

Programma

9.15 uur Welkom met thee/koffie
Jouke van der Zee, directeur NIVEL

Deel 1

9.30 uur Inleiding door ZON

9.50 uur Korte bespreking

10.00 uur Inleiding door NIVEL

Jozien Bensing, directeur NIVEL

10.20 uur Korte bespreking

10.30 uur Verkennende bespreking over implementatie van
onderzoeksresultaten en de samenwerking tussen
ZON en NIVEL.

Deel 2

10.50 uur Vier sessies van elk een kwartier:
10 minuten inleiding en 5 minuten discussie.
In de inleiding zal ingegaan worden op de kennis-
infrastructuur die het NIVEL tot zijn beschikking
heeft voor onderzoek op een specifiek domein en op
een specifieke toepassing hiervan.

1. Patiënten en Consumenten in de gezondheidszorg

Kennisinfrastructuur:

Consumentenpanel Gezondheidszorg, Patiëntenpanel Chronisch zie-
ken, QUOTE en bewonerspanel verpleeghuizen

Specifieke toepassing:

Eerste gegevens over de stand van het vertrouwen van de neder-
lander in de nederlandse gezondheidszorg

Roland Friele

2. Morbiditeit en verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Kennisinfrastructuur:

LINH, Peilstations en nationale studies

Specifieke toepassing:

Werken met spiegelinformatie

Dinny de Bakker

3. Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg

Kennisinfrastructuur:

Beroepskrachtenregistraties

Specifieke toepassing:

Vraag- en aanbodontwikkelingen van gyneacologen en de achterliggende oorzaken

Lammert Hingstman

4. Internationaal vergelijkend onderzoek

Kennisinfrastructuur:

Relatienetwerk, Documentatiecentrum Statistische Data Gezondheidszorgsystemen

Specifieke toepassing:

Preventie in de huisartsenpraktijk, een vergelijking tussen diverse landen in Europa

Jouke van der Zee

Deel 3

12.10 uur Postersessie met lunch

Posters

Communicatie Specialist-patient communicatie - Onderzoek en training.

Factors related to the quality of communication between nurses and elderly people.

Communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten.

**Patiënten/
consumenten** Panel study into the consequences of chronic disease: a feasibility study.

Consumentenpanel gezondheidszorg.

What the Netherlands' Consumer organisations really want.

SF-36 and COOP-WONCA charts: construct validity and known groups validity.

Quality of care from patients' perspective; the empowerment of patient organizations.

Paramedici Gepast gebruik van fysiotherapie.

Evaluatie van beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck.

De rol van paramedici bij de behandeling van chronisch zieken.

Kwaliteit Benchmarking in de zorgsector.

Inhoudsanalyse kwaliteitsjaarverslagen zorginstellingen.

Kwaliteitsbewaking en -bevorderingsactiviteiten in de verpleging en verzorging

Huisartsen A computerized national information network in general practice in the Netherlands (NIN-GP)

Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk II

**Beroeps-
krachten-
planning** Monitoring arbeidsmarkt zorgsector.

Gender differences in parttime work among medical specialists in the Netherlands.

Internationaal The Eurocommunication study - Een vergelijkend onderzoek naar arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen.

- Migranten** Kraamzorgproject in allochtone gezinnen.
Primary Health Care in the southern mediterranean region.
Migranten in de huisartsenpraktijk.
- Structuur van de gezondheidszorg** Rechtstreeks specialistenbezoek in Nederland: particuliere verzekeren *zonder* huisarts verzekering.
Evaluatie algemeen eigen bijdrage regeling (AEB).
- Verpleging en verzorging** De praktijkverpleegkundige.
Pressure of work in home help services in the Netherlands.
Palliatieve zorg in Nederland; een inventarisatiestudie.
RAI Effectstudie.
- Implementatie** QUOTE: Quality Of care Through the patients' Eyes; kwaliteitsverbetering vanuit patiëntenperspectief.
Implementatie van onderzoek naar therapietrouw.
Preventie rugklachten in verzorgingshuizen.

Bibliotheek en documentatie

Posters

Specialist-patiënt communicatie

Onderzoek en training

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in de verbale en nonverbale wijze van communiceren van medisch specialisten en het effect van een communicatie-training hierop.

Opzet van onderzoek

Pre-test/post-test control group design

	Experimentele groepen	Controlegroepen
Voormeting	11 kinderartsen 12 gynaecologen	10 kinderartsen 9 gynaecologen
Communicatietraining*	ja	nee
1° Nameting	11 kinderartsen 12 gynaecologen	10 kinderartsen
Communicatietraining	nee	ja
2° Nameting	11 kinderartsen	10 kinderartsen 9 gynaecologen

* de voor kinderartsen en gynaecologen afzonderlijke trainingen zijn geaccrediteerd door de betreffende beroepsverenigingen

Metingen: Bij elke meting worden bij iedere specialist video-opnamen gemaakt van 15 à 20 poliklinische consulten.

Communicatie-training: 10 dagdelen verspreid over drie blokken. Leidraad voor de communicatie-training vormen individuele leerdoelen die door observatie van de video-opnamen per specialist zijn opgesteld.

Stand van zaken

Deelnemende specialisten: 21 kinderartsen en 21 gynaecologen

Bij de **kinderartsen** hebben de voormetingen en de nametingen plaatsgevonden en zijn ruim 900 consulten op video opgenomen en vervolgens geobserveerd. Het effect van de training wordt momenteel onderzocht.

Alle **gynaecologen** hebben de training gevolgd. Bij de controlegroep vindt op dit moment nog de nameting plaats.

Factors related to the quality of communication between nurses and elderly people

Wilma M.C.M. Caris-Verhallen, MSc RN & Ada Kerkstra, PhD, Jozien M.Bensing, PhD

P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht, the Netherlands
phone +31 30 2729700 Fax +31 30 2729729



BACKGROUND

Nurse-patient communication, is considered as a vital aspect of the quality of care. This study focuses on three categories of variables, which are possibly of influence: provider variables, patient variables and situation variables.

RESULTS

Patient characteristics like age, gender and subjective state of health did not affect the way nurses communicate.

Education of nurses is the provider variable most strongly related to verbal and non verbal communication.

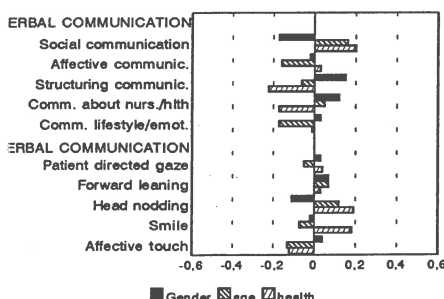
Situational variables like setting and time pressure influenced the content of nurses' verbal communication. Nurses who experience time pressure communicate less about topics concerning lifestyle and emotions. Time pressure does not affect nonverbal communication.

METHODS

- * Video recordings of 181 nursing encounters
- * Systematic observation of verbal and nonverbal communication
- * Questionnaires gathering data about nurses' characteristics and setting characteristics (N=47)
- * Questionnaires gathering patients characteristics (N=109)
- * Data gathered with questionnaires were combined with the results of the observations, using correlational techniques.

patient characteristics

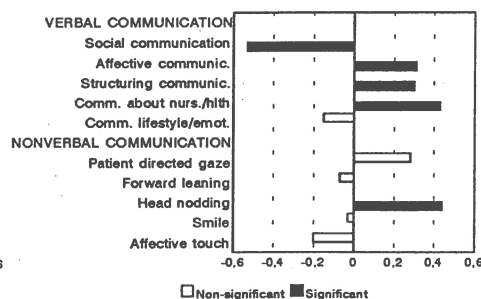
Graphical presentation of correlation coefficients of patient characteristics (gender, age, health) on the amount of verbal and nonverbal communication.



coefficients were non-significant

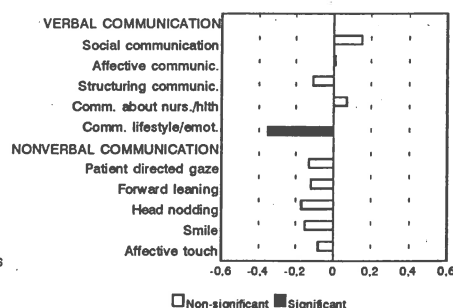
provider characteristics

Graphical presentation of correlation coefficients of nurses education with verbal and nonverbal communication.



situation characteristics

Graphical presentation of correlation coefficients of time pressure with verbal and nonverbal communication.



IMPLICATIONS FOR PRACTICE

Interventions to improve the quality of care should pay attention to a reduction of time pressure in nursing. Even more important are basic and continuing education for nurses, with the aim to improve communication skills. Nurses have to learn to communicate in tune to patients' personal characteristics. Apart from that, nonverbal communication is an important topic in nurses' education.

Communicatie tussen verplegenden en oudere cliënten

INLEIDING

cliëntgerichte verpleging, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt vraagt om goede communicatie. Inzicht in de wijze waarop verplegenden communiceren kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

ONDERZOEKSVRAGEN

Op welke wijze, zowel verbaal als non-verbaal, communiceren zorgverleners met oudere cliënten? Welke factoren hangen samen met de kwaliteit van de communicatie? Hoe oordelen cliënten over de communicatie van verplegenden?

ONDERZOEKSMETHODE

Video-opnames van 181 zorgverleningscontacten in de thuiszorg en in een verzorgingshuis; systematische observatie van verbaal en nonverbaal gedrag; schriftelijke enquête bij 47 verplegenden:

- . algemene attitude t.a.v. ouderen
- . cliëntgerichtheid
- . arbeidssatisfactie
- . ervaren tijdsdruk
- . achtergrondkenmerken

mondelinge interviews bij 109 cliënten over de kwaliteit van zorg.

ENKELE ONDERZOEKSRÉSULTATEN

- * Communicatie van zorgverleners verschilt per setting.
 - . In de wijkverpleging is de communicatie meer instrumenteel van aard, in het verzorgingshuis meer sociale conversatie.
 - . Zorgverleners in het verzorgingshuis vertonen meer nonverbaal gedrag als glimlachen, aankijken, knikken aanraken.
- * Factoren die met de communicatie samenhangen.
 - . Leeftijd, sexe en ervaren gezondheid van cliënten hebben geen relatie met communicatie van zorgverleners.
 - . Meer werkdruk leidt tot minder praten over leefstijl en beleving.
- * Oordeel van cliënten over de kwaliteit van de communicatie.
 - . Oudere cliënten willen vooral vriendelijkheid en persoonlijke belangstelling.
 - . Ouderen zijn tevreden over de bejegening van zorgverleners.
 - . In de verplegende-cliënt relatie verdient de zelfstandigheid van de cliënt meer aandacht.

Panel study into the consequences of chronic disease: a feasibility study

M. Rijken, M. Foets

P.O. Box 1568, 3500 BN UTRECHT, The Netherlands
Phone +31 30 2729700 Fax +31 30 2729729



INTRODUCTION

Recently NIVEL and Chronic Disease Fund have started a panel study into the quality of life of chronically ill patients and its relationships with the patients' use of health care services, needs of care, perceived quality of care and their participation in society. The main goal of the panel study is to collect data from chronically ill patients themselves that can be used to prepare and to evaluate health policy. This project is funded by the Chronic Disease Fund, the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Health Care Inspectorate. In preparation of this panel study, a feasibility study was carried out to answer questions concerning the design of the study.

FEASIBILITY STUDY

The aim of the feasibility study is to provide information about the most adequate design of the panel study, sampling method, panel composition, and measuring instruments.

Questions

How are chronic diseases related to perceived health and psychological well-being?

How are chronic diseases related to use of health care services and use of prescribed medication?

Method

Health interview survey in a sample of 13,014 persons registered by 161 general practitioners (response rate 77%); secondary analyses a.o. logistic regression analysis.

Subjects

Mean age 36 years (SD 21 years, range 0 - 97 years). Half of the subjects were male. About two thirds were publicly insured and one third had private insurance. Subjects were representative for the Dutch population with regard to age, gender and type of insurance.

