

ONDERZOEKSPROGRAMMA

2009



www.nivel.nl
www.nivel.eu
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud Onderzoeksprogramma 2009

Voorwoord	3
1. Inleiding	5
1.1 Algemene ontwikkelingen	5
1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid	7
2. Zes onderzoeksdomeinen	16
2.1 Onderzoeksdomein Gezondheid en Ziekte	16
2.2 Onderzoeksdomein Patiëntenervaringen en participatie	19
2.3 Onderzoeksdomein De praktijk van de zorg	24
2.4 Onderzoeksdomein Aanbod en organisatie van de zorg	28
2.5 Onderzoeksdomein Structuur en sturing van de zorg	34
2.6 De uitkomsten van de zorg	37
3. Experts en Expertise van het NIVEL, 2009	39
4. Algemene informatie	41

Voorwoord

Voor u ligt het NIVEL onderzoeksprogramma **2009**. Het bestaat uit twee delen. Het tweede deel staat op www.nivel.nl.

Dit 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. Het onderzoek binnen het NIVEL wordt vervolgens besproken aan de hand van 6 onderzoeksdomeinen waarin het onderzoeksprogramma opgedeeld is. Het onderzoeksprogramma wordt afgesloten met een lijst van de NIVEL programmaleiders en hun onderzoeksthema's.

Het tweede deel van het onderzoeksprogramma vindt u op www.nivel.nl/onderzoek Hier treft u een overzicht van de actuele en recent afgesloten projecten. Dit overzicht wordt regelmatig (eens per kwartaal) ververs.

Meer exemplaren van het eerste deel van het onderzoeksprogramma zijn te bestellen per e-mail; nivel@nivel.nl of per telefoon; 030 2729700 of per fax; 030 2729729.

Inleiding

1.1

Algemene ontwikkelingen

CRISIS

Als de kredietcrisis niet was uitgebroken, zou deze inleiding over het beleid van Minister Klink zijn gegaan, over het stapsgewijs uitbreiden van de diagnose/verrichtingen combinaties waarvoor ziekenhuizen zelf over (concurrerende) tarieven kunnen onderhandelen. Of over de krachtige ingreep van de Verenigde Zorgverzekeraars (niks onderlinge concurrentie) in het vergoeden van geneesmiddelen (preferentiebeleid). Of over de onzalige gedachte om huisartsen in de ketenzorg niet alleen aanspreekpunt maar ook aansprakelijk te maken.

Maar de Crisis (met een hoofdletter C) transformeert het beleid van de minister van VWS tot krabbelen in de marge.

Hoe gaat de Crisis (of gaan de Crises – de financiële en de reële) de gezondheidszorg beïnvloeden?

Er komt in ieder geval meer aandacht voor Toezicht. De Onderzoeksraad Voor Veiligheid laat zien dat in een van de topziekenhuizen ondanks alle accreditaties, certificaties, inspectierapporten en andere externe en interne waarborgprocedures letterlijk levensgevaarlijke situaties kunnen bestaan. Het lijkt de Bankwereld wel. Scherpere regels, preciezere indicatoren, frequente bezoeken zullen het vertrouwen in de ziekenhuiswereld moeten herstellen – tot de volgende crisis – want gezondheidszorg is en blijft mensenwerk.

Het helpt in dit geval niet echt als de minister zelf verkondigt dat het publiek niet zonder meer op een ziekenhuis

moet vertrouwen. Hij (de overheid) kan geen garantie voor kwaliteit afgeven, alleen minimum normen stellen. Dit roept de vraag op of kwaliteitsbewaking in de ziekenhuiszorg nu eerder met de luchtvaart vergeleken moet worden dan met de kwaliteit van consumentenproducten, waar de koper een plicht heeft om op zijn hoede te zijn. Eerlijk gezegd zijn er sterke argumenten voor het eerste.

Een tweede crisisgevolg betreft de ziekenhuisfinanciering – ziekenhuizen zijn nu zelf verantwoordelijk voor de kapitaallasten en moeten deze in de tarieven verwerken. Geld wordt duurder – veel instellingen zijn in bouwprojecten verwickeld – zeker bij marginaal begrote projecten zullen aanpassingen moeten plaatsvinden.

De snel teruglopende dekkingsgraad van pensioenfondsen zal tot premieverhogingen leiden en die zullen op de een of andere manier moeten worden opgevangen door werkgevers en werknemers. Dat zal weer tot hogere zorgkosten en uiteindelijk via hogere verzekeringspremies tot meer inflatie leiden. Of tot minder aanspraak op zorg en beperkingen van het pakket als de kosten gelijk moeten blijven. Hogere zorgpremies zullen bovendien, bij ongewijzigd beleid, tot meer onverzekerden leiden.

Als de financiële crisis wordt gevolgd door een crisis die de hele economie raakt (en dat is wel de verwachting) zal het kabinet in de problemen komen met zijn begroting 2009. De inkomsten dalen (lagere omzetten, minder belasting, lagere olieprijs, minder aardgasbaten) en de uitgaven stijgen (meer werkloosheidsuitkeringen). Dit betekent bezuinigingen (verhoging van de belastingen ligt in een recessie niet voor de hand). Bij bezuinigingen

op Volksgezondheid is onderzoek, helaas, vaak het eerste doelwit.

Toch is niet alles slecht nieuws: gezondheidszorg is een grote binnenlandse sector met een tamelijk stabiele vraagkant. Mensen hebben weinig keuze in hun zorgconsumptie. Gezondheidszorg is over het algemeen geen luxe product. Dat legt een bodem in de binnenlandse economie.

En, tot slot, in economisch slechte tijden is de publieke sector een veilige haven en zijn zorgaanbieders en –verzekeraars aantrekkelijker werkgevers dan de internationale vastgoed wereld. De arbeidsmarktproblemen in de zorg behoren even tot het verleden, ook van marktwerking in de zorg zullen we vermoedelijk de komende jaren minder horen.

Gevolgen voor het onderzoek van het NIVEL

De invloed van het kabinetsbeleid op het NIVEL-onderzoeksprogramma is duidelijk traceerbaar. Het zorgstelsel, de marktwerking, de regulering ervan en het toezicht hierop staan centraal bij de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast participeert het NIVEL in de evaluatie van de Wmo (Wet op de maatschappelijke ondersteuning) die door het SCP wordt uitgevoerd.

Arbeidsmarkt vraagstukken komen aan de orde in het onderzoek naar arbeidsmarkt en behoefteramingen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Het gaat hierbij niet alleen om onderzoek naar instroom, uitstroom, vestiging en vertrek, maar ook om onderzoek naar de mogelijkheden van taakdelegatie, substitutie en de hiermee samenhangende noodzaak tot verbetering van de onderlinge afstemming.

Los van de crisis zijn er natuurlijk ook langere lijnen waar het NIVEL onderzoek zich op richt.

In de zorg staat de patiënt, de zorggebruiker steeds meer centraal. Vroeger werd dat vooral met de mond beleden (of werd er achteraan gezegd; de patiënt staat centraal, maar daar loopt ie behoorlijk in de weg); tegenwoordig (mede onder invloed van de Zorgverzekeringswet) wordt de evaluatie van de zorg door de gebruikers ervan serieus genomen. De kunst is om dit op een consistente en systematische manier te doen (en dat kan weer op 2 manieren: door zorggebruikers formele zeggenschap te geven en/of ze regelmatig om hun oordeel te vragen). Iedereen kent de beruchte ziekenhuislijstjes; het ziekenhuis dat op de ene lijst het hoogste scoort, staat op de andere lijst onderaan. Het in 2007 opgerichte Centrum voor Klantervaringen in de Zorg (CKZ) heeft als taak te bevorderen dat er consistent en systematisch gemeten en gerapporteerd wordt hoe zorggebruikers de ontvangen zorg waarderen (de CQ-indexen). Het NIVEL heeft een meerjarenafpraak met het Centrum gemaakt, om deze systematische evaluaties mede vorm te geven. Dit is een van de grotere onderzoeksprogramma's op het NIVEL.

De patiënt is ook degene die het beste zicht heeft op de continuïteit van zorg, of wellicht het ontbreken hiervan. Het zijn de NIVEL panels die inzicht kunnen geven in de vraag hoe het met deze continuïteit zit.

Communicatie-onderzoek heeft op het NIVEL een lange traditie en een uitstekende wetenschappelijke reputatie. Het onderzoek binnen dit thema dat voortvloeit uit de ontvangen Spinozapremie zal in 2009 een forse omvang krijgen.

Het onderzoek naar patiëntveiligheid heeft een forse impuls gekregen met het NIVEL/EMGO onderzoek naar

het voorkomen van onbedoelde schade. Het NIVEL onderzoek is nu vooral gericht op de mogelijkheden om de zorg veiliger te maken en dit goed te kunnen monitoren.

Het toegenomen belang dat aan preventie wordt gehecht heeft het NIVEL onderzoeksprogramma niet onberoerd gelaten. Er gaan verschillende projecten van start rondom het thema preventie en leefstijl.

De plannen voor een nieuwe Nationale Studie, maar dan voor de gehele eerste lijn, zijn onverminderd ambitieus. Vergeleken met de 2e Nationale studie van de huisartsenzorg zijn er twee opmerkelijke verschillen. Allereerst het meer vraaggerichte karakter van de nieuwe Nationale studie: centraal staan de vragen van patiënten en het antwoord hierop van de gehele eerste lijn. Het tweede verschil is de inzet om sneller en wendbaarder met onderzoeksresultaten naar buiten te komen. Die wendbaarheid is van groot belang: omstandigheden kunnen snel wijzigen, waardoor nieuwe beleidsvragen en daarmee ook onderzoeksvragen ontstaan.

Het immer lastige geneesmiddelen dossier verdwijnt niet uit onze aandacht. Nationale databases waarin het mogelijk is om indicatiestelling (diagnose) en voorgeschreven geneesmiddel te combineren, geven een actueel overzicht in ontwikkelingen in het voorschrijfpatroon van huisartsen.

Op Europees niveau speelt het NIVEL een belangrijke rol bij de surveillance en monitoring van influenza. Het NIVEL beheerde het European Influenza Surveillance Scheme (EISS), waar netwerken van huisartspraktijken nauw samenwerken met nationale referentie-laboratoria, om zo vroeg mogelijk de rondwarende griepvirussen te kunnen identificeren en de verspreiding door Europa te volgen.

EISS is inmiddels overgedragen aan het European Centre for Disease Control (ECDC). Tegelijk is het NIVEL gestart met een vergelijkbaar monitoringstelsel in Europa in een aantal niet EU-landen.

1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid

De positie van het NIVEL tussen 'veld', 'beleid' en wetenschap

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

Eén van de manieren waarop het NIVEL onderzoek doet is door het typische van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen ontwikkelingen in andere landen. Het motto is hier: het is goed om van eigen fouten te leren maar beter nog is het om uit andermans fouten lering te trekken. Eigenlijk zijn 'worst practices' leerzamer dan 'best practices'. Ook de invloed van Europese regelgeving op het Nederlandse beleid (vooral van basale economische regels over het vrije verkeer van personen, goederen en diensten) wordt nauwgezet gevolgd. Het huidige hybride karakter van de zorgverzekering (een mengeling van publieke (dat wil zeggen algemene en verplichte) verzekering en private uitvoering) valt, Europees gezien, buiten de gebaande wegen en zal ook

met argusogen (maar ook met onverholen bewondering) worden gevolgd.

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'. Het onderzoek dat het NIVEL doet leidt altijd tot een openbare publicatie. De plicht tot openbaar publiceren is statutair vastgelegd.

Belangrijk is om ook duidelijk te maken wat het NIVEL niet doet: het NIVEL doet niet aan richtlijnenontwikkeling (wel het voorwerk: het zoeken van de 'evidentie' en ook doet het NIVEL onderzoek naar de toepassing en naleving van richtlijnen en naar belemmerende en bevorderende factoren hiervoor); maar het ontwikkelen van de richtlijnen zelf doen we niet. Dat geldt ook voor beleidsadviezen en consultancy. We zijn een onderzoeksinstituut en houden ons bij onze leest. We richten ons eerder op, zoals dat in het jargon heet, disseminatie (het doelgroepspecifieke verspreiden van de resultaten van onderzoek met verschillende methoden) dan met de implementatie van onderzoeksresultaten.

Korte historie

De naam van het instituut NIVEL betekende oorspronkelijk: 'Nederlands Instituut voor onderzoek Van de Eerstelijnsgezondheidszorg'. Als zodanig begon het zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Het NIVEL zette hiermee het werk voort van het in 1965 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut. In 1995 werd het domein verbreed tot de gehele curatieve zorg. De naam NIVEL is toen vanwege de herkenbaarheid gehand-

haafd. Het instituut heet nu voluit 'NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg'.

Het Bestuur van de Stichting NIVEL weerspiegelt deze evolutie van het instituut. Bestond het tot het midden van de jaren zeventig nog voornamelijk uit vertegenwoordigers van huisartsenzijde, nu is het samengesteld uit de drie voor het NIVEL cruciale partijen:

1. het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (specialisten, huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, ziekenhuiszorg en ouderenzorg);
2. consumenten en zorgverzekeraars (consumentenbond, zorgverzekeraars en patiëntenplatform)
3. vertegenwoordigers uit de wetenschappelijke wereld.

Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut. Bij deze brede samenstelling worden meer en meer vragen gesteld. Zo zou vanuit het beginsel van Good Governance meer te zeggen zijn voor een onafhankelijker vorm van toezicht. Over de wenselijkheid van overgang van een breed vanuit het veld samengesteld bestuur naar een meer onafhankelijke Raad van Toezicht worden in 2009 beslissingen genomen.

Het onderzoek van het NIVEL: Gezondheidszorg-onderzoek/Health Services Research

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

Schema 1: Domeinen van het NIVEL gezondheidszorg-onderzoek



Onafhankelijkheid en samenwerking

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 gebruikt te (kunnen) worden in het beleid dat door partijen in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Het NIVEL heeft een zekere onafhankelijkheid nodig om verantwoord wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen en dient anderzijds sterk verbonden te zijn met de partijen die gebruik maken van de resultaten van dat onderzoek. Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Het wetenschappelijk karakter wordt bevorderd doordat het NIVEL is aangesloten bij twee universitaire onderzoekscholen ('CaRe' en 'Psychology and Health'). Naast deze interuniversitaire onderzoekscholen zijn ook afspraken

gemaakt over leerstoelen en samenwerking tussen NIVEL en specifieke universiteiten. De nationale positie van het NIVEL voor het streven naar nationaal representatieve gegevensbestanden, of, liever nog, naar flexibele gegevensproducerende systemen, die als het ware gereed staan om beleidsvragen op een wetenschappelijk zo verantwoord mogelijke manier te beantwoorden.

