk van groot belang zijn voor de interpretatie van de resultaten. Daarnaast kan deze informatie worden gebruikt voor de latere verslaglegging.

In het eindrapport behoort een paragraaf opgenomen te worden, waarin de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd ('methode') staat beschreven.

De onderzoeker kan zich met name in de fase van gegevensverzameling, om twee redenen niet veroorloven slordig te werken:⁸

1. De binnenkomende informatie is in het algemeen te groot om zonder systeem te kunnen overzien. Niet systematisch werken leidt tot fouten of tot verlies van gegevens.
2. Het is ten opzichte van de onderzoekspopulatie niet correct om ruw met de door hen afgestane informatie om te springen. Eenmaal gedane beloften aan de proefpersonen omtrent bijvoorbeeld anonimiteit en geheimhouding dienen met de grootst mogelijke zorgvuldigheid te worden nagekomen.

Registratie en administratie

De wijze waarop de resultaten worden verwerkt (automatisch of met de hand), hangt af van de aard van het onderzoek. Wel bepaalt deze keuze voor de verwerkingsmethode de wijze waarop wordt geregistreerd. Reeds in de voorbereidende fase moet hierover een besluit worden genomen.

De oorspronkelijke gegevens dienen bewaard te blijven, zodat een eenmaal ontdekte fout gemakkelijk kan worden teruggevonden. Het aantal stappen in de administratie en uiteindelijke presentatie behoort zo klein mogelijk te zijn, omdat elke stap een bron van fouten vormt.

Fase 6

Analyse van de gegevens

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, worden in de analysefase de verzamelde gegevens gereduceerd tot handzame grootheden, omdat men nu eenmaal niet alle afzonderlijke gegevens van alle proefpersonen, bloedmonsters, etc. in het rapport kan opnemen.⁸ Om het geheel overzichtelijk en leesbaar te maken, is een samenvatting van de resultaten noodzakelijk. Een dergelijke samenvatting is natuurlijk ook noodzakelijk voor de onderzoeker zelf, omdat hij antwoord moet geven op de vraag die hij zich aan het begin van het onderzoek heeft gesteld.

Vaak is statistiek een belangrijk hulpmiddel om tot een dergelijk samenvattend overzicht te komen. Raadpleeg een statisticus voor uitleg en advies over de beste statistische hulpmiddelen.

Resultaten en conclusie

De analysefase en de fase van formulering van resultaten zijn nauw met elkaar verweven. Vaak is een nieuwe analyse nodig als nieuwe resultaten zijn verkregen. Als de analyses uiteindelijk zijn gedaan, moeten de resultaten gepresenteerd worden.

Wanneer de resultaten eenmaal duidelijk en overzichtelijk gepresenteerd zijn, moet daaruit de conclusie of conclusies worden getrokken. Een bespreking van de argumenten die voor en tegen de conclusie(s) pleiten mag hierbij niet ontbreken. In ieder geval behoort een duidelijk antwoord op de oorspronkelijke probleemstelling te worden gegeven, ook wanneer het onderzoek anders is verlopen dan men aanvankelijk verwachtte.

Het is belangrijk bij de conclusie(s) te vermelden voor welke groepen deze conclusie(s) geldig is (zijn). c.q. in welke mate de resultaten generaliseerbaar zijn.

Tenslotte is het goed om een beschouwing te geven omtrent de bijdrage die het onderzoek aan de bestaande kennis op het betreffende terrein heeft geleverd. Aanbevelingen voor verder onderzoek kunnen hieruit volgen.

Fase 7

Rapportage

Vele onderzoekers zien op tegen deze laatste fase van het onderzoek. Toch heeft elke onderzoeker, behalve een eventuele formele verplichting tot verslaglegging, ook de morele verantwoordelijkheid om het onderzoek te presenteren. Maak het daarbij de lezer niet extra moeilijk. Formuleer kort, zakelijk en to-the-point wat gedaan is en wat men heeft gevonden.

Zorg voor een logische structuur en een heldere indeling. Een onderzoek krijgt pas echt waarde krijgt, wanneer het gelezen en begrepen wordt. Zorg daarom in de planning dat voldoende ruimte voor deze laatste fase van het onderzoek beschikbaar is.

Samenvatting

In september 1989 ging de tweejarige Beroepsopleiding tot Verpleeghuisarts van start. Deze opleiding bestaat uit een wekelijkse terugkomdag met cursorisch onderwijs op het Universitair Verpleeghuisarts Instituut (UVI) en voor de overige tijd uit een praktisch deel, waarin de verpleeghuisarts in opleiding (VAIO) onder supervisie van een ervaren verpleeghuisarts (verpleeghuisarts-opleider, VAO) werkt in een opleidingsverpleeghuis. Sinds september 1991 zijn er 60 artsen in opleiding.

In dit artikel wordt allereerst ingegaan op het ontstaan van de beroepsopleiding. Vervolgens worden de uitgangspunten, aandachtsgebieden en doelstellingen van het onderwijs besproken. Daarna wordt ingegaan op één specifiek onderdeel van het programma van de Beroepsopleiding tot verpleeghuisarts, namelijk 'Onderzoek en Innovatie'. Aandacht wordt besteed aan de verschillende fasen van wetenschappelijk onderzoek zoals de VAIO's die tijdens hun opleiding doorlopen.

Literatuur

1. KNMG Officieel. CHVG: Eisen voor de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts. Med Contact 1989; 44, 39: 1267-70
2. Vlek FJM, Deerenberg-Kessler W, Smit W, Jonquièrè R, Stoop JA, Ribbe MW. Leerplan Beroepsopleiding tot Verpleeghuisarts. Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde, Onderwijs Advies Bureau, 1989
3. Deerenberg-Kessler W, Vlek FJM, Stoop JA. De beroepsopleiding tot verpleeghuisarts: historie, uitgangspunt, structuur, inhoud. Med Contact 1989; 44, 39: 1253-5
4. Ribbe MW, Stoop JA, Deerenberg-Kessler W, Hertogh CPM. De beroepsopleiding tot verpleeghuisarts: opzet en inhoud. Ned Tijdschr Geneesk. In voorbereiding voor publikatie
5. Deerenberg-Kessler W, Houten P van. Methodisch werken in de verpleeghuisgeneeskunde. Een vergelijking tussen huisartspraktijk en verpleeghuis. Vox Hospitii 1985; 9, 3: 99-101
6. Eijk JThM van, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e herziene druk. Lelystad: Meditekst, 1987.
7. Baarda BD, Goede MPM de. Basisboek Methoden en Technieken. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese, 1990
8. Heyendael P, Veling S, Zielhuis G. Handleiding voor de opzet en uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in de medische wetenschappen. ISG-publikatie nr. 1. Nijmegen: Instituut Sociale Geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1982
9. Selier F. Wegwijs in de wetenschap. Muiderberg: Dick Coutinho, 1983.
10. Swanborn PG. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. 3e druk. Meppel: Boompers drukkerijen bv, 1984.

VERPLEEGHUIZEN EN EERSTELIJN

J. van der Zee

Inleiding

Vijf jaar geleden zou een bijdrage met als titel 'Verpleeghuizen en eerstelijns' een voorspelbare opbouw hebben gekend. Er zou een beschrijving van verpleeghuiszorg in staan en een omschrijving van de eerstelijns. De relatie tussen beide sectoren zou zijn omschreven en er zou bijvoorbeeld een verhouding zijn geschetst tussen de problematiek van de bevolking van verpleeghuizen en de problemen waarmee huisartsen en wijkverpleegkundigen worden geconfronteerd. In een systeem van gezondheidszorg waar ambulante en generalistische zorg direct toegankelijk is en gespecialiseerde zorg alleen via verwijzing van de rechtstreeks toegankelijke voorzieningen, zou het verpleeghuis als voorziening van het derde echelon slechts in beperkte mate een relatie met de eerstelijns hebben.

Echter, met de intrede van het functionele denken is deze aantrekkelijke overzichtelijkheid vervangen door een indeling in vormen van zorg: behandeling, verpleging, verzorging en revalidatie. Een dergelijk begrippenkader maakt het veel lastiger om de plaats van de verpleeghuiszorg goed weer te geven en zeker de relatie tussen verpleeghuiszorg en de eerstelijns. Het gaat immers om voorzieningen die eigenlijk niet meer zo mogen worden genoemd. Kijkt men echter naar de reële situatie en kijkt men door de beleidsnota's en papiermassa's heen dan zijn verpleeghuis en eerstelijns in de praktijk nog wel degelijk goed van elkaar te scheiden. Vandaar dat in deze bijdrage toch maar in pre-functionele termen wordt gedacht en wordt begonnen met een beschrijving van de bevolking van de verpleeghuizen naar administratieve samenstelling, aard van de problematiek, herkomst bij opname en reden van ontslag; terwijl op zoveel mogelijk punten informatie over verwante vormen van zorg als bejaardenoorden en verzorgingstehuizen en eerstelijns wordt verzameld.

Wie zitten in verpleeghuizen?

De belangrijkste bron van informatie voor het beantwoorden van deze vraag vormen de SIVIS-jaarboeken. In deze voortreffelijke documentatie waar niet alleen gevalsregistratie (zoals in de ziekenhuissector) maar ook personenregistratie plaatsvindt, treft men een uitstekend overzicht aan van kenmerken van bewoners van verpleeghuizen. Het SIVIS jaarboek maakt een onderscheid in vier zorgvormen: dagbehandeling enerzijds en verpleeghuiszorg anderzijds.

Bovendien wordt een onderscheid gemaakt tussen somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg.

Beziet men de administratieve gegevens dan is er een duidelijk continuüm zichtbaar. De dagbehandeling voor somatische zorg kent de meeste mannen (1990 55%) terwijl de psychogeriatrische verpleeghuiszorg slechts 22% mannen (1990) telde. De gemiddelde leeftijd loopt op van 70,6 jaar voor de somatische dagbehandeling bij mannen naar 83,3 jaar voor de psychogeriatrische verpleeghuiszorg bij vrouwen.

Aard van de problematiek

De aard van de problematiek wordt beschreven in termen van diagnoses maar ook naar hulpbehoefte. Bij somatische zorg vormen cerebrovasculaire aandoeningen de hoofdmoot, meer dan 40% van de eerste opname bij dagbehandeling van somatische patiënten en ongeveer een kwart van de opnamen in de somatische verpleeghuiszorg. Neurologische aandoeningen, waarvan vooral de ziekte van Parkinson belangrijk is vormen bij de dagbehandeling voor somatische zieken een tweede categorie. Een derde belangrijke categorie bij de dagbehandeling wordt gevormd door de locomotorische ziekten zoals verschillende vormen van artritis en artrose. Bij de verpleeghuiszorg bij somatische patiënten ziet men naast de cerebrovasculaire aandoeningen (inclusief late gevolgen) en neurologische aandoeningen ook patiënten met maligniteiten (ongeveer 10%), fracturen en status na heup-operatie (samen ongeveer 10%).

Bij de psychogeriatrische verpleeghuiszorg is het beeld veel monotoner. Bij eerste opname heeft bijna driekwart van de patiënten de diagnose 'dementie'. Het beeld voor de dagbehandeling is exact gelijk. Bij de somatische verpleeghuiszorg is er een zekere variëteit in de aandoeningen (meestal multiple aandoeningen); in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg is het 'koekoek een zang'.

De keuze tussen dagbehandeling of verpleging wordt blijkens de SIVIS-cijfers vooral bepaald door de hulpbehoevendheid van de patiënten. In de periode 1981 - 1990 is er een sterke stijging van de hulpbehoevendheid van patiënten geweest; vooral bij de psychogeriatrische verpleeghuiszorg.

Reden van ontslag

Van de 64.000 patiënten die in 1990 in verpleeghuizen zijn opgenomen wordt 45% definitief ontslagen waarvan in somatische verpleeghuizen de helft door overlijden en in psychogeriatrische verpleeghuizen 84% door overlijden. Eén op de vijf patiënten (27% bij somatische verpleeghuizen en 5% bij psychogeriatrische) gaat weer terug van het verpleeghuis naar de eigen omgeving terwijl van de somatische verpleeghuispatiënten 11% naar een bejaardenoord ging. Bij

dagbehandeling gaat bij somatisch patiënten ongeveer de helft na ontslag terug naar de eigen omgeving; bij psychogeriatrische patiënten onder dagbehandeling gaat 43% echter naar het verpleeghuis bij definitief ontslag.