Questionnaire

List of chronic diseases (based on the Netherlands Health Interview Survey performed by Statistics Netherlands), 15 diseases selected; Perceived health in general (1 item), response format dichotomized;

Table 1: Perceived health, psychological morbidity, use of health care services and prescribed medication (N = 13,014)

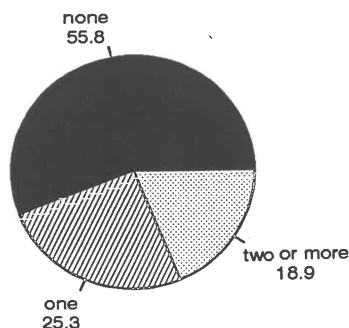
	n	%
Perceived health (n=12,927)		
good	12,673	98.0
bad	254	2.0
Psychological morbidity, GHQ (n=12,413)		
1 - 4	10,820	87.2
≥5	1,593	12.8
Contact with general practitioner last two months		
no	8,237	63.3
yes	4,777	36.7
Contact with medical specialist last two months		
no	10,992	84.5
yes	2,022	15.5
Contact with physical therapist last year		
no	11,334	87.1
yes	1,680	12.9
Use of prescribed medication last two weeks		
no	9,221	70.9
yes	3,793	29.1

Table 2: Chronic diseases and their relationships with perceived health, psychological morbidity, use of health care services and prescribed medication: odds ratios and 95% confidence intervals, corrected for concurrent morbidity, age and gender

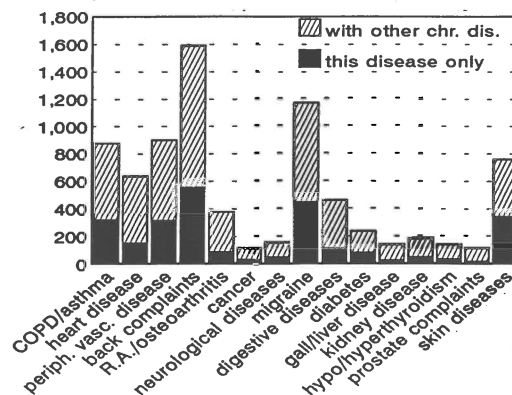
Chronic disease	Perceived health OR (CI)	Psychol. morbidity OR (CI)	Contact with: general practitioner OR (CI)	specialist OR (CI)	physical therapist OR (CI)	Use of prescribed medication OR (CI)
Number of chronic diseases						
one	0.3 (0.2-0.5)	1.2 (1.0-1.4)	1.2 (1.3-1.3)	1.6 (1.4-1.8)	1.5 (1.3-1.8)	1.8 (1.5-2.0)
two or more	0.2 (0.1-0.4)	1.4 (1.1-1.7)	1.2 (1.0-1.5)	2.2 (1.7-2.7)	1.7 (1.3-2.1)	2.1 (1.7-2.6)
COPD/asthma	0.4 (0.3-0.5)	1.3 (1.1-1.7)	1.5 (1.3-1.8)	1.2 (1.0-1.5)	0.9 (0.7-1.1)	2.6 (2.2-3.1)
Heart disease	0.4 (0.3-0.5)	1.8 (1.5-2.3)	1.8 (1.5-2.2)	1.8 (1.5-2.2)	1.0 (0.8-1.2)	4.1 (3.2-5.1)
Periph. vascular disease	0.8 (0.6-1.2)	1.1 (0.9-1.4)	1.0 (0.8-1.2)	1.0 (0.8-1.2)	0.9 (0.8-1.2)	0.8 (0.7-1.0)
Chronic back complaints	0.5 (0.3-0.6)	1.6 (1.3-1.9)	1.3 (1.2-1.5)	0.9 (0.8-1.1)	3.2 (2.7-3.7)	0.9 (0.8-1.1)
RA/osteoarthritis	0.7 (0.4-1.0)	1.1 (0.8-1.5)	1.0 (0.8-1.3)	1.4 (1.1-1.7)	1.7 (1.3-2.1)	1.9 (1.4-2.4)
Cancer	0.4 (0.2-0.7)	1.9 (1.2-3.0)	1.4 (1.0-2.1)	3.5 (2.4-5.2)	1.1 (0.7-1.7)	1.3 (0.9-2.1)
Neurological diseases	0.4 (0.2-0.7)	2.0 (1.3-2.9)	1.5 (1.1-2.1)	1.9 (1.3-2.7)	1.1 (0.7-1.6)	6.0 (3.9-9.2)
Migraine	0.5 (0.4-0.7)	1.5 (1.2-1.8)	1.3 (1.2-1.5)	1.1 (0.9-1.2)	1.3 (1.1-1.5)	1.2 (1.1-1.4)
Digestive diseases	0.5 (0.3-0.7)	1.8 (1.4-2.2)	1.6 (1.3-1.9)	1.2 (0.9-1.5)	1.0 (0.8-1.3)	1.9 (1.5-2.3)
Diabetes	0.5 (0.3-0.9)	1.2 (0.8-1.7)	2.0 (1.5-2.6)	3.0 (2.3-4.0)	1.0 (0.7-1.4)	3.9 (2.7-5.6)
Gall/liver disease	0.7 (0.4-1.4)	1.3 (0.8-2.0)	1.1 (0.8-1.5)	1.2 (0.8-1.8)	1.1 (0.7-1.7)	0.7 (0.5-1.1)
Kidney disease	0.5 (0.3-0.8)	1.2 (0.8-1.8)	1.7 (1.3-2.4)	1.8 (1.3-2.5)	0.8 (0.5-1.2)	1.4 (1.0-2.0)
Hypothyroidism	0.7 (0.3-1.3)	1.5 (1.0-2.3)	1.1 (0.8-1.6)	2.1 (1.4-3.0)	1.0 (0.6-1.5)	1.7 (1.1-2.5)
Prostate complaints	0.7 (0.3-1.3)	1.7 (1.1-2.8)	2.5 (1.6-3.8)	1.8 (1.2-2.7)	0.7 (0.4-1.2)	1.4 (0.9-2.2)
Chronic skin diseases	1.0 (0.6-1.5)	1.2 (1.0-1.5)	1.4 (1.2-1.7)	0.9 (0.7-1.1)	1.0 (0.8-1.3)	1.6 (1.3-1.9)

The following logistic regression model was used: $Y = \text{constant} + B_1 \text{'one disease'} + B_2 \text{'more diseases'} + B_3 \text{'COPD/asthma'} + B_4 \text{'heart disease'} + \dots + B_{17} \text{'skin diseases'} + B_{18} \text{'age'} + B_{19} \text{'gender'}$.

Number of chronic diseases (percentage of subjects; N=13,014)



Number of subjects with chronic diseases



Consumentenpanel Gezondheidszorg

et panel:

- Gezamenlijk project van de Consumentenbond en het NIVEL
- Subsidie van ministerie van VWS
- Een min of meer vaste groep van 1500 Nederlandse huishoudens met rond de 3500 leden.

oel:

Het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg, vanuit het perspectief van die gebruikers zelf.

Het project biedt beleidsmakers een instrument om beleid voor te bereiden, te evalueren en te monitoren.

erkwijze:

- Enkele malen per jaar meningspeiling over aspecten van de gezondheidszorg

Inhoud

1992 - 1997

- * Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
- * Polio-vaccinatie
- * Patiënten over kwaliteitsaspecten
- * Sexe-preferenties in de gezondheidszorg
- * Vrije verkoop van de anticonceptie-pil
- * Wachttijden voor polikliniek en ziekenhuisopname
- * Griep en grieppreventie
- * Patiënten oordelen over kwaliteit
- * De aanvullende tandartsenverzekering
- * De bekendheid met de WGBO
- * De huisarts als poortwachter
- * De huisarts en preventie
- * Bijverzekeren voor de tandarts
- * Evaluatie eigen bijdrageregeling voor Ziekenfondsverzekerden
- * Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie
- * Duidelijkheid van rekeningen
- * Consumentenvertrouwen in de gezondheidszorg

What the Netherlands' Consumer Organisations really want

Friele RD, Janssens C, Straten G, Calsbeek H.

Postbus 1568 3500 BN Utrecht The Netherlands
Phone +31 30 2729700 Fax +31 30 2729729



Introduction

Over 300 Consumer Organisations (CO's) play a role in the Netherlands' health care system. Government policy is directed at increasing their influence, balancing their influence with that of the health insurers and the providers of care. However, it is not known whether CO's want to take up this role and how effective they are. These are the central issues we addressed in a national survey among CO's.

Results

Two major types of organisations emerge: problem focussed and regional organisations.

Problem oriented organisations

10% of the total number of organisations are problems focussed with a total of 517.000 members. They are related to one specific disease or health care problem.

Figure 1: Growth of problem oriented patient organisations

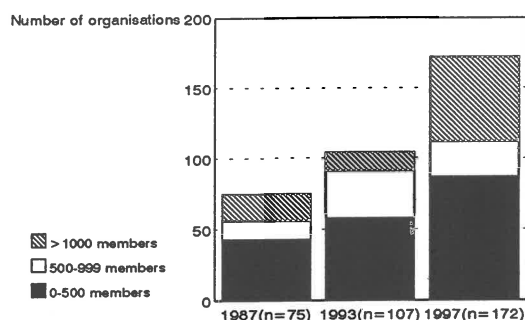
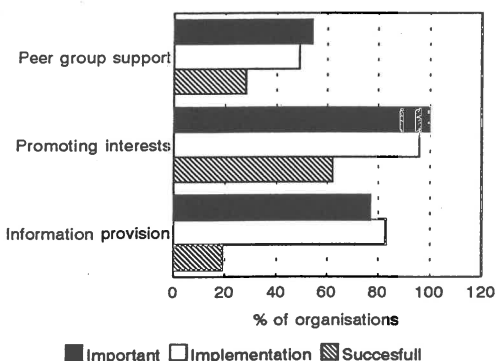


Figure 3: Organisation goals of problem oriented organisations



Methods

A questionnaire was mailed to all (325) known CO's that are involved with health care. After several reminders a total of 252 questionnaires (78%) was returned. The questionnaire contained, amongst others, questions regarding the type and size of CO's, roles of CO's and the degree to which they consider themselves effective in these roles.

Regional organisations

There are 34 regional consumer platforms organising a total of 1900 regional consumer organisations.

Figure 2: Growth of regional patient organisations

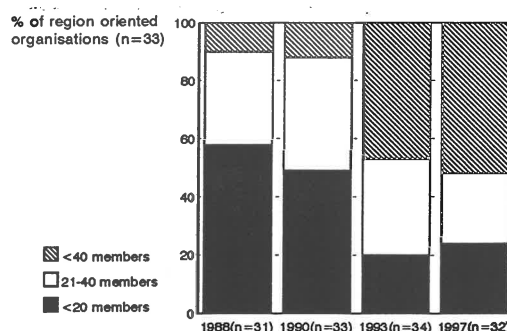
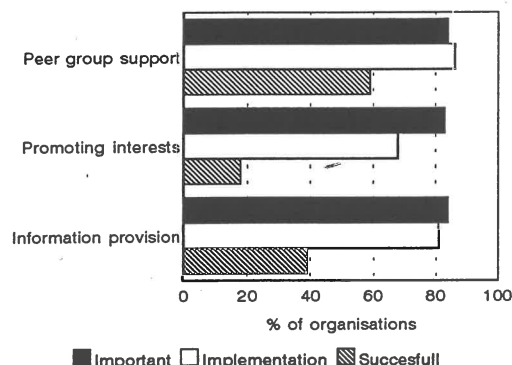


Figure 4: Organisation goals of regional organisations



Problem oriented organisations (%)

Number of tasks out of 14 possible	Important	Implemented
0-5	7	12
6-10	36	47
11-14	57	41

Regional organisations (%)

Number of tasks out of 14 possible	Important	Implemented
0-5	0	3
6-10	58	50
11-14	42	47

Conclusions

The patient movement in the Netherlands Health Care system is growing: in number and in size.

Regional organisations employ relatively more professionals compared to problem oriented organisations.

A discrepancy exists between what they find important and the degree to which they succeed.

Patient organisations don't seem to set priorities in their organisation goals.

They want it all!

SF-36 and COOP-WONCA charts: construct validity and known groups validity.

dr. A.F. de Bruin, dr. M. Foets.

P.O. Box 1568 3500 BN Utrecht The Netherlands
Phone +31 30 2729700 Fax +31 30 2729729



INTRODUCTION

In 1997 a national survey started in the Netherlands: the Patient Panel for the Chronically Ill (PPCZ). PPCZ is a cooperation between the NIVEL and the Fonds voor Chronisch Ziekten. An extensive group of people with a chronic illness will participate in this ongoing practical research. The participants are asked a set of fixed and variable questions on their quality of life, health status, medical consumption, quality of care and social situation. In 1996 the NIVEL carried out a feasibility study in preparation of this project. As health status is one of the central topics of this project, two generic health status measures were tested in this pilot study: the Dutch version of the COOP-WONCA charts and a Dutch translation of the SF-36. Therefore the opportunity was present to study both instruments in relation to construct validity and known-groups validity.

TABLE 1.

Results in table 1 support validity of dimensions of both instruments. All dimensions show significant correlations with all other dimensions indicating they all measure aspects of the same overall concept. Dimensions are theoretically related show higher correlations than theoretically unrelated dimensions. High correlations are found between: physical functioning (SF-36) and COOP's physical fitness (.67); daily and social activities (COOP) and SF-36 dimensions physical functioning, social functioning and physical role limitations (.62 to .80); feelings (COOP) and SF-36 mental health (.73); general health (SF-36) and COOP overall health (.73). The ability of both instruments to differentiate between respondents with one and respondents with more than one chronic diseases was tested by means of the ANOVA procedure.

TABLE 2

In table 2 it can be concluded that on relevant dimensions both instruments differentiate between people suffering from one (chronic) disease and people suffering from more than one (chronic) disease.

CONCLUSION

The Dutch translations of the COOP-WONCA charts and the SF-36 appear to be valid measures of aspects of health related to functional status. Apparently the one item dimensions of the COOP instrument measure aspects of health that are very closely related to concepts measured by the corresponding SF-36 dimensions. As the SF-36 contains 9 different dimensions and the COOP contains 6 (when "pain" is added seven) dimensions in the COOP instrument, it might be expected that the SF-36 supplies information of a more detailed level. The high correlation coefficients between related dimensions of both instruments however, suggest that the SF-36 does not contain essentially other information than the COOP-charts. Hence, both instruments are acceptable as measures of functional status in the Patient Panel for the Chronically Ill. However, because of their relative brevity and practicality the COOP-WONCA charts are to be preferred.

POPULATION

In three general practices 600 patients suffering from one or more chronic diseases were selected.

The mean age was 56.7 year, 45 % was male. The following diagnoses were present: COPD(107, 17%), ischemic heart disease (52, 8%), artroses (37, 6%), diabetes (51, 8%), cancer (43, 7%), various diagnoses (343, 46%).

VALIDITY

As both measures are multidimensional, to assess convergent and divergent validity, correlations among dimensionscores of the COOP-WONCA and the SF-36 instrument were examined.

Table 1 correlation coefficient of COOP-WONCA and SF36 dimensions. (coefficients over .50 in bold print)

SF-36	COOP-WONCA					
	physical fitness	feelings	daily act.	social act.	change in health	overall health
phys.funct.	.67	.29	.75	.62	.23	.52
soc. funct.	.47	.53	.72	.80	.24	.57
rolelimit. phys.	.50	.30	.71	.62	.15	.57
rolelimit. emot.	.27	.57	.46	.46	.16	.42
mental health	.32	.73	.50	.53	.22	.48
vitality	.41	.55	.65	.61	.17	.60
bodily pain	.39	.31	.61	.50	ns	.53
general health	.44	.39	.60	.53	.19	.69
health change	.33	.18	.41	.38	.34	.37

Table 2 mean scores on dimensions of COOP-WONCA charts* and SF-36, and significance level of difference between scores of people suffering from one disease and people suffering from more than one disease.

