WERKPLAN 2003
deel 1

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

nivel

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2002 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

	Voorwoord	**5**
1	**Inleiding**	**7**
1.1	Algemene ontwikkelingen	7
1.2	Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid	11
1.3	De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	19
2	**Onderzoekslijnen binnen het werkplan**	**24**
2.1	Inleiding	24
2.2	De onderzoekslijnen	25
2.2.1	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg	25
2.2.2	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	30
2.2.3	Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg	33
2.2.4	Beroepen in de gezondheidszorg	37
2.2.5	Huisartsgeneeskundige zorg	44
2.2.6	Monitoring gezondheidseffecten van rampen	51
2.2.7	Farmaceutische zorg	54
2.2.8	Verloskunde en kraamzorg	57
2.2.9	Paramedische zorg	59
2.2.10	Verpleging en verzorging	64
2.2.11	Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt	69
2.2.12	Vraaggestuurde zorg	74
2.2.13	Zorgvraag van chronisch zieken	79
2.2.14	Migranten / Speciale Doelgroepen	83
2.2.15	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg	88
2.2.16	Overige activiteiten	92
3	**BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE**	**97**
4	**ALGEMENE INFORMATIE**	**103**

Voorwoord

Het werkplan is, zoals gebruikelijk, gesplitst in twee delen. Het eerste deel bevat een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke en beleids- ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en de plaats van het NIVEL hierin. Aangezien het tijdstip van vervaardigen van het werkprogramma precies samenvalt met het formuleren van de kabinetsplannen, kunnen wij slecht in zeer beperkte mate daarop reageren. Dit verzuim zal uiteraard zo spoedig mogelijk worden hersteld: de resultaten daarvan vindt u in het werkplan 2004. Verder wordt ingegaan op nieuwe elementen in het werkplan.
Het onderzoek binnen het NIVEL wordt besproken aan de hand van een aantal onderzoekslijnen en themagebieden, waarbij kort de projecten die hieronder vallen genoemd worden.
In het tweede deel worden de projecten meer in detail weergegeven. Dit deel is in een afzonderlijke band gevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid. Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar (per e-mail; receptie@NIVEL.nl of per telefoon; 030 2729700 of per fax; 030 2729729).

1 Inleiding

1.1 Algemene ontwikkelingen

Meestal begint het NIVEL-werkplan met een korte opsomming van het actuele gezondheidsbeleid, omdat de aard van het onderzoek van het NIVEL sterk daardoor wordt beïnvloed. Nu ligt dat anders. Er is een regeerakkoord met globale beleidsvoornemens (vooral over de wijziging van het Stelsel van verzekering tegen ziektekosten) en ook krantenkoppen (Onbeperkt Budget voor de GGZ; Alle Regels Weg aan de Rand van Nederland (Zuid Limburg, Groningen), Perestrojka in de zorg) geven aan dat de nieuwe wind in ieder geval krachtig waait, maar pas na Prinsjesdag en de behandeling van de begroting van VWS in de Tweede Kamer, wordt het beleid-in-engere-zin zichtbaar en kan het NIVEL zijn plannen daarop richten.
Niettemin kunnen wel enige constanten in het beleid worden aangegeven, onderwerpen waarmee iedere bewindspersoon te maken krijgt, en men behoeft bovendien niet over de gaven van een helderziende te beschikken om enkele onderwerpen op te sommen die bij het huidige kabinet centraler in de aandacht zullen staan dan bij het vorige.

Constanten in het beleid
1. Europa.
Het Europese Hof van Justitie behandelt de ene na de andere casus over de geldigheid van nationale afspraken inzake grenzen aan vergoedingen in de zorg. Daarbij doet het Hof soms verstrekkende uitspraken. Een mooi voorbeeld: een Nederlandse man lag in coma in een ziekenhuis; zijn familie was op het spoor gekomen van een ge-avanceerde neurologische behandelingsmogelijkheid in Wenen en vroeg aan de zorgverzekeraar toestemming de behandeling te ondergaan en de kosten vergoed te krijgen. Nee, zei de verzekeraar na ruggespraak met medische deskundigen. Deze behandeling wordt door Nederlandse collega-neurologen als niet zinvol beschouwd. Wij vergoeden niet. Wij doen het toch, zei de familie en leggen

uw weigering ook voor aan de (Europese) rechter.
De man wordt naar Wenen vervoerd en, pikant detail, geneest. Het Luxemburgse Hof stelt dat de zorgverzekeraar zich niet op Nederlandse standaarden mag beroepen, maar alleen op Europese (en gaat er en passant even van uit dat die er zijn). Dergelijke uitspraken hebben grote gevolgen; onze huisartsenstandaarden met hun terughoudend karakter, worden bijvoorbeeld lang niet overal gedeeld. Er zijn grote, cultureel bepaalde, verschillen in opvattingen over effectieve geneeskunde. Er ligt natuurlijk wel een prachtig onderzoeksterrein braak.

2. Geneesmiddelen.
Ook zo'n constante factor; een echt 'fietsband-dossier'*. Iedere beleidsmaatregel van overheidswege wordt uiteindelijk wel weer te niet gedaan door een reactie van één van de vele belanghebbende partijen; de farmaceutische industrie, de groothandel en distributie, de voorschrijvende artsen of de verzekeraars. Vooral het schuiven met prijzen van merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen maakt elke prijsmaatregel op den duur ongedaan. Toch moet de industrie door kunnen gaan met innovaties, die ook voldoende lucratief moeten zijn. Het blijft een moeilijk dossier.

3. Rampen, bioterrorisme, pandemie.
Nèt als de minister denkt zijn zaakjes onder controle te hebben, breekt natuurlijk de langverwachte influenza-pandemie of een andere gezondheidsramp uit en dan zal blijken dat er in de praktijk te weinig is geleerd van vorige fouten en dat zowel nationaal als (vooral) op Europees gebied niet voldoende adequate scenario's gereed liggen om de problemen het hoofd te bieden. Nederland is gelukkig alerter op PTSS-achtige gevolgen van rampen dan bijvoorbeeld de USA, maar een vaste structuur voor de nazorg en de monitoring ontbreekt tot dusver.

4. Wachtlijsten, te kort aan personeel, kostenbeheersing.
Ze zijn in een adem genoemd, want wachtlijsten , rantsoenering en het beperkt houden van het aantal medische beroepsbeoefenaren vormen twee zijden van dezelfde medaille. Als men de belemmeringen van zorggebruik uit de weg ruimt, dan zullen de kosten stijgen, wat het regeerakkoord ook

---

* Het beeld van het 'Fietsenband dossier ' slaat op het volgende: als men op een fietsband duwt dan ontstaat er een deukje op de ene plaats, maar een bult op de andere. Kortom, iedere nieuwe maatregel biedt slechts tijdelijk soelaaas en wordt teniet gedaan door tegenmaatregelen.

moge zeggen over het handhaven van de macrobudgettering. In landen zonder rantsoenering en budgettering zijn de kosten van de gezondheidszorg hoger dan bij ons*; remmen los betekent onherroepelijk stijgende kosten, die uiteindelijk weer vertaald worden in premies en loonstijgingen.
Ook zijn tekorten niet een-twee-drie weg te werken. Het duurt acht tot tien jaar voordat er een nieuwe huisarts of specialist is opgeleid; kortom wachtlijsten zullen er nog wel even blijven.
Tenslotte willen de recent opgeleide artsen niet meer als solist en/of vrije ondernemer werken of dag en nacht beschikbaar zijn. Deze medisch-demografisch-culturele omslag is al een aantal jaren aan de gang en heeft als gevolg dat het 'vrije beroep' in rap tempo min of meer van zelf zal verdwijnen, ook al lijkt politiek nu even het omgekeerde het geval. De nieuwe dienstenstructuur van huisartsen komt niet voort uit overheidsbeleid maar uit de beroepsgroep zelf; zelfs protesten uit de bevolking lijken weinig uit te richten. Een interessante ontwikkeling vormen de voorstellen rond nieuwe en kortere (medische) opleidingen. Hier wordt van een nood (krapte) een deugd gemaakt (meer delegatie en substitutie).

5. Public health.
Op gezette tijden zal de minister ter verantwoording worden geroepen (bijvoorbeeld bij het verschijnen van een nieuw World Health Report) over het stagneren van de Nederlandse gezondheidsindicatoren. In de jaren zestig was Nederland een van de gezondste landen van de wereld; nu behoren we in de groep rijke landen tot de lagere middenmoot. Niet zozeer omdat wij nu zozeer achteruit zijn gegaan (we stagneren vooral), maar omdat anderen ons hebben ingehaald.
Bestrijden van roken en vooral het voorkomen dat jongeren beginnen te roken; bestrijden van excessief alcoholgebruik; stimuleren van sport en bewegen moet niet alleen met de mond worden beleden maar centraal in het beleid staan. Dat vergt een flink en helaas soms bemoeizuchtig optreden en ingrijpen in individuele gemakzucht.

---

* Ook al zijn de kosten van de zorg bij ons niet echt laag; dat heeft te maken met onze ruim ingerichte AWBZ-zorg, maar dit ter zijde. De kosten zijn wel de afgelopen twintig jaar redelijk stabiel gebleven. Dit is een beleidsprestatie van formaat!!

Het regeerakkoord
Het regeerakkoord is globaal; het gaat vooral over het nieuwe stelsel. Concurrentie tussen publieke en private uitvoerders (verzekeraars) staat centraal en fiscale compensatie (voor de nominale premies) bij de mensen met lage inkomens is het middel om achteruitgang in inkomen te voorkomen.
Dat laatste lijkt ons uitvoeringstechnisch buitengewoon lastig. Het eerste heeft tot dusver bij ons en ook in andere landen niet gewerkt. In de paragraaf 'de stappen op weg daarheen' staan vele goede voornemens, die loyale medewerking van partijen in de zorg veronderstellen. Door tegelijkertijd te stellen dat met het huidige budget meer en betere zorg geleverd moet worden, wordt een forse wissel op die bereidheid tot medewerking getrokken. De eerste signalen (stakingen van specialisten in academische ziekenhuizen, actiebereidheid bij huisartsen) klinken omineus.

De aandacht voor het NIVEL werkprogramma voor beroepsbeoefening, professionals, autonomie versus participatie in organisatorische verbanden past ongetwijfeld in het beleid van het nieuwe kabinet, hoe het er ook precies uit komt te zien. Het is bovendien niet goed denkbaar dat de invloed van de zorggebruiker op de zorg sterk kan worden teruggedraaid; een deel van deze invloed (persoonsgebonden budget, individuele keuzevrijheid) past goed in het beleid van dit kabinet. Onderzoek met vraagsturing als thema zal ook de komende vier jaar van belang blijven voor het zorgbeleid.
Zorgbehoefte van en zorg voor bijzondere groepen in de maatschappij (migranten, risicogroepen) blijft hard nodig om algemene beleidsmaatregelen te nuanceren en beleid-op-maat te realiseren. Er zijn, per slot van rekening harde 'targets' geformuleerd om Sociaal Economische Gezondheidsverschillen te verkleinen.

1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid

De positie van het NIVEL tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap
De bovenstaande vragen en dilemma's vindt de lezer op twee manieren terug in het werkprogramma. De ene manier is 'direct'. Zo wordt in paragraaf 2.2.4 (p. 37) opgesomd welk onderzoek het NIVEL rond 'beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg' verricht. Belangrijker is echter de 'indirecte' manier. Een overheid die de regie van het zorgsysteem aan derden overlaat moet over een uitgebreid systeem van toezicht, monitoring en beleidsevaluatie beschikken. Sterker nog, men zou de stelling wel kunnen verdedigen dat hoe minder een Ministerie te vertellen heeft, hoe sterker de behoefte leeft om tenminste geïnformeerd te zijn.
Het onderzoeksprogramma van het NIVEL wordt bepaald door de eisen die door het beleid, het veld en de wetenschap worden gesteld en die uit de positie van het NIVEL voortvloeien. Het NIVEL is een nationaal instituut voor gezondheidszorgonderzoek, multidisciplinair van samenstelling, dat toegepast en toepasbaar, beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek verricht ten behoeve van partijen die tezamen het gezondheids(zorg)beleid in Nederland vormgeven: de overheid, het veld van zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars.

Eén van de manieren, waarop het NIVEL de onderzoeksbehoefte van de overheid ondersteunt is door het typische van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen ontwikkelingen in andere landen. Het motto is hier: het is goed om van eigen fouten te leren maar beter nog om uit andermans fouten lering te trekken. Ook de invloed van Europese regelgeving op het Nederlandse beleid (vooral van basale economische regels over het vrije verkeer van personen, goederen en diensten) wordt nauwgezet gevolgd. Het huidige hybride karakter van de zorgverzekering (een mengeling van publieke en private elementen) past eigenlijk niet in de Europese regelgeving.
Het immer lastige geneesmiddelendossier verdwijnt niet uit onze aandacht. Nationale databases waarin het mogelijk is om indicatiestelling (diagnose) en voorgeschreven geneesmiddel te combineren , geven een actueel overzicht in ontwikkelingen in het voorschrijfpatroon van huisartsen.
De knellende arbeidsmarktproblematiek, zowel in sectoren met een lange planningshorizon als het opleiden van medisch specialisten, als in de meer kortcyclische functies als verzorgenden en ziekenhuishulpen wordt nauw-

keurig gevolgd. Kennis over de demografische opbouw van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg is daarvoor onontbeerlijk.
De steeds belangrijker wordende rol van patiënten in de zorg wordt gevolgd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Vooral het Consumentenpanel kan vitale informatie leveren over de 'burger als verzekerde'. Kwaliteit van zorg vanuit het gezichtspunt van de zorggebruikers vormt een constant aandachtsgebied in NIVEL-onderzoek. Voor het NIVEL is het essentieel dat een ietwat vaag begrip als 'kwaliteit van zorg' wordt verbonden met harde uitkomstmaten.

Missie en doelstellingen van het instituut
De statutaire doelstelling van de Stichting NIVEL luidt: 'het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over structuur en functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, mede in relatie tot andere maatschappelijke sectoren. Daarbij oriënteert zij zich zowel op de zorgvragers als op zorgaanbieders en landelijke beleidsorganen'.

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

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

Korte historie
De naam van het instituut 'NIVEL' betekende oorspronkelijk: "Nederlands Instituut voor onderzoek Van de EersteLijnsgezondheidszorg". Als zodanig begon het zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Het NIVEL zette hiermee het werk voort van het in 1965 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut*.

---

* Het Nederlands Huisartsen Instituut begon zijn werk in 1965 als wetenschappelijk bureau van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap met een subsidie van het toenmalige

In 1995 werd het domein opnieuw verbreed tot de gehele somatisch curatieve zorg. De naam 'NIVEL' is toen vanwege de herkenbaarheid gehandhaafd. Het instituut heet nu voluit 'NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg'. Inmiddels zijn ook twee Europese namen gedeponeerd: 'NIVEL; Netherlands institute for health services research' en "EUROHES'. (European Institute for Health Services Research) Het Bestuur van de Stichting NIVEL weerspiegelt deze evolutie van het instituut; bestond het tot het midden van de jaren zeventig nog voornamelijk uit vertegenwoordigers van huisartsenzijde, nu is het samengesteld uit de drie voor het NIVEL cruciale partijen:

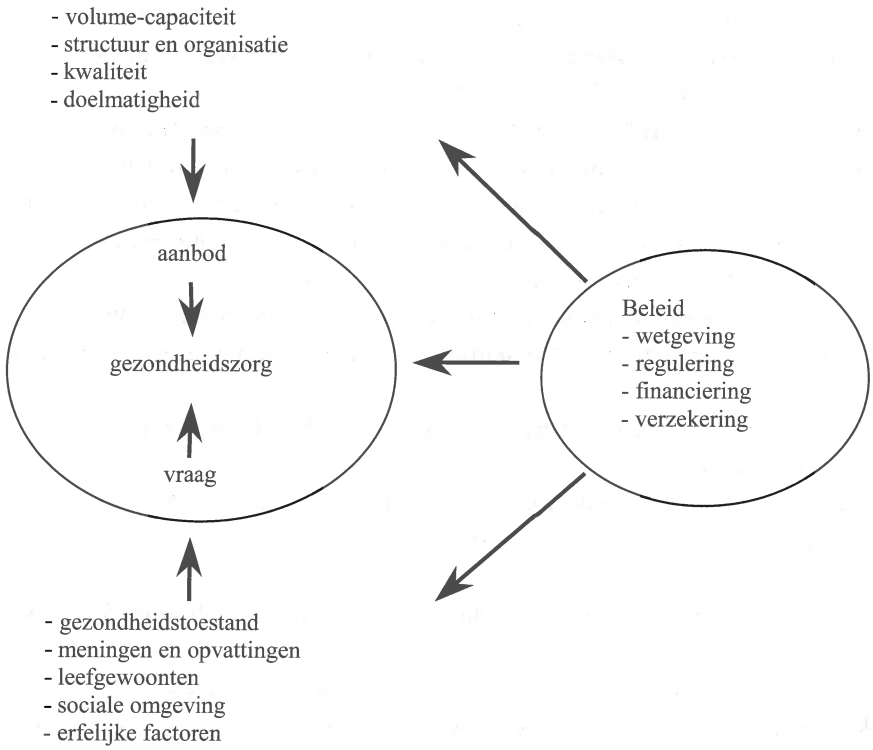
1. het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (specialisten, huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg);
2. consumenten en zorgverzekeraars (consumentenbond, zorgverzekeraars en patiëntenplatform) en
3. vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld. Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut.

Het onderzoek van het NIVEL: Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research

De missie van het NIVEL ligt op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek, in het Engels 'health services research' genoemd. Gezondheidszorgonderzoek richt zich op de onderlinge afstemming van de vraag naar gezondheidszorg en het aanbod aan gezondheidszorg onder invloed van het beleid: wetgeving, regulering, financiering, verzekering (zie schema 1).

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

Schema 1: Domein van het gezondheidszorgonderzoek



Gezondheidszorgonderzoek is te kenschetsen als toegepast beleidsonderzoek: enerzijds ontleent het NIVEL zijn onderzoeksvraagstellingen aan de problemen waarvoor de gezondheidszorg zich beleidsmatig ziet gesteld; anderzijds dienen de resultaten van het NIVEL-onderzoek geïmplementeerd te (kunnen) worden in het beleid dat door 'partijen' in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Het NIVEL heeft een zekere onafhankelijkheid nodig om verantwoord wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen en dient anderzijds sterk verbonden te zijn met de partijen die gebruik maken van de resultaten van dat onderzoek. Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Het wetenschappelijk karakter wordt bevorderd doordat het NIVEL is aangesloten bij twee universitaire Onderzoeksscholen (CaRe; op het gebied van eerstelijnszorg en klinische epidemiologie en 'Psychology and Health').
De nationale positie van het NIVEL zorgt voor het streven naar nationaal representatieve gegevensbestanden, of, liever nog, naar flexibele gegevens-

producerende systemen, die als het ware gereed staan om beleidsvragen op een wetenschappelijk zo verantwoord mogelijke manier te beantwoorden.

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

Hoewel het NIVEL veel waarde hecht aan het opzetten en instandhouden van landelijke representatieve informatiesystemen op het terrein van de gezondheidszorg heeft het zeker niet pretentie het enige instituut te zijn met een landelijke informatiefunctie op dit terrein. Dat zou niet alleen op gespannen voet staan met de realiteit van dit moment, waar meerdere organisaties nuttige kennisfuncties vervullen maar is als ambitie nodig noch wenselijk. De uitbreiding van het werkterrein van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg, zonder een daarmee gepaard gaande structurele uitbreiding van de kennisinfrastructuur noopt tot een zekere bescheidenheid en vraagt om inventiviteit teneinde de landelijke kennisfunctie op dit bredere werkterrein op een innovatieve en efficiënte wijze te kunnen vervullen. Het NIVEL streeft er niet naar om alle informatiesystemen in eigen huis te krijgen, maar zoekt naar strategische allianties met anderen om de noodzakelijke kennis in samenhang te kunnen produceren.

Samenwerking met het RIVM; Het Zorgkompas

De belangrijkste alliantie is gevormd met het RIVM: het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het RIVM produceert de vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en heeft daarnaast en als vervolg hierop een systematisch monitorsysteem opgezet van voor het beleid van belang zijnde kennis. (Het Zorgkompas) Het NIVEL is bezig zijn producten in dat systeem onder te brengen (uiteraard met behoud van herkenbaarheid) en vooral informatie over het aanbod van gezondheidszorgvoorzieningen toe te voegen.

De samenwerking met de universitaire onderzoekswereld is geformaliseerd in de deelname aan twee KNAW onderzoekscholen; Care (Vrije Universiteit, Universiteit Maastricht, Katholieke Universiteite Nijmegen) en Psychology and Health (Universiteit Utrecht, Leiden, Amsterdam, Groningen en Brabant)

Daarnaast onderhoudt het NIVEL samen met Prismant en het Trimbos-instituut een registratiesysteem van zorgvernieuwingsprojecten, en bestaat er al jarenlang een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de landelijke instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van

de zogeheten 'branche-rapporten' wordt intensief met anderen (vooral met Prismant; het onderzoeks instituut voor de intramurale sector) samengewerkt en informatie uit diverse bronnen gebruikt. Omgekeerd stelt het NIVEL ook eigen data en eigen expertise ter beschikking van derden op gerichte vragen van buiten. Ook dat past bij onze filosofie over de rol van een landelijk kenniscentrum. Een fraai voorbeeld hiervan vormt de grootschalige tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met veel universitaire en buiten-universitaire onderzoeksinstituten zijn samenwerkingsprojecten opgezet op basis van het door het NIVEL verzamelde materiaal.