Voor de periode 1986 - 1990 is deze verdeling betrekkelijk stabiel voor de somatische verpleeghuizen. Het terugsturen naar eigen omgeving na dagbehandeling neemt licht toe zowel bij de somatische als bij de psychogeriatrische dagbehandeling.

Wat de verblijfsduur betreft is er een groot verschil tussen patiënten van wie de reden tot ontslag overlijden is en patiënten die om andere reden worden ontslagen. De gemiddelde verblijfsduur in een somatisch verpleeghuis bij die laatste groep is een klein half jaar in somatische verpleeghuizen en tussen de 8 en 9 maanden bij psychogeriatrische verpleeghuizen. Bij overlijden als reden voor ontslag is de gemiddelde verpleegduur in de somatische verpleeghuiszorg ongeveer 20 maanden en de psychogeriatrische verpleeghuiszorg bijna 3 jaar. Deze cijfers zijn over de afgelopen 5 jaar betrekkelijk stabiel. Het enige dat opvalt is dat er een grote toename is van het aantal verblijfsduren minder dan 1 maand bij de psychogeriatrische verpleeghuiszorg. In 1986 was dit ongeveer 30% en dit liep op in 1989/1990 tot meer dan 45%.

Herkomst patiënten

Kijkt men naar de herkomst van de patiënten dan is bij de somatische verpleeghuiszorg een betrekkelijk stabiel percentage afkomstig uit de eigen omgeving (iets meer dan 20%) het aandeel van ziekenhuis neemt licht af van 66% naar 62%. Bij de psychogeriatrische verpleeghuiszorg zijn de ontwikkelingen dramatischer. Was in 1986 nog een derde van de patiënten afkomstig uit het ziekenhuis; in 1990 is dat gereduceerd tot een vijfde. Tegelijkertijd is het aandeel van patiënten uit de eigen omgeving gestegen van 30% naar 35%. Herkomst uit het bejaardenoord speelt bij de somatische verpleeghuiszorg eigenlijk nauwelijks een rol; bij de psychogeriatrische verpleeghuiszorg is 1 op de 5 patiënten uit het bejaardenoord afkomstig.

Bij de dagbehandeling is ongeveer 70% van de somatische patiënten uit de eigen omgeving afkomstig; dit cijfer is in 5 jaar tijd betrekkelijk stabiel gebleven terwijl het aantal patiënten afkomstig uit het bejaardenoord gestegen is van 11% naar 18% bij de psychogeriatrische dagbehandeling is er een lichte stijging van het aantal patiënten afkomstig uit de eigen omgeving.

Conclusie

In de verpleeghuiszorg is er een sterk contrast tussen de dagbehandeling voor somatisch zieken met de nodige variëteit aan aandoeningen en betrekkelijk korte verblijfsduur aan de ene kant en het psychogeriatrisch verpleeghuis aan

de andere kant. Dit laatste is een eindstation vooral voor hoogbejaarde vrouwen die gemiddeld meer dan 3 jaar op hun dood moeten wachten. De diagnose is dementie punt uit. Bij de somatische verpleeghuiszorg is er een grotere variëteit aan aandoeningen al zijn cerebrovasculaire accidenten en de late gevolgen daarvan een zeer belangrijk deel van de aangeboden problematiek. Er heeft zich de afgelopen jaren een belangrijke ontwikkeling in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg voorgedaan. Was in 1986 nog meer dan een derde afkomstig uit het ziekenhuis; in 1990 is dat percentage gedaald tot iets boven de 20%. De scherpere normen voor de zogenaamde verkeerde bed problematiek zullen hier debet aan zijn geweest. Het ziet er naar uit, omdat er gelijktijdig een stijging is van het aantal patiënten afkomstig uit de eigen omgeving dat de thuissituatie en de eerstelijns hulpverlening een belangrijk deel van deze problemen hebben moeten opvangen. De dagbehandeling vormt een, af te lezen uit de statistieken, succesvolle vorm van verpleeghuiszorg. Het vormt een brug tussen de thuissituatie en het verpleeghuis. En kennelijk wordt ook verblijf in het verpleeghuis regelmatig afgewisseld met dagbehandeling. De bejaardenoord spelen eigenlijk een betrekkelijk geringe rol in de patiëntenstromen rond de verpleeghuiszorg. De cijfers geven niet de indruk dat het bejaardenoord als schakel tussen thuissituatie en verpleeghuiszorg fungeert, het is eerder zo dat er een wisselwerking bestaat tussen eigen omgeving, dagbehandeling en verpleeghuiszorg, naast een circuit waarin ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg worden afgewisseld vooral bij somatische verpleeghuiszorg. De algemene indruk van de cijfers is dat vooral het psychogeriatrisch verpleeghuis een eindstation is en dat de dynamiek en de innovaties in de zorg zitten tussen thuissituatie, dagbehandeling en somatische verpleeghuiszorg. Uitwisseling tussen ziekenhuis en verpleeghuis is met name door een scherpere controle op de verkeerde bedden sterk afgenomen vooral in de psychogeriatrische verpleeghuiszorg.

WETENSCHAPSBEVORDERING VANWEGE DE KWALITEIT VAN VERPLEEGHUISZORG

R. Grol

Er is toenemende interesse waarneembaar in de kwaliteit van de zorg voor patiënten. Overheid, patiëntenorganisatie, verzekeraars en aanbieders van zorg hebben in 1990 afspraken gemaakt voor het opzetten van 'kwaliteitssystemen'. Dit impliceert onder meer het opstellen van richtlijnen voor goede zorg, het zich toetsbaar opstellen, de zorg inzichtelijk maken voor buitenstaanders en het ontwikkelen van een op kwaliteit gerichte attitude en deskundigheid. Ook in de verpleeghuizen zullen kwaliteitssystemen, oftewel een systematische en continue beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg, van de grond moeten komen.

Een proces van systematische kwaliteitsbevordering draagt, hoewel haar doelstelling anders is dan die van wetenschappelijk onderzoek, in belangrijke mate bij tot het ontwikkelen van een wetenschappelijk attitude bij de betrokkenen. Dit kan men zich als volgt voorstellen:

-De ontwikkeling van standaarden en richtlijnen voor goede zorg impliceert meestal een zorgvuldige analyse van beschikbare wetenschappelijke literatuur, waarbij men zich de vraag moet stellen wat de waarde, de rationaliteit, de kosten-effectiviteit van bepaalde handelingen is. Als onderzoeksgegevens ontbreken zal een systematische consensusprocedure uitsluitel moeten geven. Idealiter zal men de opgestelde richtlijnen kritisch op hun bruikbaarheid testen, alvorens ze in te voeren.

-Om de feitelijke kwaliteit van zorg te bepalen (werkt men volgens richtlijnen en wetenschappelijke inzichten) is een valide en betrouwbare gegevensverzameling nodig. Dit stelt (wetenschappelijke) eisen aan het meetinstrumentarium, de gegevensverzameling en de analyse van gegevens, opdat juiste conclusies worden getrokken.

-Om verbeteringen in de zorg aan te brengen is een goed doordachte interventie of programma nodig en een zorgvuldige evaluatie opdat men de verbetering ook werkelijk kan toeschrijven aan de interventie.

Systematische intercollegiale toetsing in het verpleeghuis, waarin aandacht wordt gegeven aan richtlijnontwikkeling, kwaliteitstoetsing en verbetering van de zorg, waar nodig, blijkt een waardevolle en effectieve methode van 'wetenschappelijke' kwaliteitsbevordering. Twee toetsingsgroepen van ver-

pleeghuisartsen in de regio Nijmegen hebben gedurende enkele jaren op deze wijze gewerkt. Er werden richtlijnen voor diabetes en urineweginfecties in het verpleeghuis opgesteld, het handelen bij obstipatie, het cathetergebruik en het instrumentarium werden getoetst, een instrument voor praktijkmanagement werd ontwikkeld en veranderingen in het voorschrijven van laxantia en het reinigen en desinfecteren van de handen werden gemeten. Tijdens de presentatie zullen enkele voorbeelden nader worden uitgewerkt.

WETENSCHAPSBEVORDERING EN PSYCHOGERIATRISCHE ZORG

H.F.A. Diesfeldt

Met de stelling dat een goede zorg aan patiënten in verpleeghuizen berust op de toegewijde en deskundige toepassing van verworven kennis, zal niemand moeite hebben. Maar voor de stelling dat wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen en door verpleeghuismedewerkers zelf uitgevoerd, in het directe belang is van de patiënten, krijgt men de handen niet zo gemakkelijk op elkaar. Nou ja, misschien nog wel wanneer zo'n uitspraak gedaan wordt tijdens een of ander symposium, even weg van de dagelijkse zorgen van het verpleeghuisbedrijf, maar wetenschappelijk onderzoek verdedigen in het verpleeghuis zelf, is nog steeds een heksentoe: onderzoek is moeilijk, het behoort niet tot de taken van het verpleeghuis, het zou veel kosten en weinig nut hebben. Kortom, wetenschappelijk onderzoek is in verpleeghuizen niet erg populair.

Waarom niet? Aan het programma van dit symposium te zien, gaat het kennelijk om geld. Als we nou maar iemand zouden weten die het allemaal wilde betalen, dan zou het met dat wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen wel snel goed komen.

Is dat wel waar? Ik denk dat ook hier geldt dat geld wel gemakkelijk is, maar niet gelukkig maakt. Of anders gezegd, geld is wel nodig, maar maakt nog geen wetenschap. Daarvoor is meer nodig: de overtuiging dat wetenschappelijk onderzoek het fundament is onder een goede verpleeghuiszorg, de verbeeldingskracht die tot goede onderzoeksvragen leidt, en de wil, het doorzettingsvermogen, en de kennis om systematisch te kunnen zoeken naar antwoorden.

Wetenschapsbevordering in verpleeghuizen is in hoge mate een kwestie van wat psychologen "attitude" noemen. Helaas heeft dit begrip door al te los gebruik in het welzijnsjargon veel van zijn zin verloren, maar in de oorspronkelijke betekenis is een attitude een relatief stabiel en samenhangend geheel van specifieke denkbeelden, gevoelens en bereidheid tot handelen ten opzichte van een onderwerp.¹ Zo wordt iemands attitude ten opzichte van wetenschappelijk onderzoek bepaald door de voorstellingen die hij daarbij heeft, door emotionele betrokkenheid en door feitelijk handelen in kwesties van wetenschappelijk onderzoek.

Hoe is de attitude opgebouwd van mensen die wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen een warm hart toedragen? Voorstanders van wetenschappelijk

onderzoek in verpleeghuizen hebben waarschijnlijk kennis van de resultaten van onderzoek, of lezen wetenschappelijke tijdschriften. Hun emotionele betrokkenheid berust op verwondering en nieuwsgierigheid, het verlangen te weten of onvrede met een bestaande situatie. Hun feitelijk handelen is gericht op wetenschappelijk onderzoek doordat zij het zelf uitvoeren of meewerken aan gunstige omstandigheden voor dergelijk onderzoek. Verklaarde tegenstanders van wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen ken ik niet, maar wel onverschilligen. Ze weten niets of weinig van wetenschappelijk onderzoek, houden de literatuur niet bij en lopen voor wetenschappelijk onderzoek niet warm. In hun attitude staat de emotionele component "op nul". Ze zullen er dus ook niet veel voor doen, ze zullen er ook niet veel van willen weten. "Daar wil ik niets van weten" is een uitdrukking in onze taal die mooi weergeeft hoe emotionele en cognitieve elementen samen een attitude bepalen. Naast voorstanders en onverschilligen, ken ik de "tobbers": zij zeggen wel te willen, maar niet te kunnen. Zij klagen: "er is geen tijd", "er is geen geld", "de ethische commissie zal wel niet meewerken", "verpleeghuispatiënten zijn niet geschikt voor onderzoek", "ik heb wel duizend patiënten nodig, maar hoe vind ik die?".

Als wetenschappelijk onderzoek vooral een kwestie van attitude is, zoals ik wil betogen, dan is wetenschapsbevordering dat ook. De vraag is dan hoe de attitude van mensen die bij de verpleeghuiszorg betrokken zijn zo kan worden beïnvloed dat wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen wordt gefaciliteerd.

