

Werkplan 2008



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

©2008 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 Werkplan 2008

Voorwoord	3
1. Inleiding	5
1.1 Algemene ontwikkelingen	5
1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid	10
1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	19
2. Onderzoeklijnen binnen het werkplan	23
2.1 Inleiding	23
2.2 De onderzoeklijnen	23
2.2.1 Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten	23
2.2.2 Vraaggestuurde zorg	25
2.2.3 Kwaliteit en organisatie in de cure en care	26
2.2.4 Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg	27
2.2.5 GGZ en eerstelijns gezondheidszorg	29
2.2.6 Beroepen in de gezondheidszorg	30
2.2.7 Huisartsgeneeskundige zorg	32
2.2.8 Acute zorg & rampen	33
2.2.9 Farmaceutische zorg	35
2.2.10 Verloskunde en kraamzorg	36
2.2.11 Paramedische zorg	38
2.2.12 Verpleging en verzorging	40
2.2.13 Communicatie in de gezondheidszorg	41
2.2.14 Migrant Health	43
2.2.15 NIVEL Internationaal	44
3. Bibliotheek en Kenniscentrum	47
4. Algemene informatie	49

Voorwoord

Het werkplan is, zoals gebruikelijk, gesplitst in twee delen. Het eerste deel bevat een algemene inleiding waarin ingegaan wordt op maatschappelijke- en beleidsontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg en de plaats van het NIVEL hierin.

Het onderzoek binnen het NIVEL wordt besproken aan de hand van een aantal onderzoekslijnen en themagebieden, waarbij de achtergronden en hoofdlijnen van het themagebied voor de komende jaren worden weergegeven. Het tweede deel van het werkplan bestaat uit een overzicht van de actuele en recentelijk afgesloten projecten; deze zijn te vinden op www.nivel.nl/onderzoeksprogramma. Dit overzicht wordt regelmatig (eens per kwartaal) ververs. Meer exemplaren van het werkplan zijn te bestellen per e-mail; nivel@nivel.nl of per telefoon; 030 2729700 of per fax; 030 2729729.

Inleiding

1.1

Algemene ontwikkelingen

Het Ei van Klink

Het is wel wennen: na een minister die als een waar veldheer slaagde waar al zijn naoorlogse voorgangers op stuk liepen, subsidiair niet aan begonnen, subsidiair niet aan toekwamen, namelijk om een algemene zorgverzekering voor alle Nederlanders te introduceren, vinden wij nu een zachtmoedig overkomend man, wiens beleidsvoornemens niet in een korte karakteristiek te vangen zijn. De eerste drie maanden was het hele kabinet zich nog aan het oriënteren op de richting waarin het de samenleving wilde veranderen. Dus daar viel de minister niet uit de toon.

Ook stonden enkele concrete beleidsvoornemens in het regeerakkoord (per 01-01-2008 omzetten van de no-claim premie-teruggaveregelings in een algemeen eigen risico aan de voet) die snel werden uitgevoerd en was de door het vorige kabinet ingezette operatie "hervorming AWBZ" (introdunctie Wmo) in volle gang, maar wat deze minister nu precies zou gaan doen werd niet meteen duidelijk.

Inmiddels zijn we weer enkele maanden verder en wordt het duidelijk dat de minister op het gebied van marktordening het beleid van zijn voorganger voortzet en daarnaast sterk inzet op het onderwerp 'preventie'. Op het eerste beleidspunt stelt de minister voor om zo snel mogelijk de hoeveelheid vrij onderhandelbare DBC-categorieën uit te breiden van de huidige 10 % naar 50 % (verschuiving van het A-segment naar het B-segment) om op die manier marktwerking en competitie tussen zorgaanbieders te vergroten en vooral te versnellen.

In beleidslijn 2: 'preventie' spelen verschillende motieven een rol naast morele motieven: mensen hebben jegens zichzelf, hun naaste omgeving en de samenleving een morele verplichting om zo gezond mogelijk te leven. Ziekte belemmert zelfontplooiing, legt beslag op de aandacht van de naaste omgeving, is schadelijk voor de economie en vergt maatschappelijke middelen (belastinggeld) die niet elders ingezet kunnen worden. Bovendien, en hier komt het Ei van Klink, zijn er tenminste 450.000 zorgverleners nodig om de groeiende zorgvraag (vergrijzing!) het hoofd te bieden terwijl er, maximaal 250.000 mensen van de diverse opleidingen in de gezondheidszorg komen.

Als we nu met zijn allen gewoon ziek worden, dan hebben we minder personeel in de zorg, dus: leve de preventie. Natuurlijk weet de minister ook wel dat

- a. preventie vaak alleen ziekte uitstelt en zeker niet afstelt
- b. belangrijker nog, dat serieus preventiebeleid meestal een kwestie van lange adem is en van lange termijneffecten (hoe lang weten wij al niet dat roken erg slecht is voor de gezondheid)

maar, op de korte termijn geeft preventie verlichting van de arbeidsmarktproblemen. Hm, zou Tom Poes zeggen.

Opvallend in deze duale beleidspresentatie is de gescheidenheid (excuses voor het Ielijke Nederlands) van de beide beleidsterreinen. Zorg/marktbeleid en preventiebeleid lijken los van elkaar te staan. Het lijkt wel of de departementale structuur twee los van elkaar staande gedachtegangen heeft geproduceerd, terwijl toch juist een samenhang tussen beide elementen een schot voor open doel zou zijn met een keuze voor primary care; eerstelijnszorg, als de scharnier tussen het zorg-

(verzekerings)beleid en het preventie/volksgezondheidsbeleid. Een hernieuwde aandacht voor en nadruk op de eerstelijnszorg zou een logisch sluitstuk van de rede van de minister zijn geweest. Nu wordt vooral opgeroepen tot betere samenwerking tussen de openbare gezondheidszorg en de (eerstelijns) curatieve zorg of het scheppen van een robuustere infrastructuur voor de publieke gezondheidszorg. Voorzichtig worden de mogelijkheid voor preventie in de hele zorgketen verkend maar het vrij laten van een groter gedeelte van de DBC's wordt niet aan het bevorderen van preventie gekoppeld. Hier had een keuze voor een sterke, geïntegreerde eerstelijns niet misstaan.

Wat betekent een en ander voor het onderzoek van het NIVEL?

Doorgaan met het evalueren van de zorgverzekeringwet ("the proof of the pudding" moet nog komen.) Gaat het naar premieverhoging of pakketvermindering; komt de "echte" concurrentie tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars er nu werkelijk aan of is het fusieproces bij aanbieders en verzekeraars al te ver voortgeschreden? Bij het beantwoorden van deze vragen spelen de NIVEL-panelen een rol, want via de evaluatie door zorggebruikers kan dit proces het best worden gevolgd. De originele koppeling die de minister legt tussen arbeidsmarktproblemen in de gezondheidszorg en nadruk op preventie van ziekten maakt onderzoek op het gebied van de arbeidsmarkt voor de zorg en behoeft eramingen aan zorgaanbieders in het geheel niet overbodig. Stel nu dat deze koppeling iets snel gelegd is. Tot dusver bevond de Minister van Volksgezondheid zich op het gebied van de arbeidsmarkt in de zorg in een ingewikkelde positie: gaat het goed met de economie dan ontstaat er krapte op de zorgaanbiedersmarkt maar hoeft de minister niet te bezuinigen en krijgt hij misschien nog extra geld te besteden. Gaat het slecht met

de economie dan gaat het goed met de arbeidsmarkt in de zorg, maar zal de minister toch waarschijnlijk bezuinigingen moeten doorvoeren die op hun beurt een eigen dynamiek met zich meebrengen.

Het NIVEL is goed toegerust om aanbodramingen en arbeidsmarktonderzoek te verrichten.

Preventie in het zorgsysteem. Naar een pleidooi voor een sterke eerstelijns. Komt dat even goed uit. Wij hebben een concreet plan klaarliggen voor een nationale studie naar ziekte en zorg in de eerstelijns.

En tenslotte, vergeet de Wmo niet. Deze mega-operatie dreigt een beetje in een beleidsluwte te geraken. De thuiszorg, eens een trotse pijler van de eerstelijnszorg is nu een voor zijn overleving vechtende organisatie in doodsnood.

De hierboven genoemde onderwerpen zullen in de onderzoeksplannen van het NIVEL in 2008 en volgende jaren een sterke aandacht krijgen.

Constanten in het beleid

1. Geneesmiddelen

Dit is een echt 'waterbed-dossier'*. Iedere beleidsmaatregel van overheidswege wordt uiteindelijk wel weer te niet gedaan door een reactie van een van de vele belanghebbende partijen; de farmaceutische industrie, de groothandel en distributie, de voorschrijvende artsen de verzekeraars, of actiegroepen van belanghebbende patiënten (de Plavix-discussie). Vooral het schuiven met prijzen van merkgeneesmiddelen en generieke geneesmiddelen maakt elke prijsmaatregel op den duur ongedaan. Iedere 'incentive' stuurt het gedrag van 'partijen' ook op ongewenste wijze. Toch moet de industrie door kunnen gaan met innovaties die bovendien voldoende

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

lucratief moeten zijn. Het blijft een moeilijk dossier, al leek er recentelijk een lichtpuntje te ontwaren. Voor het eerst in tijden waren in 2005 de kosten van geneesmiddelen niet verder gestegen. Niettemin is het een illusie te denken dat de kosten van het geneesmiddelengebruik zullen dalen; een nieuwe generatie geneesmiddelen-opmaat, gebaseerd op nanotechnologische ontwikkelingen, wordt marktrijp gemaakt. Naast de baten die deze middelen zullen brengen, zullen de kosten en met name de kosten die gepaard gaan met een brede toegang tot deze middelen nog voor heel wat verhitte discussies zorgen.

2. Europa

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

De man wordt naar Wenen vervoerd en, pikant detail, geneest. Het Luxemburgse Hof stelt dat de zorgverzekeraar zich niet op Nederlandse standaarden mag beroepen, maar alleen op Europese (en gaat er en passant even van uit dat die er zijn). Dergelijke uitspraken hebben grote gevolgen; onze huisartsenstandaarden met hun terughoudend karakter, worden bijvoorbeeld lang niet overal gedeeld. Er zijn grote, cultureel bepaalde, verschil-

len in opvattingen over effectieve geneeskunde. Er ligt natuurlijk wel een prachtig onderzoeksterrein braak. Het Hof in Luxemburg gaat nog verder: in de casus Watts (juni 2006) stelt het nadrukkelijk dat landen met een zogenaamd naturavergoedingstelsel (zoals de Britse National Health Service en ons oude ziekenfondsstelsel) ook onder deze uitspraken vallen; zij kunnen burgers niet tegenhouden (of hen een terugbetaling van de gemaakte kosten ontzeggen) als deze hun medische heil in andere lidstaten van de EU zoeken (als daar althans een goede reden voor is).

Geen wonder dat de Europese Commissaris voor Gezondheid en Consumentenbescherming de ministers van volksgezondheid aangespoord heeft om de consequenties van deze uitspraken in gezamenlijk beleid onder ogen te zien en er op te reageren.

3. Wachtlijsten, tekort aan personeel, kostenbeheersing

Ze zijn in een adem genoemd, want wachtlijsten, rantsoenering en het beperkt houden van het aantal medische beroepsbeoefenaren vormen twee zijden van dezelfde medaille. Als men de belemmeringen van zorggebruik uit de weg ruimt, dan zullen de kosten stijgen, wat een minister ook moge zeggen over het indammen van de kostenstijgingen. In landen zonder rantsoenering en budgettering zijn de kosten van de gezondheidszorg hoger dan bij ons*; remmen los betekent onherroepelijk stijgende kosten, die uiteindelijk weer vertaald worden in premies en loonstijgingen.

Ook zijn tekorten niet een-twee-drie weg te werken. Het

* De kosten van de zorg zijn bij ons niet echt laag. Dat heeft te maken met onze ruim ingerichte AWBZ-zorg, maar dit ter zijde. De kosten zijn wel een lange periode redelijk stabiel gebleven (1982-2002). Dit is een beleidsprestatie van formaat, vooral terug te voeren op met name instellingsbudgettering. De snelle kostenstijging van de laatste jaren heeft enerzijds te maken met het loslaten van de ramingen, de extra gelden voor wegwerken van de wachtlijsten en de kosten van de genees- en hulpmiddelen, maar vooral met rechterlijke uitspraken over het basale recht op zorg, als men publiek daarvoor verzekerd is.

duurt acht tot tien jaar voordat er een nieuwe huisarts of specialist is opgeleid; kortom wachtlijsten zullen er nog wel even blijven.

Tenslotte willen de recent opgeleide artsen niet meer als solist en/of vrije ondernemer werken of dag en nacht beschikbaar zijn. Deze medisch-demografisch-culturele omslag is al een aantal jaren aan de gang en heeft als gevolg dat het 'vrije beroep' in rap tempo min of meer van zelf zal verdwijnen. De nieuwe dienstestructuur van huisartsen komt niet voort uit overheidsbeleid maar uit de beroepsgroep zelf; zelfs protesten uit de bevolking lijken weinig uit te richten. Een interessante ontwikkeling vormen de voorstellen rond nieuwe en kortere (medische) opleidingen. Hier wordt van een nood (krapte) een deugd gemaakt (meer delegatie en substitutie).

Overschotten en tekorten in de verpleging en verzorging gaan op en neer met de economische conjunctuur. Gaat het economisch slecht, dan is (of lijkt) de zorg een veilige haven. Gaat het economisch beter dan vertaalt zich dat in vacatures in de zorg. De kunst voor zorgaanbieders is om het in slechtere economische tijden geworven personeel met behulp van goed en menselijk personeelbeleid vast te houden.

4. In de spreekkamer gebeurt het: de communicatie tussen zorgverlener en patiënt

Hoe belangrijk communicatie en bejegening zijn in de gezondheidszorg blijkt uit het gegeven dat bij heel veel klachten en tuchtrechtzaken gebrekkige communicatie een rol speelt. Juridische regels en belangen (een hulpverlener mag wel zeggen 'er is iets helemaal fout gegaan', maar niet 'wat afschuwelijk; ik heb iets helemaal fout gedaan') bevorderen een open en eerlijke communicatie niet. In de voorgestelde nieuwe Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg (WCKZ) (geplande indiening juli 2008; geplande invoering januari 2010) moet hierin ver-

andering brengen. De vraag is of de dubbele doelstelling (meer invloed van de patiënt en meer ruimte voor zorgverleners/ zorgondernemers) niet te strijdig met elkaar zijn.

Therapietrouw, ook al zo'n beladen onderwerp, blijkt sterk beïnvloed te worden door communicatie. Verspilling in de gezondheidszorg kan op die manier worden tegengegaan.

5. Rampen, bioterrorisme, pandemie

Nèt als de minister denkt zijn zaakjes onder controle te hebben, breekt natuurlijk de langverwachte influenzapandemie of een andere gezondheidsramp uit en dan zal blijken dat er in de praktijk te weinig is geleerd van vorige fouten en dat zowel nationaal als (vooral) op Europees gebied niet voldoende adequate scenario's gereed liggen om de problemen het hoofd te bieden. In Nederland zijn er teveel verschillende aansturingsniveaus in onze gedecentraliseerde bestuurscultuur. In Europa heeft men de 'assessment' (gelokaliseerd in het (Stockholmse) European Centre of Disease prevention and Control, ECDC) en het 'ingrijpen' (bij DG SANCO van de Europese Commissie te Luxemburg) gescheiden. Daarnaast zal het al lastig genoeg zijn om tijdig de juiste en volledige informatie van de verschillende lidstaten te krijgen.

Door het vooralsnog uitblijven van de vele malen aangekondigde griep-pandemie is er gelukkig voldoende tijd gewonnen om de pandemische plannen verder uit te werken en, internationaal, op elkaar af te stemmen. Ook komen nieuwe (moleculaire) technieken om vaccins te construeren en te produceren langzamerhand beschikbaar. Niettemin blijft het moeilijk balanceren tussen 'realistische voorbereiding' en 'paniek zaaien'. Gelukkig zijn de voorraden virusremmers inmiddels op pandemiesterkte gebracht.

De ervaring die het NIVEL heeft opgedaan in het evalu-

eren van de directe en indirecte gevolgen van rampen voor gezondheid van de slachtoffers en hun naaste omgeving (vooral op basis van het Elektronisch Medisch Dossier in de huisartspraktijk) wordt, op bescheiden schaal in stand gehouden (in samenwerking met het RIVM). Rampen komen, per definitie, onverwacht; op zo'n moment kan de basisstructuur snel worden uitgebreid.

6. Patiëntveiligheid

Niet alleen op nationaal niveau kunnen rampen ontstaan en blijven voortwoekeren; ook op instellingsniveau komen fouten en ongelukken voor. Het thema 'patiëntveiligheid' dekt dit brede scala van bijna-ongelukken tot ongelukken-met-dodelijke-afloop.

