J3(2(2000(1(b

WERKPLAN 2000

deel 1

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

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

INHOUD

VOORWOORD 5

1. INLEIDING 7
   1.1 Algemene ontwikkelingen 7
   1.2 Van beleid naar onderzoek 9
   1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering 18

2. ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN 22
   2.1 Inleiding 22
   2.2 De onderzoekslijnen 23
      2.2.1. Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg 23
      2.2.2. Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis 26
      2.2.3. Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg 29
      2.2.4. Beroepen in de gezondheidszorg 32
      2.2.5. Huisartsgeneeskundige zorg 36
      2.2.6. Verloskundige zorg 42
      2.2.7. Paramedische zorg 44
      2.2.8. Verpleging en verzorging 47
      2.2.9. Verpleeghuis- en aanverwante zorg 50
      2.2.10. Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen 52
      2.2.11. Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt 54
      2.2.12. Het perspectief van de hulpvrager 58
      2.2.13. Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg 64
      2.2.14. Overige activiteiten 68
      2.2.15 Kwaliteit van zorg 69

3. BIBLIOTHEEK EN DOCUMENTATIE 73

4. ALGEMENE INFORMATIE 78

VOORWOORD

Voor u ligt het NIVEL werkplan voor het jaar 2000.
Het werkplan is gesplitst in twee delen. Het eerste deel bevat een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke en beleidsontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en de plaats van het NIVEL hierin. Verder wordt ingegaan op nieuwe elementen in het werkplan.
Het onderzoek binnen het NIVEL wordt besproken aan de hand van een aantal onderzoekslijnen en themagebieden, waarbij kort de projecten die hieronder vallen genoemd worden.
In het tweede deel worden de projecten meer in detail besproken. 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.

1 INLEIDING

1.1 Algemene ontwikkelingen

Het zal niet toevallig zijn dat een minister, die een tweede termijn op hetzelfde departement doorbrengt, behoefte heeft aan consolidatie en stabiliteit. Na de bestuurlijke drukte van Paars-1 treedt bij Volksgezondheid een zekere bestuurlijke rust op, al blijven 'incidenten' (Bijlmerdossier, Legionella, gekke koeien,kippen en varkens) evenzovele bananenschillen waarop een politicus kan uitglijden en lelijk terecht kan komen.

Niettemin kan men:' Meerjarenafspraken' met recht de slogan van Paars2 op Volksgezondheid noemen (hoewel 'Meerjarenafspraken, Meerjarenafspraken en nog eens Meerjarenafspraken!' niet zo lekker bekt; misschien is 'Rust, Rust en nog eens Rust' beter). Nu maar hopen dat het kabinet niet valt.

Sommige meerjarenafspraken zijn beter voorbereid en haalbaarder dan andere. Sectoren van de zorg die wel heel erg geteisterd werden door beleidsmatige drukte, zoals de thuiszorg, hebben zich goed kunnen voorbereiden op het terugdraaien van ongewenste ontwikkelingen en het consolideren van hun (uitgeholde) positie. De huisartsen hebben zich daarentegen nogal afhankelijk gemaakt van ontwikkelingen die ze zelf niet volledig in de hand hebben. Er worden in de meerjarenafspraken huisartsenzorg (op termijn) hoge bedragen ingeboekt voor besparingen op het voorschrijven van geneesmiddelen. Hiermee zouden de extra kosten voor de introductie van praktijkondersteuning moeten worden gedekt. Het is ironisch te moeten constateren dat de introductie van de praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk ten dele een reactie is op het teloorgaan van de klassieke thuiszorg (met name van de all-round wijkverpleegkundige) - al is het niet de bedoeling dat de praktijkverpleegkundige mensen thuis gaat bezoeken - en afhankelijk is van besparingen in de geneesmiddelensector, waar andere partijen (vooral partijen die prijzen van producten bepalen, zoals fabrikanten en groothandels) meer invloed hebben dan de huisartsen zelf.

Bij de specialisten wordt, terecht, veel aandacht gevraagd voor elektronische patiëntendossiers, maar moet de Wet van de Voordelige Achterstand wel heel krachtig werken om de afspraken te realiseren.

Naast het beleid op langere termijn wordt krachtdadig opgetreden tegen het verschijnsel 'wachtlijsten'. Het is boeiend te zien hoe snel bijvoorbeeld wachtlijsten in de verpleeghuiszorg alleen al bij het horen van de naam 'Marcel van Dam" halveren. Gevreesd moet echter worden dat de wachtlijsten zullen terugkeren (altijd een mooi politiek drukmiddel) als de vliegende brigades hun hielen hebben gelicht.

Wat kunnen we de komende jaren verwachten:

Specialisten en ziekenhuizen: de onder druk van het vorige kabinet tot stand gekomen 'lokale initiatieven', afspraken tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de medische staf over zeggenschap en omzetten/inkomens staan onder druk. Het lijkt op het zoeken van de kwadratuur van de cirkel: hoe combineert men het 'vrije beroep' met een inpassing in de ziekenhuishiërarchie en hoe overbrugt men grote verschillen in productie, omzet en inkomens, vooral tussen specialismen. Is hier toch niet wat meer nationale sturing nodig?
Geneesmiddelen: een van de lastigste beleidsdossiers; Nederland heeft nauwelijks een eigen geneesmiddelenindustrie, dus afspraken met fabrikanten over prijzen zijn niet mogelijk. Het blijft behelpen; ook al pakt men meer partijen aan; er is altijd wel een partij die ongrijpbaar is. Naast de continue discussie over de kosten zal de discussie over vrije verkrijgbaarheid van geneesmiddelen; het toevoegen van gezondheidsbevorderende of het ontstaan van ziekte remmende middelen aan voedsel weer oplaaien. Voor de industrie ligt hier een enorme groeimarkt: drie rijksdaalders in plaats van één voor een bakje margarine; dat is pas toegevoegde waarde!
Voorrang voor werkenden. Wat moet men daar nu van zeggen. Tot dusver werd in de curatieve zorg (officieel) nauwelijks rekening gehouden met het gegeven dat iemand wel of niet werkte en met het werk dat werd verricht. Een beleid van 'watchful waiting' houdt geen rekening met de kosten van ziekteverzuim. Nu werkgevers veel sterker en veel directer dan vroeger geconfronteerd worden met de financiële gevolgen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en (dus) meer aandacht voor snelle terugkeer op de werkplek hebben, is het niet zo vreemd dat van die zijde druk wordt uitgeoefend om de wachttijden voor behandeling zo kort mogelijk te maken.
Echter om nu een ingewikkeld stelsel op te zetten waarbij ziekten worden onderscheiden in werkgerelateerde en overige ziekten (krijgt iemand nu astma van zijn baas of van zijn hond?) en bovendien het "Robin Hood-model" voor ziekenhuizen te propageren (geld verdiend met het snel helpen van werknemers kan het ziekenhuis besteden aan leuke dingen voor andere mensen), creëert weer zoveel nieuwe problemen, dat het middel erger lijkt dan de kwaal. Een langere bedrijfstijd voor ziekenhuizen (spreekuren 's avonds en zaterdags) zou wachttijden doen teruglopen zonder de ingewikkelde regelgeving die voor werknemersvoorrang nodig is. Misschien moet dan wel het macrobudget worden verruimd, maar dat kan, met gezondheidszorg als een belangrijke economische factor, niet echt een bezwaar zijn.
Als men alle beleidsmaatregelen beziet dan valt het op dat veel maatregelen eigenlijk reparatiemaatregelen zijn. Er wordt iets bedacht; bijvoorbeeld dat het in zijn algemeenheid veel rechtvaardiger is om 'indicatiestelling' te scheiden van 'zorgverlening'. Deze gedachte wordt niet getoetst aan de dagelijkse praktijk van de geneeskunde met haar uitstekend georganiseerde professionals, maar meteen losgelaten op de zwakker geprofessionaliseerde verpleging. Er wordt een redelijk

functionerende wijkverpleging aan dit ideaal opgeofferd. Dit is overigens niet de enige oorzaak van de teloorgang van de wijkverpleging (de integratie met de gezinsverzorging moet hier zeker ook worden genoemd) Er worden (bureaucratische) regionale indicatie organen opgericht. Er komen wachtlijsten, omdat de micro-afstemming tussen geïndiceerde en verleende zorg verdwijnt. De huisartsen komen met eigen verpleegkundigen (die, zonder eigen bijdrage te vragen aan de patiënten, met de thuiszorg gaan concurreren), er komen wachtlijstbrigades en ga maar door. Allemaal bestuurlijke drukte ter reparatie van eerder genomen, niet al te gelukkige besluiten. De onderwijssector was hierom reeds lang berucht; de gezondheidszorg lijkt er nu ook aan te lijden.

1.2 Van beleid naar onderzoek

De positie van het NIVEL tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap
De ontwikkelingen in het beleid vinden hun weerslag in het werkprogramma.
Ten eerste besteden we aandacht aan arbeidsmarktproblemen, wachtlijsten en geneesmiddelen en blijven we de ontwikkelingen in de thuiszorg op de voet volgen. Dat geldt ook voor in eerste instantie succesvol afgesloten beleid, zoals de integratie specialist/ ziekenhuis. Daar is nog een lange weg te gaan en er zijn tekenen dat de gesloten overeenkomsten onder druk staan.
Goed passend in de meerjarenafspraken huisartsenzorg is een grootschalig onderzoeksprogramma ontworpen: De Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichten in de Huisartspraktijk (NS2). Voor het volgen van nieuwe beleidsontwikkelingen, (zoals bij de evaluatie van de Wet Klachtrecht en de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst) beschikken we over flexibele meetinstrumenten: het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Europees onderzoek gebeurt in onze internationaal vergelijkende studies. Niet alle onderzoek volgt het Beleid op de voet; langlopende onderzoeksprogramma's, zoals dat naar communicatie en bejegening in de hulpverleningspraktijk en naar ontwikkelingen op het gebeid van kwaliteit van zorg hebben hun eigen dynamiek en leveren doorlopend relevante conclusies en gezichtspunten.

Het programma wordt bepaald door de eisen die door het **beleid**, het **veld** en de **wetenschap** worden gesteld en die uit de positie van het NIVEL, als nationaal instituut voor het gezondheidsonderzoek, voortvloeien. Het NIVEL is een nationaal instituut voor gezondheidszorgonderzoek, multidisciplinair van samenstelling, dat toegepast, beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek verricht ten behoeve van partijen die tezamen het gezondheids(zorg)beleid in Nederland vormgeven: de overheid, het veld van zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgverzekeraars.

Missie en doelstellingen van het instituut

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

De middelen die het NIVEL (statutair) ten dienste staan om zijn doelstelling te bereiken zijn de volgende:

- het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op basis van zelfverzamelde 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.

De naam van het instituut 'NIVEL' betekende oorspronkelijk: "Nederlands Instituut Vvoor onderzoek van de **EersteLijns**gezondheidszorg". Als zodanig begon het zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Toen er echter in de door de Raad voor het Gezondheidsonderzoek uitgebrachte 'Brede Analyse' (1993) een suggestie werd gedaan om het NIVEL om te vormen tot een onderzoeksinstituut voor de Somatische Gezondheidszorg (naast een instituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg) , is de missie van het NIVEL dienovereenkomstig verbreed. De naam 'NIVEL' is 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 of primary health care' en "EUROHES'. (European Institute for Health Services Research)

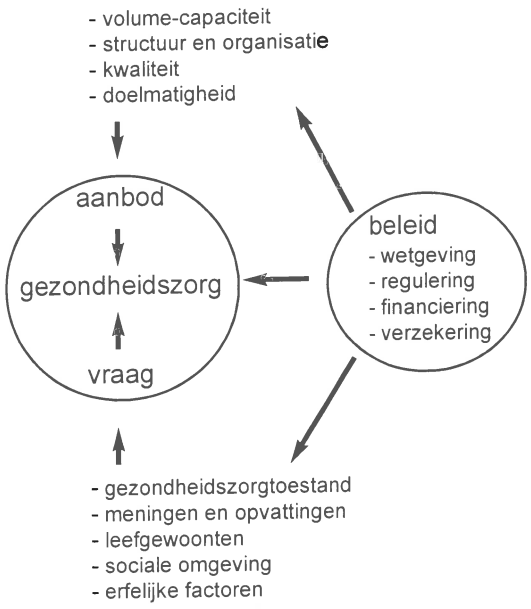
Het Bestuur van de Stichting NIVEL weerspiegelt deze evolutie van het instituut; bestond het tot het midden van de jaren zeventig nog voornamelijk uit vertegenwoordigers van huisartsenzijde, nu is het samengesteld uit de drie voor het NIVEL cruciale partijen: het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleeghuiszorg); consumenten en financiers (consumentenbond, zorgverzekeraars en patiëntenplatform) en vertegenwoordigers van de wetenschappelijke wereld. Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut. Vanaf het jaar 2000 is het Bestuur uitgebreid met vertegenwoordigers van ziekenhuis- en specialistenzijde en verenigingen van chronisch zieken.

Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research

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

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. Beide zaken hebben consequenties voor de maatschappelijke inkadering van het NIVEL, voor de wijze waarop het NIVEL-onderzoeksprogramma wordt vastgesteld, en voor de wijze waarop de onderzoeksresultaten van het NIVEL worden verspreid.

Schema 1: **Domein van het gezondheidszorgonderzoek**



Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Dit komt tot uiting in de samenstelling van de onderzoeksgroep.

De taken van het NIVEL zijn deels gebaseerd op zijn maatschappelijke positionering als nationaal, niet-universitair onderzoeksinstituut en deels op zijn werkterrein: het NIVEL als instituut voor gezondheidszorgonderzoek.

Het NIVEL als nationaal, niet-universitair instituut

De positie van het NIVEL kenmerkt zich door zijn nationale karakter dichtbij het Ministerie van VWS en zijn adviesorganen, en tevens dichtbij de landelijke beroeps- en koepelorganisaties, die actief zijn in de gezondheidszorg: organisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars, en consumenten en patiënten. Vanwege zijn nationale positie bestaan er tussen het NIVEL en deze organisaties allerlei soorten contacten en relaties, zowel formeel als informeel. Voor de meeste landelijke organisaties op het gebied van de gezondheidszorg is het NIVEL een vanzelfsprekende gesprekspartner, niet alleen voor de vertaling van beleid in onderzoek vice versa, maar ook voor het aan elkaar koppelen van onderzoekswensen van verschillende partijen in de zorgsector. Wat dat betreft fungeert het NIVEL in dubbel opzicht als een 'kennismakelaar'.

Men kan zich afvragen in hoeverre deze intermediaire positie van het NIVEL is veranderd met de oprichting van Zorg Onderzoek Nederland (ZON), die immers ook tot doel heeft om een brugfunctie te vervullen tussen onderzoek en beleid in de gezondheidszorg. Tot op zekere hoogte is dat inderdaad het geval, zeker nu ZON zijn opstartproblemen achter de rug heeft. Er is binnen ZON een imposant proces op gang gekomen, waarin op systematische wijze beoordelingsprocedures en -criteria worden ontwikkeld, programma's geformuleerd en projecten uitgezet en beoordeeld op het grensvlak van beleid, praktijk en wetenschap, wat een zichtbare en belangrijke impuls is voor de verdere professionalisering van dit type onderzoek. Ook medewerkers van het NIVEL leveren - binnen ZON-verband - een actieve bijdrage aan dit proces. Maar we kunnen nu ook constateren dat met de komst van ZON de maatschappelijke positie van het NIVEL niet wezenlijk is veranderd, en zeker niet nadeliger is geworden. Zo merken we, dat sinds de komst van ZON de algemene waardering voor het beleidsgerichte en praktijkgerichte onderzoek - een type onderzoek waarin het NIVEL van oudsher is gespecialiseerd - alleen maar is toegenomen. Wat dat betreft heeft het ontstaan van ZON het NIVEL ook voordeel bezorgd. Daarnaast zien wij dat de behoefte van onze opdrachtgevers aan directe kontakten met het NIVEL intact is gebleven. Er bestaat nu eenmaal een spanningsveld tussen het tempo van het beleid en het tempo van de wetenschap, dat maakt dat er behoefte blijft bestaan aan de relatief snelle werkwijze waarmee het NIVEL gewend is concrete, actuele beleidsvragen in serieus onderzoek te vertalen, zonder daarmee te vervallen in de vaak oppervlakkige analyses van marktbureau's en accountantskantoren. Juist in 'Quick and Clean' onderzoek ligt de kracht van het NIVEL. Daarbij wordt de wetenschappelijke kwaliteit gegarandeerd door de externe certificatie (die eind 1999 formeel is

gerealiseerd), en door de inbedding in twee KNAW-erkende onderzoekscholen: de 'Onderzoekschool CaRe' een samenwerkingsverband van de Universiteit Maastricht, de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen en in de 'Onderzoekschool Psychology and Health' een samenwerkingsverband van de Universiteiten van Utrecht, Leiden en de Katholieke Universiteit Brabant. Overigens wordt de relatief snelle werkwijze van het NIVEL - die met recht een handelskenmerk kan worden genoemd - sterk gefaciliteerd door de goede onderzoeksinfrastructuur. Het NIVEL investeert bewust voortdurend in moderne, grootschalige dataverzamelingen: diverse nationale panels, registratiesystemen, ICT-netwerken en - uiteraard - de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Hiermee kan vaak de tijdrovende voorbereiding van gegevensverzameling worden ontlopen, waardoor relatief snel op actuele beleids- en onderzoeksvragen kan worden gereageerd.