Nu mogen we niet zonder meer aannemen dat iedereen die betrokken is bij het werk in verpleeghuizen een attitude heeft ten opzichte van wetenschappelijk onderzoek. Of met andere woorden, niet iedere verpleeghuismedewerker zal geïnteresseerd zijn in een discussie over dit onderwerp. Er zijn wel groepen aan te wijzen bij wie zo'n interesse verondersteld mag worden: directies, academisch opgeleiden, zoals verpleeghuisartsen en psychologen, en, in opkomst, de mensen die een universitaire studie verplegingswetenschappen hebben afgerond. Daarbij komt dat sinds enkele jaren ook in het hoger beroepsonderwijs de belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek toeneemt, waardoor verwacht mag worden dat ook van de paramedici in het verpleeghuis een stimulans uitgaat voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Overigens kan aan geen enkele groep bij voorbaat deelname aan de discussie over wetenschappelijk onderzoek worden ontzegd: patiënten niet, familieleden niet, en ziekenverzorgenden niet. Evenmin kan iemand op basis van zijn rol in de verpleeghuiszorg, patiënt of hulpverlener, een attitude over dit onderwerp worden ontzegd. Wel vind ik dat bepaalde medewerkers en verantwoordelijken voor de verpleeghuiszorg op zijn minst de plicht hebben om over wetenschappelijk onderzoek na te denken, of daaromtrent hun attitude te bepalen.

We dienen ons daarbij de volgende vragen te stellen (op verzoek van het comité dat dit symposium organiseerde, beperk ik me tot de psychogeriatric): is wetenschappelijk onderzoek nodig gegeven de taken die het verpleeghuis heeft voor psychogeriatrische patiënten? Wat is er tot nog toe door onderzoek voor deze patiënten bereikt? Wat zou er door onderzoek nog meer bereikt kunnen worden?

Is onderzoek nodig?

Deze vraag kunnen we pas beantwoorden wanneer we wat dieper ingaan op de aard van de psychogeriatrische zorgverlening. Dat is zorg die verleend wordt aan psychogeriatrische patiënten.

Wie zijn zij? Wie enige ervaring heeft met het werk van verpleeghuizen op dit gebied, weet dat de klantenkring zeer rijk geschakeerd is. Hij varieert van mensen van middelbare leeftijd tot hoogbejaarden, van de bezoekers van een polikliniek voor geheugenklachten tot de compleet hulpbehoevende, diep demente patiënten in de verpleeghuisbedden. Daarnaast valt een heel scala van psychogeriatrische problemen te onderscheiden, van depressie, achterdocht, vereenzaming en inactiviteit tot dementie in al zijn gevarieerde verschijningsvormen. In de afgelopen jaren zijn bovendien de voorzieningen in aantal en schakering toegenomen, zoals consultatie en advies door verpleeghuismedewerkers, dagopvang en groepsverzorging in verzorgingshuizen, dagbehandeling en interval-opname in verpleeghuizen, en het langdurige verblijf in verpleeghuizen op de onderscheiden afdelingen voor begeleidingbehoevende, verzorgingbehoevende en verplegingbehoevende bewoners. De aard en intensiteit van de zorgverlening varieert met de klachten en stoornissen van de patiënten. De invaliditeit die uit psychogeriatrische stoornissen kan voortvloeien is meestal zeer beperkend voor de direct betrokkenen, dat zijn de patiënten zelf en, in veel gevallen, verschillende mensen in hun naaste omgeving. De invaliditeit kan vele jaren, soms tientallen jaren, blijven bestaan, en is dus met recht chronisch te noemen. Zij veroorzaakt een permanente afhankelijkheid van intensieve hulp door anderen. De situatie in dergelijke algemene termen geschetst rechtvaardigt zonder meer dat we ons het volgende afvragen: Wat veroorzaakt de meestal ernstige invaliditeit die het gevolg is van psychogeriatrische stoornissen? Is ons hulpverleningsaanbod optimaal afgestemd op de gedifferentieerde zorgvragen? Kennen we die zorgvragen in al hun gedifferentieerdheid wel voldoende?

Dit lijken mij essentiële vragen, die niet zonder meer te beantwoorden zijn, en die daarom vragen om een systematische aanpak, waarin ervaringen geobjectiveerd worden, doelgericht verzameld, en tegen de achtergrond van bestaande

kennis of theorievorming worden geïnterpreteerd. Het zijn, kortom, brandende kwesties voor wetenschappelijk onderzoek.

Het huidige profijt van eerder uitgevoerd onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek kan het best naar waarde worden geschat door te bezien wat het tot nog toe heeft opgeleverd voor de zorg aan psychogeriatrische patiënten. Daarbij zijn globaal vier grote thema's van onderzoek te onderscheiden: diagnostiek, epidemiologisch onderzoek, vormen van behandeling en evaluatie van zorgvoorzieningen.

Diagnostische instrumenten

De toenemende vraag naar onderzoek van cognitieve functies bij oudere volwassenen stimuleert de ontwikkeling van diagnostische instrumenten. Het begin van deze ontwikkeling ligt in de verpleeghuiszorg. Aan het eind van de jaren zestig is de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten ontwikkeld (BOP).² Door middel van de BOP kunnen ziekenverzorgenden hun waarnemingen bij bewoners nauwkeurig en objectief registreren. Voor meer specifieke doeleinden zijn later nog andere vragenlijsten ontwikkeld, zoals de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) voor de inventarisatie van gedragspathologie, de Observatie Psychogeriatric (OPG) en de Beoordelingschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) voor gebruik in kleinschalige woonvoorzieningen, respectievelijk verzorgingshuizen.^{3 4 5 6} De BOP wordt in veel verpleeghuizen gebruikt, onder andere voor differentiatie van patiëntengroepen naar zorgzwaarte.⁷ In diverse verpleeghuizen waar voor alle bewoners de BOP stelselmatig is ingevuld, ligt een schat aan gegevensmateriaal dat ons veel zou kunnen leren over de ontwikkeling van hulpbehoevendheid, en over de duur van de hulpbehoevendheid in verschillende gradaties bij verpleeghuispatiënten.

De BOP is een gedragsobservatieschaal en niet bedoeld voor onderzoek van cognitieve functies. In het begin van de jaren zeventig werden in verpleeghuizen ook daartoe de eerste instrumenten ontwikkeld. Zo kwam de diaserie van Cahn en Diesfeldt tot stand die geschikt was voor psychodiagnostisch onderzoek van cognitieve functies, zoals geheugen, taal en waarneming bij hoogbejaarde patiënten.⁸ Dergelijk onderzoek is van grote waarde gebleken voor het vaststellen van een individueel patroon van beperkingen en intacte capaciteiten.⁹ De resultaten van het psychologisch onderzoek worden in de praktijk gebruikt voor een realistisch zorg- of activiteitenplan.

De methodieken van psychologisch onderzoek en systematische gedragsobservatie zijn voornamelijk ontwikkeld en toegepast in psychogeriatrische verpleeghuizen. In Nederland geldt de bijzondere omstandigheid dat er voor

somatisch zieken en psychogeriatrische patiënten gescheiden voorzieningen werden opgericht. Deze differentiatie was geen resultaat van wetenschappelijk onderzoek en had ook minder te maken met eigentijds Cartesiaans denken dan met historische ontwikkelingen in de gezondheidszorg voor chronisch zieken en de wijd verbreide angst voor "gekte". De psychiatrische patiënt was een categorie apart. Lang voordat er verpleeghuizen kwamen, waren er al grote psychiatrische inrichtingen die ook demente bejaarden huisvestten. De eerste psychogeriatrische verpleeghuizen moesten deze ziekenhuizen ontlasten. In Nederland ging, zeker in de beginjaren, het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van de psychogeriatric als zelfstandige discipline, gelijk op met de groei van de verpleeghuissector. Pas sinds enige jaren zien we dat ook enkele vakgroepen Psychiatrie aan Nederlandse universiteiten zich meer gaan aantrekken van de psychogeriatric. De scheiding tussen somatiek en psychogeriatric is, denk ik, niet slecht geweest voor de ontwikkeling van de psychogeriatric en de verpleeghuiszorg voor psychogeriatrische patiënten. De erkenning dat het hier om een specialisme gaat, werd erdoor vergemakkelijkt. Het onderscheid is echter kunstmatig wanneer men bedenkt dat veel psychogeriatrische patiënten een complex ziektebeeld vertonen met psychische, sociale, en beslist ook somatische determinanten. Omgekeerd roepen somatische patiënten vragen op die liggen op psychosociaal terrein en is het al te strikt doorvoeren van de scheiding tussen somatiek en psychogeriatric nadelig geweest voor de soepele uitwisseling van ervaringen rond de behandeling van complexe, meervoudig gedetermineerde geriatrische aandoeningen.

Epidemiologisch onderzoek

Verpleeghuizen zijn een belangrijke bron van gegevens voor epidemiologisch onderzoek. Een voorbeeld is de zeer informatieve reeks van SIVIS Jaarboeken van het Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg die in 1981 begonnen is. In 1990 deed al ruim 80% van alle verpleeghuizen mee, een mooi resultaat, maar ook een aanwijzing dat niet alle verpleeghuizen zelfs aan deze vrij elementaire vorm van wetenschapsbevordering bijdragen.

Wetenschappelijk onderzoek voor de evaluatie van de zorg

In het verleden zijn verschillende voorbeelden gepubliceerd van systematische reflecties op de zorgverlening in verpleeghuizen. Ik noem hier het onderzoek in Psychogeriatrisch Centrum Stadzicht te Rotterdam naar ongevallen-meldingen,¹⁰ onderzoek in Huize Joachim en Anna te Nijmegen naar beschermende maatregelen,¹¹ en studies naar neuroleptica- en diureticagebruik.^{12 13} Ook zijn nieuwe vormen van behandeling in het psychogeriatrisch verpleeghuis ontwikkeld en getest. Door medewerkers van de Stichting Verpleeghuizen Nederland

is het effect van cognitieve training voor het leren van namen bij gezichten onderzocht en zijn publikaties uitgebracht over zinvolle activering en behandeling van gedragsproblemen.^{14 15 16}

Dit is nuttig wetenschappelijk onderzoek waarvan niet alleen de onderzoekers en de instelling waaraan zij verbonden zijn, het nodige hebben geleerd, maar waarmee ook ieder ander zijn voordeel doet die via publikaties van de resultaten kennis neemt. Het verpleeghuis dat dergelijk onderzoek mogelijk maakt of zelfs financieel steunt, beantwoordt daarmee aan zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een goede patiëntenzorg. Of verpleeghuizen voor een goede patiëntenzorg, inclusief het wetenschappelijke onderzoek dat daartoe dient, voldoende middelen krijgen, is een andere vraag.

Evaluatie van voorzieningen

De vierde vorm van wetenschappelijk onderzoek waaraan verpleeghuizen hebben bijgedragen is die waarin de effecten van nieuwe voorzieningen, zoals dagbehandeling of groepsverzorging in verzorgingshuizen, zijn onderzocht.^{17 18} Discussies over de mogelijkheden van substitutie van verpleeghuiszorg, veranderingen in de zorgzwaarte van patiënten in verpleeghuizen, of veranderingen in de zorgzwaarte over de afgelopen jaren bij nieuw opgenomen patiënten worden nog te vaak gevoerd op basis van subjectieve impressies, en te weinig op basis van systematisch onderzoek van gegevens die via verpleeghuizen beschikbaar zouden kunnen komen.^{19 20}

Verwachte opbrengsten van uit te voeren wetenschappelijk onderzoek

Het onderzoek dat al kon worden uitgevoerd houdt de belofte in dat verpleeghuizen meer kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van kennis op het gebied van psychogeriatric en verpleeghuiszorg. Het is niet zo moeilijk om nieuwe vragen te bedenken waarop we graag een antwoord zouden weten.

Voor veel verpleeghuispatiënten is een zeer langdurige periode van zware invaliditeit onafwendbaar. Waarom is dat zo? Waarom wordt op deze groep mensen het begrip "functiestabilisering" toegepast?²¹ Dit is toch een merkwaardige term voor patiënten die bedlegerig zijn, contracturen hebben, niet meer rechtop in een stoel kunnen zitten, laat staan kunnen lopen. Ik denk dat veel meer onderzoek nodig is naar de oorzaken van progressieve en chronische invaliditeit dan nu gebeurt. De patiënten die dit aangaat, verblijven echter wel in verpleeghuizen, waar nu voor dit onderzoek nauwelijks plaats is.

Na de bouw golf van de jaren zeventig, zijn veel verpleeghuizen aan vernieuwing toe, worden verzorgingshuizen uitgebreid met dependances voor psychogeriatric, en worden nieuw te bouwen verpleeghuizen ontworpen. Een belangrijke

vraag voor onderzoek zou zijn hoe de gebouwde omgeving het best kan worden afgestemd op de wensen en noden van de toekomstige gebruikers.