Een diepgaande inventariserende studie bracht aan het licht dat het om meer dan incidenten gaat. Nader onderzoek naar de oorzaken wordt momenteel verricht. Op basis van de eerste schattingen van het aantal ongevallen met dodelijke afloop, is eigenlijk meteen afgesproken dit aantal (van 1735 doden) in 5 jaar te halveren, zonder dat overigens duidelijk is hoe partijen (zorgaanbieders, instellingen, overheid, politiek) deze halvering willen bereiken. De studie naar de oorzaken van de ongevallen moet meer inzicht in de achtergronden bieden.

Gevolgen voor het onderzoek van het NIVEL

De invloed van het kabinetsbeleid op het NIVEL-onderzoeksprogramma is duidelijk traceerbaar. Over de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wmo (Wet op de maatschappelijke ondersteuning) is hiervoor al het nodige gezegd. Dat geldt ook voor het onderzoek naar arbeidsmarkt en behoefteramingen van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

Op Europees niveau speelt het NIVEL een belangrijke rol bij de surveillance en monitoring van influenza; het herbergt het European Influenza Surveillance Scheme (EISS), waar netwerken van huisartspraktijken nauw samenwer-

ken met nationale referentielaboratoria, om zo vroeg mogelijk de rondwarende griepvirussen te kunnen identificeren en de verspreiding door Europa te volgen.

De uitbreiding van de Europese unie met tien nieuwe leden en nog twee erbij in 2007 geeft ook veel stof voor nieuw onderzoek. Allerlei studies die over de 'oude' 15 lidstaten van de Unie gaan, moeten up to date worden gemaakt. Het NIVEL-onderzoek 'Home care in Europe' is een voorbeeld. Daar wordt in 2008 concreet aan gewerkt met behulp van een Europese subsidie.

In onderzoeksland is het goed merkbaar dat allochtonen van de agenda verdwenen zijn. Budgetten voor onderzoek worden beperkt; programma's niet verlengd. Beleidsmakers onderdrukken een geeuw als onderzoek naar cultuurverschillen in de gezondheidszorg aan de orde is. Asielzoekers zijn in aantal sterk teruggelopen. De noodzaak voor (medische) opvang neemt daarmee automatisch af en daarmee ook de behoefte aan onderzoek. De positie van illegalen in de gezondheidszorg wordt grimmiger. Administratieve barrières maken toegang tot de zorg de facto steeds moeilijker; beleidsmatige interesse in de groep illegalen is mogelijk nog miniemer dan voor legaal aanwezige allochtonen.

De dreigende tekorten in de huisartsenzorg maken niet alleen onderzoek naar instroom, uitstroom, vestiging en vertrek van huisartsen van belang; ook is aanvullend onderzoek nodig naar de mogelijkheden van taakdelegatie en substitutie.

Communicatie-onderzoek heeft op het NIVEL een lange traditie en een uitstekende wetenschappelijke reputatie, die recentelijk tot uiting werd gebracht in het toekennen van de NWO-Spinozapremie-2006. De besteding van de prijs (1,5 miljoen euro) vormt een unieke stimulans voor dit deel van het NIVEL-programma.

De patiënt centraal

Eindelijk staat de patiënt, de zorggebruiker echt cen-

traal. 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 evenwel 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 zo consistent en systematisch mogelijk gemeten en gerapporteerd wordt hoe zorggebruikers de ontvangen zorg waarderen (de CQ-indexen). Het NIVEL heeft een meerjarenaafpraak met het Centrum gemaakt, om deze systematische evaluaties mede vorm te geven. Dit is een van de grotere onderzoeksprogramma's op het NIVEL.

1.2

Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid

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

De bovenstaande vragen en dilemma's vindt de lezer op twee manieren terug in het werkprogramma. De ene manier is 'direct'. Zo wordt in paragraaf 2.2.6 opgesomd welk onderzoek het NIVEL rond 'beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg' verricht. Belangrijker is echter de 'indirecte' manier. Een overheid die de regie van het zorgsysteem aan derden overlaat, moet over een uitgebreid systeem van toezicht, monitoring en beleidse-

valuatie beschikken. Sterker nog, men zou de stelling wel kunnen verdedigen dat hoe minder een Ministerie te vertellen heeft, hoe sterker de behoefte leeft om tenminste geïnformeerd te zijn.

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

Eén van de manieren, waarop het NIVEL de onderzoeksbehoefte van de overheid ondersteunt is door het typische van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen ontwikkelingen in andere landen. Het motto is hier: het is goed om van eigen fouten te leren maar beter nog 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.

Het immer lastige geneesmiddelendossier verdwijnt niet uit onze aandacht. Nationale databases waarin het mogelijk is om indicatiestelling (diagnose) en voorgeschreven geneesmiddel te combineren, geven een actu-

eel overzicht in ontwikkelingen in het voorschrijfpatroon van huisartsen.

De knellende arbeidsmarktproblematiek, zowel in sectoren met een lange planningshorizon zoals het opleiden van medisch specialisten, als in de meer kortcyclische functies zoals verzorgenden en ziekenhuishulpen wordt nauwkeurig gevolgd.

Kennis over de demografische opbouw van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg is daarvoor onontbeerlijk.

De steeds belangrijker wordende rol van zorggebruikers in de zorg wordt gevolgd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken dat uitgebreid met Gehandicapten, vanaf 2005 het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) is gaan heten. Vooral het Consumentenpanel levert vitale informatie over de 'burger als verzekerde'. Kwaliteit van zorg vanuit het gezichtspunt van de zorggebruikers vormt een constant aandachtsgebied in het NIVEL-onderzoek. Veel van het ontwikkelingswerk rond wat tegenwoordig de CQ-index heet (een gestandaardiseerde manier om oordelen van zorggebruikers over de kwaliteit van geleverde zorg te meten) is op het NIVEL ontwikkeld.

Voor het NIVEL is het essentieel dat een ietwat vaag begrip als 'kwaliteit van zorg' wordt verbonden met harde uitkomstmaten.

Missie en doelstellingen van het instituut

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

De middelen die het NIVEL (statutair) ten dienste staan

om zijn doelstelling te bereiken zijn de volgende:

- het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op basis van zelf verzamelde en bestaande gegevens;
- het beheer van registratiesystemen en het produceren van gegevensoverzichten hieruit;
- het beheren van een kenniscentrum, waaronder een bibliotheek en het verrichten van documentatieactiviteiten;
- het organiseren van congressen en andere publieksmanifestaties.

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

Belangrijk is dat uit deze opsomming ook duidelijk wordt 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 opnieuw verbreed tot de gehele somatisch curatieve zorg. De naam 'NIVEL' is toen vanwege de herkenbaarheid gehandhaafd. Het instituut heet nu voluit 'NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg'. Inmiddels zijn ook twee Europese namen gedeponneerd: 'NIVEL; Netherlands institute for health services research' en 'NIVEL-international' met het oog op onze voorgenomen internationale expansie. 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) en
3. vertegenwoordigers uit de wetenschappelijke wereld.

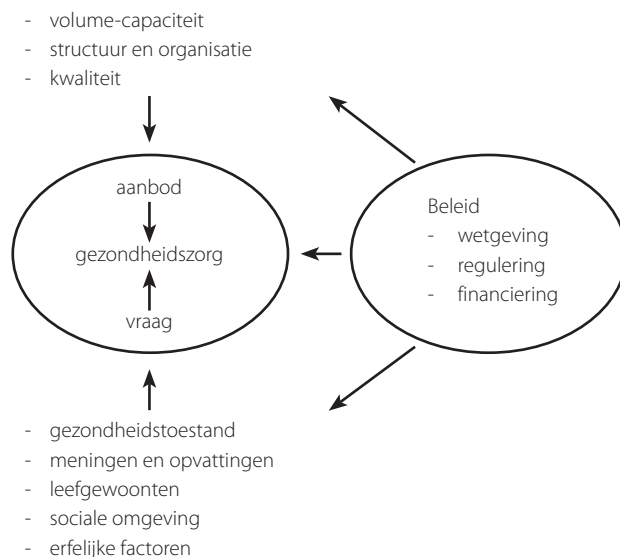
Het Bestuur belichaamt het netwerk van het instituut.

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 ser-

vices research' genoemd. Gezondheidszorgonderzoek richt zich op de onderlinge afstemming van de vraag naar gezondheidszorg en het aanbod aan gezondheidszorg onder invloed van het beleid: wetgeving, regulering, financiering, verzekering (zie schema 1).

Schema 1: Domein van het gezondheidszorg-onderzoek



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 onder-

* Het Nederlands Huisartsen Instituut begon zijn werk in 1965 als wetenschappelijk bureau van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap met een subsidie van het toenmalige Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het verrichtte niet alleen wetenschappelijk onderzoek maar verzorgde ook nascholing, voorlichting en praktijkondersteuning voor huisartsen. In 1971 werd de exclusieve band met het Genootschap geslecht, maar de taken bleven even breed. In 1985 werd het instituut gesplitst. Wetenschappelijk onderzoek en Documentatie gingen naar een instituut met een nieuwe naam en een onderzoeksterrein dat breder was dan het werk van de huisarts: het NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. De ondersteunings- en ontwikkelings taken gingen over in een andere organisatie (de Stichting O&O, ontwikkeling en ondersteuning van huisartsenzorg), die in 1995 werd opgeheven.

zoek. Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Het wetenschappelijk karakter wordt bevorderd doordat het NIVEL is aangesloten bij twee universitaire onderzoeksscholen ('CaRe' en 'Psychology and Health'). Naast deze interuniversitaire onderzoeksscholen, die als idee wat minder 'hot' zijn dan 10 jaar geleden, worden ook afspraken over leerstoelen en samenwerking gemaakt tussen NIVEL en specifieke universiteiten.

De nationale positie van het NIVEL zorgt 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'

'Assets' is managersjargon voor 'waardevolle bezittingen' zoals tafelzilver of kroonjuwelen. De term geeft aan hoe belangrijk de registratiesystemen voor het NIVEL zijn. 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 (zoals LINH, het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, dat is opgezet onder toezicht van de beide nationale huisartsenorganisaties NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en dat beheerd wordt samen met de WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit; een samenwerkingsverband tussen de universiteiten van Nijmegen en Maastricht) of zoals het Consumentenpanel Gezondheidszorg, opgericht samen met de Consumentenbond.

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 wisselwerking 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 oefentherapeuten). De persoonsregistraties onderscheiden zich enerzijds als verzamelingen van alle relevante beroepsbeoefenaren, waar over een volledige groep een beperkte hoeveelheid informatie wordt verzameld en anderzijds als steekproeven van zorgverleners en zorggebruikers, die regelmatig over actuele onderwerpen worden ondervraagd.

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 worden 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 speci-

alisten, die de basis vormen van een solide en innovatief onderzoeksprogramma (de databank Communicatie In

de Zorg - ClZ). 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, behoeftaramingen, beroepenstudies, substitutie, modelbouw in de gezondheidszorg
Verloskundigen (1980)	alle verloskundigen			
Fysiotherapeuten (1994)	alle fysiotherapeuten			
Ergotherapeuten (1995)	alle ergotherapeuten	beroepsvereniging		
oefentherapeuten cesar/mensendieck (2001)	alle werkzame oefentherapeuten	beroepsorganisatie		
Kinderartsen (1997)	alle kinderartsen	beroepsvereniging		nog te starten
<i>Panels van beroepsgroepen</i>				
Verpleegkundigen en verzorgenden (2001)²	steekproef van 800 verpleegkundigen en verzorgenden	VWS via LEVV en AVVV	regelmatige peilingen naar beroepsuitoefening en werkbeleving	
<i>Panels van zorggebruikers</i>				
consumentenpanel gezondheidszorg (1992)³	steekproef van 3000 burgers (2 panels van 1500)	VWS activiteiten -subsidie	halfjaarlijkse metingen	vertrouwen in de gezondheidszorg, relatie met zorgverzekeraars, wetsevaluatie
Nationaal Panel Chronisch Ziekten en Gehandicapten (1998)	steekproef van 4000 chronisch zieken en gehandicapten, grotendeels gevonden via huisartspraktijk	ministeries SoZa We VWS project-subsidie	vaste peilingen over maatschappelijke positie en ziekte beleving evaluaties gezondheidszorg	omgaan (coping) met chronisch zieken en maatschappelijke participatie, kosten van zorggebruik veel specifiek onderzoek per ziekte nu ook mensen met een handicap in panel 'samen leven'
<i>Registratie van aandoeningen en verrichtingen</i>				
LINH Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (1996)⁴	In 80 huisartspraktijken bij 195.000 patiënten, alle voorkomen-de ziekten en verrichtingen	VWS activiteiten -subsidie	jaarlijks rapport 'Staat van de huisartszorg'	2° Nationale Studie van aandoeningen en verrichtingen (60 projecten), veel geneesmiddelonderzoek, kwaliteit van zorg; voorbereiding (3e) Nationale Studie van ziekten en zorg in de elgz

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
Peilstations (1970) is samengevoegd met LINH	65 huisartsen in 44 praktijken	VWS activiteiten -subsidie	jaarverslag	
LIPZ landelijk Informatiesysteem 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)
Databank Communicatie in de zorg (1976)	15.000 arts-patiënt consulten op video	VWS activiteiten -subsidie		veel promotieprojecten, onderzoek t.b.v. praktijk en beleid (bv. naar de WGBO)

¹ Het jaartal betekent: bestaat sinds ...

² Met LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging) en AVVV (Algemene Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden)

³ Met Consumentenbond

⁴ Met WOK (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit), NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)

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 activiteitensubsidie 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 uitbreiding naar patiënten uit de GGZ. Op ingenieuze wijze kunnen bijvoorbeeld organisaties van bepaalde patiëntengroepen (astma- en COPD-patiënten; nierpatiënten) 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 vuurwerkkramp 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. Tenslotte is het koppelen van een *'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk'* in een frequentie van eens in de tien jaar een verrijking zowel van de registratie als van het onderzoek. NS3 zou rond 2008/9 weer van start moeten gaan. Samen met het RIVM wordt aan de voorbereiding hard gewerkt.

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. Een definitief (en positief) besluit hierover is in 2005 genomen. De uitdagingen voor de 'Databank communicatie in de

zorg' zijn legio. Consulten van medisch specialisten lijkt een logische uitbreiding. Er is al een uitbreiding geweest naar huisartsen in sommige 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.

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 (Vrije Universiteit Amsterdam, Universiteit Maastricht, Katholieke Universiteit Nijmegen) en Psychology and Health (Universiteit Utrecht, Leiden, Amsterdam, Groningen en Brabant).

Daarnaast bestaat er al jarenlang een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de nationale instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van de 'branche-rapporten' wordt intensief met anderen (vooral met Prismant; het onderzoeksinstituut voor de intramurale sector) samengewerkt en informatie uit diverse bronnen gebruikt. Omgekeerd stelt het NIVEL ook eigen data en eigen expertise ter beschikking van derden op gerichte vragen van buiten. Ook dat past bij onze filosofie over de rol van een landelijk kenniscentrum. Een fraai voorbeeld hiervan vormt de grootschalige Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Met veel universitaire en buiten-universitaire onderzoeksinstituten zijn samenwerkingsprojecten opgezet op basis van het door het NIVEL verzamelde materiaal. Het RIVM neemt actief deel aan de uitvoering van deze studie en aan de verspreiding van de resultaten ervan.

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 op zijn eentje overzicht te houden over alles wat er gebeurt. Een dergelijke claim is op voorhand tot mislukking gedoemd. Er moet dus naar andere wegen gezocht worden om de verspreid aanwezige informatie te systematiseren, synthetiseren en overzichtelijk te houden. 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 september van 2007 lag het aantal bezoekers van buiten het NIVEL op circa 900 per werkdag. Op de site vinden zij basisinformatie over de zorgaanbieders in de curatieve zorg en de verpleging en verzorging. 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 vormt een reden voor regelmatig gebruikersonderzoek. Spiegelinformatie is bij uitstek een manier om 'meer uit gegevens te halen' en de relatie tussen 'onderzoek' en 'beleid of praktijk' te versterken. Het krijgen van

spiegelinformatie kan voor individuele respondenten, professionals of zorginstellingen, natuurlijk een extra stimulant zijn om aan onderzoek mee te werken. Maar, spiegelinformatie kan ook een daadwerkelijke bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Spiegelinformatie geeft hen inzicht in de eigen prestaties, vergeleken met anderen. Binnen het kenniscentrum worden werkwijzen ontwikkeld om op een efficiënte manier spiegelinformatie te produceren die goed aansluit bij de behoeften van de gebruikers. Het onderzoek waarin de NIVEL website werd ingezet voor het verzamelen van respondentengegevens is positief afgesloten. In 2007 is op deze wijze een database van eerstelijnspsychologen opgezet. Tenslotte wordt gezocht naar efficiëntere en slimme manieren om de hoeveelheid informatie die binnen het NIVEL wordt geproduceerd te ontsluiten, zowel voor mensen buiten het NIVEL als voor onderzoekers van het NIVEL zelf.