Databanken en registratiesystemen; NIVEL's 'assets'

De databanken en registratiesystemen zijn het tafelzilver of de kroonjuwelen van het NIVEL: ze zijn essentieel. Voor het NIVEL is het beheer en de exploitatie van databanken een belangrijk middel om snel antwoord te kunnen geven op onderzoeks- en beleidsvragen. Vaak beheert het NIVEL de databanken samen met anderen. Een belangrijk punt is dat de NIVEL-registratiesystemen en databanken nooit op zichzelf staan; ze zijn altijd ingebed in een onderzoeksprogramma, omdat alleen in de samenwerking tussen databank en onderzoek de registratiesystemen flexibel blijven. Het voorkomt het ontstaan van datakerkhoven; gebruik van de gegevens is altijd gegarandeerd.

Toegang tot de gegevens door derden is soms in handen van het NIVEL zelf, maar vaker mede in handen van de belangrijkste bij de gegevensproductie betrokken partijen. Een florerend poldermodel maakt echter dat de feitelijke toegang weinig belemmeringen kent. De registratiesystemen en databanken laten zich in schema 2 weergeven.

Er is een belangrijk onderscheid tussen registratiesystemen van personen (alle huisartsen of verloskundigen) en van aandoeningen en verrichtingen (LINH, LiPZ; bij steekproeven van huisartsen, fysiotherapeuten en oefen-therapeuten).

De persoonsregistraties onderscheiden zich enerzijds als verzamelingen van alle relevante beroepsbeoefenaren, waar over een volledige groep een beperkte hoeveel-

heid informatie wordt verzameld en anderzijds als steekproeven van zorgverleners en zorggebruikers, die regelmatig over actuele onderwerpen worden onderzocht.

Registraties van voorzieningen kende het NIVEL tot voor kort niet (meer); de in de jaren zeventig opgezette registratie van gezondheidscentra is reeds lang ter ziele. Met het langzaam verdwijnen van de huisartsen-solo-praktijk (en, niet te vergeten, de nog veel snellere teloorgang van de verloskundigen-solo-praktijk) en de opkomst van voorzieningen als huisartsenposten is de

registratie van voorzieningen in de eerstelijnszorg een actueel thema en daarmee een uitdaging voor het NIVEL geworden. Vanaf 2007 is een registratie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg operationeel. Er is één bijzondere databank. Het betreft een verzameling van in de loop der tijd (de eerste banden dateren uit 1976) op video opgenomen consulten, nu meer dan 15.000 stuks, vooral van huisartsen, maar ook van specialisten) die de basis vormen van een solide en innovatief onderzoeksprogramma (de databank Communicatie In de Zorg - CIZ). We zullen de systemen hieronder bespreken:

Schema 2: Registratiesystemen en databanken op het NIVEL

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Registratie van beroepsgroepen</i>				
Huisartsen (1974)¹	alle huisartsen die beroepsopleiding hebben voltooid	VWS activiteiten-subsidie	steekproeftrekking voor: - onderzoek - statische overzichten - beschrijving beroepsgroep; keuzeinformatie voor de burgers	vestiging, vertrek, behoeften, beroepsstudies, substitutie, modelbouw in de gezondheidszorg
Verloskundigen (1980)	alle verloskundigen	beroepsorganisatie		
Fysiotherapeuten (1994)	alle fysiotherapeuten			
Oefentherapeuten Cesar/Mensen-dieck (2001)	alle werkzame oefentherapeuten			
Eerstelijnspsychologen (2007)	alle werkzame eerstelijnspsychologen	VWS activiteiten-subsidie		
<i>Panels van beroepsgroepen</i>				
Verpleegkundigen en verzorgenden (2001)	steekproef van 800 verpleegkundigen en verzorgenden	VWS	regelmatige peilingen naar beroepsuitoefening en werkbeleving	Arbeidsmarktvoorstellen vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Panels van zorggebruikers</i>				
Consumentenpanel gezondheidszorg (1992)	steekproef van 3000 burgers (2 panels van 1500)	VWS activiteiten-subsidie	halfjaarlijkse metingen	vertrouwen in de gezondheidszorg, relatie met zorgverzekeraars, wetsevaluatie
Monitor zorg en leefsituatie mensen met een chronische ziekte en beperking (1998) en Panel Samen Leven	steekproef van 4000 chronisch zieken en gehandicapten, en 600 mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking	ministeries SoZa We VWS activiteiten subsidie	vaste peilingen over maatschappelijke positie en ziektebeleving evaluaties gezondheidszorg	omgaan (coping) met chronische ziekten, kosten van zorggebruik, maatschappelijke participatie
<i>Registratie van aandoeningen en verrichtingen</i>				
LINH Landelijk informatie Netwerk Huisartsenzorg (1996) en Panel Samen Leven (2005)	80 huisarts-praktijken met 195.000 patiënten, alle voorkomende ziekten en verrichtingen	VWS activiteiten-subsidie	jaarlijks rapport	Epidemiologie van ziekten in de eerste lijn, geneesmiddelenonderzoek, kwaliteit van zorg; voorbereiding (3e) Nationale Studie van ziekten en zorg in de eerste lijn.
Peilstations (1970) is samengevoegd met LINH	65 huisartsen in 44 praktijken	VWS activiteiten-subsidie	jaarverslag	Surveillance griep, monitoring specifieke hulpvragen en aandoeningen
LiPZ Landelijk Informatienetwerk Paramedische Zorg (2000)	diagnose en behandeling in 40 praktijken	VWS activiteiten-subsidie	jaarrapporten	kwaliteit van zorg, richtlijnen, evaluatie beleidsmaatregelen (zoals vrij laten tarieven en vrije toegankelijkheid)
LINEP Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen	Diagnose en behandeling in 50 praktijken	VWS Project-subsidie	Jaarboek	Vraag en aanbod van eerstelijns psychologische hulp
Databank Communicatie in de zorg (1976)	15.000 arts-patiënt consulten op video	VWS activiteiten-subsidie	Onderzoeksprojecten Promotieprojecten	onderzoek t.b.v. praktijk en beleid (bv. naar de WGBO)

¹ Het jaartal betekent: bestaat sinds ...

Toekomstige ontwikkelingen

De *beroepenregistraties* tellen slechts een handvol beroepen; het zou voor de capaciteitsramingen een goede zaak zijn als het NIVEL ook een bestand van medisch specialisten voor onderzoeksdoeleinden zou bijhouden. De registraties worden deels uit de activiteitsubsidie van het NIVEL betaald (dat is van oudsher zo gegroeid) en deels door de beroepsgroepen zelf. Uitbreiding naar de specialistenregisters lijkt een logische stap, mits de financiering geregeld is.

Een tweede logische ontwikkeling is die naar (het weer oppakken van) de registratie van bepaalde eerstelijnsvoorzieningen, zoals gezondheidscentra en huisartsenposten. Samenwerkingsverbanden worden vanaf 2006 als (door VWS gefinancierd) project aangepakt.

Bij de *panels van beroepsbeoefenaren* kan men zich heel goed een uitbreiding naar andere beroepsgroepen denken; de huisartsen vormen dan een voor de hand liggende groep. Met behulp van de panels kan men als het ware 'de temperatuur opnemen' van de betreffende beroepsgroep. Nauwe samenwerking met de beroepsgroepen is hier geboden.

Bij de *panels van zorggebruikers* kan men denken aan uitbreiding met extra groepen; bij het Consumentenpanel gezondheidszorg bijvoorbeeld aan bepaalde leeftijdsgroepen (een seniorenpanel, een kinderpanel, een migrantenpanel). Bij het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten zijn er plannen voor een haalbaarheidsstudie voor een panel van mensen met kanker. Op ingenieuze wijze kunnen bijvoorbeeld organisaties van bepaalde patiëntengroepen (astma- en COPD-patiënten; nierpatiënten) zich aansluiten bij het NPCG om door het afnemen van dezelfde vragenlijsten tot vergelijkende conclusies te komen.

Het *LINH*-netwerk heeft grote mogelijkheden. Eén van de doelen van de integratie van peilstations en *LINH* is

om de snelheid van de peilstations (wekelijkse overzichten) te combineren met het gemak van de elektronische registratie. Als dat is gerealiseerd kunnen de gegevens worden gebruikt voor allerlei soorten surveillance en monitoring met een sterk public health karakter. Dat loopt van de surveillance van infectieziekten tot het signaleren van mogelijke bioterroristische activiteiten (syndrome surveillance). Onderhandelingen over het verdubbelen van de omvang van het netwerk, opdat bovengenoemde doelen beter kunnen worden gerealiseerd, zijn in volle gang.

Ook vormt *LINH* een referentiebestand waartegen lokale ontwikkelingen (denk aan een lokale ramp als de vuurwerkcramp in Enschede) kunnen worden afgezet. Door constructie van speciale controlegroepen is een tamelijk precieze vergelijking met een 'normale' situatie mogelijk. *Geneesmiddelenonderzoek* vormt een gouden potentieel in *LINH* omdat zowel de diagnose als het voorgeschreven geneesmiddel in het bestand zijn opgenomen (nodig voor onderzoek naar on-label en off-label voorschrijven). De longitudinale mogelijkheden van *LINH* zijn nog nauwelijks benut; patiënten kunnen, anoniem, jaren worden gevolgd.

LiPZ; het Landelijk informatiesysteem Paramedische Zorg, heeft op bescheidener schaal een zelfde potentieel. Met het verdwijnen van een groot deel van de fysiotherapie en oefentherapie uit het verstrekkingspakket van de basisverzekering en het vrij laten van de tarieven is het nu vooral van belang het register in stand te houden, juist om de veranderingen goed in kaart te kunnen brengen.

De uitdagingen voor de *'Databank Communicatie in de zorg'* zijn legio. Consulten van medisch specialisten en praktijkondersteuners lijkt een logische uitbreiding. Er is al een uitbreiding geweest naar huisartsen in som-

mige andere Europese landen (de Eurocom studie) met opmerkelijke resultaten (huisartsen in poortwachtersystemen werden minder gewaardeerd door hun patiënten dan hun collega's in systemen waar specialisten direct toegankelijk zijn). De financiële impuls van de Spinozapremie zal het onderzoek sterk bevorderen.

De Nationale Studie 1^e lijn; De Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn (NS 1^e lijn) is een omvattend, beleidsgericht onderzoeksprogramma en daarop afgestemde gegevensverzameling, waarmee een samenhangend beeld kan worden gegeven van de eerstelijnsgezondheidszorg. Beleidsgericht impliceert dat belangrijke vragen die op dit moment in het beleid rond de eerste lijn spelen geadresseerd worden en dat er voldoende flexibiliteit is om toekomstige vragen mee te nemen. Omvattend betekent dat de hele keten in beeld komt van preventie en diagnostiek tot behandeling en langdurige zorg en alle daarin een rol spelende zorgverleners zoals huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, thuiszorg, eerstelijnspsychologen en verloskundigen. De Nationale Studie 1^e lijn kan worden gezien als een collectief goed dat waarde heeft voor verschillende directies binnen het ministerie van VWS, de IGZ, de NZa, het CVZ en het RIVM. Het kunnen uitvoeren van de Nationale Studie 1^e lijn is een vurig gewenste toekomstige ontwikkeling.

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

Hoewel het NIVEL veel waarde hecht aan het opzetten en instandhouden van landelijke representatieve informatiesystemen op het terrein van de gezondheidszorg, heeft het zeker niet de pretentie het enige instituut te zijn met een landelijke informatiefunctie op dit terrein. Dat zou niet alleen op gespannen voet staan met de realiteit van dit moment, waar meerdere organisaties nuttige kennisfuncties vervullen, maar is als ambitie nodig

noch wenselijk. De uitbreiding van het werkterrein van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg, zonder een daarmee gepaard gaande structurele uitbreiding van de kennisinfrastructuur noopt tot een zekere bescheidenheid en vraagt om inventiviteit teneinde de landelijke kennisfunctie op dit bredere werkterrein op een innovatieve en efficiënte wijze te kunnen vervullen. Het NIVEL streeft er niet naar om alle informatiesystemen in eigen huis te krijgen, maar zoekt naar strategische allianties met anderen om de noodzakelijke kennis in samenhang te kunnen produceren.

Een belangrijke alliantievorm is de samenwerking met de universitaire onderzoekswereld. Deze is geformaliseerd in de deelname aan twee KNAW onderzoekscholen: CaRe en Psychology and Health. Daarnaast is een aantal NIVEL medewerkers ook als hoogleraar verbonden aan verschillende Nederlandse universiteiten: de Vrije Universiteit Amsterdam, de Universiteit Utrecht, de Universiteit Maastricht en de Universiteit van Tilburg. Het NIVEL stelt eigen data en expertise ter beschikking van derden op gerichte vragen van buiten. Ook dat past bij onze filosofie over de rol van een landelijk kenniscentrum. Een fraai voorbeeld hiervan vormt de grootschalige Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (de voorganger van de beoogde Nationale studie 1^e lijn). Met veel universitaire en buiten-universitaire onderzoeksinstituten zijn samenwerkingsprojecten opgezet op basis van het door het NIVEL verzamelde materiaal. Het RIVM neemt actief deel aan de uitvoering van deze studie en aan de verspreiding van de resultaten ervan. Het aantal publicaties uit deze studie is groot. Begin 2009 staat de teller wat betreft het aantal proefschriften die gebaseerd zijn op deze Tweede Nationale Studie op 18. Veel van de publicaties zijn het resultaat van een samenwerkingsproject met andere onderzoeksinstituten of onderzoeksgroepen

op de data die werden verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie.

Veel kennis en informatie maar gebrek aan overzicht

Maar wellicht belangrijker nog voor de ambitie die het NIVEL heeft als kenniscentrum voor de gezondheidszorg, is de constatering dat de gezondheidszorg momenteel een interessante paradox meemaakt. Enerzijds wordt er in de gezondheidszorg op steeds meer plaatsen steeds meer kennis en informatie geproduceerd, waarbij het tegelijkertijd steeds ingewikkelder wordt om daarover het overzicht te bewaren. Anderzijds is het in een gereguleerd 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' en 'evidence-based health care 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 heeft in 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. Daarnaast is het van groot belang dat de informatie die wordt geproduceerd ook goed wordt ontsloten. Het is belangrijk om hierbij niet alleen gebruik te maken van de klassieke routes, maar ook gebruik te maken van nieuwe media en 'de pers'. Hier ligt voor het NIVEL een belangrijk terrein voor verdere innovatie. Er moet gezocht worden naar nieuwe vormen van kennismanagement, 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.

