



Dit werkplan is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding worden gebruikt. Het werkplan is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Werkplan 2004

deel 1



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

©2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding	7
1.1 Algemene ontwikkelingen	7
1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid	11
1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	23
2. Onderzoekslijnen binnen het werkplan	27
2.1. Inleiding	27
2.2. De onderzoekslijnen	28
2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg	28
2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis	32
2.2.3 Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg	36
2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg	41
2.2.5 Huisartsgeneeskundige zorg	49
2.2.6 Monitoring gezondheidseffecten van rampen	57
2.2.7 Farmaceutische zorg	60
2.2.8 Verloskunde en kraamzorg	66
2.2.9 Paramedische zorg	67
2.2.10 Verpleging en verzorging	72
2.2.11 Het hulpverleningsproces; onderzoek naar bejegening van patiënt en client	77
2.2.12 Vraaggestuurde zorg	81
2.2.13 Zorgvraag van chronisch zieken	87
2.2.14 Migranten / Speciale Doelgroepen	92
2.2.15 Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg	100
2.2.16 Overige activiteiten	104
3 Bibliotheek en documentatie	107
4 Algemene informatie	111

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 kort de projecten die hieronder vallen genoemd worden.

In het tweede deel worden de projecten meer in detail weergegeven. Dit deel is in een afzonderlijke band bevat en wordt slechts in beperkte mate verspreid. Het is evenwel voor iedereen die er belang in stelt, afzonderlijk verkrijgbaar (per e-mail; receptie@NIVEL.nl of per telefoon; 030 2729700 of per fax; 030 2729729).

1 Inleiding

1.1 Algemene ontwikkelingen

Het goede nieuws is dat er weer een kabinet is, dat regeert zoals we dat in Nederland gewend zijn: met overleg en compromissen. Een voorbeeld uit de aanloop naar Prinsjesdag: minister stelt voor (via de krant) om de pil uit het ziekenfondspakket te halen voor vrouwen boven de 18; iedereen ziet de tienerzwangerschappen al dramatisch toenemen; compromis (of wellicht te voren bedacht resultaat) leeftijd verhoogd tot 21. Zo kennen we elkaar weer. Het minder goede nieuws betreft de aard van het nieuwe beleid. We hebben het overigens nadrukkelijk niet over de bezuinigingen. Er worden wel kanttekeningen gezet bij het procyclische karakter van het bezuinigingsbeleid. Bezuinigen in recessietijd is niet zo verstandig, maar dan hadden we maar meer op zij moeten zetten toen het goed ging; een loonstijging van 7%, zoals in 2001, kan geen enkele maatschappij soepel verwerken. Nu enkele grote Europese landen het stabiliteitspact aan hun laars lappen en daarmee het vertrouwen in en de koers van de euro ondermijnen, getuigt het van een zekere politieke moed (of is het eerder een gevecht tegen windmolens?) om als Nederland daar niet aan mee te doen. De voorgenomen bezuinigingen gaan gepaard met krachtige ingrepen in het verstrekkingenpakket, zoals het overhevelen van fysiotherapie naar de aanvullende verzekering. Ook zijn eigen bijdragen weer van stal gehaald (en gelukkig weer snel op stal gezet). Het is natuurlijk een beetje hypocriet om positief te staan tegenover bezuinigingen 'an sich' maar de concrete maatregelen af te wijzen. Een eigen risico-aan-de-voet of, beter nog, het oude idee van een percentueel eigen risico-met-plafond (zoals nu geldt bij de particuliere verzekering van gemeenteambtenaren en politie) zou het minste kwaad zijn. Bezuinigen op hele pakketten voorzieningen, zoals de bovengenoemde fysiotherapie, maken op zijn minst nieuwsgierig naar de argumentatie. Als een van de argumenten is dat het effect van fysiotherapie of oefentherapie, als het al gevonden wordt, slechts van korte duur is en vaak continue behandeling vergt, dan kan men terecht de vraag stellen waarom dezelfde redenering bij het voorschrijven van geneesmiddelen niet wordt gevolgd. Medicatie voor chronische ziekten kan levenslang doorlopen en iedereen vindt dat, terecht, heel gewoon. Waarom dan zo kritisch over 'doorbehandelen' bij fysiotherapie? Het besluit om tegelijk met het verwijderen van de fysiotherapie uit het ziekenfonds ook te stoppen met het verzamelen van informatie moet worden betreurd. Nu zijn er goede

monitor-instrumenten, bedoeld om veranderingen in het beleid te meten en nu kunnen ze hun functie niet naar behoren vervullen. Tenslotte nog één waarschuwend opmerking over de fysiotherapie-maatregelen; alléén voor mensen met (bepaalde) chronische aandoeningen blijft de fysiotherapie in het verstrekkingen-pakket. Dat doet geen recht aan het feit dat het NIVEL keer op keer vindt in zijn Chronisch Zieken Panel dat de zwaarte en de aard van functionele beperking veel belangrijker is voor chronisch zieken dan de aard van de aandoening.

Ook dient men bij alle veranderingen de omkeerbaarheid ervan in acht te nemen, uitgedrukt in het heldere gezegde: je kunt van een aquarium wel een bouillabaisse maken maar niet omgekeerd. Uithollen van de poortwachter-functie van de huisarts valt niet meer terug te draaien, als het eenmaal gemeengoed is geworden. De hechte relatie tussen maatschappelijk middenveld en overheid, handelsmerk van het Nederlandse beleid, dreigt met de voorgenomen kortingen op subsidies aan het maatschappelijk middenveld, flinke schade op te lopen.