Van oudsher heeft het NIVEL - vanwege zijn nationale functie - naast een directe onderzoekstaak ook altijd een taak gehad in het verschaffen van overzicht over wat er op de diverse deelterreinen aan kennis wordt geproduceerd. Die taak werd traditioneel vervuld door het systematisch vervaardigen van bibliografische overzichten, en door een, ook via elektronische weg openbaar toegankelijk bibliotheek- en documentatiecentrum. Ook passend bij het nationale karakter zijn enkele registratiesystemen waaruit periodieke (statistische) overzichten worden geproduceerd. Bekende voorbeelden zijn de registratiesystemen die zijn opgezet ten behoeve van de beroepskrachtenplanning, de 'Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland', die al dertig jaar lang landelijke cijfers levert over bijvoorbeeld de griep-epidemieën, en het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), dat sinds 1996 cijfers levert ten behoeve van het Jaar Overzicht Zorg. Een relatief nieuwe, maar veelbelovende manier van continue gegevensverzameling heeft het NIVEL gevonden in de vorming van panels, die periodiek bevraagd worden over onderwerpen die in overleg met pogrammacommissies worden opgesteld. Het eerste voorbeeld hiervan was het tezamen met de Consumentenbond opgezette 'Consumentenpanel Gezondheidszorg', dat in 1992 werd opgericht, en al veel interessante gegevens heeft opgeleverd over het functioneren van de gezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief. Het Patiënten Panel 'Chronisch Zieken' vormt een logische voortzetting van dit beleid, evenals het dit jaar te starten Panel van Verplegenden en Verzorgenden. Meer panels zijn in voorbereiding.

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

Hoewel het NIVEL veel waarde hecht aan het opzetten en instandhouden van grootschalige informatiesystemen op het terrein van de gezondheidszorg heeft het zeker niet pretentie de enige te zijn met een landelijke informatiefunctie op dit

terrein. Dat zou niet alleen op gespannen voet staan met de realiteit van dit moment, waar meerdere organisaties nuttige kennisfuncties vervullen maar is als ambitie noch 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. Zo onderhoudt het NIVEL samen met het NZi en het Trimbos-instituut een registratiesysteem van zorgvernieuwingsprojecten, en bestaat er al jarenlang een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de landelijke instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van de zogeheten 'branche-rapporten' wordt intensief met anderen samengewerkt en informatie uit diverse bronnen gebruikt. Omgekeerd stelt het NIVEL ook eigen data en eigen expertise ter beschikking van derden op gerichte vragen van buiten. Ook dat past bij onze filosofie over de rol van een landelijk kenniscentrum.

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

te (beleids)vragen gezocht wordt naar de meest efficiënte wijze om op die vragen een wetenschappelijk gefundeerd antwoord te geven: soms door zelf data te verzamelen, maar steeds meer ook door in plaats daarvan, of aanvullend daarop te putten uit andere bronnen, in eigen of andermans beheer. Daarbij past ook het passief en actief gebruik van moderne communicatiemiddelen als internet. Momenteel ontwikkelt het NIVEL een aantal pilot-projecten om deze innovatie planmatig gestalte te geven. Zo wordt ter voorbereiding van de Leidschendamconferentie een website voorbereid (www.kwaliteitvanzorg.nl) die een synthese moet gaan bevatten van alle kennis waarvan het NIVEL verwacht dat deze nuttig is voor diegenen die zich in Nederland bezig houden met kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. Verder wordt tezamen met het Trimbos-Instituut een pilot voorbereid voor kennissynthese op het thema 'huisarts en depressie'als prototype voor een onderwerp dat zich afspeelt op het raakvlak van deze beide landelijke instituten, en past binnen het convenant 'tussen de lijnen'dat door NIVEL en TI is afgesloten. Tenslotte wordt ook op het terrein van de patiëntenraadpleging momenteel geëxperimenteerd met innovatieve manieren van kennisverzameling en -productie.

Het NIVEL als internationaal onderzoekscentrum

Internationaal gezien wordt de positie van het NIVEL als nationaal instituut steeds belangrijker. Sinds 1987 is het NIVEL een WHO-collaborating Centre. Een van de consequenties hiervan is, dat NIVEL-medewerkers regelmatig als 'temporary adviser' bij WHO-activiteiten betrokken zijn. Op verzoek van de EU en de WHO is het NIVEL ook betrokken bij de ontwikkeling van de hervormingen in een aantal Oost-Europese landen, waar men doende is het gezondheidszorgsysteem te transformeren van een 'staatsgezondheidszorg' naar een systeem met meer marktgerichte elementen. De nationale positie van het NIVEL heeft voorts als gevolg, dat het NIVEL (op verzoek van de WHO of het Ministerie van VWS) regelmatig buitenlandse bezoekers ontvangt die geïnformeerd willen worden over de Nederlandse gezondheidszorg, en dat het NIVEL, met de belangrijkere rol die de EU krijgt bij de verdeling van onderzoeksgelden, steeds meer wordt uitgenodigd en het initiatief neemt tot zogenaamde 'concerted actions' of andere internationale onderzoeksprojecten. Met het aanvaarden van het Verdrag van Maastricht (en bevestigd in het Verdrag van Amsterdam) heeft de Europese Unie voor het eerst een beleid op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektebestrijding geformuleerd in eerste instantie tot uiting komend in een toegenomen subsidiestroom, maar ook in een toegenomen Europese interesse in (en mogelijke sturing van) het gezondheidsbeleid van de lidstaten der Unie.

Het NIVEL als instituut voor gezondheidszorgonderzoek

Door zijn werkterrein (gezondheids**zorg**onderzoek) onderscheidt het NIVEL zich enerzijds van het RIVM (gezondheidsonderzoek)[1], en anderzijds van het meeste onderzoek aan de medische faculteiten (overwegend biomedisch en klinisch onderzoek). De vakgroepen Huisartsgeneeskunde houden zich momenteel vrijwel uitsluitend met patiëntgebonden onderzoek bezig. Er wordt verspreid aan enkele sociale faculteiten onderzoek verricht op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek en er zijn ook enkele organisatie-adviesbureaus actief op het terrein, zonder dat daar overigens een sterke onderzoekstraditie is ontstaan.
Sterkere verwantschap (en tot op zekere hoogte grotere concurrentie) vindt men bij vakgroepen epidemiologie, sociale geneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg en gezondheidseconomie, zeker als ze gezondheidszorg als 'determinant' van gezondheid 'meenemen'. Profilering op het gebied van beleid vormt een sterk punt van bovengenoemde groepen. Een kenmerkend verschil tussen universitair onderzoek en onderzoek op het NIVEL is dat het eerste theorie gestuurd genoemd kan worden, veelal monodisciplinair van karakter, terwijl het NIVEL-onderzoek 'probleemgestuurd' is en (dus) meestal multidisciplinair wordt uitgevoerd.

De bijzondere positie van het NIVEL in het spanningsveld tussen beleid, veld en wetenschap, impliceert dat, vergeleken met universitaire onderzoeksgroepen, het NIVEL veel tijd en energie besteedt aan de inpassing van het onderzoek in de behoefte van de opdrachtgever. Niet alleen bij de opzet van het onderzoek maar ook en vooral na afloop ervan. De implementatie van de resultaten, het vertalen van de resultaten in beleidsrelevante opties en het helder en duidelijk formuleren en wijd verspreiden van de conclusies zijn voor het NIVEL even belangrijk als het publiceren in de wetenschappelijke vakpers. Uiteraard voldoet NIVEL-onderzoek in beginsel aan dezelfde eisen van objectiviteit, geldigheid en betrouwbaarheid als alle wetenschappelijk onderzoek. Verschillen vindt men in het voor- en het na-traject: bij de vertaling van maatschappelijke vragen in onderzoeksvragen (onderzoeksprogrammering en projectvoorbereiding) en bij de implementatie van onderzoeksresultaten. Gezondheidszorgonderzoek raakt rechtstreeks de belangen van de partijen in de gezondheidszorg maar kan eigenlijk niet worden uitgevoerd zonder een zeker draagvlak bij deze partijen. Betrokkenen moeten zich in het programma van het NIVEL kunnen herkennen zonder echter het gevoel te hebben daar exclusief zeggenschap over te hebben. Dit vraagt om een goede mix tussen betrokkenheid en distantie, die enerzijds wordt gerealiseerd door de

---

[1] althans tot op zekere hoogte; het RIVM is zich steeds sterker aan het profileren op het gebied van het gezondheidszorgonderzoek; op onderdelen hebben NIVEL en RIVM een strategische samenwerkingsovereenkomst gesloten.

bestuurlijke verantwoordelijkheid over het instituut en anderzijds door de wijze waarop het onderzoeksprogramma wordt voorbereid (onder andere via een jaarlijkse consultatieronde).

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 Somatische Gezondheidszorg, Gezondheidsbeleid, de nieuwe directie Verpleging en Verzorging (i.o.), maar ook Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en minderhedenbeleid), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals het College voor Zorgverzekeringen 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 NZf (de superkoepel), NVVz (verpleeghuizen, binnenkort samen met de overkoepelende organisatie van verzorgingshuizen), NVZ (ziekenhuizen) enz., zorgverzekeraars en, niet te vergeten, patiënten- en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde.
Daarnaast genereert het lopende onderzoek ook vervolgvragen. Voor een goede wetenschapsontwikkeling is het van belang dat onderzoekers hun werk kunnen verdiepen. Het is een beetje een karikatuur dat een onderzoeksrapport wordt afgesloten met de roep om 'meer onderzoek', maar het valt niet te ontkennen, dat het opwerpen van nieuwe vragen een essentieel kenmerk van het wetenschappelijk bedrijf is.

In toenemende mate wordt de inhoud van het werkprogramma bepaald door 'prijsvragen'; programmacommissies doen oproepen voor onderzoeksvoorstellen. Na een in zijn algemeenheid zorgvuldige en intensieve beoordelingsprocedure worden de voorstellen met de hoogste wetenschappelijke en/of (dat hangt van de commissie af) maatschappelijke relevantie uitverkoren. Voor het NIVEL is de ZON-organisatie van belang, verschillende NWO-programmacommissies en sommige programma's op Europees gebied, zoals het 5e Kaderprogramma van Wetenschappelijk Onderzoek van de Directoraat Generaal XII (onderzoek) en V (gezondheid en sociale zekerheid) (health monitoring).

Met name voor internationaal vergelijkend onderzoek vormen deze Europese competities vaak de enig mogelijke weg. De energie die met het schrijven en (niet te vergeten!) beoordelen van dit onderzoek gemoeid is, valt niet te onderschatten. 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 1999 een jaaromzet van ongeveer 16 miljoen gulden opleverden, waarvan ongeveer een derde als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 1999 telde het NIVEL ongeveer 130 medewerkers, van wie een 70-tal onderzoekers.

1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

Samenhang binnen het onderzoeksprogramma
In hoofdlijnen wordt de onderlinge samenhang van het NIVEL-onderzoeksprogramma bepaald door de missie van het NIVEL: het verrichten van gezondheidszorgonderzoek, dat wil zeggen: onderzoek naar de onderlinge afstemming tussen de vraag en het aanbod naar gezondheidszorg onder invloed van het beleid (wetgeving, regulering, financiering, verzekering). Gezondheidszorgonderzoek is niet zozeer gericht op het vóórkomen van bepaalde gezondheidsproblemen op zich, als wel in de vraag in hoeverre deze gezondheidsproblemen vertaald worden in een vraag naar hulp binnen de gezondheidszorg, en in hoeverre dit proces beinvloed wordt door:

- meningen en opvattingen van patiënten over ziekte, gezondheid en de gezondheidszorg (beleid op gebied van preventie, gvo, kwaliteitsbeleid)
- sociale ongelijkheid (dit kan leiden tot een beleid ter bescherming van de zwakke groepen in de samenleving)
- de aanzuigende of remmende werking van het aanbod aan gezondheidszorgvoorzieningen (dit kan leiden tot een gericht volumebeleid)
- elementen in het verzekeringssysteem (dit kan leiden tot aanpassingen in het systeem van eigen bijdragen, eigen risico's, of aanvullende verzekeringen).

Binnen deze algemene lijnen is er sprake van Continuïteit en Verandering, waarop we hieronder nader ingaan.

Verandering 1; het NIVEL in de tweedelijn

In 1995 werd het onderzoeksterrein van het NIVEL uitgebreid van de eerstelijnszorg naar de gehele somatisch curatieve zorg, dus inclusief ziekenhuizen, polikliniekken, verpleeg- en verzorgingshuizen.

In een onderzoeksprogramma, dat aansloot bij de aanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (de Commissie Biesheuvel) werd de domeinverbreding gerealiseerd. Dit programma werd in 1999 afgesloten met hier en daar een doorloop in het werkplan 2000. Sommige delen van het programma (bijvoorbeeld behoeftenramingen van specialisten) worden (wellicht en hopelijk) voortgezet onder de auspiciën van het in 1999 opgerichte Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen; andere onderdelen (transmurale zorg, palliatieve zorg, communicatiestudies in polikliniek en ziekenhuis) worden incidenteel gefinancierd. Over de continuïteit van het programma als geheel wordt nader overlegd. Sommige onderdelen (bijvoorbeeld kostbare communicatie- en bejegeningsstudies) kunnen niet zonder systematische basisfinanciering worden gecontinueerd.

Op de volgende onderzoeksgebieden is het NIVEL actief bij de intramurale zorg betrokken:

- **Arts-patiënt communicatie in de (poli)kliniek**, onderzoek naar bejegening bij kinderartsen, internisten, gynaecologen en hartchirurgie
- **Patiënten Panel Chronisch Zieken (PPCZ)**, een continue monitoring van veranderingen in het beleid inzake chronisch zieken
- **Ziekenhuisvergelijking door de consument**: Het NIVEL heeft in 1999 een belangrijk deel van het proefonderzoek Vergelijking Ziekenhuizen in de Provincie Utrecht uitgevoerd en is zeker geïnteresseerd in een vervolg
- **Verandering in de relatie Specialist/Ziekenhuis**, Een inventarisatie en follow up van de zogenaamde 'lokale initiatieven'
- **Transmurale verpleegkundige zorg**, evaluatie van verschillende experimenten met transmurale verpleegkundige spreekuren
- **Transmurale zorg op de medische as**, het betreft hier een evaluatie van de eerste serie Landelijke Transmurale Afspraken tussen het Nederlands Huisartsen Genootschap en verschillende Wetenschappelijke Specialistenverenigingen
- **Behoeftenramingsstudies Medisch Specialisten**, systematische raming van de behoefte aan medisch-specialistische zorg op basis van verwachte ontwikkelingen van vraag naar en aanbod van zorg laten zien dat ramingen sterk moeten worden bijgesteld in verband met een sterk toenemende deeltijdarbeid onder (huisartsen en) specialisten
- **Kwaliteit van Zorg-Leidschendam 2000**: Het NIVEL inventariseert en evalueert de voortgang bij de introductie van kwaliteitssystemen in de instellingen voor gezondheidszorg (van GGD tot psychogeriatrisch verpleeghuis)

- **ZON Onderzoeksprogramma Doelmatigheid Orthopaedie:** het NIVEL voert in samenwerking met de Rijksuniversiteit te Groningen een onderzoek uit naar de doelmatigheid van orthopaedische zorg.
- **Revalidatie onderzoek**: het NIVEL heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Jan van Breemen Instituut te Amsterdam voor opzet en uitvoering van een programma revalidatie-onderzoek
- **Palliatieve zorg:** op het grensvlak van thuiszorg, ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg treft men de palliatieve zorg. Het NIVEL onderzoekt samen met de Vrije Universiteit ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod.

Verandering 2; gezondheid en gezondheidszorg van en voor allochtonen
De demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert snel: rond het jaar 2010 zal 1 op de 6 Nederlanders van allochtone origine zijn. Een belangrijke vraag is of de reguliere (Nederlandse) gezondheidszorg een adequaat antwoord biedt op wensen en problemen van allochtone Nederlanders en of bijvoorbeeld het land van herkomst de verwachtingen over gezondheid en gezondheidszorg hen ingrijpend heeft beïnvloed. Er loopt een project over kraamzorg bij allochtone vrouwen, een onderzoek naar Primary Health Care aan de zuid- en oostrand van de Middellandse Zee en ook gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen valt onder dit thema. Onderzoeksbudgetten op dit terrein zijn echter versnipperd. Vroeger waren er speciale programma's; nu is de ideologie dat 'allochtonen' zo normaal zijn, dat ze niet meer categorisch onderscheiden mogen worden. In plaats van aparte onderzoeksbudgetten vormt de gezondheidszorg voor allochtonen nu onderdeel van elk budget en bij elk budget wordt voorrang gegeven aan reguliere activiteiten. Er zouden weer - politiek correct of niet - aparte programma's moeten komen. Een eerste aanzet vormt het inmiddels gestarte ZON/NWO-programma: cultuur en gezondheid.