Het NIVEL beschikt met www.nivel.nl over een bruikbaar instrument voor het verspreiden van onderzoeksresultaten via het internet. Een stijgend aantal bezoekers weet deze site te vinden. In de maand oktober van 2008 lag het aantal bezoekers van buiten het NIVEL op circa 1000 per werkdag. Op deze site vinden zij alle NIVEL publicaties en informatie over NIVEL-experts en expertise. Ook wordt men meer dan wekelijks geattendeerd op nieuwe onderzoeksresultaten. NIVEL rapporten zijn op de website - gratis - verkrijgbaar als pdf-bestand. De gebruiker blijft centraal staan. Dit is een reden voor regelmatig gebruikersonderzoek. Eind 2008 is een vernieuwde versie van de NIVEL website uitgebracht, waarin de resultaten van het gebruikersonderzoek zijn gebruikt om de site nog gebruikersgerichter te maken. Spiegelinformatie is bij uitstek een manier om 'meer uit gegevens te halen' en de relatie tussen 'onderzoek' en 'beleid of praktijk' te versterken. Het krijgen van spiegelinformatie kan voor individuele respondenten, professionals of zorginstellingen natuurlijk een extra stimulans zijn om aan onderzoek mee te werken. Spiegelinformatie kan ook een daadwerkelijke bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Spiegelinformatie geeft hen inzicht in de eigen prestaties, vergeleken met anderen. Binnen het kenniscentrum worden werkwijzen ontwikkeld om op een efficiënte manier spiegelinformatie te produceren die goed aansluit bij de behoeften van de gebruikers.

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 zogenaamde 'consultatieronde') langs de belangrijkste 'klanten' van het NIVEL. Het gaat hier om de verschillende directies van het ministerie van VWS, de toezichthouders Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorg Autoriteit, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg en de verschillende koepelorganisaties van instellingen, zoals NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en Actiz (Ouderenzorg). Ook zorgverzekeraars en patiënten - en consumentenorganisaties.

Tenslotte genereert het lopende onderzoek eveneens 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. Daarnaast komen er buiten al deze kanalen ook instanties 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 onderzoeksvragen aangenomen en uitgevoerd.

Zes onderzoeksdomeinen

Het NIVEL doet onderzoek naar de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg. Dit onderzoeksprogramma is verdeeld in 6 domeinen:

1. Gezondheid en ziekte
2. Patiëntenervaringen en participatie
3. De praktijk van de zorg
4. Aanbod en organisatie van de zorg
5. Structuur en sturing
6. Uitkomsten van de zorg.

Elk van deze onderzoeksdomeinen kent een aantal onderzoeksthema's. Deze thema's worden getrokken door één of meer programmaleiders of senioronderzoekers.

Achtereenvolgens worden de verschillende onderzoeksdomeinen en de daarbij behorende onderzoeksthema's beschreven. Afsluitend geven we een overzicht van de programmaleiders en senioronderzoekers die deze thema's trekken. Op de website van het NIVEL, www.nivel.nl, is meer informatie te vinden, zoals informatie over lopende projecten en NIVEL publicaties.

2.1

Onderzoeksdomein Gezondheid en Ziekte

- **Hoe gezond is Nederland?**
- **Welke ziekten komen vaak voor?**
- **Welke zijn de verschillen tussen diverse bevolkingsgroepen?**
- **Wat betekent dit voor de vraag naar gezondheidszorg?**

In het onderzoeksdomein Gezondheid en Ziekte staat de vraag naar de epidemiologie van ziektes centraal. Ongezondheid is één van de determinanten van zorggebruik.

De levensverwachting bij geboorte is voor jongens sinds 1980 met 5,5 jaar toegenomen, voor meisjes met 3,1 jaar. Sinds 2002 is het aantal sterftegevallen per jaar gedaald (CBS, juli 2008). De meest voorkomende ziektes en stoornissen zijn nek- en rugklachten, eczeem, artrose, coronaire hartziekten, gezichtsstoornissen, ouderdoms- en lawaaidoofheid, diabetes, astma/COPD en depressie. Artrose, coronaire hartziekten, diabetes, COPD en depressie staan ook in de top-10 van ziektes en stoornissen die (door hun impact, hun lange duur of de combinatie van beide) de kwaliteit van leven het meest aantasten. Andere aandoeningen uit deze top-10 zijn beroerte, longkanker, dementie, alcoholafhankelijkheid en angststoornissen.

Astma, diabetes, depressie, angststoornissen en beroerte zijn tussen 1993 en 2003 het meest in aantal toegenomen.

De meeste genoemde ziektes hebben een chronisch karakter en komen vaker voor naarmate patiënten ouder zijn. Een aantal van de ziekten is beïnvloedbaar door de leefstijl aan te passen. Veel van de genoemde ziektes worden mede veroorzaakt of verergerd door roken en overgewicht, soms ook door overmatig alcoholgebruik. Wat acute aandoeningen betreft, wordt regelmatig de mogelijke komst van nieuwe virussen gemeld die in de toekomst mogelijk tot een pandemie kunnen leiden: varianten op het vogelgriepvirus, Q-koorts, SARS-virus.

Ontwikkelingen in het onderzoek

De informatie over gezondheid en ziekte is in Nederland gebaseerd op verschillende gegevensbronnen, zoals epidemiologische studies in de algemene bevolking, zorgregistraties en registers. Zorgregistraties hebben als voordelen dat de gegevens over ziekten gebaseerd zijn op een professioneel oordeel en dat deze met relatief geringe inspanning en lage kosten beschikbaar zijn. Mede dankzij de eisen die aan de elektronische patiëntendossiers en aan de declaraties aan de ziektekostenverzekeraars worden gesteld, worden de gegevens steeds meer gestandaardiseerd vastgelegd. Dit verhoogt de bruikbaarheid van routinematig voor de zorg vastgelegde gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. De toegankelijkheid van deze gegevens neemt toe naarmate zorgverleners meer gebruik maken van web-based informatiesystemen. Het (mogelijke) toekomstige gebruik van het BSN (BurgerServiceNummer) voor gezondheidsonderzoek biedt mogelijkheden voor optimale koppeling van registraties waardoor gegevens over ziekte uit verschillende sectoren van de gezondheidszorg bijeengebracht kunnen worden.

Binnen het NIVEL-onderzoeksdomein "Gezondheid en Ziekte" wordt veel gebruik gemaakt van gegevens uit zorgregistraties van bijvoorbeeld huisartsen, paramedici, en eerstelijns-psychologen. In het kader van de voorgenomen Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn zullen deze monodisciplinair georiënteerde registratiesystemen worden geïntegreerd tot een multidisciplinair eerstelijns informatiesysteem over gezondheid en ziekte. Gezien de vrije toegankelijkheid van de verschillende eerstelijns zorgverleners is dit ook noodzakelijk voor het complete beeld van gezondheid en ziekte zoals die zich aan zorgverleners voordoet.

NIVEL Databases en panels

Het onderzoek binnen dit domein maakt vooral gebruik

van LINH waarin de morbiditeit van alle bij een huisarts ingeschreven patiënten longitudinaal en in ziekte-episodes geordend, gevolgd wordt. Analoog aan LINH worden gegevens over het klachtenaanbod van patiënten in praktijken van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten geregistreerd in het Landelijk informatienetwerk voor Paramedische Zorg (LiPZ). Verder bestaat er een vergelijkbaar netwerk waarmee hulpvraag in praktijken van eerstelijnspsychologen (Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen, LINEP) kan worden afgeleid. De griep wordt al sinds jaar en dag wekelijks "gemeten" via de peilstations van het NIVEL.

Het onderzoeksdomein op hoofdpunten voor 2009
Het NIVEL-onderzoeksdomein "Gezondheid en Ziekte" kent in 2009 vijf thema's

- Gezondheid en ziekte in de eerste lijn
- Etnische en socio-economische verschillen in gezondheid en ziekte.
- Comorbiditeit en multimorbiditeit
- Surveillance
- Rampen
- Sport, bewegen en gezondheid

Gezondheid en ziekte in de eerste lijn

Binnen dit thema wordt onderzoek gedaan naar de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Dit thema kent verschillende bronnen. Naast een diversiteit van bronnen kent dit thema ook een diversiteit van aandachtsgebieden: er is oog voor acute ziekten, maar ook voor comorbiditeit, voor psychische problematiek en surveillance van griep, voor de gezondheid in achterstandswijken en onder migranten en vluchtelingen. Een belangrijke plaats is ingeruimd voor de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn. Deze studie zal, in navolging van de eerste en tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsen-

praktijk ook een actualisering van de gegevens over gezondheid en ziekte in de algemene bevolking en bij eerstelijns zorgverleners inhouden. Door het gebruik van dezelfde meetinstrumenten kunnen ook historische ontwikkelingen hierin zichtbaar gemaakt worden.

Etnische en socio-economische verschillen in gezondheid en ziekte

Dit onderzoeksthema richt zich op de verschillen in gezondheid en ziekte tussen subgroepen in de populatie (arbeidsmigranten, asielzoekers en vluchtelingen, illegale vreemdelingen, bewoners van achterstandswijken). Hiervoor maken we o.a. gebruik van de morbiditeitgegevens die komen uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH). Zo vervolgen we in 2009 onderzoek naar de gezondheid onder Turkse en Marokkaanse migranten in relatie tot hun acculturatie en identiteit. Voor de huisartsenzorg in achterstandswijken geldt een speciaal tarief. Om achterstandswijken te herkennen heeft het NIVEL een achterstandsindex samengesteld die om de vier jaar opnieuw berekend wordt zoals in 2008. Hierdoor wordt het mogelijk om de gegevens verzameld in LINH in achterstandswijken te vergelijken met deze uit andere wijken in het land. Hiervan zullen we ook in 2009 gebruik maken om gezondheidsverschillen tussen autochtone Nederlanders en migranten in en buiten achterstandswijken te vergelijken.

Comorbiditeit en multimorbiditeit

Een bijzonder invalshoek bij het onderzoek naar gezondheid en ziekte betreft het thema comorbiditeit, resp. multimorbiditeit. Lichamelijke ziekten en psychische stoornissen, met name depressie, gaan vaak samen. Door de veroudering van de bevolking en het langer blijven leven met een chronische ziekte, dankzij de medische behandelingsmogelijkheden, zullen in de toekomst steeds meer mensen meerdere ziekten hebben. Onderzoek is

onder andere nodig naar de frequentie waarmee combinaties van ziekten voorkomen en de mate waarin dit diagnostiek en behandeling beïnvloed, bijvoorbeeld de signalering en behandeling van depressie en angst in aanwezigheid van een chronisch lichamelijke ziekte. Daarnaast is onderzoek nodig naar organisatorische randvoorwaarden voor een efficiënte zorg voor mensen met multimorbiditeit. Voor dit onderzoek wordt aangesloten bij bestaande samenwerkingverbanden, met name bij het NESDA-onderzoekprogramma, het VUmc en het Trimbos Instituut.

Surveillance

Door surveillance in huisartsenpraktijken ontstaat een goed inzicht in de jaarlijkse ontwikkeling van de influenza epidemie. Daarnaast kan deze surveillance bijdragen aan het vroegtijdig herkennen van een eventuele pandemie. Dit systeem is ook geschikt voor informatie over andere acute veranderingen in morbiditeit of mortaliteit, bijvoorbeeld als gevolg van nieuwe infectieziekten, veranderingen in het fysische milieu (hittegolf) of een bioterroristische aanval. Ook is het systeem geschikt om lokaal en ad hoc in te zetten om de gezondheidseffecten van lokale/regionale gebeurtenissen (aviaire influenza, zoönosen, rampen) in kaart te brengen (monitoren).

Het surveillance-systeem is gebaseerd op (de extractie van) anonieme diagnostische gegevens uit het elektronisch medisch dossier van alle patiënten die zijn ingeschreven in de deelnemende huisartspraktijken. Deze huisartspraktijken en aldaar ingeschreven patiënten zijn representatief voor Nederland. Na extractie en geautomatiseerde verwerking is zo nodig dagelijkse rapportage over de omvang van het gezondheidsprobleem mogelijk. De dekkinggraad van het systeem bepaalt de precisie van de informatie en bepaalt de mogelijkheid om uitspraken te doen over regionale verschillen. In het kader van de voorbereiding op een mogelijke influenza-pandemie zal de 'dekkinggraad' van de huidige influenza-surveillance worden uitgebreid van

ca. 1% tot 3% van de Nederlandse bevolking en voorzieningen worden getroffen voor een – zo nodig – dagelijkse rapportage. Op internationaal niveau zal het NIVEL in opdracht van de WHO-Europa de surveillance van de jaarlijkse influenza-epidemie in een aantal niet-EU landen gaan ondersteunen.

Rampen

Om de zorg na rampen in kaart te brengen, is monitoring van gezondheidseffecten van rampen een belangrijk instrument. Over het gebruikmaken van bestaande registraties (met name door huisarts, bedrijfsarts en apotheker) is na de rampen in de Bijlmermeer, Enschede en Volendam veel geleerd. Daarom is de NIVEL monitoring-methodiek geborgd bij het centrum voor Gezondheid en Milieu bij het RIVM. Met name van de gebeurtenis in Enschede is geleerd dat de infrastructuur van bestaande registratiesystemen moet worden bewaakt (dekkingsgraad registrerende zorgverleners, ontwikkelingen binnen de registratiesystemen, privacyregelingen). Daarom houdt het NIVEL in samenwerking met het RIVM de monitoring methodiek stand-by, zodat deze bij een ramp snel kan worden 'uitgevouwen'. De methodiek wordt ook in andere omstandigheden gebruikt zoals bij een samenwerkingsproject met het RIVM (afdeling MGO), waarbij eventuele gezondheidseffecten van UMTS-masten in kaart worden gebracht.

Sport, bewegen en gezondheid

Een vrij nieuw onderzoeksthema binnen het NIVEL is sport, bewegen en gezondheid. Dit thema bouwt voort op de ervaringen die zijn opgedaan in het onderzoek naar fysieke activiteit bij patiënten met artrose. Op het gebied van sport, bewegen en gezondheid evalueert het NIVEL verschillende programma's en/of campagnes. Een voorbeeld hiervan is het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Het NIVEL heeft met subsidie van het NASB

van een groot aantal interventies onderzocht of zij kansrijk zijn om 'te-weinig-actieven' in beweging te brengen en te houden. De kansrijke interventies zijn in een overzicht weergegeven. Het onderzoek zal zich verder richten op het monitoren en evalueren van verschillende initiatieven om de Nederlandse bevolking meer aan het bewegen te krijgen. Op Europees niveau wordt meegewerkt aan een inventarisatie van registraties op het gebied van fysieke activiteit en voeding, zowel voor volwassenen als voor kinderen. In de toekomst zullen dergelijke evaluaties en onderzoeksactiviteiten verder worden uitgebouwd.

2.2

Onderzoeksdomein Patiëntenervaringen en participatie

- **Waarom gaan mensen naar de dokter?**
- **Wat zijn hun ervaringen?**
- **Hoe beoordelen zij de zorg?**
- **Wat zijn de ervaringen van chronisch zieken en migranten?**

In het onderzoeksdomein Patiëntenervaringen en participatie staat het perspectief van patiënten – ook wel burgers, consumenten, verzekerden of cliënten – centraal. In dit onderzoeksdomein gaat het om hun visie op de zorg en om hun deelname aan de samenleving.