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 (Markt en Consument, Curatieve Zorg, Publieke Gezondheidszorg, Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, Langdurige Zorg, Maatschappelijke Ondersteuning, MEVA), 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 (van oudsher vooral eerstelijns organisaties, zoals huisartsen, gezondheidscentra, thuis-

zorg, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleging en verzorging, maar nu ook medisch specialisten en intramuraal werkzame verpleegkundigen). Daarbij komen nu de verschillende koepelorganisaties in de intramurale sector, zoals NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en Actiz (Ouderenzorg). Ook zorgverzekeraars en patiënten - en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde. 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 komt er buiten al deze kanalen ook wel eens een opdrachtgever met vragen naar het NIVEL toe. Mits openbare publicatie van de resultaten gegarandeerd is, het onderzoek in grote lijnen binnen het werkkterrein van het NIVEL past en de werkzaamheden adequaat worden gehonoreerd, worden deze opdrachten aangenomen en uitgevoerd. Voor dit type onderzoek is echter (als het althans alleen de directe interesse van een opdrachtgever betreft) BTW verschuldigd.

Een voor de toekomst van het instituut interessante ontwikkeling is dat het NIVEL inmiddels bekend is vanwege zijn capaciteit om grootschalige projecten tot een goed einde te brengen.

Dit alles resulteert in een honderdtwintigtal projecten op jaarbasis, die in 2007 een jaaromzet van ongeveer 11 miljoen euro opleverden, waarvan ongeveer een kwart tot een derde als activiteitensubsidie van het ministerie van VWS wordt ontvangen. Eind 2007 telde het NIVEL ongeveer 175 medewerkers, van wie een 90-tal onderzoekers

Van basissubsidie naar activiteitsubsidie

De financiële relatie tussen het NIVEL en VWS is in 2005 van karakter veranderd. Tot dusver ontving het NIVEL een zogenaamde 'basissubsidie'. Daar stond weliswaar een werkprogramma tegenover, maar in dat programma was niet precies te zien hoe de basissubsidie werd besteed. Dat is vanaf 2005 anders. De basissubsidie is omgezet in een instellingssubsidie cq activiteitenbegroting. Deze activiteitenbegroting omvat de volgende onderdelen:

- 1) een aantal concrete activiteiten, vooral rond databestanden en registratiesystemen:
 - Beroepenregistraties
 - a) Consumentenpanel gezondheidszorg
 - b) LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg)
 - c) Vanaf 2008 Landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg (LIPZ)
 - d) Databank Communicatie in de zorg
 - e) Kenniscentrum en Bibliotheek
- 2) strategisch onderzoek en wetenschappelijke verdieping ('vrije onderzoeksruimte')
- 3) matching (bij financiering van projecten die niet een integrale kostprijs vergoeden).

De onder de categorie 'concrete activiteiten' vallende projecten zijn in schema 2 grijs gerenvoierd.

In paragraaf 2.2.6 vindt men de projecten rond de beroepenregistraties; deels rechtstreeks door VWS gefinancierd, deels door derden betaald op basis van de bestaande kennisinfrastructuur.

In paragraaf 2.2.2 (Vraaggestuurde zorg) vindt men de projecten rond het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In de paragrafen 2.2.7 (Huisartsenzorg), 2.2.8 (Acute Zorg & Rampen) en 2.2.9 (Farmaceutische Zorg) wordt op grote schaal gebruik gemaakt van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.

De toepassing van de databank Communicatie in de Zorg vindt men in paragraaf 2.2.13, terwijl in hoofdstuk

3 respectievelijk de Bibliotheek en documentatie en het Kenniscentrum aan de orde komen.

1.3

De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

Verandering 1: van aanbod naar vraag

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

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

Onder punt één -de zorgvrager als consument- wordt onderzoek gedaan naar het 'vertrouwen in de zorg', naar de 'consument als verzekerde' en naar 'bekendheid met nieuwe beleidsmaatregelen, wetten en voorschriften'. Een belangrijke rol in het onderzoek speelt het 'Consumentenpanel gezondheidszorg', een panel bestaande uit een nationaal representatieve groep Nederlandse burgers, aan wie op gezette tijden vragen worden voorgelegd.

Bij punt twee gaat het vooral om chronisch zieken. Dit zijn mensen voor wie gezondheidszorg erg belangrijk is en die ook regelmatig van de zorg gebruik maken. Hun oordeel over de zorg is op ervaring gebaseerd en zou dus sterk moeten meetellen bij beleidsmakers. Ook hier wordt onderzoek verricht op basis van een panel:

het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaande uit 4000 uit de administratie van huisartsen gelichte patiënten met diverse chronische aandoeningen, aangevuld met personen met een handicap uit diverse bronnen afkomstig. In het onderzoek staan drie vragen centraal:

- hoe gaan mensen met hun ziekte om; welke invloed heeft de ziekte op het dagelijks leven?
- hoe beïnvloedt de ziekte de maatschappelijke positie van de patiënt (inkomen, werksituatie, WAO)?
- hoe evalueren chronisch zieken de gezondheidszorg?

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

Bij punt drie, bijzondere groepen, geldt dat er geen sprake is van een vast onderzoeksbestand, zoals een 'Migrantenpanel' (maar wat niet is, kan nog komen), maar van met elkaar samenhangende onderzoeken onder verschillende migrantengroepen. En belangrijke bron voor dit onderzoek vormen (nog steeds) de gegevens van de Tweede Nationale Studie van ziekten verrichtingen in de huisartspraktijk waarin autochtone en allochtone Nederlanders vergeleken kunnen worden met betrekking tot hun in de huisartspraktijk gepresenteerde ziekten en problemen en de door de huisarts verrichte interventies. Overigens wordt geconstateerd dat de belangstelling voor het wedervaren van de allochtone medemens tanende is. De normatieve aanpak overheerst de empirische. Fondsen voor onderzoek drogen op.

Veel aandacht wordt op het NIVEL besteed aan het standaardiseren van de wijze waarop zorggebruikers de kwaliteit van zorg beoordelen. De Consumer Quality

– index (CQ-index) kan men niet anders dan een revolutionair instrument noemen. Dat revolutionaire zit hem niet eens zozeer in de gestandaardiseerde systematiek, maar in het meervoudige doel waarvoor de resultaten worden gebruikt. Het instrument moet namelijk dienen als *keuze-informatie* voor de zorggebruikers (en dus openbaar gepubliceerd worden, liefst op naam van zorgaanbieder of instelling), als *inkoop-informatie* voor verzekeraars (die zorgaanbieders op naam en instelling willen kunnen vergelijken) en als *verbeter-informatie* voor (koepels en organisaties van) zorgaanbieders. Alleen in dat laatste geval kan men zich voorstellen dat de gegevens binnen de beslotenheid van de koepels blijven. De CQ-methodiek impliceert transparantie en dat maakt hem revolutionair. Het (verder) ontwikkelen van dit meetinstrument vormt een belangrijke activiteit van het NIVEL.

Verandering 2: Van incidenteel onderzoek naar permanente databases; monitor effecten stelselwijziging goede testcase

Het NIVEL kan snel 'uitrukken' om door middel van onderzoek een beleidsvraag te beantwoorden; dat is altijd een sterk punt geweest. Toch verschuift ook hier het accent van ad-hoc onderzoek naar het raadplegen van permanente databases, die als monitorinstrument fungeren. In paragraaf 1.2 is al een uitgebreide opsomming gegeven van de registratiesystemen en databases op het NIVEL. Zowel het Consumentenpanel Gezondheidszorg als het Nationaal panel van Chronisch zieken en Gehandicapten zullen naast het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg ingezet worden om een breed scala van effecten van de stelselwijziging van de gezondheidszorg in kaart te brengen. Dit is het meest in het oog springende doel waarvoor de NIVEL-databases zullen worden gebruikt.

Daarnaast moet opgemerkt worden dat herhaling van (grote) onderzoeken op gezette tijden ook uiterst

waardevolle databases geeft. We noemen een paar:

- a) Vijftwintig jaar observatieonderzoek van consulten in de huisartspraktijk. Het NIVEL beschikt over een historische collectie op videotapes en CD-ROM opgeslagen consulten in de huisartspraktijk die voor het beantwoorden van vele vraagstellingen wordt gebruikt (bijvoorbeeld voor vragen naar de invloed van NHG-standaarden op het gedrag van huisarts en patiënt; vragen over het voorschrijven en bijwerkingen van geneesmiddelen).
- b) De Eerste en Tweede Nationale Studie in de huisartspraktijk. Zowel in 1987-1988 als in 2001-2002 is grootschalig onderzoek uitgevoerd in nationaal representatieve groepen huisartspraktijken. Niet alleen werd informatie over ziekten en verrichtingen verzameld, maar ook werden van alle ingeschreven patiënten een uitgebreide set achtergrondgegevens vastgelegd (opleiding, beroep, etniciteit, gezinssamenstelling, etc.). Hiermee wordt onderzoek naar risicogroepen mogelijk. Vergelijking in de tijd geeft een scherp beeld van veranderingen in de huisartspraktijk. Momenteel wordt (samen met het RIVM) gewerkt aan het voorbereiden van de Nationale Studie naar Ziekte en Zorg in de Eerstelijns (NSE). Niet de huisarts staat centraal, maar de huisartsenzorg als onderdeel van een bredere eerstelijnszorg.

Deze longitudinale bestanden maken het mogelijk om wetenschappelijke en beleidsvragen betrekkelijk snel te kunnen beantwoorden. Dat brengt ons op:

Verandering 3: van empirisch onderzoek naar kennismangement

Deze verandering is vooral een mentaliteitsverandering; het NIVEL moet zijn automatische reflex 'is er een probleem, dan doen wij toch even een onderzoek' ver-

ruilen voor een breder arsenaal aan kennisproducten. Dit geldt zowel voor het gebruik maken van door derden verzameld materiaal (bijvoorbeeld via het internet) als ook voor de presentatie van gegevens: via de website in plaats van in een rapport.

Schrijven voor het Web is een kunst apart. Belangrijk is niet alleen dat alles nog korter en krachtiger is dan bij een voor een groter publiek bestemde publicatie, maar ook dat de auteurs als het ware 'gelaagd' denken. Eerst de hoofdboodschap en dan uitleg via aan te klikken achterliggende documenten.

Die omslag in het denken is de uitdaging voor de komende jaren. Intern is een breed samengestelde projectgroep gevormd om te experimenteren met nieuwe werkwijzen en producten en deze vernieuwing in de rest van de organisatie te implementeren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met het RIVM, dat in zijn Beleidsmonitor al over een digitaal opgezet kennisproduct beschikt.

Continuïteit

De continuïteit van het programma vindt men in de verschillende hoofdstukken; de veranderingen zijn hier gradueel; het programma ontwikkelt zich als het ware 'werkende weg'. Te noemen vallen verder:

- onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt op basis van de toegekende Spinozapremiegelden
- onderzoek naar behoefteramingen van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
- onderzoek naar kwaliteit van zorg
- onderzoek naar de relatie tussen huisarts/specialist en ziekenhuis; nu met het accent op patiëntveiligheid
- onderzoek naar paramedische zorg, verloskundige zorg en verpleging en verzorging

- onderzoek op het gebied van psychische problemen en met name naar de relatie tussen psychische en lichamelijke problemen in de huisartspraktijk en de GGZ; met de introductie van de Eerstelijnspsycholoog in het basispakket van de zorgverzekering heeft dit onderzoek nieuwe impulsen gekregen

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject: 2008 is de 39e jaargang. Inmiddels is het peilstationsproject geïntegreerd met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Binnen dit elektronische netwerk blijft het echter wel zijn specifieke functie vervul-

len: informatie verzamelen ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid, die niet routinematig uit elektronische huisartsendossiers kan worden verkregen. Men denke daarbij aan lichaamsmateriaal, aanvullende vragenlijsten en informatie over onderwerpen die buiten de huidige classificatiesystemen vallen. Verandering en continuïteit zijn, dat moge duidelijk zijn, met elkaar verbonden. Door onderzoek te herhalen en tijdreeksen aan te leggen worden trends zichtbaar in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en is er pas echt sprake van 'voortschrijdend inzicht'. De continuïteit van het peilstationsproject is gelegen in zijn continue flexibiliteit.

Onderzoekslijnen binnen het werkplan

2.1

Inleiding

Het onderzoeksprogramma van het NIVEL is te ordenen in een aantal onderzoekslijnen; die terug te vinden zijn in paragraaf 1.2..

Zorgvraag

- Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten
- Vraaggestuurde zorg

Beleid en organisatie

- Kwaliteit en organisatie in de cure en care
- Beleid en regelgeving
- Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg

Zorgaanbod

- Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg
- Beroepen in de gezondheidszorg
- Huisartsgeneeskundige zorg
- Monitoring gezondheidseffecten van rampen
- Farmaceutische zorg
- Verloskundige zorg
- Paramedische zorg
- Verpleging en verzorging

Zorgproces

- Het hulpverleningsproces; onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg

Systeem van gezondheidszorg

- International and migrant health

Op internet www.nivel.nl vindt men de projectbeschrijvingen van de lopende onderzoeksprojecten. Ieder project valt onder de verantwoordelijkheid van een van de programmaleiders.

2.2

De onderzoekslijnen

2.2.1

Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten

Themagebied

Samen werken, samen leven' zou een korte omschrijving kunnen zijn van dit themagebied. Het beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht om chronisch zieken en gehandicapten te laten 'meedoen' in de Nederlandse samenleving, dus wonen in een gewone woonwijk, volgen van regulier onderwijs, verrichten van betaald werk, et cetera. Het NIVEL onderzoekt hoe mensen met een chronische ziekte of handicap zelf de kwaliteit van hun leven en participatie ervaren en welke zorg en ondersteuning zij gebruiken en wensen.

Ontwikkelingen

Mensen met een chronische ziekte of handicap worden steeds minder vaak geassocieerd met labels als 'patiënten', 'cliënten', 'arbeidsongeschikten' of 'arbeidsgehandicapten'; mensen met een chronische ziekte of handicap worden in de eerste plaats beschouwd als burgers met mogelijkheden. Dat deze mensen niet alleen mogelijkheden hebben maar ook in hun mogelijkheden beperkt worden, wordt zeker erkend. De beperkingen zijn echter niet zozeer gelegen in het individu, maar in de interactie tussen individu en samenleving. De Nederlandse samenleving kent nog te veel belemmeringen voor mensen met een chronische ziekte of handicap. Zo valt het niet mee om als rolstoelgebruiker met het openbaar vervoer te reizen en is het voor iemand met een chronische ziekte een hele toer om de vele bezoeken aan een arts

of behandelcentrum te combineren met een betaalde baan.

Het beleid van de Nederlandse overheid is erop gericht de belemmeringen in de samenleving zoveel mogelijk weg te nemen en de maatschappelijke participatie te bevorderen. De overheid kiest daarbij voor de ontwikkeling van 'inclusief beleid': algemeen beleid waarbij rekening wordt gehouden met alle burgers, dus ook met mensen met een chronische ziekte of handicap.

Een belangrijke ontwikkeling is de recente invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die expliciet tot doel heeft om de zelfredzaamheid en deelname van mensen met beperkinge aan de samenleving te bevorderen. Het zijn de gemeenten die de Wmo uitvoeren. De gedachte daarbij is dat de maatschappelijke ondersteuning op die manier beter zal aansluiten op de lokale situatie en er meer maatwerk mogelijk is. De gemeenten krijgen hiervoor een budget, waarmee tegelijkertijd een einde is gemaakt aan de open einderegeling vanuit de AWBZ. De belangenorganisaties van chronisch zieken en gehandicapten zijn bezorgd over de consequenties die de budgettering zal hebben: krijgt iedereen nog wel de zorg die hij nodig heeft? Het compensatiebeginsel in de wet is bedoeld om deze zorgen weg te nemen, maar gemeenten hebben veel vrijheid hoe zij hieraan invulling geven.

Hoofdpijnen van onderzoek

In het NIVEL-onderzoek naar de zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten staat het 'patiëntenperspectief' voorop. Om het perspectief van mensen met een chronische ziekte of handicap voor het voetlicht te brengen en inzicht te krijgen in hun ervaren, wensen en behoeften, beschikt het NIVEL over twee landelijke panels:

het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het Panel Samen Leven.