De Nederlandse overheid beseft te weinig hoe uniek de samenwerkings-relaties met het veld van de gezondheidszorg zijn. Als in het buitenland wordt verteld dat de ontwikkeling van de Nederlandse huisartsenstandaarden door VWS wordt gefinancierd of dat in Nederland beroepsbeoefenaren vrijwillig meewerken aan registratiesystemen, waarvan de gegevens openbaar gepubliceerd worden, dan schudt men ongelovig het hoofd. Wat een paradijs, waar lam en leeuw vreedzaam samenleven. Het huidige kabinet zou zich beter moeten realiseren, wat het betekent om een positief gestemde zorg in te ruilen voor een antagonistische. Een snelle blik over de grens is hiervoor voldoende.

Constanten in het beleid

1. Europa.

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

De man wordt naar Wenen vervoerd en, pikant detail, geneest. Het Luxemburgse Hof stelt dat de zorgverzekeraar zich niet op Nederlandse standaarden mag beroepen, maar alleen op Europese (en gaat er en passant

even van uit dat die er zijn). Dergelijke uitspraken hebben grote gevolgen; onze huisartsenstandaarden met hun terughoudend karakter, worden bijvoorbeeld lang niet overal gedeeld. Er zijn grote, cultureel bepaalde, verschillen in opvattingen over effectieve geneeskunde. Er ligt natuurlijk wel een prachtig onderzoeksterrein braak.

2. Geneesmiddelen.

Ook zo'n constante factor; een echt '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 of de verzekeraars. 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 ook voldoende lucratief moeten zijn. Het blijft een moeilijk dossier.

3. Rampen, bioterrorisme, pandemie.

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

4. Wachtlijsten, 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 het regeerakkoord ook moge zeggen over het handhaven van de macrobudgettering. In landen zonder rantsoenering en budgettering zijn de kosten van de gezondheidszorg hoger dan bij ons*; remmen los betekent onherroepelijk stijgende kosten, die uiteindelijk weer vertaald worden in premies en loonstijgingen.

* 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.

* Ook al zijn de kosten van de zorg bij ons niet echt laag; dat heeft te maken met onze ruim ingericht AWBZ-zorg, maar dit ter zijde. De kosten zijn wel de afgelopen twintig jaar redelijk stabiel gebleven. Dit is een beleidsprestatie van formaat!! De snelle kostenstijging van de laatste jaren hebben deels te maken met het loslaten van de ramingen, de extra gelden voor wegwerken van de wachtlijsten en de kosten van de genees- en hulpmiddelen.

Ook zijn tekorten niet een-twee-drie weg te werken. Het duurt acht tot tien jaar voordat er een nieuwe huisarts of specialist is opgeleid; kortom wachtlijsten zullen er nog wel even blijven.

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

5. Public health.

Op gezette tijden zal de minister ter verantwoording worden geroepen (bijvoorbeeld bij het verschijnen van een nieuw World Health Report) over het stagneren van de Nederlandse gezondheidsindicatoren. In de jaren zestig was Nederland een van de gezondste landen van de wereld; nu behoren we in de groep rijke landen tot de lagere middenmoot. Niet zozeer omdat wij nu zozeer achteruit zijn gegaan (we stagneren vooral), maar omdat anderen ons hebben ingehaald.

Bestrijden van roken en vooral het voorkomen dat jongeren beginnen te roken; bestrijden van excessief alcoholgebruik; stimuleren van sport en bewegen moet niet alleen met de mond worden beleden maar centraal in het beleid staan. Dat vergt een flink en helaas soms bemoeizuchtig optreden en ingrijpen in individuele gemakzucht.

Gevolgen voor het onderzoek van het NIVEL

De gevolgen van het kabinetsbeleid voor het NIVEL-onderzoeksprogramma zijn tweërlei; de bezuinigingen op onderzoeksubsidies hebben een directe invloed; er kan gewoon minder onderzoek worden uitgevoerd. Op stapel staande programma's van Zon-Mw moeten worden afgelast of tenminste worden uitgesteld. Het gaat hier om onderwerpen, die voor het NIVEL niet onbelangrijk zijn zoals : palliatieve zorg, preventie, cultuur en gezondheid. De huidige economische recessie, die door het procyclische bezuinigingsbeleid zeker niet afgeremd wordt, heeft ook zijn invloed op de onderzoeksthema's. Soms zelfs een onverwachte invloed. Neem nu de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg. Jarenlang waren er geen thuiszorgmedewerkers te krijgen. Dat is voorbij; in tijden van recessie is zorg een veilige haven. Niettemin zou het kortzichtig zijn te denken dat de problematiek voorgoed was opgelost; als de economie even aantrekt, nemen de tekorten onmiddellijk toe. Daarom zou juist nu onderzoek moeten worden

verricht naar de bereidheid om in de gezondheidszorg te werken; bijvoorbeeld onder allochtonen en naar de factoren die dit belemmeren. De uitbreiding van de Europese unie met tien nieuwe leden en drie in de wachtkamer geeft ook veel stof voor nieuw onderzoek. Allerlei studies die over de huidige 15 lidstaten van de Unie gaan, moeten up to date worden gemaakt. Het NIVEL-onderzoek 'Home care in Europe' is een voorbeeld. Het Nederlandse voorzitterschap van de Unie in de tweede helft van 2004 geeft wellicht ook een stimulans aan internationaal onderzoek vanuit Nederland opgezet; of zou hier de (vurige) wens de vader van de gedachte zijn?

In onderzoeksland is het goed merkbaar dat Nederland niet meer van allochtonen houdt; budgetten 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. Toch jammer voor het onderzoek. Het medische opvangmodel voor asielzoekers (met een voorselecterende rol van de praktijkverpleegkundige) biedt namelijk interessante perspectieven voor de huisartsenzorg in het algemeen.

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. Uitspraken van het Europese Hof van Justitie over werktijden van assistent-artsen en over het meetellen van slaapdiensten, zetten mankrachtberekeningen in de ziekenhuissector op losse schroeven. Het is, tenslotte, niet goed denkbaar dat de invloed van de zorggebruiker op de zorg sterk kan worden teruggedraaid; een deel van deze invloed (persoonsgebonden budget, individuele keuzevrijheid) past goed in het beleid van dit kabinet. Onderzoek met vraagsturing als thema zal ook de komende vier jaar van belang blijven voor het zorgbeleid.