Patiënten hebben als gevolg van de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (2006) een meer centrale rol gekregen in de sturing van de gezondheidszorg. In een vraaggestuurd systeem zijn zij een van de marktpartijen, naast zorgaanbieders en verzekeraars. Eén van de doelstellingen van het overheidsbeleid is dat

patiënten zelf keuzes maken in de zorg, maar daarvoor hebben zij informatie nodig. Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van VWS zijn verschillende initiatieven genomen om transparantie in de zorg te bevorderen. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar medisch-technische kwaliteitsindicatoren, maar juist ook naar wat patiënten zelf belangrijk vinden en wat hun ervaringen met de zorg zijn. Om dit in kaart te brengen is de systematiek van de Consumer Quality (CQ)-index ontwikkeld, die nu onder regie van het Centrum Klantervaring Zorg in verschillende zorgsectoren wordt geïmplementeerd.

De ontwikkelingen in beleid en wetgeving zijn erop gericht om de positie van patiënten te versterken. De vraag is echter of iedereen in gelijke mate van deze mogelijkheden gebruik kan en zal maken. Met name voor kwetsbaarder groepen zoals chronisch zieken, ouderen, laag opgeleiden en migranten is dit niet vanzelfsprekend. Voor hen kunnen een verminderde toegang tot informatie (Internet), taalproblemen, of andere belemmeringen voor participatie in samenleving en zorg een rol spelen. Zo hebben mensen met een chronische ziekte of beperking vaker een slechtere inkomenspositie doordat zij moeten leven van een uitkering en meerkosten maken vanwege hun ziekte of beperking. Voor deze groep is het erg spannend hoe de nieuwe Regeling financiële tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, die het kabinet per 1 januari 2009 wil invoeren, gaat uitpakken. Verder staan voor 2009 en 2010 veranderingen in de AWBZ op stapel, die zullen leiden tot een inperking van de doelgroep.

In het algemeen zijn patiënten positief over de Nederlandse gezondheidszorg. Maar er zijn wel verschillen. Over de positie van allochtone patiënten is nog weinig bekend. Zij maken nauwelijks deel uit van

patiëntenpanels en onderzoeken. Het lijkt erop dat zeker voor eerste generatie migranten de verwachtingen van de zorg vaak niet overeenkomen met de ervaringen. Ook patiënten die (legitieme) klachten hebben over de zorg vinden niet altijd dat de procedure op een bevredigende manier is afgehandeld. Om de rechten van patiënten en cliënten in de zorg verder te borgen is eveneens nieuwe wetgeving in voorbereiding.

Ontwikkelingen in het onderzoek

Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan naar de manier waarop beleidsveranderingen invloed hebben op de keuzes die mensen maken in de zorg. Omdat de overgang naar een vraaggestuurd zorgstelsel nog volop in ontwikkeling is blijft dit onderwerp ook in 2009 relevant. Daarnaast is kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten een belangrijk onderzoeksthema. Samen met het AMC (sociale geneeskunde) en AGIS (later sloten zich meer verzekeraars aan in de Stichting Miletus) is de CQ-index ontwikkeld, die nu als richtlijn dient voor het meten van patiëntervaringen. De bedoeling is dat in de komende jaren het accent zal verschuiven van CQI ontwikkeltrajecten naar het gebruik van de data uit CQI-vragenlijsten in de praktijk. Wat doen patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders met die informatie, welke gegevens willen ze hebben, en in welke vorm en hoeveelheid? Uit de literatuur is bekend dat keuzes in de zorg maar gedeeltelijk op rationele gronden gemaakt worden, daarom zal het keuzeproces als zodanig ook onderwerp van onderzoek zijn. Na eerdere studies wordt verder onderzoek gedaan naar de ervaringen van patiënten met een klacht over de gezondheidszorg. Doel is het vinden van aanknopingspunten voor een betere, voor de patiënt meer bevredigende klachtafhandeling. In het algemeen zul-

len de rechten en participatie van patiënten in dit onderzoeksdomein een belangrijk thema zijn.

Een onderzoeksthema dat zich specifiek richt op mensen met een beperking is de deelname van mensen met een beperking aan de samenleving en de betekenis van de Wmo daarbij. Het NIVEL zal in 2009 zijn participatiemonitor (gestart in 2005) onder mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking voortzetten en samen met het SCP onderzoek onder deze doelgroepen uitvoeren in het kader van de evaluatie van de Wmo. Het NIVEL zal tevens onderzoek doen naar de ontwikkelingen in de inkomenspositie van mensen met een chronische ziekte of beperking en het gebruik van de nieuwe Regeling financiële tegemoetkoming.

Inmiddels doet het NIVEL al ruim tien jaar onderzoek naar het gebruik van zorg door chronisch zieken en de door hen ervaren kwaliteit van zorg. In de organisatie van de zorg voor chronisch zieken zijn verschuivingen gaande, waarbij gestreefd wordt naar meer multidisciplinaire samenwerking, ketenzorg en diseasemanagement. Momenteel wordt onderzoek voorbereid ter evaluatie van zorgvernieuwingsprojecten op het gebied van diseasemanagement en onderzoek naar de behoeften van chronisch zieken aan zelfmanagement-ondersteuning.

Een nieuw signalement etniciteit en gezondheid werd door ZonMw in 2008 aan VWS aangeboden. Versterking van de stem van de allochtone patiënt in het zorgsysteem staat hierin vermeld als centraal aandachtspunt onder toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het NIVEL participeert in de programmeringsstudie die mede de basis zal vormen voor dit onderzoeksprogramma. Internationaal financiert de Europese Commissie verschillende onderzoeken op het gebied van gezondheid(szorg) en migratie waarbij het NIVEL betrokken is.

De rol van de NIVEL databases en panels binnen dit domein

- In het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen van consumenten met de gezondheidszorg.
- Het keuzegedrag van consumenten op de verzekeringsmarkt wordt verder onderzocht in het VGZ verzekerdenpanel.
- Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) wordt o.a. ingezet voor het monitoren van de ontwikkelingen op het gebied van participatie en inkomenspositie, voor onderzoek naar de effecten van de stelselwijziging, de Wmo en de regelingen op het gebied van inkomensondersteuning en de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief.
- De monitor Zorg- en leefsituatie van mensen met astma of COPD geeft inzicht in de ervaringen van mensen met astma of COPD.
- In het voorgenomen panel van (ex-)kankerpatiënten staan hun ervaringen centraal.
- Tenslotte wordt in het Panel Samen Leven onderzoek gedaan naar de ervaringen van mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap.

Het onderzoeksdomein patiëntenervaringen en participatie kent de volgende onderzoeksthema's

- Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief
- De positie van patiënten in de zorg
- Maatschappelijke participatie
- Kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen
- Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg van chronisch zieken
- Diversiteit in de zorg

Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief
Nadat in de afgelopen jaren de CQ-index systematiek

is ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief zijn een aantal lijsten voor specifieke aandoeningen en sectoren ontwikkeld. Het NIVEL zal ook in de toekomst verder gaan met de ontwikkeling van lijsten en het verbeteren van de systematiek. Bovendien zullen secundaire analyses van de data verricht worden om inzicht te bieden in verschillen tussen patiëntengroepen, zowel wat betreft het belang dat zij hechten aan bepaalde kwaliteitscriteria als in hun ervaringen. Er zal speciale aandacht zijn voor de kwaliteit van zorg aan 'kwetsbare' patiëntengroepen en aan ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg over de tijd. In een aantal projecten werkt het NIVEL hierin samen met het Centrum Klantervaring Zorg.

Na de ontwikkeling van de CQ-index systematiek verschuift de kernvraag naar de validiteit en implementatie van het instrument in de praktijk. Hoe wordt de informatie die uit CQ-index metingen naar voor komt gebruikt door consumenten (voor het maken van keuzes), zorgverzekeraars (bij de zorginkoop) en zorgaanbieders (voor de kwaliteitsverbetering)?

De positie van patiënten in de zorg

Het overheidsbeleid is er op gericht dat patiënten en cliënten actief keuzes maken in de zorg, maar uit onderzoeksliteratuur blijkt dat mensen dit niet altijd of maar gedeeltelijk willen en ook dat het keuzeproces niet altijd rationeel en logisch is. In ons onderzoek willen we verder inzicht krijgen in het keuzeproces, waarbij aandacht is voor de informatie die mensen gebruiken (hoeveelheid, vorm en inhoud) en de manier waarop die informatie gebruikt wordt in de overwegingen en keuze voor een bepaalde behandeling of aanbieder.

De recente stelselwijziging heeft geleid tot meer aandacht voor de keuzemogelijkheden van patiënten. Eerder was al een groot aantal patiëntenwetten

van kracht geworden, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet klachtrecht Zorginstellingen, de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector. Deze wetten hebben hun effect gehad op het verstevigen van de positie van patiënten in de zorg. Het werk is echter nog niet af. Belangrijke verbeterpunten liggen op het gebied van het klachtrecht, met name rond de vraag hoe het klachtrecht kan bijdragen aan de genoegdoening van klagers, en het recht op verantwoorde zorg en continuïteit van zorg. Een derde thema betreft het informed consent, zowel binnen de behandelingsrelatie als in het kader van het medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen.

Maatschappelijke participatie

Mensen met een chronische ziekte of beperking zijn in meer dan één opzicht kwetsbaar: hun inkomenspositie is veelal slechter dan van andere mensen doordat zij vaker moeten rondkomen van een uitkering en bovendien meerkosten maken vanwege hun ziekte of beperking. Betaald werk is de belangrijkste remedie om de inkomenspositie te verbeteren. Bovendien draagt het hebben van werk voor veel mensen bij aan hun zelfwaardering en participatie. Het NIVEL heeft daarom samen met andere partijen een cursus ontwikkeld gericht op het voorkomen van uitval uit het arbeidsproces en versterking van de autonomie van nierpatiënten. In 2009 is de effectevaluatie gepland en zal tevens een subsidie worden aangevraagd om de cursus aan te passen voor jongvolwassenen met inflammatoire darmziekten. Daarnaast zal onderzoek worden uitgevoerd naar het gebruik en de effecten van nieuwe inkomensondersteunende regelingen voor chronisch zieken en gehandicapten. Tenslotte wordt inzicht gekregen in de ontwikkelingen op het gebied van maatschappelijke participatie van verschillende groepen mensen met een beperking. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de participatie-

index, met de domeinen wonen, educatie, werken, vrijetijdsbesteding, sociale contacten en vervoer. Het NIVEL zal in 2009 zijn participatiemonitor (gestart in 2005) onder mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking voortzetten en tevens samen met het SCP onderzoek onder deze doelgroepen uitvoeren in het kader van de evaluatie van de Wmo.

Kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen

Al jaren is een tendens zichtbaar waarin de zorgzwaarte van bewoners in verpleeghuizen toeneemt, omdat bewoners met minder complexe comorbiditeit en minder zorgafhankelijkheid langer thuis of in een verzorgingshuis blijven. Deze geleidelijke verschuiving naar een meer zorgbehoeftige doelgroep in verpleeghuizen is niet gepaard gegaan met een verandering van het personeel qua aantal, opleidingsniveau en competenties. Het is daarom de vraag in hoeverre het personeel binnen de verpleeghuissector nog voldoende is toegerust om de steeds complexer wordende zorg verantwoord en kwalitatief goed te kunnen leveren.

Het belang van een specifiek passende inzet van personeel en bepaalde werkzaamheden wordt onderschreven in meerdere studies door zowel verzorgenden als bewoners. Een zorgzame houding, respect voor bewoners en 'iets extra kunnen doen' zijn belangrijke aspecten van een goede kwaliteit van zorg die zijn weerslag heeft op de kwaliteit van leven van bewoners.

Speerpunten van onderzoek zijn de relaties tussen competenties van verzorgenden en kwaliteit van leven van bewoners, manieren om de kwaliteit van leven te bevorderen en kwaliteit en veiligheid van zorgprocessen in de (psycho)geriatrie.

Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg van chronisch zieken

Het NIVEL doet al ruim tien jaar onderzoek naar het

gebruik van zorg door chronisch zieken en de door hen ervaren kwaliteit van zorg. In de organisatie van de zorg voor chronisch zieken zijn belangrijke ontwikkelingen gaande, waarbij gestreefd wordt naar ketenzorg en diseasemanagement. Het NIVEL onderzoekt de contacten van chronisch zieken met 'oude bekende' en nieuwe zorgverleners en de ervaren afstemming in de zorg. Behalve het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, worden voor dit onderzoek ook ziektespecifieke patiëntenpanels (astma, COPD, kanker) ingezet.

Een essentieel onderdeel van de zorg voor chronisch zieken is hun zelfmanagement. In 2008 heeft het NIVEL bijgedragen aan een internationale studie van de European Observatory on Health Systems and Policies naar diseasemanagement van chronische ziekten en de betekenis van zelfmanagement daarbij. Voor 2009 wordt onderzoek voorbereid naar de behoeften van chronisch zieken aan zelfmanagement-ondersteuning in verschillende fasen van hun ziekteproces.

Het NIVEL voert reeds onderzoek uit naar de betekenis die een chronische ziekte of beperking heeft voor het leven van een individu, zijn huishouden of partner, o.a. bij diabetespatiënten. In 2008 is tevens onderzoek gestart naar de betekenis van het ouder worden van mensen met een verstandelijke beperking voor hun (behoeften aan) participatie en ondersteuning.

Diversiteit in de zorg

De zorg dient steeds meer rekening te houden met de diversiteit in de Nederlandse bevolking. Hoe mensen gebruik gemaakt van de gezondheidszorg wordt mede bepaald door hoe zij de kwaliteit ervaren, wat hun ervaringen zijn met de zorg en hun kennis van het zorgaanbod. Hoe migranten tegen deze aspecten aankijken wordt mede bepaald door hun etnische herkomst, culturele achtergrond en het oorspronkelijke

referentiekader uit het land van herkomst. Deze thematiek is complex en vormt een vruchtbare basis voor onderzoek. Een voorbeeld hiervan is een Europees gefinancierd onderzoek naar 'good practices' voor zorg aan migranten in 16 landen in Europa .

2.3

Onderzoeksdomein de praktijk van de zorg

- **Wat gebeurt er in de spreekkamer en aan het bed en in de zorgpraktijk?**
- **Hoe communiceren hulpverleners en patiënten?**
- **Hoe wordt welke diagnose gesteld, en wie krijgt welke medicijnen?**
- **Worden richtlijnen nageleefd?**
- **Welke rol speelt de huisarts bij preventie?**

In dit onderzoeksdomein staat de praktijk van de zorg centraal: de communicatie tussen patiënt en hulpverlener, therapietrouw en het voorschrijven van geneesmiddelen, maar ook preventie, veiligheid en sport.