Verandering 3; evaluatie Wet- en Regelgeving in de zorgsector; een samenwerking tussen vakgroepen Gezondheidsrecht en het NIVEL
De ZON- organisatie heeft een programma rond de evaluatie van Wet- en Regelgeving in de zorgsector opgezet. Voor de evaluatie van twee wetten: de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en de Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst is er een consortium gevormd van de hoogleraren Gezondheidsrecht (penvoerder prof. mr. F. van Wijmen van de Universiteit Maastricht), het NIVEL en (bij de evaluatie van de Wet Klachtrecht) een derde partij als de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG). Binnen het NIVEL wordt nuttig gebruik gemaakt van zowel het Consumentenpanel Gezondheidszorg als van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken. De combinatie van expertise van juridische zijde en de onderzoekservaring en -mogelijkheden van het NIVEL vormen een vruchtbare bodem voor de opzet van meer en soortgelijke projecten.

Verandering 4; het geneesmiddelen dossier

Het 'Geneesmiddelen dossier' is één van de lastigste beleidsdossiers, zoals vele ministers en staatssecretarissen van volksgezondheid hebben ervaren.

De belangrijkste reden voor de taaiheid van het beleidsmatige ongerief is dat het, zelfs àls men zijn beleid wel op meer dan één onderdeel richt, vrijwel onmogelijk is om alle partijen tegelijk te beïnvloeden. Afspraken met farmaceutische industrieën zijn, bij gebrek hieraan in Nederland, niet goed te maken (denk aan parallel import). Bovendien blijft de industrie (terecht en tot onze bate) kostbare nieuwe gepatenteerde geneesmiddelen op de markt brengen.

Een les voor de betrokkenen bij het farmaciedossier moet zijn dat men alleen afspraken moet maken over die gedeelten die men zelf in de hand heeft. Huisartsen kunnen (naar uit NIVEL-onderzoek blijkt) succesvol besluiten over te gaan op het voorschrijven van generieke in plaats van merkgeneesmiddelen. Zij hebben echter geen invloed op de aflevering van geneesmiddelen (fabrikant, importeur, groothandel, apotheker). Het inboeken van besparingen op basis van veranderingen in het prescriptiepatroon is, zoals blijkt, een riskante onderneming.

Het NIVEL doet onderzoek naar morbiditeitsspecifieke voorschrijfpatronen van huisartsen (volume en samenstelling van het pakket), naar transmuraal farmacotherapeutisch overleg, generiek voorschrijven en naar het beleidsdossier in zijn volle omvang.

Continuïteit

Daarnaast vindt men de nodige continuïteit in het programma:

- verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, nu in een vergelijkende studie op Europees niveau.
- onderzoek naar behoeftenramingen van medisch specialisten

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject; 2000 is de 31e jaargang. Het accent van het programma zal sterker op de registratie en monitoring van infectieziekten komen te liggen. De tijd is nog niet rijp voor een samensmelten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) met het peilstationsproject; monitoring en surveillance vergen een veel actievere opstelling van de deelnemers dan het routinematig coderen van ziekten en verrichtingen.

2 ONDERZOEKSLIJNEN BINNEN HET WERKPLAN

2.1 Inleiding

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

- Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg
- Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis
- Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg
- Beroepen in de gezondheidszorg
- Huisartsgeneeskundige zorg
- Verloskundige zorg
- Paramedische zorg
- Verpleging en verzorging
- Verpleeghuis- en aanverwante zorg
- Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen
- Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en cliënt
- Het perspectief van de hulpvrager
- Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

Daarnaast is er één thema dat door al deze onderzoekslijnen heen loopt, te weten:

- Kwaliteit van zorg

In paragraaf 2.3 zijn al deze projecten bij elkaar gezet. Hiermee wordt duidelijk in welke mate "kwaliteit van zorg" centraal staat in het onderzoeksprogramma van het NIVEL.

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

Het NIVEL kent een lange traditie in onderzoek naar kwaliteitszorg en de kwaliteit van zorg, en naar de factoren die daarop van invloed zijn, zoals de organisatie van de zorg, multidisciplinaire samenwerking, het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg, de communicatie tussen arts en patiënt en de mate waarin de zorg tegemoet komt aan de wensen en verwachtingen van de patiënt. De afgelopen jaren is uitgebreid onderzoek verricht naar de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement aan de kwaliteit van zorg. Het onderzoeksprogramma organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg van het NIVEL is speciaal op dit thema gericht.

Kwaliteitszorg omvat alle activiteiten die zorgaanbieders ondernemen om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Sinds 1990 onderzoekt het NIVEL op welke wijze de zorgaanbieders deze kwaliteitsbewaking en -verbetering vorm geven. Bijvoorbeeld via de invoering van kwaliteitssystemen, via protocollering van het (para)medisch handelen en via vormen van toetsing of certificering. Ook onderzoekt het NIVEL of patiënten-/consumentenorganisaties en verzekeraars bij deze kwaliteitsbewaking worden betrokken conform de landelijke afspraken die hieromtrent gemaakt zijn op de Leidschendamconferenties in 1990 en 1995.

Speerpunten in het programma zijn:

- onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de implementatie van kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de kosten en baten van kwaliteitszorg;
- onderzoek naar de externe beoordeling van kwaliteitszorg.

Onderzoek naar ontwikkelingen in kwaliteitszorg 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. Bij beroepsbeoefenaren ligt daarbij het accent op kwaliteitsmanagement, bij zorginstellingen op kwaliteitssystemen. In de afgelopen vijf jaar is de 'state-of-the-art' met betrekking tot kwaliteitszorg in kaart gebracht voor alle zorgsectoren in de gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang, en verschillende beroepsgroepen, zoals de paramedische beroepen, verpleegkundigen en verzorgenden, en alternatieve genezers. In het jaar 2000 zal de voortgang opnieuw worden geëvalueerd.

Recentelijk is hier onderzoek naar de kwaliteit van bestaande richtlijnen en protocollen en de validiteit en betrouwbaarheid van de in gebruik zijnde instrumenten aan toe gevoegd, omdat eerder onderzoek heeft laten zien dat op papier vergelijkbare activiteiten in de praktijk zeer verschillend worden uitgevoerd.

Onderzoek naar de implementatie van kwaliteitszorg laat zien hoe de invoering van kwaliteitszorg verloopt. De centrale vraag daarbij is in hoeverre het ontwikkelde kwaliteitsbeleid daadwerkelijk wordt geëffectueerd. Meer concreet wordt onderzocht of het beleid uitvoerbaar is, 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 kwaliteitszorg. Dit onderzoek moet kennis opleveren over succesvolle strategieën om kwaliteitszorg te implementeren.

Onderzoek naar de kosten en baten van kwaliteitszorg maakt zichtbaar in welke mate kwaliteitszorg bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Eenvoudiger gezegd, wordt de patiënt er beter van? Over deze relatie tussen kwaliteitszorg en de uiteindelijke kwaliteit van zorg zijn nog weinig harde gegevens voorhanden. Daarom is een begin gemaakt met effectonderzoek in de verpleeghuissector. De komende jaren zal, ook in andere sectoren, hieraan meer aandacht worden besteed. De gevolgen van invoering van kwaliteitssystemen op de kwaliteit van zorg worden gemeten met behulp van kwaliteitsindicatoren en het oordeel van cliënten (zie ook 2.2.12 Het perspectief van de hulpvrager).
In de sectoren voor ouderenzorg zal als eerste worden nagegaan in hoeverre kosten die samenhangen met het implementeren van een kwaliteitssysteem kunnen worden berekend en welke winst na implementatie te verwachten valt.

Een ander thema waarop vraagstellingen worden gegenereerd is de externe verantwoording van kwaliteitszorg. Initiatieven van verzekeraars om kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten op te nemen worden gevolgd.
In het kader van de kwaliteitswet zorginstellingen zijn instellingen verplicht om jaarlijks verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar verslag. De inhoud van de eerste verslagen zijn in een onderzoek nader geanalyseerd. Gekeken is in hoeverre kwaliteitsjaarverslagen voldoen aan de eisen die de wet stelt aan het verslag. De resultaten hebben laten zien hoe moeilijk het is om aan de hand van een jaarverslag te beoordelen of instellingen systematisch aan kwaliteitsverbetering werken. Over een aantal jaren kan worden nagegaan of alle initiatieven om instellingen te ondersteunen in het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag vruchten hebben afgeworpen. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of kwaliteitsjaarverslagen in de komende jaren verbeteren en geschikt zijn om de transparantie te vergroten en derden inzicht te geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

SAM 94.02 Organisatiekenmerken en kwaliteit van zorg
(afgerond)

SAM 97.02 Kwaliteitsbepalingen in zorgcontracten
(geen financiering)

SAM 99.01 Inventarisatie van de kwaliteit van bestaande richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden op landelijk-, instellings- en afdelingsniveau
(afgerond)

SAM 99.03 Multifunctionaliteit van het RAI in de ouderenzorg
(afgerond)

SAM 99.08 Inventarisatie regionale samenhang
(afgerond)

SAM 99.09 Naar een nieuwe financiering van samenwerkingsverbanden in de eerstelijn
(vervalt)

Lopende en nieuwe projecten:

State of the art-studies

SAM 97.01 Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen
(uitvoering en rapportage derde fase)

SAM 98.01 Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000
(uitvoering onderzoek ten behoeve van Leidschendamconferenties in het jaar 2000)

SAM 99.02 Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ
(uitvoering onderzoek)

Implementatievraagstukken

SAM 99.04 De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroepspraktijken in de gezondheidszorg
(uitvoering onderzoek)

SAM 99.05 Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking
(schrijven onderzoeksvoorstel)

SAM 99.06 Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg

NIEUW

SAM 00.01 Kwaliteitskosten en ervaren opbrengsten in de ouderenzorg (uitvoering onderzoek)

P.M.

PMED 97.06 Evaluatie programma Bevordering Kwaliteitsontwikkelingen Paramedische Zorg

PMED 00.03 Evaluatie Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg II

Effecten op de kwaliteit van zorg

SAM 96.07 De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
(schrijven rapport)

SAM 97.03 Effecten van kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
(vindt gedeeltelijk plaats in kader van SAM 96.07)

SAM 99.07 Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Organisatie-projecten

SAM 90.01 Databank zorgvernieuwing

NIEUW

SAM 00.02 Regionale efficiëntie en samenwerking in de gezondheidszorg

P.M.

WIJK 96.04 Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam

NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsen-groep (HAGRO)

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

De relatie tussen huisarts, specialist en ziekenhuis wordt gekenmerkt door een voortgaande transmuralisering van de zorg. Naast de samenwerking tussen huisartsen en specialisten, begint ook op het terrein van de farmaceutische zorg

het doorbreken van de schotten tussen de eerste en tweede lijn meer vorm te krijgen.
De eerste twee Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) tussen huisartsen en respectievelijk kinderartsen en gynaecologen worden nu op lokaal of regionaal niveau geconcretiseerd. Dit betreft de afspraken omtrent de zorg voor kinderen met astma en subfertiliteit. Voor de verdere ontwikkeling van LTA's op andere gebieden is het van groot belang dat gedegen proces- en effect-evaluaties worden uitgevoerd omtrent de invoering van deze reeds bestaande afspraken. In de projecten Transmurale zorg bij kinderen met astma en Transmurale zorg bij subfertiliteit wordt dan ook onderzocht hoe de implementatie van de afspraken in een aantal regio's vorm heeft gekregen, in welke mate huisartsen en specialisten zich aan de afspraken houden, wat zij daar van vinden, en welke mogelijke gevolgen dit heeft voor de patiënten. Daarbij zal onder andere gebruik worden gemaakt van de gegevens die in het kader van de tweede Nationale Studie worden verzameld.
Verder kan de invoering van een 'zorgpas' de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten in de dagelijkse praktijk beïnvloeden. De gebrekkige communicatie en informatie-uitwisseling tussen deze hulpverleners heeft gevolgen voor de zorg, zowel met betrekking tot de doelmatigheid als ten aanzien van de kwaliteit. De 'zorgpas' is een middel om hierin verandering te brengen. Een proef in de regio Eemland zal door het NIVEL worden geëvalueerd
Een ander belangrijk onderwerp met betrekking tot de relatie tussen huisarts en specialist is de vervolgconsumptie na een verwijzing. Om te komen tot een totaalbeeld van het zorggebruik bij een bepaalde aandoening, is het noodzakelijk dat gegevens over de zorg van de huisarts worden gekoppeld aan het zorggebruik in de tweede lijn. Eén deelonderzoek van de tweede Nationale Studie is hierop gericht. Deze gegevens kunnen ook worden gebruikt om effecten van transmurale samenwerking op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te bestuderen.

Op het terrein van de farmaceutische zorg zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. De informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn wordt verbeterd, onder andere door het opzetten van apotheek service punten. Daarbij zijn de openbare apothekers, ziekenhuisapotheker en medisch specialisten en, hoewel in mindere mate, huisartsen betrokken. Daarnaast worden steeds meer vormen van farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) ontwikkeld en wordt geprobeerd om, op regionaal niveau, tot werkbare transmurale formularia te komen die door alle partijen worden gedragen. Deze ontwikkelingen worden sterk gestimuleerd door de overheid. Zo heeft het ministerie van VWS een achttal regionale initiatieven, gedurende een jaar, de status van proeftuin gegeven. Dit betekent naast een financiële bijdrage dat bepaalde wettelijke regelingen tijdelijk kunnen worden opgeheven. Het spreekt vanzelf dat moet worden nagegaan hoe de projecten zich gedurende het proeftuinjaar hebben ontwikkeld en tot welke resultaten dit heeft geleid. Het NIVEL en Stichting Economisch Onderzoek (SEO) hebben in een

vooronderzoek onderzocht hoe een proces- en effect-evaluatie van de proeftuinen er uit zou moeten zien. Inmiddels is voor dit onderzoek een gezamenlijk project-plan bij het ministerie ingediend.
Andere belangrijke ontwikkelingen die relevant zijn voor dit themagebied doen zich voor op het gebied van de integratie van medisch specialisten binnen het ziekenhuis. De mogelijkheid bestaat dat de lokale initiatieven worden opgezegd en dat de recente organisatorische veranderingen in de structuur van de ziekenhuizen worden aangepast of teruggedraaid. Het onderzoek Verticale integratie in de curatieve zorg is bedoeld om deze ontwikkelingen te monitoren.
Het onderzoeksprogramma Doelmatigheid orthopedie wordt de komende jaren, in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Groningen, voortgezet. Er zal een nieuw meerjarenprogramma worden opgesteld. Basis hiervoor is onder andere een nieuwe studie waarin vraag en aanbod met betrekking tot orthopedische zorg in Nederland in een maatschappelijk perspectief worden geplaatst. Hierbij wordt uitgegaan van bestaande informatie. Dit betekent dat de studie ook inzicht geeft in de huidige informatievoorziening op dit terrein.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HSZ 96.01	Naar een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (afgerond)
HSZ 97.01	Transmurale zorg op de medische as (afgerond, vervolg zie HSZ 99.03 en HSZ 99.04)
HSZ 97.05	Ondersteuning protocolontwikkeling lage-rugklachten (afgerond)
HSZ 97.06	Verschillen in indicatiestelling tussen orthopedisch chirurgen (afgerond)
HSZ 98.02	Evaluatie Algemene Eigen Bijdrageregeling Ziekenfondswet (afgerond)
HSZ 98.05	Specialisatie in de huisartspraktijk (stopgezet)
HSZ 99.01	De effecten van invoering van eigen betalingen in de gezondheidszorg (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie (opzet nieuw meerjarenprogramma)

HSZ 98.01 De praktijkverpleegkundige in de eerste lijn; een regionaal samenwerkingsproject
(analyse en rapportage)

HSZ 98.03 Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven
(subsidieverwerving)

HSZ 98.04 Dagverpleging in Nederlandse ziekenhuizen
(analyse en rapportage)

HSZ 99.02 Verticale integratie in de curatieve zorg
(subsidieverwerving)

HSZ 99.03 Transmurale zorg bij kinderen met astma
(subsdieverwerving)

HSZ 99.04 Transmurale zorg bij subfertiliteit
(subsidieverwerving)

HSZ 99.05 Implementatie van richtlijnen in de orthopedie
(subsidieverwerving)

HSZ 99.06 Wachtlijsten in de orthopedie
(subsidieverwerving)

NIEUW

HSZ 00.01 Orthopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: vraag en aanbod in maatschappelijk perspectief
(in uitvoering)

P.M.