1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid

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

De bovenstaande vragen en dilemma's vindt de lezer op twee manieren terug in het werkprogramma. De ene manier is 'direct'. Zo wordt in paragraaf 2.2.4 opgesomd welk onderzoek het NIVEL rond 'beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg' verricht. Belangrijker is echter de 'indirecte' manier. Een overheid die de regie van het zorgsysteem aan derden overlaat, moet over een uitgebreid systeem van toezicht, monitoring en beleidsevaluatie beschikken. Sterker nog, men zou de stelling wel kunnen verdedigen dat hoe minder een Ministerie te vertellen heeft, hoe sterker de behoefte leeft om tenminste geïnformeerd te zijn.

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

Eén van de manieren, waarop het NIVEL de onderzoeksbehoefte van de overheid ondersteunt is door het typische van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen ontwikkelingen in andere landen. Het motto is hier: het is goed om van eigen fouten te leren maar beter nog is het om uit andermans fouten lering te trekken. Ook de invloed van Europese regelgeving op het Nederlandse beleid (vooral van basale economische regels over het vrije verkeer van personen, goederen en diensten) wordt nauwgezet gevolgd. Het huidige hybride karakter van de zorgverzekering (een mengeling van publieke en private elementen) past eigenlijk niet in de Europese regelgeving, hoewel het kabinet zich daar niet veel van lijkt aan te trekken.

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

De knellende arbeidsmarktproblematiek, zowel in sectoren met een lange planningshorizon 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. 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 NIVEL-onderzoek. Voor het NIVEL is het essentieel dat een ietwat vaag begrip als 'kwaliteit van zorg' wordt verbonden met harde uitkomstmaten.

Missie en doelstellingen van het instituut

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

zorgvragers als op zorgaanbieders en landelijke beleidsorganen'.

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

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

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

Korte historie

De naam van het instituut 'NIVEL' betekende oorspronkelijk: 'Nederlands Instituut voor onderzoek Van de EersteLijnsgezondheidszorg'. Als zodanig begon het zijn werkzaamheden op 1 januari 1985. Het NIVEL zette hiermee het werk voort van het in 1965 opgerichte Nederlands Huisartsen Instituut*. 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 gedeponereerd: 'NIVEL; Netherlands institute for health services research' en 'NIVEL-internation' 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:

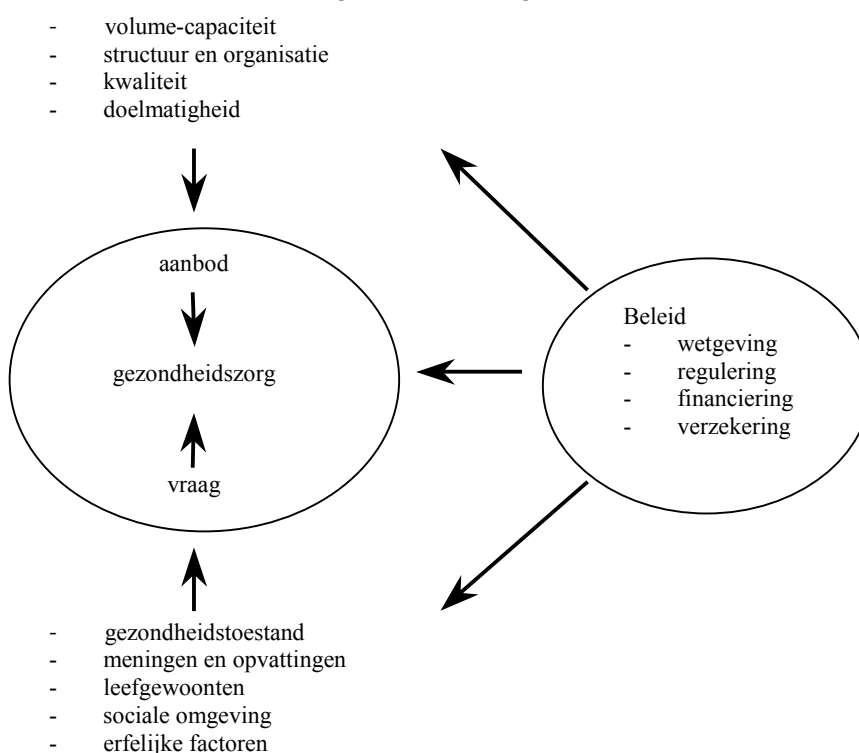
* Het Nederlands Huisartsen Instituut begon zijn werk in 1965 als wetenschappelijk bureau van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap met een subsidie van het toenmalige Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het verrichtte niet alleen wetenschappelijk onderzoek maar verzorgde 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 ontwikkelingstaken gingen over in een andere organisatie (de Stichting O&O, ontwikkeling en ondersteuning van huisartsenzorg), die in 1995 werd opgeheven.