Een ander voorbeeld heeft betrekking op de microstructuur van de zorgverlening. Enige jaren geleden probeerde een psycholinguïste fondsen te werven voor een onderzoek naar het taalgebruik tussen ziekenverzorgenden en verpleeghuispatiënten. Het onderzoeks idee was goed gefundeerd en er was al een publikatie van een origineel en veelbelovend vooronderzoek.²² Door gebrek aan middelen is van dit idee niets meer vernomen, hoewel het onderzoek de ziekenverzorgenden beter had kunnen toerusten voor haar taak en ons verder zou hebben gebracht op de weg van verbetering van de zorgverlening.

In alle verpleeghuizen verblijven wel een of meer patiënten die ernstig storend gedrag vertonen. Deze mensen hebben extra veel aandacht nodig van verzorgenden, voor wie de omgang met agressieve patiënten een zeer belastende taak is. Terwijl de zorgverlening, zo goed en zo kwaad als het kan, doorgaat, ontbreekt het aan systematisch onderzoek dat ons zou kunnen leren welke benaderingswijzen (psychologisch, gedragsmatig of farmacotherapeutisch) effectief zijn bij welk type storend gedrag.

Dit zijn maar enkele voorbeelden van thema's uit de verpleeghuiszorg die dringend vragen om meer wetenschappelijk onderzoek. Met deze voorbeelden heb ik ook willen laten zien dat onderzoek geen esoterische onderneming is die zich ver van de dagelijkse zorgpraktijk afspeelt. Integendeel, onderzoek is de basis voor een goede zorgverlening en stimuleert de ontwikkeling daarvan.

Verpleeghuizen en wetenschapsbevordering

Medewerkers in de verpleeghuiszorg hebben de plicht om iedere patiënt naar lichaam en geest zo goed mogelijk te behandelen. Hebben we niet ook de plicht om van iedere patiënt zoveel mogelijk te leren, zodat volgende patiënten beter kunnen worden behandeld?

Wie wil leren, zal moeten onderzoeken, of op zijn minst aan dergelijk onderzoek zoveel mogelijk zijn medewerking moeten verlenen. Roepen dat het onderzoek maar "door de universiteit" gedaan moet worden of "door de overheid", ontslaat ons niet van de verantwoordelijkheid die we zelf hebben voor een zo hoog mogelijke kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien houdt wijzen naar anderen die "iets zouden moeten doen" of iets zouden nalaten, een miskennis in van de mogelijkheden om in het verpleeghuis zelf, door medewerkers van het verpleeghuis, goed onderzoek te laten uitvoeren. Wie in een verantwoordelijke positie in de verpleeghuiszorg hiervoor onverschillig blijft, erkent impliciet dat de status quo wel voldoet, dat verdere vooruitgang niet nodig is, of dat hij zich daarvoor in het geheel niet hoeft in te spannen. Die doet de psychogeriatrische patiënt uiteindelijk een slechte dienst.

Samenvatting

Wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen is voor de ontwikkeling en instandhouding van een goede patiëntenzorg noodzakelijk. Psychogeriatrische stoornissen leiden veelal tot een zeer grote hulpbehoefte. Ons inzicht in oorzaken en ziekteverloop is onvoldoende om langdurige en volledige invaliditeit te voorkomen. Niettemin is er door onderzoek in verpleeghuizen reeds veel bereikt. Er zijn diagnostische instrumenten ontwikkeld, verpleeghuizen werken mee aan epidemiologisch onderzoek, ontwikkelen nieuwe vormen van behandeling en onderzoeken de kwaliteit van de zorg. Belangrijke thema's van onderzoek in de komende jaren zijn preventie van chronische en totale invaliditeit, de ontwikkeling van bijzondere woonvormen voor psychogeriatrische patiënten en de behandeling van cognitieve- en gedragsstoornissen.

1. Krech D, Crutchfield RS, Ballachey EL. Individual in society: A textbook of social psychology. New York: McGraw-Hill, 1962.
2. Kam P van der, Mol F, Wimmers MFHG. Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1971.
3. Verstraten PFJ, Eekelen CWJM van. Handleiding voor de GIP: Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987.
4. Duine TJ. De validiteit van een nieuwe psychogeriatrische gedragsobservatieschaal (OPG) voor toepassing in verpleeg- en verzorgingstehuizen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1991; 22: 228-233.
5. Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der, Bronts PAJM. Handleiding voor de BPS: Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale Problemen in het verzorgingshuis. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
6. Diesfeldt H. Gerichte aandacht voor de psychogeriatrische patiënt: Observeren van gedrag met observatieschalen. Denkbeeld: Tijdschrift voor Psychogeriatric 1991; 3: 4-8.
7. Kam P van der, Hoeksma BH. De bruikbaarheid van BOP en SIVIS voor het schatten van de werklust in het psychogeriatrisch verpleeghuis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1989; 20: 159-166.
8. Diesfeldt HFA. Psychologisch onderzoek van psychogeriatrische patiënten volgens de methode van Cahn en Diesfeldt. Laren: Stichting Verpleeghuizen Nederland, 1987.
9. Diesfeldt HFA. Impaired and preserved semantic memory functions in dementia. In: L. Bäckman (Editor), Memory functioning in dementia. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1992, p. 227-263.
10. Meulenbergh OGRM, Dijk PTM van, Sande HJ van de, Habbema JDF. Vallen en opstaan in een psychogeriatrisch verpleeghuis: Twee jaar Meldingsformulier Incidenten Bewonerszorg. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1991; 22: 216-220.
11. Koopmans RTCM. Beschermende maatregelen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1991; 22: 45-50.

12. Willekens-Bogaers MAJH, Smits GWJM. Neuroleptica in de psychogeriatric: Evaluatie van een behandelvoorstel. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1990; 21: 99-107.
13. Koopmans RTCM, Gribnau FWJ. Langdurige diureticumbehandeling bij verpleeghuisbewoners. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1988; 19: 55-60.
14. Diesfeldt HFA, Smits JCWA. Gezichten krijgen namen: Een cognitieve training voor psychogeriatrische patiënten voor het onthouden van namen en gezichten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1991; 22: 221-227.
15. Berg M van den, Diesfeldt H. Doet u mee? Gezelschapsspelen en gesprekstof voor ouderen. Nijkerk: Intro, 1991.
16. Diesfeldt H (red.). Psychogeriatric in praktijk. Nijkerk: Intro, 1991.
17. Moerkens R, Diesfeldt H, Haan S de. Drie jaar groepsverzorging in vier Westfriese verzorgingstehuizen: Systematische evaluatie. Laren: Stichting Verpleeghuizen Nederland, 1992.
18. Diesfeldt HFA. Psychogeriatric day care outcome: A five-year follow-up. International Journal of Geriatric Psychiatry 1992; 7: 673-679.
19. Frijters DHM, Diets A, Ribbe MW. Verpleegbehoefte van verpleeghuispatiënten in grote steden geen verklaring voor hogere werkdruk personeel. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1992; 23: 21-25.
20. Loo EH van, Roelofs CAJ, Diesfeldt HFA. Veranderingen in hulpbehoefte bij patiënten in een psychogeriatrisch verpleeghuis, bij eerste opname en op peildata. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1990; 21: 61-66.
21. Verpleeghuizen op de zorgmarkt: Een handreiking voor een inhoudelijke plaatsbepaling. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1992.
22. Wilde I de, Bot K de. Taal van verzorgenden tegen ouderen in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1989; 20: 97-100.

WETENSCHAPSBEVORDERING VANWEGE MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

H.J.M. Cools

Waarom wetenschappelijk onderzoek in verpleeghuizen?

Er zijn drie algemene drijfveren om wetenschap te beoefenen:

- nieuwsgierigheid (Wat zijn de feiten en hoe zit het in elkaar?),
- kwaliteitsbevordering (Hoe kan het beter?) en
- overdracht van kennis en handelen (Hoe vertellen wij het elkaar en onze opvolgers?).

In het verpleeghuis zijn hiermede vele beroepsbeoefenaren van diverse beroepsgroepen voor zichzelf en gezamenlijk op verschillende manieren bezig: zij beroepen zich op ervaring, op gezag, op "gezond verstand", op hiërarchische uitspraken, op (selectieve) kennis van de literatuur en maar weinig op resultaten van deugdelijk toegepaste wetenschap. Sommigen onderscheiden gemakshalve 'quick and dirty' onderzoek: zij bedoelen dan onwetenschappelijke methoden, voorzien van een wetenschappelijk vleugje. Als redenen worden hiervoor vaak genoemd: de prijs (wetenschappelijk onderzoek heeft de naam duur te zijn), de benodigde tijd, onwetendheid (wat koop je eigenlijk?) en ongeschooldheid (hoe bedrijf je wetenschap?); ook zou het niet altijd nodig zijn alles nauwkeurig te peilen.

De meesten zijn - naast de dagelijkse zorgverlening - bezig met kwaliteitsbevordering: zij moeten het niet alleen beter doen (kwaliteitseisen) maar willen het ook zelf (kwaliteitswensen). Anderen dragen kennis en handelen over in het kader van scholing; veel verpleeghuizen dragen bij aan MBO-, HBO- en universitaire opleidingen, en het personeel wisselt nu eenmaal veel in verpleeghuizen. Om deze kwaliteitsbevordering en scholing doelmatig te laten verlopen, gebruikte men deugdelijke methoden. Een dergelijke toepasbare wetenschap steunt op en ondersteunt het beroepsmatig handelen en maakt daarbij gebruik van basis- en hulpwetenschappen.¹

Wie is de wetenschappelijk onderzoeker?

Aan verpleeghuiszorg wordt inhoud gegeven door beroepsbeoefenaren van lager onderwijs en tevens middelbaar, hoger en/of universitair onderwijs. Hoewel niet voorbehouden aan academici, wordt wetenschappelijk onderzoek wel vooral door hen verricht. Het kan gaan om wetenschappers van buiten het verpleeghuis, zorgverleners zelf en een combinatie.

Verpleeghuiszorg is interdisciplinair van aard: vele beroepsgroepen geven planmatig gestalte aan het zorgplan voor de patiënt. Toegepaste wetenschap kan een onderdeel van deze zorg beogen, maar beïnvloedt tegelijk andere onderdelen van de zorg; dit geldt op het terrein van de doelstelling, de vraagstelling, de methode, de conclusie en de aanbeveling. In het verpleeghuis is vooral behoefte aan interdisciplinaire wetenschapsbeoefening: men zoekt immers een geïntegreerde probleemoplossing. Daartoe draagt elke beroepsgroep de eigen kennis aan maar wordt het probleem daardoor nog niet monodisciplinair benaderd; een interdisciplinaire benadering is immers niet de optelsom van vele monodisciplinaire zienswijzen.²

Universitair geschoolden kan men via postacademisch onderwijs scholen in de wetenschappelijke onderzoekstechniek. Een onderzoeker hoeft niet alle wetenschappelijke instrumenten voldoende te beheersen: ook in de wetenschap bestaan specialisten die men kan raadplegen en met wie men kan samenwerken.

HBO-ers kan men met behulp van post-HBO onderwijs enthousiast maken voor verdieping van de eigen kennis en voor wetenschappelijke onderzoeksmethoden. MBO-ers kan men raadplegen tijdens het formuleren van vraagstellingen, hen betrekken bij de gegevensverzameling en hen sturen bij de invoering van de onderzoeksresultaten.

Hoe te kiezen binnen het studieterrein

Het bevorderen van toepasbare wetenschap in verpleeghuizen is een kunst van 'interdisciplinair formuleren' en van het 'beperken van doel- en vraagstelling'. Ieder probleem is immers complex, de zorg ervoor interdisciplinair en de gedachte aan een alomvattende definitieve oplossing simplistisch. Men kan daartoe in het verpleeghuis een manier van werken bevorderen waarvan voortdurende onderbouwing met kleine stappen een onderdeel vormt.

In het verpleeghuis is natuurwetenschappelijk zoeken naar de oorzaak van de ziekte(n) beperkt relevant en weinig doelmatig; er is meer behoefte aan kennis die kan worden toegepast in de daadwerkelijke zorg. Specifieke kenmerken van deze zorg kunnen worden ontleend aan het selectieproces dat de patiënten hebben ondergaan en aan het feit dat niet alleen de patiënt zelf maar de hele mantel en beroepsmatige thuiszorg om ondersteuning vraagt. Niet zozeer de optelsom als wel de wisselwerking van de vele verschijnselen van ziekten, stoornissen, beperkingen en handicaps beïnvloedt de prioriteitstelling van de zorg.

Welke methoden?