WHO INT 95.06 Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten

NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

2.2.3 Relatie eerstelijn en geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg is sprake van een blijvend toenemende vraag naar ambulante GGZ. Daarom blijft het overheidsstreven erop gericht om een beter uitgeruste "eerstelijns-GGZ" (huisarts, eerstelijnspsycholoog, algemeen maatschappelijk werk) te creëren, om de toegang van deze eerstelijn naar ambulante GGZ beter te protocolleren door middel van een verplichte verwijzing via de medische as en door een objectieve indicatiestelling aan de ingang van de ambu-

lante GGZ. 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.
Door de Raad voor Gezondheidsonderzoek is in zijn advies 'Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid' geconstateerd dat milde en matige vormen van stemmings- en angststoornisssen, die veel in de eerstelijn voorkomen een aandachtsgebied vormen dat gestimuleerd moet worden. Ook vraagt de Raad aandacht voor de overlap van psychische en somatische aandoeningen. Deze stand van zaken geeft zowel het belang van onderzoek naar de opvang van psychische problemen binnen de eerstelijn als onderzoek naar de relatie tussen eerstelijn en ambulante GGZ aan.
In het project "De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk" dat in november 1997 begonnen is en tot in 2000 doorloopt, onderzoeken we welke GGZ-problemen even goed door eerstelijnspsychologen of AMW in de eerstelijn behandeld kunnen worden als in de gespecialiseerde ambulante GGZ. In een nieuw te starten project onderzoeken we de mogelijkheid om met een gestructureerde kortdurende opvang door het AMW (een opvang die overigens ontwikkeld is in de huisartspraktijk) de langdurige nadelige gevolgen van overspannenheid te reduceren. Om te laten zien wat de huisarts zelf vermag op het gebied van begeleiding van mensen met psychische problemen worden in een eveneens nieuw project de huidige routines en methodieken die een huisarts toepast bij de begeleiding van mensen met psychische problemen in kaart gebracht.
Versterking van de deskundigheid van de eerstelijns-GGZ tracht de overheid te realiseren door de stimulering van consultatieprojecten vanuit de gespecialiseerde GGZ. Voor deze projecten is de komende jaren geld gereserveerd. In iedere regio worden GGZ-voorzieningen en Districts Huisartsen Verenigingen uitgenodigd om gezamenlijk voorstellen in te dienen. Binnen het programma Tussen de Lijnen, waarin NIVEL en Trimbos-instituut samenwerken, is een Steunpunt gecreëerd dat deze plaatselijke initiatieven van advies kan dienen en dat deze initiatieven ook in kaart moet brengen.
Een continue onderzoekslijn binnen het themagebied betreft de epidemiologische aspecten van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn. Werd tien jaar geleden, met de eerste Nationale Studie, de aandacht gericht op het voorkomen van psychische problemen in de bevolking en het resulterende hulp zoeken bij de huisarts, in de tweede Nationale Studie richten we ons op de redenen waarom mensen met psychische problematiek al dan niet de hulp van de huisarts inroepen en op de alternatieve wijzen waarop mensen proberen met psychische problemen om te gaan. Deze vraag wordt ten aanzien van de bevolking in het alge-

meen gesteld, en tevens ten aanzien van specifieke groepen: kinderen en mensen met alcoholproblemen.
De overlap tussen psychische en somatische aandoeningen komt in een aantal projecten aan de orde.
In het kader van het panel "chronisch zieken" onderzoek gedaan worden naar de psychische klachten die chronisch (lichamelijk) zieken ondervinden.
Een ander epidemiologisch onderzoek dat zich op het grensvlak van psyche en soma bevindt, betreft het langlopende longitudinale onderzoek naar prevalentie van chronisch benigne pijn en de medische consumptie en kosten waarmee dat gepaard gaat. Op het gebied van chronische pijn zal ook een programmeringsstudie worden verricht.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

GGZ 99.01 GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod (afgerond)

GGZ 99.02 Consultatieproject Eikenboom: psychosomatische consultatie voor huisarts en patiënt
(niet doorgegaan wegens te weinig participanten)

Lopende en nieuwe projecten:

GGZ 97.01 De ondersteuning van de GGZ-poortwachtersfunctie van de huisarts door eerstelijnspsychologen en Algemeen Maatschappelijk Werk (rapportage)

GGZ 99.03 Programma "Tussen de lijnen"
(continue activiteit)

GGZ 99.04 Psychische problemen en stoornissen bij kinderen
(bij verkrijgen subsidie: start project)

NIEUW

GGZ 00.01 Vroegtijdige opsporing alcoholafhankelijkheid in de huisartspraktijk
(bij verkrijgen subsidie: start project)

NIEUW

GGZ 00.02 Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk
(bij verkrijgen subsidie: start project)

NIEUW

GGZ 00.03	Psychosociale problemen in de spreekkamer (bij verkrijgen subsidie: start project)

P.M.

VRA 94.01	Patiëntenpanel Chronisch Zieken
VRA 98.01	Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen
NS2 99.03.	Psychische problemen en stoornissen
SAM 99.02	Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ

2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg

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

- informatievoorziening over het aanbod van beroepen in de gezondheidszorg;
- studies op het terrein van de beroepskrachtenvoorziening in de gezondheidszorg;
- studies rond het thema beroepsuitoefening (werklastmeting, uittreden, deeltijd werken e.d.).

a. Informatievoorziening

In de afgelopen vier jaar wordt, in samenwerking met de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek) en het NZi, de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) opgesteld. Vanaf 1999 is de rapportage uitgebreid met de welzijnssector en spreken we van de jaarlijkse "Rapportage arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW). De belangrijkste resultaten uit deze studie worden opgenomen in de JOZ (Jaar Overzicht Zorg). Het grote probleem blijft het feit dat er bijzonder nog weinig continue informatiebronnen zijn rondom het aanbod van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dit geldt gedeeltelijk voor de beroepen in de extramurale gezondheidszorg, maar veel nadrukkelijker voor beroepen in de intramurale gezondheidszorg, zoals de medisch specialisten. Vaak moet gebruik gemaakt worden van onvolledige gegevensbestanden van beroepsverenigingen. Er zouden aanbodregistraties moeten zijn, zoals die momenteel voor een aantal beroepen op het NIVEL worden bijgehouden (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en kinderartsen). Het NIVEL zal in de komende jaren plannen blijven ontwikkelen om ook voor andere beroepsgroepen dit soort registraties of vergelijkbare gegevensverzamelingen van de grond te tillen. Wellicht dat met de oprichting van het "Capaciteitsorgaan" in 1999, in de komende jaren mogelijkheden bestaan om voor de medisch specialisten continue gegevensverzamelingen op te zetten.

Ook op het terrein van het aanbod van verplegenden en verzorgenden worden de nodige activiteiten ontplooid. In samenwerking met het NZi wordt, in opdracht van de LCVV, een jaarlijkse publicatie opgesteld over 'vraag en aanbod' binnen de verpleging en verzorging.
In 1993 heeft het NIVEL het boek 'Beroepen extramurale gezondheidszorg' uitgebracht. Deze publicatie zou eigenlijk ge-up-dated moeten worden, waarbij er een uitbreiding plaats zal moeten vinden naar met name beroepen in de intramurale gezondheidszorg.

b. Beroepskrachtenvoorziening
In 1999 is het "Capaciteitsorgaan" opgericht. Deze organisatie zal een belangrijke rol spelen bij de capaciteitsbepaling van de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Jaarlijks zal een capaciteitsplan worden opgesteld. Daartoe zullen door het Capaciteitsorgaan behoefteramingsstudies worden uitgezet. Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren veel expertise opgebouwd bij het opstellen van dit soort studies (kinderartsen, longartsen, reumatologen, gynaecologen, orthopeden, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, radiologen, plastisch chirurgen). Daartoe is een rekenmodel ontwikkeld waarin op basis van vraag en aanbod scenario's worden opgesteld voor het bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit.
Naast behoefteramingsstudies voor de medische beroepen zal ook aandacht besteed moeten worden aan capaciteitsramingen voor de verschillende paramedische beroepen. Dit vooral met het oog op de substitutiemogelijkheden tussen de medische en paramedische zorg.
Om de expertise en de modelontwikkeling rond behoefteramingsstudies verder uit te bouwen zullen aanvullende studies worden uitgevoerd. In de eerste plaats zal onderzocht worden in hoeverre de substitutieproblematiek in het planningsmodel kan worden ingebouwd. In de tweede plaats zal aandacht besteed worden aan de betrouwbaarheid van de ramingsmodellen. Verder zal via een literatuurstudie onderzocht worden wat de stand van zaken is met betrekking tot beroepskrachtenplanning in andere landen.

c. Beroepsuitoefening
Bij het opstellen van behoefteramingsstudies zijn met name veel achtergrondgegevens noodzakelijk die een beeld kunnen geven van de huidige en de toekomstige beroepsuitoefening. Met name rond de tijdsbesteding per week van medisch specialisten is er vaak discussie omtrent de wijze waarop de gegevens verzameld worden. Veelal geschiedt dit aan de hand van schriftelijke enquêtes onder de individuele beroepsbeoefenaren. Om dit subjectieve meetinstrument te valideren heeft via een observaties-methodiek een werklastmeting plaatsgevonden bij de radiologen. Dit type onderzoek zal wellicht op termijn ook voor andere medische beroepsgroepen interessant zijn; dit in het kader van de 'output-pricing' en

'product-typering'. Voortbouwend hierop vragen verschillende Wetenschappelijke Verenigingen om ten behoeve van het opstellen van praktijkprofielen, referentiegegevens te leveren. De gegevens van de verschillende behoefteramingsstudies die in de afgelopen jaren zijn opgesteld bieden hiervoor een goede ingang.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BKP 95.09c	Behoefteraming reumatologen (afgerond)
BKP 95.09d	Behoefteraming gynaecologen/obstetrici (is vervangen door BKP 99.07)
BKP 98.01	Behoefteraming huisartsen (afgerond)
BKP 99.01	Behoefteraming plastisch chirurgen (afgerond)
BKP 99.03	Behoefteraming neurochirurgen (afgevoerd, geen subsidie gekregen)
BKP 99.05	Behoefteraming cardiologen) (afgevoerd, geen subsidie gekregen)
BKP 99.09	Capaciteitsraming van specialisten in een Academisch ziekenhuis (afgevoerd, project niet doorgegaan)

Lopende en nieuwe projecten:

a. Informatievoorziening

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.03	Verloskundigenregistratie
REG 85.01	Registratie fysiotherapeuten (extramuraal)
REG 93.02a	Registratie ergotherapeuten
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen
REG 86.01	Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
REG 93.02b	Registratie pas afgestudeerde ergotherapeuten
REG 95.01	Registratie gezondheidscentra

REG 94.01 Aanbodregistratie voor paramedische beroepen (verwerven van subsidie)

REG 96.01a Registratie werkzame kinderartsen

REG 96.01b Registratie AGIO's kindergeneeskunde

REG 97.01 Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2000 (RAZW)

REG 98.01 Beroepen in de gezondheidszorg 2000

REG 99.01 Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen

b. Beroepskrachtenvoorziening

BKP 94.01 Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen (subsidie verwerven)

BKP 95.04 Modelontwikkeling behoefteramingsstudies

BKP 95.09 Beroepskrachtenplanning medisch specialismen

BKP 95.09a Behoefteraming kinderartsen

BKP 95.09e Behoefteraming orthopeden

BKP 96.03 Aanbod van verplegenden en verzorgenden

BKP 99.02 Behoefteraming longartsen

BKP 99.04 Behoefteraming KNO-artsen

BKP 99.06 Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief

BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen

NIEUW

BKP 00.02 Flexibility of specialised human capital and manpowerplanning; the case of medical profession

c. Beroepsuitoefening

BKP 95.06 Onderzoek naar deeltijd werken onder artsen

BKP 98.03	Werklastmeting radiologen
BKP 98.04	Effecten van verandering honoreringsregeling medisch specialisten op wachtlijstproblematiek
BKP 98.06	Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens
BKP 98.07	Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten
BKP 99.08	Evaluatie invoering van deeltijd werken van specialisten in de ziekenhuisorganisatie

NIEUW

BKP 00.01 Carrièreduur van huisartsen

P.M.

VERL 98.02 Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een up-date

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

2.2.5 Huisartsgeneeskundige zorg

De centrale positie van de huisarts en zijn poortwachtersrol in de gezondheidszorg is onderdeel van het overheidsbeleid en past in een internationale trend, waar de Nederlandse huisartsgeneeskunde vaak tot voorbeeld wordt gesteld. Eén van de belangrijkste argumenten voor inschakeling van de huisarts is dat dit, nu ook bewezen, leidt tot een betere en goedkopere zorg. In het regeerakkoord van 1998 wordt de centrale rol en de poortwachtersfunctie van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem opnieuw bevestigd. Het in het regeerakkoord vermelde voornemen om de financiering van gezondheidszorg-sectoren te koppelen aan meerjarenafspraken heeft in 1998 geleid tot meerjarenafspraken met de huisartsensector. Speerpunten in die meerjarenafspraken zijn:

- bevordering van structurele regionale samenwerking binnen huisartsengroepen en met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn
- ondersteuning van de huisartsenzorg door de inzet van praktijkverpleegkundigen
- bevordering van kwaliteit en doelmatigheid van de farmacotherapeutische zorg.

In aansluiting op deze speerpunten zal in het jaar 2000 de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van start gaan. 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. In samenwerking met het RIVM is in 1998 een projectplan voor de tweede Nationale Studie opgesteld. Het onderzoek binnen de tweede Nationale Studie is ingedeeld in vijf themagebieden:

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

De tweede Nationale Studie zal uitgevoerd worden in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk flink uitbreidt. In 2000 zal de gegevensverzameling voor de tweede Nationale Studie van start gaan.

Het onderzoek binnen het themagebied 'huisartsgeneeskundige zorg' is verspreid over diverse onderzoekslijnen binnen het NIVEL, zowel nationaal als internationaal. De kern van het onderzoeksprogramma 'huisartsgeneeskundige zorg' wordt gevormd door registratieprojecten en daaraan gerelateerd onderzoek:

- de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations: een netwerk van huisartspraktijken waarin over een beperkt aantal, jaarlijks wisselende onderwerpen gegevens worden verzameld die in routine-registraties ontbreken en daarin niet gemakkelijk op te nemen zijn;
- het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): een landelijk netwerk van huisartsen waarin op continue basis routinematig gegevens geregistreerd worden over verrichtingen in de huisartspraktijk en daaraan gekoppelde indicaties;
- de hierboven genoemde tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2).

De inmiddels 30-jarige (!) expertise op het terrein van registratie door huisartsenpeilstations blijkt internationaal van groot belang te zijn. Op Europees niveau bestaat er grote behoefte aan continue informatie over het vóórkomen van ziekten in de bevolking. Voor een aantal belangrijke ziekten is de huisartspraktijk de enige bron van informatie. Door verschillen in definities, registratiemethoden, maar ook cultuurverschillen (bijvoorbeeld in het consultatiegedrag) is de informatie uit verschillende landen niet zonder meer vergelijkbaar. In het kader van de internationaal georiënteerde projecten rond de huisartsenpeilstations zal het NIVEL zich in de komende jaren ontwikkelen tot een expert-centrum op het gebied van registratie in huisartsenpeilstations. De bestaande expertise en informatie wordt hiertoe gedocumenteerd en toegankelijk gemaakt.

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

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

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

HAG 99.02	Centrale Huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming in Rotterdam (afgerond)
LINH 94.03	Laboratorium- en beeldvormende diagnostiek vanuit de huisartspraktijk (afgerond)
LINH 96.02	Programmatische preventie in de huisartspraktijk (afgerond, voortgezet als LINH 98.03 en LINH 00.03)
LINH 96.03	Generiek voorschrijven (afgerond)
LINH 97.03	Ontwikkeling feedback-model huisartsenzorg (geen financiering)
LINH 98.01	Homepage LINH (gerealiseerd en wordt onderhouden)
LINH 98.04	Monitoring kostenontwikkeling huisartsenzorg (geen financiering)
NS1 89.02	Gezondheid en sociaal-economische status (afgerond met dissertatie)
NS1 89.05	Geografische variatie in ziekten en medische consumptie (afgerond met dissertatie)

Lopende en nieuwe projecten:

Registratie: registratie van huisartsen en aspirant-huisartsen

P.M.

REG 84.01	Huisartsenregistratie
REG 84.02	Registratie pas afgestudeerde huisartsen

Registratie: Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations

PEIL 84.01	Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland

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

PEIL 98.03 De uitkomst van bewezen influenza in de huisartspraktijk in Nederland

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

PEIL 99.01 Herpes zoster (gordelroos) als indicator-ziekte

PEIL 99.02 Resistentie tegen antibiotica bij veel voorkomende infectieziekten

PEIL 99.03 Health monitoring in Sentinel Practice Networks

NIEUW
PEIL 00.01 Surveillance van acute gastro-enteritis en zijn verwekkers in Europa

NIEUW
PEIL 00.02 Incidentie van acute gastro-enteritis: een vergelijking tussen Nederland en Engeland

Registratie: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
LINH 96.01 Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg: basisinfrastructuur

LINH 97.01 Monitoring productiecijfers huisartsenzorg

LINH 97.02 Betrouwbaarheid en representativiteit

NIEUW
LINH 00.01 Classificatie

LINH 94.04 Voorschrijven van geneesmiddelen

LINH 98.02 Analyse morbiditeitspecifieke verwijsgegevens

LINH 99.01 Protocollering laboratorium-onderzoek in de eerste lijn

NIEUW
LINH 00.02 Ontwikkeling meetsystematiek en effecten van het Elektronisch Voorschrijf Systeem

LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Griepppreventie

LINH 00.03 Cervixscreening

NIEUW
LINH 00.04 Reductie benzodiazepinegebruik

NIEUW
LINH 00.05 Evaluatie Zorgpas

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

NS2 99.03 Psychische problemen en stoornissen

NS2 99.04 Comorbiditeit

NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg

NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie

NS2 99.09 Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen

NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten

NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

NS2 99.12 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen

NS2 99.13 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg

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

NS2 99.15 Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsen-groep (HAGRO)

NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg

NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg

NS2 99.20 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

Internationaal

P.M.