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

Het onderzoek van het NIVEL: Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research

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

Schema 1: Domein van het gezondheidszorgonderzoek



Gezondheidszorgonderzoek is te kenschetsen als toegepast beleidsonderzoek: enerzijds ontleent het NIVEL zijn onderzoeksvraagstellingen aan de problemen waarvoor de gezondheidszorg zich beleidsmatig ziet gesteld;

anderzijds dienen de resultaten van het NIVEL-onderzoek geïmplementeerd te (kunnen) worden in het beleid dat door 'partijen' in de gezondheidszorg wordt gemaakt. Het NIVEL heeft een zekere onafhankelijkheid nodig om verantwoord wetenschappelijk onderzoek te kunnen doen en dient anderzijds sterk verbonden te zijn met de partijen die gebruik maken van de resultaten van dat onderzoek. Kenmerkend voor gezondheidszorgonderzoek is voorts dat het een sterk multidisciplinair karakter heeft. Het wetenschappelijk karakter wordt bevorderd doordat het NIVEL is aangesloten bij twee universitaire onderzoeksscholen ('CaRe'; op het gebied van eerstelijnszorg en klinische epidemiologie en 'Psychology and Health'). De nationale positie van het NIVEL zorgt voor het streven naar nationaal representatieve gegevensbestanden, of, liever nog, naar flexibele 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 samen met de Consumentenbond. Een belangrijk punt is, dat de NIVEL-registratiesystemen en databanken staan nooit op zichzelf; 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;

Schema 2: Overzicht van registratiesystemen en databanken op het NIVEL

	beroepsbeoefenaren en voorzieningen	aandoeningen en verrichtingen	zorggebruikers	overige
registratie systemen	- huisartsen (1974(1)) - verloskundigen (1980) - ergotherapeuten (1995) - fysiotherapeuten (1985) - kinderartsen (1997) - oefentherapie Cesar/Mensendieck (2001)	- Peilstations (1970) - LINH(2) Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (1996) - LIPZ Landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg (2000)		
panels	- verpleegkundigen en verzorgenden (3)(2001)		-consumenten panel gezondheidszorg(4) (1992) - Patiënten Panel Chronisch Zieken 1998)	
overige databases	- Databank zorgvernieuwingsprojecten(5) (1989)			- databank communicatie in de zorg (1976)

Een belangrijk onderscheid is dat 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 kent het NIVEL 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.

Er zijn twee bijzondere databanken. De eerste betreft een verzameling van in de loop der tijd (de eerste banden dateren uit 1976) op video opgenomen huisartsconsulten (nu meer dan 6000 stuks), die de basis vormen van een solide en innovatief onderzoeksprogramma (de databank Communicatie In

1 het jaartal betekent; bestaat sinds

2 met WOK, LHV, NGH

3 met LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging)

4 met Consumentenbond

5 met Prismant en Trimbosinstituut

de Zorg - CIZ); de tweede is een databank van zorgvernieuwingsprojecten, die een beeld geven van de frontlinie van de (vernieuwing in de) gezondheidszorg. We zullen de systemen hieronder bespreken:

Schema 3: Registratiesystemen en databanken op het NIVEL in detail.

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Registratie van beroepsgroepen</i>				
Huisartsen	alle huisartsen die beroepsopleiding hebben voltooid	basis subsidie VWS	steekproeftrekking voor: - onderzoek - statische overzichten - beschrijving beroepsgroep	vestiging, vertrek, behoefteramingen, beroepsstudies, substituten, modelbouw in de gezondheidszorg
verloskundigen	alle verloskundigen			
fysiotherapeuten	alle fysiotherapeuten			
ergotherapeuten	alle ergotherapeuten	beroepsvereniging		
oefentherapeuten cesar/mensendieck	alle werkzame oefentherapeuten	beroepsorganisatie		
kinderartsen	alle kinderartsen	beroepsvereniging		nog te starten
<i>Panels van beroepsgroepen</i>				
Verpleegkundigen en verzorgenden	steekproef van 800 verpleegkundigen en verzorgende	VWS via LEVV	regelmatige peilingen naar beroepsuitoefening en werkbeleving	
<i>Panels van zorggebruikers</i>				
consumentenpanel gezondheidszorg	steekproef van 1500 burgers	VWS	halfjaarlijkse metingen	vertrouwen in de gezondheidszorg, relatie met zorgverzekeraars, wetsevaluatie
Patiëntenpanel chronisch zieken	steekproef van 2500 chronisch zieken, gevonden via huisartspraktijk	IGZ SoZa We VWS	vaste peilingen over maatschappelijke positie en ziektebeleving evaluaties gezondheidszorg	omgaan (coping) met chronisch zieken veel specifiek onderzoek per ziekte

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Registratie van aandoeningen en verrichtingen</i>				
LINH Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg	In 80 huisartspraktijken bij 195.000 patiënten, alle voorkomende ziekten en verrichtingen	75% VWS, rest NIVEL, WOK, verkoop data	jaarlijks rapport 'Staat van de huisartszorg'	2 ^e nationale studie van aandoeningen en verrichtingen (60 projecten), veel geneesmiddelenonderzoek, kwaliteit van zorg
Peilstations	65 huisartsen in 44 praktijken	VWS	jaarverslag	
LIPZ landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg	diagnose en behandeling in 40 praktijken	CVZ (tot eind 2003)	jaarrapporten	kwaliteit van zorg, richtlijnen, evaluatie beleidsmaatregelen
Databank Communicatie in de zorg	omvat meer dan 10.000 arts – patiënt consulten op video	basissubsidie VWS		veel promotieprojecten, onderzoek t.b.v. praktijk en beleid (bv. naar de WGBO)

Toekomstige ontwikkelingen.

De *beroepenregistraties* tellen slechts een handvol beroepen; het zou voor de capaciteitsramingen een goede zaak zijn als bijvoorbeeld de medisch specialisten ook via het NIVEL werden geregistreerd. De registraties worden deels uit de basissubsidie 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.

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 ligt hier voor de hand.

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 Patiëntenpanel Chronisch Ziekten zijn al afspraken gemaakt over uitbreiding naar mensen met beperkingen en patiënten uit de GGZ. Op ingenieuze wijze kunnen bijvoorbeeld organisaties van bepaalde patiëntengroepen (astma- en COPDpatiënten; nierpatiënten) aansluiten bij het PPCZ om door het afnemen van dezelfde vragenlijsten tot vergelijkende

conclusies te kunnen komen.

Bij *Peilstations en LINH* ligt de uitdaging ten eerste in het samenvoegen van de twee registratienetwerken in één elektronisch geheel. Dit loopt vast op een zekere beleidsmatige onwil op VWS.