De kwaliteit en veiligheid van het zorgproces en de uitkomsten daarvan staan hoog op de beleidsagenda van vrijwel iedereen die betrokken is bij de gezondheidszorg. Richtlijnen (zowel gericht op medisch handelen als op communicatie) en ICT zijn hierbij belangrijke, deels innovatieve, instrumenten. De invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier staat voor de deur. Het EPD heeft onder andere tot doel de kwaliteit en patiëntveiligheid te vergroten doordat zorgverleners tijdens het consult inzicht krijgen in alle medische gegevens van de patiënt. Eveneens ter bevordering van kwaliteit en veiligheid overweegt VWS de oprichting van een orgaan

dat tot taak krijgt het proces van richtlijnontwikkeling en -navolging in te bedden en te accommoderen. Ook aan de kant van de patiënt is kwaliteitswinst mogelijk. Lang niet alle patiënten zijn bijvoorbeeld therapietrouw. Momenteel zijn er verschillende initiatieven om te komen tot verbetering hiervan. Betere communicatie tussen zorgverleners en patiënten en de inzet van ICT-oplossingen zijn hierbij belangrijke elementen. Diverse partijen, waaronder de RVZ, vragen daarbij aandacht voor de – vermeende – mondigheid van patiënten, maar ook voor de wijze waarop E-health en groepsconsulten een plek kunnen krijgen binnen onze, van oudsher primair op persoonlijk een-op-een contact gerichte gezondheidszorg. Een aparte vermelding verdient de verbinding van preventie en zorg. Het ministerie van VWS wil preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel maken van de reguliere zorgverlening, waarbij de eerste lijn een logisch ingangspunt is. Hier komt dan ook steeds meer aandacht voor preventie, zo zijn LHV en NHG bezig met de ontwikkeling van een preventieconsult.

Ontwikkelingen in het onderzoek

De in 2006 door Jozien Bensing ontvangen Spinozapremie maakt een aantal projecten mogelijk waarin het therapeutische effect van non-specifieke componenten (placebo-effect) van het zorgproces ontrafeld gaan worden. Uitkomsten van deze projecten kunnen het belang van goede communicatie een meer evidence-based karakter geven. Complementair daaraan is de lijn van onderzoek waarin het patiëntperspectief centraal staat. Ook onderzoek naar innovaties in de zorg zoals naar de meerwaarde van het gezamenlijk medisch consult, naar de effecten van persoonsgerichte informatie via internet of van situationele feedback door middel van pocketcomputers wordt binnen het NIVEL steeds meer uitgevoerd. Binnen het therapietrouwonderzoek wor-

den praktische instrumenten ontwikkeld om het communicatieproces rondom therapietrouw te verbeteren. Daarnaast wordt in onderzoek naar de bevordering van therapietrouw steeds vaker gewerkt met ICT-oplossingen. ICT speelt ook een belangrijke rol in het onderzoek naar de kwaliteit van het zorgproces en het medisch-technisch handelen. Koppeling van zorgbestanden gebeurt steeds vaker. Dit biedt mogelijkheden om het onderzoek naar het handelen in de huisartspraktijk verder te verrijken, zoals het onderzoek naar het naleven van richtlijnen, waaronder richtlijnen bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Zo'n verrijking kan ook plaatsvinden middels de voorgenomen Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn. Hierin zullen monodisciplinair georiënteerde registratiesystemen worden geïntegreerd tot een multidisciplinair eerstelijns systeem, waarin onder andere verrichtingen van verschillende zorgverleners zijn opgenomen. Bovendien zal in de NS-E het zorgproces in kaart worden gebracht door het opnemen van consulten van verschillende zorgverleners. In de NS-E is ook aandacht voor de verbinding van preventie en zorg. Binnen het NIVEL-onderzoek neemt preventie een steeds belangrijkere plaats in.

De rol van de NIVEL databases en panels binnen het onderzoek naar de praktijk van de zorg

Voor het onderzoek naar communicatie wordt ondermeer een beroep gedaan op de Databank Communicatie in de Zorg. Daarnaast worden de gegevens van LINH gebruikt als bron voor kennis over het handelen van deze zorgverleners: het voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijzen naar andere zorgverleners e.d. Het Landelijk informatienetwerk voor Paramedische Zorg (LiPZ) en het Landelijk informatienetwerk Eerstelijns Psychologen, LINEP) geven inzicht in de praktijk van fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten en eerstelijns psychologen.

Het onderzoeksdomein de praktijk van de zorg kent de volgende thema's

- Preventie in de zorg
- Patiëntveiligheid
- Therapietrouw
- Communicatie in de zorg
- Placebowerking
- De zorg voor mensen met angst of depressie
- Geneesmiddelengebruik
- Het voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen

Preventie in de zorg

De aandacht in het beleid voor de rol van de zorg bij preventie betekent ook dat binnen het NIVEL onderzoeksprogramma dit thema stevig wordt aangepakt. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de rol van de huisarts bij preventie. Deels zal dit in het kader van de voorgenomen Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn plaatsvinden.

Binnen de Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg leggen sinds 2006 vrijgevestigde diëtisten verschillende aspecten van hun diëtistische zorgverlening vast. De grootste groep cliënten van de diëtist wordt gevormd door mensen met overgewicht, vaak gecombineerd met Diabetes Mellitus en/of een te hoog cholesterolgehalte. Met behulp van de LiPZ gegevens zal in kaart worden gebracht hoeveel en welke zorg deze cliënten ontvangen en kan een inschatting worden gegeven van de resultaten van deze zorg.

Patiëntveiligheid

Per jaar worden in Nederland meer dan 1,3 miljoen mensen opgenomen in het ziekenhuis. In 2004 zijn circa 76.000 patiënten geconfronteerd met zorggerelateerde onbedoelde schade. Bij circa 30.000 patiënten was sprake van potentieel vermijdbare schade. Circa 10.000 patiënten ondervonden in 2004 blijvende onbedoelde

schade tijdens een ziekenhuisopname. Deze had bij 6.000 patiënten in mindere of meerdere mate voorkomen kunnen worden. Onbedoelde schade zorgt voor extra leed bij patiënten, maar heeft ook negatieve gevolgen voor zorgverlener of instelling.

Het onderzoek heeft tot doel de aard en oorzaken van onbedoelde schade te achterhalen en richt zich op technische oorzaken, organisatorische oorzaken, waaronder communicatie en cultuur, menselijke oorzaken en patiëntgerelateerde oorzaken. Meer kennis van oorzaken van onbedoelde schade maakt gerichte verbeterinitiatieven mogelijk.

Speerpunten van onderzoek zijn valideren van methoden om patiëntveiligheid en onbedoelde schade te meten, de invloed van de zorgorganisatie op het ontstaan van onbedoelde schade, de invloed van interprofessionele communicatie en samenwerking op het ontstaan van onbedoelde schade en het evalueren van interventies om de patiëntveiligheid te verbeteren.

Therapietrouw

Therapie-ontrouw blijkt een lastig te bestrijden fenomeen. Dit vraagt om nieuwe benaderingen in het onderzoek naar dit fenomeen. Een belangrijk element daarbij is de aandacht voor de communicatie tussen arts en patiënt over terapietrouw. Eerder hebben we onderzocht hoe er in de spreekkamer gecommuniceerd wordt over medicijngebruik en terapietrouw en op grond van de geobserveerde hiaten zijn aandachtspuntenlijsten voor zowel zorgverleners als patiënten ontwikkeld. Deze aandachtspuntenlijsten vormen de basis van allerlei communicatiemiddelen (protocollen, zorgstandaarden, nascholingsprogramma's) die in 2009 samen met betrokken beroepsroepen verder ontwikkeld worden. Daarnaast wordt diepgaander onderzocht waarom er over terapietrouw zo weinig gecommuniceerd wordt en hoe dat bijvoorbeeld met (financiële) prikkels meer

gestimuleerd kan worden. Ook wordt bij apothekers onderzocht hoe er gecommuniceerd wordt met patiënten over medicijngebruik en terapietrouw en waarop de communicatie verder verbeterd kan worden.

Communicatie in de zorg

Er wordt in Nederland op grote schaal geëxperimenteerd met innovatieve vormen van communicatie tussen zorgverleners en patiënt die (nog) meer aan de behoefte van de patiënt kan voldoen maar ook het groeiend aantal zorgvragen het hoofd kan bieden. ICT heeft hierin een belangrijke rol. Onderzoeksprojecten die het NIVEL uitvoert naar de effecten van voorlichting-op-maat via internet of het sturen van feedback aan patiënten door middel van pocketcomputers zijn hier voorbeelden van, die in 2009 navolging krijgen. Ook het voeren van focusgroepsdiscussies via internet is een methodiek die in ons onderzoek meer en meer wordt toegepast. Daarnaast wordt van nieuwe vormen van communicatie zoals van groepsconsulten onderzocht wat daarvan inhoudelijk en procesmatig gezien de meerwaarde is ten opzichte van traditionele individuele consulten en hoe patiënten er tegenover staan.

In onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg worden de normen voor 'adequate' communicatie nauwelijks ontleend aan het perspectief van patiënten. Binnen het Spinozaprogramma zal het patiëntenperspectief expliciet aan bod komen. Daarnaast richten wij ons op specifieke patiëntengroepen die om aangepaste communicatie vragen, waaronder (demente) ouderen, kinderen, patiënten met medisch onverklaarbare klachten, patiënten met een levensbedreigende aandoening en adviesvragers voor genetische counseling.

Placebowerking

Het placebo-effect is een bekend en goed beschreven fenomeen in de medische literatuur dat verwijst naar

het intrigerende verschijnsel dat mensen beter kunnen worden van een interventie, ook als daar geen enkele medisch-technische verklaring voor is (bijvoorbeeld nep-pillen of een schijnoperatie). In de literatuur worden allerlei mogelijke verklaringen genoemd voor dit verschijnsel, bijvoorbeeld: de invloed van positieve of negatieve verwachtingen, leereffecten vanuit vroegere ervaringen (conditionering) en/of stress-reductie. Bij al deze verklaringen speelt de arts-patiënt communicatie een belangrijke rol. Dat maakt het interessant om te onderzoeken hoe arts-patiënt communicatie gericht kan worden ingezet om placebo-effecten (of context effecten) in de zorg te maximaliseren.

De zorg voor mensen met angst of depressie

Met gegevens uit de NESDA (NEderlandse Studie naar Depressie en Angst) studie wordt onderzoek gedaan naar de klinische kenmerken, functionele status en sociodemografische kenmerken van patiënten met een vastgestelde diagnose "Angststoornis" of "Depressie" die geen hulp ontvangen voor die stoornis. Doel is om vast te stellen in hoeverre niet-gebruikers minder ernstige stoornissen hebben en minder beperkingen ervaren en in hoeverre het herstel bij hen sneller gaat vergeleken met de mensen die wel zorg gebruiken. Getracht wordt de groep te identificeren die in weerwil van een ernstige, niet verbeterende stoornis geen hulp zoekt, zodat gerichte, laagdrempelige interventies ontwikkeld kunnen worden om deze groep toch te bereiken. Tenslotte wordt ingegaan op de kwaliteit van zorg die mensen met een gediagnosticeerde Angststoornis of Depressie krijgen in de huisartspraktijk en de consequenties daarvan, uitgedrukt in termen van herstel en kosteneffectiviteit. Uitdrukkelijk wordt daarbij aandacht besteed aan de preferenties van de patiënt.

Geneesmiddelengebruik

Patiënten zijn de spil waar het in de geneesmiddelen-

voorziening om draait. Zij zijn uiteindelijk degenen die beslissen over het daadwerkelijke gebruik van geneesmiddelen en volgen daarbij niet altijd de gegeven adviezen op. ICT-oplossingen kunnen mensen helpen hun geneesmiddelen beter te gebruiken. Het NIVEL doet onderzoek op dit terrein. Een voorbeeld hiervan is een onderzoek naar invloed van een real-time monitoring systeem op het geneesmiddelengebruik van diabetespatiënten. Dit project, dat is samenwerking met een grotere apotheekketen wordt uitgevoerd, is genomineerd in 2008 als baanbrekend zorginitiatief door het Innovatieplatform. De komende jaren zal het NIVEL deze activiteiten uitbreiden. Daarnaast doet het NIVEL onderzoek naar geneesmiddelengebruik door verschillende groepen patiënten, waarbij de nadruk ligt op sociaaleconomische verschillen in geneesmiddelengebruik (met name etniciteit). De gevolgen die geneesmiddelengebruik kan hebben, staan centraal in de onderzoekslijn "Geneesmiddelengebruik en verkeersdeelname", een onderwerp waarnaar het NIVEL vanaf 2006 samen met de Rijksuniversiteit Groningen verschillende studies uitvoert.

Het voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende handeling in de huisartsenpraktijk. Met het ouder worden van patiënten wordt het geneesmiddelengebruik complexer. Het NIVEL ontwikkelt verschillende instrumenten om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te monitoren. Hiermee wordt het voorschrijven volgens richtlijnen gevolgd. Gebruikt wordt gemaakt van de gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Daarnaast zullen de LINH-gegevens de komende jaren gebruikt blijven worden voor studies over voorschrijven aan bepaalde patiëntengroepen zoals allochtonen en kinderen. Het NIVEL is daarnaast betrokken bij een onlangs gestart promotieproject

van de Universiteit Utrecht waarin internationaal vergelijkend onderzoek wordt gedaan naar de relatie tussen geneesmiddelenbeleid en geneesmiddelengebruik.

2.4 Onderzoeksdomein aanbod en organisatie van de zorg

- **Zijn er genoeg handen aan het bed, nu en in de toekomst?**
- **Welke nieuwe beroepen ontstaan er en wat is de kwaliteit van hun opleiding?**
- **Hoe is de zorg georganiseerd en is de afstemming tussen zorgverleners goed geregeld?**
- **Worden mensen snel en veilig geholpen?**

In het onderzoeksdomein Aanbod en organisatie van de zorg staan de verschillende zorgverleners en de organisaties waarbinnen ze werken centraal. Het onderzoek binnen deze lijn is gericht op aanbieders en locaties van zorg, hun onderlinge netwerken en samenwerking, bijvoorbeeld binnen ziekenhuizen, verpleeghuizen of huisartsenposten.

De kwaliteit van de zorg wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van de professionals én de wijze waarop ze georganiseerd zijn. Dat houdt niet alleen in dat er voldoende zorgverleners moeten zijn om aan de zorgvraag te voldoen, maar ook dat ze voldoende opgeleid zijn, gemakkelijk bereikbaar en hun onderlinge afstemming goed geregeld. In dit onderzoeksdomein wordt gekeken naar ontwikkelingen binnen en tussen beroepsgroepen en zorginstellingen. Ook wordt onderzoek gedaan naar de inhoud van het werk en de veiligheid ervan, onder meer aan de hand van verbeterprojecten binnen zorgorganisaties.