WHO INT 91.01 Taakprofielen van huisartsen in Europa

WHO INT 98.06 Morbidity in general practice in Central European Perspective

Overig

HAG 99.01 Huisartsenzorg en asielzoekers: naar een monitoring-systeem

NIEUW

HAG 00.01 Voorstudie herhaalreceptuur

P.M.

GGZ 00.01 Vroegtijdige opsporing alcoholafhankelijkheid in de huisartspraktijk

GGZ 00.02 Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk

GGZ 00.03 Psychosociale problemen in de spreekkamer

BKP 00.01 Carrièreduur van huisartsen

PSH 98.02 Praten over arbeid in verschillende Europese landen

VRA 88.01 Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)

VRA 99.11 Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen

2.2.6 Verloskundige zorg

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 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. Voor een goed functioneren van dit verloskundig systeem is een adequate risicoselectie een vereiste. Deze risicoselectie moet ervoor zorgen dat vrouwen die een laag risico op complicaties hebben, bevallen in de eerstelijn (bij een verloskundige of een huisarts) terwijl vrouwen met een hoog risico bevallen in de tweedelijn, dat wil zeggen onder leiding van een gynaecoloog. Het is de bedoeling dat de eerste- en tweedelijn deze risicoselectie realiseren door een adequaat verwijsbeleid.

De verantwoordelijke positie van de (eerstelijns-) verloskundigen in het selecteren van risico's maakt dat het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg een constante uitdaging vormt voor de beroepsorganisaties. De extra middelen die voor het kwaliteitsbeleid ter beschikking van de beroepsgroep der verloskundigen zijn gesteld moeten effectief worden besteed. De evaluatie van deze 'kwaliteits-impuls' is in handen gelegd van TNO-PG; het NIVEL zal bij dit onderzoek worden betrokken.

Verschillende ontwikkelingen van de afgelopen jaren vormen een bedreiging voor het Nederlandse verloskundige systeem en met name voor de thuisbevalling, zoals het (dreigend) tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen en problemen in de kraamzorg. Er verschijnen de laatste tijd alarmerende berichten over onder andere de hoge werkdruk bij verloskundigen en het dreigende tekort aan verloskundigen. Naar aanleiding daarvan wordt onderzocht wat precies de belangrijkste knelpunten zijn waar de verloskundigen mee te kampen hebben.

Gedurende een reeks van jaren is een gestage daling van het aantal thuisbevallingen geconstateerd, evenals een stijging van het aantal vrouwen dat voor thuisbevalling kiest maar gedurende de bevalling toch naar het ziekenhuis wordt verwezen. Vooral vrouwen die voor de eerste keer bevallen worden relatief vaak naar de tweede lijn verwezen. Nader onderzoek naar de factoren die de verwijzing 'durante partu' (dat wil zeggen: tijdens de bevalling) beïnvloeden is van groot belang voor het behoud van de thuisbevalling.

Tot slot wordt onderzoek gedaan naar (de spreiding van) het aanbod van verloskundige zorg in de eerstelijn. Onderzocht wordt onder andere wat de redenen zijn dat verloskundigen (vroegtijdig) met hun praktijk stoppen of juist, na enige jaren niet als verloskundige gewerkt te hebben, herintreden en welke factoren een rol

spelen bij het kiezen van een vestigingsplaats in een bepaalde regio. Ook wordt onderzocht wat in 1999 het aandeel is van huisartsen in de verloskundige zorgverlening.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERL 99.04 Kwaliteit en toegankelijkheid kraamzorg; het beleid van zorgverzekeraars en kraamcentra
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(rapportage)

VERL 98.01 Verwijzingen 'durante partu'
(schrijven onderzoeksvoorstel)

VERL 98.02 Regionale vraag/aanbod-verschillen in de verloskundige zorg; een up-date

VERL 98.03 Evaluatie Kwaliteitsbeleid verloskundige zorg

VERL 99.01 Uittreden en herintreden van verloskundigen
(schrijven artikel)

VERL 99.02 Inventarisatie van verloskundig actieve huisartsen
(schrijven artikel)

VERL 99.03 Factoren die vestiging van verloskundigen beïnvloeden
(dataverzameling, analyse en rapportage)

NIEUW

VERL 00.01 Onderzoek naar knelpunten in de verloskundige zorgverlening
(rapportage)

P.M.

REG 84.03 Verloskundigenregistratie
REG 85.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
MIG 97.01 Kraamzorg in allochtone gezinnen

2.2.7 Paramedische zorg

Onderzoek naar paramedische zorg kan men onderverdelen in (a) beleidsgerichte informatievoorziening; (b) het proces van de paramedische zorg; en (c) het effect van de paramedische zorg.

Beleidsgerichte informatievoorziening

De probleemstelling onderliggend aan dit deel van het onderzoek naar de paramedische zorg heeft betrekking op de informatievoorziening binnen deze sector. Een dergelijke voorziening is van belang voor het voeren van een landelijk en regionaal beleid op het terrein van de paramedische zorg. Een belangrijk voorstel ten aanzien van de toekomstige informatievoorziening is de inrichting van zogenaamde peilstations ten behoeve van de Informatievoorziening Paramedische Zorg (IPZ-stations). Deze IPZ-stations zullen worden gevormd door praktijken of afdelingen waar op regelmatige basis gegevens worden verzameld. Bij deze gegevens kan gedacht worden aan informatie omtrent de vraag naar zorg, het werkelijk gebruik van zorg en -op termijn- het effect van zorg.

Proces van paramedische zorg

Een belangrijke vraag binnen dit onderdeel heeft betrekking op de wijze waarop paramedici omgaan met (het ontwikkelen en toepassen van) kwaliteitsverhogende strategieën. Onderwerpen als protocollering, intercollegiale toetsing en het toepassen van recente bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek maken hier deel van uit. In het driejarige programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg (BKPZ, een vervolg op het OKPZ) vinden tal van activiteiten plaats gericht op kwaliteitsbewaking en -verbetering. Het programma wordt uitgevoerd door CBO en NPi. Het NIVEL voert een evaluatie-onderzoek uit. Het onderzoek heeft betrekking op de voortgang en de resultaten van het programma.
Een ander belangrijke deelvraag wordt gevormd door de wijze waarop in de praktijk gebruik wordt gemaakt van de deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen. Het NIVEL voert een inventarisatie-onderzoek uit naar de verscheidenheid aan samenwerkingsverbanden van specifieke deskundigheid van paramedici waarop een beroep wordt gedaan door chronisch zieken. Een optimale inpassing van beschikbare specifieke deskundigheid van paramedici zal bijdragen aan de kwaliteit van zorg van chronisch zieken.

Effect van paramedische zorg

Verhogen van de doelmatigheid is een belangrijk beleidsthema, ook op het gebied van paramedische zorg en vormt de probleemstelling van dit derde deelaspect binnen het paramedisch onderzoek. Het ontwikkelingsstadium van paramedische zorg laat echter in veel gevallen (nog) niet toe dat uitsluitend effectonderzoek gedaan kan worden. Zoals onderzoek naar het proces van de zorg voorafgaat aan onderzoek naar het effect van de zorg, is het ook van belang om, voorafgaand aan

een gecontroleerd effectonderzoek, eerst grondig vooronderzoek te doen. Vooronderzoek kan bestaan uit het systematisch samenvatten van de literatuur ten aanzien van de effectiviteit van paramedische interventies. Dergelijk literatuuronderzoek geeft richting aan toekomstig effectonderzoek. Daarnaast kan vooronderzoek bestaan uit het toespitsen van de onderzochte behandelmethode; de criteria van de selectie van een homogene patiëntengroep kunnen uitgetest worden en de meetinstrumenten waarmee het effect van de behandeling gemeten wordt kunnen zo nodig ontwikkeld en bijgesteld worden. Door het NIVEL wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.
Het NIVEL heeft een samenwerkingsovereenkomst gesloten met het Jan van Breemeninstituut om gezamenlijk onderzoek uit te voeren op het gebied van paramedische zorg en hulpmiddelen (zie: themagebied: "Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen).

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten:

PMED 97.04	Evaluatie van het programma 'Bewegen met beleid' (afgerond)
PMED 99.02	Vergelijking opleidingskwalificaties fysiotherapie (afgerond)
PMED 99.05	Pilot preventieve ergotherapie (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Beleidsgerichte informatievoorziening

PMED 98.01	Peilstations Paramedische Zorg (in afwachting van subsidie)

NIEUW

PMED 00.01	Preventie en fysiotherapie, logopedie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck (in afwachting van subsidie)

NIEUW

PMED 00.02	Inventarisatie van onderzoek naar de preventie van klachten aan het bewegingsapparaat in Nederland (schrijven onderzoeksvoorstel)

P.M.

TH 99.03	Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg

Proces

PMED 97.05 Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten: een multidisciplinaire richtlijn
(in afwachting van subsidie)

PMED 97.06 Evaluatie programma Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg
(vervolg op het OKPZ,)
(in uitvoering)

PMED 98.03 Omvang en duur van de extramurale fysiotherapeutische behandeling
(voorbereiding subsidie-aanvraag)

PMED 98.04 Omgaan met artrose
(in uitvoering)

PMED 99.01 Specifieke deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen
(in uitvoering)

PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie: de ontwikkeling van standaarden voor de advisering aan de voorschrijver en voor training van toepassing van hulpmiddelen
(schrijven van onderzoeksvoorstel)

NIEUW

PMED 00.03 Evaluatie Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg II
(vervolg op het BKPZ I)
(schrijven van onderzoeksvoorstel)

NIEUW

PMED 00.04 Symposium: Paramedische zorg bij chronisch zieken: beperkingen en mogelijkheden
(in voorbereiding)

Effect van paramedische zorg

PMED 95.01 Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
(analyse en rapportage)

PMED 99.04 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies (in afwachting van subsidie)

NIEUW

PMED 00.05 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek (in uitvoering)

P.M.

TH 00.01 Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur

2.2.8 Verpleging en verzorging

Ontwikkelingen die reeds eerder in gang zijn gezet, zoals de invoering van de onafhankelijke indicatiestelling krijgen steeds duidelijker gestalte. De Regionale IndicatieOrganen hebben inmiddels de organisatie van de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg overgenomen van de thuiszorg. Het belangrijkste doel van de 'onafhankelijke' indicatiestelling is de aansluiting tussen geïndiceerde zorg, geleverde zorg en de zorgbehoefte van cliënten te verbeteren. Uit het veld komen echter geluiden dat de bureaucratie rond de indicatiestelling sterk is toegenomen en dat het proces van zorg indiceren en toewijzen is verlengd. Cliënten zouden daar de dupe van zijn. Voor wijkverpleegkundigen betekent de onafhankelijke indicatiestelling opnieuw een grote verandering, die consequenties heeft voor de invulling van de functie. In aansluiting bij de recente introductie van de onafhankelijke indicatiestelling is medio 1999 gestart met een studie die inzicht moet geven in de voor- en nadelen van die indicatiestelling voor chronisch zieke patiënten.

De uitbreiding van de taken van regionale zorgkantoren is eveneens een actuele ontwikkeling in het veld van verpleging en verzorging. Deze door verzekeraars bemande zorgkantoren moeten er voor zorgen dat de thuiszorg de geïndiceerde hoeveelheid en soort zorg levert en moeten nu ook gaan letten op de organisatie en financiering van de zorgleveranciers. Onder meer in het voornoemde project rondom de onafhankelijke, geïntegreerde indicatiestelling zal rekening gehouden worden met de centrale rol van zorgkantoren in de gezondheidszorg.

Een andere belangrijke ontwikkeling betreft het overheidsbeleid gericht op stimulering van palliatieve terminale zorg. Kenmerkend voor palliatieve zorg is dat niet alleen lichamelijke klachten worden bestreden, maar dat ook aandacht uitgaat naar emotionele, spirituele en sociale zorgbehoeften. Palliatieve zorg is daarom bij uitstek een multidisciplinaire aangelegenheid, waaraan verpleegkundigen en verzorgenden een belangrijk aandeel kunnen leveren. Inspelend op de actualiteit van het thema palliatieve zorg, wordt momenteel een studie uitgevoerd naar de

verwachte ontwikkelingen in de vraag naar palliatieve zorg en de consequenties daarvan voor het toekomstige zorgaanbod. Verder worden voorbereidingen getroffen voor een onderzoeksproject 'Palliatieve thuiszorg voor Turken en Marokkanen' en voor de opzet van een Registratiesysteem Palliatieve Zorg. Het voornoemde registratiesysteem moet een (regelmatig te actualiseren) overzicht bieden van initiatieven op het terrein van palliatieve zorg.
Een belangrijk probleem binnen de verpleging en verzorging betreft de personeelsschaarste. Ondanks de grote arbeidsreserves onder werklozen, allochtonen en herintredende vrouwen kiezen weinigen voor een loopbaan in deze sector. Voor een deel zal dat samenhangen met onvoldoende of inadequate werving onder deze arbeidsreserves, maar mogelijk ook met een negatief imago van de verpleging en verzorging.
Omdat het belangrijk is om ook inzicht te hebben in de meningen van beroepsbeoefenaren over actuele onderwerpen (zoals de indicatiestelling of het beroepsimago), wordt najaar 1999 gestart met een haalbaarheidsstudie voor een panel van verpleegkundigen en verzorgenden. Tevens biedt een dergelijk panel de mogelijkheid om ideeën van verpleegkundigen en verzorgenden over onderwerpen die minder gebonden zijn aan de actualiteit te peilen.
Daarnaast is er een aantal onderzoekslijnen die zorgen voor de continuïteit binnen het themagebied Verpleging en Verzorging. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de verschillende studies op het terrein van transmurale verpleegkundige zorg. In het prominente adviesrapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg wordt vooral de samenwerkingsas huisarts-specialist uitgewerkt, terwijl de bijdrage van verpleegkundigen aan transmurale zorg onderbelicht blijft. Een belangrijk doel van voornoemde onderzoekslijn is de transmurale samenwerking tussen ziekenhuisverpleging/medisch specialisten en wijkverpleegkundigen in kaart te brengen. Verschillende deelstudies op het terrein van transmurale verpleegkundige zorg bevinden zich in de rapportagefase en in 2000 zal een proefschrift worden afgerond over de inventarisatie en evaluatie van transmurale spreekuren.
Een andere onderzoekslijn betreft de kwaliteit van zorg. Met de huidige marktwerking en concurrentie in de (thuis)zorg en de daarmee samenhangende 'outputfinanciering', gaat veel aandacht uit naar concrete verzorgende en technische handelingen. Vaak wordt minder aandacht besteed aan kwaliteitsaspecten die samenhangen met de bejegening van en communicatie met patiënten, omdat deze vaak moeilijker te benoemen en minder zichtbaar zijn. Onderzoek dat meer inzicht geeft in de aard en effecten van bejegening en communicatie is daarom noodzakelijk. Binnen het NIVEL spelen de lopende studies naar de kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/verzorgenden en oudere cliënten en de bejegening van kankerpatiënten daarop in. In 1999 en 2000 worden proefschriften over dit onderwerp afgerond. Verder wordt binnen een evaluatiestudie naar het referentiekader voor de kwaliteit van verpleging en verzorging in Amsterdam,

aandacht besteed aan 'keten-kwaliteit'. Daarbij gaat het om de samenhang en transparantie van kwaliteitssystemen van verschillende aanbieders (thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

WIJK 94.02 De kwaliteit van de communicatie tussen verpleegkundigen/ verzorgenden en oudere cliënten onderzocht
(afgerond met dissertatie)

WIJK 95.02 Transmurale verpleegkundige zorg I
(afgerond)

WIJK 97.02 Transmurale verpleegkundige zorg voor CVA-patiënten: een evaluatiestudie
(afgerond, maakte onderdeel uit van WIJK 95.02)

WIJK 99.05 Plaats en functie van het orthopedagogisch ervaringshuis in Apeldoorn
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

WIJK 94.01 Werken in de gezinsverzorging
(afronden proefschrift)

WIJK 96.04 Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam
(analyses en rapportage)

WIJK 97.03 Transmurale verpleegkundige zorg II: een studie naar transmurale ziekenhuisteams
(afronden rapportage)

WIJK 97.05 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
(schrijven proefschrift)