Het *LINH*-netwerk heeft grote mogelijkheden. Als het erin zou slagen (en dat is een kwestie van techniek en logistiek) om sneller gegevens uit de huisartspraktijken af te tappen (nu gebeurt dat eens per kwartaal) dan kunnen de gegevens worden gebruikt, mits het netwerk een voldoende omvang heeft, 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.

Ook vormt *LINH* een referentiebestand waartegen lokale ontwikkelingen (denk aan een lokale ramp als de vuurwerkramp 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 2010 weer van start moeten gaan.

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 sociale ziektekostenverzekering is het nu vooral van belang het register in stand te houden, juist om de veranderingen goed in kaart te kunnen brengen.

De uitdagingen voor de 'Databank communicatie in de zorg' zijn legio. Consulten van medisch specialisten lijkt een logische uitbreiding. Er is al een uitbreiding geweest naar huisartsen in sommige andere Europese landen (de Eurocom studie) met opmerkelijke resultaten (poortwachterhuisartsen werden minder gewaardeerd door hun patiënten dan hun op verrichtingenbasis werkende collega's).

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 organi-

saties 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 alliantie vormt 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 onderhoudt het NIVEL samen met Prismant en het Trimbos-instituut een registratiesysteem van zorgvernieuwingsprojecten, en bestaat er al jarenlang een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de landelijke instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van de zogeheten ‘branche-rapporten’ wordt intensief met anderen (vooral met Prismant; het 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 gedereguleerd zorgsysteem steeds belangrijker dat de relevante beleidsmakers beschikken over tijdige, actuele en betrouwbare informatie over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg, waarbij de roep om ‘evidence-based health care’ en ‘evidence-based health policy’ ook

maakt dat deze informatie wel degelijk wetenschappelijk gefundeerd moet zijn. Deze paradox leidt bij veel mensen tot de verzuchting: ‘kennis is er genoeg, maar waar is het overzicht?’ Het is ook duidelijk dat met de huidige kennisexplosie geen enkele organisatie meer de pretentie 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 september van 2003 lag het aantal bezoekers van buiten het NIVEL op gemiddeld 450 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. In 2004 zal de website verder worden uitgebreid, waarbij vooral gezocht zal worden naar manieren waarop de gegevens uit de landelijke informatiesystemen volgens een vast stramien kunnen worden gepubliceerd op het internet. Centraal blijft de gebruiker staan. Dit vormt een reden voor regelmatig gebruikersonderzoek. Spiegelinformatie is bij uitstek een manier om ‘meer uit gegevens te halen’ en de relatie tussen ‘onderzoek’ en ‘beleid of praktijk’ te versterken. Het krijgen van spiegelinformatie kan voor individuele respondenten, professionals of zorginstellingen, natuurlijk een extra stimulans zijn om aan onderzoek mee te werken. Maar, spiegelinformatie kan ook een daadwerkelijke bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders. Spiegelinformatie geeft hen inzicht in de eigen prestaties, vergeleken met anderen. Binnen het kenniscentrum worden werkwijzen ontwikkeld om op een efficiënte manier spiegelinformatie te produceren die goed aansluit bij de behoeften van de gebruikers. Eind 2003 is een pilot gestart waar geprobeerd wordt om de NIVEL website ook in te zetten voor het verzamelen van respondentengegevens. 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 (Curatieve Gezondheidszorg, Preventie en Openbare Gezondheidszorg, Gehandicaptenbeleid, Verpleging en Verzorging, maar ook Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, Innovatie, Beroepen en Ethiek), de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de belangrijkste adviesorganen van VWS, zoals het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) de beroepsorganisaties in de gezondheidszorg (van oudsher vooral eerstelijns organisaties, zoals huisartsen, gezondheidscentra, thuiszorg, fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleging en verzorging, maar nu ook medisch specialisten en intramuraal werkzame verpleegkundigen). Daarbij komen nu de verschillende koepelorganisaties in de intramurale sector, zoals NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en Arcares (Ouderenzorg). Ook zorgverzekeraars en patiënten - en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde. Ook genereert het lopende onderzoek vervolgvragen. Voor een goede wetenschaps-ontwikkeling is het van belang dat onderzoekers hun werk kunnen verdiepen. Het is een beetje een karikatuur dat een onderzoeksrapport wordt afgesloten met de roep om 'meer onderzoek', maar het valt niet te ontkennen, dat het opwerpen van nieuwe vragen een essentieel kenmerk van het wetenschappelijk bedrijf is.

Tenslotte komen buiten al deze kanalen opdrachtgevers met vragen naar het NIVEL toe. Mits openbare publicatie van de resultaten gegarandeerd is, het onderzoek in grote lijnen binnen het werkterrein van het NIVEL past en de werkzaamheden adequaat worden gehonoreerd worden deze opdrachten aangenomen en uitgevoerd. Een voor de toekomst van het instituut interessante ontwikkeling is, dat het NIVEL wordt aangesproken op zijn capaciteit grootschalige projecten tot een goed einde te brengen.

Dit alles resulteert in een honderdtwintigtal projecten op jaarbasis, die in 2003 een jaaromzet van ongeveer 12,5 miljoen euro opleverden, waarvan ongeveer een kwart als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 2003 telde het NIVEL ongeveer 180 medewerkers, van wie een 100-tal onderzoekers.

1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering

Verandering 1: van aanbod naar vraag

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

1. de zorgvrager als consument
2. de zorgvrager als patiënt en
3. 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 samen met de Consumentenbond opgezet panel bestaand uit een nationaal representatieve groep Nederlandse burgers, aan wie op gezette tijden vragen worden voorgelegd.