SF-36		one disease	more than one disease	sign. level
SF-36	physical functioning	78.9	61.3	.00
	social functioning	84.2	67.8	.00
	role limitation (physical)	77.6	45.9	.00
	role limitation (emotional)	86.6	69.9	.00
	mental health	75.8	66.1	.00
	vitality	65.5	51.9	.00
	pain	67.9	52.8	.00
	general health	65.8	49.5	.00
	change in health	52.8	46.2	.00
	overall health	55.4	39.4	.00
COOP-WONCA	physical fitness	61.3	46.8	.00
	feelings	80.7	68.6	.00
	daily activities	76.8	60.0	.00
	social activities	86.9	70.1	.00
	change in health	50.8	51.1	.85
	overall health	55.4	39.4	.00

* COOP-WONCA scores were recoded: 100 = good functional status, 1 = bad functionale status

Quality of care from patients' perspective; The empowerment of patient organizations

Herman J. Sixma
Marleen Foets

P.O. Box 1568 3500 BN Utrecht, The Netherlands
Phone +31 30 2729700 Fax +31 30 2729729



Introduction

Feedback from frequent users of health care services of paramount importance for quality assurance and improvement programmes in the health care sector. For the empowerment of patient organizations, a series of new instruments were developed. Two of these instruments - the QUOTE/rheumatism and the QUOTE/asthma - are used in a Community Intervention Trial (CIT), to improve quality of care through the patients' eyes.

Methods

Qualitative and quantitative methods were used. First, focus group discussions (FGDs) were used to explore specific quality of care aspects. Next, postal questionnaires were completed by approximately 400 patients with rheumatic disorders and 400 patients with non-specific chronic lung diseases. The CIT is designed as a pretest/posttest study and includes the use of change management techniques. The actual intervention phase was set at 24 months. Desk research will provide data for the process evaluation of the CIT.

Conclusions

Based on data from QUOTE-instruments, valuable information was received on a large number of quality of care aspects covering different health care services. This information gave patient organisations the possibility to develop a quality improvement programme tailored to their 'needs' and wishes. The remainder of the study will focus on the process and results of the implementation phase.

Results

With the FGD results included in the QUOTE-instruments, information was received regarding 40 quality of care aspects covering eight sub-dimensions: humaneness, information, perceived autonomy, technical quality, accessibility, continuity, costs, and accommodation. This information concerns the value judgments of patients regarding the importance of aspects, the actual experiences of patients and impact scores based on these two variables.

In co-operation with patient organizations, a 24-months quality improvement programme is currently developed based on 10 aspects with the relatively high quality impact scores. Implementation of this programme started on 1 November 1997 and will continue until the second half of 1999.

Quality impact scores for patients with asthma (top 10)

aspect	importance (0-10 scale)	experience (% 'no')	impact score
prescription passport	4.7	85	4.0
emergency arrangements	6.9	56	3.9
use of instruction models, etc.	5.1	67	3.4
information about prescribed medicines	7.8	27	2.1
availability home help services	5.4	35	1.9
availability patient files day/night	6.8	27	1.8
care coordination	6.3	26	1.6
right to see your own files	5.6	29	1.6
waiting times	3.3	47	1.6
accessibility by telephone	7.1	18	1.3

Quality impact scores for patients with rheumatism (top 10)

aspect	importance (0-10 scale)	experience (% 'no')	impact score
intake by specialized nurse	5.3	69	3.7
costs aids	6.7	48	3.2
adjusted toilets	5.9	41	2.4
continuity of home help	5.5	42	2.3
information about prescribed medicines	7.9	23	1.8
waiting times	4.0	45	1.8
good furniture in waiting room	6.5	27	1.8
availability home help	6.6	25	1.7
right to see your own files or case notes	5.9	26	1.5
regular blood tests	6.0	25	1.5

Gepast gebruik van fysiotherapie

Achtergrond

Dit project staat de vraag centraal in hoeverre de behandeling die fysiotherapeuten aan patiënten geven overeenkomt met de behandeling die op grond van de huidige kennis en ervaring het meest geschikt wordt geacht. Deze vraag wordt beantwoord voor een aantal specifieke patiëntengroepen en fysiotherapeutische behandelvormen. Gegevens van ruim 17.000 patiënten in extramurale fysiotherapiepraktijken zijn vergeleken met de literatuur.

Resultaten

Behandeling van ouderen (55-plussers)

	Op basis van literatuur verwacht	Uit praktijkgegevens blijkt
Behandeldoelen	De fysiotherapeut richt de behandeling vooral op het verminderen van beperkingen, met name in verplaatsing en houdingsbalans. Daarnaast zal de behandeling zich richten op het verminderen van stoornissen - zoals pijn, verminderde spierkracht en verminderde bewegingsuitslag van de gewrichten - die een belemmering zijn voor het verminderen van beperkingen.	<i>Ten dele bevestigd.</i> De behandeling is echter nauwelijks gericht op het verminderen van beperkingen in lichaamsbeheersing (o.a. houdingsbalans). <i>Grotendeels bevestigd</i> , behalve voor het behandeldoel 'verbeteren van spierkracht'. Hieraan besteden fysiotherapeuten weinig aandacht.
Interventies	Bewegingstherapie, instructies voor oefeningen en adviezen voor leefregels zullen vaak worden toegepast bij oudere patiënten.	<i>Ten dele bevestigd</i> , namelijk voor bewegingstherapie. Fysiotherapeuten geven ouderen echter weinig instructies voor oefeningen thuis en adviezen voor leefregels. Daarnaast blijkt dat oudere patiënten meer massagetherapie krijgen dan jongere patiënten en iets meer fysische therapie i.e.z. (met name interferentietherapie, korte golftherapie en warmte- of koude-therapie).
Beëindiging	De fysiotherapeutische behandeling van ouderen zal uit meer zittingen bestaan en zal langer duren vergeleken met jongere patiënten.	<i>Bevestigd.</i>

Behandeling met ultrageluidtherapie

	Op basis van literatuur verwacht	Uit praktijkgegevens blijkt
Behandeldoelen	Ultrageluidtherapie zal vooral worden toegepast bij weke-delen aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name gelokaliseerd rond de elleboog en de schouder. Ultrageluidtherapie zal met name worden toegepast bij recente klachten, tijdens de eerste drie weken van de behandeling (gebaseerd op de veronderstelde werking ten aanzien van het versnellen van de ontstekingsreactie). Het gebruik van ultrageluidtherapie zal vooral gericht zijn op het verminderen van pijn en zwelling, gerelateerd aan de ontstekingsreactie.	<i>Bevestigd.</i> <i>Ten dele bevestigd.</i> Ultrageluidtherapie wordt vaak toegepast bij recente klachten, maar wordt echter gedurende de gehele behandeling toegepast, en beperkt zich niet tot de eerste drie weken van de behandeling. <i>Bevestigd.</i>
Interventies	Ultrageluidtherapie zal veel worden toegepast in combinatie met andere fysiotherapeutische interventies, vooral met bewegingstherapie.	<i>Niet bevestigd.</i> Ultrageluidtherapie wordt weinig gecombineerd met bewegingstherapie en instructies voor oefeningen. Wel wordt het relatief vaak toegepast in combinatie met massagetherapie.

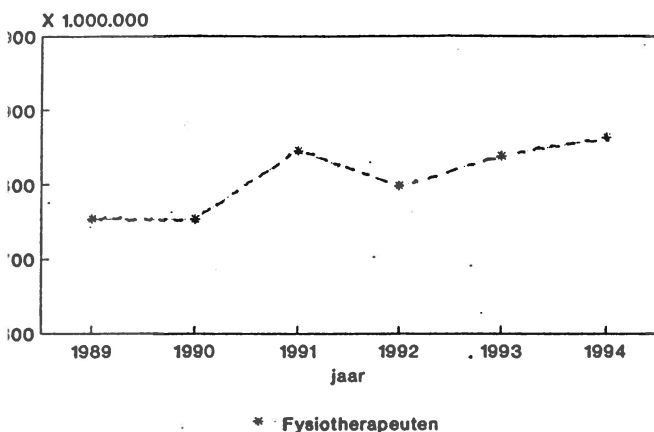
Conclusies

De belangrijkste punten zijn de verwachtingen uit de literatuur bevestigd in de praktijk, en is er dus sprake van gepast gebruik van fysiotherapie. In een aantal opzichten verschillen theorie en praktijk, moet òfwel de dagelijkse praktijk aan de theorie worden aangepast -òf andersom.

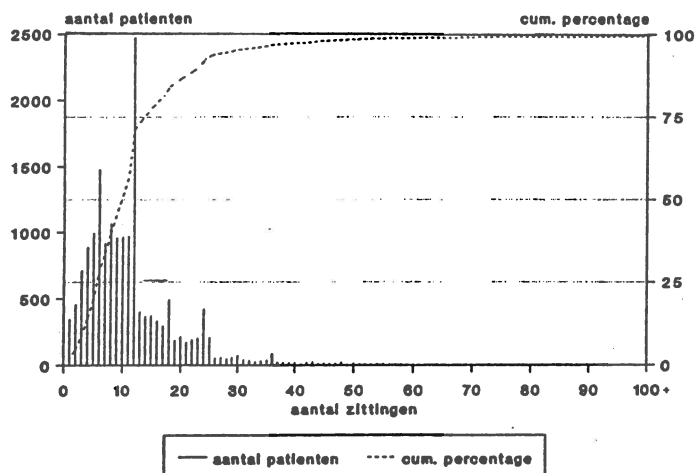
Evaluatie van de beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie-Mensendieck (NIVEL, NPi). In opdracht van de Ziekenfondsraad.

Achtergrond: De Minister beoogt een bezuiniging van fl. 200 miljoen op de fysiotherapie en oefentherapie. Men wenst een inhoudelijke evaluatie van deze maatregel.

Ontwikkeling in kosten (ZWF) voor fysiotherapie vanaf 1989 (Bron: Ziekenfondsraad, 1994; 1995)



Overzicht van de frequentieverdeling van het aantal zittingen per behandeling (N=17201)



Deze bezuiniging betreft onder andere de invoering van een maximum van negen zittingen fysiotherapie. Dit betekent een beperking van ca. 3 zittingen per behandeling.

Enkele aspecten van het onderzoek:

De gegevens van 5000 patiënten fysiotherapie en 2000 patiënten oefentherapie zullen gedurende een jaar worden geregistreerd.

Doel: het analyseren van knelpunten ten aanzien van:

- de toereikendheid van het maximaal aantal zittingen
- veranderingen in het aantal zittingen
- toepassing van de lijst 'langdurige aandoeningen'

2. Enquêtes onder verwijzers, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en patiënten

Doel: het analyseren van knelpunten ten aanzien van:

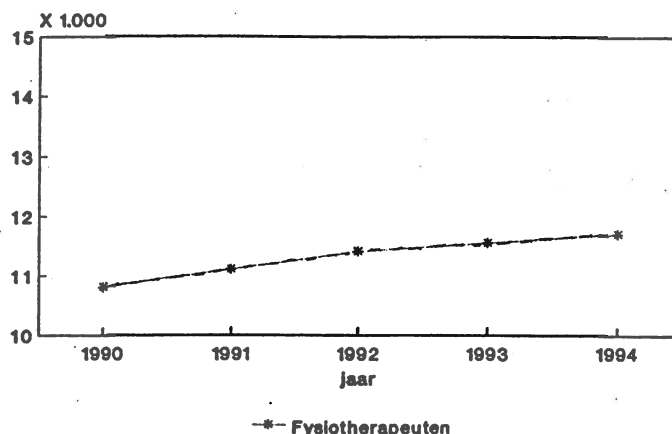
- substitutie
- veranderingen in diagnosestelling
- administratieve belasting
- bekendheid met de maatregel
- verzekeringstechnische aspecten

Analyse van werkgelegenheidsaspecten onder fysiotherapeuten en oefentherapeuten

Doel: het onderzoeken van de gevolgen van de beperkende maatregel voor de werkgelegenheid onder fysiotherapeuten.

In dit deel van het onderzoek wordt de aanbodregistratie van fysiotherapeuten over 1997 vergeleken met die over 1995.

Aantallen extramuraal werkzame fysiotherapeuten vanaf 1990 (Bron: Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector, 1995 (NIVEL, NZi & OSA).