Veel kennis en informatie maar gebrek aan overzicht

Maar wellicht belangrijker nog voor de ambitie die het NIVEL heeft als kenniscentrum voor de gezondheidszorg, is de constatering dat de gezondheidszorg momenteel een interessante paradox meemaakt. Enerzijds wordt er in de gezondheidszorg op steeds meer plaatsen steeds meer kennis en informatie geproduceerd, waarbij het tegelijkertijd steeds ingewikkelder wordt om daarover het overzicht te bewaren. Anderzijds is het in een gederegulerd zorgsysteem steeds belangrijker dat de relevante beleidsmakers beschikken over tijdige, actuele en betrouwbare informatie over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg, waarbij de roep om 'evidence-based health care' èn 'evidence-based health policy' ook maakt dat deze informatie wel degelijk wetenschappelijk gefundeerd moet zijn. Deze paradox leidt bij veel mensen tot de verzuchting: 'kennis is er genoeg, maar waar is het overzicht?' Het is ook duidelijk dat met de huidige kennisexplosie geen enkele organisatie meer de pretentie hebben op zijn eentje overzicht te houden over alles wat er gebeurt. Een dergelijke claim is op voorhand tot mislukking gedoemd. Er moet dus naar andere wegen gezocht worden om de verspreid aanwezige informatie te systematiseren, synthetiseren en overzichtelijk te houden. Hier ligt voor het NIVEL een belangrijk terrein voor verdere innovatie. Er moet gezocht worden naar nieuwe vormen van kennisproductie, waarbij de klassieke onderzoeksfunctie, de klassieke statistische functie, en de klassieke bibliotheek- en documentatiefunctie meer met elkaar worden geïntegreerd, en tevens - meer dan voorheen - de blik gericht wordt op informatie die elders wordt geproduceerd en ofwel via samenwerkingsprojecten, ofwel via het world wide web beschikbaar is en hanteerbaar kan worden gemaakt. Kennismanagement wordt dat genoemd, waarmee bedoeld wordt dat op geleide van gerichte (beleids)vragen gezocht

wordt naar de meest efficiënte wijze om op die vragen een wetenschappelijk gefundeerd antwoord te geven: soms door zelf data te verzamelen, maar steeds meer ook door in plaats daarvan, of aanvullend daarop te putten uit andere bronnen, in eigen of andermans beheer. Daarbij past ook het passief en actief gebruik van moderne communicatiemiddelen als internet.
Het NIVEL beschikt met www.NIVEL.nl over een bruikbaar instrument voor het verspreiden van onderzoeksresultaten via het internet. Een stijgend aantal bezoekers weet deze site te vinden. In de zomer van 2002 lag het aantal bezoekers van buiten het NIVEL op gemiddeld 250 per werkdag. Op de site vinden zij basisinformatie over de zorgaanbieders in de curatieve zorg en de verpleging en verzorging. Ook wordt men vrijwel wekelijks geattendeerd op nieuwe onderzoeksresultaten. NIVEL rapporten zijn op de website -gratis- verkrijgbaar als pdf-bestand. In 2003 zal de website verder worden uitgebreid, waarbij vooral gezocht zal worden naar manieren waarop de gegevens uit de landelijke informatiesystemen volgens een vast stramien kunnen worden gepubliceerd op het internet. Centraal blijft de gebruiker staan. Dit vormt een reden voor regelmatig gebruikersonderzoek.
Spiegelinformatie is bij uitstek een manier om 'meer uit gegevens te halen' en de relatie tussen 'onderzoek' en 'beleid of praktijk' te versterken. Het krijgen van spiegelinformatie kan voor individuele respondenten, professionals of zorginstellingen, natuurlijk een extra stimulans zijn om aan onderzoek mee te werken. Maar, spiegelinformatie kan ook een daadwerkelijke bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Spiegelinformatie geeft hen inzicht in de eigen prestaties, vergeleken met anderen. Binnen het kenniscentrum worden werkwijzen ontwikkeld om op een efficiënte manier spiegelinformatie te produceren die goed aansluit bij de behoeften van de gebruikers.
Tenslotte kennismanagement: Dit is een begrip dat gebruikt blijkt te worden door een zeer bonte schaar aan publicisten, adviseurs en onderzoekers. Voor het NIVEL is het belangrijk om hier die elementen uit te halen die er daadwerkelijk toe bijdragen dat de kennis, ervaringen en informatie, die op het NIVEL aanwezig zijn nog effectiever gebruikt kunnen worden voor het beantwoorden van beleids- en onderzoeksvragen.

Hoe komt het NIVEL-werkprogramma nu tot stand?
Na lezing van het voorgaande zal het geen verbazing wekken dat ook het tot stand komen van het programma in een evenwicht tussen veld, beleid en wetenschap plaats vindt.
Ieder jaar wordt een ronde gemaakt (een zgn 'consultatieronde') langs de

belangrijkste 'klanten' van het NIVEL. Het gaat hier om de verschillende directies van het ministerie van VWS (Curatieve Gezondheidszorg, Preventie en Openbare Gezondheidszorg, Gehandicaptenbeleid, Verpleging en Verzorging, maar ook Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg (van oudsher vooral eerstelijnsorganisaties, zoals huisartsen, gezondheidscentra, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleging en verzorging, maar nu ook medisch specialisten en intramuraal werkzame verpleegkundigen). Daarbij komen nu de verschillende koepelorganisaties in de intramurale sector, zoals NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en Arcares. (Ouderenzorg). Ook zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde.
Ook genereert het lopende onderzoek vervolgvragen. Voor een goede wetenschapsontwikkeling is het van belang dat onderzoekers hun werk kunnen verdiepen. Het is een beetje een karikatuur dat een onderzoeksrapport wordt afgesloten met de roep om 'meer onderzoek', maar het valt niet te ontkennen, dat het opwerpen van nieuwe vragen een essentieel kenmerk van het wetenschappelijk bedrijf is.

Tenslotte komen buiten al deze kanalen opdrachtgevers met vragen naar het NIVEL toe. Mits openbare publicatie van de resultaten gegarandeerd is, het onderzoek in grote lijnen binnen het werkterrein van het NIVEL past en de werkzaamheden adequaat worden gehonoreerd worden deze opdrachten aangenomen en uitgevoerd. Een voor de toekomst van het instituut interessante ontwikkeling is, dat het NIVEL wordt aangesproken op zijn capaciteit grootschalige projecten tot een goed einde te brengen.
Dit alles resulteert in een honderdvijftigtal projecten op jaarbasis, die in 2002 een jaaromzet van ongeveer 13 miljoen euro opleverden, waarvan ongeveer een kwart als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 2002 telde het NIVEL ongeveer 190 medewerkers, van wie een 100-tal onderzoekers.

1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

Verandering 1: van aanbod naar vraag
Het onderzoeksprogramma van het NIVEL is van oudsher sterk gericht geweest op de aanbodzijde van de gezondheidszorg. Nog steeds ziet men dit terug in de hoofdstukken van het werkprogramma: Huisartsenzorg, Verpleging en Verzorging, Paramedische zorg, Specialist en ziekenhuis enzovoorts. Toch is ook hier van verandering sprake. Was er vroeger slechts één hoofdstuk over consument en zorgvrager in het werkprogramma te vinden; nu is er sprake van een drietal hoofdstukken:

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

Onder punt één; de zorgvrager als consument wordt onderzoek gedaan naar het 'vertrouwen in de zorg', naar de 'consument als verzekerde' en naar 'bekendheid met nieuwe beleidsmaatregelen, wetten en voorschriften'. Een belangrijke rol in het onderzoek speelt het 'Consumentenpanel gezondheidszorg', een samen met de Consumentenbond opgezet panel bestaand uit een nationaal representatieve groep Nederlandse burgers, aan wie op gezette tijden vragen worden voorgelegd.
Bij punt twee gaat het vooral om chronisch zieken. Dit zijn mensen voor wie gezondheidszorg erg belangrijk is en die ook regelmatig van de zorg gebruik maken. Hun oordeel over de zorg is op ervaring gebaseerd en zou dus sterk moeten meetellen bij beleidsmakers. Ook hier wordt onderzoek verricht op basis van een panel: het Patiënten Panel Chronisch Zieken, bestaande uit 2500 uit de administratie van huisartsen gelichte patiënten met diverse chronische aandoeningen. In het onderzoek staan drie vragen centraal:
- hoe gaan mensen met hun ziekte om; welke invloed heeft de ziekte op het dagelijks levenen
- hoe beinvloedt de zoekte de maatschappelijke positie van de patiënt (inkomen, werksituatie, WAO)
- hoe evalueren chronisch zieken de gezondheidszorg

Vooral in verband met de tweede vraag, is niet alleen het ministerie van VWS, maar zijn ook de ministeries van Sociale Zaken en Financiën nauw betrokken bij het onderzoek.

Bij punt drie, tenslotte, geldt dat er geen sprake is van een vast

onderzoeksbestand, zoals een 'Migrantenpanel' (maar wat niet is, kan nog komen), maar van met elkaar samenhangende onderzoekingen onder verschillende migrantengroepen. En belangrijke bron voor dit onderzoek vormen de gegevens van de (2e) Nationale Studie van ziekten verrichtingen in de huisartspraktijk waarin autochtonen en allochtone Nederlanders vergeleken kunnen worden met betrekking to hun in de huisartspraktijk gepresenteerde ziekten en problemen en de door de huisarts verrichte interventies.

Verandering 2: Van incidenteel onderzoek naar permanente databases
Het NIVEL kan snel 'uitrukken' om door middel van onderzoek een beleidsvraag te beantwoorden; dat is altijd een sterk punt geweest. Toch verschuift ook hier het accent van ad hoc onderzoek naar het raadplegen van permanente databases, die als monitorinstrument fungeren.
In de voorgaande paragraaf zijn er al twee genoemd (het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ)), maar het NIVEL beschikt over meer databases of periodiek herhaalde studies:
LINH - Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg – is een netwerk van elektronisch registrerende huisartspraktijken, die permanent alle ziekten en verrichtingen in hun praktijk vastleggen. Het betreft hier een samenwerkingsproject van de beide nationale huisartsenorganisaties LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) het NIVEL en de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht). De gegevens uit LINH worden vaak gebruikt als nationaal referentiemateriaal voor lokale standaarden. LINH wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS.
LIPZ – het Landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg – is een elektronisch registratiesysteem bij fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck. Ook hier worden op nationale schaal indicatiestellingen en interventies verzameld in samenwerking tussen NIVEL, de beroepsorganisaties van fysiotherapeuten en oefentherapeuten, het Ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen (de financier).
Van huisartsen, verloskundigen, extramurale fysiotherapeuten, ergotherapeuten, kinderartsen en gynaecologen. houdt het NIVEL een register bij teneinde zo nauwkeurig mogelijk de te verwachten in- en uitstroom in de diverse beroepen te kunnen voorspellen. De gegevens uit de registers worden gebruikt voor nationale behoefteramingen van medische en

paramedische beroepsbeoefenaren.
Een stap verder dan een register van beroepsbeoefenaren vormt een panel van beroepsbeoefenaren. Samen met het LCVV (het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging) is een panel van verplegenden en verzorgenden opgezet. Dit panel, bestaande uit representatieve groepen verplegenden en verzorgenden uit diverse sectoren, heeft zich bereid verklaard periodiek vragen te beantwoorden, bijvoorbeeld over werkbeleving en arbeidssatisfactie. Gewerkt wordt aan het opzetten van dergelijke 'panels' bij andere beroepen in de zorg.
Herhaling van (grote) onderzoekingen op gezette tijden geeft ook uiterst waardevolle databases. We noemen een drietal:
1. Ontwikkelingen van kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg – studies voor de 'Leidschendamconferenties' van 1995 en 2000. In deze jaren is van alle Nederlandse gezondheidszorginstellingen onderzocht op welke wijze en in welke mate zij een kwaliteitssysteem hebben opgezet. Er wordt naar gestreefd dit nationale onderzoek in 2005 te herhalen.
2. Vijfentwintig jaar observatieonderzoek van consulten in de huisartspraktijk. Het NIVEL beschikt over een historische collectie op videotapes en CD-ROM opgeslagen consulten in de huisartspraktijk die voor het beantwoorden van vele vraagstellingen wordt gebruikt (bijvoorbeeld voor vragen naar de invloed van NHG-standaarden op het gedrag van huisarts en patiënt).
3. De eerste en tweede Nationale Studie in de huisartspraktijk. Zowel in 1987-1988 als in 2001-2002 is grootschalig onderzoek uitgevoerd in nationaal representatieve groepen huisartspraktijken. Niet alleen werd informatie over ziekten en verrichtingen verzameld, maar ook werden van alle ingeschreven patiënten een uitgebreide set achtergrondgegevens vastgelegd (opleiding, beroep, etniciteit, gezinssamenstelling, etc.). Hiermee wordt onderzoek naar risicogroepen mogelijk. Vergelijking in de tijd geeft een scherp beeld van veranderingen in de huisartspraktijk. Herhaling van deze studie eens per ± 10 jaar is nodig om het werk van de huisarts te blijven monitoren. In het jaar 2003 komen de resultaten van de tweede Nationale Studie in de openbaarheid.
Deze longitudinale bestanden maken het mogelijk om wetenschappelijke en beleidsvragen betrekkelijk snel te kunnen beantwoorden. Dat brengt ons op:

Verandering 3: van empirisch onderzoek naar kennismanagement
Deze verandering is vooral een mentaliteitsverandering; het NIVEL moet

zijn automatische reflex: 'is er een probleem, dan doen wij toch even een onderzoek' verruilen voor een breder arsenaal aan kennisproducten. Dit geldt zowel voor het gebruik maken van door derden verzameld materiaal (bijvoorbeeld via het internet) als ook voor de presentatie van gegevens: via de Website in plaats van in een rapport.
Schrijven voor het Web is een kunst apart. Belangrijk is niet alleen dat alles nog korter en krachtiger is dan bij een voor een groter publiek bestemde publicatie, maar ook dat de auteurs als het ware 'gelaagd' denken. Eerst de hoofdboodschap en dan uitleg via aan te klikken achterliggende documenten. Die omslag in het denken is de uitdaging voor de komende jaren. Intern is een breed samengestelde projectgroep gevormd om te experimenteren met nieuwe werkwijzen en producten en deze vernieuwing in de rest van de organisatie te implementeren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met het RIVM, dat in zijn Beleidsmonitor al over een digitaal opgezet kennisproduct beschikt.
Door het hele werkplan heen zijn projecten te vinden (aangegeven met een *) waar deze kennisinnovatie een rol speelt. Het gaat om een breed scala projecten van het brancherapport somatisch curatieve zorg tot spiegelinformatie in de benchmark thuiszorg, van de monitor verloskundige zorg tot huisarts en depressie.

Continuïteit
De continuïteit van het programma vindt men in de verschillende hoofdstukken; de veranderingen zijn hier gradueel; het programma ontwikkelt zich als het ware 'werkende weg'. Te noemen vallen;
- verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, niet alleen in een vergelijkende studie op Europees niveau maar ook op werkelijk grootschalige wijze in de Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (2200 op video opgenomen consulten);
- onderzoek naar behoeftenramingen van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- onderzoek naar kwaliteit van zorg;
- onderzoek naar de relatie tussen huisarts/specialist en ziekenhuis;
- onderzoek naar paramedische zorg, verloskundige zorg en verpleging en verzorging;
- onderzoek op het gebied van psychische problemen in de huisartspraktijk en de relatie met de GGZ

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject: 2003 is de 34e jaargang. Het accent van het programma is sterker op de registratie en monitoring van infectieziekten komen te liggen. De tijd begint op technisch gebied rijp te worden om het peilstationsproject te integreren in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Wel vergen monitoring en surveillance een veel actievere opstelling van de deelnemers dan het routinematig coderen van ziekten en verrichtingen, maar daar valt organisatorisch wel een mouw aan te passen. Verandering en continuïteit zijn, dage duidelijk zijn, met elkaar verbonden. Door onderzoek te herhalen en tijdreeksen aan te leggen worden trends zichtbaar in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en is er pas echt sprake van 'voortschrijdend inzicht'.

2 Onderzoekslijnen binnen het werkplan

2.1 Inleiding

Het onderzoeksprogramma van het NIVEL is in een aantal onderzoekslijnen opgedeeld:

Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg
Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis
Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg
Beroepen in de gezondheidszorg
Huisartsgeneeskundige zorg
Monitoring gezondheidseffecten van rampen
Farmaceutische zorg
Verloskundige zorg
Paramedische zorg
Verpleging en verzorging
Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt
Vraaggestuurde zorg
Zorgvraag van chronisch zieken
Migranten / Speciale Doelgroepen
Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

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

2.2 De onderzoekslijnen

2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

De organisatie van de gezondheidszorg blijft sterk in beweging. Veel zorginstellingen fuseren of zijn net gefuseerd om het aanbod beter af te kunnen stemmen op de behoefte van de cliënt, de doelmatigheid te vergroten door schaalvoordelen te benutten of om de kwaliteit van de zorgketen beter te kunnen waarborgen. Beroepsbeoefenaren zijn bezig zich regionaal te organiseren. Een voorbeeld zijn huisartsen die nieuwe dienstenstructuren opzetten om de werkdruk door avond en weekend diensten te verminderen. De overheid beoogt de regelgeving zodanig aan te passen dat ook financiële schotten tussen sectoren wegvallen, zoals bijvoorbeeld in de modernisering van de ouderenzorg. Daarnaast worden de financieringsstructuren van ziekenhuizen en huisartsen aangepast. Naar verwachting zullen daarmee ook beperkingen om aan kwaliteitsverbetering te gaan werken verdwijnen.
Het NIVEL voert onderzoek uit naar de nieuwe dienstenstructuren van huisartsen, de kwaliteit van de ketenzorg bij chronisch zieken en de relatie tussen kwaliteitsverbetering en externe financiering.

Op het gebied van kwaliteitsmanagement gaan de ontwikkelingen in het veld daarentegen langzaam. Sectorspecifieke kwaliteitsmodellen, kwaliteitsmethoden en -meetinstrumenten zijn voor een groot deel aanwezig, maar de implementatie ervan vordert maar langzaam. Voor de komende jaren is het beleid van overheid en koepels daarom gericht op implementatie en het zichtbaar maken van resultaten. Recent onderzoek van het NIVEL heeft laten zien dat de meeste instellingen nog niet over meetbare proces- en uitkomstindicatoren beschikken. Voor zover deze wel aanwezig zijn, is vergelijking tussen instellingen niet mogelijk. Een verantwoorde vergelijking van de kwaliteit van zorg wordt pas mogelijk als partijen het eens worden over de meest aangewezen kwaliteitsindicatoren en deze op vergelijkbare wijze meten.
Het NIVEL monitoort sinds 1990 op welke wijze zorgaanbieders kwaliteitsmanagement vorm geven en hoe ver zij daarmee gevorderd zijn. Een belangrijk aandachtspunt blijft de mate van implementatie. Ondanks de aanwezigheid van procedures en kwaliteitsmethoden worden deze in de praktijk veelal niet systematisch gebruikt. Verder richt het onderzoeksprogramma organisatie en kwaliteit zich op onderzoek naar de effectiviteit van kwaliteitsmanagement. Daarbij wordt een relatie gelegd tussen

kwaliteits(deel)systemen en uitkomsten zoals het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg, de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de cliënt. Bij dergelijk onderzoek wordt gezocht naar betrouwbare indicatoren die de kwaliteit van de verleende zorg inzichtelijk kunnen maken voor cliënten, zorgverzekeraars of de inspectie. Tijdens het onderzoek besteed het NIVEL aandacht aan de betrokkenheid van patiënten-/consumentenorganisaties en verzekeraars bij het kwaliteitsmanagement van zorgaanbieders.
In het algemeen is de effectiviteit van de meeste kwaliteitssystemen en -methoden nog steeds niet afdoende aangetoond. Bij kwaliteitsmanagement gaat het om het doorvoeren van verbeteringen op grond van gemeten uitkomsten en niet alleen om het opstellen van procedures en normen. Om het systeem beheersbaar te houden zal het zich moeten concentreren op de risicovolle momenten in de zorgverlening.
Speerpunten in het programma zijn:
- onderzoek naar organisatieveranderingen bij instellingen en beroepsbeoefenaren;
- onderzoek naar de state-of-the-art van kwaliteitssystemen;
- onderzoek naar implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement;
- onderzoek naar de relatie tussen kwaliteitsmanagement en cliëntgebonden uitkomsten;
- onderzoek naar risicovolle momenten in het zorgverleningsproces en patiëntveiligheid.

Het NIVEL beheert de databank zorgvernieuwing waarin een groot aantal zorginnovaties beschreven staan. Zorginnovaties maken het vaak noodzakelijk de organisatie van een zorgproces te veranderen. Maar ook op mesoniveau worden veel vernieuwingen doorgevoerd. Zo is in de afgelopen 5 jaar de organisatie van veel GGZ-instellingen veranderd door fusies. Schaalvergroting vindt ook plaats bij huisartsen waar het aantal solo-praktijken de afgelopen jaren sterk gedaald is. Interessant zijn de veranderingen in de ouderenzorg waar zowel nieuwe woonzorgcombinaties ontstaan, terwijl er ook naar gestreefd wordt wonen en zorg te scheiden.

Onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitsmanagement brengt de stand van zaken in kaart. Het onderzoek laat zien welke vormen van kwaliteitszorg in Nederland worden ontwikkeld en wat de voortgang is in deze ontwikkelingen. Tijdens de vierde Leidschendamconferentie (2000) is afgesproken

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

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

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

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

SAM 02.01 Laagdrempelige methoden voor kwaliteitszorg voor verpleegkundigen en verzorgenden (afgerond)

SAM 02.03 Kwaliteitszorg van het AMW (afgerond)

SAM 99.04 De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroeps-

praktijken in de gezondheidszorg (afgerond)
SAM 02.06 Transparantie kwaliteit van zorg en kwaliteitsindicatoren (afgerond)
SAM 02.07 Kenmerken van de tandartspraktijk en het oordeel van cliënten (subsidieverzoek afgewezen)
SAM 02.08 Verwachtingen en ervaringen van klagers met het klachtrecht(fase 1 afgerond)
SAM 02.09 Kwaliteitsparagrafen en zorgverzekeraars (zal uitgevoerd worden in het kader van Vraaggestuurde Zorg (VRA 03.04))

Lopende en nieuwe projecten

Onderzoek naar organisatieverandering
SAM 90.01*Databank zorgvernieuwing (continu project)
SAM 00.02 Regionale samenwerking in de gezondheidszorg (in afwachting van subsidie)
Nieuw
SAM 03.01 Kwaliteit, organisatie en riskmanagement van Huisartsendienstenstructuren (HDS'en) (in voorbereiding)
Nieuw
SAM 03.07 Organisatieveranderingen en vraaggerichtheid (in voorbereiding)

State of the art-studies
SAM 01.01 Kwaliteitsmanagement in Europa (in uitvoering)
SAM 02.02 Kwaliteitszorg in de beroepsopleidingen in de gezondheidszorg (afronding)
Nieuw
SAM 03.02 Het patiëntenperspectief binnen kwaliteitsprojecten V&V (afronding)
Nieuw
SAM 03.03 Monitoring kwaliteitsbeleid verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen (afronding)

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum

Nieuw
SAM 03.06 Leidschendam 2005:patiëntveiligheid, vermijdbare kosten en vraaggerichtheid
(in afwachting van subsidie)
SAM 03.09** Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de `huisartsenpraktijk (in afwachting van subsidie)

Implementatievraagstukken
SAM 02.04 Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden
(verwerven van subsidie)
SAM 02.05 Effectiviteit van stappenplan voor het systematisch verbeteren van bestaande richtlijnen
(in uitvoering)
Nieuw
SAM 03.04 Implementatie kwaliteitsinstrumenten in 2 GGZ-regio's
(in uitvoering)

Relatie kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg voor cliënten
SAM 01.05 De invloed van de organisatie van zorg op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen
(in uitvoering)
SAM 01.06 Relatie tussen organisatie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg in de thuiszorg (The AgeD in Home Care Project)
(in uitvoering)
SAM 01.02 De bijdrage van cliëntenraden aan het kwaliteitssysteem en de kwaliteit van zorg van instellingen
(in afwachting van subsidie)

Riskmanagement en ongewenste uitkomsten
Nieuw
SAM 03.05 Preventie van risico's door samenwerking in de keten
Nieuw
SAM 03.08 Regionale kwaliteitssystemen en disease mangement voor specifieke patiëntencategorieën

p.m.
PMED 00.03Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg

---

** Dit project stond in vorig werkplan vermeld onder HAG 01.01

(IKPZ)

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

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

VRA 03.03 Kwaliteit van verzekeraars vanuit cliëntenperspectief

VRA 03.04 Kwaliteitsparagrafen in contracten tussen verzekeraars en aanbieders

VRA 03.06 Patiëntenoordelen en ketenkwaliteit in de gezondheidszorg.