Bij punt twee gaat het vooral om chronisch zieken. Dit zijn mensen voor wie gezondheidszorg erg belangrijk is en die ook regelmatig van de zorg gebruik maken. Hun oordeel over de zorg is op ervaring gebaseerd en zou dus sterk moeten meetellen bij beleidsmakers. Ook hier wordt onderzoek verricht op basis van een panel: het Patiënten Panel Chronisch Zieken, bestaande uit 2500 uit de administratie van huisartsen gelichte patiënten met diverse chronische aandoeningen. In het onderzoek staan drie vragen centraal:

- hoe gaan mensen het 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

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

Bij punt drie, 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. Een belangrijke bron voor dit onderzoek vormen de gegevens van de (2e) Nationale Studie van ziekten verrichtingen in de huisartspraktijk waarin autochtonen en allochtone Nederlanders

vergeleken kunnen worden met betrekking 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. Dat lijkt ons een zeer kortzichtig beleid.

Verandering 2: Van incidenteel onderzoek naar permanente databases Het NIVEL kan snel ‘uitrukken’ om door middel van onderzoek een beleidsvraag te beantwoorden; dat is altijd een sterk punt geweest. Toch verschuift ook hier het accent van ad-hoc onderzoek naar het raadplegen van permanente databases, die als monitorinstrument fungeren. In paragraaf 1.2 is al een uitgebreide opsomming gegeven van de registratiesystemen en databases op het NIVEL. Daarnaast moet opgemerkt worden dat herhaling van (grote) onderzoeken op gezette tijden ook uiterst waardevolle databases geeft. We noemen een drietal:

- a. Ontwikkelingen van kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg – studies voor de ‘Leidschendamconferenties’ van 1995 en 2000. In deze jaren is van alle Nederlandse gezondheidszorginstellingen onderzocht op welke wijze en in welke mate zij een kwaliteitssysteem hebben opgezet. Er wordt naar gestreefd dit nationale onderzoek in 2005 te herhalen.
- b. Vijfentwintig jaar observatieonderzoek van consulten in de huisartspraktijk. Het NIVEL beschikt over een historische collectie op videotapes en CD-ROM opgeslagen consulten in de huisartspraktijk die voor het beantwoorden van vele vraagstellingen wordt gebruikt (bijvoorbeeld voor vragen naar de invloed van NHG-standaarden op het gedrag van huisarts en patiënt).
- c. De eerste en tweede Nationale Studie in de huisartspraktijk. Zowel in 1987-1988 als in 2001-2002 is grootschalig onderzoek uitgevoerd in nationaal representatieve groepen huisartspraktijken. Niet alleen werd informatie over ziekten en verrichtingen verzameld, maar ook werden van alle ingeschreven patiënten een uitgebreide set achtergrondgegevens vastgelegd (opleiding, beroep, etniciteit, gezinssamenstelling, etc.). Hiermee wordt onderzoek naar risicogroepen mogelijk. Vergelijking in de tijd geeft een scherp beeld van veranderingen in de huisartspraktijk. Herhaling van deze studie eens per ± 10 jaar is nodig om het werk van de huisarts te blijven monitoren. In het jaar 2004 komen de resultaten van de tweede Nationale Studie in de openbaarheid.

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

Verandering 3: van empirisch onderzoek naar kennismanagement

Deze verandering is vooral een mentaliteitsverandering; het NIVEL moet zijn automatische reflex: 'is er een probleem, dan doen wij toch even een onderzoek' verruilen voor een breder arsenaal aan kennisproducten. Dit geldt zowel voor het gebruik maken van door derden verzameld materiaal (bijvoorbeeld via het internet) als ook voor de presentatie van gegevens: via de website in plaats van in een rapport.

Schrijven voor het Web is een kunst apart. Belangrijk is niet alleen dat alles nog korter en krachtiger is dan bij een voor een groter publiek bestemde publicatie, maar ook dat de auteurs als het ware 'gelaagd' denken. Eerst de hoofdboodschap en dan uitleg via aan te klikken achterliggende documenten. Die omslag in het denken is de uitdaging voor de komende jaren. Intern is een breed samengestelde projectgroep gevormd om te experimenteren met nieuwe werkwijzen en producten en deze vernieuwing in de rest van de organisatie te implementeren. Hierbij wordt nauw samengewerkt met het RIVM, dat in zijn Beleidsmonitor al over een digitaal opgezet kennisproduct beschikt.

Door het hele werkplan heen zijn projecten te vinden (aangegeven met een *) waar deze kennisinnovatie een rol speelt. Het gaat om een breed scala projecten van het brancherapport somatisch curatieve zorg tot spiegelinformatie in de benchmark thuiszorg, van de monitor verloskundige zorg tot huisarts en depressie.

Continuïteit

De continuïteit van het programma vindt men in de verschillende hoofdstukken; de veranderingen zijn hier gradueel; het programma ontwikkelt zich als het ware 'werkende weg'. Te noemen vallen verder onderzoek naar de communicatie tussen huisarts en patiënt, niet alleen in een vergelijkende studie op Europees niveau maar ook op werkelijk grootschalige wijze in de Tweede Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (2200 op video opgenomen consulten);

- onderzoek naar behoefteramingen van medisch specialisten en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- onderzoek naar kwaliteit van zorg;
- onderzoek naar de relatie tussen huisarts/specialist en ziekenhuis;
- onderzoek naar paramedische zorg, verloskundige zorg en verpleging en verzorging.
- onderzoek op het gebied van psychische problemen in de huisartspraktijk en de relatie met de GGZ

Het summum van continuïteit vormt het Peilstationsproject: 2004 is de 35e jaargang. Het accent van het programma is sterker op de registratie en monitoring van infectieziekten komen te liggen. De tijd is technisch gebied

rijp om het peilstationsproject te integreren in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Wel vergen monitoring en surveillance een veel actievere opstelling van de deelnemers dan het routinematig coderen van ziekten en verrichtingen, maar daar valt organisatorisch wel een mouw aan te passen. Verandering en continuïteit zijn, 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'.