De rol van paramedici bij de behandeling van chronisch zieken In opdracht van de NCCZ; in samenwerking met het NPi.

oel

Het verkrijgen van inzicht in de betekenis van de paramedische zorg voor mensen met chronische ziekten, dat wil zeggen:

- * In hoeverre maken chronisch zieken gebruik van paramedische zorg?
- * In welke mate hebben chronisch zieken behoefte aan paramedische zorg?
- * Wat zijn de knelpunten die chronisch zieken en paramedici ervaren in het verkrijgen van deze zorg?

ethode van Onderzoek

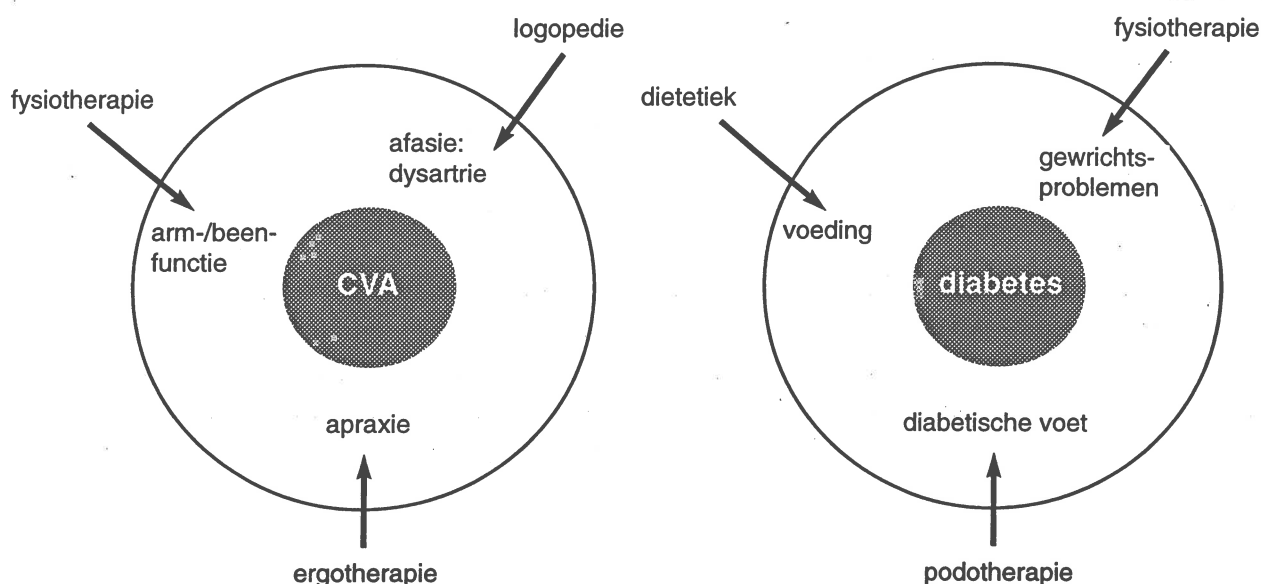
- * enquêtes onder beroeps- en patiëntenorganisaties
- * literatuurstudie
- * analyses op bestaande gegevens

onclusies

- * Chronisch zieken vormen een belangrijke doelgroep voor paramedische zorg.
- * Veel chronisch zieken hebben met meerdere paramedische disciplines te maken.
- * De paramedische zorg richt zich op de stoornissen en beperkingen die het gevolg zijn van de chronische ziekte.
- * Chronisch zieken en verwijzers zijn niet altijd goed op de hoogte van de mogelijkheden van paramedische zorg
- * Knelpunten in het gebruik van paramedische zorg doen zich met name voor bij:
 1. weinig voorkomende ziekten, bijvoorbeeld stofwisselingsziekten. Kennis hierover bestaat wel, maar is slechts geconcentreerd aanwezig
 2. chronische ziekten die complexe en multidisciplinaire zorg eisen

Aanbevelingen zijn:

- * het ontwikkelen van protocollen
- * intercollegiaal en interdisciplinair overleg
- * toegankelijker maken van kennis



orbeelden van het multidisciplinaire karakter bij de behandeling van chronisch zieken.

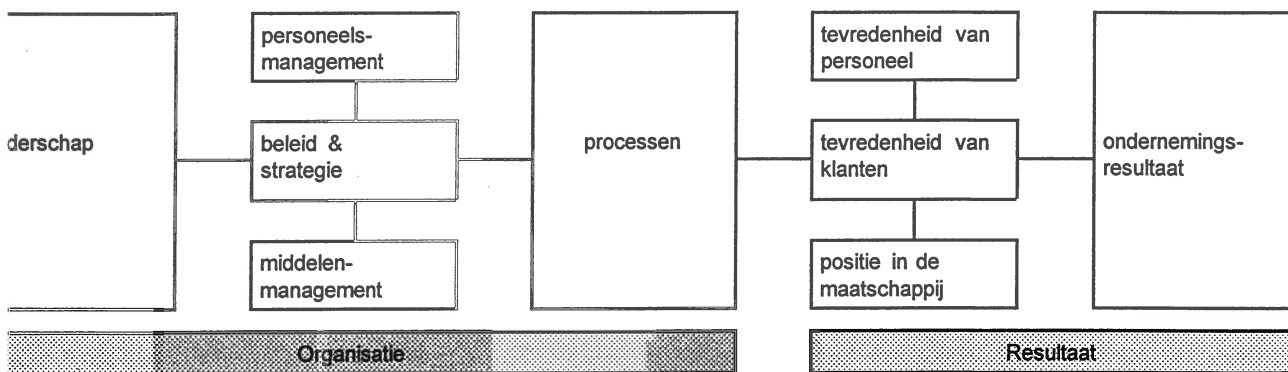
Benchmarking in de zorgsector

Achtergrond

In de vooravond van de invoering van de kwaliteitswet zorginstellingen is in een landelijk onderzoek onder ruim 1100 zorginstellingen nagegaan hoe ver instellingen zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. In deze poster laten we zien hoe zorgsectoren aan de hand van een TQM-benadering onderling kunnen worden vergeleken.

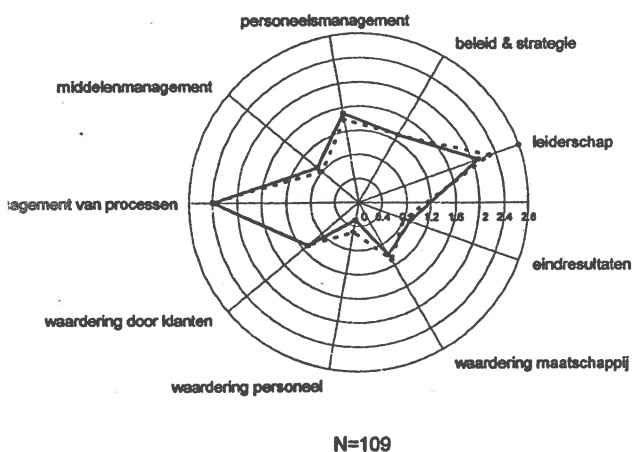
Resultaten

Evaluatiemodel Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK-model)

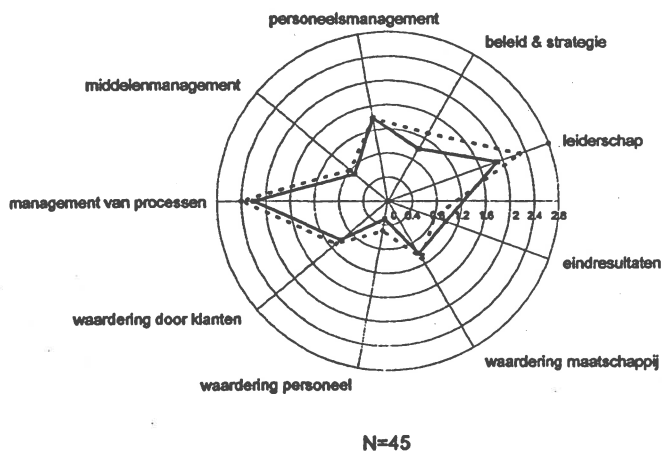


Het INK-model kent negen aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg en werkt als feedbacksysteem. Activiteiten uit de organisatiegebieden zoals een schriftelijk kwaliteitsbeleid, scholing, toepassen van protocollen of behandelplannen zijn van invloed op de resultaten van de instelling: de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Informatie over resultaten worden gebruikt om beleid of processen te verbeteren.

Ziekenhuizen



GGD'en



Op drie op alle gebieden betekent een operationeel kwaliteitssysteem. Ziekenhuizen (doorgetrokken streep) hebben dit stadium nog niet bereikt. Vergeleken met andere instellingen (stippellijn) wordt door ziekenhuisdirecties meer aandacht besteed aan personeels- en middelenmanagement en minder aandacht aan leidinggeven en het oordeel van professionals. GGD'en zijn inmiddels minder ver in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen maar besteden meer aandacht aan eindresultaten.

Conclusie

De grafieken laten de ontwikkelingsfase zien van kwaliteitssystemen. Vergelijking tussen instellingen uit dezelfde sector of tussen sectoren is mogelijk.

Inhoudsanalyse kwaliteitsjaarverslagen zorginstellingen

Cordula Wagner, Renee Schuller

leiding

et kwaliteitsjaarverslag heeft voor zorginstellingen
n belangrijke interne en externe functie.
stellingen kunnen via het kwaliteitsjaarverslag ver-
twoording afleggen over het gevoerde kwaliteits-
leid. Hierbij moet een aantal punten volgens de
aliteitswet zorginstellingen aan de orde komen.
el van het onderzoek was na te gaan in hoeverre
hoe de wettelijk verplichte punten in de kwali-
tsjaarverslagen van 1996 aan de orde komen.

ethode

is een registratieformulier ontwikkeld waarop de
ttelijke eisen zijn vertaald in concrete activiteiten.
inhoud van alle kwaliteitsjaarverslagen die voor
juni 1997 naar het Ministerie van VWS zijn opge-
urd, zijn gescoord aan de hand van het scorefor-
ulier. Voorafgaand aan de analyse is op 30 jaar-
rslagen van voorgaande jaren de interbeoorde-
rs-betrouwbaarheid gemeten. Gescoord is de
nwezigheid van een activiteit, het verslag doen
n resultaten en de hieruit voortvloeiende verande-
gen.

erzicht deel registratieformulier

Kwaliteitsbeleid	wordt ge- noemd	doelst. be- schreven	wijze waarop men dit wil bereik.	resul. voorg. jaren genoemd	resul. in cijf. uitge- drukt
Wordt er aangegeven dat een kwaliteitsbeleid aanwezig is?	☐	☐	☐	☐	☐
Wordt beschreven waar verantwoordelijkheden liggen	☐	☐	☐	☐	☐

Systematiek van kwaliteitsbewaking	wordt ge- noemd	hoe vaak uitgevoerd /bijeën	wordt res. weerge- geven	wordt res. toe- gepast
Is er een systeem van kwaliteitsbewaking?	☐	☐	☐	☐
Zo ja, gebeurt dat op de volgende manieren:				
interne audits	☐	☐	☐	☐
werkbezoeken	☐	☐	☐	☐
certificatie	☐	☐	☐	☐
visitatie	☐	☐	☐	☐
intercollegiale toetsing	☐	☐	☐	☐
kwaliteitscirkels	☐	☐	☐	☐

Resultaten

- * Tot 23 juni jl. heeft VWS 132 kwaliteitsjaarversla-
gen ontvangen; een respons van 3,9%.
- * Het betrouwbaar scoren van de aanwezigheid
van een activiteit aan de hand van het jaarver-
slag blijkt mogelijk, maar het beoordelen van
het systematisch functioneren van een activiteit
bleek veelal niet betrouwbaar.
- * Resultaten van activiteiten worden nauwelijks
beschreven en niet cijfermatig onderbouwd.

Overzicht enkele resultaten

Percentage kwaliteitsjaarverslagen waarin deelsys-
temen worden genoemd, de frequentie en resulta-
ten worden beschreven en de toepassing van de
resultaten wordt vermeld (N=132)

Kwaliteitsdeelsystemen	wordt ge- noemd	frequentie uitvoeren genoemd	resultaten weerge- geven	resultaten worden toegepast
FONA/MIP commissie	35	16	13	11
intercollegiale toetsing	18	3	2	-
kwaliteitscirkels	15	2	2	1
visitatie	14	6	5	2
interne audit	11	6	4	3

Percentage kwaliteitsjaarverslagen waarin de klachtenprocedure en aantal en aard van de klachten staat beschreven (N=132)

	staat be- schreven	hoe vaak toegepast	resultaat wordt weer- gegeven	resultaat wordt toegepast
klachtenprocedure	61	20	21	6

Percentage kwaliteitsjaarverslagen waarin staat aangegeven hoe patinten/consumenten wor-
den betrokken bij het kwaliteitsbeleid (N=132)

Wijze van betrekken:	individuele patiënten	patiënten- organisaties	cliënten- raad
tevredenheidsonderzoek	41	2	3
behoefte-onderzoek	8	-	1
exit interviews	10	n.v.t.	n.v.t.
bespreken van uitkomsten	3	2	4
betrokken bij opstellen protocolen/richtlijnen	4	3	5
overleg	10	16	9

Conclusies

- * Een minderheid van de zorginstellingen heeft op
tijd een kwaliteitsjaarverslag opgestuurd.
- * Een meerderheid van de kwaliteitsjaarverslagen
voldoet niet aan alle eisen uit de kwaliteitswet.
- * In instellingen vinden soms meer activiteiten
plaats dan in het kwaliteitsjaar verslag wordt
vermeld.
- * Omdat de vorm van het kwaliteitsjaarverslag niet
is vastgelegd, is het moeilijk de inhoud van de
verslagen eenduidig te beoordelen.

Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging

Cordula Wagner, Arjen Stoop, Denise Temmink, Dinny de Bakker

Inleiding

Conform de afspraken van de Leidschendamconferenties van 1990 en 1995 werkt de verpleging en verzorging op veel plaatsen aan het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening. Om als beroepsgroep prioriteiten te kunnen stellen voor de komende jaren, is een onderzoek uitgevoerd naar de huidige stand van zaken. Doel van het onderzoek was na te gaan hoe ver beroeps- en vakorganisaties met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid zijn en wat verpleegkundigen en verzorgenden in de dagelijkse praktijk aan kwaliteitsbewaking doen.

Methode

Met een schriftelijke vragenlijst zijn gegevens verzameld onder alle beroeps- en vakorganisaties, 1039 uitvoerenden uit 33 instellingen, 234 leidinggevenden en 58 directies. De respons varieerde tussen 70% en 100%.

Resultaten en conclusies

Verpleegkundigen en verzorgenden gebruiken diverse methoden om de kwaliteit van zorg te bewaken en bevorderen. Voorbeelden zijn: afspraken en procedures, richtlijnen, overlegvormen, designtijdsbevordering, verbeterteams en toetsing. Gemiddeld de helft van de uitvoerenden past de methoden voor kwaliteitsbewaking altijd toe. Uitvoerenden verschillen van mening over de afspraken, procedures en richtlijnen die tot de eigen taak behoren. Management en uitvoerenden in instellingen hebben een vertekend beeld van hun taakactiviteiten.

Aanbevelingen

Een centraal orgaan dat inhoudelijk vorm geeft aan een op elkaar afgestemd kwaliteitsbeleid zowel tussen beroepsverenigingen onderling als tussen beroepsverenigingen en instellingen.