2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

Binnen het themagebied wordt bestudeerd hoe de posities van huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen zich ontwikkelen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Daarbij gaat het om wijzigingen in de structuur (organisatie en financiering) van de gezondheidszorg, samenwerking en communicatie tussen de drie partijen (netwerkontwikkeling, gegevensuitwisseling), ontwikkelingen in de patiëntenstromen (verwijzing en dergelijke) en consequenties voor de kwaliteit van zorg.

Nederland is bezig met een ingrijpende modernisering van de curatieve zorg. Zowel binnen de eerstelijnsvoorzieningen (met name huisartsenzorg) als binnen de medisch-specialistische zorgverlening (tweedelijn) staan veel veranderingen in de organisatie en financieringsstructuur op stapel of zijn reeds gerealiseerd. Transmuralisering van de zorg is daarbij een belangrijke leidraad. Het traditionele onderscheid tussen extra- en intramurale zorg zal verder vervagen. Het doel is dat er een samenhangend zorgaanbod wordt gecreëerd waarbij de plaats waar de zorg wordt geboden in hoge mate wordt bepaald door de (zorg)behoefte van de patiënt en in mindere mate door het beschikbare aanbod. Tevens dient de afstemming en aansluiting van verschillende zorgsectoren te worden bevorderd. Deze organisatorische vernieuwingen zijn van belang voor de verdere ontwikkeling van vraaggestuurde zorg.
Marktwerking wordt gezien als een belangrijk instrument om deze vernieuwingen te realiseren. Stimulering van het ondernemerschap bij de

zorgaanbieders, door bijvoorbeeld het ondernemersrisico te vergroten en ook zorgverlening buiten het basispakket mogelijk te maken, moet een grotere variatie in het zorgaanbod bewerkstelligen. Dit kan de keuzemogelijkheden van patiënten/consumenten vergroten. Deze nieuwe rol van zorgaanbieders zal waarschijnlijk leiden tot veranderingen in de structuur en organisatie van de zorg. Zorgaanbieders zullen genoodzaakt zijn om nauwer te gaan samenwerken of te integreren in grotere organisaties die een betere onderhandelingspositie hebben ten opzichte van andere partijen.
Ten aanzien van de relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen zijn op dit moment twee min of meer tegenstrijdige ontwikkelingen te herkennen. Aan de ene kant zijn er ontwikkelingen die de twee dichter bij elkaar brengen zoals de vorming van het 'geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf'. Een toenemend aantal ziekenhuizen is overgegaan op een meer patiënt- en procesgerichte organisatiestructuur (kanteling van het ziekenhuis) en medisch specialisten participeren in toenemende mate in het management van ziekenhuizen. Het Nivel inventariseert iedere twee jaar hoever deze ontwikkelinge gevorderd zijn.
Aan de andere kant is er sprake van een tendens waarbij het verlenen van medisch specialistische zorg losser komt te staan van het ziekenhuis. Door de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) wordt geconstateerd dat de medisch specialistische zorg in Nederland maar gebrekkig aansluit bij de zorgvraag. Dit zou onder andere kunnen worden opgelost door flexibilisering van de zorg. Binnen de ziekenhuissector zal explicieter onderscheid worden gemaakt tussen interventiecentra voor complexe topzorg, basiszorg en dagbehandeling en zullen decentrale poliklinieken worden opgezet. Vooral bij dit laatste is afstemming met de eerstelijnszorg van belang. De verwachting is dat juist op dat gebied nieuwe organisatievormen zullen worden ontwikkeld zoals huisartsbedden in ziekenhuizen en poliklinieken in huisartspraktijken. Verder kan de opkomst van zelfstandige behandelcentra in dit verband worden genoemd. Het Nivel wil dit jaar dan ook een onderzoek starten naar de plaats en positie van deze behandelcentra in de Nederlandse gezondheidszorg.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HSZ 98.04 Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen (afgerond)

HSZ 01.03 De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar (wordt voortgezet binnen het themagebied vraaggestuurde zorg:)

HSZ 02.01 'Omvang van maatschappen' in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten (afgerond)

HSZ 02.04 Pas gestart: de eerste fase van de evaluatie van het Zorg Informatie Netwerk in de regio Eemland (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

HSZ 01.01 Evaluatie van de invoering van een zorgpas voor Parkinson-patiënten
(bij subsidietoekenning start van de evaluatie)

HSZ 02.02 De ontwikkeling van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf: stand van zaken
(analyse en rapportage)

HSZ 02.03 Relatie huisartsenzorg en medisch specialistische zorg in de toekomst
(schrijven onderzoeksvoorstel)

HSZ 02.05 De ontwikkeling van een 'gemeenschappelijk format' voor de evaluatie van ICT-projecten in de directe zorgverlening
(subsidiewerving)

HSZ 02.06 Onderzoeksprogramma Doelmatigheid van orthopedische zorg in een vraaggestuurd stelsel
(subsidiewerving)

Nieuw

HSZ 03.01 Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch-specialistische zorg: feit of fictie?
(rapportage)

Nieuw

HSZ 03.02 Ziekenhuisvergelijking III: patiënten oordelen over ziekenhuizen
(subsidiewerving)

Nieuw

HSZ 03.03	Problemen aan de poort? Trends in verwijzingen naar het ziekenhuis (schrijven onderzoeksvoorstel)
Nieuw	
HSZ 03.04	Zelfstandige behandelcentra: plaats en positie in de Nederlandse gezondheidszorg (schrijven onderzoeksvoorstel)

p.m.

NS2 99.06	Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing
NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
PSH 01.05	Second opinion chirurgische oncologie
PSH 01.03	Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen
SAM 03.09	Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk
BKP 95.09	Behoefteraming medisch specialismen
BKP 01.01	Jaarlijkse overzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan

2.2.3 Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg

Zowel wat betreft het aantal mensen met psychische klachten als wat betreft de hoeveelheid verleende zorg op dit gebied neemt de geestelijke gezondheidszorg die binnen de eerstelijn verleent wordt een belangrijke plaats in binnen het geheel aan geestelijke gezondheidszorg. Dit gegeven bracht de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid nog afgelopen voorjaar (februari 2002) tot de aanbeveling om voor een de-categoralisering van de GGZ te kiezen en GGZ aan te laten sluiten bij structuur van welzijns- en gezondheidszorg. Waarmee maar gezegd wil zijn dat geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijn, en de samenwerking tussen eerstelijn en gespecialiseerde GGZ een belangrijk onderwerp is.
Het themagebied eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg richt zich op beide voornoemde onderwerpen en wel vanuit drie invalshoeken. Er wordt epidemiologisch onderzoek gedaan naar het voorkomen en de behandeling van psychische problemen binnen de eerstelijn, er wordt onderzoek naar interventies binnen de eerstelijn gedaan en er is sprake van zorgonderzoek, waarin het functioneren van delen van het gezondheidszorgsysteem met

betrekking tot psychische problematiek centraal staat.

Epidemiologisch onderzoek
Een continue onderzoekslijn binnen het themagebied betreft de epidemiologische aspecten van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn. Werd tien jaar geleden, met de eerste Nationale Studie, de aandacht gericht op het voorkomen van psychische problemen in de bevolking en het resulterende hulp zoeken bij de huisarts, in de tweede Nationale Studie richten we ons op de redenen waarom mensen met psychische problematiek al dan niet de hulp van de huisarts inroepen en op de alternatieve wijzen waarop mensen proberen met psychische problemen om te gaan. Ook wordt het handelen van de huisarts bij specifieke psychische aandoeningen onderzocht binnen het licht van de daarvoor opgestelde richtlijnen.
Deze vragen worden ten aanzien van de bevolking in het algemeen gesteld. Meer specifiek onderzoeken we op basis van gegevens uit de tweede Nationale Studie herkenning en beleid van huisartsen bij ouderen met depressie. Dit geschiedt met subsidie in het kader van het ZON-programma ouderenpsychiatrie. In het kader van het programma preventie van ZON wordt eveneens met Nationale Studie materiaal onderzoek gedaan naar de determinanten van hulp zoeken bij emotionele en gedragsproblemen van kinderen.
In het kader van de continue morbiditeitsregistratie Peilstations worden gegevens verzameld over patiënten bij wie de huisarts een nieuwe diagnose depressie heeft gesteld. Aangezien de huisarts hierbij ook een aanvullende vragenlijst invult, biedt dit onderzoek de mogelijkheid om dieper in te gaan op de reden waarom een diagnose "depressie" wordt gesteld. Daarnaast wordt binnen deze continue morbiditeitsregistratie al gedurende een veel langere looptijd het ter sprake komen van suïcide in de huisartsenpraktijk gevolgd.

Op het grensvlak van epidemiologie en zorgonderzoek bevindt zich het voornemen om determinanten van zorggebruik bij angst en depressie te bestuderen. De Raad voor GezondheidsOnderzoek (RGO) heeft in 1999 advies uitgebracht over het te entameren onderzoek op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. In dit advies krijgt onderzoek naar angst, depressie, psychosen en gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen prioriteit. In methodologisch opzicht wordt met name gevraagd om longitudinaal onderzoek, medical technology assessment

(MTA) onderzoek en zorgonderzoek. Dit advies heeft geresulteerd in het ZonMw-programma 'Geestkracht'. Het NIVEL heeft aansluiting gezocht bij een consortium van vakgroepen verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen en de Vrije Universiteit om te participeren in een onderzoeksprogramma dat dergelijk onderzoek bij de stoornissen angst en depressie uit gaat voeren. Het voornemen is om cohorten patiënten met angst of depressie, zowel in de eerste als in de tweede lijn te selecteren en deze gedurende tien jaar te volgen. In dit geheel zal door het NIVEL het zorggebruik, de discrepantie tussen gewenste en verkregen zorg (zowel vanuit het patiëntenperspectief als vanuit het perspectief van doelmatige zorg) en de determinanten daarvan, bestudeerd worden. Het programma is ingediend bij 'Geestkracht'.

Zorgonderzoek

De "eerstelijns-GGZ" moet beter toegerust worden door meer samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog, vergroten van de competentie door meer bijscholing en stimuleren en faciliteren van de consultatiefunctie, versterking van het algemeen maatschappelijk werk en het onderbrengen van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket.

Het ministerie van VWS heeft hiertoe een pakket van maatregelen vanaf 1999 in werking gesteld: 25 miljoen gulden extra voor AMW-formatie (+ 25 miljoen van de kant van de gemeenten), 12 miljoen gulden op jaarbasis voor consultatieve ondersteuning van de eerstelijn vanuit de tweedelijns-GGZ, extra gelden voor bevordering van samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ (tussen huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen) en voor deskundigheidsbevordering.

Deze stimuleringsmaatregelen van het ministerie van VWS zijn binnen verschillende projecten object van onderzoek.

Binnen het programma Tussen de Lijnen, waarin NIVEL en Trimbos-instituut samenwerken, functioneert een Steunpunt dat plaatselijke initiatieven voor consultatie aan de eerstelijn vanuit de tweedelijn van advies dienten dat deze initiatieven ook registreert. Zowel de gesubsidieerde consultatieprojecten worden geregistreerd en per consultatieproject worden gegevens over afzonderlijke consultaties verzameld. Activiteiten in 2003 zullen er erop gericht zijn deze registratie in de reguliere werkwijze van instellingen op te nemen.

Binnen het onderzoeksprogramma Evaluatie van de Versterking van de Eerstelijns-GGZ wordt door het NIVEL, in samenwerking met Trimbos-

instituut en het onderzoeksinstituut van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, het SGBO onderzocht in hoeverre de maatregelen van VWS worden uitgevoerd en effect sorteren op de mate waarin binnen de eerstelijns-GGZ de samenwerking verbetert, deskundigheid toeneemt, en meer mensen met psychische problemen op het niveau waar ze behandeld zouden moeten worden ook daadwerkelijk behandeld worden.
Als specifiek project binnen deze vraagstelling wordt onderzocht in hoeverre het aanbod aan psychische klachten in de huisartsenpraktijk bijdragen tot de werkbelasting van de huisarts.

Op het grensvlak van huisartsenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg zijn we voornemens in 2003 onderzoek te doen naar succes en faalfactoren bij implementatie van vernieuwingen op het gebied van geïntegreerde zorg voor dementerenden in de thuissituatie.

Interventiestudies
Het onderwerp langdurige arbeidsongeschiktheid vanwege psychische problemen staat met de huidige WAO-voornemens van de regering in het middelpunt van de belangstelling. In 2001 is het NIVEL een gerandomiseerde trial begonnen om de effecten te onderzoeken van een gestructureerde kortdurende opvang door het AMW om de langdurige nadelige gevolgen van overspannenheid te reduceren. Vanaf najaar 2001 worden patiënten in Almere at random toegewezen aan een experimentele interventie door AMW-ers of de gebruikelijke hulp door de huisarts.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
GGZ 02.04 Doelmatigheid van de diagnostiek bij het dementiesyndroom (geen subsidie verkregen)
CHR 98.01 Patiëntenpanel chronisch zieken (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

GGZ 99.03 Programma "Tussen de lijnen" (continue activiteit)
GGZ 99.04 Psychische problemen en stoornissen bij kinderen

(in uitvoering)

GGZ 00.02 Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartsenpraktijk
(in uitvoering)

GGZ 01.02* Versterking van de eerstelijns-GGZ.
(in uitvoering)

GGZ 01.03 De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen
(in uitvoering)

GGZ 02.01 Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
(in uitvoering)

GGZ 02.02 Determinanten van zorg en zorggebruik bij angst en depressie
(in afwachting van subsidie)

GGZ 02.03 Suïcide en suïcidepogingen in de huisartsenpraktijk 1987-1999
(voorheen PEIL 01.03) (in uitvoering)

Nieuw

GGZ 03.01 Inventarisatie geïntegreerde zorg voor dementerenden in de thuissituatie
(in afwachting van subsidie)

Nieuw

GGZ 03.02 De werkbelasting bij huisartsen door psychische problemen van patiënten
(in uitvoering)

p.m.

NS2 99.03 Psychische problemen en stoornissen

SAM 03.04 Implementatie kwaliteitsinstrumenten in 2 GGZ-regio's

2.2.4 *Beroepen in de gezondheidszorg*

Het onderzoeksprogramma binnen dit themagebied bestaat uit de volgende drie onderdelen:
informatievoorziening over het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
studies op het terrein van de beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg;
studies rond het thema beroepsuitoefening (werklastmeting, uittreden, deel-

---

- Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum

tijd werken e.d.).

a.Informatievoorziening
Sinds 1995 wordt, in samenwerking met de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek) en Prismant jaarlijks de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW) opgesteld. In deze rapportage wordt een beschrijving gegeven van de actuele arbeidsmarktsituatie van zowel werknemers als van vrije beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Met betrekking tot het opstellen van de RAZW moet worden geconstateerd dat er op landelijke schaal weinig continue informatiebronnen beschikbaar zijn over het aanbod van beroepsbeoefenaren in de zorg. Dit geldt voor een aantal in de extramurale gezondheidszorg (paramedische beroepen, thuiszorg), maar met name voor beroepen in de intramurale gezondheidszorg (medisch specialisten). Vaak moet gebruik gemaakt worden van onvolledige gegevensbestanden van de verschillende beroepsverenigingen. Juist in het kader van de huidige arbeidsmarktproblematiek zou een goede aanbodregistratie van beroepsbeoefenaren een belangrijke bron zijn om problemen rond tekorten of overschotten tijdig te signaleren. Het NIVEL beschikt reeds jaren over een aantal aanbodregistraties (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en kinderartsen) en is in 2001 gestart met de registratie van oefentherapeuten-Cesar en oefentherapeuten-Mensendieck. In de komende jaren worden plannen ontwikkeld om de registraties verder uit te breiden met andere beroepsgroepen. In dit verband zal met name onderzocht moeten worden op welke wijze de informatievoorziening voor medisch specialisten verbeterd kan worden. Door het ontbreken van de meest essentiële aanbodgegevens kunnen jaarlijks geen overzichten opgesteld worden omtrent bijvoorbeeld het aantal werkzame medisch specialisten. Een dergelijk overzicht is onder andere van groot belang voor het uitvoeren van de capaciteitsramingen voor het Capaciteitsorgaan.
Op het terrein van de verpleging en verzorging worden eveneens aanbodstudies uitgevoerd. In opdracht van het LCVV (Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging) wordt in samenwerking met Prismant, jaarlijks de rapportage "Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen" opgesteld. Hierin wordt aandacht besteed aan de actuele vraag- en aanbod ontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging. Ook voor deze studie geldt dat het bijzonder moeilijk is om betrouwbare gegevens te verkrijgen over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Zo is vrijwel onmogelijk om inzicht te krijgen in het aantal werkzame personen in de thuiszorg.

In 1993 heeft het NIVEL het boek 'Beroepen extramurale gezondheidszorg' uitgebracht. Dit was een overzichtsstudie over het aanbod van vrijwel alle beroepen in de extramurale gezondheidszorg. Naast gegevens over aantallen, samenstelling en spreiding werd ook ingegaan de positie en taakomschrijving van de verschillende beroepen. In 2001 is een begin gemaakt met een actualisering van deze studie, waarin naast de extramuraal werkzame beroepsgroepen ook de intramuraal werkzame beroepsgroepen worden meegenomen (medisch specialisten e.d). De resultaten worden successievelijk gepubliceerd op internet.

b.Beroepskrachtenvoorziening

Het "Capaciteitsorgaan" speelt een belangrijke rol bij de capaciteitsraming van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal-geneeskundigen en orthodontisten/kaakchirurgen). Ieder jaar wordt door het Capaciteitsorgaan een advies opgesteld (Capaciteitsplan) opgesteld waarin wordt aangegeven welke opleidingscapaciteit voor de genoemde beroepsgroepen wenselijk is om op termijn vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Daartoe worden jaarlijks de benodigde vraag- en aanbodgegevens verzameld en geanalyseerd. Dit wordt In opdracht van het Capaciteitsorgaan door het NIVEL en Prismant gezamenlijk uitgevoerd. Dit betekent dat ieder jaar voor de betrokken beroepsgroepen een overzichtstudie wordt opgesteld, zo ook in 2003. Verder zullen in het kader van het flankerend beleid van het Capaciteitsorgaan door het NIVEL en Prismant in 2002/2003 een aantal verdiepingsstudies worden uitgevoerd. In deze studies worden bepaalde aspecten wat verder uitgediept. Zo zal bijvoorbeeld door het NIVEL gekeken worden naar ontwikkelingen in de leeftijd waarop artsen hun studie voltooien. In een andere verdiepingstudie zal gekeken worden naar de mogelijkheden van een regionale planning voor huisartsen

De gegevens voor de bovengenoemde overzichtsstudies komen deels uit ramingsstudies die in de afgelopen jaren in opdracht van de afzonderlijke beroepsverenigingen door het NIVEL zijn opgesteld. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van gegevens van de verschillende registratiecommissies (HVRC, SGRC, MSRC). Dit soort registraties zijn echter niet opgezet om ramingsstudies uit te voeren. Dit betekent dat er eigenlijk jaarlijks geen betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over het aanbod aan medisch specialisten. Het NIVEL heeft bij het Capaciteitsorgaan voorstellen ingediend om die informatievoorziening te verbeteren.

Naast studies voor het Capaciteitsorgaan voert het NIVEL ook

ramingsstudies uit in opdracht van de afzonderlijke beroepsverenigingen (huisartsen, kinderartsen, longartsen, reumatologen, gynaecologen, orthopeden, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, radiologen, plastisch chirurgen, KNO-artsen, chirurgen). In de komende jaren zullen deze activiteiten gecontinueerd worden. Voor een aantal beroepsgroepen (kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en chirurgen) wordt door het NIVEL een min of meer een permanente monitoring van vraag en aanbod uitgevoerd. Dit maakt het mogelijk om de gewenste opleidingscapaciteit tijdig bij te stellen. Naast ramingsstudies voor de medische beroepen worden door het NIVEL ook ramingsstudies uitgevoerd voor een aantal paramedische beroepen (ergotherapeuten, fysiotherapeuten). De uitkomsten van deze studies zijn niet alleen van om tekorten of overschotten te voorkomen maar spelen ook een belangrijke rol in de door het beleid gewenste substitutie tussen de medische en paramedische zorg.
Substitutie van zorg wordt dan ook veelvuldig aangehaald als mogelijke bijdrage voor het oplossen van tekorten aan beroepsbeoefenaren. In dit kader wordt door het NIVEL een onderzoek uitgevoerd naar de capaciteitsproblemen binnen de beroepsgroep verloskundigen waarbij voor het bepalen van de behoefte aan verloskundigen ook rekening wordt gehouden met de gynaecologen en huisartsen. Een vergelijkbaar onderzoek wordt uitgevoerd voor de gastro-enterologen. Om de behoefte aan gastro-enterologen te kunnen bepalen zal ook gekeken worden naar de werkzaamheden van internisten. Tussen beide beroepsgroepen is er immers enige overlap in de werkzaamheden.
De uitkomsten van bovengenoemde onderzoeken zullen ook worden gebruikt om inzicht te krijgen in de mogelijkheden om in de ramingsmodellen ook substitutie als parameter in te bouwen.
In het kader van het onderzoek naar de arbeidsmarkt voor artsen wordt een onderzoek gestart naar het keuzeproces van aankomende artsen ten aanzien van het opleidingstraject en de toekomstige beroepsuitoefening en in hoeverre daarin in de loop der tijd veranderingen zijn opgetreden. Het project strekt zich uit van de eindexamenkandidaten van de middelbare school tot de pas afgestudeerde medisch specialisten.