WIJK 98.01 Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
(schrijven proefschrift)

WIJK 98.05 Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod
(expertmeeting, dataverzameling- en analyse, rapportage)

WIJK 99.01 Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening
(dataverzameling)

WIJK 99.02 Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden: een haalbaarheidsstudie
(in uitvoering)

WIJK 99.03 Zorgnet: evaluatiestudie naar specialistische transmurale zorg
(afronden rapportage)

WIJK 99.04 Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg
(registraties)

NIEUW
WIJK 00.01 Terminale thuiszorg voor Turken en Marokkanen: een aanzet tot betere afstemming van het aanbod op de behoeften
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
WIJK 00.02 Registratiesysteem Palliatieve Zorg
(in afwachting van subsidie)

2.2.9 Verpleeghuis- en aanverwante zorg

In 1997 is door het NIVEL in opdracht van de directie Ouderenbeleid van het Ministerie van VWS een nieuw advies uitgebracht over prioriteiten in het verpleeghuiszorgonderzoek. Uit het advies komt naar voren dat de belangrijkste prioriteit ligt bij onderzoek naar inhoud en effecten van verpleeghuiszorg zoals die in multidisciplinair verband in het verpleeghuis zelf en ook in toenemende mate buiten het verpleeghuis wordt verleend aan zwaar zorg behoevende patiënten. De vraag in welke mate de verleende zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënt dient daarbij steeds het uitgangspunt te zijn. Tevens wordt het belangrijk gevonden dat er onderzoek wordt gedaan naar de mening van bewoners van verpleeghuizen en hoe hun rechten zoals die de laatste jaren formeel zijn vastgelegd (zoals in de wet BOPZ, de klachtwet) in de praktijk gestalte krijgen.
Voortbouwend op voornoemd advies en eerder onderzoek wordt kwaliteit van leven als een van de uitkomstmaten gebruikt bij het implementeren van het Resident Assessment Instrument (RAI) in verpleeghuizen. Daarnaast wordt onderzocht in hoeverre verschillende methodieken, zoals leefstijldifferentiatie en snoezelen, invloed hebben op het functioneren van dementerende bewoners in verpleeghuizen. Om meer inzicht te krijgen in het oordeel van verpleeghuisbewoners, is vorig

jaar gewerkt aan een panel van verpleeghuisbewoners. Tijdens een haalbaarheidsstudie is een eerste peiling gehouden over het onderwerp 'privacy' in verpleeghuizen. Momenteel zijn we in afwachting van subsidie voor de structurele invoering van het panel voor verpleeghuisbewoners.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERPL 98.01 Bewonerspanel verpleeghuizen: een haalbaarheidsstudie
(is afgerond)

VERPL 98.02 Wonen met verpleeghuiszorg voor jongeren met niet-aangeboren hersenletsel
(geen subsidie verkregen)

VERPL 99.03 De effecten van het gebruik van het multimediale levensboek in de zorg voor dementerenden
(geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten:

VERPL 97.01 Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen
(analyse en rapportage)

VERPL 99.01 Evaluatie van kleinschalig wonen met aandacht voor leefstijl van dementerenden
(in afwachting van subsidie)

VERPL 99.02 Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners
(in afwachting van subsidie)

VERPL 99.04 Bewonerspanel verpleeghuizen
(in afwachting van subsidie)

NIEUW

VERPL 00.01 Onderzoek in verzorgingshuizen: stand van zaken en prioriteiten
(literatuur- en bronnenstudie, analyses en rapportage)

NIEUW

VERPL 00.02 Bruikbaarheid en validiteit van een screeningsinstrument voor het vaststellen van de kwetsbaarheid van informele zorgverleners door de huisarts

P.M.

SAM 96.07	De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
SAM 99.03	De multifunctionaliteit van het RAI voor de ouderenzorg
NS2 99.11	Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen

2.2.10 Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen

Het overheidsbeleid is gericht op het stimuleren van transmurale zorg. In een aantal opzichten kan transmurale zorg gestimuleerd worden door het gebruik van technologie: (1) de toepassing van technologie maakt het mogelijk zorg te verplaatsen van de intramurale naar de extramurale setting; (2) de (fysieke) werklast van werkenden in de thuiszorg kan verminderd worden door de toepassing van technologie; en (3) de onafhankelijkheid en keuzevrijheid van patiënten en mantelzorg kan vergroot worden door gebruik te maken van technologie. Uitgaande van deze doelstellingen is door ZON een programma Thuiszorgtechnologie in uitvoering genomen; ZON voert dit programma uit in opdracht van de Ziekenfondsraad en het Ministerie van VWS. Dit programma vormt een belangrijk kristallisatiepunt voor het onderzoek van het NIVEL op dit terrein: er wordt evaluatieonderzoek gedaan en deelprojecten binnen het programma worden voorbereid.

Hulpmiddelen vormen een terrein dat nauw verwant is met thuiszorgtechnologie. Beleidsmatig is de aandacht voor hulpmiddelen snel groeiende. Belangrijkste aandachtspunten in het beleid zijn: het vermoeden van een onvoldoende doelmatig gebruik van hulpmiddelen en zorgen over de kwaliteit van hulpmiddelen. Wat betreft doelmatigheid bestaat er enerzijds de indruk dat voorgeschreven hulpmiddelen niet of weing gebruikt worden (teveel voorschrijven); anderzijds is er ook de indruk dat hulpmiddelen niet of te laat voorgeschreven worden (ondergebruik). Om een doelmatig gebruik van hulpmiddelen te bevorderen dient onderzoek gedaan te worden naar de indicatiestelling voor hulpmiddelen; tevens dient onderzoek gedaan te worden naar naar de effecten van training en advisering over het gebruik van hulpmiddelen, en het proces van het voorschrijven. Wat betreft de kwaliteit van de hulpmiddelen gaat het vooral om de kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker (bruikbaarheid, hanteerbaarheid). Hulpmiddelen worden veelal uitsluitend beoordeeld op hun technische kwaliteit; systematisch en methodologisch goed onderzoek naar de bruikbaarheid van hulpmiddelen vanuit het perspectief van de gebruiker is schaars.Hulpmiddelen vormen een relatief nieuw onderzoeksterrein; vanwege de relaties met andere themagebieden (met name paramedische zorg, perspectief van de hulpvrager, thuiszorgtechnologie en verpleging en verzorging) is voldoende kennis aanwezig om het onderzoek op te kunnen bouwen.

Onlangs is een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het Jan van Breemen Instituut (JBI), NIVEL en Vrije Universiteit. Het JBI is een instituut voor reumatologie en revalidatie en een expertisecentrum voor houding en beweging. De samenwerkingsovereenkomst heeft tot doel onderzoek naar paramedische zorg bij aandoeningen van het bewegingsapparaat te stimuleren. Het onderzoek zal in eerste instantie toegespitst worden op "paramedische zorg en hulpmiddelen". Vanuit dit samenwerkingsverband is een aantal projecten gestimuleerd, dat beschreven wordt deels bij het themagebied "Paramedische Zorg" en deels bij het themagebied "Thuiszorgtechnologie en hulpmiddelen". De verwachting is dat de samenwerking een zeer stimulerende invloed op het onderzoek zal hebben.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

TH[1] 98.01 Review thuiszorgtechnologie
(afgerond)

TH 99.02 Gebruik van glijlakens in de thuiszorg; een pilot naar de mogelijkheden en randvoorwaarden voor gebruik
(geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten:

TH 94.01 Tillen in de gezondheidszorg

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

TH 99.01 Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie
(in uitvoering)

TH 99.03 Het voorschrijven van hulpmiddelen door de huisarts
(in uitvoering)

TH 99.04 Zelfstandig gebruik van tilliften door mantelzorgers en cliënten
(in uitvoering)

NIEUW

TH 00.01 Factoren die bijdragen tot het gebruik van ADL-hulpmiddelen: een overzicht van de literatuur
(in afwachting van subsidie)

---

[1] De in vorige werkplannen gebruikte code TECH is vervangen door TH

NIEUW

TH 00.02 Validering van de SODA bij patiënten met artrose
(in uitvoering; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)

NIEUW

TH 00.03 Het effect van een duimspalk bij patiënten met artrose
(schrijven projectvoorstel; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)

NIEUW

TH 00.04 Loophulpmiddelen bij patiënten met reumatische aandoeningen
(in voorbereiding; samenwerking met Jan van Breemen Instituut)

P.M.

VRA 94.01 Patiëntenpanel chronisch zieken (PPCZ)
(deelstudie over gebruik van hulpmiddelen door chronisch zieken)

PMED 99.03 Hulpmiddelen en ergotherapie

WIJK 99.03 Zorgnet: evaluatiestudie naar specialistische transmurale zorg

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 kiezen voor hetgeen hen te wachten staat. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de informatiebehoefte van de patiënt. Daarnaast verlangen zorgbehoeften een benadering waarin oog is voor de beleving, onzekerheid en kwetsbaarheid van de individuele patiënt. De door de overheid gepropageerde zorg-op-maat kan hiervoor uitkomst bieden. In de praktijk wordt steeds meer geëxperimenteerd met verschillende onderwijsvormen waarmee patiëntgerichte communicatie kan worden overgebracht. Ook op andere manieren komt patiëntgerichte communicatie meer onder de aandacht. Zo is recentelijk de kwaliteit van de communicatie binnen het studentonderwijs geneeskunde van het AMC als toetsingscriterium voor het artsdiploma ingevoerd. Om goede zorg aan de patiënt te kunnen garanderen moet continu gemonitord worden of en hoe dergelijke initiatieven de praktijk van de gezondheidszorg beïnvloeden. 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 vertrou-

wen dragen, van oudsher, in belangrijke mate bij aan het succes van een behandeling. Bovendien dient daarmee te worden voorkomen dat door de voortschrijdende medisch-technische mogelijkheden de aandacht voor de patiënt als individu verslapt. Ook binnen diverse medische beroepsgroepen is aandacht voor factoren als bejegening en arts-patiënt relatie de afgelopen jaren toegenomen. Dit blijkt o.a. uit de publicatie door het NHG van de z.g. brede standaard "arts-patiënt relatie". In dat kader zal de verspreiding van deze standaard en de impact ervan op de beroepsbeoefening onderzocht worden. Ook is er recentelijk door de Raad voor Gezondheids Onderzoek aandacht gevraagd voor gedragsverandering en implementatie van verworven kennis onder de gemiddelde beroepsbeoefenaar.

Speerpunten

Bejegening van patiënten en cliënten is reeds 25 jaar een belangrijk onderwerp van studie binnen het NIVEL onderzoeksprogramma. Belangrijke vragen in dit programma zijn in de eerste plaats beschrijvend van aard: welke elementen in de communicatie tussen hulpverleners en patiënten zijn universeel en komen telkens weer terug; hoe zijn deze elementen gespreid onder hulpverleners, zijn er verschillen tussen verschillende soorten hulpverleners (afhankelijk van hun taken, afhankelijk van hun 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)? En ten slotte 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 psycho-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 AMW-er centraal staan. Ook wordt gedifferentieerd tussen verschillende typen patiënten met verschillende behoeften waar het om communicatie gaat: de diabetespatiënt, die de mogelijkheid heeft in te grijpen in zijn eigen situatie (maar dat wel moet leren), zou op een andere wijze tegemoet getreden moeten worden dan de kankerpatiënt, die weinig handelingsmogelijkheden heeft en vooral steun nodig heeft bij zijn emotionele aanpassing. Het kind bij de kinder-

arts vormt weer een geheel eigen categorie, evenals de hartchirurgische patiënt. Ook bij deze patiëntencategorieën is aandacht voor de kwaliteit van informatie-overdracht en bejegening van groot belang. Een nieuw onderwerp in het onderzoeksprogramma van het NIVEL is de informatievoorziening en begeleiding die bij genetische counseling vereist wordt. Daarnaast is een voorstel ingediend voor onderzoek naar de effecten van gedragsverandering bij patiënten met lichamelijk onverklaarde buikklachten (IBS) in de huisartspraktijk.

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 10.000 contacten van 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. Behoud van het archief heeft dan ook momenteel onze volle aandacht. De beste oplossing hiervoor zou zijn om het volledige video-bestand te digitaliseren door alle banden over te zetten op Digital Versatile Disks (DVDs).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten

PSH 95.04	Arts-patiënt communicatie in verschillende Europese landen (EUROCOM I) (afgerond)
PSH 95.05	Incidentie, prevalentie en medische consumptie van patiënten met Chronische Benigne Pijn Stoornis (CBPS) (afgerond)
PSH 95.06f	Determinanten van structurele aard van specialist-patiënt communicatie
PSH 99.02	Programmeerstudie Pijnonderzoek Nederland (geen subsidie gekregen)

Lopende en nieuwe projecten:

PSH 94.02	Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen

PSH 98.01 Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)

PSH 98.02 Praten over arbeid in verschillende Europese landen

PSH 98.03 Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?

PSH 95.06 Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek
Onderzoeksprogramma met de volgende deelonderzoeken:

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

PSH 95.06d Verschillen tussen communicatie bij patiënten met kanker en met diabetes-II

PSH 95.06e Effect van communicatietraining op de communicatie van specialisten

PSH 97.02 Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten

PSH 98.04 Contextwerking in de geneeskunde

PSH 98.05 Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker

PSH 98.06 De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen

PSH 99.01 De communicatie tussen AMW-ers en hun cliënten

NIEUW
PSH 00.01 Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS
(in afwachting van subsidie)

NIEUW
PSH 00.02 Digitaliseren van video-archief
(in afwachting van subsidie)

P.M.
WIJK 97.04 Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
NS2 99.15 Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.12 Het perspectief van de hulpvrager

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem wordt een steeds groter belang toegekend aan het perspectief van de hulpvrager. Het overheidsbeleid is gericht op het vergroten van de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg. Dit gebeurt onder meer door middel van wetgeving. Zo staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) het recht op informatie en het toestemmingsvereiste centraal en is een belangrijke doelstelling van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) de kwaliteitsverbetering op basis van informatie uit klachten. Ook de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorgaanbieders zichtbaar te maken hoe zij het perspectief van de hulpvrager verwerken in hun beleid. Ook op andere manieren wordt vorm gegeven aan het vergroten van de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg. Zo is bijvoorbeeld het oordeel van gebruikers opgenomen in het benchmarking project in de thuiszorg. Versterking van de vraaggerichtheid in de gezondheidszorg vindt ook plaats door het ondersteunen van patiëntenorganisaties. Geconstateerd moet worden dat deze maatregelen er nog lang niet toe hebben geleid dat de Nederlandse gezondheidszorg daadwerkelijk vraaggericht werkt.

Een vraaggerichte zorg betekent ook dat aandacht wordt besteed aan de zorgbehoeften van specifieke doelgroepen. Chronisch zieken doen vanwege hun ziekte relatief veel beroep op de gezondheidszorg: ze zijn daarom goed geplaatst om knelpunten in de zorg te signaleren en hebben er ook daarom bij uitstek belang bij dat deze zorg voldoet aan hun wensen en vereisten. Vanaf het begin van de jaren '90 wordt door het Ministerie van VWS aandacht besteed aan chronisch zieken: daarbij was de installatie van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) één van de belangrijkste instrumenten ter beleidsadvisering en -uitvoering. Inmiddels zijn er vele projecten uitgevoerd en maatregelen getroffen om niet alleen de zorg, maar ook maatschappelijke positie en kwaliteit van leven van chronisch zieken te verbeteren. Anderzijds zijn er ook wettelijke maatregelen getroffen die voor mensen met een chronische aandoening ongunstig kunnen uitpakken, met name de invoering van eigen bijdragen en de herziening van de W.A.O.

Behalve chronisch zieken, zijn kinderen en allochtonen risicogroepen inzake toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In het chronisch ziekenbeleid is de aandacht voor het grootste deel gericht op volwassenen en vooral op ouderen, terwijl er tot nog toe weinig aandacht is voor kinderen en jongeren met een chronisch gezondheidsprobleem. Het is verder bekend dat allochtonen doorgaans met een gezondheidsachterstand kampen. Hoewel het Nederlandse beleid gericht is op een gelijke toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor eenieder is onduidelijk in welke mate de gezondheidsachterstand samenhangt met verschillen in toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

In het overheidsbeleid komt het perspectief van de hulpvrager dus op vele manieren naar voren. Deze breedte komt ook terug in de breedte van het onderzoek

rond het perspectief van de hulpvrager. We onderscheiden vier onderzoekslijnen. De eerste twee hebben betrekking op de positieversterking van patiënten en consumenten in de zorg, ook wel 'empowerment' genoemd. De eerste onderzoekslijn betreft de positie van individuele patiënten en consumenten, de tweede onderzoekslijn betreft de versterking van de vraaggerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg. De derde en vierde onderzoekslijn hebben betrekking op specifieke doelgroepen, respectievelijk op de chronisch zieken en op migranten.