Onderzoek naar de redenen die uitvoerenden hebben om bestaande afspraken, procedures en richtlijnen niet op te volgen.

Vereis meer duidelijkheid over de taakafdeling ten aanzien van kwaliteit binnen de beroepsgroepen.

Verlang dat de directie beter op de hoogte is van de activiteiten op de werkvloer.

% uitvoerenden dat afspraken en procedures tot zijn taak rekent	helpende N=105	verzorgende N=390	verpleegkundige N=526
Individueel zorgplan	79	95	96
Registratie patiëntgegevens	68	90	94
Periodieke evaluatie zorgplan	60	76	90
Afspraken over coördinatie zorgverlening	97	98	98
Melden van fouten/ongevallen	92	98	100
Klachtenprocedure	72	78	86
Procedure voor afsluiten zorgverlening	54	79	91
Rapporteren na afsluiten zorgverlening	65	91	93

% uitvoerenden dat afspraken en procedures altijd nakomt	helpenden N=105	verzorgenden N=390	verpleegkundigen N=526
Individueel zorgplan	-	52%	53%
Registratie patiëntgegevens	-	-	57%
Toewijzen zorgcoördinator	42%	43%	61%
Afspraken over coördinatie zorgverlening	55%	54%	49%
Melden van fouten/ongevallen	55%	77%	71%
Procedure voor afsluiten zorgverlening	-	-	38%
Rapporteren na afsluiten zorgverlening	-	54%	42%

sectorspecifieke activiteiten

Plannen en uitvoeren huishoudelijke taken	49%	-	-
Rapporteren veranderingen hulpbehoefte	52%	53%	61%

Perspectief van management en uitvoerenden	Fase 3 Management	Uitvoerenden
--	----------------------	--------------

Activiteiten van het management

Directie geeft aan wat verwacht wordt/is actief betrokken	88	43
Directie toetst afspraken/weet wat op de afd. wordt gedaan	76	63
Directie geeft feedback	87	38
Directie bewaakt werkplannen/betrekt medew. bij het bewaken	52	43

Activiteiten van uitvoerenden

Richtlijn voor specifieke behandelingen/gedragsproblemen	83	82
Richtlijn voor specifieke doelgroepen	55	69
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	86	21
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	85	7
Zorgplannen	100	88

A computerized national information network in general practice in the Netherlands (NIN-GP)

Dr. D.H. de Bakker

Netherlands institute of primary health care,
P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht, the Netherlands
Phone. ... 31 30 2729664 Fax .. 31 30 2729729 E-mail: D.deBakker@NIVEL.NL



Background

In countries (like the Netherlands) where general practitioners have a gatekeeping position information on GP-care is crucial for monitoring the functioning of the health care system. Because the GP is the first point of contact with the health care system changes in demand for care are noticeable in general practice first.

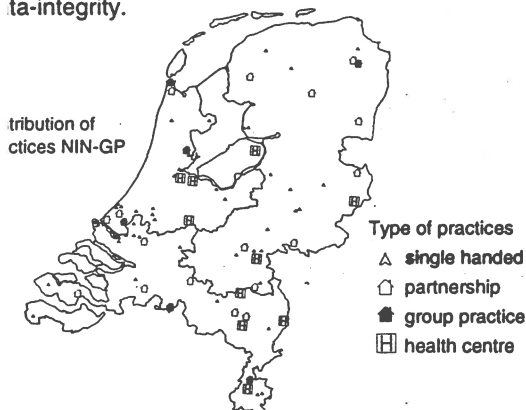
Goals

The National Information Network in General Practice (NIN-GP) is set up to provide national information on GP-care for the professional organizations and government. The information concerns both 'production of GPs' and 'quality of care' in relation to the guidelines set by the Dutch College of General Practitioners.

NIN-GP is a partnership of:
NIVEL, Netherlands institute of primary health care;
Centre for Quality of Care Research (Nijmegen University and Maastricht University);
National Association of GPs;
Dutch College of General Practitioners.

Methodology

NIN-GP is a computerized network in which 77 general practices (with 135 general practitioners) registrate continuously morbidity-specific (coded with the International Classification of Primary Care) data. The participating GP's registrate with existing software packages for keeping medical records, this way interfering as little as possible with existing registration routines. Minor adaptations to existing software packages were made to ensure data-integrity.



Topics covered

Production:
 secondary care referrals
 primary care referrals
 prescriptions
 consultations
 lab requests (in preparation)

Quality of care
 - influenza vaccination
 - cervical screening
 - low back pain
 - diabetes (in preparation)

Conclusion

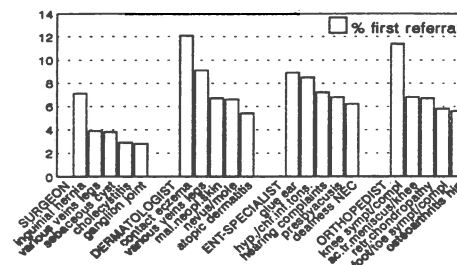
The National Information Network in General Practice provides a comprehensive picture of GP care. With the data the network provides it is possible to monitor trends in GP-care and relate this to trends in morbidity presented in general practice.

requently updated information on NIN-GP can be found on internet: [HTTP://WWW.NIVEL.NL/MAIN.HTM](http://www.nivel.nl/main.htm)

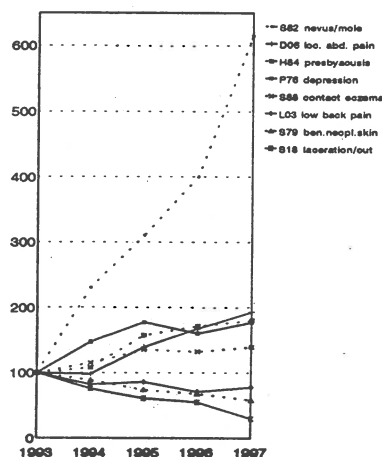
Results

The database contains 160.000 secondary care referrals, 12.000 primary care referrals, 1 million consultations and 1,3 million prescriptions. Some examples of the type of data the network generates are given on this poster.

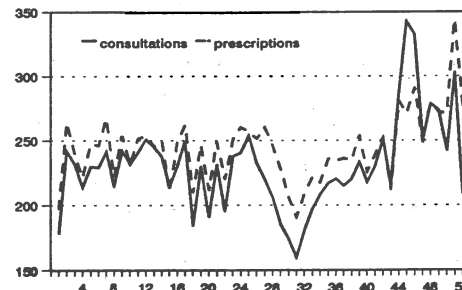
Top 5-diagnosis per specialism: % of first referrals per specialism



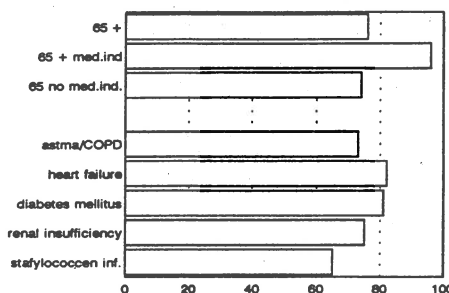
Most changing diagnosis as percentages of first referrals (index 1993=100)



Average number of consultations/prescriptions per (full-time) GP per week (1996)



Vaccination rate by indication group of Dutch College of GPs



Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk II

FG Schellevis, GP Westert, D de Bakker

Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht op nationale schaal in:

- * de presentatie van gezondheidsproblemen aan de huisarts
- * naar aanleiding van deze problemen ondernomen acties
- * de determinanten die deze uitkomsten bepalen
- * de veranderingen hierin t.o.v. de periode 1987-1988.

De verkregen inzichten dienen ter ondersteuning, evaluatie en bijstelling van het gezondheidszorgbeleid in ruime zin.

Methode

- * uitvoering in de huisartspraktijken die zijn aangesloten bij het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
- * bronnen van gegevensverzameling:
 - registratie van persoonskenmerken van alle in de praktijk ingeschrevenen
 - gezondheidsenquête/-interview bij een steekproef van in de praktijk ingeschrevenen
 - morbiditeits- en verrichtingenregistratie met koppeling aan tweedelijns gegevens
 - enquête bij huisartsen/praktijkassistenten
- * 15 deelprojecten voor de beantwoording van specifieke vraagstellingen

Resultaten

De Nationale Studie II levert landelijk representatieve informatie op over:

- * de gezondheidstoestand van de bevolking: incidenties en prevalenties in de huisartspraktijk en gezondheidsverschillen
- * globaal en ziekte-specifiek zorggebruik in eerste- en tweedelijns gezondheidszorg
- * kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg
- * rol van de huisarts in de gezondheidszorg
- * veranderingen hierin t.o.v. de periode 1987-1988

Planning

1998	vooronderzoek, pilot-studie
1999 - 2000	dataverzameling
2000 - ?	analyses en rapportage

Samenwerking

Voor de uitvoering van Nationale Studie II wordt o.a. samengewerkt met:

- * RIVM (centrum voor VTV)
- * de beroepsgroepen NHG en LHV
- * WOK
- * universitaire vakgroepen Huisartsgeneeskunde

MONITORING ARBEIDSMARKT ZORGSECTOR

Aanbodregistraties

Doel: continue gegevensverzameling over omvang en samenstelling van beroepsgroepen ter ondersteuning van beleid van overheid en beroepsorganisaties en signalering van arbeidsmarktontwikkelingen

Per elke aanbodregistraties:

Registraties werkzame beroepsbeoefenaren:

- huisartsen
- verloskundigen
- fysiotherapeuten
- ergotherapeuten
- kinderartsen

Registraties pas afgestudeerde beroepsbeoefenaren:

- huisartsen
- verloskundigen
- ergotherapeuten
- kinderartsen

Publicaties 1997:

- * Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997
- * Cijfers uit de registratie van huisartsen en verloskundigen 1997
- * Aanbod van verpleging en verzorging in kaart gebracht.

Behoefteraming-studies

Doel: inzicht krijgen in toekomstig vraag en aanbod en het bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit aan de hand van verschillende scenario's

Per elke beroepsgroepen:

afgeronde studies:

- huisartsen (1992)
- gynaecologen (1992)
- ergotherapeuten (1993)
- huidtherapeuten (1995)
- kinderartsen (1995)
- longartsen (1996)
- reumatologen (1997)
- gynaecologen (1997)
- orthopaeden (1997)

studies in uitvoering:

- neurologen
- klinisch genetici
- radiologen
- dermatologen
- huisartsen
- ergotherapeuten
- ambulancepersoneel
- farmakundigen

studies in voorbereiding:

- plastische chirurgie
- tandprothetic
- gezondheidszorg
- psychologen
- psychotherapeuten
- verpleegkundig specialist in GGZ

Studies rond de beroepsuitoefening

Doel: inzicht krijgen in specifieke aspecten van de beroepsuitoefening die direct of indirect van invloed kunnen zijn op de arbeidsmarkt van zorgberoepen

Onderzoeksthema's:

- deeltijd werken onder artsen
- burn-out en (vervroegde) uittrekking onder huisartsen

Publicaties 1997

- Inventarisatie deeltijdwerken onder artsen
- Gevolgen voor zorgaanbod en wachttijden door overgang van medische specialisten van vrij beroep naar dienstverband.

Gender differences in part-time work among medical specialists in the Netherlands

Lammert Hingstman & Phil Heiligers

P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht - The Netherlands
Phone: .. - 31 30 2 729 700 Fax: .. - 31 30 2 729 729



INTRODUCTION

In the Netherlands, part-time rates among female and male workers are high in comparison with other Western European countries. However in most medical specialisms part-time jobs are not a common phenomenon. Probably this is related to the domination of male physicians in the medical workforce up till now. Since the influx of women into the medical workforce is increasing (at this moment 60% of all medical students are female) part-time practice is a hot issue in the Netherlands. The aim of this study is to get insight into the characteristics of part-time working physicians.

METHODS

Sample

	Population	Sample	Response
General practitioners	6.939	1.067	74%
Specialist in internal diseases	1.124	615	66%
Anaesthesiologists	788	452	64%
Ophthalmologists	439	288	63%
Psychiatrists	1.411	604	65%

Instrument

A questionnaire with detailed questions on demographic characteristics (age, sex), working time, family situation and part-time orientation, was used.

Analyses

Data were analysed with logistic and multiple regressions.

DISCUSSION

A policy on equal career opportunities for women and men is needed. To change the current situation a considerable increase in part-time posts in specialist medicine is needed.

RESULTS

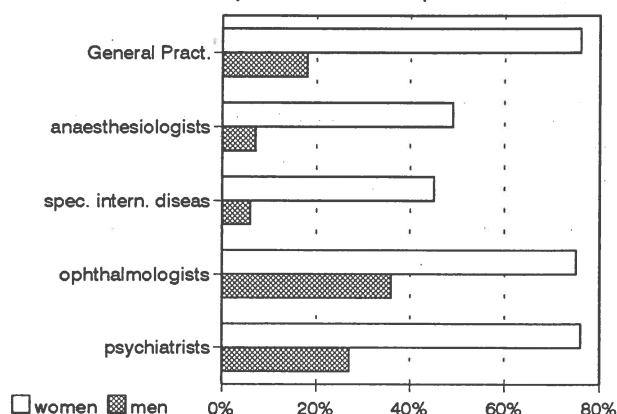
- Part-time participation of male medical specialists is low, whereas part-time rates of female medical specialists are almost comparable with the average Dutch workforce.
- Working part-time depends on being a woman, having a partner and young children next to working as an ophthalmologist or psychiatrist.
- For female physicians the absence of child care assistance is a factor which explains why they work part-time, whereas for male physicians child care assistance is not relevant.