C. Beroepsuitoefening
Bij het opstellen van ramingsstudies zijn veel achtergrondgegevens noodzakelijk die een beeld kunnen geven van de huidige en de toekomstige beroepsuitoefening. Met name rond de tijdsbesteding per week is er vaak

discussie omtrent de wijze waarop de gegevens verzameld worden. Veelal geschiedt dit aan de hand van schriftelijke enquêtes onder de individuele beroepsbeoefenaren. Om dit subjectieve meetinstrument te valideren heeft het NIVEL enkele jaren geleden via een observaties-methodiek een werklastmeting uitgevoerd bij de radiologen. Dit type onderzoek zal wellicht op termijn ook voor andere beroepsgroepen interessant zijn.
In het kader van het onderzoek naar de tijdsbesteding wordt ook aandacht besteed aan de toenemende vraag naar deeltijdwerken. Door de feminisering van de meeste artsenberoepen neemt het aantal deeltijders sterk toe. Om inzicht te krijgen in de problematiek van het deeltijdwerken door medisch specialisten is in 2000 het ZON-onderzoekprogramma "Deeltijdwerken Medisch specialisten" van start gaan. In dat kader is in het werkplan een onderzoek naar de integratie van deeltijdwerken bij internisten opgenomen. In dit onderzoek, dat in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) wordt uitgevoerd, wordt gekeken welke deeltijdvarianten mogelijk zijn om deeltijdwerken mogelijk te maken.
Binnen de gezondheidszorg is sprake van een toenemende vraag naar informatie die snel en betrouwbaar verzameld kan worden. Een van de mogelijkheden om dit te realiseren zijn "panels", waarbij een zelfde groep personen over de meest uiteenlopende onderwerpen met enige regelmaat worden geënquêteerd. Wat tot op heden ontbreekt zijn met name aanbod-panels, dwz panels van beroepsbeoefenaren. In dit werkplan worden ideeën ontvouwd over een op te zetten "artsenpanel".
De snelle veranderingen binnen de gezondheidszorg (toenemende mondigheid van patiënten, meer nadruk op verantwoording en transparantie, doelmatigheid, vraaggestuurde zorg) en in de organisatie van de zorg (regionale invalshoek, structuurveranderingen van het ziekenhuis, meer organisatorische en managementtaken voor zorgverleners) zouden gevolgen kunnen hebben voor de toekomstige beroepenstructuur. Het NIVEL themagebied "Beroepen in de gezondheidszorg " zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan verkrijgen van inzicht in die veranderende beroepenstruktuur.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BKP 01.02 Cohortonderzoek basisartsen
(zie BKP02.05)

BKP 01.03 Afstemming initiële opleiding voor artsen en vervolgoplei-

dingen (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

a.Informatievoorziening

REG 84.01 Registratie huisartsen
(continue activiteit)

REG 84.03 Registratie verloskundigen
(continue activiteit)

REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten (extramuraal)
(continue activiteit)

REG 93.02a Registratie ergotherapeuten
(continue activiteit)

REG 84.02 Registratie pas afgestudeerde huisartsen
(continue activiteit)

REG 86.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
(continue activiteit)

REG 93.02b Registratie pas afgestudeerde ergotherapeuten
(continue activiteit)

REG 95.01 Registratie gezondheidscentra
(verwerven van subsidie)

REG 94.01 Aanbodregistratie voor paramedische beroepen
(verwerven van subsidie)

REG 96.01a Registratie werkzame kinderartsen
(continue activiteit)

REG 96.01b Registratie AGIO's kindergeneeskunde
(continue activiteit)

REG 97.01 Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2003 (RAZW)
(continue activiteit)

REG 98.01 Beroepen in de gezondheidszorg 2003
(in uitvoering)

REG 02.01 Arbeidsmarktmonitor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
(in uitvoering)

REG 02.02 Arbeidsmarktmonitor ambulancepersoneel
(in uitvoering)

b.Beroepskrachtenvoorziening

BKP 94.01 Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen

(subsidie verwerven)

BKP 95.04 Modelontwikkeling behoefteramingsstudies
(in voorbereiding)

BKP 95.09 Behoefteraming medisch specialismen
(verwerven subsidie)

BKP 95.09a Behoefteraming kinderartsen
(in uitvoering)

BKP 96.03 Vraag en aanbod binnen verpleging en verzorging
(in uitvoering)

BKP 99.06 Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief
(in voorbereiding)

BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
(in uitvoering)

BKP 00.02 Flexibility of specialised human capital and manpowerplanning; the case of medical profession
(in voorbereiding)

BKP 01.01 Onderzoek en ondersteuningsactiviteiten ten behoeve van Capaciteitsorgaan
(in uitvoering)

BKP 01.04 Beroepskrachtenplanning Orthopeden
(in voorbereiding)

BKP 01.05 Arbeidsmarktmonitor chirurgen
(in voorbereiding)

BKP 02.01 Behoefteraming fysiotherapeuten
(in uitvoering)

Nieuw
BKP 03.01 Ontwikkeling in vraag en aanbod huisartsenzorg in grote steden
(in uitvoering)

Nieuw
BKP 03.02 Arbeidsmarktmonitor voor klinisch genetici
(in uitvoering)

Nieuw
BKP 03.03 Behoefteraming gastro-enterologen 2002-2015
(in uitvoering)

Nieuw
BKP 03.04 Cohortonderzoek artsenopleiding: van middelbare scholier tot medisch specialist
(in voorbereiding)

Nieuw

BKP 03.05 Lange termijn vestigingsvoorkeuren van huisartsen (in uitvoering)

c.Beroepsuitoefening

BKP 98.06 Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens (in voorbereiding)

BKP 98.07 Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten (in voorbereiding)

BKP 99.08 Integratie deeltijdwerken bij internisten (in voorbereiding)

BKP 00.01 Carrière-duur van huisartsen (in uitvoering)

BKP 01.08 Huisartsenpanel (in voorbereiding)

BKP 01.07 Deeltijdwerken van artsen: buitenlandse ervaringen (in voorbereiding)

BKP 02.02 Tijdsbesteding vrijgevestigde logopedisten (in voorbereiding)

p.m.

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners

VERL.03.01 Kraamverzorgenden in beeld. Monitor van de in- en uitstroom in opleiding en beroep.

2.2.5 Huisartsgeneeskundige zorg

De huisartsgeneeskundige zorg in Nederland verkeert momenteel in een periode die gekenmerkt wordt door onzekerheid over de nabije toekomst. Deze onzekerheid manifesteert zich op macro-, meso- en microniveau. Op macro-niveau is er sprake van onzekerheid over de centrale positie in de gezondheidszorg en de poortwachtersfunctie van de huisarts en over de financiering van de huisartsenzorg. In de toekomstvisie op de huisartsenzorg, ontwikkeld door de beroepsorganisaties, wordt uitsluitend impliciet uitgegaan van behoud van de poortwachtersrol van de huisarts. Waar de Nederlandse huisartsgeneeskunde in het buitenland vaak tot voorbeeld wordt

gesteld lijkt de huisarts binnen Nederland echter aan waardering in te boeten. De rol die aan de huisarts zal worden toebedeeld na herziening van het verzekeringsstelsel is nog ongewis. Ook de wijze van financiering van de huisartsenzorg, waarover al diverse adviezen aan de overheid zijn opgesteld, is vooralsnog onduidelijk.
Op meso-niveau is er vooral onzekerheid over de organisatie van de huisartsenzorg. In de toekomstvisie van de beroepsorganisaties is er sprake van in toenemende mate werken in samenwerkingsverbanden en delegatie van taken. De praktijkondersteuning, die al een aantal jaren in aantocht was, is nu in de fase van implementatie, maar de feitelijke taakinvulling wordt overgelaten aan de individuele huisartsen(groep). Daarnaast zijn de centrale huisartsenposten voor de zorg buiten kantooruren in hoog tempo en op grote schaal gerealiseerd. De ontwikkeling van protocollen en richtlijnen voor deze vorm van huisartsenzorg blijft echter hierbij achter met alle gevolgen vandien.
Op micro-niveau begint het tekort aan huisartsen merkbaar te worden. De eerste huisartsen die de praktijk verlaten zonder opvolger hebben zich aangediend. Het aantal afstuderende huisartsen is jarenlang achtergebleven bij de feitelijke behoefte waardoor het tekort niet snel zal zijn ingelopen, ondanks de aangekondigde verhoging van de opleidingscapaciteit.

In zulke onzekere omstandigheden is registratie en documentatie van groot belang. De kern van het onderzoeksprogramma Huisartsgeneeskundige zorg wordt dan ook gevormd door registratieprojecten en daaraan gerelateerd onderzoek:
1. de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations: een netwerk van huisartspraktijken waarin over een beperkt aantal, jaarlijks wisselende onderwerpen gegevens worden verzameld die in routine-registraties ontbreken en daarin niet gemakkelijk op te nemen zijn;
2. het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): een landelijk netwerk van huisartsen waarin op continue basis routinematig gegevens geregistreerd worden over ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk;
3. de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisarts-praktijk (NS2).
Ander onderzoek binnen het themagebied "huisartsgeneeskundige zorg" is verspreid over diverse onderzoekslijnen binnen het NIVEL, zowel nationaal als internationaal.

Het jaar 2003 zal overwegend in het teken staan van de resultaten van de

Tweede Nationale Studie. Deze studie is een breed opgezet onderzoek om de positie en de rol van de huisarts en de huisartsgeneeskunde in Nederland opnieuw in kaart te brengen. De resultaten van de tweede Nationale Studie zullen bruikbaar zijn voor de onderbouwing van het beleid ten aanzien van de huisartsenzorg. Het onderzoek binnen de tweede Nationale Studie is ingedeeld in zes themagebieden:

1. Monitoring van gezondheid;
2. Gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits;
3. Verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg;
4. Kwaliteit van de huisartsenzorg;
5. Huisarts-patiënt communicatie;
6. Organisatie van de huisartsenzorg.

In 2003 zullen voor elk van deze 6 themagebieden eindrapportages verschijnen; daarnaast zullen ook een groot aantal additionele studies in uitvoering worden genomen in samenwerking met een groot aantal externe samenwerkingspartners. De gegevensverzameling voor de Tweede Nationale Studie is uitgevoerd in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk flink heeft uitgebreid.

Mede met behulp van voor de Tweede Nationale Studie ontwikkelde registratie-programmatuur is LINH inmiddels op een hoger plan gebracht. Sinds begin 2002 registreren de aan LINH deelnemende huisartsen alle in de huisartspraktijk aangeboden morbiditeit. LINH is daarmee omgevormd van een registratienetwerk dat zich richt op zorg met aanhangende indicaties naar een netwerk dat zich richt op morbiditeit met aanhangende zorgverlening. Hierdoor kunnen verrichtingen als voorschrijven en verwijzen in een breder perspectief worden geplaatst. Met name op het terrein van het voorschrijven van geneesmiddelen zijn recent een aantal projecten gestart.
De registratie van gegevens in de CMR-Peilstations zal in de nabije toekomst worden geautomatiseerd; daarbij zal gebruik gemaakt worden van de expertise die in LINH is opgedaan. De precieze relatie met LINH zal zich in 2003 uitkristalliseren; behoud van het eigen karakter van de CMR-Peilstations blijft daarbij voorop staan. De inmiddels meer dan 30-jarige expertise op het terrein van registratie door huisartsenpeilstations blijkt ook internationaal van groot belang te zijn. Op Europees niveau bestaat er grote behoefte aan continue informatie over het vóórkomen van ziekten in de bevolking. Voor een aantal belangrijke ziekten is de huisartspraktijk de enige bron van informatie. Door verschillen in definities, registratiemethoden,

maar ook cultuurverschillen (bijvoorbeeld in het consultatiegedrag) is de informatie uit verschillende landen niet zonder meer vergelijkbaar. De coördinerende rol die het NIVEL speelt bij de surveillance van influenza op Europees niveau werpt ook zijn vruchten af in de vorm van daaraan gerelateerde nieuwe projecten. Met name de combinatie van klinische informatie uit huisartspraktijken gecombineerd met laboratoriumgegevens over pathogenen blijkt uniek en waardevol.

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

Een deel van het onderzoeksprogramma is terug te vinden onder het hoofdstuk 'internationaal vergelijkend onderzoek', waar de positie en werkwijze van de Nederlandse huisarts vergeleken wordt met zijn buitenlandse collegae, terwijl leiding wordt gegeven aan ontwikkelings- en onderzoeksprogramma's in landen als Oekraïne, Litouwen en Wit-Rusland.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

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

LINH 97.02 Betrouwbaarheid en representativiteit (opgenomen in LINH 97.01)

LINH 00.03 Cervixscreening (afgerond)

LINH 01.02 Determinanten van langdurig geneesmiddelgebruik (vervangen door LINH 03.01)

NS2 01.01 De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

Registratie: Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations

PEIL 84.01 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland (continue activiteit)

PEIL 95.01 The European Influenza Surveillance System (EISS) (Europees systeem van nationale griep surveillance

1 Dit project valt deels ook onder het NIVEL Kenniscentrum.

(in uitvoering)

PEIL 99.01 Herpes zoster (gordelroos) als indicator-ziekte
(in uitvoering)

PEIL 00.02 Incidentie van acute gastro-enteritis: een vergelijking tussen Nederland en Engeland
(in uitvoering)

PEIL 01.02 Het voorkomen en de diagnostiek van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen in de huisartspraktijk
(in uitvoering)

PEIL 02.01 Health information from primary care
(in uitvoering)

Nieuw
PEIL 03.01 Automatisering van de CMR-Peilstations
(in voorbereiding)

Nieuw
PEIL 03.02 Surveillance van antibioticaresistentie
(in voorbereiding)

Nieuw
PEIL 03.03 Enhanced surveillance of influenza
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
PEIL 03.04 Een internationale vergelijking van de vaccinatiegraad voor influenza
(in uitvoering)

Nieuw
PEIL 03.05 Health monitoring combining clinical information with laboratory information
(in voorbereiding)

Registratie: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)

LINH 96.01 Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg: basisinfrastructuur
continue activiteit)

LINH 97.01 Monitoring productiecijfers huisartsenzorg
(continue activiteit)

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen
(continue activiteit)

LINH 98.02 Analyse morbiditeitspecifieke verwijsgegevens
(continue activiteit)
LINH 99.01 Protocollering laboratorium-onderzoek in de eerste lijn
(in uitvoering)
LINH 00.02 Monitoring implementatie Elektronisch Voorschrijf Systeem
(in uitvoering)
LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie
(in uitvoering)

Nieuw

LINH 03.01 Monitoring volksgezondheid in de huisartspraktijk
(in uitvoering)

Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk

NS2 99.01 Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk
(infrastructuur en gegevensverzameling)
NS2 99.02 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk
(in uitvoering)
NS2 99.03 Psychische problemen en stoornissen
(in uitvoering)
NS2 99.04 Comorbiditeit
(in uitvoering)
NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg
(in uitvoering)
NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing
(in uitvoering)
NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg
(in uitvoering)
NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie
(in uitvoering)
NS2 99.09 Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen
(in uitvoering)
NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten
(in uitvoering)
NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

(in uitvoering)

NS2 99.12 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen
(in uitvoering)

NS2 99.13 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg
(in uitvoering)

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

NS2 99.15 Huisarts-patiëntcommunicatie
(in uitvoering)

NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg
(in uitvoering)

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

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg
(in uitvoering)

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg
(in uitvoering)

NS2 99.20 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
(in uitvoering)

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
(in uitvoering)

NS2 01.02 Leefomgeving en gezondheid
(in voorbereiding)

NS2 02.01 Comorbiditeit bij patiënten met neurologische en psychiatrische aandoeningen
(in uitvoering)

Nieuw

NS2 03.01 De staat van de huisartsenzorg: de stand van zaken m.b.t. kernaspecten in de huisartsenzorg
(in afwachting van subsidie)

p.m.

SAM 03.01 Kwaliteit, organisatie en riskmanagement van

Huisartsendienstenstructuren (HDS'en)
SAM 03.09 Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk
MIG 03.09 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïndentificeerde achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijkeen door de Districthuisartsverenigingen.
REG 84.01 Huisartsenregistratie
GGZ 00.02 Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk
GGZ 01.03 De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen
GGZ 02.01 Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
GGZ 02.03 Suicide en suicidepogingen in de huisartspraktijk 1987-1999
GGZ 03.02 De werkbelasting bij huisartsen door psychische problemen van patiënten
BKP 00.01 Carrièreduur van huisartsen
PSH 98.02 Praten over arbeid in verschillende Europese landen
PSH 02.01 Video-onderzoek bij huisartsen
PSH 02.06 Tijdsbesteding medisch specialisten in de spreekkamer
CHR 88.01 Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)
CHR 03.06 Monitoring HIV en SOA- gerelateerde hulpvragen bij de huisarts
WHOINT 91.01Taakprofielen van huisartsen in Europa
WHOINT 98.06Morbidity in general practice in Central European Perspective
MIG 01.01 Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers
MIG 03.07 Validering van de ervaren gezondheidsschaal bij vier groepen allochtonen in de huisartspraktijk

2.2.6 *Monitoring gezondheidseffecten van rampen*

Rampen zoals de "Herculesramp" en de "Bijlmerramp" kennen voor de getroffenen en betrokkenen, maar ook voor de maatschappij als geheel, een lange nasleep. De lessen voor de toekomst die naar aanleiding van de Bijlmerramp zijn getrokken, vormen nu een leidraad voor het handelen van de overheid. Belangrijke elementen zijn: duidelijkheid over de blootstelling en eventuele risico's; het serieus nemen van klachten die, ook in de loop van de tijd, ontstaan en door betrokkenen worden toegewezen aan het doormaken

van de ramp; en het coördineren van informatie.
We weten nu dat de gevolgen van een ramp verder reiken dan de directe lichamelijke schade. Het meemaken van een ramp betekent voor velen een grote psychische schok. De verwerking ervan vergt veel tijd en energie en een deel van de getroffenen ontwikkelt op langere termijn psychische en/of lichamelijke klachten, zoals het posttraumatisch stresssyndroom en onbegrepen lichamelijke klachten.
Na de Vuurwerkramp in Enschede (13 mei 2000) besloot de regering –en in het bijzonder het ministerie van VWS- een Nazorgtraject op te zetten, waarvan naast één loket voor alle problemen (een Informatie en Advies Centrum), onder meer monitoring van de gezondheidstoestand van de betrokkenen deel uitmaakt.
De Gezondheidsmonitoring, als een van de pijlers van het Nazorgtraject, is er op gericht om vanuit een pro-actieve benadering, gegevens en materiaal over de gezondheidssituatie en zorgbehoefte te verzamelen bij een zo groot mogelijke groep getroffenen en hulpverleners, teneinde de nazorg optimaal te kunnen afstemmen op de situatie van getroffenen. De resultaten van het onderzoek dienen dus direct ten goede te komen aan de getroffenen; het project maakt tevens duidelijk dat de gezondheid van getroffenen wordt bewaakt en biedt inzicht in en daarmee erkenning van de gezondheidseffecten van de ramp.
Het hier voorgestelde onderzoek is complementair aan de parallel lopende studie (uitgevoerd door RIVM, GGD Twente en het Instituut voor Psychotrauma) waar de gezondheidstoestand van de getroffenen rechtstreeks (op populatie basis) wordt gevolgd. Op deze wijze worden gegevens verkregen bij de getroffenen zelf en bij hun zorgverleners. Methodologische bezwaren van beide vormen van onderzoek, zoals recall-bias bij getroffenen en het (extra) filter van de zorgverleners worden met deze opzet ondervangen.

Monitoring bij de zorgverleners heeft een aantal onmiskenbare voordelen. Door het continue karakter van de gegevensverzameling is het mogelijk inzicht te krijgen in:
Aantal en aard van de gezondheidsproblemen
Het verloop in de tijd; zowel de startdatum van een probleem kan worden gedetecteerd als de erop volgende sequens van verrichtingen en de – al dan niet gerelateerde – co-morbiditeit
De eventuele ontwikkeling van patronen van klachten

Het voorkomen van laag-prevalente aandoeningen
De behoefte aan specifieke interventies en/of een geprotocolleerde aanpak
Bovendien biedt monitoring bij de zorgverleners de mogelijkheid:
Regelmatig terugkoppeling aan hen te geven, zowel op populatieniveau als op het niveau van de hulpverleners(praktijk)
Specifieke vragen over (de klachten van hun) patiënten te beantwoorden
Het bestand retrospectief te raadplegen
Gevolgen van een ramp longitudinaal te bestuderen. De unieke organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg maakt het immers, in tegenstelling tot bij voorbeeld de Amerikaanse, mogelijk om nagenoeg het volledige zorggebruik in kaart te brengen.

Door de gecontroleerde opzet van het hier voorgestelde onderzoek is het mogelijk om de door de getroffenen gepresenteerde morbiditeit te vergelijken met die van mensen die niet aan de vuurwerkramp werden blootgesteld.
Op verschillende wijzen is het mogelijk om de klachten van de getroffenen te vergelijken:
a)met de klachten van de getroffenen zelf, zoals die werden gepresenteerd in het jaar voorafgaand aan de vuurwerkramp (retrospectief dossieronderzoek); b)met de klachten van mensen uit dezelfde huisartspraktijken in Enschede, die niet, of in mindere mate, aan de ramp werden blootgesteld; c)met de klachten van mensen uit een controlegroep in een andere gemeente, verder weg van het rampgebied; d)met de klachten van mensen uit een representatieve Nederlandse steekproef, zoals verzameld in het kader van de Tweede Nationale studie (NIVEL, 2000).
Deze vier bronnen van informatie bieden respectievelijk baselinegegevens, een referentiebestand, een controlegroep en gegevens over de algemene Nederlandse populatie.
In Enschede wordt bovenstaande informatie (of delen ervan) verzameld bij ca. 40 huisartsen, de Arbo-Unie Oost-Nederland (voor brandweer, ambulance, politie en betrokken personeel van de Gemeente), 14 apotheken, Mediant-Nazorg (plaatselijke RIAGG) en het RIO Twente.

Ruim een half jaar na de Vuurwerkramp werd het Nivel verzocht ook de gezondheidseffecten van de Nieuwjaarsbrand in Volendam in kaart te brengen, gebruik makend van hetzelfde onderzoeksdesign als wordt gebruikt in Enschede. In Volendam vindt geen bevolkingsonderzoek plaats, reden waarom werd besloten om alle ca. 20.000 Volendammers in de monitoring te

betrekken. Er wordt uitsluitend onderzoek gedaan bij de (acht) huisartsen.