Beleidsmakers, zorgprofessionals en managers in de gezondheidszorg streven naar een beter georganiseerd aanbod, hogere kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening, mede ingegeven door meer marktwerking en de vraag van verzekeraars en patiënten, maar ook door incidenten waaruit blijkt dat de kwaliteit en veiligheid niet altijd gewaarborgd blijkt te zijn. In het kader van verschillende beleidsmaatregelen is het aanbod binnen zorginstellingen de afgelopen jaren duidelijk veranderd. Bij ziekenhuizen speelt onder meer de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), het afleggen van verantwoording via prestatie-indicatoren, de belangstelling voor patiëntveiligheid. In de acute zorg hebben de huisartsenposten zich aangediend, waardoor met name samenwerking en communicatie (tussen huisartsenposten, afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen en de ambulancezorg) ingrijpend is gewijzigd. Daarnaast zorgen diverse (bekostigings)initiatieven voor een verschuivingen in de organisatie en het aanbod van professionals. Hierbij valt te denken aan uitbreiding van het zogenaamde B-segment van vrije ziekenhuistarieven en aanpassing van vergoedingen volgens de zorgverzekeringwet (bijvoorbeeld in de eerstelijns psychologische en fysiotherapeutische zorg). De grenzen tussen zorgaanbieders, maar ook tussen instellingen vervagen, waarbij een heroriëntatie plaatsvindt op welke manier en door wie zorg het beste kan worden aangeboden. Ter verbetering van de kwaliteit van zorg zijn verschillende initiatieven genomen, zoals de introductie van het landelijke 'Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg' binnen verpleeg-, en verzorgingshuizen en thuiszorg, en de landelijke actieprogramma's 'Sneller Beter' en 'Voorkom Schade, Werk veilig' in de ziekenhuissector. Ook in andere sectoren wordt hard gewerkt aan het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg, aan de hand van prestatie-indicatoren en praktijkaccreditaties. Nieuwe terreinen binnen het kwaliteitsbeleid zijn patiëntveiligheid en toegankelijkheid

van de zorg (bijvoorbeeld in termen van bereikbaarheid en wachtlijsten).

Ontwikkelingen in het onderzoek

Onderzoek naar de afstemming tussen vraag en aanbod, op basis van in- en uitstroom uit opleiding en beroep, beleidsmatige en inhoudelijke ontwikkelingen, is een belangrijk onderdeel van het onderzoeksdomein. Steeds meer staan hierbij de onderlinge samenhang tussen beroepen en mogelijke substitutie ertussen centraal. Dit geldt onder meer voor huisartsen en de praktijkondersteuner, maar ook voor medisch specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar de kwaliteit en organisatie van de zorg, bijvoorbeeld binnen de eerste lijn, op zowel landelijk als lokaal of wijkniveau. Zo wordt de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) verder uitgebreid en wordt binnen de verloskundige beroepsgroep, op initiatief van de Verloskunde Academie Amsterdam, in samenwerking met het EMGO en het NIVEL, gewerkt aan een groot opgezet kwaliteitsonderzoek dat zich richt op de eerstelijns verloskunde, het Deliver-onderzoek ([Data eerstelijns verloskunde](#)).

Ook wordt in toenemende mate aandacht besteed aan de momenten van overdracht binnen professies, tussen professies en tussen zorginstellingen, zowel in de acute als in de langdurige zorg.

De rol van de NIVEL databases en panels binnen het onderzoeksdomein 'het aanbod en de organisatie van de zorg'

Binnen het onderzoeksdomein worden verschillende databases beheerd, zoals de registraties van werkzame huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, eerstelijns psychologen en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck. Deze registraties bieden niet alleen een actueel inzicht in bijvoorbeeld de omvang en spreiding van de

beroepsgroep, maar zijn ook een betrouwbare basis voor het trekken van steekproeven voor aanvullend onderzoek. Daarnaast kunnen deze databases bijdragen aan de gewenste keuze-informatie van patiënten, zoals via de website KiesBeter.

Naast registraties van beroepsgroepen zijn er ook informatienetwerken, zoals LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen), LiPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische Zorg) en LINEP (Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen) die informatie genereren over de klinische verrichtingen en beroepsuitoefening van de betreffende beroepsgroep. Voor het verzamelen van informatie over een beroepsgroep kan ook gebruik gemaakt worden van panels: een vaste groep respondenten die regelmatig een vragenlijst over een specifiek onderwerp invullen. Een voorbeeld hiervan is het Panel Verpleegkundigen & Verzorgenden. De combinatie van deze verschillende typen informatiesystemen biedt de mogelijkheid om vraagstukken rondom kwaliteit en toegankelijkheid van zorg vanuit verschillende invalshoeken te monitoren.

Het onderzoeksdomein het aanbod en organisatie van de zorg kent de volgende thema's

- Beroepskrachtenplanning
- Zorginnovaties
- Evidence based care
- Naar een geïntegreerde eerste lijn
- Afstemming, taakdifferentiatie en substitutie in de zorg
- Ouderenzorg en thuiszorg
- Paramedische zorg
- Ziekenhuiszorg
- Huisartsenzorg
- Zorg bij psychische problemen
- Acute zorg
- Verloskundige zorg

Beroepskrachtenplanning

Is het aanbod van huisartsen adequaat om de toekomstige vraag te dekken? Wat is het effect van substitutie op dit aanbod? Dit type vragen komt aan bod binnen het thema beroepskrachtenplanning. Het thema kent ook een aantal verdiepende vragen. Zo is een loopbaanswitch onder artsen niet erg gebruikelijk. Toch blijkt uit arbeidsmarktpeilingen en bij registraties van artsenberoepen dat er wel bewegingen zijn naar andere specialismen en andere sectoren. Om hoeveel artsen het gaat binnen verschillende specialismen is voor veel beroepsgroepen wel bekend. Maar de oorzaken zijn niet tot nauwelijks in kaart gebracht. Binnen het programmegebied wordt onderzoek opgestart waarbij de oorzaken en achterliggende redenen om het beroep te verlaten worden vastgesteld. Door een betere identificatie van verklaringen kunnen op de lange termijn maatregelen ontwikkeld worden waarmee voortijdig vertrek uit de medische professie voorkomen kan worden. Specifieke aandacht gaat uit naar de kraamzorg. De kraamzorg is de laatste decennia aan sterke veranderingen onderhevig geweest en dat heeft consequenties voor het zorgaanbod. De uitstroom uit de verschillende opleidingen is sterk wisselend en een landelijke of regionale coördinatie van de opleidingscapaciteit ontbreekt vooralsnog, waardoor een overschot aan kraamverzorgenden in enkele jaren kan omslaan in een tekort. Voor een goede waarborg voor de kwaliteit en effectiviteit van het zorgproces binnen de huisartsenpraktijk is het onder meer van belang dat huisartsen hun waarneemactiviteiten goed geregeld hebben en dat er geen grote discrepanties ontstaan tussen de behoefte aan waarneemactiviteiten en de beschikbaarheid van waarnemers. Anno 2008 zijn er signalen dat met name oudere huisartsen hun nachtdiensten massaal afstoten aan jongere collega's die dan als waarnemend huisarts optreden. Met dit soort ontwikkelingen moet rekening

worden gehouden bij het berekenen van de benodigde instroom in de opleiding. Ook in 2009 zal het onderzoek naar waarnemen binnen de huisartsenpraktijk verder geactualiseerd worden.

Zorginnovaties

Uit eerder evaluatieonderzoek van het NIVEL bleek dat het merendeel van de zorginstellingen nog onvoldoende werkt aan systematische kwaliteitsbewaking en – verbetering. Daarnaast bestaat er een kloof tussen 'wat we weten' en 'wat we in de dagelijkse zorgpraktijk' doen. Vaak zijn er al goede praktijkvoorbeelden, zogenaamde 'best practices' bekend om problemen als wachtlijsten en medicatiefouten aan te pakken maar duurt het jaren voordat deze 'best practices' zich in de zorgpraktijk verspreiden. De oorzaken hiervan zijn complex en divers. Het kan gaan om het ontbreken van tijd, kennis, kunde of financiën om het probleem aan te pakken, maar ook weerstand tegen verandering en het doorbreken van routines kunnen belemmerend werken. Speerpunten van onderzoek zijn de evaluatie van implementatieprogramma's; onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie en de invloed van de werkomgeving op het zich houden aan afspraken en richtlijnen. Daarnaast worden in de zorg zelf ook innovaties ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan betreft de meerjarige Monitorstudie Zorg op Afstand. In deze studie worden de ervaringen van cliënten, thuiszorgmedewerkers en managers met videocommunicatie tussen thuiszorgcentrale en cliënten thuis onderzocht. Onderzoek speelt hier een rol in het ontwikkelings- en implementatieproces van deze technologie. .

Evidence-based care

Binnen dit thema vallen de diverse systematische literatuurstudies gericht op de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen. Recent zijn bijvoorbeeld systematic

reviews en richtlijnen verschenen over zorginterventies bij refluxziekte van mensen met een verstandelijke beperking en over orale mucositis bij kankerpatiënten. Bij dit soort projecten werkt het NIVEL vaak nauw samen met beroepsorganisaties of expertisecentra (bijvoorbeeld het LEVV) met specifieke expertise over richtlijnontwikkeling.

Naar een geïntegreerde eerste lijn

De wijze waarop de eerstelijns gezondheidszorg is georganiseerd is aan verandering onderhevig. Met de toename van multidisciplinaire samenwerking tussen diverse eerstelijns professies ontstaat steeds meer een geïntegreerde eerste lijn, waarin patiëntenzorg efficiënt en kwalitatief hoogstaand is georganiseerd. Inzicht in de voortgang van dit proces en de gevolgen hiervan voor patiëntenzorg zijn hierbij van groot belang. In 2009 zal een groot vervolgonderzoek plaatsvinden binnen de eerstelijnszorg, waarbij multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns disciplines in kaart wordt gebracht, hetgeen een eerste basis vormt voor de voorgenomen Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn.

Afstemming, taakdifferentiatie en substitutie in de zorg

Vragen rond afstemming, taakdifferentiatie en substitutie hebben direct met elkaar te maken. Naar wie wordt een patiënt verwezen en welke behandeling ontvangt deze en welke hulpverlener neemt de eindverantwoordelijkheid? In 2009 zullen diverse studies worden uitgevoerd naar taakverschuiving van de tweede naar de eerste lijn, mede aan de hand van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsen (LINH). Ook wordt uitgebreid onderzoek verricht naar taakherschikking tussen artsen en ondersteunend personeel, zowel binnen de eerstelijns zorg tussen de huisarts en POH als in de tweede lijn, onder meer tussen medisch specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen.

Huisartsenzorg

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) levert al jaren de nationale referentiecijfers over de verleende zorg in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Dit betreft zowel het aantal contacten met de huisartsenpraktijk als de verrichtingen van huisartsen, met name het aantal voorgeschreven geneesmiddelen en verwijzingen naar andere zorgverleners. Uniek aan de zorggegevens uit LINH is de koppeling aan de informatie over indicaties voor de verleende zorg. Dit maakt bijvoorbeeld onderzoek naar de doelmatigheid van het voorschrijf- en verwijsbeleid mogelijk. Het onderzoek naar de doelmatigheid van de huisartsenzorg richt zich vooral op de relatie tussen de vraag en het aanbod aan huisartsenzorg, de betrokkenheid van de verschillende praktijkmedewerkers (praktijkassistenten, praktijkondersteuners) bij de zorg en de relatie tussen de werkbelasting en de kwaliteit van de huisartsenzorg.

De richtlijnen voor optimale zorg, met name de z.g. NHG-standaarden, die zoveel mogelijk zijn gebaseerd op wetenschappelijke *evidence* maken het mogelijk om de kwaliteit van de door huisartsen verleende zorg te meten. Hiervoor worden indicatoren gebruikt waarmee de kwaliteit kwantitatief zichtbaar gemaakt kan worden. Verschillende onderzoeksprojecten binnen het themagebied Huisartsenzorg richten zich op de ontwikkeling en validering van dergelijke indicatoren voor verschillende doeleinden (bijvoorbeeld als spiegelrapportage voor de individuele huisarts, in het kader van benchmarking, en voor het faciliteren van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Ouderenzorg en thuiszorg

De zorg voor ouderen wordt vanuit verschillende invalshoeken belicht. Een voorbeeld daarvan is het

(in 2009 af te ronden) promotie-onderzoek naar de effecten van een nieuwe zorgmethodiek voor de begeleiding van dementerende verpleeghuisbewoners met depressieve klachten (in samenwerking met EMGO-instituut VU). Daarnaast loopt er een onderzoektraject (i.s.m. EMGO instituut, afdeling Sociale Geneeskunde) gericht op de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg. Aanpalend aan dat project wordt er ook een CQ index Palliatieve zorg, met een versie voor patiënten en een versie voor nabestaanden ontwikkeld. Van oudsher verricht het NIVEL ook veel onderzoek naar de organisatie en het functioneren van de thuiszorg. Zo loopt er momenteel een grootschalig internationaal vergelijkend onderzoek op het terrein van thuiszorg. Dit project (EURHOMAP) zal laten zien in hoeverre Europese (thuis)zorgsystemen in principe in staat zijn om adequaat te reageren op de (veranderende) zorgbehoeften van thuiswonende zorggebruikers. Meer specifiek, laat EURHOMAP de variatie zien in het aanbod en het gebruik van thuiszorg in Europa.

Paramedische zorg

Onderzoek binnen paramedische zorg richt zich op de speerpunten in het beleid van de paramedische beroepsgroepen, namelijk het bevorderen van de transparantie van zorg, het verzelfstandigen van de beroepsuitoefening, het verbeteren en borgen van kwaliteitszorg en het optimaliseren van de inhoud van de zorg. De marktwerking in de paramedische zorg, maakt het voor de ondernemende paramedicus noodzakelijk met een bredere visie naar de toekomst te kijken. Daardoor richten zij zich op het geven van groepsbehandelingen en/of ontwikkelen van behandelprogramma's voor potentiële nieuwe patiëntengroepen, zoals preventieve behandelingen aan chronisch zieken, beweegprogramma's voor mensen met obesitas en voor ouderen. Op deze manier wordt een verbinding gelegd tussen

preventie en zorg. Ook is er aandacht voor ouderen die gebruik maken van paramedische zorg. Het gaat om onderzoek naar het functionele beloop bij patiënten met artrose. Het doel is om in de komende jaren dit thema uit te breiden met het ontwikkelen van zelfmanagement programma's voor patiënten met artrose. In dit zelfmanagement programma zal aandacht worden besteed aan het omgaan met pijnklachten, het handhaven/uitbreiden van fysieke activiteiten, gezonde voeding en het adequaat gebruik van medicatie. Daarnaast wordt ingegaan op de behoefte aan fysiotherapie in verpleeghuizen.