LOGISTIC REGRESSION TO PREDICT WHO WORKS PART-TIME

	All	Men	Women
Socio-biographic characteristics			
- Age			
- Sex	+****		
Family situation			
- Partner	+		+
- Child 0-4 year	+		
- Child 5-12 year			+
- Child 13-18 year	-	-	
Child care characteristics			
- Child care partner	-****		-***
- Child care others			-***
Type of specialism			
- Psychiatrist	+		+
- Ophthalmologist	+	+	
- Anaesthesiologist	-****	-****	-**
- Spec. intern. diseases	-****	-****	-****
Type of practice (contracted)	+	+	+

*p ≤ 0.5 - < 0.01, **p ≤ 0.1 - > 0.05, ***p ≤ 0.05 - > 0.01, ****p ≤ 0.01

Gender differences in part-time work in specialist medicine



THE EUROCOMMUNICATION STUDY

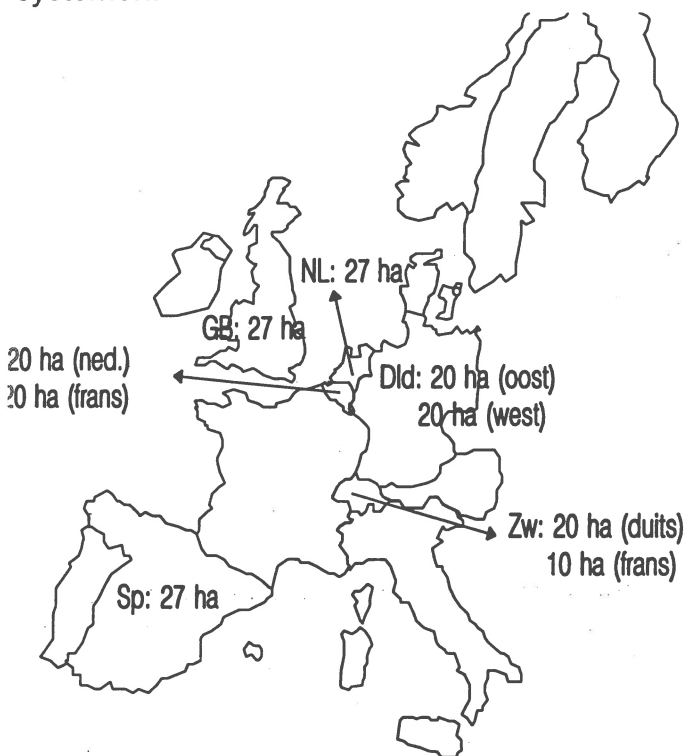
Een vergelijkend onderzoek naar arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen

Achtergrond

Arts-patiënt communicatie is van groot belang voor de kwaliteit van zorg en wordt waarschijnlijk mede beïnvloed door kenmerken van gezondheidszorgsystemen. De onderzoeksresultaten zijn van belang voor beleid en nascholing.

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in verschillen tussen landen wat betreft arts-patiënt communicatie, en verwachtingen en tevredenheid van patiënten. Nagaan of deze verschillen zijn gerelateerd aan kenmerken van gezondheidszorgsystemen.



Onderzoeksopzet

- 6 deelnemende landen
- 27-40 huisartsen per land
- video-opnamen van 15 patiënten per huisarts
- vragenlijst voor huisartsen en patiënten
- registratie door huisartsen

Gegevensverzameling

1. arts-patiënt communicatie:
 - verbale communicatie
 - nonverbale communicatie
 - inhoud van het consult
 - patiëntgerichtheid
2. verwachtingen en tevredenheid t.a.v. communicatieaspecten:
 - belang
 - evaluatie
 - tevredenheid
3. kenmerken van gezondheidszorgsystemen:
 - poortwachtersfunctie
 - vaste patiëntenlijst
 - dienstverband
 - betalingssysteem
4. kenmerken van huisartsenzorg per land:
 - werkomgeving
 - praktijksamenstelling
 - praktijkvoering
 - preventieve taken
 - na- en bijscholing

Conclusies

De verschillen zijn te verwachten in communicatiestijl, inhoud van het consult en behandeling. Deze verschillen worden waarschijnlijk weerspiegeld in de verwachtingen en tevredenheid van patiënten.

Kraamzorg in allochtone gezinnen

Mw. F. El Fakiri
Mw. M. Foets

Mw. M.G. Weide
Mw. I. Kulu-Glasgow



Achtergrond

Allochtone vrouwen maken weinig gebruik van professionele thuiskraamzorg. Ze kiezen vaker voor wijkkraamzorg en zijn gemiddeld korter in zorg. Een deel van de kraamvrouwen maakt geen gebruik van enige vorm van professionele kraamzorg. Redenen voor dit lagere gebruik kunnen te maken hebben met financiële en culturele barrières.

Doelstelling

Inzicht bieden in opvattingen en wensen bij cliënten, hun mantelzorgverleners en kraamverzorgenden t.a.v. kraamzorg bij allochtonen om op grond daarvan verbeteringen te kunnen aanbrengen in de zorg.

Onderzoeksvragen

1. Waarom kiezen allochtone gezinnen wel of niet voor professionele kraamzorg en welke alternatieven hebben ze?
2. Hoe kan professionele kraamzorg worden ingericht om aan te sluiten bij de behoeften van allochtone gezinnen?
3. Welke eventuele interventies zijn gewenst ter verbetering van de zorg aan allochtone gezinnen?

Onderzoeksoopzet

Interviews (semi-gestructureerde vragenlijst) met

- ✓ 32 Turkse en 32 Marokkaanse vrouwen (met geen, beperkte en volledige kraamzorg) en hun mantelzorgverleners
- ✓ 20 Nederlandse kraamvrouwen
- ✓ 32 kraamverzorgenden

Deelnemende kraamcentra:

- ✓ Stichting Amsterdams kruiswerk
- ✓ Stichting voor kraamzorg in de provincie Utrecht

De interviews met kraamvrouwen leveren de volgende gegevens op:

- ✓ demografische kenmerken
- ✓ kraamzorg gerelateerde kenmerken (pariteit, bekendheid met kraamzorg, plaats van bevalling, ervaring met kraamzorg, tevredenheid, etc)
- ✓ omvang en aard van het sociale netwerk, zelfzorg- en mantelzorgvermogen, rol van het informele netwerk bij bevallingen
- ✓ waardenoriëntaties, algemeen en t.a.v. kraamzorg

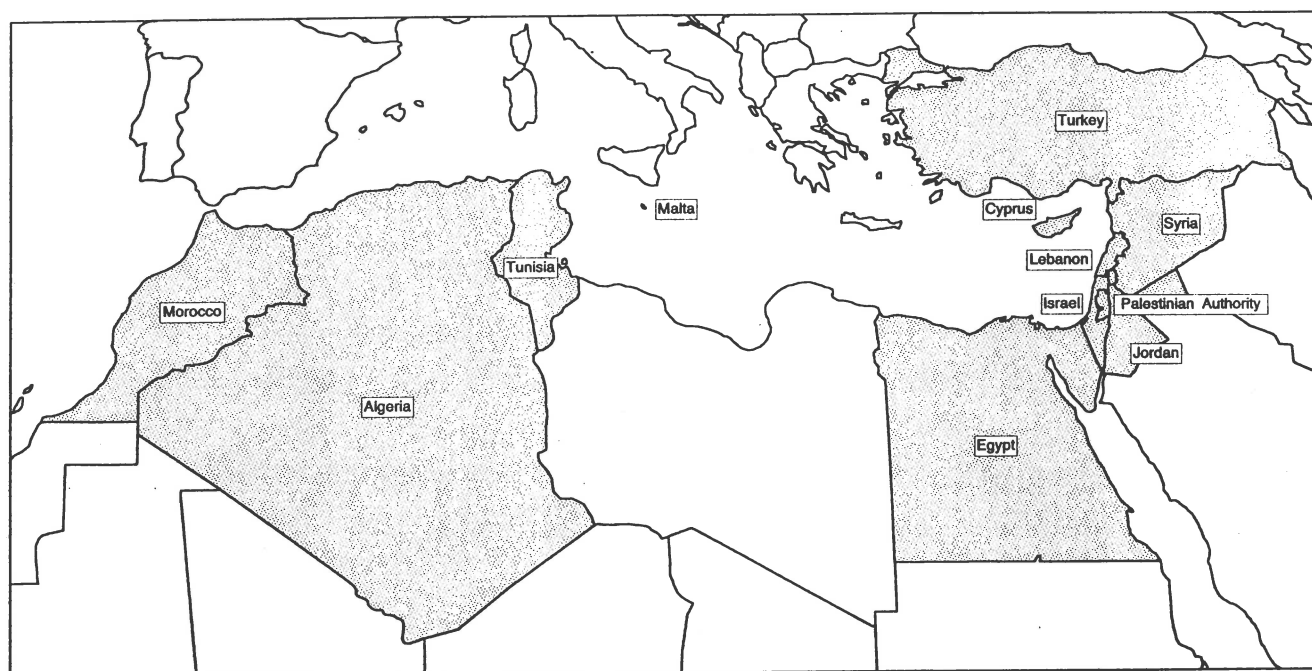
Doorlopende resultaten

Redenen voor allochtone kraamvrouwen om te kiezen voor kortdurende of geen kraamzorg:

1. voldoende hulp hebben van familieleden
2. onbekendheid met (soorten) kraamzorg
3. negatieve ervaringen met kraamzorg gehoord/gehad
4. taalproblemen

Primary Health Care in the southern mediterranean region

F. El Fakiri, M. G. Weide, I. Kulu Glasgow, S.J. Grielen, J. van der Zee



Context

Workshop on Primary Health Care which was part of an international expert meeting on health and social welfare in the Euro-Mediterranean Region, hosted by the Dutch government;

Aim

give an overview of the structure and organization of the health care system in twelve Mediterranean countries with an accent on primary health care;
identify common issues of concern.

Countries

Algeria, Cyprus, Egypt, Israel, Jordan, Lebanon, Malta, Morocco, Palestinian Authority, Syria, Tunisia, Turkey

Method

Written material was obtained by searches of databases, libraries in the Netherlands, France and Morocco, and from the Dutch embassies and existing personal contacts in several countries;
In each country an expert at governmental level was asked to give additional information and to review the country report.

Results

In each country a report has been written, containing a general description of the country, statistical figures (demographic and health statistics), information on the structure and financing of health care, the organization of primary care (including mother and child care and immunization programs), health policies, and problems and recent developments.

Migranten in de huisartspraktijk

M.G. Weide, M. Foets, NIVEL-Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Doel

vaststellen van overeenkomsten en verschillen tussen migranten en Nederlanders in gezondheidsproblemen, consultatie van de huisarts en inhoud en duur van het huisartsconsult.

Methode

- secundaire analyses op gegevens verzameld in de Nationale Studie (1987/1988) bij 161 huisartsen in 103 praktijken
- selectie van alle Turkse, Marokkaanse en Surinaamse patiënten en een 1% steekproef van Nederlandse patiënten van 18-65 jaar.

Resultaten

Gezondheidsproblemen

meer

	T	M	S
. algemeen			x
. bloed			x
. maag-darmkanaal	x	x	x
. oog	x	x	x
. bewegingsapparaat	x		x
. psyche			x
. luchtwegen	x		x
. huid		x	x
. endocrien/metabolisme			x
. sociale problemen	x		x

minder

. hart-vaatstelsel		x	
--------------------	--	---	--

Inhoud en duur spreekuurconsult

vaker

	T	M	S
. prescriptie	x	x	x

minder vaak

. voorlichting	x	x	
. gesprek		x	
. de zaak even aankijken	x		
korter (gemiddeld 1 minuut)	x	x	

Consultatie

vaker

	T	M	S
. aantal consulten	x		x
. spreekuur	x		x
. eerste consulten			x
. herhaalconsulten	x		
. consulten met 2 contactredenen			x
. eigen initiatief	x	x	x

minder vaak

. periodieke controle	x	x	
-----------------------	---	---	--

Conclusie

migranten verschillen op een aantal aspecten in gezondheid en consultatie-drag en behandeling door de huisarts; deze laatste verschillen wijzen op knelpunten die mogelijk toegeschreven kunnen worden aan communicatieproblemen en culturele verschillen.

Rechtstreeks specialisten bezoek in Nederland: particuliere verzekerden zonder huisarts verzekering

CHTERGROND

het onderzoek *Rechtstreeks specialistenbezoek in Nederland* zijn gegevens verzameld via een schriftelijke quôte onder 1039 particulier verzekerden van Zilveren Kruis. Deze verzekerden hebben geen dekking voor huisarts en hebben ten minste één keer een specialist bezocht in 1995. Het doel van de enquête is om achter te komen of verzekerden rechtstreeks (zonder verwijzing van de huisarts) een specialist bezochten, zo ja, waarom.

ESULTATEN

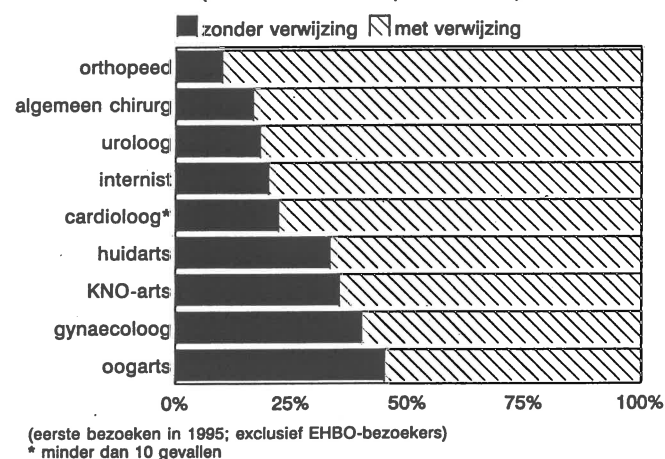
an de patiënten die een **eerste** afspraak hadden met een specialist, heeft 24% de specialist bezocht zonder verwijzing van de huisarts.

top-tien redenen van verzekerden om de huisarts te omzeilen zijn:

*percentage van rechtstreeks bezoekers
voor wie het een 'belangrijke' reden was*

had typisch specialistische hulp nodig; h.a. was niet geschikt voor klacht	58.5
meer faciliteiten bij de specialist	58.5
tijdwinst: hoefde niet eerst de h.a. te bezoeken	48.8
geld: hoefde h.a. geen consult te betalen	46.3
gewoonte: maakt meestal zelf een afspraak zonder eerst naar de h.a. te gaan	46.3
de h.a zou toch hebben verwezen	41.5
heeft meer vertrouwen in een specialist	36.6
had direct hulp nodig	29.3
ter geruststelling	17.1
kon dezelfde dag langsgaan voor een bezoek tussendoor	17.1

Percentage patiënten met en zonder verwijzing
(meest bezochte specialismen)



De belangrijkste klachten waarmee patiënten rechtstreeks een specialist bezoeken, zijn het aanmeten van een bril, klachten m.b.t. menopauze en vrouwelijke geslachtsorganen, andere oog klachten (bijv. pijn, roodheid, afscheiding), huidziekten en hoge bloeddruk.