Het NPCG is een panel van ruim 3.500 mensen met een

somatische chronische ziekte en/of lichamelijke handicap. Deze mensen verstrekken door middel van schriftelijke en telefonische enquêtes uitgebreide informatie over hun kwaliteit van leven, hun ervaringen met de zorg en hun maatschappelijke positie. Het NPCG biedt jaarlijkse cijfers die voor monitoring- en evaluatiedoeleinden worden gebruikt. Een ziektespecifieke monitor (onder astma- en COPD-patiënten) is aan het NPCG toegevoegd. In 2008 en 2009 zal het NPCG belangrijke informatie kunnen verschaffen voor de evaluatie van de Wmo.

Het Panel Samen Leven is een panel van circa 900 mensen met een verstandelijke beperking en hun naasten. De panelleden met een verstandelijke beperking worden zoveel mogelijk zelf geïnterviewd over hun leefsituatie en hun deelname aan de samenleving. In 2008 zullen, evenals in 2006, ruim 500 mensen met een verstandelijke beperking over deze onderwerpen worden bevroegd. Hun directe naasten worden schriftelijke geënquêteerd. Het Panel Samen Leven verschaft, evenals het NPCG, informatie voor de participatiemonitor die met subsidie van het ministerie van VWS door het NIVEL wordt uitgevoerd. Het panel biedt ook mogelijkheden ter beantwoording van wetenschappelijke vraagstellingen.

Het hebben van werk is zowel middel als bron van participatie. Het recht op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid is met de komst van de wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) flink ingeperkt. Er wordt dan ook massaal ingezet op behoud van werk en reïntegratie. Het NIVEL heeft onlangs in samenwerking met andere partijen een cursus ontwikkeld voor nierpatiënten om hen te helpen actief te blijven. In 2008 zal de cursus worden aangeboden in een aantal dialysecentra en zal een evaluatieonderzoek worden opgezet. Werk blijft ook een belangrijk thema in het onderzoek bij andere groepen chronisch zieken. Daarnaast zijn zelfmanagement en leefstijl belangrijke onderzoeksthema's. In 2008 wordt ook het onderzoek naar de ziektepercepties van patiënten en hun partners en de

betekenis van sociale steun en overbescherming voortgezet, onder andere bij mensen met diabetes mellitus type 2.

2.2.2

Vraaggestuurde zorg

Themagebied

Door de invoering van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 veranderde de verhouding tussen de verschillende partijen in de zorg: zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Door marktwerking dient een proces op gang te komen waarbij kwalitatief goede zorg wordt geleverd die aansluit bij de vragen en behoeften van patiënten en consumenten, terwijl tegelijk de kostenontwikkeling beheerst blijft. Het NIVEL onderzoekt deze processen en ontwikkelt instrumenten om het klantperspectief beter in kaart te brengen.

Ontwikkelingen

De drie vraaggestuurde markten die naar aanleiding van de Zorgverzekeringswet zijn ontstaan zijn een zorgmarkt - waarop consumenten kunnen kiezen tussen aanbieders en zorgarrangementen, een verzekeringsmarkt - waarop consumenten kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars en polissen, en een inkoopmarkt - waarop zorgverzekeraars strategisch contracten kunnen afsluiten met zorgaanbieders. De overheid houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg door middel van een raamwerk van prestatie-indicatoren (waaronder de ervaringen van patiënten en cliënten) en blijft verantwoordelijk voor een goede toegankelijkheid van de zorg.

Voor een goede werking van het marktprincipe is transparantie nodig: consumenten en verzekeraars moeten inzicht hebben in de prestaties van aanbieders. Ook zorgaanbieders hebben behoefte aan informatie: zij moeten hoe patiënten en cliënten de geboden zorg

waarderen en waar mogelijkheden zijn voor verbetering. Tenslotte hebben de overheid, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit behoefte aan gegevens waarmee zij de ontwikkelingen in de zorg kunnen monitoren. Om te voldoen aan deze verschillende informatiebehoeften is door het NIVEL -in samenwerking met het AMC- de Consumer Quality (CQ)-index ontwikkeld, die inmiddels geldt als landelijke standaard om klantervaringen in de gezondheidszorg te meten. Voor marktwerking is overigens ook pluriformiteit in het aanbod en een zeker mate van overcapaciteit noodzakelijk, zodat er voor consumenten ook daadwerkelijk iets te kiezen valt. Op dit moment is daar in veel zorgsectoren (nog) geen sprake van.

Sommige (jonge, gezonde) mensen lijken meer te profiteren van de voordelen van het nieuwe stelsel. Voor hen worden bijvoorbeeld al ziektekostenverzekeringen aangeboden tegen een lager tarief. Belangrijk is na te gaan wat de consequenties hiervan zijn voor andere groepen (ouderen, chronisch zieken) en in hoeverre het solidariteitsprincipe in de zorg hier in het geding is.

Hoofdpijnen van onderzoek

Consumentenpanel Gezondheidszorg

In het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen van consumenten met de gezondheidszorg, met als doel hun positie te versterken. Onderwerpen worden voorgedragen door het Ministerie van VWS, de Inspectie van de Gezondheidszorg, het College voor Zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, de NPCF en de Consumentenbond. De stelselwijziging en consequenties daarvan zullen een thema blijven in de komende periode, naast andere actuele onderwerpen.

CQ-index

Een belangrijk deel van de projecten binnen het themagebied heeft betrekking op de ontwikkeling en

validering van specifieke CQ-indexen. Verder zullen -deels in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg- een aantal verdiepingstudies worden uitgevoerd, onder meer naar de manier waarop de informatie die afkomstig is uit CQ-vragenlijsten het beste kan worden gepresenteerd aan consumenten, naar de mogelijkheid om kortere versies van CQ-indexen te ontwikkelen voor specifieke doeleinden, en naar verbetertrajecten die zorgaanbieders als gevolg van de informatie van CQ-vragenlijsten hebben ingezet. Tevens worden methodologische studies uitgevoerd om de instrumentontwikkeling en dataverzameling verder te optimaliseren.

Positie van specifieke doelgroepen in de zorg

Ouderen en chronisch zieken lijken minder gebaat bij de wijzigingen in het zorgstelsel. In het algemeen wil het NIVEL de mogelijkheden nagaan om nader onderzoek te doen naar de uitwerking van het zorgstelsel op specifieke doelgroepen. Naast ouderen en chronisch zieken valt daarbij te denken aan allochtonen of mensen die vanwege een lager opleidingsniveau onvoldoende toegang hebben tot informatie die belangrijk is om tot verantwoorde keuzes in de zorg te komen. Verder zal ook worden onderzocht hoe specifieke groepen het zorgaanbod waarderen en in hoeverre er sprake is van discrepantie tussen vraag en aanbod.

Onderzoek naar de rol van collectiviteiten

In opdracht van het Landelijke Overleg Cliëntenraden (LOC) wordt evaluatieonderzoek gedaan naar de mate waarin cliëntenraden de geboden ondersteuning waarderen. Doel van dit onderzoek is tevens te komen tot een instrument dat landelijk gebruikt kan worden door alle koepelorganisaties die patiënten- en cliëntenraden ondersteunen. Het NIVEL wil haar onderzoek naar medezeggenschap en de rol van collectiviteiten in 2008 verder uitbreiden.

Rol verzekeraars

De rol van verzekeraars wordt onderzocht in een

publiek-private samenwerking tussen het NIVEL en de zorgverzekeraar VGZ. Een accesspanel is opgezet dat tot doel heeft onderzoek te doen naar het keuzegedrag van consumenten op de verzekeringsmarkt en om private metingen te doen die VGZ ondersteunen in het afstemmen van zijn beleid op de wensen en behoeften van verzekerden.

2.2.3

Kwaliteit en organisatie in de cure en care

Themagebied

Beleidsmakers, zorgprofessionals en managers in de gezondheidszorg streven naar een betere kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Verschillen in behandelingen en zorg tussen instellingen doen patiënten en zorgverzekeraars aandringen op het transparanter maken van zorgprestaties. Het NIVEL doet dan ook inventariserend en verklarend onderzoek naar de organisatie, kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorg.

Ontwikkelingen

De resultaten van het onderzoek naar onbedoelde schade in ziekenhuizen dat op verzoek van de Orde van medisch specialisten is uitgevoerd door het NIVEL en het EMGO Instituut hebben duidelijk gemaakt dat ook in Nederland nog diverse verbeteringen in de zorg mogelijk zijn. Patientveiligheid als onderdeel van kwaliteit van zorg staat mede hierdoor voor de komende jaren prominent op de beleidsagenda van de overheid en de brancheorganisaties van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen. Deze partijen hebben gezamenlijk een actieplan opgesteld met als doel de potentieel vermijdbare schade in de komende vijf jaar te halveren. Om dit te bereiken, wordt een twee sporenbeleid gevolgd met : 1) aandacht voor structurele verbeteringen van

bijvoorbeeld de dossiervoering, de complicatiebespreking, en scholing; en 2) concrete verbeterprojecten op tien inhoudelijke onderwerpen, zoals postoperatieve infecties, medicatiegerelateerde fouten, signaleren van patiënten met bedreigde vitale functies. Dit actieplan geldt in eerste instantie voor ziekenhuizen. Vergelijkbare plannen worden verwacht voor de care sectoren en de eerstelijns zorg. De veldpartijen krijgen de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de plannen en de inspectie voor de gezondheidszorg zal erop toezien dat instellingen actief gaan verbeteren.

Daarnaast zijn instellingen actiever in hun streven naar certificatie van het kwaliteitssysteem, zal de bekostiging van verpleeg- en verzorgingshuizen in de toekomst meer afhankelijk worden van de zorgzwaarte van bewoners, en krijgen benchmarking met behulp van kwaliteitsindicatoren een meer bepalende rol bij de beoordeling van zorginstellingen.

Hoofdpijnen van onderzoek

Kwaliteits- en veiligheidssystemen

Het NIVEL houdt de ontwikkeling van deze systemen bij sinds 1990. Om de vijf jaar wordt op grote schaal de stand van zaken geïnventariseerd. Ook tussentijdse trends worden gesignaleerd.

De ontwikkeling van kwaliteits- en veiligheidsbeleid verloopt in de meeste Europese landen op vergelijkbare wijze. Nederland kan leren van ervaringen in andere landen.

Certificatie van de zorgketen

Omdat zorgaanbieders steeds meer samenwerken wordt ketencertificatie belangrijker. Onduidelijk blijft veelal wie verantwoordelijk is voor de keten als geheel. In de komende jaren zal het NIVEL risico's voor oudere patiënten met een heupfractuur in kaart brengen.

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen

Het NIVEL werkt samen met het EMGO Instituut/

VUmc aan het landelijke onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland. Daarin wordt onderzoek gedaan naar vermijdbare schade, oorzaken van incidenten, effecten van verbeterinitiatieven, en de veiligheidscultuur in ziekenhuizen.

Kwaliteitsbeleid van medisch specialisten

Het NIVEL onderzoekt wat de effecten zijn van kwaliteitssystemen van medisch specialisten voor specifieke patiëntengroepen.

Risico-indicatoren langdurige zorg

Het NIVEL ondersteunt de inspectie voor de gezondheidszorg bij het ontwikkelen van risico-indicatoren voor de langdurige zorg. Deze indicatoren kunnen worden gebruikt om te signaleren in welke instellingen patiënten een verhoogd risico lopen.

Invloed personele bezetting op kwaliteit van leven

Het NIVEL doet onderzoek naar de invloed van de personele bezetting op de kwaliteit van leven van patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Communicatie tussen professionals

Het niet optimaal verlopen van de communicatie tussen professionals is een bron van incidenten in de zorgverlening. In enkele projecten onderzoekt het NIVEL in hoeverre een meer gestandaardiseerde overdracht tussen diensten en bij (telefonische) consulten de kwaliteit en veiligheid van de zorg kan verbeteren.

2.2.4

Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg

Themagebied

Dit nieuwe themagebied gaat in op de effecten van het beleidsinstrument wetgeving in de gezondheidszorg. Bij het vormgeven van beleid speelt wetgeving een zeer grote rol. Wetten zijn één van de structurende componenten in de gezondheidszorg. In dit

themagebied wordt direct de relatie gelegd tussen de introductie van een wet en de impact hiervan voor de gezondheidszorg.

Ontwikkelingen

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 zijn nu al een tijd van kracht, wat het mogelijk maakt om de balans op te maken van de effecten van deze wetgeving. De gevolgen van de 'stelselwijziging' voor de rechtspositie van patiënten is onduidelijk. Zowel de NPCF als het ministerie van VWS stellen dat deze rechtspositie bijzondere aandacht behoeft, bijvoorbeeld door de introductie van een speciale patiëntenwet.

Naast deze 'patiëntenwetten' is er ook een groot aantal andere wetten in de gezondheidszorg. Meer en meer bevatten deze wetten een evaluatiebepaling. Mede dankzij het programma evaluatie wet- en regelgeving van ZonMw is er sprake van een zich ontwikkelende samenhangende praktijk van wetsevaluatie. Daarbij wordt meer en meer getracht de juridische en empirische invalshoeken met elkaar in verband te brengen. 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 orgaandoontie door de introductie van een vorm van presumed consent een afname van het tekort aan donororganen. Op de wat langere termijn zal Nederland meer en meer geconfronteerd worden met vragen rond het geven van vergoedingen aan donoren of hun familie. Het overwegen van betaalde donatie roept een grote hoeveelheid ethische

vragen op, maar ook vragen naar de praktische effecten hiervan.

In de vorige kabinetsperiode is een complex aan wetswijzigingen doorgevoerd, onder de noemer stelselwijziging. Het gaat om de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze wetten zullen op veel plaatsen in de gezondheidszorg hun effecten hebben. Ook deze wetten zijn voorzien van een evaluatiebepaling.

Hoofdpijnen van onderzoek

Patiëntenrechten

De komende jaren zal het onderzoek rond patiëntenrechten worden gecontinueerd. Er zal aandacht zijn voor informed consent en patiënteninformatie met aspecten als health literacy en shared decision making. Een concreet project betreft de evaluatie van het Reklamebesluit geneesmiddelen. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de effecten van de stelselwijziging voor de rechtspositie van patiënten. Rond het klachtrecht is het interessant om verder in te gaan op de relatie met het kwaliteitsbeleid, de patiëntveiligheid en de rol van de aangeklaagde, bijvoorbeeld de arts, in de klachtenprocedure.

Orgaandonatie

Rond de orgaandonatie zal de mogelijkheid verkend worden voor onderzoek in Europees verband. Ook wordt gewerkt aan een proefschrift over de Wet op de orgaandonatie.

Veranderingen zorgstelsel

De diversiteit aan beleidsmaatregelen noopt tot inzet van expertise uit verschillende themagebieden bij bestudering van de wijzigingen in het zorgstelsel. Wegens de complexiteit, en daarmee ook de gedeeltelijke onvoorspelbaarheid van effecten van deze maatregelen, zijn bestaande en continue gegevensbronnen bijzonder bruikbaar, zoals het Consumentenpanel en het Panel

chronisch zieken en gehandicapten of LINH. Daar wordt op een systematische en structurele manier geregistreerd, zodat veranderingen in de tijd – gewenst en ongewenst, verwacht en onverwacht – goed kunnen worden gedetecteerd. Getracht wordt om als NIVEL een rol te krijgen bij de formele evaluatie van dit pakket aan wetgeving.

2.2.5

GGZ en eerstelijns gezondheidszorg

Themagebied

De vraag naar psychische hulp in de bevolking en de wijze waarop die vraag zich in de eerste en tweede lijns GGZ manifesteert is één van de hoofdlijnen van het themagebied. Het zorg aanbod op GGZ gebied van de eerstelijns (huisarts en POH-GGZ, eerstelijnspsycholoog, AMW, SPV) is de tweede hoofdlijn. De samenwerking en samenhang tussen de diverse disciplines en echelons en de positieve gevolgen daarvan voor de hulpverlening is het derde hoofdthema.

Ontwikkelingen

Een grote verandering in de GGZ is de ophanden zijnde overheveling van financiering door de AWBZ naar de basis- en aanvullende verzekering. De eerstelijnspsycholoog zal na 1 januari 2008 voor 8 zittingen vergoed worden vanuit de basisverzekering. De tweedelijns GGZ zal, voor zover het behandeling gedurende het eerste jaar betreft, niet meer vanwege de AWBZ vergoed worden, maar via de verzekering. Dit heeft vergaande consequenties voor de informatiebehoefte van de verzekeraar (wat is de meest kosteneffectieve GGZ om te contracteren?) en de consument (welke eerstelijnspsychologische hulp is in mijn omgeving aanwezig en welke voldoet het beste aan mijn voorkeuren?). De komende jaren zal het NIVEL daarom werken aan de verdere ontwikkeling

van (prestatie)indicatoren. Vanuit de beroepenmonitor Eerstelijns Psychologen zullen gegevens verschaft worden aan de RIVM site “Kies Beter”.