De positie van de individuele patiënt
Door wetgeving, zoals de WGBO en de WKCZ, is de laatste jaren getracht de positie van de individuele patiënt/consument te versterken. Ook wordt een steeds groter belang gehecht aan een goed klachtstelsel, wat breder ligt dan alleen de WKCZ en wat patiënten/consumenten de mogelijk biedt tot een goede behandeling van hun klachten. Binnen deze onderzoekslijn worden deze wetten geëvalueerd en wordt nader onderzoek gedaan naar het stelsel van klachtbehandeling.

Vergroting van de vraaggerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg
In deze onderzoekslijn staat de vraaggerichtheid van de gezondheidszorg centraal. Vitaal hierin is het ontwikkelen en implementeren van gebruikers-feedback-systemen. Het eerste onderdeel hiervan is de ontwikkeling van valide, betrouwbare en praktische bruikbare instrumenten die het oordeel van zorggebruikers registreren. Dit gebeurt bijvoorbeeld met de QUOTE, het meetinstrument voor het vaststellen van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten. Van de QUOTE worden nieuwe varianten ontwikkeld die bruikbaar zijn voor steeds weer nieuwe doelgroepen. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar het oordeel van zorggebruikers over de door hen ontvangen zorg. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in bijvoorbeeld het consumentenpanel, in projecten waarin de QUOTE wordt toegepast en in het ziekenhuisvergelijkingsproject in Utrecht. Ten slotte wordt ingegaan op de implementatie, door na te gaan hoe patiëntenorganisaties en zorgaanbieders, de feedback-gegevens kunnen gebruiken bij het kwaliteitsbeleid van instellingen. Als ondersteuning van dit proces wordt een project gestart dat tot doel heeft de informatievoorziening rond gebruikersoordelen te verbeteren.

Chronisch zieken
Chronische aandoeningen behoren tot de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland. Ook in het nieuwe millennium blijven chronische aandoeningen en de zorg daarbij aandacht eisen, gezien de vergrijzing en de daarmee samenhangende verwachting dat het aantal mensen met chronische aandoeningen de komende jaren nog verder zal toenemen. Kenmerkend voor chronisch aandoeningen is dat zij vaak niet kunnen worden genezen en lange tijd duren. Hierdoor doen chronisch zieken langdurig beroep op zorg en dient deze zorg vaak eerder gericht te zijn op 'care' dan op 'cure'. Vaak ook zijn de gezondheidsproblemen van chronisch

zieken complex, waardoor zij zorg vanuit verschillende disciplines nodig hebben. Door al deze omstandigheden is continuïteit van zorg van groot belang.
Belangrijke thema's binnen deze onderzoekslijn zijn de problemen rondom de diagnosestelling (prediagnostische fase), de behoefte aan en het gebruik van zorg door chronisch zieken en de ervaren knelpunten daarbij, en de gevolgen van chronische aandoeningen voor de kwaliteit van leven en de maatschappelijke positie. Een centraal project daarbij is het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ), waarin op continue wijze terzake relevante beleidsgegevens worden verzameld.
Het onderzoek op het gebied van chronisch zieken zal de komende jaren worden uitgebreid naar bijzondere doelgroepen, zoals kinderen en jongeren en mensen met zeldzame aandoeningen.

Migranten
Nederland is de laatste decennia steeds meer een multiculturele samenleving geworden. Migranten met diverse culturele achtergronden maken inmiddels een substantieel deel uit van de Nederlandse bevolking. Er zijn aanwijzingen dat er gezondheidsverschillen bestaan tussen migranten en Nederlanders en dat er zich knelpunten voordoen bij de zorgverlening aan deze groep. De kern van het onderzoek op dit terrein betreft de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor migranten. Het onderzoek richt zich zowel op zorggebruik, als op het perspectief van migranten ten aanzien van (de kwaliteit van) zorg en het beleid/de aanpak vanuit de zorgverleningsinstellingen. Tot nog toe heeft vooral onderzoek plaatsgevonden onder de traditionele migrantengroepen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen). Dit is recent uitgebreid met onderzoek naar asielzoekers en illegalen. Een belangrijk onderzoek dat binnen dit thema de komende jaren wordt uitgevoerd, is een grootschalige studie naar determinanten van zorggebruik onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VRA 99.02	Evaluatie Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) (afgerond)
VRA 99.05	State of the art study patiënten/consumenten (afgerond)
VRA 99.06	Ziekenhuisvergelijking: een onderzoek naar het oordeel van de consumenten over de ziekenhuizen in de provincie Utrecht (afgerond)
VRA 99.10	Inventarisatie en analyse ontwikkelingsprojecten NCCZ (afgerond)

MIG 97.02 Vluchtelingen bij de huisarts
(niet subsidiabel)

MIG 98.01 Symposium migranten en de Nederlandse gezondheidszorg (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

De positie van de individuele patiënt

VRA 98.06 Klachten, klachtbehandeling, klachtenregistratie en klachtwet

VRA 99.03 Kennis en ervaren knelpunten rond de Wet op de geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) onder de Nederlandse bevolking, chronisch zieken en artsen

NIEUW

VRA 00.06 Het functioneren van de WGBO in een breder kader

Vergroting van de vraaggerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg

VRA 86.01 Consumentenpanel Gezondheidszorg

VRA 96.04 Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten

VRA 97.02 De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg

VRA 98.02 Kwaliteit van zorg bij diabetespatiënten

VRA 98.07 Structuur en functioneren van de patiënten- en consumentenbeweging in de Nederlandse gezondheidszorg

VRA 99.01 Brancherapport patiënten/consumenten

VRA 99.08 Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten

VRA 99.09 Kwaliteit van het werken van thuiszorginstellingen vanuit cliëntenperspectief

NIEUW

VRA 00.01 Gebruikersfeedback in de Nederlandse gezondheidszorg

NIEUW
VRA 00.05 Patiëntenoordelen en hun relatie tot consultkarakteristieken, werkdruk en praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk

NIEUW
VRA 00.07 De invloed van verzekerden op het bestuur van ziekenfondsen

Chronisch zieken
VRA 88.01 Vragen over AIDS

VRA 96.01 Van klacht tot diagnose: ervaringen van chronisch zieken

VRA 99.07 Zeldzame chronische aandoeningen

VRA 94.01 Patiëntenpanel Chronisch Zieken

VRA 98.01 Patiëntenpanel chronisch zieke kinderen

VRA 98.10 De rol van coping en sociale steun bij de kwaliteit van leven van chronisch zieken

VRA 98.11 Maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening

VRA 99.11 Comorbiditeit bij chronisch somatische aandoeningen

VRA 99.12 Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken

NIEUW
VRA 00.02 Arbeidssituatie van chronisch zieken

NIEUW
VRA 00.03 Rapportage kerngegevens astma en COPD

NIEUW
VRA 00.04 Adaptieve opgaven, coping en sociale steun in relatie tot de maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een chronische spijsverteringsaandoening

Migranten
MIG 97.01 Kraamzorg in allochtone gezinnen

MIG 97.03 Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van migranten

MIG 99.01 Zorggebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse migranten

MIG 99.02 Coping strategieën van oudere Turkse en Marokkaanse migranten

NIEUW
MIG 00.01 "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek: de evaluatie van een pilotproject

NIEUW
MIG 00.02 Effectevaluatie project "Perspectief" voor werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek

NIEUW
MIG 00.03 Evaluatie " Gezondheidsbevordering op Maat", een voorlichtings-project voor migranten

NIEUW
MIG 00.04 Internationale conferentie " Health care for ethnic minorities"

NIEUW
MIG 00.05 Influenzavaccinatie bij allochtone en autochtone ouderen

NIEUW
MIG 00.06 Huisartsenzorg voor asielzoekers: naar een monitoringsysteem

NIEUW
MIG 00.07 Gezondheidsproblemen van illegalen en knelpunten in de zorg

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

P.M.
NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten

WIJK 00.01 Terminale thuiszorg voor Turken en Marokkanen: een aanzet tot betere afstemming van het aanbod op de behoeften

Overige
VRA 99.04 Evaluatie NOC*NSF programma huisarts en sport

NIEUW

VRA 00.08 Patiëntenquête Tweede Nationale Studie: ontwikkeling en toepassing van een meetinstrument

P.M.

NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg

NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg

2.2.13 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. Daarnaast doet de Europese integratie de noodzaak om de nationale zorgsystemen geleidelijk meer op elkaar af stemmen toenemen en daarmee de behoefte aan vergelijkbare gegevens. Dit geldt ook voor de zogeheten pre-accessielanden, die op korte termijn tot de Unie zullen toetreden. Afstemming tussen zorgsystemen van de lidstaten wordt ook bevorderd door een toename van de zorgconsumptie over de eigen landsgrenzen. 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. Voor de beantwoording van specifieke onderzoeksvragen is echter doorgaans aanvullende materiaalverzameling nodig. De basisinformatie per land, die in 1993 is gepubliceerd in het boek 'Health care and general practice across Europe' zal geactualiseerd en uitgebreid worden, zowel wat het aantal landen betreft (ook de oost- en zuidrand van de Middellandse Zee) als de onderwerpen per land. Die zal dan niet in boekvorm verschijnen, maar, als onderdeel van het NIVEL Kenniscentrum, toegankelijk zijn op het Internet. Dat biedt de mogelijkheid van continue actualisering, mede door - gecontroleerde - inbreng van geïnformeerde gebruikers. Specifiek voor documentatie betreffende de landen

rond de Middellandse Zee heeft het NIVEL een voorstel ingediend voor een 'EURO-Mediterranean Centre for Primary Health Care Development'.

De documentatie-functie is vooral ondersteunend voor de **analyse van gezondheidszorgsystemen**. Dit onderzoek richt zich op de structuur van gezondheidszorgsystemen en op de inhoud van de zorg.
In het onderzoek van de structuur van de gezondheidszorg staan twee soorten vragen centraal:

- Welke invloed hebben institutionele structuren, zoals de aan- of afwezigheid van een poortwachtersfunctie voor huisartsen en het honoreringsstelsel, op de taakverdeling en taakuitoefening van hulpverleners?
- Hoe komen hervormingen van gezondheidszorgsystemen tot stand; wat zijn de implementatieproblemen, en specifiek in verband met de situatie in Oost-Europa, hoe verloopt schoksgewijze verandering?

Een voorbeeld van dit type onderzoek is de, al genoemde 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. Beleidsondersteuning richt zich ook op andere landen, met name die in Oost- en Midden-Europa. Een lastig probleem is dat men enerzijds meer vrijheid wenst en deregulering, terwijl tegelijk een sterke eerstelijnsgezondheidszorg niet zonder beschermende maatregelen kan functioneren en moeilijk is te verenigen met directe toegankelijkheid van specialistisch-medische en ziekenhuiszorg.

Een belangrijke financieringsbron voor internationaal onderzoek is de **Europese Unie**, dat haar R&D subsidieprioriteiten voor de jaren 1998-2002 heeft verwoord in het **Vijfde Kaderprogramma**. Het accent daarin ligt sterk op het oplossen van maatschappelijke vraagstukken op technologisch, industrieel, economisch en het sociaal-cultureel gebied. In de bescheiden paragraaf 'Public Health and Health Services Research', die onderdeel is van het eerste themagebied "Quality of Life and Management of Living Resources' zal het voorstel voor een tweede ronde van

de Taakprofielen Studie worden ingediend. Door de resultaten van deze 'replicatie' te vergelijken met die uit 1992-93 zal deze het karakter hebben van een evaluatie van de hervormingen van de eerstelijnszorg in Europa in de tussenliggende periode.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten

WHO INT 92.02f	Community based primary health care in the Odessa Region (Ukraine) (afgerond))
WHO INT 96.02	Acute zorgverlening buiten kantooruren: de rol van huisartsen en ziekenhuizen in de landen van de EU (EMOCA) (geen financiering)
INT 96.07	Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for the Elderly-(SCOPE) (afgerond)
INT 98.01	MEDSEA - Taakprofielen van huisartsen in Z+O Mediterranee (voorstel niet gehonoreerd)
INT 98.02	Phare Slovak Republic II (offerte afgewezen)
WHO INT 98.03	'Health care and general practice across Europe'; nieuwe en uitgebreide editie (wordt onderdeel WHO INT 88.02)

Lopende en nieuwe projecten:

WHO INT 88.02	Kenniscentrum systemen van gezondheidszorg
WHO INT 91.01	Taakprofielen van huisartsen in Europa
WHO INT 91.03	Ziekenhuisproductie en aanbod van ziekenhuisbedden: conditionering van 'Roemer's law' in tijd en ruimte
WHO INT 92.02	Van staatsgezondheidszorg naar pluralisme; de nieuwe beleidsopties in Oost-Europa (projectencluster)
INT 00.01[1]	Going ahead with primary health care in the Oblast Minsk (Matra, Wit Rusland)

[1] Stond in vorige werkplan vermeld onder WHO INT 92.02d

INT 00.02[2]	Needs in Primary Health Care in Slovenia (Matra)
WHO INT 95.06	Rechtstreekse toegankelijkheid en case-mix van specialisten
WHO INT 96.01	Verspreiding en organisatie van dagchirurgie in de landen van de EU
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa
INT 98.04	The organisation of home care in Europe
WHO INT 98.06	Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective
INT 99.01	Health Reform Pilot Project Russian Federation; National Training Programme in Family Medicine (project WorldBank Moscow)
INT 99.02	Reforming Primary Care in the St. Petersburg Region
INT 99.03	Integrated Primary Health Care Development in Czech Republic
INT 99.04	Evaluation of Health Care Reforms in Europe (replication of GP Task Profile Study)
INT 99.05	Patients' perceptions of health care in Central and Eastern Europe (an international database on applications of the QUOTE)
INT 99.06	Health cultures in Western Europe
P.M.	
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)
PSH 98.03	Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?

[2] Stond in vorige werkplan vermeld onder WHO INT 92.02g

2.2.14 Overige activiteiten

Onder 'overige activiteiten' vallen zaken met een meer algemeen karakter, die niet goed bij een van de vorige onderzoekslijnen ondergebracht kunnen worden zoals congressen, symposia of overzichtsstudies.
De Europese conferentie over gezondheidszorgonderzoek zijn een jaarlijks terugkerende activiteit. Dit jaar is het aan zijn twaalfde editie toe en wordt in Parijs gehouden.

Overzicht van de activiteiten

Afgevoerde activiteiten

ALG 99.01	EUPHA Annual Meeting 1999 (Praag) (Conferentie heeft plaatsgevonden)

Lopende en nieuwe activiteiten:

ALG 94.02	Onderzoekschool CARE
ALG 95.02	Onderzoekschool Psychology and Health
ALG 97.03	Brancherapport Curatieve Somatische Zorg
ALG 98.02	ISTAHC 2000
NIEUW ALG 00.01	EUPHA Annual Meeting 2000
NIEUW ALG 00.02	8e Nederlands Public Health Congres
NIEUW ALG 00.03	Pilotproject kenniscentrum 'kwaliteit van zorg'
NIEUW ALG 00.04	Pilot kenniscentrum 'huisarts en depressie'

P.M.

MIG 00.04	Internationale conferentie " Health care for ethnic minorities"
WHO INT 96.09	Internationale conferentie Taakprofielen van huisartsen in Europa

2.2.15 Kwaliteit van zorg

De projecten binnen deze onderzoekslijn zijn al in de voorgaande subhoofdstukken beschreven. Het gaat hier dus om een nieuwe rangschikking. De uitgebreide projectbeschrijvingen vindt men in deel 2 van het werkplan (op te zoeken via het register waarin de projecten op nummer zijn gerangschikt).

Kwaliteit van zorg; een breed begrip dat volgens de klassieke indeling van Donabedian drie componenten telt: structuur, proces en uitkomst.
Als we afzien van de wat verwarrende structuurcomponent en ons beperken tot 'proces' en 'uitkomst', dan kunnen we daarbinnen ook nog een enkel onderscheid aanbrengen.
Ten eerste het onderscheid naar 'niveau'; als regel bestudeert men kwaliteit van zorg op het niveau van het **primaire proces**; de hulpverlening of de interventie.
Daarnaast is het zinvol om kwaliteit te bestuderen op het **niveau van organisaties** (wordt in de organisatie een kwaliteitssysteem gehanteerd) en zelfs op het niveau van **systemen van gezondheidszorg** (verbetering van de gezondheidszorg in Oost-Europa).
Binnen elk niveau, dit geldt vooral voor de procescomponent, kan men verder weer een onderscheid maken naar twee groepen criteria: wordt kwaliteit bezien vanuit het **perspectief van de patiënt** of van de hulpvrager, of is er sprake van 'peer review', een **oordeel van de collega-hulpverleners**.