Patiënten met een **hoger opleidingsniveau**, die in **stedelijke gebieden** wonen, die hun medische klachten als **(zeer) urgent** beschouwen en die een **betere kwaliteit van communicatie** verwachten bij de specialist (t.o.v. de h.a.) zijn meer geneigd om de huisarts te omzeilen.

ONCLUSIE

patiënten bezoeken rechtstreeks een specialist voor de medische klachten waarvan ze verwachten dat ze uiteindelijk naar de specialist verwezen zouden worden. Een kwart van de patiënten **zonder** huisartsverzekering heeft rechtstreeks een specialist bezocht. Dat betekent echter tevens dat drie kwart van de patiënten heeft besloten om eerst hun h.a. te bezoeken. Dit ondanks het financiële belang dat zij zouden kunnen hebben om de huisarts te omzeilen. De poortwachtersfunctie van de Nederlandse huisarts blijkt goed geaccepteerd te worden door de patiënten.

Evaluatie Algemene Eigen Bijdrageregeling (AEB)

De regeling

Sinds 1 januari 1997 betalen ziekenfondsverzekerden 20% van de kosten van zorg die voor ziekenfondsrekening komt. Het gaat om kosten van geneesmiddelen, hulpmiddelen, specialistische zorg en fysiotherapie/oefentherapie. Voor verpleegdagen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek is 8,00 per dag verschuldigd. Voor huisartsenzorg geldt geen eigen bijdrage. De maximale bijdragen zijn gemaximeerd tot fl. 100,00 per jaar (fl. 100 voor sommige open uitkeringsgerechtigden en 65-plussers). Verwachte effecten zijn een financieringsverschuiving en consumptievermindering.

Het onderzoek

Onder de AEB voert het NIVEL in opdracht van de Ziekenfondsraad een procesevaluatie en effectevaluatie uit.

Onderzoeksvragen voor de procesevaluatie:

1. Hoe vindt de implementatie van de regeling plaats?
2. Hoe werkt de regeling in de praktijk uit voor verzekerden?
3. Hoe verloopt de uitvoering van de regeling?

Onderzoeksvragen voor de effectevaluatie:

4. Welk effect heeft de eigenbijdrageregeling op de kosten

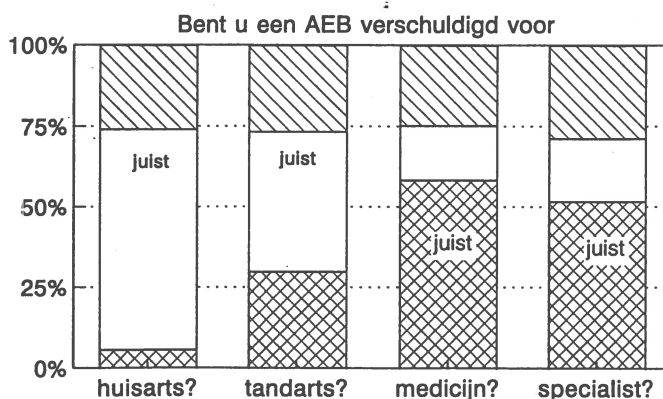
van zorg voor de consument en op de macro-kosten van zorg?

5. Welk effect heeft de eigenbijdrageregeling op het zorgvolume?
6. Welke ongewenste neveneffecten treden op ten gevolge van de eigenbijdrageregeling?
7. Hoe verhouden de kosten van de eigenbijdrageregeling zich tot de opbrengsten ervan?

✓ Gegevensbronnen

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van gegevens van de Ziekenfondsraad, CBS, het SCP, het Consumentenpanel Gezondheidszorg (NIVEL/ Consumentenbond), de Continue Morbiditeits Registratie van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de KU Nijmegen, het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen van LHV/NHG/NIVEL/WOK, en het NZi. Voor de procesevaluatie worden aanvullende gegevens verzameld onder de uitvoerende instanties (ziekenfondsen), onder zorgaanbieders en onder verzekerden.

Kennis ziekenfondsverzekerden van AEB:



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg

■ ja □ nee ▨ weet niet

De praktijkverpleegkundige

Achtergrond

In Nederland zijn, om tegemoet te komen aan de toenemende druk op de huisartspraktijk verschillende projecten met praktijkverpleegkundigen gestart. Naar aanleiding hiervan heeft in het voorjaar 1996 een inventarisatie plaatsgevonden.

Resultaten

* Er waren op dat moment **acht** projecten gestart, die de volgende **doelen** nastreefden:

- .ondersteuning van huisartsen bij de NHG-standaarden
- .verbetering van de doelmatigheid
- .verbetering samenwerking thuiszorg - huisarts
- .verbetering van de kwaliteit van zorg

* Verschillende **varianten** waarop de praktijkverpleegkundige wordt ingezet

1. Praktijkgebonden / samenwerkingsvariant

Afstemming van doelpopulaties wijkverpleging - huisarts.

2. Spreekuurvariant

De praktijkverpleegkundige houdt roulerend voor een of meerdere huisartsen een doelgroep(en)spreekuur.

3. Liaison / spreekuurvariant

De praktijkverpleegkundige heeft, naast het houden van doelgroep(en)spreekuur, ook een liaisonfunctie voor het team in de wijk.

4. Detacheringsvariant

De wijkverpleegkundige wordt voor bepaald aantal uren gedetacheerd in de huisartsenpraktijk.

5. Dienstverbandvariant

Verpleegkundigen in dienst van individuele huisartsen.

Conclusie

- * Vele varianten onder dezelfde noemer van 'praktijkverpleegkundige'
- * Verschillende inzet veronderstelt een verschillend niveau van verantwoordelijkheid en deskundigheid
- * Afstemming met overige eerstelijnsverpleegkundigen is noodzakelijk

Pressure of work in home help services in the Netherlands

Suzanne Arts & Ada Kerkstra

P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht the Netherlands
phone: +31 30 2729700 fax: +31 30 2729729



INTRODUCTION.

Workers in health care experience a high workload, high degree of burnout, low job satisfaction and a high percentage of absenteeism due to illness. In Netherlands home help services this percentage is 10%, mainly due to back problems (43%) or psychological problems (10%), resulting in a high turnover rate (28%). Therefore, the pressure of work in home help services has been examined. The aim of the study was to analyze the effect of workload and aspects of coping on pressure of work-variables like job satisfaction, burnout and health.

METHODS

Sample

4 home helps from 16 organisations for home help services in the Netherlands participated in the study.

Instrument

Questionnaire on pressure of work, based on existing scales, was used to examine overloading aspects of the work, and included the three dimensions of the research model: workload, pressure of work, and aspects of coping (Fig 1.)

Analyses

Stepwise regression analyses were done to show the effect of 1) workload on pressure of work, of 2) aspect of coping on pressure of work, and 3) of workload and aspects of coping together on pressure of work, all controlled for three personal variables.

RESULTS

Results in Figure 2 show that:

Job satisfaction

mainly influenced by the workload variables: organizational and job characteristics and learning- and growth opportunities; and by social support from supervisors (aspects of coping variables)

Emotional exhaustion,

one dimension of burnout, is foremost affected by workload variables too, and specifically by working conditions. Also coping strategies have a great influence on the dimension of burnout (aspects of coping variables)

Personal accomplishment,

another dimension of burnout, is explained best by an active coping style (aspects of coping variables)

Health is mainly influenced by working conditions (workload variables).

CONCLUSIONS

Pressure of work seems to be influenced by various factors. It appears that job satisfaction can be increased by providing home help more opportunities for contact with the organization, with colleagues and with their supervisor, and learning and growth opportunities. Feelings of burnout can be reduced by decreasing physical workload and time pressure, and by teaching the home helps to deal with problems actively. Decreasing physical workload will also improve the home help's state of health.

Figure 1. Research model 'Pressure of Work'

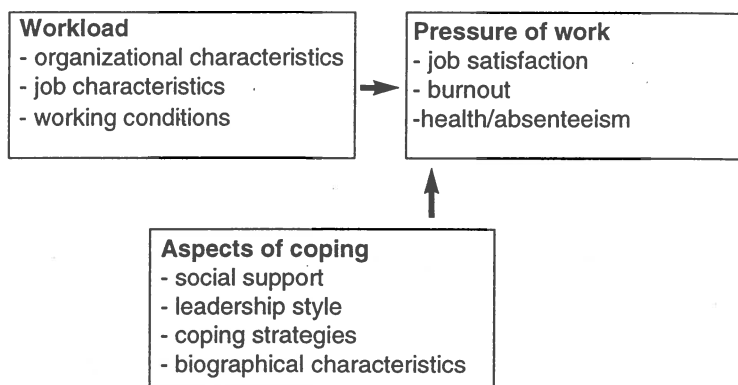
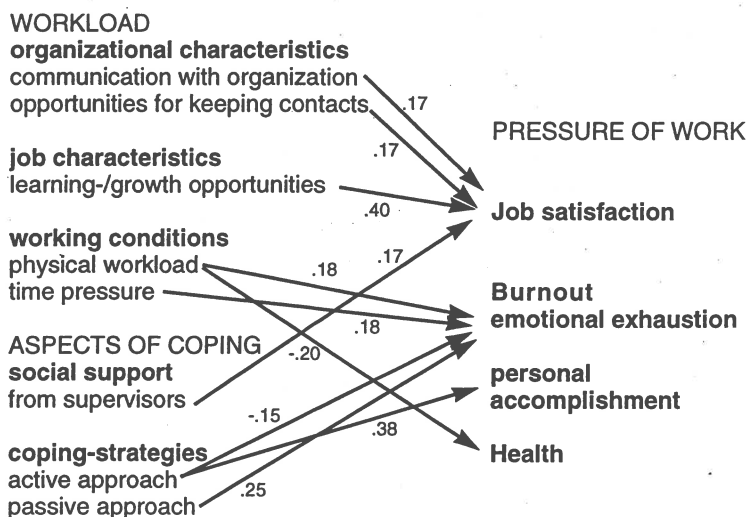


Figure 2.

Results of regression analysis (B's) with workload and aspects of coping as independent variables and job satisfaction, burnout and health as dependent variables for the total group (N=474) ($p \leq 0.001$)



Palliatieve zorg in Nederland. Een inventarisatiestudie

Uitvoering: NIVEL, Anneke Francke, Anke Persoon, Denise Temmink, Ada Kerkstra
Opdrachtgever: ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

Doel:

Inzicht verwerven in stand van zaken op het terrein van palliatieve zorg.

Vraagstellingen:

Welke typen palliatieve zorg zijn er in NL?

In hoeverre is palliatieve zorg geïntegreerd in reguliere zorgaanbod?

Welk onderzoek is verricht naar palliatieve zorg, welke onderzoeksmethoden zijn gebruikt en wat zijn uitkomsten?

Welke typen deskundigheidsbevordering/ondersteuning van zorgverleners van terminale patiënten zijn er in NL?

In hoeverre is deze deskundigheidsbevordering/ondersteuning geïntegreerd in reguliere zorgaanbod?

Welk onderzoek is verricht naar deze deskundigheidsbevordering/ondersteuning, welke onderzoeksmethoden zijn gebruikt en wat zijn uitkomsten?

Werkwijze:

o.a. n.v. bestudering databanken, literatuur, verslagen etc. op spoor gekomen van:
54 initiatieven m.b.t. palliatieve zorg;
14 initiatieven m.b.t. deskundigheidsbevordering;
10 initiatieven m.b.t. emotionele ondersteuning;
11 recente onderzoeken op dit terrein.

✓ Uitkomsten:

Aanbod van palliatieve zorg is gevarieerd: bijv. 6 hospices, 28 palliatieve afdelingen, één medisch kindertehuis, verschillende palliatieve teams.

Aanbod aan deskundigheidsbevordering is ook gevarieerd: o.a. bijscholing, protocollen, leerboeken.

Aanbod aan (structurele) emotionele ondersteuning van zorgverleners is beperkt.

Palliatieve zorg en deskundigheidsbevordering meestal ingebed in reguliere systeem.

In basisopleidingen wordt weinig structurele aandacht besteed aan palliatieve zorg, in vervolgopleidingen tot (ver)pleeghuisarts wel.

✓ Aanbevelingen:

Vervolgonderzoek is nodig om inzicht te krijgen in:

- aansluiting zorgaanbod en zorgvraag;
- aansluiting aanbod deskundigheidsbevordering/ondersteuning en de behoeften van zorgverleners;
- ontwikkelingen in de palliatieve zorgvraag n.a.v. maatschappelijke en demografische veranderingen.

RAI Effectstudie

De effecten van de invoering van RAI op de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in (somatische afdelingen van) verpleeghuizen

r C. van Campen, NIVEL, Utrecht
r A. Kerkstra, NIVEL, Utrecht
rof. dr M.W. Ribbe, VU, Amsterdam
r M.E. Ooms, VU, Amsterdam

Opdrachtgever:
NWO-Medische Wetenschappen, progie. Zorg,
Opvang & Begeleiding
Uitvoering: april 1997 - oktober 1999

Patiëntbeoordeling in verpleeghuizen

et het Resident Assessment Instrument

AI) worden gegevens van een verpleeghuiswoner op een gestructureerde en gestandaardiseerde wijze in kaart gebracht. Deze gegevens vormen de basis voor het te ontwikkelen zorgplan voor de betreffende bewoner. Er wordt verwacht dat een betere afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag positieve effecten zal hebben op de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in (somatische afdelingen van) verpleeghuizen.