Overzicht van de projecten

Lopende en nieuwe projecten

RAMP 03.01* De gevolgen van de vuurwerkramp Enschede voor de gezondheid van bewoners en hulpverleners in de getroffen wijk. Monitoring via zorgverleners
(in uitvoering)

RAMP 03.02* Nieuwjaarsbrand Volendam. Monitoring gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam door middel van informatie uit de huisartsenpraktijk
(in uitvoering)

2.2.7 Farmaceutische zorg

De stijging van de kosten voor gezondheidszorg in landen van de Europese gemeenschap zijn voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de explosieve groei van uitgaven voor geneesmiddelen. Nederland is hierbij geen uitzondering, hoewel het gebruik in Nederland lager is dan in veel andere Westerse landen. Oorzaken voor de structurele groei van het geneesmiddelengebruik zijn onder andere de vergrijzing van de bevolking, verschuiving in het gebruik naar nieuwere, veelal duurdere geneesmiddelen, sociaal-culturele ontwikkelingen en verandering van voorschrijfgedrag. De laatste jaren zijn diverse maatregelen genomen om de groei van het geneesmiddelengebruik te beteugelen. Waar hierbij eerst de landelijke overheid de regie in handen had, zullen de zorgverzekeraars de komende jaren een regiefunctie gaan vervullen. Daarbij zal de marktwerking op de geneesmiddelenmarkt de komende jaren naar verwachting groter worden. Op Europees niveau zijn beleidsmaatregelen voorgesteld die een snellere introductie van nieuwe geneesmiddelen op de markt moeten bevorderen. Het "geneesmiddelendossier" is echter een lastig beleidsdossier onder andere vanwege de vele partijen die bij de geneesmiddelenvoorziening zijn betrokken. Het is vrijwel onmogelijk met een beleidsmaatregel alle betrokkenen te beïnvloeden. Huisartsen kunnen bijvoorbeeld (zoals uit

* Deze projecten stonden in het vorige werkplan vermeld onder HAG 01.03 en HAG 02.02

Nivel-onderzoek is gebleken) besluiten over te gaan op het voorschrijven van generieke in plaats van merkgeneesmiddelen, maar zij hebben minder invloed op de aflevering van de geneesmiddelen.

Het Nivel-onderzoek op het gebied van farmaceutische zorg richt zich vooral op de huisarts. De huisarts heeft een centrale rol binnen de gezondheidszorg en een groot deel van de geneesmiddelen die in Nederland worden gebruikt, zijn voorgeschreven voor de huisarts. Het huidige onderzoek is in twee thema's onder te brengen:
Evaluatie van beleidsmaatregelen
(Determinanten van) voorschrijfgedrag van huisartsen

ad 1. Evaluatie beleidsmaatregelen
Het Nivel heeft de afgelopen jaren een aantal beleidsmaatregelen geëvalueerd. Hierbij gaat het veelal om maatregelen die de huisarts aangaan. Voorbeelden van geëvalueerde maatregelen zijn de "Uitsluiting buiten WTG-middelen" (ook wel bekend als de 1-september maatregel) "Voorschrijven op stofnaam" en de introductie van het Farmaco Therapie Transmuraal Overleg (FTTO). Momenteel monitort het Nivel de invloed van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS).

Ad 2. Voorschrijfgedrag van huisartsen
Onderzoek naar determinanten van voorschrijfgedrag is een ander centraal onderwerp in Nivel-onderzoek. Er is in Nederland al een en ander bekend over het voorschrijfgedrag van huisartsen en de determinanten ervan. Echter, grootschalig diagnosespecifiek onderzoek naar voorschrijven door huisartsen is nog niet vaak gedaan. Het Nivel beschikt met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en de 2e Nationale Studie over gegevens om dit soort onderzoek uit te voeren. Door de continue registratie van het voorschrijven door huisartsen binnen LINH is het bovendien mogelijk voorschrijfpatronen te bestuderen. Het Nivel onderzoekt op basis van deze gegevens, in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), het doelmatig gebruik van antidepressiva en in samenwerking met TNO het doelmatig gebruik van Cox2-remmers. In het kader van de NS-2 onderzoekt het Nivel tevens het gebruik van zelfmedicatie en het voorschrijven van herhaalreceptuur.

In de toekomst: meer aandacht voor de apotheker
Naast de huisarts spelen ook andere beroepsgroepen een belangrijke rol

binnen de geneesmiddelenvoorziening zoals medisch specialisten en apothekers. Met name de positie van de apotheker in het beroepsveld staat de laatste tijd ter discussie. Belangrijk aspect in deze discussie is dat de apotheker, meer dan voorheen, een zorgverlener moet worden. Dit heeft effecten op de beroepsuitoefening van de apotheker en ook op de samenwerking met de huisarts. Het Nivel wil in toekomstig onderzoek meer aandacht besteden aan de rol van andere beroepsgroepen, met name die van de apotheker. Momenteel wordt al in het kader van de 2e Nationale Studie samengewerkt met de Faculteit Farmaceutische Wetenschappen van de Universiteit Utrecht in een project waarin voorschrijven en afleveren met elkaar vergeleken worden.

Overzicht van de projecten

Lopende en nieuwe projecten

Nieuw
FARM 03.01 Off-label voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen
(in uitvoering)

Nieuw
FARM 03.02 Doelmatig voorschrijven van antidepressiva
(in uitvoering)

Nieuw
FARM 03.03 Doelmatig voorschrijven van Cox-2 remmers
(in uitvoering)

Nieuw
FARM 03.04 Off-trial voorschrijven van geneesmiddelen
(in voorbereiding)

p.m.
MIG 02.02 Gebruik van huidbleekmiddelen
NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie
HAG 00.01 Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk
LINH 00.02 Evaluatie Elektronisch Voorschrijf Systeem

2.2.8 *Verloskunde en kraamzorg*

Het systeem van de verloskundige zorg in Nederland wordt gekenmerkt door de scheiding tussen de eerste- en tweedelijn. Anders dan in ons omringende landen, is er naast de huisarts (als generalistische gezinsarts) en de gynaecoloog (als specialist in pathologie) een aparte zelfstandige eerstelijnsberoepsgroep, de beroepsgroep van verloskundigen, die gespecialiseerd is in het begeleiden van de normale, ongecompliceerde zwangerschap en bevalling.
In ons land wordt uitgegaan van het in principe natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Dit is het uitgangspunt in het regeringsbeleid en de rationale van het beleid dat gericht is op versterking van de eerstelijnsverloskundige zorg.
Verschillende ontwikkelingen van de afgelopen jaren vormen echter een bedreiging voor het Nederlandse verloskundige systeem en met name voor de thuisbevalling, zoals het tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen, de concentratie van klinische verloskunde en kindergeneeskunde en problemen in de kraamzorg.
Acties van verloskundigen, om de problemen binnen hun beroepsgroep, met name het tekort aan verloskundigen en (mede daardoor) de hoge werkdruk, onder de aandacht te brengen, hebben geresulteerd in een besluit van de minister om concrete maatregelen te nemen om de situatie te verbeteren. Eén van die maatregelen is het verlagen van de normpraktijk voor verloskundigen van 150 naar 120 bevallingen per jaar.
Andere maatregelen zijn: het vergroten van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen van 120 naar 160 plaatsen per jaar in 2000 en naar 240 plaatsen per jaar in 2002 en het bevorderen dat een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundige praktijken wordt opgezet. Deze maatregelen zullen van grote invloed zijn op het functioneren van de (eerstelijns) verloskundige zorgverlening. Het is daarom van groot belang om gedurende langere tijd de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening te monitoren zodat tijdig gesignaleerd kan worden of bijstelling van beleid gewenst is.
Het Nivel heeft een vijfjarige Monitor Verloskundige Zorgverlening opgezet en de eerste meting in het kader daarvan heeft in 2001 plaats gehad. In deze monitor wordt aandacht besteed aan de tijdbesteding en de werkdruk van verloskundigen, de organisatie van verloskundige praktijken en de samenwerking met andere zorgverleners. Ook worden er jaarlijks vragenlijsten uitgereikt aan cliënten, die in de verloskundige praktijk op nacontrole komen, ongeveer zes weken na de bevalling. Daarin wordt

gevraagd welke zorg zij ontvangen hebben tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed en hoe zij de begeleiding van de verloskundige beoordelen.
Eveneens in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening en in voorbereiding op de Behoefteraming verloskundige zorgverleners, waarover in 2005 een rapportage zal verschijnen, wordt een inventarisatie gehouden van verloskundig actieve huisartsen.
In de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk zijn zowel bij huisartsen als bij cliënten gegevens verzameld die betrekking hebben op verloskunde en kraamzorg. Ook deze gegevens zullen in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening geanalyseerd worden.
Omdat ook de problemen in de kraamzorg nog steeds de aandacht vragen, terwijl er nauwelijks zicht is op de omvang van de beroepsgroep en van de opleidingscapaciteit, is een voorstel ingediend voor een onderzoek naar de in- en uitstroom van kraamverzorgenden in opleiding en beroep.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
VERL 02.01 Evaluatie invoering standaard anemie bij verloskundigen
(voorstel niet gehonoreerd)

Lopende en nieuwe projecten

VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(rapportage)
VERL 01.03 Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorg-verlening
(dataverzameling 2e meting)
VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners
(1e rapportage afgerond; 2e rapportage in 2004 / 2005)
Nieuw
VERL.03.01 Kraamverzorgenden in beeld. Monitor van de in- en uitstroom in opleiding en beroep.
(voorstel ingediend)

p.m.

REG 84.03 Verloskundigenregistratie
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen

2.2.9 Paramedische zorg

Speerpunten in het beleid van de paramedische beroepsverenigingen zijn het bevorderen van de transparantie van zorg, verzelfstandiging in de beroepsuitoefening, het verbeteren en borgen van de kwaliteitszorg (proces van zorg) en het verbeteren van de inhoud van zorg (doelmatigheid en doeltreffendheid). Deze thema's zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Onderzoek binnen het themagebied paramedische zorg richt zich op deze speerpunten.

In toenemende mate zijn de paramedische beroepsverenigingen zich bewust van het belang van transparantie van zorg. Het kunnen verantwoorden van keuzen en beslissingen in het zorgproces is een voorwaarde voor een verdere verzelfstandiging in de beroepsuitoefening, zoals het streven van het KNGF om directe toegankelijkheid tot fysiotherapeutische zorg voor bepaalde categorieën van patiënten mogelijk te maken.
Transparantie van zorg wordt allereerst verkregen door een goede informatievoorziening. Het LIPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische zorg) biedt een structuur die aan de behoefte aan informatievoorziening in de paramedische sector tegemoet komt. Een dergelijke voorziening is van belang voor het voeren van beleid op het terrein van de paramedische zorg.
Het LIPZ-netwerk bestaat uit praktijken fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck waar op continue basis gegevens op geautomatiseerde wijze over het paramedisch zorgproces (welke zorg wordt geboden aan welke patiënten?) worden verzameld. Het LIPZ-netwerk levert referentiewaarden en fungeert als monitor voor het fysio- en oefentherapeutisch handelen. Dergelijke informatie zal als stuurinformatie dienen voor de afstemming van beleid van de overheid, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.
De Minister van VWS bereidt een nieuwe vergoedingsregeling voor voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck als alternatief voor de -rigide- beperkende maatregel. Een nieuwe vergoedingsregeling zal mogelijk van invloed zijn op het zorgproces. Ook andere ontwikkelingen binnen de extramurale paramedische zorg zoals

de implementatie van het kwaliteitsbeleid, veranderingen in de toegankelijkheid tot extramurale paramedische zorg en veranderingen in het zorgstelsel zullen hun weerslag hebben op het aanbod en de hulpvraag van patiënten en het handelen van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Voor het volgen van ontwikkelingen over tijd is een constante informatiestroom onontbeerlijk. Het Nivel streeft er daarom naar het LIPZ-netwerk op structurele basis voort te zetten.
Ook bij andere paramedische beroepsgroepen zoals logopedisten en ergotherapeuten bestaat er behoefte aan informatie over het zorgproces. Sinds enige jaren is extramurale ergotherapie opgenomen als verstrekking in het ziekenfondspakket. Er zijn aanwijzingen dat als gevolg hiervan ergotherapeuten in toenemende mate een rol spelen in de extramurale gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij het adviseren en instructie ten aanzien van hulpmiddelen die de zelfstandigheid van patiënten bevorderen. Het Nivel voert een tweetal inventarisaties uit naar de stand van zaken van de extramurale ergotherapie en logopedie.

De afgelopen jaren heeft het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsverenigingen belangrijke impulsen gekregen door de opeenvolgende kwaliteitsprogramma's OKPZ- en BKPZ (Ondersteuning en Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg). Binnen deze programma's hebben de paramedische beroepsverenigingen talrijke kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd zoals het ontwikkelen van richtlijnen, een visitatiemethode en intercollegiale toetsing. Inmiddels is het IKPZ-programma (Implementatie Kwaliteit Paramedische Zorg) van start gegaan. Hoofddoel van dit programma is de implementatie van de reeds ontwikkelde instrumenten van het OKPZ- en BKPZ-programma. De evaluatie van het IKPZ-programma zal zich daarom richten op de voortgang en het welslagen van de implementatie van kwaliteitszorg van de paramedische beroepsbeoefenaren.

Het kwaliteitsbeleid heeft zich tot nu toe vooral gericht op het verbeteren van het *proces* van zorg. Onduidelijk is echter in hoeverre de verbetering en de bewaking van de kwaliteit van het proces van invloed zijn op het *resultaat* van zorg. Paramedische zorg richt zich met name op het doen verminderen van beperkingen in het functioneren als gevolg van ziekte. Dit betekent dat het resultaat van behandeling niet zonder meer vertaald kan worden in wel/niet genezing, maar veeleer in de mate waarin de paramedische behandeling heeft bijgedragen aan het verminderen van

klachten en beperkingen. Een systematische en uniforme evaluatie van het paramedisch handelen vindt in de praktijk niet of fragmentarisch plaats. De implementatie van eenvoudige, generieke meetinstrumenten in de praktijk die geschikt zijn om het succes van het paramedische handelen te evalueren is daarom een belangrijke, volgende stap in de verbetering van de transparantie en kwaliteit van zorg.

Verbetering van de doelmatigheid en doeltreffendheid is een belangrijk beleidsthema op het gebied van paramedische zorg en vormt een prominent aandachtsgebied binnen het paramedisch onderzoek. Het ontwikkelingsstadium van paramedische zorg laat echter in veel gevallen (nog) niet toe dat uitsluitend effectonderzoek gedaan kan worden. Zoals onderzoek naar het proces van de zorg voorafgaat aan onderzoek naar het effect van de zorg, is het ook van belang om, voorafgaand aan een gecontroleerd effectonderzoek, eerst grondig vooronderzoek te doen. Vooronderzoek kan bestaan uit het systematisch samenvatten van de literatuur ten aanzien van de effectiviteit van paramedische interventies. Dergelijk literatuuronderzoek geeft richting aan toekomstig effectonderzoek. Ook kan literatuuronderzoek de basis vormen voor richtlijnontwikkeling. Daarnaast kan vooronderzoek bestaan uit het bestuderen van de invloed van ziekte op het functioneren, het toespitsen - van de onderzochte behandelmethode en het evalueren van meetinstrumenten waarmee het effect van de behandeling gemeten wordt. Door het Nivel wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.
Bij het uitvoeren van onderzoek naar de effecten van paramedische zorg wordt samengewerkt met diverse onderzoeksgroepen en -instituten zoals het Nederlands Paramedisch Instituut, de afdeling Revalidatie en het Instituut voor Extramuraal Gezondheidszorgonderzoek (EMGO) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Overzichten van de projecten

Afgeronde projecten

PMED 02.04Naar een flexibele vergoedingsregeling voor fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck (afgerond)

PMED 02.06Structuur en organisatie van het IKPZ-programma: een beschrijvend onderzoek (afgerond)

PMED 97.06Evaluatie programma Bevordering Kwaliteit Paramedische

Zorg (afgerond)

TH 00.02 Validering van de SODA bij Patiënten met artrose (afgerond)

TH 00.04 Loophulpmiddelen bij Patiënten met reumatische hulpmiddelen (afgerond)

TH 00.01 Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur (afgevoerd wegens onvoldoende vordering)

Lopende en nieuwe projecten

Onderzoek gericht op informatievoorziening over de paramedische praktijk

PMED 98.01 Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ)
(in uitvoering)

PMED 02.01 LIPZ - operationeel
(in voorbereiding)

PMED 01.01 Centrum voor beleidsgerichte informatie paramedische zorg
(in uitvoering)

PMED 02.02 Stand van zaken Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE)
(in uitvoering)

PMED 02.03 Stand van zaken in de extramurale logopedie
(in uitvoering)

PMED 02.05 Sportfysiotherapie in de praktijk
(rapportage)

Nieuw

PMED 03.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Nieuw

PMED 03.02 Determinanten van variabiliteit in de fysiotherapeutische zorg
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Onderzoek gericht op kwaliteitszorg

PMED 00.03 Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)
(in voorbereiding)

PMED 01.04 Ontwikkeling van een protocol voor diagnostisch onderzoek door de diëtist bij vermeende voedselovergevoeligheid

(rapportage)
PMED 02.07Ontwikkeling van een fysiotherapeutische diagnosecodering
(in uitvoering)

Nieuw

PMED 03.03De wenselijkheid van specialisatie binnen het vak logopedie: een inventariserende studie
(in voorbereiding)

Onderzoek gericht op doelmatigheid en doeltreffendheid

PMED 99.04Effectiviteit van ergotherapeutische interventies
(in uitvoering)
PMED 00.05Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek
(rapportage)
PMED 01.05Het effect van GRADIT, graded activitiy door middel van intermitterende oefentherapie bij patiënten met artrose van heup of knie
(in uitvoering)
PMED 01.06Het beloop van functionele status bij oudere patiënten met late gevolgen van poliomyelitis, artrose en de ziekte van Parkinson: de invloed van leeftijdsgerelateerde stoornissen en comorbiditeit
(in uitvoering)

Nieuw

PMED 03.04De effectiviteit van ergotherapeutische behandeling bij patiënten met een psychiatrische aandoening: een systematische review van de literatuur
(werven van subsidie)

Nieuw

PMED 03.05De evaluatie van de ergotherapeutische standaard-adviesrapportage's voor rollator, sta-op-stoel en stoel met trippelfunctie.
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Nieuw

PMED 03.06Evaluatie van het fysiotherapeutisch handelen: de bruikbaarheid van generieke meetinstrumenten
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Nieuw

PMED 03.07 Ergotherapie bij ptiënten met reumatoïde artritis: de ontwikkeling en implementatie van een richtlijn (in voorbereiding)

Overige projecten

TH 01.01 Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: incontinentiemateriaal (rapportage)

TH 01.02 Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts: loophulpmiddelen (rapportage)

TH 95.04 Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie (in uitvoering)

TH 99.01 Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie (in uitvoering)

p.m.

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

2.2.10 Verpleging en verzorging

Nederland vergrijst en oude mensen hebben meer zorg en vaak ook zwaardere zorg nodig dan jonge. Verpleegkundigen en verzorgenden moeten een flink deel van die zorg leveren. Dat moet kwalitatief goede zorg zijn die aansluit bij wat de patiënt vraagt en nodig heeft. "Vraaggerichtheid" staat dan ook hoog in het vaandel van verpleegkundigen, verzorgenden, beleidsmakers en uiteraard patiënten en cliënten zelf.

Veel beleidsmaatregelen uit de laatste jaren, zoals het loskoppelen van de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg van de zorgaanbieders, hangen samen met die vraaggerichtheid. Onafhankelijke Regionale IndicatieOrganen (RIO's) hebben sinds enkele jaren de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling. Het belangrijkste doel van de onafhankelijke indicatiestelling door de RIO's is de aansluiting tussen de zorgvraag, de geïndiceerde zorg en de uiteindelijk geleverde zorg te verbeteren. In een

onderzoek van het NIVEL, gefinancierd door NWO, wordt nagegaan of dit doel bij chronisch zieke patiënten met een zorgvraag op het gebied van thuiszorg ook werkelijk bereikt wordt. Dit onderzoek zal in 2003 resulteren in een proefschrift.

In de laatste jaren zijn er voor zorgverleners meer instrumenten gekomen om de zorgbehoeften van patiënten op een systematische manier in kaart te brengen, zodat de zorg daar op afgestemd kan worden. Een voorbeeld van zo'n instrument is het Resident Assessment Instrument (RAI), dat vooral in verpleeghuizen in toenemende mate wordt gebruikt. Het NIVEL heeft met subsidie van NWO de effecten van invoering van het RAI op o.a. de kwaliteit van de zorg door verzorgenden en de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners onderzocht. In 2003 verschijnt er een proefschrift over dit onderzoek.

Vraaggerichtheid wordt zeker ook nagestreefd door verpleegkundigen en verzorgenden die betrokken zijn bij de zorg voor stervenden. In de afgelopen jaren heeft het NIVEL veel onderzoek verricht op dit terrein. Er is echter nog onvoldoende inzicht in de meningen en ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden zelf als het gaat om de zorg rondom het levenseinde. Dit geldt zowel voor de zorg aan patiënten met een terminaal ziekbed (palliatieve zorg), als voor de zorg rondom een acuut overlijden. Daarom wordt najaar 2002 een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden verricht, met als thema "Ervaringen en meningen van verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg rondom sterven".
Dit landelijke, representatieve Panel betreft een samenwerkingsproject van het NIVEL en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging. Onder Panelleden wordt minimaal elk half jaar een schriftelijke peiling gehouden. Soms betreft dit een eenmalig, actueel thema dat op dat moment sterk onder beroepsbeoefenaren leeft. Echter 1 maal per 2 jaar wordt een peiling gehouden over een thema dat over langere tijd relevant blijft, namelijk over de "aantrekkelijkheid van het beroep". In 2001 was er een eerste peiling onder het Panel over de aantrekkelijkheid van het beroep gehouden, in relatie tot onderwerpen als loopbaanmogelijkheden, autonomie in het werk en arbeidstevredenheid. In 2003 en 2005 worden Panelleden daarover nogmaals ondervraagd. Op die manier wordt gemonitord of verpleegkundigen en verzorgenden anders gaan oordelen over de aantrekkelijkheid van het beroep; een onderwerp dat aansluit bij de onderzoekslijn "Kwaliteit van arbeid" waarbinnen het NIVEL in de

afgelopen 10 jaar veel onderzoek heeft verricht.
Naast de geplande peilingen onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden is het mogelijk dat in opdracht van derden een peiling onder het Panel wordt verricht. Zo heeft NU'91, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen, aangegeven dat men graag meer inzicht wil krijgen in de mate waarin individuele verpleegkundigen een professionele visie op hun werk hebben. Mits daarvoor subsidie wordt verkregen, zullen Panelleden in 2003 hierover eveneens ondervraagd worden.