In geval van interdisciplinaire zorg moet vakkundige beroepsuitoefening onderscheiden worden van het theoretisch funderen van de specifiek aan dat beroep verbonden deskundigheid; iedere beroepsbeoefenaar heeft immers niet alleen kennis van het eigen maar ook van andermans handelen nodig.³ Een interdisciplinair model van onderzoek doorkruist de onderzoekstradities van de verschillende basis- en hulpwetenschappen. Tal van moeilijkheden zijn het gevolg. Toch is de weg hetzelfde:

Toepasbaar onderzoek in de verpleeghuiszorg gaat uit van concrete problemen, waarmede het multidisciplinaire zorgteam wordt geconfronteerd. Voor deze problemen worden wetenschappelijke oplossingen verlangd: het concrete probleem moet dus eerst in een wetenschappelijk probleem worden vertaald. Daartoe kan men het beste vakkundige beroepsbeoefenaren en wetenschappers bijeen brengen. De Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen bevordert daartoe naast universitaire verpleeghuisartsgeneeskunde ook wetenschappelijke verpleeghuiskunde.

In het contact tussen wetenschappers en vakkundige beroepsbeoefenaren kan per probleem van gedachte worden gewisseld omtrent de vertaling van de praktijk in een wetenschappelijk probleem, de keuze van het meetinstrument, de wijze van vastlegging en verwerking van de gegevens, en de vertaling van de wetenschappelijke conclusie in een praktijkoplossing.

Waar nog niets is en de noodzaak tot een start bestaat, dient niet het resultaat voorop te staan maar het leerproces om tot resultaat te komen. Daartoe kan in een verpleeghuis het beste worden gestart met toepasbaar wetenschappelijk leer-onderzoek.⁴

Tijdens beroepsopleidingen wordt hier in toenemende mate een beperkte tijd voor ingebouwd. Het is daarnaast belangrijk de aanzienlijke groep zorgverleners die hun opleiding al geruime tijd achter de rug hebben, na te scholen. Directies van verpleeghuizen kunnen hen duidelijk maken dat het hierbij niet gaat om "te weinig tijd" maar om "prioriteit".

Referenties

1. Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. Rijksuniversiteit Utrecht, 1981. Proefschrift
2. Heynsdijk J. De interdisciplinaire benadering in wetenschapsbeoefening en wetenschapstoepassing. Rotterdam, 1970.
3. Spreeuwenberg C. Naar de ontwikkeling van een wetenschappelijke discipline huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1979;22:162-4.
4. Vandenbroucke JP. Recept voor een klinisch-wetenschappelijk leeronderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1989;133:34-8.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN EN DOOR VERPLEEGHUIZEN

H.C.F. Straus

De invloed op en financiering van verpleeghuiswetenschap door de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg. Dat zou - als ik het programma goed gelezen heb - het thema van mijn inleiding moeten zijn.

Om niet op voorhand en ten onrechte verwachtingen te wekken omtrent een mogelijke rol van de NVVz als financier van verpleeghuiswetenschappelijk onderzoek, heb ik de titel van mijn inleiding gespecificeerd tot "Wetenschappelijk onderzoek in en door verpleeghuizen, een visie van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg".

Binnen de sector verpleeghuizen wordt al veel aan onderzoek gedaan. Dat onderzoek kan gekarakteriseerd worden als toegepast wetenschappelijk van aard, maar beperkt zich vaak tot onderzoek naar en rondom zorgstructuren.

Toegepast wetenschappelijk onderzoek wordt verricht volgens wetenschappelijke methoden. De onderzoeksresultaten en de wijze waarop die zijn verkregen moeten door het wetenschappelijk forum getoetst kunnen worden aan criteria en standaarden die door dit forum zijn aanvaard.

Toegepast wetenschappelijk onderzoek wordt echter nadrukkelijk verricht met een buitenwetenschappelijk doel. Ofschoon ook aan deze vorm van onderzoek de wetenschappelijke eis van generaliseerbaarheid mag worden gesteld, wordt de geldigheid en de waarde van het onderzoek gerelativeerd door plaats en tijd.

In de verpleeghuissector wordt beoogd om door middel van toegepast wetenschappelijk onderzoek inzichten te verwerven die hetzij beleidsonderbouwend, hetzij managementondersteunend kunnen zijn.

Van beleidsonderbouwend onderzoek kan worden gesproken wanneer met behulp van langs wetenschappelijke weg verworven inzichten door beleidsinstanties - bijvoorbeeld de overheid of koepelorganisaties - beleid kan worden gevormd, bijgesteld of geëvalueerd. Onder beleid wordt in deze omschrijving verstaan: het formuleren van beleidsdoelstellingen en de keuze van middelen om deze doelstellingen te bereiken.

Managementondersteunend is onderzoek waarvan de inzichten bijdragen aan de rationaliteit van het besluitvormingsproces op instellingsniveau.

De NVVz heeft met beide varianten van toegepast wetenschappelijk onderzoek ervaring: als opdrachtgever tot onderzoek, als gebruiker van onderzoeksresultaten en in de symbiose met een instituut dat met name beoogt dergelijk onderzoek te verrichten: het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Als koepelorganisatie die belangenbehartiging, beleidsbeïnvloeding en beleidsvorming en ook ledenondersteuning tot zijn taken rekent, mag van de NVVz gevraagd worden dat zij de totstandkoming van daartoe relevante inzichten bevordert. Dat is van levensbelang voor een sector die vernieuwend bezig wil en moet zijn - gelet op de veranderingen die zich voltrekken zowel aan de kant van de zorgvraag als in het krachtenveld van aanbieders, verzekeraars en overheid.

Tot voor kort kreeg deze betrokkenheid met name gestalte via de financiële (automatische) bijdragen aan de activiteiten van het NZi. Was er in het verband van de NZR en de daaronder ressorterende secties sprake van een substantiële, maar weinig gerichte financiering, met de federatievorming treden de verenigingen veeleer in de rol van betalende afnemer dan die van financier, waardoor een meer gerichte sturing mogelijk is.

Binnen het toegepast wetenschappelijk onderzoek, onderscheidt men het zorginhoudelijke en zorgstructurele onderzoek. Ofschoon ik mij ervan bewust ben dat concrete onderzoeksprojecten niet altijd eenduidig te karakteriseren zijn, acht ik het onderscheid voor het thema van deze inleiding wel relevant.

Met het zogenaamde zorginhoudelijke onderzoek heeft onze vereniging nog weinig ervaring en de betrokkenheid bij dit onderzoek is tot nu toe dan ook nog zeer beperkt. Dat weerspiegelt wellicht de situatie binnen de sector. Men zou ook kunnen redeneren dat deze vorm van onderzoek binnen de sector nog niet tot ontwikkeling is gekomen omdat het aan de aandacht van de NVVz is ontsnapt, maar waarschijnlijk eis ik dan teveel eer op voor zo'n jonge vereniging.

Of de NVVz een rol dient te spelen bij het bevorderen van zuiver wetenschappelijk onderzoek is voor mij overigens nog een vraag waar ik zo dadelijk op terug kom.

Zorginhoudelijk onderzoek is gericht op het verwerven van fundamenteel inzicht in processen en beoogt grensverleggend te zijn met betrekking tot de gangbare theorie. De waarde van de onderzoeksresultaten wordt in beginsel niet gerelativeerd door tijd en plaats, want dit onderzoek streeft algemene geldig-

heid na. Met zorginhoudelijk wetenschappelijk onderzoek worden niet direct buitenwetenschappelijke doelen nagestreefd, zij het dat de resultaten van buitengewoon veel belang kunnen zijn voor het dagelijks leven of - om binnen de sector te blijven - voor het dagelijks zorgproces. Dat vereist echter - simpel gezegd - een vertaalslag die veelal in het toegepast wetenschappelijk onderzoek wordt gemaakt. Als zodanig legt het zorginhoudelijk onderzoek dus de fundamenten voor o.a. zorgstructureel onderzoek. Derhalve is het belang van deze vorm van onderzoek onmiskenbaar voor een sector die het behave van zorgzaamheid en aandacht voor patiënten ook moet hebben van hooggekwalificeerde arbeid die stoelt op een breed en diep inzicht in de stoornis van de patiënt, de interactie met de sociale omgeving, de effecten van verpleging en behandeling, de organisatorische inkadering van de zorg.

Mijn indruk is dat het zorginhoudelijk onderzoek tot nu toe beperkter heeft bijgedragen aan inzichtverbreding en -verdieping op het terrein van de verpleeghuiszorg dan wenselijk is. De geriatrie is zonder twijfel een wetenschappelijke discipline en voor ons veld een relevante en waardevolle. Het probleemgamma in de verpleeghuiszorg is echter breder dan het terrein dat door de geriatrie wordt bestreken: de lichamelijke en psychische gevolgen van veroudering.

Het aandachtsgebied van de verpleeghuiszorg omvat immers:

- de status van de patiënt: fysiek en psychisch
- de status van diens sociale omgeving
- de interactie tussen beiden
- de medische diagnose en behandeling
- verpleging, verzorging en begeleiding
- de paramedische therapie

Dominante kenmerken in het aandachtsgebied zijn de complexiteit van de problematiek (weergegeven in de eerste drie gedachtenstreepjes) en de multidisciplinariteit van het zorgproces (weergegeven in de laatste drie gedachtenstreepjes).

Het zorginhoudelijk onderzoek dat zich met name op deze samenhang richt moet nog van de grond komen, dunkt mij. En dient bevorderd te worden, naar mijn mening.

Waar moet dit onderzoek verricht worden?

In elk geval in het verpleeghuis: de daar verblijvende patiënten en de daar gegeven zorg vormen immers object van onderzoek. Bedacht moet worden echter, dat experimenteel patiëntgebonden onderzoek naast wetenschappelijke

deugdelijkheid en relevantie tevens getoetst dient te worden op ethische verantwoordbaarheid. Directies van verpleeghuizen hebben naar mijn mening een belangrijke taak bovenstaande af te wegen wel of niet met ondersteuning van een ethische commissie binnen de instelling.

Maar niet alleen in verpleeghuizen dient onderzoek plaats te vinden. Er dient ook kennis verzameld te worden over omstandigheden die vooraf gaan aan de verpleeghuisopname, (mede) oorzaak zijn van stoornissen waarmee men in het verpleeghuis wordt geconfronteerd en die als zodanig niet in het verpleeghuis herkenbaar zijn. Het kan voorts van belang zijn om kennis te nemen van therapieën die niet in een verpleeghuis (kunnen) worden gegeven (maar wel bijvoorbeeld in het ziekenhuis).

Door wie dient dit onderzoek verricht te worden?

Het is naar mijn mening van belang dat de wetenschappelijk geschoolde staf (arts, psycholoog) van het verpleeghuis nauw betrokken wordt bij de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek dat aldaar wordt verricht. Zij hebben tot primaire taak de randvoorwaarden waarbinnen het onderzoek plaats dient te vinden - mede met het oog op het welzijn van de betrokken patiënten - te bewaken. Bovendien kan hun kennis en ervaring een waardevolle bijdrage leveren aan de uitkomsten van het onderzoek zelf.

Dat betekent naar mijn mening niet dat het primaat voor het initiëren en verrichten van zorginhoudelijk onderzoek ook bij het verpleeghuis of bij de staf van het verpleeghuis behoort te liggen.

Naar mijn mening behoort het primaat aan de instellingen die met name zijn belast met het verrichten van toegepast wetenschappelijk onderzoek: de universiteiten. Recent zijn aan twee universiteiten leerstoelen verpleeghuisgeneeskunde ingesteld en bekleed en zijn vakgroepen verpleeghuisgeneeskunde opgericht. Deze vervullen een zeer belangrijke functie bij het opleiden van verpleeghuisartsen. Ze hebben naar mijn mening ook een belangrijke taak bij het initiëren en verrichten van zorginhoudelijk onderzoek op het terrein van de verpleeghuiszorg.

Ik heb zojuist al aangegeven dat dit terrein niet exclusief medisch is, maar meerdere aspecten en disciplines met elkaar in samenhang brengt. Aangezien dat nu juist ook de meerwaarde van de verpleeghuisgeneeskunde is, lijkt de rol van aanjager van deze vorm van onderzoek op het gebied van de verpleeghuiszorg de betreffende vakgroepen goed te passen.

Indien zij deze rol willen gaan vervullen lijkt het mij raadzaam dat de vakgroepen structurele samenwerking zoeken met een aantal verpleeghuizen dat bereid, in

staat en geschikt is om met betrekking tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek een facilitaire rol, zoals hiervoor beschreven, te vervullen.