Binnen het volksgezondheidsbeleid wordt meer en meer waarde gehecht aan preventie. Binnen de geestelijke gezondheidszorg kan nog veel winst behaald worden wanneer mensen met een psychische stoornis ook daadwerkelijk behandeld worden. Een GGZ-aanbod via internet (E-mental health) kan daarbij een belangrijke rol spelen, omdat het in principe laagdrempelig is.

Een sterke eerstelijns blijft een belangrijk aandachtspunt, zeker ook in het licht van de bovengenoemde herziening van het zorgstelsel. Naast de samenwerking van de huisarts met andere eerstelijnspartners, wordt de ondersteuning van de huisarts binnen de huisartspraktijk door praktijkondersteuners GGZ of SPV ook steeds belangrijker. Een ontwikkeling die de blijvende aandacht van het themagebied GGZ zal houden.

Hoofdlijnen van onderzoek

Epidemiologisch onderzoek

Epidemiologisch onderzoek zal de komende vijf jaar onverminderd aandacht blijven krijgen, waarbij de nadruk zal liggen op het perspectief van de patiënt en op longitudinaal onderzoek. Bij een grote groep patiënten met angst of depressie, die tien jaar wordt gevolgd, zal de geuite behoefte aan zorg worden bekeken en zal op vaste meetpunten worden vastgesteld in hoeverre deze behoeften zijn vervuld. Hoofdvraag is of hulpverlening succesvoller is naarmate deze beter aansluit bij de behoefte van de patiënt. De invloed van therapietrouw is daarbij een aandachtspunt. Een belangrijke onderzoeksthema zal de groep mensen met een psychische stoornis die geen behandeling krijgen, zijn. We willen in eerste instantie onderzoeken welke subgroepen binnen deze groep ook een slechte

prognose hebben. Wanneer determinanten bekend zijn van een dergelijke combinatie (onbehandeld zijn én een slechte prognose hebben) zullen we experimentele studies opzetten om na te gaan in hoeverre via internet interventies mogelijk zijn om dergelijke groepen te bereiken en effectief te helpen.

Eerste lijn

De capaciteit van eerstelijns hulpverleners, de hulpvragen die zij krijgen voorgelegd en de onderlinge verwijzstromen zullen verder worden gevolgd. Cijfers m.b.t. huisartsen ontlenen we aan LINH, voor eerstelijnspsychologen gebruiken we LINEP, het netwerk van peilstations van eerstelijns psychologen, dat zal worden uitgebouwd en geconsolideerd. LINEP zal ook van waarde zijn om de effecten van de opname van de eerstelijnspsycholoog in de basisverzekering nauwkeurig te volgen. De beroepenregistratie van eerstelijns psychologen zal vervolgd worden in het kader van het geheel aan beroepenregistraties die het NIVEL onderhoudt. In het kader van de komende derde studie naar ziekten en zorg in de eerstelijns zal met behulp van LINEP een bijdrage geleverd kunnen worden aan een integrale dataverzameling van eerstelijns GGZ.

Met behulp van vraag- en aanbodgegevens (LINH, LINEP, beroepenregistraties huisartsen en eerstelijnspsychologen, MadiMonitor) kan het NIVEL jaarlijks een Vraag Aanbod Monitor (VAAM, internetapplicatie die op basis van sociodemografische kenmerken van een geografische eenheid (stad, wijk, buurt) de vraag naar zorg voorspelt) op het gebied van eerstelijns GGZ actualiseren. In de komende vijf jaar is het streven om deze monitoring van eerstelijns GGZ vraag te laten samengaan met soortgelijke registraties van tweedelijns gegevens.

2.2.6

Beroepen in de gezondheidszorg

Themagebied

Het centrale aanbodgestuurde zorgstelsel is bezig te veranderen in een decentraal, vraaggericht stelsel. Patiënten krijgen meer keuzemogelijkheden. Dit heeft gevolgen voor vraag naar en aanbod van personeel en daarmee voor de beroepenstructuur in de gezondheidszorg. Het zorgaanbod zal vooral afgestemd moeten worden op de zorgvraag in de regio. Aspecten als beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid spelen daarbij een belangrijke rol. Dit betekent dat een nauwgezette monitoring van de arbeidsmarkt noodzakelijk is.

Ontwikkelingen

In een decentraal, vraaggericht stelsel kan beter worden ingespeeld op wat patiënten willen en belangrijk vinden. Om de afstemming van het zorgaanbod op zorgvraag in de regio mogelijk te maken, moet het aanbod groot genoeg zijn. Om tekorten aan personeel te voorkomen worden naast uitbreiding van de opleidingscapaciteit ook taakherschikking en substitutie als oplossingen aangedragen.

Aangezien het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg versnipperd en ongeschikt is om te voldoen aan de snel stijgende zorgvraag en een steeds complexer zorgproces, is in 2006 het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opgericht. De doelstelling van het CBOG is het bevorderen en bewaken van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwantitatief als kwalitatief. Het Capaciteitsorgaan zal waarschijnlijk deel uit gaan maken van het CBOG.

Het CBOG zal zich buigen over de opleidingsmogelijkheden van nieuwe professionals, afgestemd op de behoefte. Een tussentijdse overstap en zij-instroom vanuit hogere

zorgopleidingen worden wellicht mogelijk. Het college sluit beperking van de duur van de specialistenopleidingen niet uit.

De beroepsuitoefening van professionals zal de komende jaren sterk veranderen, onder meer door de veranderende posities van alle partijen in de zorg. Zo schuift de overheid verantwoordelijkheden naar het veld, verzekeraars krijgen een belangrijke rol en mede onder invloed van mededingingsregels verandert ook de positie van beroepsorganisaties. Nieuwe beroepen zullen ontstaan en de werkzaamheden van bestaande beroepsgroepen zullen veranderen. Al deze ontwikkelingen zijn van invloed op de positie van professionals in de gezondheidszorg en daarmee ook op de beroepenstructuur. Een belangrijke ontwikkeling is ook de toenemende aandacht voor de regio. Dit zien we onder andere terug in de visie van VWS op een toekomstbestendige eerstelijnszorg, die beter aansluit op de behoeften van burgers. Deze behoeften variëren per beroepsgroep en per regio, daarom moeten oplossingen op lokaal en regionaal niveau tot stand komen. Voor het versterken van de eerste lijn wordt samenwerking tussen zorgaanbieders als een belangrijke voorwaarde gezien. Dit betekent in de praktijk dat wordt gestreefd naar grotere organisaties.

Hoofdpijnen van onderzoek

Aanbodregistraties

De gegevens voor de verschillende aanbodregistraties (huisartsen fysiotherapeuten, verloskundigen, ergotherapeuten oefentherapeuten) zullen in toenemende mate on-line verzameld worden. Bovendien worden de registraties omgebouwd naar registraties op het niveau van voorzieningen/praktijken. Daarmee kunnen zij, behalve voor arbeidsmarktonderzoek, ook als bron dienen voor de RIVM-website 'KiesBeter.nl'. In 2007 zijn de gegevens over huisartspraktijken voor deze website

beschikbaar gesteld. In 2008 wordt dit gecontinueerd en worden ook gegevens uit de andere registraties aan KiesBeter.nl verstrekt. Het aantal aanbodregistraties zal worden uitgebreid met nieuwe beroepsgroepen (eerstelijnspsychologen). De noodzaak hiertoe wordt nog versterkt doordat in toenemende mate ramingen over aanbod worden uitgevoerd rond clusters van beroepen. In 2008 zal tevens worden onderzocht op welke wijze gegevens kunnen worden verzameld over het aanbod van medisch specialisten in Nederland. Deze gegevens ontbreken nu nog.

Verder zal de monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn in 2008 gecontinueerd worden en zullen de benodigde gegevens worden afgetapt uit de huisartsenregistratie.

Capaciteitsramingen

Met de komst van het CBOG en de positie van het Capaciteitsorgaan daarin, zullen in de komende jaren niet alleen ramingen worden uitgevoerd voor de medische beroepen, maar ook voor andere beroepen in de gezondheidszorg. In het kader van taakherschikking en substitutie zullen deze studies steeds vaker clusters van beroepen betreffen. Het ramingsmodel zal daartoe verder moeten worden aangepast. Behalve voor het CBOG/Capaciteitsorgaan zullen ook ramingen in opdracht van specifieke beroepsgroepen worden gecontinueerd.

Beroepen en opleidingen

Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de beroepenstructuur is op termijn meer informatie op proces- en uitkomstniveau nodig. Daartoe zal worden voortgebouwd op het onderzoek naar de carrièrewensen van geneeskundestudenten, dat in 2006 is uitgevoerd. In het vervolgonderzoek wordt het hele traject van middelbare scholier tot medisch specialist in beeld gebracht. Het doel is inzicht te krijgen in de keuzes van aankomende artsen aangaande het opleidingstraject en de beroepsuitoefening.

Internationaal

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop in het buitenland capaciteitsramingen worden uitgevoerd, wordt een onderzoek voorgesteld waarin zowel wordt gekeken naar de instanties die daarvoor verantwoordelijk zijn als naar de manier waarop zij deze uitvoeren, met aandacht voor de planningsmethodiek en de ontwikkelingen die op dat terrein te verwachten zijn.

Ook zal onderzoek opgestart worden naar de omvang van de migratiestromen van verschillende typen beroepsbeoefenaren. Daarbij gaat het zowel om migratiestromen naar Nederland als vanuit Nederland naar het buitenland.

2.2.7

Huisartsgeneeskundige zorg

Themagebied

De huisartsgeneeskundige zorg en de organisatie daarvan veranderen voortdurend. De vraag naar huisartsenzorg stijgt en wordt complexer door de vergrijzing en het toenemende aantal mensen met chronische ziekten. De huisarts moet zich voorbereiden op een inbedding in een geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg. Transparantie over de aard en kwaliteit van de verleende zorg is van belang voor het behoud van de spilfunctie van de huisarts. Hiervoor is het elektronisch medisch dossier in de huisartspraktijk belangrijk.

Ontwikkelingen

De huisartsgeneeskunde in Nederland is sterk aan het veranderen. Er is sprake van een stijgende en complexer wordende vraag naar huisartsenzorg bij een gelijkblijvend aanbod aan huisartsen. De huisartsenpraktijk wordt ook de setting voor preventieve activiteiten. Dit vraagt om creatieve oplossingen om het aanbod van huisartsenzorg in de toekomst te kunnen garanderen.

De overheid en de beroepsorganisaties zetten in op een geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg met als spil de 'voorziening huisartsenzorg'. In de huisartsenpraktijk zijn sinds een aantal jaren praktijkondersteuners werkzaam en de praktijkassistente verzorgt in steeds meer praktijken en op de huisartsenpost de triage van hulpvragen. Ook vinden experimenten plaats met academisch opgeleide verpleegkundigen, die voor eenvoudige hulpvragen direct voor de patiënt toegankelijk zijn. Met acute klachten aan het bewegingsapparaat kan de patiënt zich direct bij de fysiotherapeut melden. De bedrijfsarts mag een patiënt verwijzen naar een medisch specialist. Ook de invoering van marktwerking in de zorg speelt in de huisartsenpraktijk een rol. Marktwerking vraagt om transparantie over de aard en kwaliteit van de geleverde zorg. Als criteria voor kwaliteit gelden niet alleen de mate waarin de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap worden nageleefd, maar ook de ervaringen van patiënten. In weinig Europese landen heeft de huisarts zo'n sterke positie in het zorgsysteem als in Nederland, waarvan de inschrijving op naam en de poortwachtersfunctie voor de toegang tot gespecialiseerde zorg de belangrijkste kenmerken zijn. In enkele West-Europese landen lopen experimenten om de rol van de huisarts te versterken. De hervormingen in veel Centraal- en Oost-Europese landen hebben geleid tot een duidelijker profiel van de eerstelijnsgezondheidszorg aldaar. Recente informatie over het taakprofiel van huisartsen op internationaal niveau ontbreekt echter.

Zowel nationaal als internationaal speelt de huisarts een belangrijke rol als informatiebron over de verspreiding van ziekten. Voor influenza zijn zelfs grensoverschrijdende informatienetwerken beschikbaar, maar voor de meeste infectieziekten ontbreekt een dergelijke surveillance. De bestaande netwerken zouden ook informatie over aandoeningen moeten kunnen genereren. Daarbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan syn-

droomsurveillance (veterinaire ziekten met potentieel humane impact, bioterroristische aanslagen), aan het real-time monitoren van de gevolgen van een hitte- of koudegolf en de monitoring van het vóórkomen van chronische ziekten.

Hoofdpijnen van onderzoek

De voorbereiding van een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is onlangs in gang gezet. Niet alleen zal deze studie een beeld geven van de effecten van de maatregelen van de afgelopen jaren, maar zij biedt ook de mogelijkheid een longitudinaal perspectief te schetsen van de huisartsenzorg sinds 1987, resp. 2001 toen de eerste en tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk plaatsvonden. Gezien de ontwikkelingen zal het onderzoek nu over de eerstelijns zorg gaan, inclusief alle daarbij betrokken disciplines. Speciale aandacht zal daarbij uitgaan naar het buurt- en wijkgericht werken. In aansluiting op de ontwikkeling van indicatoren voor de kwaliteit van de huisartsenzorg zal de monitoring van de huisartsenzorg zich nu toespitsen op de indicatoren die onder meer voor de benchmarking van huisartspraktijken en voor de Zorgbalans van het RIVM worden gebruikt. In de toekomst zullen ook indicatoren gebaseerd op de ervaringen van de patiënt in het monitoringssysteem worden opgenomen.

In de komende jaren zullen de mogelijkheden voor real-time surveillance van bekende infectieziekten of andere tijdelijke gezondheidsproblemen en de mogelijkheden voor een ad-hoc implementatie van lokale of regionale surveillance verder worden verkend.

De ontwikkelingen op het terrein van de ICT in de huisartsenzorg worden nauwlettend gevolgd en haalbaarheidsstudies zullen worden uitgevoerd naar de mogelijkheden om op grote schaal elektronische medische dossiers bruikbaar te maken voor surveillance en

benchmarking. De jarenlange ervaring van het NIVEL met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg zal hiervoor nuttig blijken. De ontwikkeling van het Elektronisch Patiëntendossier, waarvan het elektronisch medicatiedossier en het waarneemdossier de eerste elementen zijn, is in dit opzicht veelbelovend, evenals het streven van de beroepsorganisaties naar uniformering in de rapportage voor verschillende doeleinden (interne en externe kwaliteitsindicatoren, accreditering, toezicht).

De toenemende complexiteit van de huisartsenzorg maakt het thema patiëntveiligheid ook in de huisartsenpraktijk relevant. In 2008 zullen de mogelijkheden voor een onderzoek op dit terrein worden verkend.

In toenemende mate zullen preventieve activiteiten worden toebedeeld aan de huisartsenpraktijk. In aansluiting op eerder NIVEL-onderzoek over preventie van hart- en vaatziekten en nierziekten zal het NIVEL de mogelijkheden verkennen voor onderzoek naar de randvoorwaarden voor succesvolle preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk. In 2008 zullen twee Europese onderzoeksprojecten van start gaan over resp. de thuiszorg en de huisartsenzorg in alle EU lidstaten. Het NIVEL neemt het voortouw in een Europees onderzoek over het voorschrijfgedrag van huisartsen in relatie tot de resistentie van bacteriën tegen antibiotica in de algemene bevolking.

2.2.8

Acute Zorg & Rampen

Themagebied

Rampen

Het NIVEL heeft voor het ministerie van VWS en voor het RIVM (Centrum voor Milieu en Gezondheid i.o.) een stand-by functie om bij een ramp zo spoedig mogelijk onderzoek te starten met gebruikmaking van bestaande registraties van huisartsen, apotheken, bedrijfsartsen en de ambulante GGZ.

Acute zorg

Projecten worden uitgevoerd die partijen in de acute zorg en in de 'opgeschaalde' acute zorg handvatten bieden bij samenwerking, respectievelijk preparatie op rampen.

Ontwikkelingen

Om de zorg tijdens en 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 apothek) is na de rampen in de Bijlmermeer, Enschede en Volendam veel geleerd. Twee langjarige projecten van het NIVEL (monitoring van de gezondheidseffecten van de Vuurwerkkramp Enschede en de Nieuwjaarsbrand Volendam) zijn onlangs afgerond. De aard van rampen brengt met zich mee dat onderzoek op dit gebied niet te plannen is. De NIVEL monitoring-methodiek is daarom geborgd bij het kenniscentrum CGOR (Centrum voor GezondheidsOnderzoek na Rampen) en het a.s. Centrum voor Milieu en Gezondheid, beide 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'.