Naast thema's als "vraaggerichtheid" en "kwaliteit van arbeid" ligt er in beleid, onderzoek en praktijk momenteel ook een sterk accent op "evidence based practice". Het handelen van verpleegkundigen en verzorgenden moet waar mogelijk gebaseerd worden op inzichten uit wetenschappelijk onderzoek, wat uiteindelijk moet resulteren in een betere kwaliteit van zorg. Vanuit het streven naar meer 'evidence based practice" is het belangrijk dat in de praktijk gebruikte richtlijnen en methodieken onderzocht worden op hun wetenschappelijk gehalte en waar nodig aangepast worden op basis van onderzoek. Met subsidie van ZonMw is onlangs een project gestart rondom de aanpassing en evaluatie van een intervisiemethodiek voor verzorgenden van allochtone cliënten. Daarnaast verricht het NIVEL met subsidie van ZonMw een studie gericht op inventarisatie, aanpassing en evaluatie van richtlijnen voor de verzorging van dementerenden met gedragsproblemen.

Voornoemd onderzoek bouwt voort op de ruime onderzoekservaring die het NIVEL inmiddels heeft op het terrein van de zorg voor demente ouderen. Ook een ander lopend NIVEL-onderzoek heeft betrekking op deze, door de vergrijzing, sterk groeiende groep patiënten. In dat eveneens door ZonMw gefinancierde project wordt nagegaan wat de effecten zijn van "snoezelen" (stimuleren van de zintuigen met prettige prikkels, zoals zachte muziek of lekkere geuren). Niet alleen wordt gekeken naar effecten op stemming en gedrag van dementerende verpleeghuisbewoners, maar ook naar effecten op de kwaliteit van arbeid zoals verzorgenden die ervaren en naar effecten op de omgang van verzorgenden met bewoners.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

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

V&V 02.01 Inzetbaarheid van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de EU (afgerond)

V&V 02.02 Invloeduitoefening door verpleegkundigen en verzorgenden (afgerond)

V&V 02.06 Zorgbehoefte van oudere Turkse en Marokkaanse migranten; de relatie met aanbod en gebruik van verpleeg- en verzorgingshuiszorg (project is uiteindelijk niet ingediend)

V&V 02.07 De rol van verpleegkundigen bij de naleving van patiënten-rechten uit de WGBO (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

V&V 99.01 Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening
(afronden proefschrift)

V&V 99.04 Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuis-zorg
(tweejaarlijkse inventarisatie)

VERPL 97.01 Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische ver-pleeghuizen
(afronden proefschrift)

VERPL 99.02 Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverle-ners in verpleeghuizen
(analyse gegevens en schrijven artikelen)

VERPL 99.04 Bewonerspanel verpleeghuizen
(nadere oriëntatie op subsidie mogelijkheden)

V&V 02.03* Continuering van Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (halfjaarlijkse peilingen, inclusief verzameling, analyse en rapportage)

V&V 02.04 Richtlijnen voor verzorgenden voor de begeleiding van demente cliënten met gedragsproblematiek; inventarisatie, aanpassing en

---

* Dit project valt deels ook onder het Nivel Kenniscentrum.

implementatie
(gegevensverzameling, analyse en rapportage)

V&V 02.05 Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg (gegevensverzameling, analyse en rapportage)

Nieuw

V&V 03.0I Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en op het werk: een inventarisatie (in 2002: uitvoering van deelonderzoek 1, in 2003: indien subsidie wordt toegekend uitvoering van deelonderzoek 2 en 3)

Nieuw

V&V 03.02 Hulpbehoefte van thuis verblijvende ouderen: de ontwikkeling en demonstratie van een Zelfbeoordeling van Hulpbehoefte instrument"
(in afwachting van subsidie)

p.m.

NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

SAM 90.01 Databank zorgvernieuwing

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

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

SAM 02.04 Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden

SAM 03.02 Het patiëntenperspectief binnen kwaliteitsprojecten V&V

SAM 03.03 Monitoring kwaliteitsbeleid verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen

GGZ 03.01 Inventarisatie geïntegreerde zorg voor dementerenden in de thuissituatie

PMED 03.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek

2.2.11 *Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt*

Continuïteit

Goede bejegening van patiënten vormt zowel binnen het beleid als de praktijk van de gezondheidszorg een continu aandachtspunt. Zo is wettelijk binnen de WGBO vastgelegd dat patiënten op een adequate wijze geïnformeerd dienen te worden over hun aandoening en de daaraan gekoppelde therapeutische mogelijkheden. Op die manier kunnen patiënten meedenken en -beslissen over de behandeling die hen te wachten staat. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan zowel de informatiebehoefte van de patiënt als aan de roep om share decisionmaking. Daarnaast verlangen zorgbehoeften een benadering waarin oog is voor de beleving, onzekerheid en kwetsbaarheid van de individuele patiënt. Men ziet dan ook dat er in de praktijk steeds meer geëxperimenteerd wordt met verschillende onderwijsvormen waarmee dergelijke patiëntgerichte communicatie kan worden overgebracht. Om goede zorg aan de patiënt te kunnen garanderen moet continu gemonitord worden of training in communicatie het beoogde effect sorteert en in welke mate de praktijk van de gezondheidszorg er profijt van ondervindt. Continuïteit in onderzoek naar de communicatie tussen hulpverlener en patiënt is bovendien van belang omdat de inherent therapeutische waarde van het contact steeds meer erkend wordt; factoren als aandacht, erkenning en vertrouwen dragen, van oudsher, in belangrijke mate bij aan het succes van een behandeling. Vorig jaar heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) naar aanleiding van de door het Nivel uitgevoerde programmeringsstudie het ministerie van VWS geadviseerd onderzoek naar deze zogeheten contextwerking in de geneeskunde te stimuleren. Ook binnen diverse medische beroepsgroepen is aandacht voor factoren als bejegening en arts-patiënt relatie de afgelopen jaren toegenomen. Men ziet dan ook een verschuiving van kleinschalig monodisciplinair onderzoek naar meer grootschalige projecten die ziekenhuisbreed dan wel multidisciplinair zijn opgezet.

Speerpunten

Bejegening van patiënten en cliënten is al meer dan 25 jaar binnen het Nivel een belangrijk onderwerp van onderzoek. Belangrijke vragen in dit programma zijn in de eerste plaats beschrijvend van aard: welke elementen in de communicatie tussen hulpverleners en patiënten zijn universeel en komen telkens weer terug; zijn er verschillen tussen verschillende soorten

hulpverleners (afhankelijk van hun taken en positie) en zijn deze verschillen beïnvloedbaar, b.v. door training en opleiding? Een volgende reeks van vragen betreft de determinanten van verschillen in communicatie: wordt er, afhankelijk van patiënteigenschappen, anders omgegaan met verschillende soorten patiënten (verschillend naar sociaal-demografische eigenschappen, verschillend naar type problemen, verschillende verwachtingen); verschilt de communicatie al naar gelang de structuur waarbinnen gecommuniceerd wordt verschillend is (ziekenhuis vs. huisartspraktijk, verschillen tussen gezondheidszorgsystemen, deeltijd vs. voltijd werken, beschikbare tijd)? En tenslotte is er de vraag naar de effecten van communicatie. Effecten die gezocht kunnen worden in de sfeer van opvattingen en gedrag van patiënten (tevredenheid, therapietrouw, gezondere levensstijl), maar ook in biologische parameters zoals bloedsuikerspiegel, bloeddruk of parameters van het immuunsysteem.

Verbreding

Onderzoek naar communicatie in hulpverleningssituaties heeft zich in het verleden vooral gericht op determinanten en effecten van de communicatie door de huisarts. Hierop wordt thans voortgebouwd in onderzoek waarin andere beroepsgroepen, zoals de internist, de gynaecoloog, de verpleegkundige, de klinisch geneticus of de oncoloog centraal staan. Ook wordt gedifferentieerd tussen verschillende typen patiënten met verschillende behoeften waar het om communicatie gaat; het kind bij de kinderarts vormt immers een andere categorie dan de hartchirurgische patiënt die in korte tijd van veel verschillende hulpverleners informatie ontvangt. Ook bij deze patiëntencategorieën is aandacht voor de kwaliteit van informatie-overdracht en bejegening van groot belang. Daarnaast neemt vergelijkend onderzoek naar huisarts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen nog steeds een belangrijke plaats in binnen het onderzoeksprogramma van het Nivel. Tot nu toe was het meeste onderzoek naar communicatie vooral beschrijvend van aard. Daarbij was de aandacht primair gericht op de communicatie tijdens één hulpverleningscontact. Steeds meer wordt echter duidelijk dat de context waarin een contact plaats vindt een belangrijke invloed heeft op het communicatieproces. Contextfactoren zoals de organisatie van de zorg, de beschikbare tijd en de plaats van het contact binnen de gehele behandelepisode zullen dan ook steeds meer betrokken worden in het onderzoek. Daarnaast zal ook de invloed van de aanwezige 'derde' in het gesprek (bijvoorbeeld de partner van de patiënt of een tweede

hulpverlener) diepgaander onderzocht worden. Tenslotte hebben ontwikkelingen op computergebied consequenties voor de kanalen waarlangs patiënten informatie over gezondheid en ziekte ontvangen. Er komen namelijk steeds meer alternatieven voor het vis-à-vis contact tussen hulpverlener en patiënt waarbij de computer een belangrijke rol speelt. Zo bestaat er al voor veel patiënten de mogelijkheid zich met hun hulpvraag te richten tot een e-maildokter. Daarnaast speelt het Internet ook een meer en meer prominente rol bij gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Het is belangrijk het gebruik en de effectiviteit van deze ontwikkelingen op de voet te volgen.

EACH

Om de jarenlange ervaring in het verrichten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie uit te kunnen dragen, is onlangs in samenwerking met Elsevier Each - European Association for Communication in Healthcare - opgericht. Het bestuur van Each bestaat uit afgevaardigden uit acht Europese landen. Each stelt zich ten doel om kennis en expertise op het terrein van communicatie in de gezondheidszorg te verspreiden en uit te breiden. Hiertoe worden onder meer internationale workshops en congressen worden georganiseerd en is tevens een eigen website ontwikkeld met informatie, discussieplatforms en adressen van trainers en onderzoekers. Patient Education and Counseling is het officiële, wetenschappelijke tijdschrift van EACH waarop leden automatisch geabonneerd zijn. Voor het jaar 2003 ligt er voor EACH de uitdaging de bekendheid met en activiteiten van EACH verder uit te bouwen, aansluiting te zoeken bij bestaande wetenschappelijke verenigingen alsmede de participatie van onderzoekers en trainers in Centraal Europese landen te bevorderen.

Methodiek

Traditiegetrouw vindt het onderzoek naar communicatie op het Nivel plaats met behulp van video-opnames in de praktijk. Inmiddels is hierdoor een archief ontstaan van video-opnames van zo'n 16.000 gesprekken tussen patiënten en verpleegkundigen, medisch specialisten en huisartsen in binnen- en buitenland. Dit unieke archief weerspiegelt de veranderingen die zich door de jaren heen binnen de gezondheidszorg hebben voltrokken en is zodoende van historisch, cultureel en maatschappelijk belang. Helaas zijn beeld en geluid van de video-opnames erg vergankelijk. Inmiddels loopt de kwaliteit van de eerste opnames snel achteruit. Om die reden is het Nivel begonnen met het digitaliseren van het volledige video-bestand. Tege-

lijkertijd zijn de observatie-units aangepast aan de nieuwste technologische ontwikkelingen. Daarnaast wordt binnen het onderzoek naar communicatie steeds meer gekozen voor de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve analysemethoden waarmee meer recht gedaan kan worden aan het aandoeningsspecifieke of discipline-gebonden karakter van communicatie. In 2003 zullen wij ons specifiek richten op de mogelijkheden van het doen van sequentiële analyses en op het analyseren van interacties waarbij meer dan één hulpvrager of één hulpverlener betrokken zijn.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
PSH 02.02 Communicatie over ziekterepresentaties (afgerond)
PSH 97.02 Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënt (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

PSH 98.01 Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken
(uitvoering)
PSH 98.02 Praten over arbeid in verschillende Europese landen
(uitvoering)
PSH 98.03 Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?
(uitvoering)
PSH 98.04 Contextwerking in de geneeskunde
(uitvoering)
PSH 98.05 Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker
(uitvoering)
PSH 98.06 De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen
(schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 00.01 Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS
(schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 00.02 Digitaliseren van video-archief
(uitvoering)

PSH 01.01	EACH: European Association for Communication in Health-care (uitvoering)
PSH 01.02	Opvoeden van patiënten in de spreekkamer (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 01.03	Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 01.04	Communicatie en het handelen volgens standaarden (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 01.05	Second opinion chirurgische oncologie (analyse en rapportage)
PSH 01.06	Kwaliteit van vrouwenzelfhulp vanuit cliëntenperspectief (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 01.07	Interculturele communicatie in de huisartspraktijk (analyse en rapportage)
PSH 02.01	Video-onderzoek bij huisartsen (uitvoering en schrijven onderzoeksvoorstellen)
PSH 02.01a	Congruentie tussen arts- en patiëntoordelen
PSH 02.01b	De functionaliteit van communicatie
PSH 02.01c	Structuurinvloeden op de communicatie in het consult
PSH 02.01d	Historische ontwikkelingen in huisarts-patiënt communicatie
PSH 02.03	Communicatie tussen verpleegkundigen en ouderen met kanker (in afwachting van subsidie)
PSH 02.04	Communicatie tussen oncologen, adolescenten met kanker en hun ouders (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 02.05	De WGBO in de praktijk (schrijven onderzoeksvoorstel)
PSH 02.06	Tijdsbesteding medisch specialisten in de spreekkamer (schrijven onderzoeksvoorstel)
Nieuw	
PSH 03.01	Kwaliteitsoordeel hypertensieconsulten (in uitvoering)
Nieuw	
PSH 03.02	Situationele feedback bij chronische pijn (in uitvoering)
Nieuw	
PSH 03.03	Leefstijlfactoren in de spreekkamer (in afwachting van subsidie)

p.m.
NS2 99.15 Huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.12 Vraaggestuurde zorg

De overheid hecht steeds meer belang aan het perspectief van hulpvragers: de gezondheidszorg moet vraaggerichter worden. Hierdoor zou het zorgaanbod beter aansluiten op de zorgvraag van patiënten. Hoe deze vraaggestuurde zorg er uit moet zien, is niet duidelijk.
Per definitie is er in de zorg sprake van ongelijkheid. Een arts is over het algemeen deskundiger dan zijn patiënten rond een bepaalde ziekte. Een arts is ook degene die bepalen kan of een patiënt toegang krijgt tot bepaalde voorzieningen. De arts-patiënt relatie is er –deels- één van vertrouwen: waarin vooral de patiënten moet vertrouwen dat hun arts hun belangen goed zal behartigen. Patiënten zijn niet of nauwelijks in staat dit te controleren. In de afgelopen jaren zijn er door de overheid diverse maatregelen genomen om deze asymmetrie in de arts-patiënt relatie wat meer symmetrisch te maken. Het meest herkenbaar is dit gebeurd met wetgeving: de wet klachtrecht, de WGBO en de WMCZ zijn er alle op gericht om de positie van patiënten te versterken.
Daarnaast is er steeds meer aandacht voor keuzevrijheid en voor informatie waarop patiënten hun keuzes kunnen baseren. De verschillende benchmarktrajecten, gefaciliteerd door VWS, kennen ook een onderdeel patiëntenoordelen. Verwacht wordt dat deze benchmarktrajecten leiden tot verbeteringsprojecten binnen zorginstellingen. Door patiëntenoordelen een onderdeel te laten zijn van deze benchmarktrajecten verwacht men dat de zorg ook vraag-gerichter gaat worden.
Tenslotte wordt ook van zorgverzekeraars in zekere zin verwacht dat zij zullen optreden als belangenbehartiger van verzekerden/patiënten. In het kader van een convenant dat onlangs is gesloten tussen de NPCF en ZN, zullen door het NIVEL projecten worden uitgevoerd die in lokale of regionale samenwerking tussen verzekeraars en patiëntenorganisaties werken aan meer vraaggestuurde zorg. Ook de voorgenomen wijziging van het stelsel van zorgverzekeringen in ons land heeft als doelstelling de zorg meer vraaggericht te maken. Het NIVEL heeft de ambitie aan de monitoring van bedoelde en onbedoelde effecten en de evaluatie van deze stelselwijziging bij te dragen.

Hoe en of deze ontwikkelingen uiteindelijk zullen leiden tot een vraaggestuurde zorg is onduidelijk, als het al mogelijk is dit begrip goed te definiëren en daarmee te meten.

Het NIVEL onderzoek rond vraaggerichte zorg richt zich op de vraag hoe patiënten oordelen over het zorgaanbod, of dit zorgaanbod daadwerkelijk vraaggerichter wordt en hoe deze verschuiving dan tot stand komt.

Zichtbaar maken van de vraag van (potentiële) zorggebruikers
Om het zorgaanbod vraaggerichter te kunnen maken is het noodzakelijk dat inzicht bestaat in de vraag en de beoordeling van het zorgaanbod door (potentiële) zorggebruikers. Dit vraagt goede instrumenten om deze vraag en de gebruikersoordelen zichtbaar te maken. Met het Consumentenpanel Gezondheidszorg (een samenwerkingsverband van NIVEL en Consumentenbond) wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van consumenten met de gezondheidszorg. Het onderzoek dat met het panel wordt gedaan, beoogt bij te dragen aan het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. Het perspectief van de gebruikers staat centraal.
Het NIVEL ontwikkelt ook meetinstrumenten voor het meten van patiëntenoordelen. Één van die instrumenten is de QUOTE (Quality of care through the patiënts eyes), een valide, betrouwbaar en praktisch instrument om het oordeel van zorggebruikers over de door hen ontvangen zorg te registreren. Er zijn varianten van de QUOTE voor specifieke categorieën van zorggebruikers (bijvoorbeeld: COPD-patiënten, IBD-patiënten, mensen met diabetes, hulpbehoevende ouderen, mensen met een lichamelijke handicap), varianten die zich op de kwaliteit van een specifieke discipline richten (bijvoorbeeld: patiënten van huisartsen, cliënten van extramuraal werkende ergotherapeuten) en combinaties van beide varianten (bijvoorbeeld: allochtone patiënten van huisartsen). Er worden nog steeds nieuwe QUOTE-varianten ontwikkeld. Daarnaast is het meetinstrument Consumentenvertrouwen ontwikkeld. Beide instrumenten worden ook buiten Nederland gebruikt.
Cliëntenoordelen in benchmark onderzoek
Het NIVEL participeert in diverse benchmarktrajecten of projecten die hier een sterke verwandschap mee vertonen: de benchmark thuiszorg (samen met PWC Consulting B.V., de LVT en de BTN), een vergelijkingsstudie naar de kwaliteit van de indicatiestelling door Regionale Indicatie Organen (samen met de NPCF), de ziekenhuisvergelijking (samen met de Consumentenbond)

en de benchmark zorgkantoren (samen met PwC Consulting B.V.). Benchmark- en organisatievergelijkend onderzoek vraagt een voortdurende ontwikkeling van geschikte onderzoeksinstrumenten en analysemethoden. Inhoudelijk is de vraag interessant hoe verschillen tussen organisaties in hun presteren kunnen worden verklaard. Ook is het belangrijk inzicht te krijgen in de manier waarop organisaties invulling geven aan hun veranderingsprocessen. Een wezenlijk onderdeel van deze projecten is dat spiegelinformatie wordt gegenereerd, waarbij de patiënten- of klantenoordelen van één zorgaanbieder worden vergeleken met die van de andere –soortgelijke- zorgaanbieders. Deze spiegelinformatie wordt zo gemaakt dat het concrete aangrijpingspunten oplevert voor het kwaliteitsbeleid van deze instellingen. Een belangrijke vraag is in hoeverre deze informatie daadwerkelijk doorwerkt in het zorgaanbod.

Verzekerden en de rol van verzekeraars
Zorgverzekeraars zullen, volgens de beleidsideeën die achter de voorgenomen stelselwijzing van de zorgverzekering steken, een belangrijke rol vervullen in de verschuiving naar vraaggerichte zorg. Verzekerden kunnen namelijk kiezen voor de zorgverzekeraar die zorg heeft gecontracteerd die best aansluit bij hun voorkeuren. In het NIVEL-onderzoek wordt zowel aandacht besteed aan de keuzes die verzekerden maken voor een bepaalde zorgverzekeraar als aan de manier waarop zorgverzekeraars zorgen voor een zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van verzekerden.
Bij de analyse van de rol van verzekeraars wordt aandacht besteed aan de condities waaronder verzekeraars kunnen bijdragen aan meer vraaggerichte zorg, en aan het optreden van onbedoelde gevolgen van meer concurrentie tussen verzekeraars.