Wie moet dit onderzoek financieren?

De NVVz wil in dit opzicht vooralsnog een terughoudende rol spelen. Zoals reeds gezegd richt zij zich voor wat betreft de initiëring en financiering van onderzoek met name op het terrein van het onderzoek naar en rondom zorgstructuren. De vraag of het bevorderen van zorginhoudelijk onderzoek een taak van de vereniging zou moeten zijn (en zo ja met welke middelen) ligt thans nog voor in de discussie over de strategie van de vereniging, zoals die thans in het veld wordt gevoerd.

Financiële impulsen voor de ontwikkeling van dit onderzoeksgebied verwacht ik primair van de overheid in casu het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen tot wier taken het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek behoort. Dat betreft in de eerste plaats de financiering van de onderzoekscapaciteit en de kosten van uitvoering van onderzoek. Indien instellingen een facilitaire rol gaan spelen dienen ook daarvoor door de overheid middelen te worden vrijgemaakt.

WETENSCHAPSBEVORDERING IN VERPLEEGHUIZEN IN EIGEN BEHEER

M.J. Valk

De keuze van het thema voor dit symposium zou kunnen doen vermoeden, dat althans de organisatoren niet tevreden zijn met hetgeen tot dusverre op dit terrein wordt gepresteerd.

Uit de bijdragen van de talrijke sprekers op deze dag zal wellicht blijken of dit waar is of juist niet.

Toegegeven de beperktheid van mijn waarnemingen heb ik in ieder geval de stellige indruk, dat het wetenschappelijk onderzoek, gericht op onze sector en de direct aanpalende zorgterreinen, de laatste jaren sterk is toegenomen.

Als onversneden aanhanger van de NZf en wat daarbij hoort wijs ik op de vele activiteiten van het NZi.

De draai nemend naar het mij toegedachte deelthema "In eigen beheer" merk ik op, dat veel van dit NZi-onderzoek werd en wordt uitgezet door de Vereniging voor Verpleeghuiszorg. Aan de kosten ervan wordt door alle verpleeghuizen via de contributie bijgedragen.

Voor grootscheepse activiteiten op eigen kracht schieten de budgettaire mogelijkheden van de afzonderlijke instellingen natuurlijk te kort. In samenwerking zijn we echter tot heel wat in staat. Het gezamenlijk budget van de verpleeghuizen beloopt een kleine 5 miljard. Eén promille daarvan is 50 miljoen.

De samenwerking behoeft niet louter landelijk te worden georganiseerd. De draagvlakvergroting kan ook zijn gebaseerd op regionale samenwerking of op gemeenschappelijke interesses van gelegenheidscombinaties.

Voorts zijn er soms verrassende mogelijkheden om middelen uit externe bronnen te verkrijgen: de overheid, de universiteiten en onderzoeksinstituten, diverse fondsen van meer particuliere aard.

Ook voor de individuele instelling is en blijft een taak weggelegd. Te veel projecten worden opgezet, te veel veranderingen doorgevoerd zonder vol-

doende reflectie vooraf en/of evaluatie achteraf. In het kader van de kwaliteitsbevordering is onderzoek van het eigen handelen onmisbaar en zelfs van levensbelang. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld de effectiviteit van substitutieprojecten.

Dat moet een vast aandachtspunt zijn in het beleid, waarvoor continu een plaatsje binnen het budget wordt ingeruimd. Het behoeft daarbij niet om zeer grote bedragen te gaan, met enkele tienduizenden guldens per jaar is men reeds tot zeer veel in staat. Een dergelijk bedrag moet en kan worden vrijgemaakt.

Investeer dat geld niet uitsluitend in de hobby's van een enkeling, maar ontwikkel er een meer algemene onderzoeksgeneigdheid en bereidheid mee. Koers daarbij in de richting van een meer-jarenprogramma en haal relaties aan met universiteiten en onderzoeksinstituten.

De Vereniging "Het Zonnehuis" verkeert in de gelukkige omstandigheid, dat op centraal niveau en uit eigen middelen f 100.000,- per jaar kan worden vrijgemaakt voor onderzoek. De besteding ervan blijft overigens niet beperkt tot onderzoek in en door de eigen huizen. Met deze middelen wil de Vereniging een algemeen maatschappelijke functie vervullen, maar daarnaast zeker ook de onderzoeksgeneigdheid in de eigen huizen aanwakkeren en ondersteunen.

Omtrent de werkwijze en praktijk zal ik een en ander vertellen.

DE FINANCIERING VAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN VERPLEEGHUIZEN DOOR STICHTINGEN EN FONDSEN

J.J.A.H. Klein Breteler

Nederland is een in vele opzichten uniek land. Waar vind je op deze wereld een land met zoveel stichtingen en verenigingen, die actief zijn met de ondersteuning van het particulier initiatief op het gebied van welzijn, gezondheidszorg en andere maatschappelijk relevante aandachtsvelden. Alleen al het grote aantal organisaties, die op dit symposium spreken onderstrepen dit. Ik doe dit ook. Mijn opdracht is u te informeren over de mogelijkheden, die stichtingen en fondsen kunnen bieden om onderzoek te ondersteunen door bij te dragen in de financiering er van. Persoonlijk heb ik zitting in drie stichtingen, die op dit gebied actief zijn, zij het op verschillende doelgebieden en met kleine en grote budgetten, te weten:

1. Stichting Alcoholfonds te Zeist. Deze stichting stimuleert onderzoek naar de effecten van het gebruik van alcohol en drugs. Dit fonds heeft een vermogen van enkele tonnen.
2. Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg te Bunnik (STOOM). Dit fonds steunt, zoals de naam al aangeeft niet alleen onderzoek doch ook ontwikkelingen op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg. Dit is een fonds met een vermogen van 13 miljoen en een jaarlijks te besteden budget van 1 miljoen.
3. Stichting Seinpost te Utrecht. Deze stichting heeft het vermogen overgenomen van de toenmalige Federatie van Verpleeghuizen (c.q. de koepel van Protestants/Christelijke Verpleeghuizen), bij de oprichting van de NZR in 1972. Deze stichting heeft tot het begin van de tachtiger jaren een vakantiecomplex gefinancierd bij IJmuiden, waar onder andere thans de naam nog is van afgeleid. Gezien het feit, dat de behoefte aan deze voorziening drastisch afnam is de doelstelling inmiddels gewijzigd tot een stichting, die wetenschappelijk onderzoek in de sector verpleeghuiszorg wil ondersteunen. Dit fonds heeft ongeveer drie ton ter beschikking. Thans vindt overleg plaats met de Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen, één van de initiatiefnemers van deze conferentie, om de krachten te bundelen. Later in dit programma komt deze stichting nog ruim aan bod.

Het behoeft m.i. geen lang betoog, dat met name het onderzoek in de verpleeghuissector nog weinig volwassen is. Dit zal met name wel te maken

hebben enerzijds met het feit, dat deze sector nog relatief jong is, gezien de invoering van de AWBZ in 1968 en anderzijds wellicht in de publiciteit als "care-sector" minder aandacht heeft in vergelijking met de zgn. "cure-sector". De laatste tijd is dit overigens drastisch aan het veranderen. Dit mag ook wel, als we bedenken welke effecten de vergrijzing heeft in de samenleving en het financiële volume van ± 4,5 miljard gulden, welke thans aan deze zorg wordt uitgegeven. In dit kader ligt het voor de hand, dat de mogelijkheden om wetenschappelijk onderzoek te stimuleren het tij mee heeft of zal gaan krijgen. Beter mogelijken voor fundraising voor wetenschappelijk onderzoek lijken dan aanwezig. Het is derhalve relevant om u enig inzicht te geven hoe fondsen, welk onderzoek financieren, hiermee omgaan en hoe zij werken.

Ik zal mij hierbij tot de hoofdzaken beperken.

Eerst wil ik kort ingaan op het karakter van fondsen. We onderscheiden in Nederland vier categorieën. Op de eerste plaats zijn dat de zogenaamde "collecte-fondsen". Voorbeelden hiervan zijn: Koningin Wilhelminafonds, Prins Bernhardfonds, Leprafonds, Nederlandse Hartstichting. Dit zijn fondsen die gevoed worden uit collectes in de samenleving. Deze fondsen zijn lid van een koepel, die in samenspraak met het Ministerie van Justitie, een jaarlijks collecteplan opstellen. Hierdoor wordt voorkomen, dat er meerdere collectes tegelijk plaats vinden. Ieder fonds probeert uiteraard op een gunstige plaats op de kalender te komen (bijvoorbeeld niet in vakantietijd of Sinterklaas of Kerstmis). Alhoewel weer een ander fonds (Leger des Heils) juist rond Kerstmis zijn zwaartepunt heeft. Daarnaast worden deze fondsen nog gevoed uit lotto/toto en loterijen (A.L.N., Hitbingo).

Een tweede categorie fondsen zijn fondsen, die door het bedrijfsleven worden ingesteld vanwege imago en/of marketingconcepten (een beroemd fonds is hiervan het Van Leerfonds en Perry v.d. Karfonds).

Een derde categorie zijn fondsen, die vanwege collectieve middelen worden gevoed zoals het Praeventiefonds.

De laatste categorie, de zogenaamde restfondsen, zijn fondsen, die of dankzij een legaat, erfenis of op andere wijze zijn ontstaan. De drie fondsen, waar ik bestuurder van ben behoren tot deze categorie. Ervaring wijst uit, dat de eerste drie categorieën het strengst zijn met de toelatingscriteria en zelden of nooit overheadkosten van onderzoek subsidiëren.

De vierde categorie is daarentegen op dit aspect, zij het met grenzen, flexibeler. Een ander voordeel in deze categorie is, dat het beheer van het fonds en de beoordeling van de onderzoeksaanvrager vaak in één hand zijn samengevoegd. Dit komt de beoordelingstijd van aanvragen zeer ten goede. In de andere categorieën is beheer en beoordeling vaak gescheiden. Aanvragen worden dan vaak eerst beoordeeld door externe referenten. WVC werkt ook

vaak op deze wijze. Een ander verschil in werking van fondsen is, dat sommige fondsen ervoor kiezen om low-profile te blijven als fonds zelf. Terwijl fondsen van het bedrijfsleven er juist vaak voor kiezen om via dit fonds in de openbaarheid te komen, bijvoorbeeld door middel van een prijs voor een wetenschappelijke publicatie (bijvoorbeeld Albert Heijnfonds op het gebied van distributie). Ook ontwikkelen deze fondsen eigen speerpunten, waarvoor men onderzoekers uitnodigt.

Thans wil ik nader ingaan op de wijze hoe fondsen omgaan met aanvragen. Hierbij beperk ik mij nadrukkelijk alleen tot mijn ervaringen in de fondsen, waar ik bestuurlijk actief ben.

Op de eerste plaats gaat het er om, dat het doel van het onderzoek duidelijk is omschreven. Alvorens een aanvraag in te sturen verdient het aanbeveling dit eerst mondeling met het fonds af te tasten. Zo verdient het ook aanbeveling, dat met name een rechtspersoonlijkheidbezittende instantie de formele aanvraag doet. Dit verdient de voorkeur boven een natuurlijk persoon. Vaak menen deze laatsten, dat financieringsfondsen bij uitstek geschikt zijn om promoties en studiereizen mogelijk te maken. Met name mijn ervaringen in het Alcoholfonds hebben er wel eens toe geleid, dat ik als penningmeester in het bestuur heb voorgesteld om het kapitaal van het fonds aan te wenden voor een eigen drukkerij en een eigen reisbureau. Er bestaan overigens in Nederland boeken, waarin alle fondsen, die ergens geld voor geven, zijn opgenomen. Het is nl. van belang, dat u een aanvraag doet, die aansluit bij de doelstelling van het fonds. Dit lijkt eenvoudig en vanzelfsprekend, doch praktijk wijst uit, dat vele aanvragen soms met een schot hagel op geheel "fondsenland Nederland" schieten. Dit is niet effectief.

Welke criteria leggen fondsen zoal aan?