Ziekenhuiszorg

Ziekenhuizen krijgen steeds vaker te maken met nieuwe externe eisen die veel aandacht vragen. Zo is de afgelopen jaren de financieringsstructuur veranderd, worden ziekenhuizen meer en meer vergeleken op prestatie-indicatoren, wordt deelname verwacht aan grootschalige verbeterprogramma's en vragen raden van toezicht om ondernemerschap. Daarnaast bestaat er in sommige regio's een duidelijk tekort aan zorgverleners die een bedreiging vormt voor de kwaliteit en veiligheid. Uit EMGO en NIVEL onderzoek is gebleken dat 5,7% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken krijgt met onbedoelde zorggerelateerde schade. In 2004 waren dit circa 76.000 patiënten. Bij circa 30.000 patiënten was sprake van potentieel vermijdbare schade. Onbedoelde schade zorgt voor extra leed bij patiënten, maar heeft ook negatieve gevolgen voor de zorgverlener of instelling. Nieuw NIVEL onderzoek richt zich op technische, menselijke en organisatorische oorzaken van onbedoelde schade, waaronder communicatie, cultuur en samenwerking. Met deze kennis zijn gerichte verbeterinitiatieven mogelijk. Het onderzoek richt zich op het valideren van methoden om patiëntveiligheid en onbedoelde schade te meten, de invloed van de zorgorganisatie op het

ontstaan van onbedoelde schade, de invloed van interprofessionele communicatie en samenwerking en het evalueren van interventies om de patiëntveiligheid te verbeteren.

Zorg bij psychische problemen

Sinds de eerste lijn ongeveer tien jaar geleden aangegeven werd als de frontlinie waar de meeste psychische problematiek zou moeten worden opgevangen, zijn diverse initiatieven gerealiseerd die hier een bijdrage aan zouden moeten leveren. De eerstelijns psychologische zorg wordt sinds 1 januari 2008 vergoed vanuit de basisverzekering. Veel huisartsen zijn sinds het begin van dit decennium reguliere contacten gaan onderhouden met Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen die meestal vanuit tweedelijns instellingen worden gedetacheerd. Veel GGZ-instellingen zijn deze bruggenhoofden in de eerste lijn gaan verzelfstandigen, binnen stichtingen als Indigo en PsyQ. Dit zijn organisaties die kortdurende behandeling bieden, vaak in de huisartspraktijk.

Sinds 2007 heeft ook de praktijkondersteuner op het gebied van de GGZ (POH-GGZ) zijn intrede gedaan in de eerstelijns GGZ. In diverse plaatselijke projecten wordt geëxperimenteerd met de inzet van een praktijkondersteuner. Het NIVEL onderzoek hoe de patiënten de inzet van de POH-GGZ ervaren, of er wijzigingen in cliëntenstromen optreden als gevolg van die inzet en in hoeverre de inzet van een AMW-er de huisarts kan ontlasten bij de verwerking van Wmo – gerelateerde psychosociale problematiek.

Acute zorg

Zowel in de dagelijkse acute zorg als in de opgeschaalde acute zorg bij rampen en crises is meer aandacht gekomen voor verbetering van de (geanticiperde) kwaliteit. Voor beide types zorg wordt in ketens

gewerkt, waarbij respectievelijk de traumacentra en de GHOR – bureaus (Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen) als aanjager fungeren. Het NIVEL ontwikkelde recent zelfevaluatie-instrumenten voor samenwerking binnen de acute zorgketen en voor de preparatie op rampen binnen de keten voor opgeschaalde zorg. In het kader van de wet toelating zorginstellingen (WTZi) en die op de veiligheidsregio's (WVR) wordt ervoor gepleit beide ketens ineen te schuiven. Prestatieindicatoren ontbreken nog grotendeels. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de gang van de patiënt door de acute zorg(-keten); een thema dat zal worden uitgediept in de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn,

Verloskundige zorg

In navolging van de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, die tweemaal door het NIVEL in samenwerking met het RIVM is uitgevoerd, wordt nu een studie opgezet naar de organisatie en de kwaliteit van zorg in verloskundige praktijken. Het doel van het onderzoek is het inventariseren en beschrijven van de actuele situatie op het gebied van de verloskundige zorgvraag en zorgverlening. Het onderzoek is een initiatief van de Verloskunde Academie Amsterdam en wordt uitgevoerd in samenwerking met het EMGO en het NIVEL. De resultaten van het onderzoek zullen gepresenteerd worden bij het 150-jarig bestaan van de Stichting Kweekschool voor Vroedvrouwen (sinds 1861), waar de Verloskunde Academie Amsterdam deel van uitmaakt.

2.5

Onderzoeksdomein Structuur en sturing van de zorg

- **Wat is het effect van wet- en regelgeving?**
- **Welke invloed hebben zorgverzekeraars?**
- **Hoe werkt het toezicht?**
- **Wat is het resultaat van financiële prikkels?**
- **Hoe veranderen de rollen van overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten en toezichthouders onder invloed van de verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg?**
- **Hoe verhoudt het Nederlandse gezondheidszorgsysteem zich tot dat van andere Europese landen?**

In dit onderzoeksdomein staan vragen rond de structuur en de sturing van de zorg centraal. Het onderzoek in deze lijn geeft inzicht in de manier waarop de structuur van het gezondheidszorgsysteem verandert en hoe beleid doorwerkt in de praktijk en vice versa.

De Nederlandse gezondheidszorg ontwikkelt zich van een aanbodgestuurd systeem naar een vraaggestuurd systeem. Deze ontwikkeling is al langere tijd gaande, maar heeft in de afgelopen jaren zijn beslag gekregen in een aantal nieuwe wetten. De eerste effecten van de veranderingen in het zorgstelsel van het vorige kabinet worden nu zichtbaar in de praktijk. Het eerste jaar na introductie van de Zorgverzekeringswet wisselde een record aantal Nederlanders van verzekeraar, het aantal verzekeraars is afgenomen door fusies en verzekeraars lijken ook een actieve rol te gaan spelen op de markt van zorgaanbieders. Het gaat daarbij niet alleen om de Zorgverzekeringswet, de Wet op de Zorgtoeslag en de

Wet marktordening gezondheidszorg, maar ook om de Wet maatschappelijke ondersteuning. De eerste jaren zal de aandacht vooral uitgaan naar de manier waarop dit allemaal gaat werken, pas op langere termijn kunnen effecten zichtbaar worden op aspecten als betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid.

De rollen van alle actoren in de gezondheidszorg verschuiven, maar speciale aandacht zal uitgaan naar de rol van burgers/verzekerden/patiënten. Patiëntenrechten staan hoog op de beleidsagenda. Veel van de patiëntenwetten stammen uit het einde van de vorige eeuw. De waarborgen die zij voor patiënten bieden zijn nog steeds van belang. Op het punt van het recht van patiënten op verantwoorde en samenhangende zorg lijken deze patiëntenwetten tekort te schieten. Door het Ministerie van VWS is wetgeving op dit vlak in voorbereiding. Daarbij wordt ook de vraag gesteld of de rechtspositie van patiënten wel voldoende gewaarborgd is, gezien de nieuwe rol die zij moeten spelen in het veranderde zorgstelsel. Tenslotte blijft er beleidsmatig aandacht voor het onderwerp klachten en behandeling van klachten.

In een zorgsysteem waarin veel wordt overgelaten aan de regulering door veldpartijen is een effectief toezicht onmisbaar. Het is de taak van de Inspectie om toe te zien op de kwaliteit die de zorg heeft. Daartoe ontwikkelt de Inspectie methodieken, worden indicatoren vastgesteld en voert de Inspectie toezicht uit. Een bijzonder aandachtspunt van de Inspectie vormt daarbij het onderwerp patiëntveiligheid. De stelselwijziging is vervolgens gepaard gegaan met een rolverschuiving voor het CvZ en de introductie van een nieuwe toezichthouder: de NZa. Deze veranderingen zijn relatief pril.

Ontwikkelingen in het onderzoek

De stelselwijziging wordt geëvalueerd. Voor het zorg-

deel, de Zvw, Wzt en Wmg, speelt het NIVEL hierin een rol. Ook bij de evaluatie van de Wmo speelt het NIVEL een rol. De resultaten van deze evaluatie zijn niet alleen van belang voor de Nederlandse beslissers. In ons omringende landen wordt het 'experiment' van de stelselwijziging met de nodige aandacht gevolgd.

De methodiek van het evalueren van wetgeving is nog weinig systematisch ontwikkeld. Er wordt ondermeer gebruik gemaakt van kennis uit het domein van de beleidsevaluaties en programma-evaluaties. Gezien het belang van wetsevaluaties is dit een wat onbevredigende situatie. Er is behoefte aan meer systematiek op dit gebied om op deze manier ook de ervaringen met het evalueren van wetgeving bij elkaar te kunnen brengen en overdraagbaar te maken. Wetsevaluaties worden niet alleen in de gezondheidszorg uitgevoerd. Ook in andere sectoren wordt het gebrek aan een methodiek van wets-evaluaties gevoeld. Het ligt voor de hand om op dit punt met andere partijen op te trekken om te komen tot een dergelijke methodiek.

De structuur van de Nederlandse gezondheidszorg wordt internationaal ingekaderd binnen vergelijkend onderzoek van (zo mogelijk) alle EU-lidstaten. Daarin ligt de nadruk op eerstelijnszorg en thuiszorg.

De NIVEL databases en panels

De NIVEL databases en panels vormen een belangrijke bron van kennis voor het onderzoek naar de effecten van sturing in de zorg. Dit geldt voor het Consumentenpanel en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicaptten maar ook voor het verzekerdenpanel. Daarnaast levert bijvoorbeeld LINH inzicht in de effecten van de stelselwijziging voor de praktijk van de huisarts. Binnen het internationale project PHAMEU wordt een monitorsysteem opgezet voor de structuur

van de eerstelijnszorg in Europa. Dit project kan zich tot een internationale database op dit gebied ontwikkelen.

Het onderzoeksdomein structuur en sturing bevat de volgende onderzoeksthema's

- Evaluatie van wet- en regelgeving
- Verzekeraars
- Geneesmiddelenbeleid
- Europese gezondheidszorgsystemen

Evaluatie van wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving zijn belangrijke beleidsinstrumenten voor de overheid. Ze zijn deels gericht op het bieden van rechtszekerheid, deels op het bereiken van bijzondere beleidsdoelen. Het verkrijgen van meer inzicht in de werking en effectiviteit van wet- en regelgeving is de centrale vraag binnen dit thema. Zo is in de vorige kabinetsperiode een complex aan wetswijzigingen doorgevoerd, onder de noemer stelselwijziging. Het NIVEL heeft een rol bij de evaluatie hiervan. De Wet op de orgaandonatie blijft in het centrum van de politieke aandacht staan. Dit wordt vooral ingegeven door het tekort aan donororganen. Dit tekort is niet opgelost met de introductie van de Wet op de orgaandonatie. Sommigen verwachten van een wijziging in de Wet op de orgaandonatie door de introductie van een vorm van presumed consent een afname van het tekort aan donororganen. In de besluitvorming hierover spelen verschillende visies op orgaandonatie. Eind vorige eeuw is een groot aantal patiëntenwetten van kracht geworden, zoals de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, de Wet klachtrecht Zorginstellingen, de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector. Deze wetten hebben hun effect gehad op het verstevigen van de positie van patiënten in de zorg. Het werk is echter nog niet af. Belangrijke verbeterpunten liggen op het gebied van het klachtrecht, het recht op verantwoorde en continue zorg en informed consent.

Op het terrein van de evaluatie van wet- en regelgeving is ruime ervaring. Hierdoor ontstaat de behoefte aan overstijgende kennis. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om overstijgende kennis op het gebied van de methodiek van wetsevaluatie. Wetsevaluatie is een tak aan de boom van de beleidsevaluatie met specifieke kenmerken. Een belangrijk kenmerk is de betrokkenheid van verschillende disciplines, in ieder geval de juridische discipline en de sociale wetenschappen.

Verzekeraars

De rol die verzekeraars spelen in het Nederlandse zorgstelsel verandert. Met de stelselwijziging is de verzekeraars een rol toegedacht op de markt van zorginkoop. Zij zouden niet alleen moeten letten op de kosten maar ook op de kwaliteit. De ene verzekeraar zou zich door een goede zorginkoop kunnen onderscheiden van een andere en daarmee meer verzekerden aan zich binden. Verzekeraars blijken daarnaast anders, soms louter strategisch, te reageren op de stelselwijziging, door bijvoorbeeld nauwere allianties met zorgaanbieders aan te gaan dan alleen via de relatie van de zorginkoop. Denk bijvoorbeeld aan het opzetten en financieren van een gezondheidscentrum. Daarnaast wordt systematisch onderzoek gedaan naar de oordelen van verzekerden over hun zorgverzekeraars. De resultaten hiervan worden gepubliceerd op KiesBeter.nl.

Geneesmiddelenbeleid

Per 1 juli 2008 is een aantal zorgverzekeraars gestart met individueel preferentiebeleid, waarbij zij beogen per werkzame stof, slechts die geneesmiddelen in de verzekeringsaanspraak op te nemen met de laagste inkooprijzen. Andere, niet-preferente geneesmiddelen worden niet vergoed. Het NIVEL is voornemens in 2009 onderzoek te doen naar deze maatregel. Daarnaast zal in 2009 een aantal resultaten uit de Evaluatie van het

Reclamebesluit Geneesmiddelen nader uitgewerkt worden voor internationale publicaties. De onderzoekslijn farmaceutische zorg is daarnaast betrokken bij een onlangs gestart promotieproject van de Universiteit Utrecht waarin internationaal vergelijkend onderzoek naar geneesmiddelenbeleid en geneesmiddelengebruik wordt gedaan.

Europese gezondheidszorgsystemen

De komende jaren lopen de gezondheidszorgsystemen in Europa aan tegen een aantal gemeenschappelijke problemen zoals demografische veranderingen (veroudering, migratie) en stijgende kosten. Daarom worden in veel landen ook wijzigingen in de gezondheidszorgsystemen doorgevoerd. Het NIVEL maakt voor de WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies – een samenwerkingsverband tussen WHO- Europa en o.a. verschillende overheden in Europa – een update van de stand van zaken in Nederland in de publicatierijks Health in Transition (HIT). Verder zal het NIVEL de komende 2 jaar in samenwerking met Europese partners in verschillende landen onderzoek verrichten naar de organisatie, financiering en verstrekking van thuiszorg, naar de sterkte en de positie van de eerste lijn in brede zin en naar “good practices” in de toegankelijkheid van de zorg voor migranten.

Het belang van een efficiënte en kwalitatief goede eerste lijn in de gezondheidszorg wordt internationaal steeds duidelijker. De Nederlandse deskundigheid op dit gebied wordt ook op prijs gesteld door de WHO. Als WHO Collaborating Centre werden door het NIVEL instrumenten ontwikkeld over het monitoren en de kwaliteit van zorg van, en de integratie binnen de eerste lijn. Deze zullen nu geïmplementeerd worden in verschillende landen in midden/oost Europa en centraal Azië.

Onderzoek naar gezondheidszorg(systemen) vereist

een specifiek soort onderzoekers. Met instellingen en individuele onderzoekers in Litouwen, Wit Rusland en Oekraïne heeft het NIVEL uitwisseling en samenwerking gericht op het bevorderen van gezondheidszorgonderzoek. Tenslotte zal het NIVEL gedurende de komende 2 jaar in samenwerking met verschillende Europese partners een Europese conferentie voorbereiden en organiseren. Die conferentie moet de agenda bepalen voor het toekomstige gezondheidszorgonderzoek in Europa.