Keuzeondersteunende informatie
De hierboven beschreven activiteiten zijn vooral gericht op het veranderen van het zorgaanbod. Hoewel de ruimte tot kiezen beperkt is in de Nederlandse gezondheidszorg, door budgettering, wachtlijsten en regionaal gebonden zorgaanbod, wordt de keuzevrijheid van individuele patiënten door beleidsmakers toch gezien als een belangrijk instrument om meer vraaggerichte zorg te realiseren. Informatie via internet zou patiënten beter in staat kunnen stellen om te kiezen tussen zorgaanbieders. Ook zouden patiënten tijdens een consult beter geïnformeerd kunnen zijn en zo mogelijk

de informatie-assymetrie kunnen reduceren. Deze ontwikkelingen zouden kunnen leiden tot een mondiger patiënt.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 01.03 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van zorg in de derdelijns epilepsiezorg (afgerond)

VRA 02.01 Voorkeursaanbieders in het nieuwe verzekeringsstelsel (afgerond)

VRA 01.01 Ziekenhuisvergelijking 2: oordelen van patiënten (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VRA 86.01 Consumentenpanel Gezondheidszorg (continue activiteit)

VRA 00.05 Patiëntenoordelen en hun relatie tot consultkarakteristieken, werkdruk en praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk (in voorbereiding)

VRA 00.06 Het functioneren van de WGBO in een breder kader (in uitvoering)

VRA 02.02 Benchmark thuiszorg (in uitvoering)

VRA 02.03 Meetinstrumentontwikkeling externe kwaliteitstoetsing RIO's (in uitvoering)

Nieuw

VRA 03.01 Publiek vertrouwen in de gezondheidszorg (in uitvoering)

Nieuw

VRA 03.02 Internationale vergelijking publiek vertrouwen (in uitvoering)

Nieuw

VRA 03.03 Kwaliteit van verzekeraars vanuit cliëntenperspectief (in afwachting van subsidie)

Nieuw

VRA 03.04 Kwaliteitsparagrafen in contracten tussen verzekeraars en aanbieders (in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.05 Patiënten en de eerstelijnszorg van de toekomst
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.06 Patiëntenoordelen en ketenkwaliteit in de gezondheidszorg.
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.07 Keuzeondersteuning via Internet
(in uitvoering)

Nieuw
VRA 03.09 Benchmark Zorgkantoren, fase 3
(in uitvoering)

Nieuw
VRA 03.08 Verwachtingen van klagers bij klachtbehandeling (WKCZ)
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.11 Kwaliteit van indicatiestelling door RIO's vanuit cliëntenperspectief
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.12 Kwaliteit van logopedische zorg vanuit cliëntenperspectief
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
VRA 03.13 Orgaandonoren in Nederland en in 9 Europese landen
(in uitvoering)

VRA 03.14 Evaluatie wet inzake de bloedvoorziening
(in uitvoering)

2.2.13 *Zorgvraag van chronisch zieken*

Chronisch zieken vormen voor gezondheidszorgbeleid een omvangrijke doelgroep met een specifieke zorgvraag. De zorgvraag van mensen met een chronische aandoening is vaak langdurig en complex van aard, waarbij een combinatie van 'cure' en 'care' vereist is. De problematiek van deze doelgroep beperkt zich echter niet tot hun gezondheid alleen; ook op andere terreinen zoals inkomen, werk, wonen, onderwijs, vervoer en vrije tijd ervaren mensen met een chronische aandoening knelpunten. Voor hen is een integrale aanpak van hun zorgvraag van groot belang. Dit geldt overigens niet alleen voor mensen met een somatische chronische ziekte, maar evenzeer voor andere doelgroepen met langdurige gezondheidsproblemen. De erkenning van een gemeenschappelijke problematiek en de noodzaak voor integraal beleid worden door de Nationale Commissie Chronisch Zieken in haar eindadvies (1999) als volgt verwoord: 'het beleidsmatige onderscheid tussen zorg voor mensen met chronische ziekten, verstandelijke handicaps, lichamelijke handicaps, chronisch psychiatrische aandoeningen en ouderen zal vervagen'. Onlangs is het beleidsterrein Chronisch zieken (met name de beleidsvraagstukken op het gebied van de maatschappelijke participatie) bij het ministerie van VWS ondergebracht bij de Directie Gehandicaptenbeleid. Medio 2001 is bovendien besloten om een nieuwe overlegstructuur op te zetten ter bevordering van interdepartementaal chronisch zieken- en gehandicaptenbeleid. Hiertoe zal een platform worden opgezet met vertegenwoordigers vanuit de verschillende departementen (VWS, SZW, OcenW, VROM, VenW) die overzicht hebben over het gehele departementale beleid. Overleg met de belangenorganisaties zal vorm krijgen in het Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid (VWS). De koepelorganisaties van gehandicapten en chronisch zieken (Gehandicaptenraad en WOCZ) zijn in 2001 volledig gefuseerd tot de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Tegelijkertijd met de erkenning van een gemeenschappelijke problematiek, vooral op het gebied van de maatschappelijke participatie, dient ook nadrukkelijk te worden gewezen op de heterogeniteit binnen de groep mensen met een chronische aandoening of handicap. Dit impliceert dat de individuele behoeften sterk uiteen kunnen lopen en flexibiliteit en vraagsturing in de

zorg zeker ook voor deze mensen die vaak langdurig gebruik maken van zorg van cruciaal belang is.

Belangrijke thema's binnen de onderzoekslijn 'Zorgvraag van chronisch zieken' zijn de ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de zorg (problemen rond de diagnosestelling, de specifieke zorgbehoefte van chronisch zieken, de ervaren knelpunten in het gebruik van zorg) en de mogelijkheden en beperkingen op het gebied van maatschappelijke en sociale participatie. Op dit laatste terrein vindt momenteel een aantal onderzoeksprojecten plaats in opdracht van de interdepartementale werkgroep Inkomenspositie Gehandicapten en Chronisch Zieken gericht op de inkomensondersteuning van mensen met een chronische ziekte of handicap.
Een centraal programma in de onderzoekslijn is het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), waarin op continue wijze beleidsrelevante (monitoring-)gegevens worden verzameld over de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening, hun ervaringen in de gezondheidszorg en hun maatschappelijke positie, waaronder hun financiële situatie, arbeidsparticipatie en sociale participatie/vrijetijdsbesteding. In 2001 is de tweede fase van dit programma van start gegaan, die tot in 2004 zal voortduren. Parallel aan deze tweede fase van het PPCZ wordt een ziekte-specifieke monitor van de zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD uitgevoerd. Ander onderzoek bij volwassen chronisch zieken zijn een onderzoek naar de knelpunten in de zorg voor mensen met zeldzame aandoeningen en een inventariserende studie naar de stand van zaken op het gebied van ketenzorg bij 15, zowel somatische als psychische, chronische ziektebeelden.
Het ligt in de bedoeling om de onderzoekslijn de komende jaren uit te breiden, zowel naar andere doelgroepen van mensen met langdurige gezondheidsproblemen (niet alleen somatisch chronisch zieken, maar ook mensen met motorische of zintuiglijke functiebeperkingen en mensen met langdurige psychische problemen) als naar leeftijdsgroepen (kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen). Hiertoe zal in september 2002 allereerst een haalbaarheidsstudie van start gaan ter realisering van de gewenste uitbreiding van de monitoring-activiteiten in het kader van het PPCZ naar mensen met een lichamelijke handicap. Daarnaast vinden binnen de onderzoekslijn sinds enkele jaren projecten plaats, waarin de zorgbehoefte en het maatschappelijk en sociaal functioneren van chronisch zieke kinderen

en jongeren worden onderzocht. Tevens is een projectvoorstel geformuleerd waarin de ervaren knelpunten op het gebied van autonomie en participatie van chronisch zieke ouderen centraal staan.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
CHR 96.01 Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken (geen subsidie)

Lopende en nieuwe projecten:

CHR 88.01 Vragen over AIDS
(In uitvoering)
CHR 98.01 Panel chronisch zieke kinderen
(in voorbereiding)
CHR 99.07 Knelpunten in de zorg voor mensen met zeldzame chronische aandoeningen
(in uitvoering)
CHR 99.12 Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken
(in uitvoering)
CHR 00.04 Adaptieve opgaven, coping en sociale steun in relatie tot de maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening
(in uitvoering)
CHR 01.08 Patiëntenpanel Chronisch Zieken, tweede fase
(in uitvoering)
CHR 01.09 Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD
(in uitvoering)
CHR 01.10 Financiële positie van mensen met chronische aandoeningen voor en na de herziening inkomstenbelasting 2001
(in uitvoering)
CHR 01.11 Behoefte en verwachtingen van mensen met een chronische aandoening ten aanzien van de mantelzorg
(in voorbereiding)
CHR 02.01 Haalbaarheidsstudie panel mensen met chronische psychische klachten
(in voorbereiding)

CHR 02.02 Haalbaarheidsstudie panel mensen met een lichamelijke handicap
(in uitvoering)

CHR 02.03 Rapportage kerngegevens artrose
(in voorbereiding)

CHR 02.04 Maatschappelijke en sociale participatie van jongeren met astma
(in voorbereiding)

Nieuw
CHR 03.01 Ketenzorg bij chronisch zieke mensen
(in uitvoering)

Nieuw
CHR 03.02 Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van chronisch zieken en gehandicapten met hoge niet-vergoede ziektegerelateerde uitgaven
(in uitvoering)

Nieuw
CHR 03.03 Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met arbo-curatieve samenwerking
(in uitvoering)

Nieuw
CHR 03.04 Chronisch zieken in huishoudensverband
(in voorbereiding)

Nieuw
CHR 03.05 Participatie en autonomie van ouderen met een chronische aandoening
(in voorbereiding)

Nieuw
CHR 03.06 Monitoring HIV en SOA- gerelateerde hulpvragen bij de huisarts
(in voorbereiding)

Nieuw
CHR 03.07 Gevolgen van co-morbiditeit voor de kwaliteit van leven van en de zorg aan chronisch zieken en gehandicapten: een onderzoeksagenda
(in uitvoering)

2.2.14 *Migranten / Speciale doelgroepen*

Populaties met een andere culturele achtergrond dan de autochtone zijn niet meer weg te denken uit onze westerse maatschappijen en hun aandeel wordt steeds belangrijker. Deze immigranten vormen geen homogene groep. Culturen en subculturen verschillen, maatschappijen van herkomst verschillen, redenen om te migreren verschillen tussen de migranten uit de jaren 60-70, de migranten uit voormalige overzeese gebieden of asielzoekers en vluchtelingen.

Migrantenpopulaties verschillen in gezondheid met de lokale autochtone bevolking om een uiteenlopende reeks van redenen. Een groot deel van de verschillen kan verklaard worden door verschillen in socio-economische leef- en woonomstandigheden, maar niet volledig. Ook binnen vergelijkbare socio-economische omstandigheden blijft er ongelijkheid in ziekte en gezondheid bestaan ten opzichte van de autochtone bevolking. De culturele achtergrond met een eigen leefstijl, de mate van acculturatie, de mate waarin de eigen maatschappij met haar sociale organisatie verschilt van de maatschappij waarin men terechtkomt, het behoren tot een tweede generatie die opgroeit in deze maatschappij, zijn allemaal mogelijke factoren die op de één of andere wijze verband houden met ziekte en gezondheid. Daarenboven komen er nog de verschillen tussen de seksen waardoor vrouwen door hun eigen positie vanuit hun verschillende culturen op een andere wijze met de nieuwe maatschappij geconfronteerd worden. Ook wanneer men oud wordt in het migratieland krijgt men opnieuw te maken met eigen specifieke problemen.

De wijze waarop de zorg is georganiseerd hier verschilt vaak van deze in het moederland, zoals ook de positie van patiënten zelf in het zorgsysteem anders is. Migranten vertonen soms andere klachten en diagnoses, bepaalde ziekten zijn belangrijker in sommige populaties dan in andere, en enkele ziekten komen alleen bij migranten voor en niet bij de autochtone bevolking. Risicofactoren en risicoprofielen kunnen verschillen tussen autochtone patiënten en migranten. De zorg en zorgverleners kunnen hier verschillend mee omgaan, waardoor er niet alleen verschillen zullen optreden in het zorggebruik tussen migranten en autochtonen, maar eveneens in de kwaliteit van de zorgverlening.

Om ziekte en gezondheid te meten beschikken we over verschillende

meetinstrumenten. Meten deze instrumenten echter hetzelfde bij mensen uit verschillende culturen? Ziektes en gezondheidsklachten kunnen anders vertaald en anders beleefd worden. Ook etniciteit zelf is geen vast gegeven: er bestaan subculturen tussen personen uit eenzelfde land, mensen hebben verschillende identiteiten waarmee ze zich vereenzelvigen en identiteiten kunnen veranderen over tijd, bijvoorbeeld door acculturatie.

Maar uiteindelijk hebben alle inwoners van dit land recht op een gelijk niveau en gelijke beschikbaarheid van zorg. Daarenboven is het belangrijk dat de zorg en zorgverleners rekening houden met specifieke gezondheidsproblemen en risicofactoren bij specifieke populaties. Trouwens al het bovenstaande geldt evenzeer voor die groepen die met sociale uitsluiting bedreigd worden zoals daklozen en illegalen.

In Europa wordt de immigratiepolitiek concreet nog steeds vertaald in verschillende maatregelen en krijgen asielzoekers en vluchtelingen te maken met verschillende regels en een verschillend functioneren van opvang en zorg. Daarenboven hebben de verschillende landen te maken met verschillende migrantenculturen. Daarom is het van belang om in Europees verband effecten van immigratiepolitiek op de gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen te bestuderen, evenals verschillen in gezondheidsproblemen tussen migranten in verschillende landen en hoe de lokale zorgverlening in de verschillende EU-landen met deze problematiek omgaat.

Deze onderzoekslijn migranten/ speciale doelgroepen wil zich in eerste instantie richten op het zorggebruik en de zorgvraag vanwege verschillende groepen migranten. Is het mogelijk om de vraag naar zorg en specifieke noden te monitoren door een allochtoon patiëntenpanel? Hoe kunnen de gezondheidscultuur van allochtone patiënten en de gezondheidscultuur in dit land op elkaar afgestemd worden? n de Tweede Nationale Studie werden 4 groepen allochtonen geïnterviewd naar gebruik van eerstelijnszorg om determinanten te vinden die het gebruik van deze zorg bepalen en eventueel verschillen ten opzichte van autochtone Nederlanders. Een deel van de geïnterviewden zal benaderd worden om deel te nemen aan een panel waarin veranderingen in gezondheid in relatie met het proces van acculturatie opgevolgd zullen worden. Gegevens van de Tweede Nationale Studie zullen verder gebruikt worden voor een aantal bijkomende studies onder allochtone kinderen en onderzoek naar gezondheid en zorggebruik bij vluchtelingen

Gezondheidsproblemen, hulpvraag en zorggedrag zullen eveneens bestudeerd worden bij asielzoekers en vluchtelingen in een samenwerkingsproject met de Vrije Universiteit. Daarenboven wil deze onderzoekslijn zich eveneens richten op het gebruik van de preventieve en reproductieve zorg, die deze doelgroep nog veel te weinig bereikt.

Aan de kant van het zorgaanbod worden de kwaliteit van zorg en werkbelasting van huisartsen in achterstandswijken onderzocht. De werklast van huisartsen voor asielzoekers in asielzoekerscentra is onderzocht, en zal vergeleken worden met de werklast aan reguliere patiënten en vergelijkbare patiëntengroepen in de Tweede Nationale Studie. Er worden initiatieven ontwikkeld om een netwerk te vormen met onderzoeksgroepen op het vlak van migranten en gezondheid in verschillende EU-landen. Een Engelse onderzoeksgroep heeft een voorstel ingediend voor het vergelijken van de immigratiepolitiek in verschillende EU-landen en het effect op de geestelijke gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen.

Een derde thema wordt de nood aan interculturalisatie van de zorg: welke problemen ondervinden allochtone patiënten – migranten, asielzoekers, vluchtelingen en illegalen – van verschillende generaties, verschillende culturele achtergronden en in verschillende fases van acculturatie en integratie in het contact met de gezondheidszorg. Hoe gaat de gezondheidszorg zelf om met cultuurspecifieke problematiek op het niveau van communicatie, toegesneden zorgverlening, specifieke gezondheidsproblemen. Welke oplossingen kan de zorg aandragen om meer cultuursensitief te worden en in welke mate kunnen patiënten met deze achtergrond en hun sociale organisaties bij deze omslag betrokken worden? Hebben zorgverleners uit allochtone groepen of zorgverleners met een multiculturele ervaring extra aandacht voor culturele aspecten in de zorgverlening?
Ook op het vlak van methoden is interculturalisatie van belang: aan de hand van contactregistraties in de Tweede Nationale Studie zal gekeken worden of er een verband kan gelegd worden met het meten van ervaren gezondheid en of dit verschilt tussen verschillende groepen allochtonen en de autochtone populatie.

Onder speciale doelgroepen verstaan we tenslotte onder andere sociale achterstandsgroepen, kinderen en adolescenten, en ouderen. Aangezien gezondheidszorgaspecten bij sociale achterstandsgroepen gedeeltelijk

overlapt met de problematiek op dit gebied bij allochtone populaties, richt deze onderzoekslijn zich verder eerst op deze achterstandsgroepen en sociale uitsluiting. Zoals eerder vermeld wordt het gebruik en effect van het achterstandsfonds bij de districtshuisartsenverenigingen geëvalueerd. Onderzoek onder de overige doelgroepen zal eventueel gefaseerd ontwikkeld worden.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten

MIG 00.02 Effectevaluatie project "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematie (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

MIG 99.01 Determinanten van verschillen in gebruik van huisartsenzorg en ervaren kwaliteit van huisartsenzorg tussen allochtonen en Nederlanders
(in uitvoering)

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

MIG 01.01 Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers
(in uitvoering)

MIG 02.01 Asielzoekers, vluchtelingen en hun minderjarige kinderen: een epidemiologische studie naar gezondheidsproblemen, hulpvraag en het zoeken naar hulp
(in uitvoering)

MIG 02.02 Gebruik van huidbleekmiddelen onder allochtone populaties in Nederland: onderzoek naar omvang en bijwerkingen
(in uitvoering)

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

Nieuw

MIG 03.01 Dialysecentra en zorg aan onverzekerden en asielzoekers.
(in uitvoering)

Nieuw
MIG 03.02 Werklast van doktersassistentietaken voor praktijkverpleegkundigen op een `
(in uitvoering)

Nieuw
MIG 03.03 Een onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg aan kinderen met astma, met speciale aandacht voor etnische herkomst
(in uitvoering)

Nieuw
MIG 03.04 Literatuuronderzoek naar kansen en belemmeringen voor allochtone werknemers in de sector zorg en welzijn.
(in uitvoering)

Nieuw
MIG 03.05 Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
MIG 03.06 Verschillen ex-tropenartsen van hun collega's in het uitvoeren van huisartsenzorg?
(in afwachting van subsidie)

Nieuw
MIG 03.07 Validering van de ervaren gezondheidsschaal bij vier groepen allochtonen in de huisartspraktijk
(in afwachting van subsidie)

MIG 03.08** Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïdentifeerde achterstandsgeebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijken door de districthuisartsverenigingen. (in uitvoering)

p.m.
NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten
V&V 02.05 Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg

** Dit project stond in het vorig werkplan vermeld onder HAG 02.01

2.2.15 *Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg*

De internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen heeft in de loop van de tijd belangrijke impulsen gekregen door gemeenschappelijke problemen van de westerse landen rond de verhouding van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Geleidelijk aan maken facet-studies, die zich richten op een specifiek aspect van gezondheidszorgsystemen, plaats voor meer integrale studies waar de vergelijking van de prestaties (de 'performance') van systemen centraal staat. Deze verschuiving komt naar voren in het World Health Report 2000 van de WHO en in daaruit voortvloeiende activiteiten van de OECD, maar ook van afzonderlijke landen. De discussie over de waarde van de prestatie-indicatoren die door de WHO werden gehanteerd geeft een impuls aan het onderzoek. Voor het NIVEL is daarbij een interessant aspect dat in de prestatie-indicatoren van gezondheidszorgsystemen gebruikersoordelen een belangrijke rol spelen.
De Europese integratie en een toenemende zorgconsumptie over de eigen landsgrenzen doen de noodzaak om de nationale zorgsystemen geleidelijk meer op elkaar af te stemmen toenemen. Daarbij bestaat vooral belangstelling vanuit landen als Duitsland en Frankrijk voor het Nederlandse systeem met huisartsen in een poortwachtersrol. Met deze wederzijdse belangstelling groeit ook de behoefte aan vergelijkbare gegevens over gezondheid en gezondheidszorg.
Deze informatiebehoefte strekt zich ook uit tot de zogeheten pre-accessielanden in Midden en Oost Europa, die op korte termijn tot de Unie zullen toetreden. Ten slotte hebben de hervormingen in Oost-Europa, met steun van nationale overheden, de Europese Commissie en de Wereldbank, veel Westerse expertise aangetrokken, waarbij ook behoefte is aan betrouwbare informatie voor evaluatie en beleid.
Het internationaal vergelijkend onderzoek heeft drie functies: documentatie (hoe zit het in andere landen?), analyse (hoe werken verschillende institutionele structuren door?) en beleid (hoe kunnen veranderingen ondersteund worden?). Op elk van deze functies zal nu kort worden ingegaan.

Er is, internationaal gezien, een grote behoefte aan informatie en documentatie, vooral over de positie van huisartsen, de condities voor hun optimaal functioneren en de relatie met de positie en organisatie van de specialistische zorg en de ziekenhuissector. Deze informatie, vooral statistisch en

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

De documentatie-functie is ondersteunend voor de analyse van gezondheidszorgsystemen, die zich richt op de structuur en de inhoud van de gezondheidszorg.
In het onderzoek van de structuur van de gezondheidszorg staan twee soorten vragen centraal:
Welke invloed hebben institutionele structuren, zoals de aan- of afwezigheid van een poortwachtersfunctie voor huisartsen en het honoreringsstelsel, op de prestaties van gezondheidszorgsystemen?
Hoe komen hervormingen van gezondheidszorgsystemen tot stand; wat zijn de implementatieproblemen, en specifiek in verband met de situatie in Oost-Europa, hoe verloopt schoksgewijze verandering?
Een voorbeeld van dit type onderzoek is de Europese Studie van Taakprofielen van Huisartsen, waarin de organisatie van de praktijk en de taakuitoefening van huisartsen in verband is gebracht met de kenmerken van het zorgsysteem in de verschillende landen.

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

De derde functie van het internationaal vergelijkende onderzoek is die van ondersteuning van beleid. Voor het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg gaat het daarbij om de manier waarop vergelijkbare problemen in landen om ons heen worden opgelost. Op dit moment zijn

capaciteitsproblemen en knelpunten in het verzekeringsstelsel belangrijke problemen in het Nederlandse beleid en kan worden gekeken hoe ons omringende landen dergelijke problemen oplossen. Daarbij is van cruciaal belang dat wordt geanalyseerd wat de condities zijn voor de werking van buitenlandse oplossingen in ons systeem.
Beleidsondersteuning richt zich ook op andere landen, met name die in Oost- en Midden-Europa. Een dilemma daar is dat men enerzijds meer vrijheid wenst en deregulering, terwijl tegelijk een sterke eerstelijnsgezondheidszorg niet zonder beschermende maatregelen kan functioneren en moeilijk is te verenigen met directe toegankelijkheid van specialistisch-medische en ziekenhuiszorg.