A. Inhoudelijk

Ten eerste komen activiteiten voor subsidie in aanmerking, die een lacune in de stand van kennis c.q. ontwikkeling opvullen, danwel daaraan een vernieuwende impuls geven. Ze dienen met andere woorden het karakter van een onderzoeks- en/of ontwikkelingsproject te hebben. Derhalve komen doorgaans aanvragen voor studie/congresdagen, manifestaties, uitgaven van boeken, folders, brochures, films en reizen niet in aanmerking voor subsidiëring. Voor subsidie ingediende onderzoeken dienen een toegepast karakter te hebben. De resultaten dienen voor de sector landelijk relevant en bruikbaar te zijn voor het beleid en/of de praktijk. Fundamenteel en theoretisch onderzoek is een

aandachtveld van de universiteiten en dienen derhalve primair via het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen te lopen. Ook onderzoeken die dus alleen resultaat opleveren voor de eigen instelling of op het eigen functioneren gericht zijn, vallen doorgaans buiten de criteria van dergelijke fondsen.

B. Methodisch/technisch

Behalve op inhoudelijke relevantie worden onderzoeksaanvragen voorts beoordeeld op:

- De helderheid van doelstellingen/probleemstellingen/vraagstellingen en gehanteerde begrippen en de logische samenhang tussen deze aspecten.
- De geschiktheid van de gekozen onderzoeksopzet c.q. het werkplan in relatie tot doel- en probleemstelling.
- De relevantie van gehanteerde methoden en technieken van gegevensverzameling, -verwerking, -analyse.
- De haalbaarheid/uitvoerbaarheid van het onderzoek met name:
 - * ingezette deskundigheid/competentie
 - * beschikbaarheid en toegankelijkheid van beoogde gegevens
 - * organisatorische inbedding
 - * beschikbaarheid van technische en administratieve voorzieningen
 - * toekomstige implementatiemogelijkheden van de beoogde resultaten.

C. Planningstechniek en financieel

Qua planning en financiën wordt tot slot gelet op:

- * De tijdsplanning: is deze realistisch; zijn er waarborgen voor de voortgang en de afronding binnen de gestelde termijn.
- * Realisme van de begroting: is er sprake van een redelijke verhouding tussen de kosten en de te verwachten resultaten; is er sprake van een efficiënte inzet van middelen en menskracht; wordt doelmatig gebruik gemaakt van deskundigheidsniveaus; zijn andere financieringsmogelijkheden afgetast. Wat is de eigen financiële bijdrage van de instelling c.q. onderzoeker die subsidie vraagt.

De meeste fondsen hanteren naar mijn ervaring, terzake een aanvraagformulier om op een systematische wijze deze gegevens te verzamelen. Indien noodzakelijk vraagt het fonds aan andere deskundigen zo mogelijk een advies. Sommige fondsen hebben, zoals Seinpost, een eigen wetenschappelijke adviesraad, maar dan wel direct gelieerd aan het bestuur.

Een dergelijk aanvraagformulier heeft doorgaans de volgende indeling en hoofdstukken:

- Naam en verdere gegevens van de aanvrager
- Projecttitel
- Projectleider/uitvoerder
- Samenwerkingsverbanden
- Achtergronden en motivering van het onderzoek
- Doelstelling
- Probleemstelling
- Werkplan/werkdesign
- Tijdsplanning
- Organisatorische structuur
- Begroting (gespecificeerd)
- Eigen investering/investering van derden
- Publikatie
- Samenvatting.

D. Welke overige algemene voorwaarden worden doorgaans verbonden aan onderzoekssubsidies?

1. De instantie die de subsidie heeft aangevraagd en ook ontvangt draagt in alle gevallen de eindverantwoordelijkheid van het onderzoek. Zo ziet de onderzoeksverantwoordelijke instantie er op toe, dat werkplan, planningen begroting binnen het kader blijven vallen van het voor subsidie goedgekeurde onderzoeksplan. Hij draagt ook in geval van personeelwisselingen zorg voor de continuïteit van het onderzoek en de afronding ervan.
2. De verstrekte subsidie kan uitsluitend worden aangemerkt binnen het goedgekeurde onderzoeksplan en de daaromtrent in de schriftelijke subsidietoekenning vermelde specificaties. Tussentijdse wijzigingen van het onderzoeksplan dienen in kennis te worden gesteld van de subsidieverlenende instantie en ook goedgekeurd te worden.
3. Financiële gevolgen, die voortvloeien uit een gewijzigd onderzoeksplan of het gevolg zijn van overschrijding van het tijdschema, zonder dat aanvullende middelen ter beschikking zijn gesteld, zijn voor rekening van de projectverantwoordelijke instantie. Wel is het vaak mogelijk om binnen de totaalbegroting onderlinge allocatie, mits na overleg, tussen de onderscheiden kostenposten toe te passen.
4. De subsidieverlenende instantie kan soms een begeleidingscommissie voor het onderzoek wensen, waarbij een "trait d'union" wordt aangewezen tussen het onderzoeksteam en het subsidieverlenende fonds. Bij relatief beperkte onderzoeken in omvang en tijd wordt veelal alleen volstaan met een contactpersoon uit het bestuur of secretariaat.

5. De onderzoeksverantwoordelijke instantie is gehouden om de bij het project te betrekken informanten en personen in te lichten omtrent het doel van het onderzoek, publikatieresultaten en het tijdstip hiervan en hun anonimiteit te garanderen, evenals de door hen verstrekte gegevens uitsluitend voor het aangegeven doel te gebruiken. Dit geldt ook voor het beheer en de bewaking van de onderzoeksgegevens.
6. Bij een onderzoek, dat zich over een langere periode uitstrekt kan van de onderzoeksverantwoordelijke op nader aan te geven tijdstippen een voortgangsverslag verlangd worden over de in die periode verrichte werkzaamheden en bereikte resultaten.
7. Bij afsluiting van het onderzoeksproject dient een eindrapport te worden aangeboden aan het fonds over de verrichte werkzaamheden en bereikte resultaten. Het fonds zal meestal \pm 25 exemplaren vragen van het eindrapport c.q. de uit te brengen publikaties. Deze dienen overigens openbaar te zijn. Publikatie van het eindrapport mag pas geschieden nadat het fonds van de inhoud ervan kennis heeft kunnen nemen. Indien de onderzoeksverantwoordelijke het eindrapport niet zelf publiceert, komt het recht om tot publikatie over te gaan toe aan het fonds. Bij elke publikatie over het onderzoek moet duidelijk worden aangegeven wie het onderzoek heeft uitgevoerd en bekostigd.
8. Uiterlijk 6 maanden na afsluiting van het onderzoek moet een helder gespecificeerde einddeclaratie bij het fonds worden ingediend. Doorgaans wordt bij onderzoeken van f 50.000,- of meer, tevens een verklaring van een registeraccountant verlangd betreffende de juistheid van de gedeclareerde bedragen.

Bovengenoemde aandachtspunten zijn vaak de formele spelregels waarmee u te maken krijgt, indien u een fonds verzoekt bij te dragen in de kosten van uw onderzoek. Er zijn ook informele spelregels en leuke anekdotes over wat je zo al mee maakt in zo'n fonds. Die bewaar ik echter, korthedshalve voor de discussie.

Voorzitter, dames en heren, ik dank u voor uw aandacht.

DE INVLOED VAN HET MINISTERIE VAN WVC OP VERPLEEG- HUISWETENSCHAP

P.H.B. Pennekamp

Hiervan is geen tekst beschikbaar.

HET VERPLEEGHUIS EN DE FARMACEUTISCHE INDUSTRIE: Onbekend maakt onbemind ????

C. van Winzum

Inleiding

Na een carrière van 27 jaar in geneesmiddelenonderzoek moet ik bekennen dat ik de wereld van het verpleeghuis niet ken door mijn werk, maar slechts door:

- a. een tweetal maatschappelijke functies en
- b. door een tweetal studies ongeveer 22 jaar geleden met een geneesmiddel dat de markt niet gehaald heeft.

Vanwaar deze onbekendheid? Ligt dat bij andere farmaceutische industrieën net zo? En vice versa, kent de verpleeghuiswereld de farmaceutische industrie? Hebben we hier te maken met een: 'Onbekend maakt onbemind' situatie? Zo ja, is verandering/verbetering van deze verhouding gewenst, nuttig en mogelijk?

De ontwikkeling van een geneesmiddel

Dit proces wordt kort geschetst. Na de preklinische ontwikkeling volgt de klinische ontwikkeling van het toekomstige geneesmiddel. In deze klinische ontwikkeling onderscheiden we 4 stadia, die we fasen noemen.

Fase I.

In Fase I bestuderen we de lotgevallen van het farmacon in het gezonde lichaam: kinetiek, metabolisme, verdraagzaamheid in stijgende doseringen, eerst enkelvoudige doseringen, later meervoudige. Zo mogelijk proberen we in deze fase al een dosis-response relatie vast te stellen.

Fase II.

In Fase II onderzoeken we de lotgevallen van het farmacon in het zieke lichaam. Enerzijds betreft dit het vaststellen bij welke dosis het gewenste effect al dan niet optreedt, anderzijds bestuderen we of complicerende 'secundaire' ziekten de lotgevallen (bijvoorbeeld kinetiek, metabolisme) van het nieuwe farmacon beïnvloeden (bijvoorbeeld nier- en leverfunctiestoornissen). Aan het einde van Fase II wordt het profiel van het nieuwe geneesmiddel min of meer gedefinieerd en wordt nogmaals een 'go/no go'-beslissing genomen naar aanleiding van de vraag: 'Is er klinisch en/of maatschappelijk behoefte aan dit geneesmiddel? Zo

ja, kan het winstgevend geproduceerd en in de handel gebracht worden? Of is het een zogenaamde 'orphan drug'?

Fase III.

In Fase III wordt Fase II eigenlijk op grotere schaal herhaald tot een bestand van ongeveer 2000 tot 5000 patiënten verkregen is. Bij een chronisch te gebruiken geneesmiddel dient het dossier een bestand van ongeveer 200 tot 400 patiënten te bevatten, die het middel voor tenminste een jaar hebben gebruikt. Fase III richt zich dus niet alleen op het bevestigen van de effectiviteit van het geneesmiddel in grotere aantallen patiënten, maar vooral ook op de verdraagzaamheid, de veiligheid, van het nieuwe farmacon.

Registratie en vergoeding.

Na Fase III volgt de registratie van het geneesmiddel bij de gezondheidsautoriteiten in de verschillende landen. De registratie eindigt (al dan niet) in de machtiging om het geneesmiddel in de handel te mogen brengen. In vele landen, waaronder Nederland, volgt na de registratie nog het traject van de vergoeding.

Fase IV.

Na het in de handel brengen volgt de meest belangrijke fase in het leven van een geneesmiddel: Fase IV of Post Marketing Surveillance = PMS. Wat betreft PMS gaat Europese regelgeving in per 1-1-1993.

Fase IV betreft grote aantallen patiënten onder 'levensechte' (lees ongeprotocolleerde) omstandigheden. Fase IV is de lakmoestest. Gewenste of ongewenste effecten, die in 2000 - 5000 patiënten statistisch niet tot nauwelijks gezien konden worden, kunnen nu wel opgemerkt worden. In Fase IV tenslotte worden ook nieuwe formuleringen en nieuwe indicaties ontwikkeld.

Ontwikkelingsduur en -kosten

Met dit hele ontwikkelingsproces is gemiddeld ongeveer 8 tot 12 jaar gemoeid, en ongeveer f 400 - 500 miljoen. Deze kosten groeien met 15% per jaar, dat betekent een verdubbeling van de ontwikkelingskosten van een geneesmiddel iedere 5 jaar. Deze sterk stijgende kosten kunnen steeds moeilijker terugverdiend worden in de resterende periode van octrooibeschermtng (nog steeds 20 jaar). De keus is een steil stijgende prijs van nieuwe geneesmiddelen of een wijziging van de octrooiwetgeving. Japan en de USA hebben de laatste weg gekozen. Het ziet er naar uit dat de EG uiteindelijk ook de octrooiwet zal aanpassen.

Samenwerkingsverbanden tussen farmaceutische Industrie en verpleeghuizen

Kan het verpleeghuis systematisch betrokken worden bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen? Ik durf deze vraag niet zonder meer te beantwoorden.

Enerzijds vermoed ik dat er te weinig kennis is van de specifieke problematiek van het verpleeghuis in de industrie, anderzijds vermoed ik dat er te weinig verpleeghuisartsen zijn met voldoende klinisch farmacologische scholing en ervaring. Prof.Dr. F.W.J. Gribnau en medewerkers zullen in dit opzicht wel tot de zeldzame uitzonderingen behoren, en zelfs zij zijn geen echte verpleeghuisartsen.

Ook een ander probleem dient zich aan: de typische verpleeghuispatiënt leent zich om een aantal medische, ethische en sociale redenen slecht voor klinisch geneesmiddelonderzoek, zeker voor fase I en II. Toch zijn er situaties denkbaar dat een dosis-response studie uitsluitend in het verpleeghuis gedaan kan worden.