Overzicht van de projecten

Kwaliteit: systeem/organisatie-niveau

SAM 96.07	De relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen
SAM 97.01	Kwaliteitsbeleid alternatieve genees-/behandelwijzen
SAM 98.01	Kwaliteitszorg in Nederland in het jaar 2000
SAM 99.02	Inventarisatie van kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsindicatoren in de GGZ
SAM 99.04	De kosten van kwaliteitszorg in instellingen en beroepspraktijken in de gezondheidszorg
SAM 99.05	Organisatievormen voor het realiseren van ketenkwaliteit en transmurale kwaliteitsbewaking
SAM 00.01	Kwaliteitskosten en ervaren opbrengsten in de ouderenzorg
HSZ 98.03	Follow-up kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten lokale initiatieven
GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk

NS2 99.20	Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
NS2 99.21	Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg
VERL 98.03	Evaluatie Kwaliteitsbeleid verloskundige zorg
PMED 97.06	Evaluatie programma Bevordering Kwaliteitsontwikkelingen Paramedische Zorg II (BKPZ)
PMED 99.01	Specifieke deskundigheid van paramedici op het terrein van chronische aandoeningen
PMED 00.03	Evaluatie Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg II (vervolg op het BKPZ I)
WIJK 96.04	Implementatie van het Referentiekader voor de kwaliteit van Verpleging en Verzorging in Amsterdam
MIG 00.07	Gezondheidsproblemen van illegalen en knelpunten in de zorg
ALG 00.03	Pilotproject kenniscentrum 'kwaliteit van zorg'

Kwaliteit: proces/bejegening

SAM 99.06	Kwaliteit FarmacoTherapie Overleg
HSZ 99.03	Transmurale zorg bij kinderen met astma
HSZ 99.04	Transmurale zorg bij subfertiliteit
HSZ 99.05	Implementatie van richtlijnen in de orthopedie
NS2 99.15	Kwaliteit van de huisarts-patiëntcommunicatie
PMED 95.01	Strategie-training bij CVA-patiënten met apraxie
PMED 97.05	Ergotherapie bij thuiswonende Parkinson-patiënten: een multidisciplinaire richtlijn
WIJK 97.05	Bejegening van kankerpatiënten door verpleegkundigen
WIJK 98.01	Effecten van transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken
WIJK 98.05	Palliatieve zorg voor terminale patiënten: ontwikkelingen in de zorgvraag en consequenties voor het zorgaanbod
PSH 94.02	Praten met kinderen II; een historische analyse van de communicatie tussen huisartsen en kinderen
PSH 98.01	Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa vergeleken (EUROCOM II)
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
PSH 98.03	Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe huisarts?
PSH 95.06	Arts-patiënt communicatie bij specialismen in de polikliniek
PSH 97.02	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
PSH 98.04	Contextwerking in de geneeskunde
PSH 98.05	Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker

PSH 98.06	De implementatie van de brede standaard "arts-patiënt relatie" binnen de beroepsgroep huisartsen

Kwaliteit: uitkomst van interventies

SAM 99.07	Monitoring van de kwaliteit van zorg met kwaliteitsindicatoren
HSZ 95.03	Onderzoeksprogramma doelmatigheid orthopedie
PMED 99.04	Effectiviteit van ergotherapeutische interventies
PMED 00.05	Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek
VERPL 97.01	Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen
VERPL 99.01	Evaluatie van kleinschalig wonen met aandacht voor leefstijl van dementerenden
VERPL 99.02	Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners
TH 00.03	Het effect van een duimspalk bij patiënten met artrose
TH 00.04	Loophulpmiddelen bij patiënten met reumatische aandoeningen
PSH 00.01	Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS
VRA 98.10	De rol van coping en sociale steun bij de kwaliteit van leven van chronisch zieken

Kwaliteit: patiënten-perspectief

SAM 97.03	Effecten van kwaliteitssystemen en het oordeel van cliënten
HSZ 00.01	Orthopedie in de Nederlandse gezondheidszorg: vraag en aanbod in maatschappelijk perspectief
NS2 99.16	Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg
VRA 86.01	Consumentenpanel Gezondheidszorg
VRA 96.04	Kwaliteitsbevordering van thuiszorg ten behoeve van CARA- en reuma-patiënten
VRA 97.02	De lange termijn effecten van de verandering in de vergoeding voor tandartsenzorg
VRA 98.02	Kwaliteit van zorg bij diabetespatiënten
VRA 98.06	Klachten, klachtbehandeling, klachtenregistratie en klachtwet
VRA 99.03	Kennis en ervaren knelpunten rond de Wet op de geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) onder de Nederlandse bevolking, chronisch zieken en artsen
VRA 99.08	Kwaliteit van zorg bij kankerpatiënten
VRA 99.09	Kwaliteit van het werken van thuiszorginstellingen vanuit cliëntenperspectief
VRA 00.01	Gebruikersfeedback in de Nederlandse gezondheidszorg
VRA 00.05	Patiëntenoordelen en hun relatie tot consultkarakteristieken, werkdruk en praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk

MIG 97.01	Kraamzorg in allochtone gezinnen
MIG 00.03	Evaluatie " Gezondheidsbevordering op Maat", een voorlichtingsproject voor migranten
MIG 00.08	Veranderingen in gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in relatie tot het proces van acculturatie
INT 99.05	Patients' perceptions of health care in Central and Eastern Europe

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, studenten, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.

Deze publieke functie wordt steeds belangrijker sinds een aantal bibliotheken op specifieke terreinen van de gezondheidszorg (thuiszorg, intramurale gezondheidszorg) niet meer openbaar toegankelijk is.

Daarnaast is er een ontwikkeling gaande dat er naar meer gedetailleerde en/of compacte informatie gevraagd wordt.

Ontwikkelingen rond nieuwe media als internet en intranet transformeren de functie van de afdeling Bibliotheek en Documentatie. De afdeling zal de komende jaren steeds meer een informatiebemiddelende rol gaan spelen.

Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de interne en externe informatievoorziening.

Interne informatievoorziening

De collectie is altijd een belangrijke pijler geweest voor de ondersteuning van het interne wetenschappelijk onderzoek. De hierboven geschetste ontwikkelingen vereisen een ander collectievormingsbeleid en een andere manier van aanbieden van informatie. Informatie vormt de basis van de werkzaamheden van een bibliotheek, niet de drager van die informatie. De huidige collectievorming - het verzamelen en toegankelijk maken van informatie en kennis om nieuwe kennis te genereren zal even belangrijk worden als de connectie - het opsporen en toegang geven tot relevante literatuur- en gegevensbestanden om eveneens nieuwe kennis te genereren en deze vervolgens weer ter beschikking te stellen. Het actief verzamelen van informatie of toegang verschaffen tot die informatie is de essentie van het handelen van een bibliotheek: naast het verzamelen van basisliteratuur zal bij de collectievorming steeds meer gekeken worden naar aanwezigheid van literatuur en andere gegevens in externe bestanden; deze (literatuur)gegevens zullen via een te ontwikkelen intranet aan de onderzoekers ter beschikking gesteld worden. Er zal gestart worden met toepassingen die gemakkelijk te realiseren zijn of reeds gerealiseerd zijn: elektronische Current Contents, de reeds aanwezige bibliografische bestanden op CD-ROM, Opmaat. In een later stadium zal aan

het Intranet een aantal nieuwe functionaliteiten worden toegevoegd zoals het doorklikken naar relevante internetsites.

Externe informatievoorziening
Gezien de snelle ontwikkelingen op het Internet zullen de bibliotheekbestanden direct via de website van het NIVEL raadpleegbaar worden. De plannen hiervoor bestaan al lang. Beveiligingseisen houden tot nu toe de realisatie hiervan tegen. Als opstart zijn de wekelijkse bibliotheekaanwinsten via de NIVEL-website beschikbaar.
De afdeling Bibliotheek en Documentatie speelt een belangrijke rol bij de verdere structurering en het onderhoud van de NIVEL-website. De NIVEL-website gaat één van de toegangspoorten vormen tot het NIVEL Kennis Centrum (NKC). Het snel beschikbaar kunnen stellen van valide en betrouwbare kennis aan adviseurs en 'beslissers' op het brede en gecompliceerde beleidsterrein van de gezondheidszorg vormt één van de doelstellingen van het NKC. Kennis die ontwikkeld wordt op basis van de intern beschikbare informatie of toegankelijk gemaakt wordt door de enorme hoeveelheid extern, op het internet, beschikbare informatiebronnen op relevantie te beoordelen en thematisch ter beschikking te stellen via hyperlinks. Boordeling van kwaliteit en toegankelijkheid van deze bestanden staat hierbij centraal.
Verder wordt een dienst ontwikkeld - nu nog in een experimentele fase - waarbij gebruikers tegen betaling periodiek hoogwaardige informatie-op-maat via e-mail kunnen ontvangen.

Thesaurus Gezondheidszorg (TG)
De TG is een gezamenlijk product van een aantal gezondheidszorginstituten: NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, Ti (Trimbos-instituut), NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), LCVV (Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging), TNO-PG (TNO Preventie en Gezondheid) en het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing). De TG wordt door steeds meer instituten gebruikt voor ontsluiting van de eigen literatuurbestanden. Het gebruik van de TG als standaard voor ontsluiting van de gezondheidszorgliteratuur zal garant gaan staan voor een uniforme en dus doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid literatuur op het gebied van de gezondheidszorg. De toepassing van de TG door een aantal collega-instituten heeft zijn praktisch nut al meerdere keren bewezen bij het doelmatig opzetten van thematische literatuurbestanden.

Thematische literatuurverzamelingen
De afgelopen jaren is de NIVEL-bibliotheek zich gaan profileren als informatieleverancier. In samenwerking met verwante instituten worden thematische literatuurverzamelingen beschikbaar gesteld. De reeds bestaande literatuurbestanden rond

de thema's 'Kwaliteit van Zorg' en 'Verpleging & Verzorging breiden zich gestaag uit. Het opstarten van nieuwe literatuurbestanden is lastiger vanwege zoeken van een financier voor de hoge ontwikkelingskosten van afstemming van trefwoorden en de zgn. ontdubbeling. De start van het project 'Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg' is hierop geruime tijd blijven stuiten. Eind 1999 zal het bestand beschikbaar zijn via de websites van de participerende instituten.
In samenwerking met het NIG, LCVV, NZi en een aantal organisaties die zich bezig houden met de maatschappelijke positie van ouderen wordt een literatuurverzameling op het gebied van ouderen en gerontologie voorbereid.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

BIDOC 93.01 Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
(afgevoerd)
Zie BIDOC 97.01

BIDOC 98.02 Interne informatievoorziening
(afgerond)

BIDOC 99.01 PAVE (Persoonlijke Attendering Via E-mail
(afgerond)

BIDOC 99.02 Searches ten behoeve van review-artikelen

99.02c Gezondheidsklachten (psychische en lichamelijke) na (milieu)-rampen
(afgerond)

99.02d Gebruik van kunst- en hulpmiddelen
(afgerond)

99.02e Contextwerking in de geneeskunde
(afgerond)

99.02f Chronische moeheid
(afgevoerd)

BIDOC 99.03f Website NIVEL: tijdschriftenlijst
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

BIDOC 95.02 Collectievorming
(continue activiteit)

BIDOC 95.03 Database verpleging en verzorging
Onderhoud en beheer (continue activiteit)

BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg

Onderhoud en beheer (continue activiteit)
Update 1999

BIDOC 97.01 Uitbreiding Literatuurbestand Kwaliteit van Zorg
(in uitvoering)

BIDOC 98.04 Beschikbaarstellen van de bibliotheekbestanden op het Internet
In ontwikkeling

BIDOC 99.02 Searches ten behoeve van review-artikelen 1999
99.02a Thuiszorg in EG-landen (organisatiestructuur en financiering)
(in uitvoering)
99.02b Werklastmeting huisartsen
(in uitvoering)

NIEUW

BIDOC 00.01 Searches ten behoeve van review-artikelen 2000
00.01a Geneesmiddelenvoorziening en voorschrijven; internationaal
00.01b Migranten
00.01c Chronische pijn: epidemiologie, etiologie, diagnose, therapie, verloop
00.01d Genetisch counselen
00.01e Dynamic exercise therapy in rheumatoid arthritis; systematic review Cochrane Library; update
00.01f Informatiebehoeften van terminale patiënten en informatievoorziening in de palliatieve fase
00.01g Internationale gegevens over verloskundige zorg door huisartsen
00.01h Praten over werk

BIDOC 99.03 Website NIVEL (I)
99.03a Update en onderhoud NIVEL-site (continue activiteit)
99.03c Presentatie NIVEL-onderzoekers (in uitvoering)
99.03d NIVEL-onderzoekslijnen (continue activiteit)
99.03e Zoekfunctie NIVEL-website (in uitvoering)

NIEUW

BIDOC 00.02 Website NIVEL (II)
00.02a Implementatie Engelstalige versie (in voorbereiding)
00.02b Redesign van de site (in voorbereiding)

BIDOC 99.04 Ontwikkeling Intranet
(in voorbereiding)

NIEUW

BIDOC 00.03 Implementatie van het Intranet en internetfaciliteiten op de werkplek

BIDOC 99.05 Literatuurbestand Ouderen en Gerontologie
(in voorbereiding)

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
Prof.dr. J. Dekker	hoofd onderzoeksafdeling II
Dr. A. Kerkstra	hoofd onderzoeksafdeling III
T.J.M. de Jong	hoofd algemene zaken

Programmaleiders:

Prof.dr. P.P. Groenewegen	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Dr. D.M.J. Delnoij	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg (SAM)
Dr. D.H. de Bakker	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)
Dr. F.G. Schellevis, arts	Huisartsgeneeskundige zorg (HAG+NS+ PEIL)
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (WIJK+VERPL)
Prof.dr. J. Dekker	Thuiszorgtechnologie (TH)
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)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
Dr. M. Foets/Drs. L. Peters/ Dr.ir. R.D. Friele	Het perspectief van de hulpvrager (VRA+MIG)
R. van den Berg	Hoofd bibliotheek en documentatie (BIDOC)

Bestuur:

Leden

Drs. R.W. Lubbers*	Voorzitter
Mr. S.I.M. Bless*	Secretaris
Dr. C. Kleisen*	Penningmeester
Mw. G.A. Schulkes-van der Pol, huisarts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
Dr. W.B. Stalman*	Nederlands Huisartsen Genootschap
Vacature	Sector Verpleeghuizen
Dr. G.J. Caris	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dhr. R. van Hulst, fysiotherapeut	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
J.A.M. van Adrichem, arts	Zorgverzekeraars Nederland
Mr. N. de Jong	Zorgverzekeraars Nederland
Drs. G.J. Huis in 't Veld	Consumentenbond
G.H. Kranendonk, arts	Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie
Prof.dr. W.J.A. van den Heuvel	Rijksuniversiteit Groningen, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. C. Spreeuwenberg	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr. G.J. Kok	Universiteit Maastricht, voorgedragen door staf NIVEL

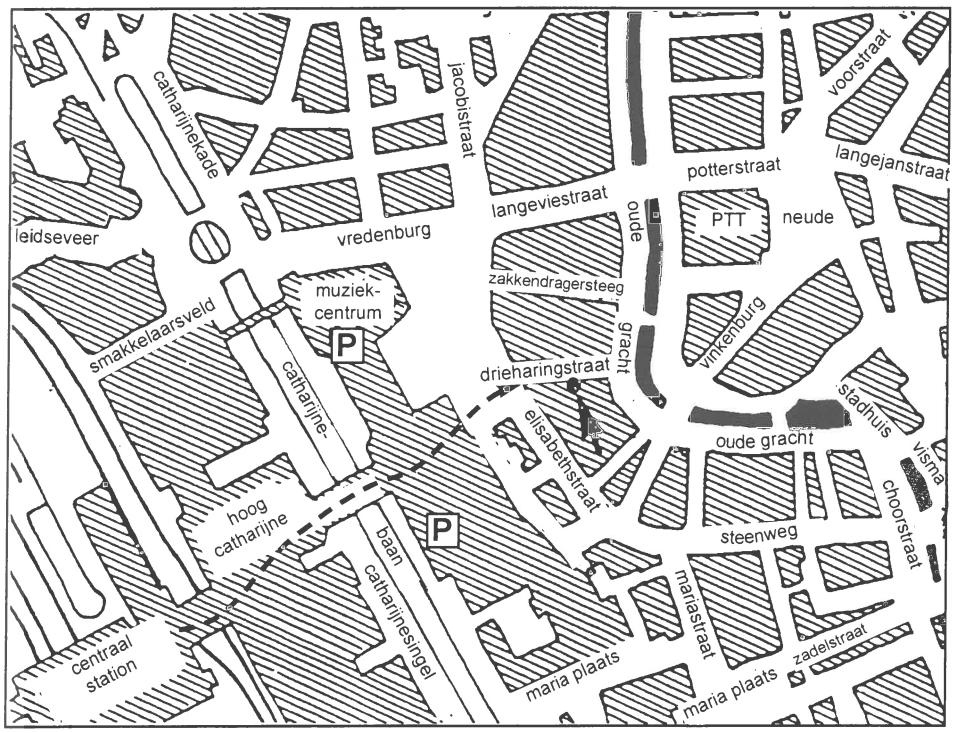
*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

Vacature	College voor Zorgverzekeringen
Mw. Mr. P. Fontein	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Dhr. J.M. van der Klaauw	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mr. H. Plokker, arts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Drs. A.J. Lohmann	VOG (Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector) sectie AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk)
Dhr. S. Zum Vörde sive Vörding, verloskundige	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dr. A. Francke	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).