2 Onderzoekslijnen binnen het werkplan

2.1 Inleiding

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

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

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

2.2 De onderzoekslijnen

2.2.1 Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg

Het themagebied kwaliteit en organisatie van het NIVEL wil bijdragen aan een efficiënte, doelmatige en patiëntgerichte gezondheidszorg door inzicht te verschaffen in de kwaliteit van de zorgprocessen, de uitkomsten voor cliënten, knelpunten in de organisatie van zorg, en methoden voor kwaliteitsverbetering. Binnen het themagebied wordt hiervoor landelijk inventariserend en verklarend onderzoek verricht op het terrein van de organisatie van de gezondheidszorg en op het terrein van kwaliteitsmanagement. Speerpunten in het programma zijn:

1. onderzoek naar organisatieveranderingen bij instellingen en beroepsbeoefenaren;
2. onderzoek naar de state-of-the-art van kwaliteitssystemen;
3. onderzoek naar implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement;
4. onderzoek naar de implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement;
5. onderzoek naar risicovolle momenten in het zorgverleningsproces en patiëntveiligheid.

Organisatieveranderingen bij instellingen en beroepsbeoefenaren

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

State-of-the-art van kwaliteitssystemen

De afgelopen jaren heeft het themagebied veel informatie verschaft over de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen in zorginstellingen en bij beroepsbeoefenaren. De zorgaanbieders konden deze informatie gebruiken om zichzelf te vergelijken met andere zorgaanbieders en zonodig

verbeteringen initiëren. Recentelijk gaan de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsmanagement daarentegen langzaam. Sectorspecifieke kwaliteitsmodellen, kwaliteitsmethoden en -meetinstrumenten zijn voor een groot deel aanwezig, maar de implementatie ervan vordert maar langzaam. Voor de komende jaren is het beleid van overheid en koepels daarom gericht op implementatie en het zichtbaar maken van resultaten. Zorgaanbieders zijn op zoek naar betrouwbare indicatoren die de kwaliteit van de verleende zorg inzichtelijk kunnen maken voor cliënten, zorgverzekeraars of de inspectie. Recent onderzoek binnen het themagebied heeft laten zien dat de meeste instellingen nog niet over betrouwbare proces- en uitkomstindicatoren beschikken. Voor zover deze wel aanwezig zijn, is vergelijking tussen instellingen niet mogelijk. Een verantwoorde vergelijking van de kwaliteit van zorg wordt pas mogelijk als partijen het eens worden over de meest aangewezen kwaliteitsindicatoren en deze op vergelijkbare wijze meten. Hiermee zijn een aantal zorgaanbieders begonnen. Het themagebied zal zich de komende jaren versterkt richten op het meten van uitkomsten van zorg voor cliënten. Het onderzoek zal zich richten op het ontwikkelen en valideren van proces- en uitkomstindicatoren in de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Tevens zal binnen het themagebied het initiatief worden genomen om de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren binnen de diverse sectoren van de gezondheidszorg te monitoren waardoor een doorlopend actueel overzicht bestaat van de ontwikkelingen.

Implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement

Het NIVEL monitort sinds 1990 op welke wijze zorgaanbieders kwaliteitsmanagement vorm geven en hoe ver zij daarmee gevorderd zijn. Een belangrijk aandachtspunt blijft echter de mate van implementatie. Ondanks de aanwezigheid van procedures en kwaliteitsmethoden worden deze in de praktijk veelal niet systematisch gebruikt. Komend jaar zal verder worden gegaan met onderzoek naar de mate van implementatie van gerichte kwaliteitsactiviteiten voor verzorgenden en verpleegkundigen.

Implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement

Onderzoek naar de effectiviteit van kwaliteitsmanagement is schaars. De effectiviteit van de meeste kwaliteitssystemen en -methoden is nog steeds niet afdoende aangetoond. Bij kwaliteitsmanagement gaat het om het doorvoeren van verbeteringen op grond van gemeten uitkomsten en niet alleen om het opstellen van procedures en normen. Onderzoek naar de relatie tussen kwaliteits(deel)systemen en uitkomsten, zoals het oordeel van de cliënt over de kwaliteit van zorg, de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de cliënt kan laten zien wat de meerwaarde van

kwaliteitsmanagement voor cliënten is. Tijdens het onderzoek wordt aandacht besteed aan de betrokkenheid van patiënten-/consumentenorganisaties en verzekeraars bij het kwaliteitsmanagement van zorgaanbieders. Het themagebied wil het inzicht in de meest effectieve kwaliteitsmethoden bevorderen. In dat kader zal het komende jaar evaluatieonderzoek verricht worden naar de effecten van het farmacotherapie overleg tussen huisartsen en apothekers, de inbreng van cliëntenraden binnen verpleeg- en verzorgingshuizen, en richtlijnen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Tevens zal een brede evaluatie opgezet worden naar het kwaliteitsbeleid van de afgelopen jaren van de overheid.

Risicovolle momenten in het zorgverleningproces en patiëntveiligheid

Om kwaliteitssystemen beheersbaar te houden, moeten deze zich concentreren op de risicovolle momenten in de zorgverlening. Onderzoek naar risicovolle momenten en patiëntveiligheid is nieuw en raakt de kern van het kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem beoogt risico's en ongewenste uitkomsten voor cliënten te voorkomen. Meer inzicht is nodig in de organisatorische, technische en menselijke faalfactoren die tot vermijdbare schade leiden. Een eerste aanwijzing hiervoor zijn klachten van cliënten en ongewenste klinische uitkomsten.