In het algemeen komt het me voor dat Fase IV studies en eventueel gezondheidseconomische studies zich (voorlopig althans??) het beste lenen om samenwerkingsverbanden verpleeghuis/farma-industrie te evalueren en op te bouwen. Aan de hand van enige voorbeelden wordt dit standpunt toegelicht.

Suggestie

Het lijkt me tenslotte nuttig om in een 'denktank'-groep eventuele mogelijkheden tot samenwerking als hierboven bedoeld eens grondig door te 'brainstormen'. Bekend maakt wellicht beminde.

DE STICHTING WETENSCHAPSBEVORDERING VERPLEEGHUIZEN

H.H.G. Wiegmans

Dit symposium staat in het teken van de wetenschapsbevordering in verpleeghuizen.

Wetenschap wordt in de woordenboeken gedefinieerd als 'het geheel van kennis betreffende enig vak van studie'.

We staan vandaag dan ook stil bij de vraag op welke manier het kennisniveau met betrekking tot verpleeghuiszorg bevorderd kan worden. Een meer fundamentele vraag die daaraan vooraf gaat is: 'Waarom is het nodig dat onze kennis, onze wetenschap van verpleeghuizen toeneemt'. Om die vraag goed te kunnen beantwoorden zou ik verpleeghuiszorg willen definiëren als een eindprodukt dat is opgebouwd uit een groot aantal halffabrikaten (fig. 1) waarbij tegelijkertijd al opgemerkt kan worden dat verpleeghuiszorg als duidelijk te definiëren produkt niet bestaat maar meer een conglomeraat is van eindprodukten.

We leveren immers klinische zorg in drie smaken, te weten revalidatie, chronische zorg en terminale zorg.

Door de samenstelling te veranderen via het weglaten van een aantal halffabrikaten ontstaat het produkt dagbehandeling en soms hebben we een halffabrikaat tot eindprodukt verheven, bijvoorbeeld door het leveren van consultatie of poliklinische diagnostiek en soms behandeling.

We krijgen in toenemende mate te maken met kritische consumenten die voor de prijs die zij voor onze produkten moeten betalen, kwantiteit en kwaliteit eisen. De consument zal om produktspecificaties vragen en gaat prijzen en kwaliteiten vergelijken. De producenten lopen het risico dat zij zich uit de markt prijzen omdat de klant zeer wendbaar wordt en voor hetzelfde geld (of minder) bij een ander gaat 'shoppen'. Ik hoef het u haast niet meer te zeggen: dat is het concurrentieprincipe.

Het maken van produkten die we kunnen samenvatten onder de noemer verpleeghuiszorg is een proces dat begint bij het aftasten van behoeften bij de potentiële consument, het samenstellen van het produkt, de levering ervan, het peilen van de satisfactie van uw cliëntèle en op basis daarvan het eventuele aanpassen van de samenstelling van het produkt of de manier waarop het geleverd wordt. In dit cybernetische systeem is een aantal momenten opgenomen waarop u behoefte heeft aan kennis, zeg maar wetenschap.

- U wilt kennis hebben van wat er in de markt gaande is.
- U wilt nader gespecificeerd hebben wat de behoeften zijn van uw potentiële doelgroepen.
- U wilt weten wat de kosten zijn van uw produkten en op welke manier u het productie- en leveringsproces zo efficiënt mogelijk kunt inrichten.
- U wilt weten of, en zo ja, in welke mate uw ex-klanten tevreden zijn met datgene dat u hen geleverd heeft.

U heeft echter ook uw interne organisatie, mede gekenmerkt door professionele medewerkers die een continue behoefte hebben om de kwaliteit van hun bijdrage aan het produkt, zeg maar hun halffabrikaat te verbeteren.

Een positief te waarden intrinsieke aandrift die in veel organisaties nogal eens leidt tot spanningen, daar waar deze aandriften beoordeeld moeten worden en afgezet moeten worden tegen de mogelijkheden van de organisatie en de behoeften van de consument. Het is de verantwoordelijkheid van het management om deze positief te waarden behoeften bij de professionals niet te laten ontaarden in autonome en niet beheersbare processen. Ook de professional moet leren en weten dat kwaliteitsbevordering onderdeel moet zijn van een groter geheel, namelijk de kwaliteit van het eindprodukt dat geleverd moet worden voor een prijs waar een markt voor is. Zoals u ziet moet er ook in verpleeghuizen vanuit diverse invalshoeken een grote behoefte bestaan aan het vergaren van kennis en het bevorderen van de wetenschap. Dat kan alleen door het verrichten van onderzoek, dat op een wetenschappelijk verantwoorde manier gebeurt.

Het verpleeghuis kent wat dat betreft nog geen traditie. Dat heeft mijns inziens te maken met twee factoren:

- Enerzijds bepaalde de overheid gedurende lange tijd via regelgeving de inhoud van de produkten verpleeghuiszorg en creëerde via de AWBZ de markt. We hadden als producenten geen kopzorgen over de produktsamenstelling en de toeloop van consumenten. Dat werd allemaal keurig voor ons geregeld.
- Anderzijds zijn onze professionals tijdens hun opleiding zo geïndoctrineerd dat zij al tientallen jaren achtereen exact dezelfde halffabrikaten op exact dezelfde manier produceren. Zij hebben niet geleerd om op een kritische en wetenschappelijk verantwoorde manier met hun behoefte aan kwaliteitsverbetering om te gaan. Daarom wordt kwaliteit al snel vertaald in de richting van kwantiteit. Meer van hetzelfde dus.

Maar de ons beschermende overheid is zich aan het terugtrekken en is verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan het overhevelen naar financiers, producenten en consumenten.

Dat dwingt ons tot veranderen. We zullen binnen dat veranderingsproces ook moeten bezien op welke wijze we op een wetenschappelijk verantwoorde manier de kwaliteit van onze halffabrikaten en eindprodukten kunnen volgen, produktinnovatie kunnen plegen, de markt in de gaten kunnen houden en het produktieproces kunnen verbeteren. De Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen is een aantal jaren geleden opgericht met als doel het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek in onze sector. Als middel om dit doel te bereiken is gekozen voor het tot stand brengen van een infrastructuur waarbinnen afgeleide activiteiten gestimuleerd kunnen worden.

Het bouwen aan de infrastructuur heeft inmiddels geleid tot het tot stand brengen en in stand houden van een bijzondere leerstoel verpleeghuisgeneeskunde bij de Rijksuniversiteit te Leiden.

De tweede fase van de realisatie van onze doelstelling is wat grootschaliger van opzet en bestaat uit een soort drietrapsraket. Er wordt momenteel gewerkt aan het oprichten van een onderzoeks- en documentatie-eenheid verpleeghuiszorg bij het NIVEL.

De tweede trap bestaat uit de ontwikkeling van plannen om tot de oprichting van een Bureau te komen dat taken krijgt op het gebied van ontwikkeling, begeleiding en coördinatie van onderzoek, te verrichten door onze eerdergenoemde professionals.

Het Bureau moet activiteiten ontwikkelen op het gebied van scholing/bijstelling op het terrein van wetenschappelijk onderzoek; het begeleiden van onderzoekers en het afstemmen van onderzoeksprojecten.

De derde trap bestaat uit het oprichten van een Fonds dat tot taak heeft financiële middelen te vergaren waarmee onderzoeksprojecten gefinancierd kunnen worden. De Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen heeft om deze doelen te realiseren een samenwerkingsovereenkomst met het NIVEL gesloten en heeft in het ontwikkelingstraject intensief overleg met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen.

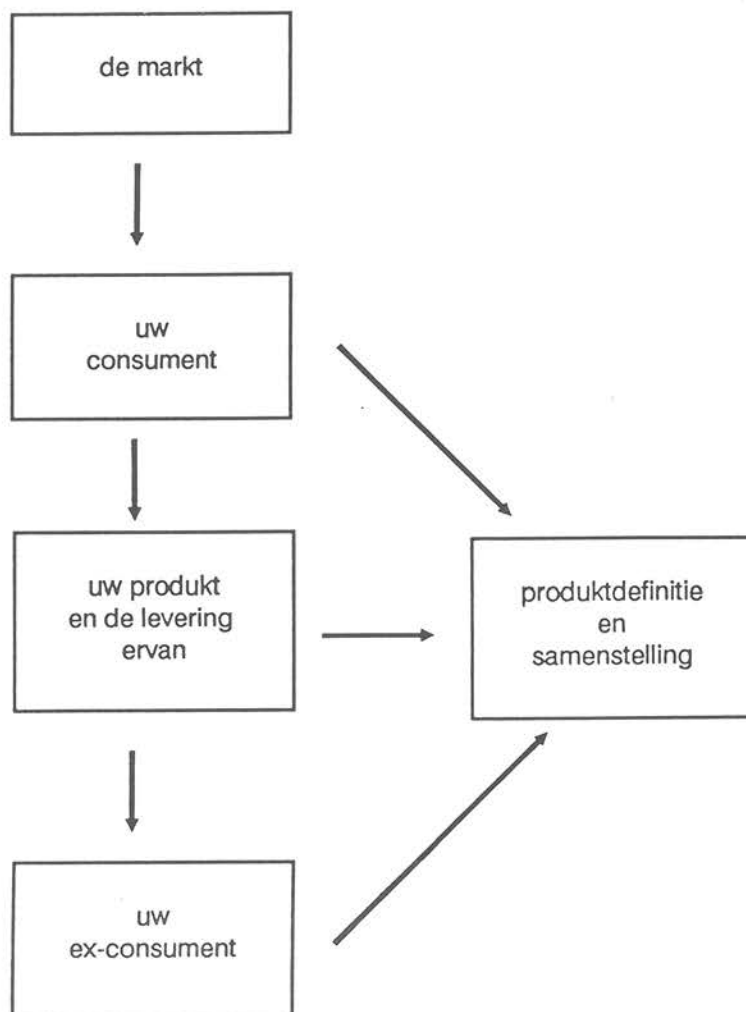
De SWV hoopt door het tot stand brengen van deze infrastructuur een wezenlijke bijdrage te kunnen leveren aan het wetenschappelijk onderbouwen en verbeteren van die produkten en produktieprocessen die wij samenvatten onder de noemer verpleeghuiszorg.

Figuur 1

VERPLEEGHUISZORG

HUISVESTING
HUISHOUDING
VOEDING
24 uurs ADL zorg
MAATSCHAPPELIJKE BEGELEIDING
LEVENSBSCHOUWELIJKE BEGELEIDING
RECREATIEVE BEGELEIDING
DIAGNOSTIEK - medisch - psychologisch - paramedisch - verpleegkundig
BEHANDELING - medisch - psychologisch - paramedisch - verpleegkundig

Figuur 2



LIJST VAN SPREKERS

Prof.Dr. H.J.M. Cools, sectie Verpleeghuisgeneeskunde Vakgroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 2088, 2301 RC Leiden

Dr. H.F.A. Diesfeld, Stichting Verpleeghuizen Nederland, Naarderstraat 81, 1251 BG Laren

Prof.Dr. R. Grol, coördinator interuniversitaire Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde KUN-RL (WOK), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Drs. J.J.A.H. Klein Breteler, algemeen directeur verpleeghuis De Bieslandhof, Postbus 5014, 2600 GA Delft

Drs. P.H.B. Pennekamp, plv. directeur-generaal DG Welzijn, Ministerie van WVC

N.F. de Pijper, verpleeghuisarts, secretaris Huisarts- en Verpleeghuisarts Registratiecommissie, Postbus 20054, 3502 LB Utrecht

Prof.Dr. M.W. Ribbe, Vakgroep Huisarts- en Verpleeghuisartsgeneeskunde Vrije Universiteit, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam

H.C.F.M. Straus, vice-voorzitter Nederlandse Vereniging Verpleeghuiszorg, p/a Amstelhof Amstel 51 1918 EG Amsterdam

Drs. M.J. Valk, algemeen directeur Vereniging De Zonnehuizen, Willem Barentszstraat 15, 3507 LA Utrecht

H.H.G. Wiegmans, directeur-verpleeghuisarts, Stichting KWV Den Haag, secretaris bestuur Stichting Wetenschapsbevordering Verpleeghuizen, Roucoopark 33 2251 AZ Voorschoten

Dr. C. van Winzum, Merck, Sharp & Dohme, Postbus 581, 2003 PC Haarlem

Prof.Dr. J. van der Zee, Nederlands Instituut voor onderzoek van Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