De financieringsbron van internationaal vergelijkend onderzoek is een voortdurende zorg. De Europese Unie, die haar R&D subsidieprioriteiten voor de komende jaren in het Zesde Kaderprogramma vastlegt, lijkt minder ruimte te bieden voor gezondheidszorgonderzoek dan in het eerdere kaderprogramma. De ervaring tot nu toe is dat het zeer moeilijk is om via de grote subsidierondes financiering voor vergelijkende studies van gezondheidszorgsystemen te verwerven. De komende tijd zal daarom meer moeten worden geïnvesteerd in contacten met onderdelen van de EU. De verwachting is dat er kansen liggen op het gebied van onderzoek rond gebruikersoordelen, waarop het NIVEL ruime ervaring heeft, ook internationaal.
Onderzoek op het terrein van de surveillance op Europese schaal van infectieziekten via peilstationsprojecten wordt inmiddels gefinancierd. De contacten met deze peilstationsnetwerken kunnen wellicht ook worden gebruikt om informatie te verzamelen die gebruikt kan worden in onderzoek naar de vergelijking van systemen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
WHOINT 88.02Kenniscentrum van systemen van gezondheidszorg
(Maakt nu deel uit van het NIVEL Kenniscentrum; zie NKC)
INT 00.02 Needs in Primary Health Care in Slovenia (afgerond)
INT 99.05 Patients' perceptions of health care in Europe; an international study (Project is voltooid)W
WHOINT 99.04The balance of curative and preventive services of Gps in

Europe; the role of general practice in systems of health care
(Geen financiering; zie WHO INT 03.05)

INT 01.03 Social components of primary care in the Odessa Region
(Project is voltooid)

INT 02.02 Improving education, quality assurance and the base of evidence in primary health care in the Czech Republic (Project is voltooid)

Lopende en nieuwe projecten

WHOINT 91.01Taakprofielen van huisartsen in Europa
(in uitvoering)

WHOINT 98.06Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective
(in voorbereiding)

WHOINT 01.02Primary Health Care continued in Belarus
(in uitvoering)

WHOINT 01.04Consolidating the roles of providers and patients in burgeoning primary care in Lithuania
(in uitvoering)

WHOINT 01.05Evaluatie en verklaring van verschillen in ziekenhuisbedgebruik vanuit gezondheidszorgsysteem-kenmerken
(in uitvoering)

WHOINT 03.01De poortwachtersfunctie van huisartsen en zorggebruik
(in uitvoering)

Nieuw
WHOINT.03.02Primary care in the Driver's seat?
(in uitvoering)

Nieuw
WHOINT.03.03Toegankelijkheid en gebruik van zorgvoorzieningen in Ghana
(in uitvoering)

Nieuw
WHOINT 03.04Preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk; een internationaal vergelijkende studie
(in uitvoering)

Nieuw
WHOINT03.05 Task profiles of GPs in Europe revisited
(in voorbereiding)

Nieuw
WHOINT 03.06 Follow- up study Eurocomm
(in uitvoering)

p.m.
PEIL 95.01 The European Influenza Surveillance System (EISS)
PEIL 02.01 Health information from primary care
VRA 03.13 Orgaandonoren in Nederland en in 9 Europese landen

2.2.16 Overige activiteiten

Het NIVEL als Kennisinstituut
De moderne westerse samenleving is te karakteriseren als een kennismaatschappij. Hiermee wordt bedoeld dat voor een goed functionerende samenleving, mensen in hoge mate afhankelijk zijn geworden van kennis en informatie. Kennis en informatie zijn strategische goederen en een belangrijke hulpbron voor mensen op besluitvormende posities. Dat geldt zeker ook voor de gezondheidszorg. In de Nederlandse gezondheidszorg zitten op diverse plaatsen (overheid, beroeps- en koepelorganisaties, financiers en patiëntenorganisaties) mensen die aan de lopende band beslissingen moeten nemen ten aanzien van de structuur, de organisatie en het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg. Zij vormen de potentiële doelgroep van het NIVEL . Het NIVEL is een kennisinstituut vol met samenhangende, wetenschappelijke kennis over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland en in Europa. Het NIVEL wil die kennis beter toegankelijk maken en beter bruikbaar, zodat NIVEL kennis een rol blijft spelen in de beslissingen die worden genomen over de Nederlandse gezondheidszorg. Om dit te bereiken is het project 'kenniscentrum' gestart. Dit project kent twee polen De eerste pool is de gerichtheid de doelgroep van het NIVEL. Deze doelgroep moeten daadwerkelijk in staat worden gesteld om bij hun beslissingen gebruik te maken van de kennis van het NIVEL. Kenmerkende activiteiten zijn de ontwikkeling van onze website, een actief persbeleid en de publicatie van spiegelinformatie. De tweede pool is de gerichtheid op het NIVEL zelf. Ook binnen het NIVEL moet een slag gemaakt worden in het toegankelijk maken van de kennis die aanwezig is. Kenmerkende activiteiten worden gevangen onder het begrip kennismanagement. Maar ook het beschikbaar stellen van

de infrastructuur van de website aan NIVEL programmaleiders om onderzoeksresultaten beter naar buiten te brengen past hierin. Naast deze kenmerkende activiteiten zijn ook enkele onderzoeksprojecten ondergebracht in het kenniscentrum. Hierdoor blijven de onderzoekers binnen het kenniscentrum ook actief als empirisch onderzoeker.

INTERNET

Internet is een communicatiemedium met kenmerken die zich bij uitstek lenen voor het verspreiden van kennis en inzichten. Informatie op internet is in principe op ieder moment en op iedere plaats te bereiken. Daarnaast is het een relatief goedkoop medium: tegen weinig kosten kun je veel gegevens aanbieden, dan wel vinden.

Het NIVEL beschikt sinds eind 2001 over een goed bruikbare website. Deze wordt door een stijgend aantal bezoekers gebruikt als informatiebron: door beleidsmakers, zorgaanbieders maar ook journalisten gebruiken de NIVEL website als onderdeel van hun reguliere nieuwsgaring. De website kent een nieuwspagina en een attenderingsservice met bijna wekelijkse berictgeving over nieuw NIVEL onderzoek De website bevat basisteksten en basiscijfers over de diverse zorgaanbieders in de curatieve zorg en op het gebied van de verpleging en verzorging. Via de website is in 2002 experimenteel begonnen met het aanbieden van recente NIVEL rapporten als pdf-bestand, zodat deze rapporten beter toegankelijk worden voor geinteresseerde gebruikers. Via de website is ook informatie te vinden over het onderzoeksprogramma van het NIVEL. In 2003 komt het erop aan de website als informatiebron te verstevigen en ervoor te zorgen dat de website binnen het NIVEL nog meer gebruikt gaat worden als kanaal om informatie naar buiten te brengen.

Publiciteit: een multimedia aanpak

De website is een bruikbaar instrument ter ondersteuning van het PR- en persbeleid. Journalisten gebruiken de website als informatiebron bij hun nieuwsgaring. In 2003 wordt de website nog nadrukkelijker ingezet in het persbeleid van het NIVEL. Allereerst blijft het de ambitie om wekelijks met één of meer berichten te komen over nieuw NIVEL onderzoek. Daarnaast gaan we actief op zoek mogelijkheden om publicatie op internet te combineren met publicatie in andere media of op andere websites.

Netwerkvorming

Internet is een netwerk. Toch staan veel websites relatief los van de rest van het internet. Dit geldt ook voor de NIVEL site. Wel zijn er verwijzingen naar

websites van opdrachtgevers en samenwerkingspartners. We streven ernaar om het netwerkkarakter van internet meer uit te buiten. Eén van de manieren waarop dit zou kunnen is dat onderdelen van de NIVEL site een integraal onderdeel gaan vormen van andere websites. Om tot een dergelijke netwerkvorming over te kunnen gaan is het nodig met netwerkpartners goed uitgewerkte afspraken te maken. In 2003 krijgt deze netwerkvorming nader gestalte.

Samenwerking met het RIVM binnen het Kompas
Een belangrijke aandachtspunt is de samenwerking met het RIVM in het kader van het Nationaal Kompas Volksgezondheid.Dit Kompas is begonnen als een digitale versie van de Volksgezondheids toekomst verkenning van het RIVM en bevat inmiddels ook gegevens over het zorgaanbod. Het NIVEL hecht groot belang aan het leveren van een bijdrage aan dit Kompas.

Internetonderzoek
Het bouwen van het NIVEL website vraagt om voortdurende reflectie. Het is belangrijk om de vinger aan de pols te houden en alert te reageren op eventuele veranderingen in het zoekgedrag of de informatiebehoefte van onze doelgroepen. Dit vraagt om een professionele onderzoeksmatige ondersteuning van de website. Internetonderzoek is als onderzoeksmethode nog in ontwikkeling. In 2003 zal een begin worden gemaakt met het opbouwen van de nodige know-how op dit gebied en het toepassen hiervan op de NIVEL site en andere websites.

Engelstalige site
In 2002 is een bescheiden begin gemaakt met het maken van een Engelstalige website. Gezien het grote aantal buitenlands kontakten en het belang van Europa als potentiële onderzoeksmarkt is het nodig om de Engelstalige website verder te ontwikkelen. Het accent ligt daarbij vooral op de presentatie van het NIVEL als wetenschappelijk onderzoeksinstituut.

Financiering
Het maken van goede webteksten en het up to date houden hiervan blijkt een arbeidsintensieve activiteit die ook vraagt om de betrokkenheid van ervaren onderzoekers. Dit staat in contrast tot de relatief lage kosten die het distribueren van informatie via het internet met zich meebrengt. Voor de financiering van de webteksten, zoals die ook worden gemaakt voor het

Kompas van het RIVM, is het nodig te zoeken naar structurele bronnen.

KENNISMANAGEMENT
Hoe halen we meer uit de gegevens en kennis die op het NIVEL beschikbaar zijn. Dit is de kernvraag die aan de orde is onder de titel 'kennismanagement'. De activiteiten rond dit thema zijn medio 2002 gestart en daarmee van een recenter datum dan de activiteiten rond internet.

Spiegelinformatie
Het maken van spiegelinformatie is één van de manieren om uit onderzoeksgegevens 'meer te halen'. Het gaat om het terugkoppelen van onderzoeksresultaten naar instellingen of individuele beroepsbeoefenaren die participeerden in een onderzoek. In 2003 wordt de werkwijze rond spiegelinformatie zo ver uitgewerkt dat programmaleiders het kunnen aanbieden als een regulier onderdeel van een project.

Het verder ontsluiten van NIVEL databases
In een groot aantal NIVEL-projecten worden gedurdende meerdere jaren gegevens verzameld. Voorbeelden hiervan zijn Linh, het consumentenpanel, het patiëntenpanel of het panel verplegende en verzorgenden. Door de betrokken onderzoekers worden deze gegevens gebruikt voor het maken van rapportages en het schrijven van wetenschappelijke publicaties. De algehele indruk is dat er meer uit deze gegevensverzamelingen te halen zou moeten zijn. Enerzijds zouden deze gegevensverzameling nog vaker gebruikt kunnen worden voor het beantwoorden van beleidsvragen, waarbij gebruik gemaakt kan worden van reeds verzamelde gegevens. Anderzijds bevatten deze gegevens verzameling dusdanig relevante basisgegevens dat het nuttig is deze gegevens min of meer structureel op de website te publiceren. Deze gegevens kunnen zo een bruikbare aanvulling vormen op basisteksten over de curatieve zorg en verpleging en verzorging.

Meer kennismanagement
De schat aan kennis, ervaring en informatie op het NIVEL kan effectiever worden ingezet voor het maken van kennis die bruikbaar is voor onze doelgroep. Hier is voor nodig dat alternatieve werkwijzen worden ontwikkeld die kunnen worden ingezet naast de meestal gebruikte strategie van empirisch onderzoek voor het beantwoorden van onderzoeks- en beleidsvragen. Dit alternatief zou –gebruik makend van bestaande informatie en kennis- sneller moeten kunnen leiden tot passende antwoorden. In 2002 is

rond dit thema een start gemaakt met een grondige orientatie op de internationale literatuur op dit gebied. Dit zal in 2003 leiden tot één of meer concrete activiteiten.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
NKC 02.03 Patiëntenwensen (afgerond)
NKC 01.02 Pilot kenniscentrum 'huisarts en depressie' (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten

NKC 01.03 Participatie in het nationaal kompas volksgezondheid
(in uitvoering)
NKC 02.01 www.NIVEL.nl
(in uitvoering)
NKC 02.02 Kennismanagement
(in uitvoering)
NKC 02.04 Implementatiemonitor 2
(in uitvoering)
NKC 02.05 Databank zorgvernieuwing op internet
(in uitvoering)
NKC 02.06 Brancherapport Cure: ontwikkeling van een nieuwe opzet
(in uitvoering)
Nieuw
NKC 03.01 Spiegelinformatie
(in uitvoering)

3 Bibliotheek en Documentatie

Inleiding
De primaire taak van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL is ondersteuning van het onderzoek dat door het NIVEL wordt uitgevoerd. Daarnaast heeft de afdeling ook een publieke functie: het toegankelijk maken van de vele publicaties over gezondheidszorg in het algemeen en 'primary health care' in het bijzonder voor een publiek van onderzoekers, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.
De collectie bestaat uit ruim 26.000 titels van onderzoeksrapporten, handboeken, naslagwerken en ander documentatiemateriaal. Voorts heeft de bibliotheek een abonnement op 72 buitenlandse, voornamelijk engelstalige tijdschriften en op 68 nederlandstalige tijdschriften.
De sterk toenemende digitalisering van de informatie en informatievoorziening, zowel intern als extern, transformeert de functie en het dienstenpakket van de afdeling Bibliotheek en Documentatie. De informatie-bemiddelende rol van de afdeling krijgt steeds meer nadruk. Veel energie wordt gestoken in een goede invulling van deze rol. In verband daarmee worden weinig nieuwe projecten gestart maar wordt prioriteit gegeven aan afronding van al langer lopende projecten.

Interne informatievoorziening
De papieren collectie is altijd een belangrijke pijler geweest voor de ondersteuning van het interne wetenschappelijk onderzoek. Dit geldt nog steeds, met name voor nieuwe onderzoeksgebieden en –projecten waarover voornamelijk 'grijze literatuur' beschikbaar is. Daarnaast is het opsporen van en toegang geven tot relevante digitale literatuur- en gegevensbestanden belangrijk voor de klassieke onderzoekslijnen. Deze bestanden worden nu via het interne netwerk aan de onderzoekers ter beschikking gesteld. Instructie aan de onderzoekers in het gebruik van deze bestanden is een belangrijke taak geworden.
Onderzoekers ontvangen wekelijks per email de titels van nieuw ingevoerde tijdschriftartikelen en titels van rapporten en ander documentatiemateriaal

direct op hun scherm. Voor een op-maat- gesneden informatievoorziening is er Pave (Persoonlijke Attendering via E-mail): onderzoekers ontvangen direct op hun scherm een overzicht van recent verschenen literatuur voorzien van abstracts over een bepaald onderwerp.
De catalogus wordt in 2003 voorzien van een nieuwe functionaliteit waardoor het mogelijk is een directe toegang te geven tot het electronische document wanneer het beschikbaar is via het www.
Voorts wordt de ontwikkeling van het NIVEL-intranet krachtig ter hand genomen. Dit zal dienen als verspreidingsmedium binnen het NIVEL. Voor de bibliotheek is dit een belangrijke ontwikkeling omdat via dit medium een centrale toegang gecreëerd wordt voor de totale informatievoorziening die de bibliotheek te bieden heeft, maar nu nog verspreid op het interne netwerk staat.
Er is voorzien in nieuwe onderdelen van dit bibliotheeksegment van het intranet. Een zeer belangrijk onderdeel is de toegang tot de electronische fulltext tijdschriften. Een deel hiervan is gerealiseerd. Voor het komende jaar staat de toegang tot de belangrijkste Nederlandstalige tijdschriften op het programma zodat alle NIVEL onderzoekers op ieder moment digitaal toegang hebben tot voor hen relevante vak- en wetenschappelijke tijdschriften.Voorts 'de testotheek'. In deze testotheek worden vragenlijsten en meetinstrumenten verzameld die binnen het NIVEL in omloop zijn. De testotheek is toegankelijk door een goed ontsloten, geautomatiseerd bestand.

Externe informatievoorziening
De NIVEL website (www.NIVEL.nl) wordt een steeds belangrijker medium voor het NIVEL om informatie te verspreiden. De afdeling Bibliotheek en Documentatie speelt hierin een eigen rol. De bibliotheekcatalogus is via deze website beschikbaar. Bezoekers kunnen, via e-mail, kopieën bestellen en boeken/rapporten te leen vragen. Ook voor hen is de Pave-dienstverlening beschikbaar. Daarnaast zijn een aantal thematische literatuurverzamelingen samengesteld, terwijl er weer nieuwe verzamelingen in ontwikkeling zijn. Deze literatuurverzamelingen worden ook via www.NIVEL.nl toegankelijk. Nieuw binnen het project 'toegang tot internetbronnen met statistische gegevens' is de inventarisatie van de nationale statistische bestanden van een aantal Europese landen. De resultaten worden via www.NIVEL.nl aangeboden.

Thematische literatuurverzamelingen

De afgelopen jaren is de NIVEL-bibliotheek zich gaan profileren als informatie-leverancier. In samenwerking met verwante instituten en in nauwe samenhang met het NIVEL onderzoeksprogramma worden thematische literatuurverzamelingen beschikbaar gesteld. Het literatuur-bestand 'Verpleging & Verzorging breidt zich gestaag uit. Dit is een samenwerkingsproject van het NIVEL, LCVV (Landelijjk Centrum Verpleging en Verzorging) en Prismant. De onderzoeksliteratuur rond het thema 'Kwaliteit van Zorg' is toegankelijk gemaakt in het gelijknamige literatuurbestand en is een samenwerkingsproject van het NIVEL, Prismant en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Speciale aandachtspunten voor het jaar 2003 zijn 'asielzoekers / migranten' en 'gezondheidsklachten na rampen'.

Thesaurus Gezondheidszorg
Samenwerking op veel grotere schaal vindt plaats in het gemeenschappelijke 'thesaurusproject'. NIVEL, Prismant, Trimbos-instituut, TNO-Preventie en Gezondheid (TNO-PG), Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) en het Kwaliteits Instituut voor de Gezondheidszorg CBO stemmen sinds jaar en dag in een continu proces hun trefwoorden op elkaar af. Dit is van essentieel belang voor een uniforme en doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid gezondheidszorgliteratuur waarmee onderzoekers en beleidsmakers geconfronteerd worden. Elke twee jaar wordt een volledig geactualiseerde versie gepubliceerd. Een electronische versie is ook beschikbaar.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:
BIDOC 02.02 Thematische literatuursearches Informatiebehoeften van terminale patiënten en informatievoorziening in de palliatieve fase (afgerond)
Internationale gegevens over verloskundige zorg door huisartsen (afgerond)
Therapietrouw en disease management (afgevoerd)
Samenwerking huisarts - GGZ (afgerond)
Manpowerplanning internationaal (afgevoerd)

Lopende en nieuwe projecten

Continue activiteiten
BIDOC 95.02 Collectievorming (continue activiteit)
BIDOC 95.03 Database verpleging en verzorging
Onderhoud en beheer (continue activiteit)

BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg
Onderhoud en beheer (continue activiteit)
BIDOC 97.01 Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
Onderhoud en beheer (continue activiteit)

Thematische literatuurverzamelingen
BIDOC 02.01 Literatuurbestand Gezondheidsklachten na rampen
BIDOC 03.01 Searches ten behoeve van reviewartikelen 2003
Bibliografie 'Chronisch zieke kinderen' (in uitvoering)
Bibliografie 'Zeldzame ziekten' (in uitvoering)
Migranten: toegankelijkheid en gebruik van zorgvoorzieningen (in uitvoering)
Verpleegkundig handelen bij smetten (in uitvoering)
Stimuleren van zelfredzaamheid (in uitvoering)
Nieuw
Bibliografie 'Lange termijn effecten van rampen' (start)
Nieuw
Educating and counseling of children about physical health

Interne informatievoorziening
BIDOC 99.04 Ontwikkeling bibliotheeksegment van het NIVEL-intranet (in ontwikkeling)
BIDOC 01.02 Testotheek (in uitvoering)
BIDOC 02.03 Toegang tot electronische tijdschriften (in uitvoering)
Nieuw
BIDOC03.02 Toegang tot fulltext documenten

Externe informatievoorziening
BIDOC 02.04 Toegang tot internetbronnen met statistische gegevens (in uitvoering)
BIDOC 02.06 Bibliotheekbestanden op het internet (in uitvoering)

4 Algemene informatie

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

Management:

Prof.dr. J.M. Bensing	directeur (portefeuille externe betrekkingen)
Prof.dr. J. van der Zee	directeur (portefeuille interne zaken)
Prof.dr. P.P. Groenewegen	hoofd onderzoeksafdeling I
Dr. D.H. de Bakker	hoofd onderzoeksafdeling II
Dr. A. Kerkstra	hoofd onderzoeksafdeling III
W. van den Berg	hoofd algemene zaken

Programmaleiders:

Prof.dr. P.P. Groenewegen	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Dr. J.B.F. Hutten	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidzorg (SAM)
Dr. F.G. Schellevis, arts	Nationale Studie (NS2), Huisartsgeneeskundige zorg (HAG), Peilstations (PEIL) en Landelijk Informatie netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. J. Ijzermans	Rampen
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (V&V)
Dr. P.F.M. Verhaak	Eerstelijn en GGZ (GGZ)
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP)
Dr. C.H.M. van den Ende	Paramedische zorg (PMED) en Thuiszorgtechnologie (TH)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
Dr. D.M.J. Delnoij	Vraaggestuurde zorg (VRA)
Dr. W. Devillé	Migranten (MIG)
Dr. P.M. Rijken	Chronisch Zieken (CHR)
Dr.ir. R.D. Friele	NIVEL Kenniscentrum (NKC)
R. van den Berg	Bibliotheek en documentatie (BIDOC)

Bestuur:

Leden

Dr. E. Borst- Eilers.*	Voorzitter
Prof. Mr.P.C. Ippel*	Secretaris
Dr. J.H. Hagen*	Penningmeester
Dhr. J.F. van Santen* huisarts	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dr. G.A. van Essen*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dhr. F.B.M. Sanders	Orde van Medisch Specialisten
Drs. J.H.W.P. Stienen	Arcares
Dhr. Q.A.J. Swagerman MHA	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dr. J.H. Schaaf	Ned. Vereniging van Ziekenhuizen
Vacature	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dhr. A.L.J.E. Martens arts	Zorgverzekeraars Nederland
Ir. B.F. Dessing	Zorgverzekeraars Nederland
Vacature	Consumentenbond
G.H. Kranendonk, arts	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
Prof.dr. E. Schadé	UvA/AMC, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. G.J. Kok	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL
vacature	voorgedragen door staf NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

vacature	College voor Zorgverzekeringen
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
vacature	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Dhr. S. Zum Vörde sive Vörding, verloskundige	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. H.J. Smid	Zon Mw
Dr. A. van den Brink-Muinen,	Ondernemingsraad NIVEL

Hoe bereikt u het NIVEL

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

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

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