Een ander terrein van acute zorg is 'surveillance van acute veranderingen in morbiditeit en mortaliteit' in de huisartspraktijk. Daarbij gaat het vooral om recente initiatieven van het ministerie van VWS voor monitoring bij griepandemieën, bioterroristische aanslagen, hittegolven en bij infectieziekten bij dieren die op mensen kunnen overslaan. De Nederlandse huisartsregistratiesystemen voldoen aan de meeste voorwaarden voor 'real-time surveillance'. Zorg bestaat echter over de dekkingsgraad (LINH en CMR-

Peilstations tezamen beslaan nu 3% van de Nederlandse huisartspraktijken). Daardoor kunnen laag-prevalente en regiogebonden symptomen en/of aandoeningen minder goed worden gevolgd. Met de frequentie van rapportage is recent geëxperimenteerd. Verwacht wordt dat rapportage eens per week binnenkort haalbaar is.

Een bijzondere vorm van acute zorg is de (geanticiperde) zorg in opgeschaalde situaties (lees: rampen). Daarbij gaat het vooral om (de kwaliteit van) preparatie. Alle ziekenhuizen en ambulancediensten maken afspraken met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) over hun inzetmogelijkheden. De RGF is ingebed in de GHOR-structuur (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen) en is verantwoordelijk voor de organisatie van de hulpverleningsprocessen binnen de veiligheidsregio. Informatie uitwisseling tussen GHOR en leveranciers van acute zorg verloopt nog niet optimaal. Er is een toegenomen aandacht voor opleiden, trainen en oefenen.

Hoofdpijnen van onderzoek

Methodiek.

De meerwaarde van de methodiek die het NIVEL, gebruik makend van bestaande registraties, toepast bij gezondheidsonderzoek na rampen is vooral:

- a) de mogelijkheid te beschikken over gegevens van voor de ramp,
- b) de mogelijkheid te beschikken over een referentiegroep van niet-getroffen huisartspatiënten,
- c) dat getroffen niet lastig worden gevallen met vragenlijsten,
- d) dat het aantal onderzochte getroffen bekend is en het onderdeel dat zij uitmaken van de totale populatie,
- e) dat er redelijk snel kan worden gerapporteerd over geëxtraheerd materiaal, waardoor
- f) er redelijk snel feedback kan worden gegeven aan beleidsmakers en zorgverleners.

Het NIVEL en het RIVM werken samen bij de voorbereiding van monitoring onderzoek na een volgende ramp. Specifieke aandacht is er daarbij voor surveillance van acute veranderingen in morbiditeit en mortaliteit in de huisartspraktijk, m.n. griepvloed en hitte- en koudegolven. De methodiek voor deze surveillance is dezelfde als die voor onderzoek na rampen. Een draaiboek wordt geschreven voor uitrol van de monitoring methodiek na toekomstige rampen.

Benchmark Acute Zorg

Onderzoekers van het NIVEL hebben voorbereidingen getroffen voor een *benchmark* spoedeisende medische hulpverlening in opgeschaalde situaties en een *benchmark* acute zorg. Door bovenbeschreven ontwikkelingen is het voorlopig niet verder gekomen dan een instrument voor zelfevaluatie, bestaande uit vooral structuur- en procesindicatoren. Het ministerie wil beide *benchmarks* ineenschuiven, waarbij het NIVEL kan worden betrokken. De achterliggende gedachte is dat opgeschaalde zorg een vorm van acute zorg is. Hoewel dit in essentie juist is, is er communis opinio dat 100x1 (reguliere patiënten) niet hetzelfde is als 1x100 (slachtoffers). Bij opgeschaalde zorg wordt immers een veel zwaarder beroep gedaan op de (aanwezige) volumes en capaciteiten, op triage en op gewondenspreiding. De samenwerking in het GHOR zal vanzelfsprekender moeten worden.

Evaluatieonderzoek

Zowel in de reguliere acute zorg als bij de voorbereidingen voor opgeschaalde acute zorg zijn de huisartsenposten een belangrijke partij geworden. Dat maakt evaluatieonderzoek op multi-institutioneel niveau, ofwel op dat van de keten, wenselijk. Met LINHAP heeft het NIVEL een instrument in huis dat het mogelijk maakt hierover studies uit te voeren. Bijzondere aandacht kan hierbij worden besteed aan de complementariteit tussen huisartsenposten en afdelingen spoedeisende hulp (SEH)

van ziekenhuizen en die tussen huisartsenposten en de reguliere huisartsenzorg binnen kantoor tijden.

2.2.9

Farmaceutische zorg

Themagebied

Centraal binnen de farmaceutische zorg in Nederland staat de doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening. Hieronder vallen zowel het voorschrijven door de arts, het afleveren door de apotheek als het gebruik door de patiënt. Het NIVEL doet op dit gebied observerende studies en evalueert beleidsmaatregelen en initiatieven in het veld. Voor 2008 liggen de ambities in het uitbreiden van de onderzoekslijn met interventiestudies.

Ontwikkelingen

Doelmatigheid is een sleutelwoord in de farmaceutische zorg. De kwaliteit van het geneesmiddelengebruik dient te verbeteren en de kosten moeten, waar mogelijk, dalen, zo besloot de regering in 2003. Centrale thema's in het beleid zijn: 1) transparantie van de geneesmiddelensector; 2) ontwikkelen van de patiënt tot geïnformeerde zorgconsument; 3) medicatieveiligheid (inclusief therapietrouw).

Er zijn verschillende ontwikkelingen in het veld die bijdragen aan het concretiseren van deze thema's. Als het gaat om het thema medicatieveiligheid en therapietrouw is de ontwikkeling van een Nationaal Programma Therapietrouw een duidelijk voorbeeld hiervan. In dit initiatief hebben veel partijen in het veld de handen ineengeslagen om te komen tot een verbetering van het geneesmiddelengebruik. Een ander voorbeeld is het Farmaco Keten Overleg Programma waarin projecten zijn opgenomen die zich richten op een verbetering van de afstemming tussen eerste en tweede lijn in de farmaceutische patiëntenzorg. Om resultaten te kunnen

meten, worden voor verschillende terreinen prestatie-indicatoren ontwikkeld. De komende jaren zal deze ontwikkeling doorgaan en zullen de prestatie-indicatoren daadwerkelijk worden ingezet. Hierbij kan ook de groeiende belangstelling voor het meten van klantervaringen in de farmaceutische patiëntenzorg worden genoemd. In de farmaceutische patiëntenzorg (FPZ) komt de zorgverlenende rol van de apotheker steeds meer centraal te staan. De apotheker wordt door de WGBO medeverantwoordelijk voor het resultaat van de farmaceutische behandeling (denk bijvoorbeeld aan therapietrouw). Dit maakt dat niet alleen de voorschrijver (huisarts, medisch specialist) verantwoordelijk is maar ook de afleveraar. De rol van de apotheker verandert hierdoor.

Hoofdpijnen van onderzoek

Farmaceutische patiëntenzorg

Speelt concordantie een belangrijke rol bij therapietrouw? Waarom zijn patiënten van de ene arts meer therapietrouw dan die van de andere arts? En hoe kun je met behulp van een ICT-oplossing therapietrouw bevorderen? Zijn er verschillen tussen specifieke patiëntgroepen in geneesmiddelengebruik? Met dergelijke vragen tracht het NIVEL inzicht te krijgen in het geneesmiddelengebruik van de patiënt. Therapietrouw is daarbij een sleutelonderwerp. Samen met het themagebied communicatie richt het onderzoek zich op het bevorderen van concordantie en informatie-uitwisseling tussen voorschrijver en patiënt en het onderzoeken van de effectiviteit van innovatieve, simpele oplossingen voor het resistente probleem van therapieontrouw.

Kwaliteitsmetingen

Het NIVEL ontwikkelt de komende jaren instrumenten om de kwaliteit van de farmaceutische zorg te monitoren. Onderwerpen hierbij zijn richtlijnconform voorschrijven, off-label voorschrijven en het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen. Gegevens uit het Landelijk

Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) zullen daarvoor een belangrijke basis vormen.

Deze data zullen ook worden gebruikt voor studies over voorschrijven aan bepaalde patiëntengroepen zoals allochtonen, kinderen en zwangere vrouwen, alsmede voor studies over het voorschrijven bij bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld depressie). Door LINH-gegevens te verbinden met andere databestanden kan de onderzoeksinformatie verrijkt worden. Daarom wordt gezocht naar dergelijke verbindingen, bijvoorbeeld door samenwerking met de Universiteit Utrecht en het CBS.

Evaluatie en beleid

De komende jaren zal het NIVEL beleidsmaatregelen en initiatieven in het veld blijven evalueren. Belangrijke evaluaties in 2008 zijn de evaluatie van het Reclamebesluit Geneesmiddelen en van het door VWS gefinancierde Farmaco Keten Overleg. Daarnaast is het NIVEL betrokken bij de voorbereidingen van het Nationaal Therapietrouw Programma.

Europa

Ook op het gebied van geneesmiddelen gaat het NIVEL Europa in. Samen met Zweedse en Franse onderzoekers werkt het NIVEL aan landenvergelijkende studies over het voorschrijven van diabetesmiddelen en antibiotica.

2.2.10

Verloskunde en kraamzorg

Themagebied

Uitgangspunt van de Nederlandse verloskundige zorgverlening is het in principe natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Het regeringsbeleid is gericht op het behoud van dit uitgangspunt en op versterking van de eerstelijns verloskundige zorg. Het NIVEL-onderzoek richt zich vanoudsher op ontwikkelingen in de arbeidsmarkt, maar daarnaast ook op ontwikkelingen als cliëntenraadpleging in de geboortezorg en veranderingen in

het takenpakket van zowel verloskundigen als kraamverzorgenden.

Ontwikkelingen

Verloskunde

In Nederland verlenen drie beroepsgroepen verloskundige zorg: in de eerste lijn zijn dat verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen, in de tweede en derde lijn verloskundigen en gynaecologen. De vraag naar verloskundigen in de tweede en derde lijn (klinisch verloskundigen) is de laatste jaren sterk toegenomen. Omdat hun taken voor een deel afwijken van de taken van eerstelijns verloskundigen, zijn er sinds enkele jaren specifieke vervolgopleidingen. Verloskundigen die deze opleidingen afronden, worden in een apart register van klinisch verloskundigen opgenomen. Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 maakt een tweede-trimester echo deel uit van het standaard verzekeringspakket en steeds meer verloskundigen laten zich bijscholen tot echoscopist om deze zorg in de eerste lijn te kunnen aanbieden. Ook verloskundigen-echoscopisten die aan de gestelde kwaliteitseisen voldoen kunnen zich inschrijven in een eigen register. Deze en andere ontwikkelingen leiden tot veranderingen in het takenpakket van verloskundigen. Door de KNOV wordt daarom gewerkt aan een nieuwe beschrijving van het basistakenpakket, waarbij ook NIVEL-gegevens over tijdbesteding in verloskundige praktijken een rol spelen.

Kraamzorg

Inhoudelijk is de kraamzorg aan het professionaliseren, maar er is nog steeds weinig inzicht in de arbeidsmarkt voor kraamverzorgenden. Wel is sinds de invoering van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg duidelijk geworden dat grote (fulltime) contracten een probleem vormen en dat het daarom moeilijk is om nieuw personeel aan te trekken. De ervaring leert dat in de kraamzorg, door het grote verloop, een overschot aan perso-

neel snel kan omslaan in een tekort en andersom.

In alle zorgsectoren, ook in de verloskunde en kraamzorg, is toenemende aandacht voor het cliëntenperspectief met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Zowel vanuit de zorgverzekeraars als vanuit de verschillende zorgaanbieders en vanuit de Inspectie is belangstelling voor de ontwikkeling van een CQ-Index voor het meten van cliëntervaringen in de geboortezorg.

Hoofdpijnen van onderzoek

Behoefteraming verloskundigen

Tot nu toe zijn twee behoefteramingen voor verloskundigen uitgevoerd, waarbij inzicht is gegeven in de opleidingscapaciteit die gedurende zes jaar nodig is om tien jaar later over voldoende verloskundigen te kunnen beschikken. Met de huidige veranderingen in en uitbreidingen van het takenpakket van verloskundigen is het aan te bevelen om binnen niet al te lange tijd een nieuwe behoefteraming uit te voeren.

Takenpakket verloskundigen

Het takenpakket van verloskundigen is aan het veranderen, er komen nieuwe taken bij en er ontstaat in toenemende mate differentiatie en specialisatie. Om na te gaan wat de invloed van deze veranderingen is op de werkdruk en de organisatie in de eerste en de tweedelijns verloskunde is het aan te bevelen om (verder) onderzoek naar te doen.

Monitoring Kraamzorg

Het project Monitoring Kraamzorg heeft tot nu toe informatie opgeleverd over de omvang van de kraamzorg, de opleidingsmogelijkheden en de factoren die de toekomstige vraag naar kraamzorg beïnvloeden. Lopend onderzoek richt zich op de ontwikkelingen in het aanbod aan kraamverzorgenden. Hierbij wordt gekeken naar de samenstelling van de beroepsgroep, de bestaande opleidingscapaciteit en naar de in- en

uitstroom van kraamverzorgenden bij zowel opleiding als beroep.

Hielprik

Vanaf 1 januari 2007 is het hielprikprogramma, waarin pasgeborenen gescreend worden op aangeboren ziektes, uitgebreid van 3 naar 16 (was eerst 17) aandoeningen. Onderzoek moet uitwijzen in hoeverre (aanstaande) ouders deze uitbreiding kennen en waarderen.

Aangeboren afwijkingen

Een van de aandoeningen die sinds 2000 met de hielprik kan worden opgespoord is AGS (Adrenogenitaal syndroom), een aangeboren afwijking van de hormoonproductie, waarbij teveel androgenen, te weinig cortisol en meestal ook te weinig aldosteron wordt aangemaakt. De aandoening is niet te genezen, maar wel goed te behandelen. Onderzoek moet uitwijzen hoe het gesteld is met het fysiek, sociaal en maatschappelijk functioneren van kinderen met AGS (en hun ouders).

Cliëntenperspectief

Ook in de verloskunde en kraamzorg staat het meten van cliëntenervaringen in de belangstelling. Op dit moment wordt een CQ-Index Geboortezorg ontwikkeld die in principe de hele keten van zorg omvat. Daarnaast worden de mogelijkheden onderzocht voor het opstellen van afzonderlijke vragenlijsten voor de eerstelijns verloskundige praktijken en de kraamzorg om de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief te meten.

2.2.11

Paramedische zorg

Themagebied

Het themagebied paramedische zorg is breed van opzet. Onderzoek binnen het themagebied 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. Het themagebied paramedische zorg is verbreed met het subthema 'sport, bewegen en gezondheid'. Gezien het stijgende percentage mensen dat momenteel te zwaar is, zijn bewegen, gezond leven en obesitas actuele thema's.

Ontwikkelingen

Paramedische zorg

Marktwerking speelt binnen de paramedische zorg, met de beroepsgroep fysiotherapie als voorloper, een steeds grotere rol. In 2005 is het experiment met vrije tarieven voor de vrijgevestigde fysiotherapie van start gegaan en per 1 januari 2006 is fysiotherapie direct toegankelijk geworden. Per 1 januari 2008 wordt ook oefentherapie Cesar en Mensendieck direct toegankelijk. Bovendien adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het ministerie van VWS om de markt voor oefentherapie Cesar en Mensendieck per 1 januari 2008 vrij te geven. Het advies sluit nauw aan bij het advies van de NZa om de markt voor fysiotherapie definitief vrij te geven. Een belangrijk speerpunt binnen de paramedische zorg is het ontwikkelen en implementeren van indicatoren. Verder is de chronische lijst, de niet-limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar of oefentherapie Mensendieck, aan discussie onderhevig.

Wat betreft diëtetiek is de dieetadvisering per 1 januari 2005 overgeheveld van AWBZ naar de ziekenkosten verzekering, waarbij de aanspraak is beperkt tot maximaal vier behandeluren per persoon per jaar. De overheveling geldt alleen voor de dieetadvisering op verwijzing van een arts of tandarts. Binnen ergotherapie zal extramurale ergotherapie (EEE) in toenemende mate een belangrijke plaats in nemen binnen de gezondheidszorg, aangezien EEE erop gericht is mensen zo lang mogelijk te laten functioneren in de eigen woon-, leef- en werksituatie. De

marktwerking in de paramedische zorg, maakt het voor de ondernemende paramedicus noodzakelijk met een bredere visie naar de toekomst te kijken. Voorbeelden hiervan zijn het geven van groepsbehandelingen en het ontwikkelen van behandelprogramma's voor potentiële nieuwe patiëntengroepen, zoals preventieve behandelingen aan chronisch zieken, beweegprogramma's voor mensen met obesitas en ouderen.