Vraagstellingen

Welke effecten heeft de invoering van RAI op:

1.

de ervaren kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten?

2.

op bepaalde gezondheidstoestanden (o.m. voedingsstatus, incontinentie, decubitus, vallen, rochtbalans)?

3.

de kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod?

4.

de kwaliteit van de coördinatie van verpleegkundige zorg?

Methode

sign: pretest posttest controlled design;
ndelinge interviews met bewoners;
rifieltelijke interviews met verzorgenden;
ndelinge interviews met afdelingshoofden;
alyse van patiëntendossiers.

✕ Steekproef

ca. 22 somatische afdelingen in ca. 11 verpleeghuizen met in totaal ca. 300 langverblijvende somatische patiënten.

✕ Nederlandse RAI studies

De RAI effectstudie is een van de vijf studies die verricht worden naar de invoering van RAI in Nederlandse verpleeghuizen. De andere studies richten zich op: de tevredenheid van afdelingsteams, de volledigheid van zorgplannen, de validering van RAI-items en schalen, en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

✕ Spiegelinformatie

Er wordt een nationale database van RAI-gegevens opgebouwd, die mogelijkheden biedt voor de verpleeghuizen zelf (het hebben van gegevens over de eigen patiëntenpopulatie) als voor wetenschappelijk onderzoek (nationale en internationale vergelijkingsonderzoeken, belooponderzoeken) De nationale database zal gekoppeld worden aan de internationale database in Michigan.

✕ InterRAI

De RAI methodiek wordt toegepast in de Verenigde Staten, Canada, Japan en tien Europese landen (IJsland, Denemarken, Zweden, Nederland, Zwitserland, Engeland, Frankrijk, Italië, Tsjechië en Spanje). Contactpersonen vormen de InterRAI werkgroep, die de invoering en onderzoek naar RAI begeleidt.

QUOTE; QUality Of care Through the patients' Eyes

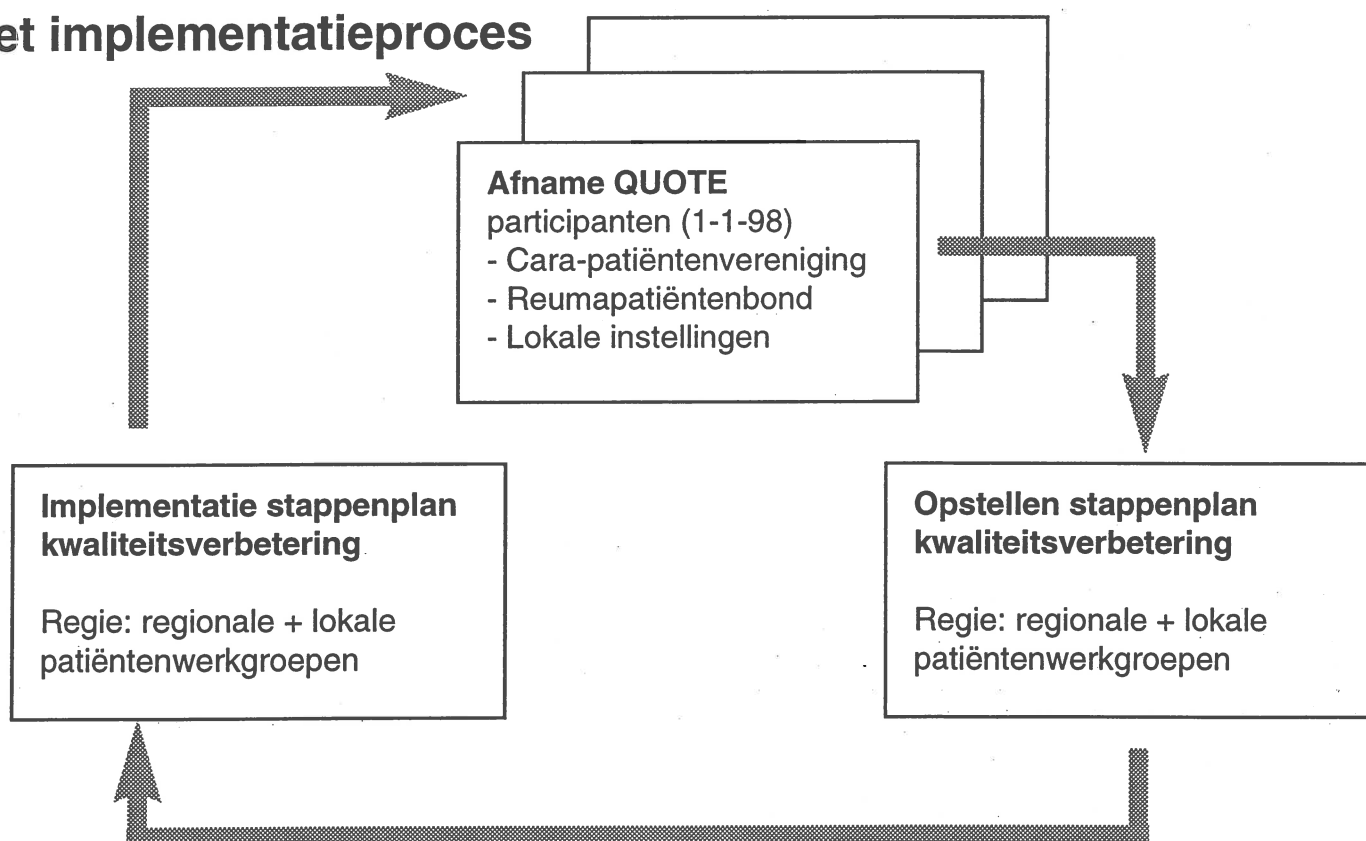
Kwaliteitsverbetering vanuit patiëntenperspectief

Herman J. Sixma, Marleen Foets

inleiding

Voortbouwend op resultaten van het NWO/KwaZo onderzoekprogramma 'Kwaliteit van Zorg', wordt door het NIVEL gewerkt aan een nieuwe serie meetinstrumenten: de **QUOTE**-vragenlijsten. De eerste vier vragenlijsten hebben betrekking op: (1) COPD-patiënten, (2) reumapatiënten, (3) lichamelijk gehandicapten, en (4) hulpbehoevende ouderen. De QUOTE-vragenlijsten zijn bij uitstek geschikt om te worden toegepast bij processen van kwaliteitsverbetering vanuit patiëntenperspectief.

het implementatieproces



de participanten

Bij toepassing van de QUOTE-vragenlijsten wordt intensief samengewerkt met patiënten en (regionale) patiëntenplatforms. In overleg met patiëntenverenigingen zijn de vragenlijsten aangepast aan specifieke wensen. Het opstellen en de implementatie van het stappenplan voor kwaliteitsverbetering geschiedt eveneens onder regie van (georganiseerde) patiënten. Het NIVEL voert het beheer over een bestand met QUOTE-data dat gebruikt kan worden voor 'benchmarking'.

Implementatie van onderzoek naar therapietrouw

Mw.Dr.E.M.Sluijs, Dr.J.J.Kerssens, Prof.Dr.J.Dekker, Dr.P.F.M.Verhaak

Implementatie van het onderzoek naar therapietrouw in de fysiotherapie

In 1991 kwamen de volgende resultaten uit NIVEL-onderzoek naar voorlichting en therapietrouw in de fysiotherapie.

a. Therapie-ontrouw.

Therapie-ontrouw is een groot probleem in de fysiotherapie.

Therapie-ontrouw impliceert dat oefentherapie geen effect kan hebben als patiënten niet oefenen.

b. Communicatie.

Therapie-ontrouw wordt door patiënt én fysiotherapeut stilzwijgend genegeerd in de behandeling.

c. Opleiding.

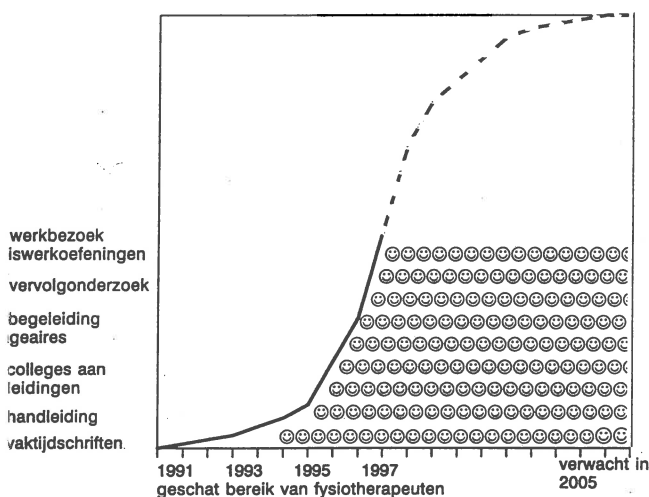
De opleidingen besteden tot 1991 geen aandacht aan therapietrouw.

Om deze situatie te veranderen heeft het onderzoeksteam vijf jaar gewerkt aan implementatie.

Deze grafiek toont welke activiteiten achtereenvolgens zijn ondernomen.

De implementatie-curve van Rogers dient ter illustratie.

Implementatieve curve van activiteiten gericht op implementatie



Conclusie

De succesvolle implementatie van onderzoeksresultaten vereist:

- een vertaling van de resultaten naar de praktijk
- jarenlange inspanningen van het onderzoeksteam na afloop van het onderzoek.

NIVEL - implementatie-activiteiten	Veranderingen in de fysiotherapie
1991 <i>Dissertatie</i> afgerond	Geen
92/93 <i>Vaktijdschriften</i> Publicaties in Nederlandse vaktijdschriften + lezingen	De belangstelling is gewekt.
<i>Praktische handleiding</i> Een praktische handleiding voor fysiotherapeuten	1000 exemplaren verkocht, herdruk in 1997
94/95 <i>Opleidingen</i> Colleges aan de opleidingen. Beleiding van stageaies.	- Therapietrouw module in de opleiding. - Ruim 20 scripties over therapietrouw
<i>Vervolgonderzoek</i> naar effecten van therapietrouw-verhogende strategieën (Praeventiefonds)	- Therapietrouw geïntegreerd in nascholing. - Opleidingen gebruiken de handleiding.
96/97 <i>Brede verspreiding</i> Medewerking aan uitgave van de Tijdstroom	Software voor individueel aangepaste huiswerkoefeningen Therapietrouw staat centraal.
Toekomst Up-daten handleiding voor fysiotherapeuten.	Nascholing in therapietrouw wordt verplicht voor herregistratie.
Verwerken nieuwe onderzoeks-resultaten.	(= beleid van KNGF)

Preventie rugklachten in verzorgingshuizen

Achtergrond

In de periode 1994-1998 zijn/worden onderzoeks- en implementatieactiviteiten ondernomen ter preventie van rugklachten onder het verplegend en verzorgend personeel in verzorgingshuizen.

Activiteiten

Onderzoek: door NIVEL in opdracht van AWOB

- Prevalentie van rugklachten.
- Bronnen van fysieke belasting.
- De houding van bewoners jegens hulpmiddelen.
- De visie van managers op fysieke belasting en de verandermogelijkheden.
- De visie van verplegenden en verzorgenden op verandermogelijkheden.
- Het scholingsaanbod op het terrein van fysieke belasting.
- Beschrijving praktijkervaring met preventie van rugklachten.

Implementatie: door AWOB, Locomotion en NIVEL

- Werkboek voor zorgmanagers op basis van het onderzoek.
- Organiseren van een landelijke startup bijeenkomst voor verzorgingshuismedewerkers.
- Verspreiding kennis en inzicht onder ARBO diensten.
- Organiseren regionale bijeenkomsten.
- Ondersteuning in AWOB tijdschrift.
- Monitoren gebruik werkboek.
- Artikelen in andere tijdschriften.

Vervolg

Deze cyclus wordt op dit moment herhaald voor een deel van het probleem dat in de eerste cyclus niet is opgelost.

BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE

DOEL:

verzamelen, ontsluiten en beschikbaar stellen van sociaal-wetenschappelijke literatuur en documentatie over gezondheidszorg in de meest breedste zin.

DIENSTVERLENING

- * literatuuroverzichten
- * aanwinstenlijst
- * Current Contents (wekelijks)
- * overzichten projecten Databank Zorgvernieuwing
- * PAVE (in ontwikkeling)

Persoonlijke Attendering

Via E-mail

KERNGEBIEDEN:

- * verpleging en verzorging
- * internationale gezondheidszorg systemen (incl. statistische data)
- * verpleeghuiskundige zorg
- * curatieve zorg
- * paramedische zorg
- * kwaliteit van de zorg
- * chronisch zieken
- * patiënt en consument
- * allochtonen

INHOUD:

- * ca. 13.000 boeken en rapporten
- * ca. 44.000 artikelen
- * abonnement op 135 tijdschriften

- * collectie jaarverslagen van 230 instellingen
- * literatuurdatabase Kwaliteit van Zorg Onderzoek (KWAZO)
- * literatuurdatabase Verpleging & Verzorging
- * Databank Zorgvernieuwing

✕ MIDDELEN:

- * Geavanceerd zoekstelsel trefwoord, auteur, jaar van uitgave, taal, titel, vrije tekst
- * zeer verfijnde terugzoekmogelijkheden door gebruik van de Thesaurus Gezondheidszorg

PAVE

Snelle levering van actuele en compacte informatie.

Via e-mail direct op uw scherm.

Directe aanvraagmogelijkheden.

Toegesneden op individuele informatiebehoefte.

Frequentie in overleg.

Adviesbureau's, onderzoekers, programmacoördinatoren.