2.6

De uitkomsten van de zorg

- **Hoe draagt de zorg bij aan gezondheid en kwaliteit van leven, op microniveau als uitkomst van het zorgproces en op macroniveau als bijdrage aan de volksgezondheid?**
- **Hoe betaalbaar is de zorg?**
- **Welke kwaliteit levert de zorg?**
- **Hoe doet Nederland het internationaal?**

De opbrengsten van de gezondheidszorg zijn zichtbaar op verschillende niveaus. Voor patiënten, het microniveau, gaat het om gezondheid, maatschappelijke participatie en hun oordelen over het zorgaanbod. Voor zorgaanbieders en instellingen, het mesoniveau, gaat het om hun scores op prestatieindicatoren, de uitkomsten van hun zorgprocessen. Op macroniveau gaat het om de bijdrage van het gezondheidszorgsysteem aan het bereiken van de systeemdoelen volksgezondheid, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Gezondheidszorgonderzoek richt zich vooral op het gebruik van zorg onder invloed van vraag naar en

aanbod van zorg binnen de randvoorwaarden van structuur en regelgeving van het systeem. Uiteindelijk dienen het gebruik van zorg (op microniveau), de organisatie van de zorg (op mesoniveau) en de inrichting van het systeem (op macroniveau) bij te dragen aan gezondheid en kwaliteit van leven, en een toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare gezondheidszorg.

Onderzoek op dit terrein sluit aan bij de Maatschappelijke opgaven van het ministerie van VWS. Aan de ene kant de opgave 'lang en gezond leven' en aan de andere kant de opgave 'grenzen aan de zorg en omgaan met schaarste en risico's'. De toenemende aandacht voor preventie in de zorg dient vooral in het licht van de eerste maatschappelijke opgave te worden gezien. De opgave 'grenzen aan de zorg' wordt met name geattakeerd door te streven naar substitutie van duurdere naar goedkopere vormen van zorg. Zo is de gedachte dat een goed georganiseerde eerste lijn met inzet van moderne technologie dure tweedelijnszorg kan vervangen.

Ontwikkelingen in het onderzoek

Onderzoek naar de vraag 'wat het oplevert' vindt over het algemeen niet plaats in afzonderlijke projecten. Het is een thematiek die in toenemende mate een plek krijgt in het gehele onderzoeksprogramma van het NIVEL. De vraag naar de resultaten van de gezondheidszorg wordt daarmee in een veelheid van projecten beantwoord.

- Trends in incidentie en prevalentie van aandoeningen worden jaarlijks gemonitord met behulp van gegevens uit het LINH-netwerk.
- Specifiek op het terrein van infectieziekten rapporteren de peilstations wekelijks over de griep. Dit draagt mede bij aan het inzicht in de effectiviteit

van het Nederlandse vaccinatieprogramma. Het European Influenza Surveillance Scheme (EISS), het door het NIVEL gecoördineerde netwerk dat influenza in heel Europa monitorde heeft in september 2008 het grootste deel van haar activiteiten overgedragen aan het European Centre for Disease Control (ECDC). Onder de vlag van de World Health Organization doet EISS nog wel de monitoring in de niet EU-landen.

- Het onderzoek naar het lange termijn functioneel beloop van mensen met artrose (CARPA) is in de afrondingsfase van een proefschrift.
- Interventiestudies vinden vooral plaats in de paramedische zorg en het onderzoek naar verpleging en verzorging. Zo wordt onder meer het lange termijn effect van Graded Activity bij mensen met artrose bestudeerd en het effect van Australische schapenvachten op het doorliggen van patiënten in verpleeghuizen.
- Nieuw zijn de activiteiten op het terrein van gezondheid en bewegen. Met financiering van NOC/NSF- is een pilotstudie uitgevoerd naar effecten van projecten van verschillende sportbonden om mensen aan het bewegen te krijgen. Met financiering van het NISB is een criteriaset ontwikkeld

om interventies te beoordelen op de mate waarin zij kansrijk zijn om een effect op het beweeggedrag te sorteren. De projecten die in het kader van het Nationaal Actieprogramma Sport en Bewegen worden gefinancierd zijn ook beoordeeld op deze criteria. Dit onderzoek levert inzicht in de mate waarin deze initiatieven daadwerkelijk leiden tot een toename van het aantal mensen dat sport en beweegt.

- Met de participatiemonitor worden in het kader van de evaluatie van de Wmo ontwikkelingen in de tijd gevolgd in de mate van participatie op basis van het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten en het Panel samen Leven.
- Het onderzoek naar patiënten/verzekerden-ervaringen, met de CQ-index, geeft inzicht in de prestaties van zorgaanbieders en verzekeraars vanuit het perspectief van de verzekerden of patiënten.
- Bij de evaluaties van ondermeer wetgeving ontstaat inzicht in de mate waarin het zorgstelsel bijdraagt aan het bereiken van de systeemdoelen: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.
- Tenslotte worden resultaten uit NIVEL onderzoek gebruikt in de Zorgbalans,

Experts en Expertise van het NIVEL, 2009

	Onderzoeksthema's
Prof. dr. D.H. (Dinny) de Bakker	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Naar een geïntegreerde eerste lijn Huisartsenzorg
Dr. R.S. (Ronald) Batenburg	Beroepskrachtenplanning Naar een geïntegreerde eerste lijn Afstemming, taakdifferentiatie en substitutie in de zorg
Prof. dr. J.M. (Jozien) Bensing	Communicatie in de zorg Therapietrouw Placebowerking
Dr. W.G.W. (Wienke) Boerma	Europese gezondheidszorgsystemen
Prof. dr. W.L.J.M. (Walter) Devillé	Etnische en sociaal-economische verschillen in gezondheid en ziekte Diversiteit in de zorg Europese gezondheidszorgsystemen
Dr. L. (Liset) van Dijk	Het voorschrijven van geneesmiddelen Geneesmiddelengebruik Geneesmiddelenbeleid
Dr. G.A. (Gé) Donker	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Surveillance
Dr. A.M. (Sandra) van Dulmen	Communicatie in de zorg Therapietrouw
Dr. A.L. (Anneke) Francke	Evidence based care Zorginnovaties Ouderenzorg en thuiszorg
Prof. dr. R.D. (Roland) Friele	Evaluatie wet- en regelgeving De positie van patiënten in de zorg

Prof. dr. P.P. (Peter) Groenewegen	Europese gezondheidszorgsystemen Verzekeraars
Dr. J.J.D.J.M. (Jany) Rademakers	Kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief De positie van patiënten in de zorg Afstemming, taakdifferentiatie en substitutie in de zorg
Dr. P.M. (Mieke) Rijken	Maatschappelijke participatie Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg van chronisch zieken Participatie van mensen met een beperking
Prof. dr. F.G. (François) Schellevis	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Comorbiditeit en multimorbiditeit Surveillance Preventie in de zorg Naar een geïntegreerde eerste lijn Huisartsenzorg
Dr. C. (Cindy) Veenhof	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Preventie in de zorg Sport, bewegen en gezondheid Paramedische zorg
Dr. P.F.M. (Peter) Verhaak	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Comorbiditeit en multimorbiditeit De zorg voor mensen met depressie en angst Psychologische zorg
Dr. R.A. (Robert) Verheij	Gezondheid en ziekte in de eerste lijn Huisartsenzorg
Dr. C. (Cordula) Wagner	Kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen Patiëntveiligheid Zorginnovaties Ziekenhuiszorg
Dr. T.A. (Trees) Wiegiers	Verloskundige zorg Beroepskrachtenplanning
Dr. C.J. (Joris) IJzermans	Surveillance Rampen Acute zorg

Algemene informatie

Bestuur:

Leden

Mw. dr. E. Borst- Eilers*	Voorzitter
Drs. W. Geerlings, arts*	Secretaris/penningmeester
Mw. dr. J. Bont	Landelijke Huisartsen Vereniging
Drs. C.M.A. van der Togt	Actiz
Dr. H. Kiers	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Dr. P.F. Hasekamp	Zorgverzekeraars Nederland
Dr. E. Casteleijn	Consumentenbond
Mw. A. Schipaanboord	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
A.E. Timmermans, arts	Nederlands Huisartsen Genootschap
Prof.dr. E. Schadé*	UvA/AMC, Hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voorgedragen door staf NIVEL
Prof.dr.E.C. Klasen	lid Raad van Bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), tevens decaan, voorgedragen door staf NIVEL
Mw. Prof.dr. J. van Doorne- Huiskes	emeritus Hoogleraar Sociologie Universiteit Utrecht, voorgedragen door staf NIVEL

Adviseurs

Dr. E.P. Beem	ZonMw
Mw. G.C. Rijninks-van Driel	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Mw. drs. J.M.M. Willemse	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Mw.dr. M. Cardol	Ondernemingsraad NIVEL
Vacature	Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
Vacature	College voor Zorgverzekeringen (CvZ)

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

NIVEL Wetenschappelijke staf:

Prof.dr. P.P. Groenewegen	Directeur
Prof.dr.ir. R.D. Friele	Adjunct-directeur en hoofd onderzoeksafdeling 3
Prof.dr. D.H. de Bakker	Hoofd onderzoeksafdeling 2
Vacature	Hoofd onderzoeksafdeling 1
Prof.dr. J.M. Bensing	Buitengewoon programmaleider Communicatie en gezondheidspsychologie
Dr. R.S. Batenburg	Programmaleider Beroepen in de gezondheidszorg
Prof.dr. W.L.J.M. Devillé	Programmaleider International en Migranten / speciale doelgroepen
Dr. A.M. van Dulmen	Programmaleider Communicatie in de zorg
Dr.ir. C.E.M.J. van Dijk	Programmaleider Farmaceutische zorg
Dr. A.L. Francke	Programmaleider Verpleging en verzorging
Dr. J.J.D.J.M. Rademakers	Programmaleider Vraaggestuurde zorg
Dr. P.M. Rijken	Programmaleider Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten
Prof.dr. F.G. Schellevis	Programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg
Dr. C. Veenhof	Programmaleider Paramedische zorg
Dr. P.F.M. Verhaak	Programmaleider Relatie eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg
Dr. C. Wagner	Programmaleider Kwaliteit en organisatie in de cure en care
Dr. C.J. IJzermans	Programmaleider Acute zorg en rampen

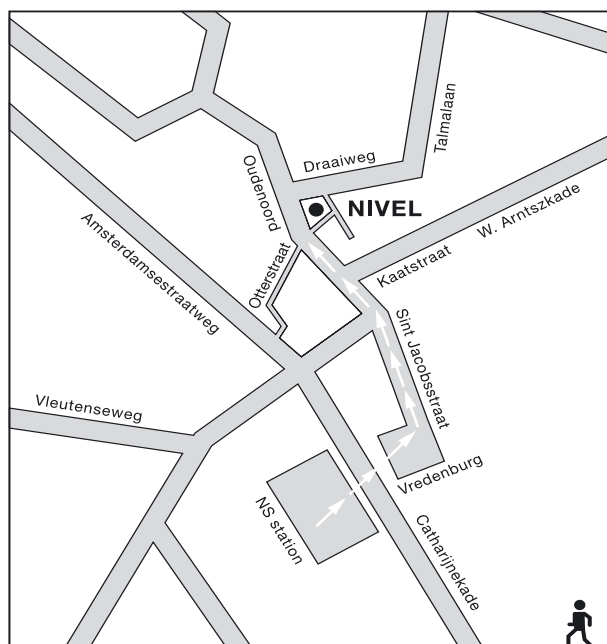
Hoe bereikt u het NIVEL

Het bezoekadres van het NIVEL is: Otterstraat 118-124, Utrecht.

Te voet vanaf het Centraal Station:

Vanaf het station loopt u via Vredenburg in 15-20 minuten naar ons toe.

Volg vanuit de hal van het Centraal Station de borden 'Clarenburg' tot 'Boven Clarenburg niveau 1'. Neem de roltrap naar beneden en vervolgens de uitgang recht voor u. U staat nu op het plein 'Vredenburg'. Loop over het plein diagonaal naar links. Steek over op de hoek van het plein (recht tegenover warenhuis de Bijenkorf). Loop de straat in langs de Bijenkorf. Dit is de Jacobstraat. Na ongeveer 3 minuten lopen komt u bij een brug. Ga na de brug rechtdoor. De straat heet nu 'Oudenoord'. Even verderop ziet u een grijze kantoortoren. Het NIVEL-gebouw (rode baksteen) ligt – vanuit uw looprichting gezien – net achter de kantoortoren.



Bus:

Vanaf het Centraal station bent u met bus 1 (Overvecht), 6 (Zuilen), 7 (Overvecht Noord), 26 (Zuilen), 36 (Maarssen) in circa vijf minuten bij het NIVEL. Uitstappen bij halte "Oudenoord". Het NIVEL-gebouw vindt u ongeveer 50 meter verder aan uw rechter hand.

Per auto:

TomTom-gebruikers

Eindbestemming "Westerdijk 6" brengt u direct bij onze parkeerplaats.

Vanuit de richting Amersfoort / Hilversum A27

Afslag Utrecht Veemarkt. Deze weg alsmear blijven volgen tot een Y splitsing. U volgt de borden centrum west (links af). Bij de 2e stoplichten rechts, de volgende links (Oudenoord). Na circa 100 meter is aan uw linkerkant op de hoek van de Oudenoord - Otterstraat (naast grijze kantoortoren) het NIVEL gevestigd. Hier is ook mogelijkheid tot betaald parkeren.

Vanuit de richting Amsterdam

Neem de afslag Utrecht - De Meern - Jaarbeurs. Bij de stoplichten linksaf richting Utrecht Centrum - Jaarbeurs. Zie verder vanaf **) onderaan deze pagina.

Vanuit de richting Rotterdam - Den Haag - Breda

Bij knooppunt "Oudenrijn" richting Utrecht - West - 's Hertogenbosch / Amsterdam. Daarna richting Utrecht-De Meern - Jaarbeurs rijden. Bij de stoplichten rechtsaf richting Utrecht Centrum. Zie verder vanaf **) onderaan deze pagina.

Vanuit de richting Arnhem

Richting Utrecht / Nieuwegein / Hilversum / Breda. Blijf parallel rijden met de snelweg. Neem de afslag Utrecht - West / Amsterdam en blijf deze op de rechterhelft volgen. Dan neemt u de afslag Utrecht - De Meern - Jaarbeurs en gaat u bij de stoplichten rechtsaf, richting Utrecht Centrum. Zie verder vanaf **)

**) Bij de eerstvolgende stoplichten rechtdoor en deze weg, langs de trambaan, blijven volgen. Onder het spoorviaduct "Daalsetunnel" door rechtdoor over het kruispunt en links aanhouden (water aan uw rechterhand). Bij de eerstvolgende stoplichten linksaf (Oudenoord). Na circa 100 meter is aan uw rechterkant op de hoek van de Oudenoord - Otterstraat (naast grijze kantoorstoren) het NIVEL gevestigd. Hier is ook mogelijkheid tot betaald parkeren.