Sport, bewegen en gezondheid

Vergelijkbaar met andere landen neemt het aantal mensen met overgewicht en obesitas gestaag toe. Op dit moment is de preventie van obesitas één van de speerpunten van de regering. In verschillende beleidsdocumenten stelt de regering zich de taak om het aantal volwassenen met overgewicht te stabiliseren en het aantal kinderen met overgewicht te verminderen. Het verhogen van de fysieke activiteit is hierbij één van de belangrijkste interventies. Om dit te bereiken worden vele campagnes, interventies en programma's ontwikkeld. Een voorbeeld hiervan is het Nationaal Actieplan voor Sport en Beweging (NASB). Het NASB richt zich op vijf verschillende settings: school, sport, wijk, werk en zorg.

Hoofdpijnen van onderzoek

Monitoren van beleidsontwikkelingen

LiPZ (Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg) is een goed voorbeeld van een instrument waarmee beleidsontwikkelingen gemonitord kunnen worden. Zo zal de beleidsmaatregel Directe Toegang Oefentherapie met behulp van LiPZ geëvalueerd worden. Ook wordt aan de hand van LiPZ-diëtetiek bekeken welke cliëntengroepen door welke medici naar de diëtist worden verwezen en welke behandelingen zij krijgen. Een belangrijke vraag hierbij is voor hoeveel cliënten het gestelde maximum van 4 behandelingen per jaar (binnen de basisvergoeding) toereikend is en

voor welke cliëntengroepen eventueel meer zorg nodig is. Aan de hand van LiPZ zijn proces-indicatoren ontwikkeld voor het handelen volgens richtlijnen. Momenteel wordt binnen LiPZ onderzoek verricht naar in de praktijk bruikbare uitkomstindicatoren. De komende jaren zal de ontwikkeling van proces- en uitkomstindicatoren centraal blijven staan. Het doel is om in 2008 te experimenteren of uitkomstindicatoren standaard in LiPZ opgenomen kunnen worden. Naast indicatoren op het gebied van de functionele gezondheidstoestand, houdt het NIVEL zich bezig houden met patiëntoordelen en -ervaringen, zoals gemeten met de CQ-index.

Andere mogelijke onderzoeken binnen LiPZ zijn het beschrijven van de zorg voor specifieke patiëntpopulaties, zoals patiënten met artrose, nekklachten, ouderen of mensen met overgewicht. Een wenselijke ontwikkeling is uitbreiding van LiPZ naar extramurale ergotherapie aangezien ook bij deze beroepsgroep behoefte is informatie over het zorgproces en inzicht in de doelmatigheid van het handelen.

Ouderen

Het themagebied heeft een traditie in het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek en beloopstudies bij ouderen (met name bij patiënten met artrose). In 2008 zal deze traditie voortgezet worden met onderzoek naar het functionele beloop bij patiënten met artrose. Ook richt onderzoek zich op therapietrouw, fysieke activiteit, geschikte meetinstrumenten en de effectiviteit van (gedragsmatige) oefentherapie 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.

Sport, bewegen en gezondheid

Een vrij nieuwe onderzoekslijn is sport, bewegen en gezondheid. Deze onderzoekslijn borduurt 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. Voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, setting sport en de campagne Start met... Verder wordt er meegewerkt aan een Europese inventarisatie van registraties op het gebied van fysieke activiteit en voeding, zowel voor volwassenen als voor kinderen..

2.2.12

Verpleging en verzorging

Themagebied

De vergrijzing gaat gestaag door, de aantallen mensen met dementie en andere ongeneeslijke ziekten groeien navenant. Dit gaat de komende jaren gepaard met een toenemende vraag naar verpleegkundig en verzorgend personeel. Deze ontwikkelingen sluiten direct aan bij een aantal belangrijke onderzoeksthema's, zoals het loopbaanperspectief van verpleegkundigen en verzorgenden, palliatieve zorg en zorg voor mensen met dementie.

Ontwikkelingen

Het niveau van verpleging en verzorging is relatief hoog in Nederland (zie SCP-rapport "Verschillen in verzorging"). In vergelijking met veel andere Europese landen doen Nederlanders een groot beroep op professionele zorg. De verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen zijn dan ook groot en omvatten meer dan 400.000 professionals. De wetenschappelijke basis van het verpleegkundig en verzorgend handelen is echter - zeker in vergelijking tot medische interventies - nog smal en verdient de komende jaren extra aandacht. Recent heeft ZonMw aan VWS het rapport 'Nut en noodzaak van een onderzoek- en implementatieprogramma verpleegkundige en verzorgende interventies' aangeboden. In dit rapport wordt de noodzaak van onderzoek op onder

meer de terreinen van palliatieve zorg, interventies bij gedragsproblemen van mensen met dementie, comorbiditeit en patiëntveiligheid (zie ook themagebied Kwaliteit en Organisatie) genoemd. Tevens wordt - mede met het oog op de schaarste op de arbeidsmarkt - het belang van onderzoek over technologische zorginnovaties en naar het carrièreperspectief van verpleegkundigen en verzorgenden genoemd.

Enige maanden daarvoor was door ZonMw aan VWS een voorstel voor een nieuw programma Ouderenzorg aangeboden. Gepleit wordt voor de vorming van enkele academische werkplaatsen (niet uitsluitend voorbehouden aan universiteiten), waarin samengewerkt wordt met zorgorganisaties en beroepsverenigingen. Een academische werkplaats zou zich moeten profileren op (één van de) drie hoofdthema's: (a) determinanten van kwetsbaarheid; (b) behandeling en zorg van kwetsbare ouderen of (c) nieuwe organisatievormen en werkwijzen. Vooral de thema's (b) en (c) sluiten direct aan bij het onderzoek in het themagebied Verpleging en verzorging. Eind 2007/begin 2008 zal duidelijk worden of de voornoemde nieuwe programma's door VWS bekrachtigd zullen worden. Deze ontwikkelingen zijn cruciaal voor de verdere onderzoeksprogrammering binnen het themagebied.

Hoofdlijnen van onderzoek

Dit themagebied bestrijkt het brede terrein van verpleging en verzorging, binnen alle zorgsectoren. Het meeste onderzoek dat binnen het themagebied plaatsvindt, heeft echter betrekking op de thuiszorg of de zorg in verpleeg- of verzorgingshuizen.

Daarbinnen is een aantal inhoudelijke thema's te onderscheiden die ook in de komende 5 jaar zullen bijdragen aan de continuïteit van onderzoek in het themagebied:

Palliatieve zorg

Momenteel loopt er een meerjarig onderzoek gericht op

de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg. Tevens zijn er plannen om een vragenlijst (een zogenaamde CQ-index) voor het meten van cliëntenoordelen over palliatieve zorg te ontwikkelen. Daarnaast zal in overleg met VWS nagegaan worden hoe een landelijk registratiesysteem van het aanbod van palliatieve zorg opgezet kan worden.

Zorg voor mensen met dementie

In 2008 zal een promotie-onderzoek worden afgerond naar de effectiviteit van een richtlijn voor verzorgenden van mensen met depressie bij dementie. Verder is er een interventiestudie in voorbereiding over het vaststellen en verlichten van pijn en onwelbevinden van mensen met vergevorderde dementie (i.s.m. het EMGO).

Loopbaanperspectief en andere werkkenmerken

Het landelijke Panel Verpleegkundigen & Verzorgenden (i.s.m. LEVV en V&VN) is een belangrijk instrument om het loopbaanperspectief en andere werkkenmerken (bijv. werkdruk, werksatisfactie, taakherschikking e.a.) te monitoren. Sinds 2001 vinden er regelmatig peilingen onder dit Panel plaats, wat een uitstekende mogelijkheid biedt om trends binnen de beroepsgroepen te volgen.

Technologische innovaties

Sinds 2004 volgt het NIVEL in een meerjarige monitorstudie de invoering van videonetwerken (=beeld-audioverbindingen tussen cliënt en hulpverleners) in de Nederlandse thuiszorg. Verwacht wordt dat er de komende jaren nog nieuwe vormen van (communicatie) technologie in de zorgsector ingevoerd zullen worden en tot onderzoek zullen leiden.

Indicatiestelling

De afgelopen jaren is in het themagebied veel onderzoek verricht naar de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg. De beleidsontwikkelingen op dit gebied gaan voort; er zijn bijvoorbeeld door VWS experimenten aangekondigd waarbij huisartsen en wijkverpleegkundigen de indicatiestelling voor de ouderenzorg (weer) zelf

gaan uitvoeren. Het NIVEL wil de ontwikkelingen op het terrein van de indicatiestelling blijven volgen.

2.2.13

Communicatie in de gezondheidszorg

Themagebied

De ziekten van deze tijd vragen om verandering van leefstijl en om self-management. Dat maakt het belangrijk aan patiënten te vragen wat zij verlangen van de zorg. Communicatie tussen arts en patiënt is daarbij een essentieel instrument. Ook de communicatie tussen professionals onderling staat hoog op de agenda. Met behulp van de Databank Communicatie in de Zorg doet het NIVEL in verschillende projecten onderzoek dat bijdraagt aan de bevordering van goede communicatie in de gezondheidszorg.

Ontwikkelingen

Communicatie in de gezondheidszorg staat al jaren hoog op de agenda. Het veld ontplooit ook zelf steeds meer activiteiten ter verbetering van de communicatie en evalueert de projecten – veelal met communicatie-onderzoekers van het NIVEL – in een wetenschappelijk kader. De stem van de patiënt klinkt hierin steeds luider en duidelijker door.

Ook de communicatie tussen zorgverleners onderling krijgt aandacht. Hoewel interdisciplinaire communicatie nog weinig onderzocht is, blijken beleidsmakers het belang ervan terdege te onderkennen, onder meer voor het bevorderen van therapietrouw, taakdifferentiatie, een soepele overdracht van zorg, en de preventie en behandeling van medische fouten.

Het identificeren van succes- en faalfactoren bij de implementatie van goede communicatiestrategieën staat nog in de kinderschoenen en moet de komende jaren verder invulling krijgen.

Ook innovaties in de zorg die nieuwe vormen van contact tussen zorgverlener en patiënt mogelijk maken, spelen een rol bij de grote belangstelling voor communicatie. Voorbeelden van dergelijke innovaties zijn projecten als het Gezamenlijk Medisch Consult, e-consulten voor dagelijkse klachten of gekoppeld aan websites met informatie en advies, of sms-diensten om patiënten te herinneren aan het innemen van hun medicijnen. Het ministerie van VWS stimuleert deze ontwikkelingen, maar vraagt aandacht voor kwaliteitsbewaking, misbruik en privacy. Deze aspecten komen reeds aan bod in het onderzoeksprogramma Communicatie in de gezondheidszorg. Het NIVEL onderzoekt in meerdere projecten het draagvlak voor en de effecten van nieuwe vormen van patiëntencontacten.

Een andere reden voor de toegenomen aandacht voor de kwaliteit van de communicatie is dat het ministerie van VWS zich voor de komende jaren ten doel heeft gesteld therapietrouw bij patiënten te verbeteren. Het wil dit bereiken door het bevorderen van overeenstemming tussen patiënt en zorgverlener, betere afstemming tussen zorgverleners onderling en empowerment van de patiënt.

Hoofdpijnen van onderzoek

Hulpverlener

In een hoofdlijn staat het perspectief van de hulpverlener centraal. Daarbij komen vragen aan de orde over de manier van communiceren, welke factoren van invloed zijn op de communicatie en wat de effecten zijn van interventies ter verbetering van de communicatie.

Patiënt

Een andere hoofdlijn richt zich op de behoefte aan informatie, steun en participatie van de patiënt en op de wijze waarop de communicatie beter op die behoeften kan inspelen bij specifieke patiëntengroepen in o.a. oncologie, medische genetica en huisartspraktijk.

In steeds meer projecten worden ICT en internet ingezet als instrument voor het verzamelen van gegevens of het verrichten van interventies.

Contacten

Hulpverleningscontacten komen in steeds meer vormen voor (e-contacten, groepsconsulten). Het NIVEL onderzoekt de inhoud en meerwaarde van deze innovaties.

Databank Communicatie in de Zorg

De Databank bevat ruim 16.000 video-opnames van contacten tussen patiënten en verpleegkundigen, medisch specialisten en huisartsen in binnen- en buitenland. De databank weerspiegelt de veranderingen die zich de afgelopen 30 jaar in de gezondheidszorg hebben voltrokken. Op Europees niveau vervult de databank een modelfunctie voor internationaal vergelijkend onderzoek naar arts-patiënt communicatie. Het NIVEL is begonnen het videobestand te digitaliseren. De resultaten van projecten op basis van de databank worden enerzijds als spiegelinformatie voor de betreffende beroepsgroepen gebruikt, anderzijds in wetenschappelijke artikelen en lezingen naar buiten gebracht. Het onderzoek heeft onder meer betrekking op de volgende thema's:

- Leefstijladvisering

Eén van de projecten betreft een observatieonderzoek naar de frequentie en inhoud van leefstijladvisering aan patiënten met hypertensie door de huisarts.

- Medisch onverklaarbare klachten

Adequate zelfmanagement is vaak de enige oplossing voor deze veelvuldig gepresenteerde klachten. Het NIVEL onderzoek richt zich op de wijze waarop communicatie zelfmanagement kan bevorderen.

- Therapietrouw

Na onderzoek naar de determinanten van therapieontrouw zet het onderzoek thans in op het

bevorderen van concordantie en informatie-uitwisseling tussen voorschrijver en patiënt en het onderzoeken van de effectiviteit van innovatieve, simpele oplossingen voor het resistente probleem van therapieontrouw.

- Stelselwijziging

Voor onderzoek naar de wijze waarop de stelselwijziging doorwerkt in de contacten tussen arts en patiënt wordt de databank aangevuld met nieuwe video-opnames van alledaagse contacten.

- WGBO

Implementatie van de WGBO vraagt ook meer dan tien jaar na introductie van de wet om aandacht. Continue monitoring op basis van video-beelden van real-life hulpverleningscontacten maakt inzichtelijk of en waar bijsturing nodig is.

2.2.14

Migrant Health

Themagebied

Negentien procent van de Nederlandse bevolking bestaat uit immigranten, waarvan meer dan de helft van niet-westerse herkomst.

Het zorgbeleid zal blijvend rekening moeten houden met de specifieke kenmerken en zorgbehoeften van vooral niet-westerse migranten, maar ook met nieuwe migratiestromen. Generaties migranten, integratie van vluchtelingen, zorg voor asielzoekers en illegalen, culturele heterogeniteit, overlap met achterstandsproblematiek en internationalisering zijn aandachtspunten binnen het themagebied.

Ontwikkelingen

Vanaf 2001/2002 is de immigratie afgenomen. Oorzaken hiervan zijn de teruggelopen werkgelegenheid, minder asielzoekers, verminderde immigratie van

Turken en Marokkanen en een harder sociaal en politiek klimaat. Toch blijft een belangrijk deel van de populatie uit immigranten bestaan en neemt de tweede generatie snel toe. Vanaf 2010 wordt opnieuw een sterke toename verwacht. Het onderwerp verdwijnt dus niet meer van de agenda, de multiculturele maatschappij is een feit. Desondanks komt het thema nauwelijks voor in de beleidsbrief 2007-2010 van VWS of in de beleidsagenda voor 2007. Op gemeentelijk vlak en bij NGO's lijkt de aandacht juist wel toegenomen. Ook op Europees niveau heeft de Council van Ministers zich in 2006 uitgesproken voor meer aandacht gezondheidszorg in een multiculturele maatschappij en in september 2007 heeft de EU onder het Portugese voorzitterschap een conferentie georganiseerd over Health and Migration. In 2008 wordt in Zweden in samenwerking met de EUPHA section on Migrant health een 2de Europese conferentie over Migrant Health georganiseerd. Vanuit onze zorg voor een gelijkwaardige toegankelijke en kwalitatieve hoogstaande zorg voor alle doelgroepen in de Nederlandse populatie, vinden wij het belangrijk om dit themagebied juist nu tenminste actief te houden. De aandacht van het themagebied blijft niet alleen gaan naar de grote migrantengroepen, maar ook naar vluchtelingen en asielzoekers, en andere zwakke groepen in de maatschappij. Vanaf 2009 dreigt de zorg aan asielzoekers te gaan veranderen, en het zal erop aan komen om de kwaliteit van die zorg te bewaken. Ook de zorg voor onverzekerden dreigt in de verdrukking te komen door gebrek aan middelen. Zolang er geen nieuw onderzoeksprogramma is, zal het nodig zijn om het interculturele aandachtsgebied waar mogelijk onder te brengen in andere onderzoeksprogramma's. Zo kan een deel van de problematiek benaderd worden vanuit socio-economische gezondheidsverschillen. Daar is wel meer aandacht voor in het huidig beleid, tenminste voor het fysiek optuigen van achterstandswijken.

Hoofdpijnen van onderzoek

Migranten als huisartspatiënten

Een promotieonderzoek bestudeert de ao. de veranderingen in gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg onder Turkse en Marokkaanse migranten in relatie tot hun acculturatie. LINH databestanden worden gekoppeld met CBS-gegevens en kunnen dienen als basis voor monitoringprojecten op huisartsniveau, gediversifieerd naar etniciteit.

Vluchtelingen

Bovenstaande geldt ook voor patiënten met een vluchtelingenverleden. Eerdere analyses van LINH-gegevens heeft een dergelijke groep geïdentificeerd. Samen met de UvA zal een poging ondernomen worden om een cohorte vluchtelingen uit een eerder onderzoek opnieuw te benaderen.

Ervaren gezondheid bij etnische minderheden

De beschikbare gegevens over ervaren gezondheid bij de etnische minderheden uit de bestanden van de Tweede Nationale Studie zullen verder worden geanalyseerd en moeten leiden tot verdere (methodologische) publicaties. Deze gegevensbestanden zullen ook gebruikt worden voor internationaal vergelijkend onderzoek in Europees verband.

Achterstandwijken

In 2007 onderzocht het NIVEL verschillen in gepresenteerde morbiditeit op huisartsniveau tussen bewoners uit achterstandswijken en daarbuiten. Tijdens een werkconferentie werden ideeën voorgesteld voor mogelijke interventies. Deze zullen in 2008 nader worden uitgewerkt en voor financiering aangeboden.

Samenwerking nationaal

In 2007 werd zowel bij ZonMw als bij een aantal patiëntenorganisaties en collectebusfondsen gepeild naar de interesse naar vormen voor patiëntenparticipatie van allochtonen. Deze inventarisatie zal worden verder gezet om mogelijk een voorstel te ontwikkelen voor een

allochtonenpanel of een alternatief hiervoor. Met Pharos is het themagebied in gesprek over de mogelijkheden om de gezondheid van vluchtelingen te monitoren. Met MOA-GGD Nederland worden financieringsmogelijkheden gezocht voor onderzoek en interventies onder asielzoekers. Verder zijn de zorg voor illegalen en de kwaliteit van zorg voor asielzoekers actuele onderwerpen waarvoor mogelijkheden voor onderzoek moeten worden uitgezocht bij verschillende belangengroepen.

Samenwerking internationaal

Het NIVEL zal voor een 2de Europees project evidence verzamelen over best practices op het gebied van toegankelijkheid van gezondheidszorg. Een 3de ingediend voorstel wil methoden onderzoeken om oa. migranten te betrekken bij Europese internationale surveys.

EUPHA

Het themagebied zit voor het derde jaar de EUPHA-sectie over Migrant Health voor en zal in 2008 deel uit maken van het Scientific Committee van het 2de Europese Congres over Migrant Health in Europe in Zweden.

2.2.15

NIVEL Internationaal

Themagebied

Het gezondheidszorgonderzoek in Nederland kan niet los worden gezien van onderzoek in Europees of zelfs mondiaal verband. De lessen die worden getrokken uit gezamenlijk internationaal onderzoek of uit eigen onderzoek over het buitenland, komen ten dienste van het NIVEL-onderzoek in de verschillende themagebieden maar ook van onze voornaamste opdrachtgevers, onder meer het ministerie van VWS. Voor een aantal themagebieden is de NIVEL expertise internationaal reeds bekend, voor andere themagebieden moet dit nog groeien.

Ontwikkelingen

Onderzoek met internationaal perspectief gebeurt het meest efficiënt door het uitbouwen van netwerken van internationale contacten en het opzetten van gezamenlijke onderzoeksprojecten. Het wetenschapsbeleid van de EU voor de komende jaren wordt geformuleerd in het nieuwe Zevende Kaderprogramma voor onderzoek en technologische ontwikkeling (2007 –2013). Voor het NIVEL is het thema gezondheid van het Kaderprogramma het meest interessant, met name de activiteiten gericht op het optimaliseren van het aanbod van gezondheidszorg aan de burger. Het nieuwe EU SANCO “Programme of Community Action in the field of Health (2007-2013)” streeft drie doelstellingen na: verbetering van de gezondheidsbescherming van de burgers, gezondheidsbevordering teneinde de welvaart en solidariteit te verbeteren en het genereren en verspreiden van kennis over de gezondheid. Het EU COST programma financiert het opzetten van netwerken. Het NIVEL heeft bij de verschillende programma’s onderzoeksvoorstellen ingediend o.a. over agendasetting in Europa voor gezondheidszorgonderzoek en activiteiten in het kader van de eerstelijnszorg. Op korte termijn gaat het NIVEL door met de huidige succesvolle activiteiten: continuering van internationaal vergelijkende studies in de eerstelijnszorg in brede zin; ontwikkelings- en evaluatieprojecten in midden en oost Europa en centraal Azië; geïnformeerd blijven over het beleid en onderzoeksprioriteiten van Europese instellingen en organisaties, vooral de Europese Commissie, en de buitenwereld informeren over wat NIVEL doet en te bieden heeft. De nieuwe internationale website is hiervoor een belangrijk uithangbord. Als WHO Collaborating Centre heeft het NIVEL expertise ingezet in de landen van midden en oost Europa en centraal Azië. Deze activiteiten worden verder ondersteund. Voor het opbouwen van capaciteit voor gezondheidszorgonderzoek in landen waar dit nog niet

bestaat moet structurele financiering gevonden worden. Het themagebied speelt binnen het NIVEL een rol bij de werving van internationale projecten en de afstemming van internationale activiteiten.

Hoofdpijnen van onderzoek

Omdat de reikwijdte van het themagebied ‘internationaal’ grenzen van themagebieden overschrijdt is enige overlap betreffende voorgenomen activiteiten niet te vermijden. Internationale activiteiten vanuit specifieke themagebieden worden daar vermeld.

Primary care

- Organisatie en structuur

Hieronder vallen de internationale studies ter vergelijking van systemen van gezondheidszorg. De komende 3 jaar wordt de organisatie, financiering en verstrekking van thuiszorg in Europa onderzocht, evenals best practices in de toegankelijkheid van de zorg voor migranten.

- Monitoring

Een omvangrijk Europees onderzoek ontwikkelt de komende 3 jaar een instrument voor het monitoren van de sterkte en de positie van de eerste lijn in brede zin. Het NIVEL participeert in een Europees project dat zich richt op de ontwikkeling van indicatoren voor het monitoren van de gezondheidsstatus van migranten in Europa.

- Capacity building en advisering

Met instellingen en individuele onderzoekers in Litouwen, Wit Rusland en Oekraïne is er uitwisseling en samenwerking gericht op het bevorderen van gezondheidszorgonderzoek en daarbij passende voorwaarden.

In het kader van het WHO Collaborating Centre werden instrumenten ontwikkeld en met lokale partners in midden/oost Europa en centraal Azië geïmplementeerd. Het gaat om de volgende onderwerpen: monitoring primary

care; integratie binnen de eerste lijn (in het bijzonder van nu nog parallel aangeboden zorg); kwaliteit van zorg.

Strategische ondersteuning:

Het NIVEL ondersteunt het beleidsterrein Health Information van DG SANCO met een wetenschappelijk secretariaat (SAO). Een nieuw Europees voorstel wil de implementatie van dit EU beleidsterrein binnen de lidstaten en de EC evalueren.

NIVEL inbreng in internationale organisaties/ netwerken

WHO Euro: het NIVEL werd in 2006 opnieuw erkend voor een periode van vier jaar als Collaborating Centre voor Primary Health Care

EUPHA: het NIVEL huisvest het internationaal secretariaat, neemt deel aan het bestuur en is actief in de werkgroepen Health systems research en Migrant health
EACH : NIVEL voert het secretariaat van EACH en heeft een sterke inhoudelijke inbreng in EACH.

WONCA/EGPRN: is een belangrijk platform voor het themagebied huisartsenzorg. Diverse onderzoekers van het NIVEL zijn lid van de EGPRN.

European Forum for Primary Care: NIVEL behoort tot de oprichters is projectleider in een onderzoeksvorstel voor het verspreiden van kennis over best practices in de eerste lijn.

NIVEL internationale website

De internationale website is een van de instrumenten ter verwerving van internationale projecten. De site bevat de volgende gegevens: CV's van seniors en programmeiders; beschrijving van onderzoeklijnen, van onze databases en van recente onderzoeksactiviteiten en resultaten.

Bibliotheek en Kenniscentrum

De kern

De kern van de activiteit kenniscentrum/bibliotheek is het toegankelijk, vindbaar en bruikbaar maken van verzamelde kennis, data en informatie. Hiermee levert het kenniscentrum/bibliotheek een bijdrage aan de missie van het NIVEL. De missie van het NIVEL is het verwerven en verspreiden van kennis over en inzicht in de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning.

Ontwikkelingen

Voor de wetenschappelijke onderzoeksgemeenschap en beleidsmakers is het van wezenlijk belang direct te kunnen beschikken over kennis en onderzoeksresultaten. Sinds het begin van digitalisering van informatie is de hoeveelheid kennis en kennisbronnen vooral de afgelopen 4 jaren explosief gestegen. Dit heeft geleid tot de paradoxale situatie dat het steeds lastiger is om juist die kennis en onderzoeksresultaten te vinden die men nodig heeft voor het uitvoeren van onderzoek. Voorts is een complicerende factor dat veel onderzoeksresultaten gepubliceerd in internationale tijdschriften niet voor iedereen vrij toegankelijk zijn.

Het is belangrijk dat het NIVEL gezien wordt als een relevante bron van kennis en informatie. Dit houdt in dat er inspanningen moeten worden gepleegd om te laten zien wat het NIVEL te bieden heeft. Het NIVEL is een nationaal onderzoeksinstituut met een nationale functie als centrum van kennis over en onderzoek naar de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom moeten NIVEL onderzoeksresultaten goed te vinden zijn en helder uit de verf komen. Ook Europa begint steeds belangrijker te worden als onderzoeksdomein en als potentiële bron van opdrachten. Dit betekent dat specifieke inspan-

ningen nodig zijn om NIVEL onderzoek en onderzoeksresultaten zichtbaar te maken voor de internationale gemeenschap van onderzoekers en beleidsmakers. Voor onderzoekers van het NIVEL is het van wezenlijk belang om op hun beurt te kunnen beschikken over die informatie die zij nodig hebben voor hun onderzoek. Dit betekent dat ze toegang moeten hebben tot informatie-bestanden, hier de weg in kunnen vinden, zodat ze beschikking hebben over de meest recente inzichten en gegevens.

Dit vraagt om een nadrukkelijker investering in het toegankelijk, vindbaar en bruikbaar maken van relevante kennis. Het gaat dan om het toegankelijk maken van NIVEL onderzoeksresultaten, het ontsluiten hiervan via websites of repositories, support van onderzoekers bij het verzamelen van relevante literatuur en onderzoeksbestanden en synthese van losse kennelementen in zinnige overzichten.

Hoofdpijnen

Beschikbaarheid van en toegang tot informatie

Alle NIVEL rapporten en Engelstalige artikelen zijn fulltekst digitaal beschikbaar op of via de NIVEL site. Op termijn zal ook aansluiting gezocht worden bij een of meer universitaire repositories. Daarnaast zullen verschillende NIVEL projecten hun onderzoeksresultaten meer en meer interactief op de website gaan aanbieden en zal ook nauwer worden samengewerkt met het RIVM voor de uitwisseling van onderzoeksresultaten en registraties ten behoeve van het Kompas en KiesBeter.

Vraaggericht aanbieden van informatie

Met de enorme toename van het informatieaanbod wordt het nog belangrijker om informatie vraaggericht aan te bieden. Dit vraagt technische voorzieningen, zoals

een goede zoekmachine, een goede navigatie en vormgeving en het systematisch toekennen van meta-informatie. Dit vraagt ook gebruikersonderzoek. De komende tijd zal hier nadrukkelijk op worden ingezet.

Ondersteuning van het onderzoeksproces

Ook NIVEL onderzoekers worden geconfronteerd met een groot aanbod aan informatie. Door gerichte aandacht op relevante ontwikkelingen, externe publicaties en mogelijkheden voor subsidie kan worden voorkomen dat echt relevante informatie wordt gemist. Dit natuurlijk in aanvulling op de voorziening van een dienstverlenende vakbibliotheek ten behoeve van het onderzoek.

Voor de ondersteuning in het uitvoeren van het onderzoeksproces wordt de methodiek van het verzamelen van gegevens via internet; met enquêtes, maar ook via focusgroepsessies en registraties, verder ontwikkeld en geïmplementeerd. Dit leidt tot een verbreding van het onderzoeksinstrumentarium van de NIVEL onderzoekers, een verhoogde efficiëntie. Daarnaast is het nodig om te komen tot een meer gestandaardiseerde informatie-structuur die hergebruik van data en de kwaliteit van data bevordert.

Synthese van kennisbronnen

De meest complexe vorm van kennismanagement is die waarin op basis van specifieke vakkundigheid een selectie van informatie wordt gemaakt die vervolgens wordt gesynthetiseerd tot betekenisvolle, beleidsrelevante informatie. Kortom, de kern van het onderzoeksproces. In ieder geval zal jaarlijks één thematische overzichtsstudie worden opgesteld.

Algemene informatie

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

Management:

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

Programmaleiders:

Dr. W. Devillé	International (INT) en migrant health (MIG)
Dr. ir. L. van Dijk	Farmaceutische zorg (FAR)
Dr. A.M. van Dulmen	Communicatie in de gezondheidszorg (COM)
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (VNV)
Dr.ir. R.D. Friele	Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg (WET) en NIVEL Kenniscentrum
Dr. C.J. IJzermans	Acute zorg en rampen (RAM)
Prof.dr. P.P. Groenewegen	Verloskunde en kraamzorg (VLK)
Dr. J.J.D.J.M. Rademakers	Vraaggestuurde zorg (VRA)
Dr. P.M. Rijken	Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten (CHR)
Prof.dr. F.G. Schellevis, arts	Huisartsenzorg (HAG, Nationale Studie, Peilstations, Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH))
Dr. C. Veenhof	Paramedische zorg (PMD)
Dr. P.F.M. Verhaak	Eerstelijns en GGZ (GGZ)
Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit in de cure en care (KWA)
Vacature	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP)
R. van den Berg	Bibliotheek en documentatie

Bestuur:

Leden

Mw. dr. E. Borst- Eilers*

Voorzitter

Drs. F.B.M. Sanders*

Secretaris

Dr. J.H. Hagen*

Penningmeester

Mw. drs. J. Bont

Landelijke Huisartsen Vereniging

Dr. R.M. Valentijn

Orde van Medisch Specialisten

Drs. C.M.A. van der Togt

Actiz

Dr. N.L.U. van Meeteren

Koninklijk Nederlands Genootschap voor

Fysiotherapie

Drs. M.A.J.M. Bos

Zorgverzekeraars Nederland

Ir. B.F. Dessing

Zorgverzekeraars Nederland

Dr. E. Casteleijn

Consumentenbond

Mw.drs. I. van Bennekom-

Stompedissel*

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

Voorgedragen door staf NIVEL

Adviseurs:

Mw. G.C. Rijninks-van Driel

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

Mw. drs. J.M.M. Willemse

Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden

Mw.dr. L. van Dijk

Ondernemingsraad NIVEL

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

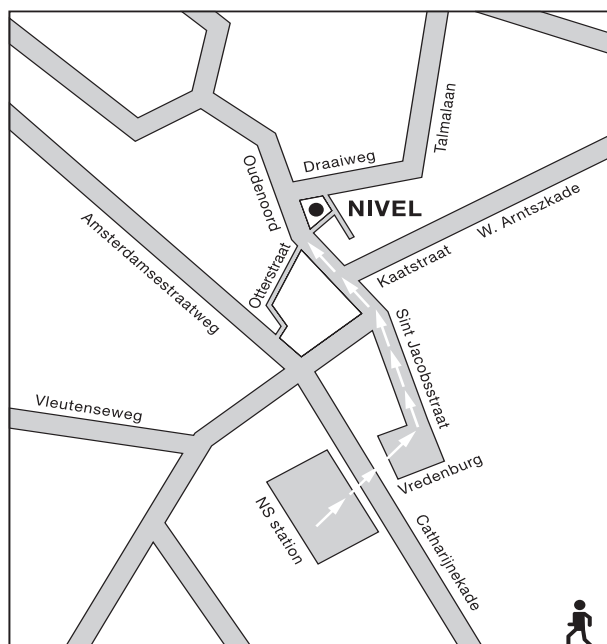
Hoe bereikt u het NIVEL

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 Central 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. Voor actuele informatie over buslijnen en vertrektijden kunt u terecht op www.nivel.nl.

Per auto:

Vanuit de richting Amersfoort / Hilversum A27

Afslag Utrecht Veemarkt. Deze weg alsmar 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.