Komend jaar zal onderzoek verricht worden om vermijdbare schade, zoals smetten, te voorkomen. Tevens wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen cliëntkenmerken, organisatiekenmerken en ongewenste klinische uitkomsten voor ouderen in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- SAM 02.02 Kwaliteitszorg in de beroepsopleidingen in de gezondheidszorg (afgerond)
- SAM 03.02 Het patiëntenperspectief binnen kwaliteitsprojecten V&V (afgerond)
- SAM 03.03 Monitoring kwaliteitsbeleid verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen (afgerond)
- SAM 02.05 Effectiviteit van stappenplan voor het systematisch verbeteren van bestaande richtlijnen (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

- Onderzoek naar organisatieverandering*
- SAM 90.01* Databank zorgvernieuwing (continu project)

* Dit project valt deels ook onder het NIVEL Kenniscentrum

- SAM 00.02 Regionale samenwerking in de gezondheidszorg
(in afwachting van subsidie)
- SAM 03.01 Kwaliteit, organisatie en riskmanagement van Huisartsen-
dienstenstructuren (HDS'en)
(in uitvoering)
- SAM 03.07 Organisatieveranderingen en vraaggerichtheid
(in voorbereiding)

Nieuw

- SAM 04.01 Sociale netwerken en prestaties van organisaties: een studie
in verpleeghuizen
(in afwachting van subsidie)

State of the art-studies

- SAM 01.01 Kwaliteitsmanagement in Europa
(in uitvoering)
- SAM 03.06 Leidschendam 2005: patiëntveiligheid, vermijdbare kosten
en vraaggerichtheid
(in voorbereiding)
- SAM 03.09 Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de
huisartspraktijk
(in afwachting van subsidie)

Implementatievraagstukken

- SAM 02.04 Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij ver-
pleegkundigen en verzorgenden
(afronding)
- SAM 03.04 Implementatie kwaliteitsinstrumenten in 2 GGZ-regio's
(in uitvoering)

Nieuw

- SAM 04.02 Implementatie en evaluatie van doorbraakprojecten in
verpleeghuizen
(in afwachting van subsidie)

Relatie kwaliteitszorg en kwaliteit van zorg voor cliënten

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

Riskmanagement en ongewenste uitkomsten

- SAM 03.05 Preventie van risico's door samenwerking in de keten (in voorbereiding)
- SAM 03.08 Regionale kwaliteitssystemen en disease management voor specifieke patiëntencategorieën (in voorbereiding)

Nieuw

- SAM 04.03 Juiste of onjuiste zorg? Vraaggerichtheid bij ouderen boven de 75 jaar (in afwachting van subsidie)

p.m.

- PMED 00.03 Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)
- NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huisartsen-groep (HAGRO)
- NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg
- NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijnsgezondheidszorg
- FARM04.01 Procevaluatie 'Professionalisering FTO'
- FARM04.02 Effectevaluatie 'Professionalisering FTO'
- VRA 03.03 Kwaliteit van verzekeraars vanuit cliëntenperspectief
- VRA 03.04 Kwaliteitsparagrafen in contracten tussen verzekeraars en aanbieders
- VRA 03.06 Patiëntenoordelen en ketenkwaliteit in de gezondheidszorg.
- MIG 04.02 Kwaliteit van de huisartsenzorg aan asielzoekers.

2.2.2 Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis

Binnen het themagebied wordt bestudeerd hoe de posities van huisartsen, medisch specialisten en ziekenhuizen zich ontwikkelen binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Daarbij gaat het om veranderingen in de organisatorische structuur van de gezondheidszorg, samenwerking en communicatie tussen de partijen, ontwikkelingen in de patiëntenstromen en consequenties voor de inhoud en kwaliteit van verleende zorg. In 2004 willen we ons vooral richten op de medisch specialistische zorg. Daarbij gaat het om de samenwerking met de huisartsenzorg, de organisatiestructuur van de medisch specialistische zorg en het meetbaar maken van kwaliteitsaspecten.

Samenwerking tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg

Sinds enige jaren is het overheidsbeleid opgericht op de omschakeling van een aanbod- naar een vraaggeoriënteerde gezondheidszorg. De vraag vertaalt zich in directe toegang, meer keuzemogelijkheden en klantvriendelijkheid. Dit betekent dat de zorg anders moet worden georganiseerd, zowel binnen de instellingen als tussen de verschillende zorgaanbieders. Organisatorische veranderingen in de curatieve zorg moeten ertoe leiden dat het traditionele onderscheid tussen extra- en intramurale gezondheidszorg vervaagt. Bij dat proces krijgen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg steeds meer raakvlakken. Meer samenwerking is van belang omdat veranderingen in de zorgvraag, zoals het groeiend aantal patiënten met chronische aandoeningen, coördinatie en afstemming van zorg noodzakelijk maken. Ook wordt samenwerking gezien als één van de oplossingen voor capaciteitsproblemen in verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Voorbeelden van samenwerking zijn het organiseren van gezamenlijke (na)scholingsactiviteiten, het delen van faciliteiten, snelle informatieoverdracht en het maken van gezamenlijke afspraken over de zorgverlening en wederzijdse verantwoordelijkheden in de vorm van richtlijnen en protocollen. Het is de bedoeling om in 2004 een onderzoeksproject te beginnen waarin inzichtelijk wordt gemaakt hoe de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg zich in de toekomst verder gaan ontwikkelen (zie project HSZ 02.03). Een belangrijk aspect is de onderlinge afstemming en afbakening van taken om te komen tot doelmatige arbeidsverdeling in curatieve zorg. Hiervoor is ook informatie van belang over het verloop van patiëntenstromen tussen verschillende zorgaanbieders en onderlinge verwijzingen (zie project HSZ 03.03 en NS2 99.06).

Organisatie medisch specialistische zorg

De organisatorische ontwikkelingen binnen de medisch specialistische zorg vinden zowel binnen als buiten het ziekenhuis plaats. Vernieuwingen binnen de ziekenhuisorganisatie zijn grotendeels gebaseerd op de vorming van het 'geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf' (GMSB) waarin het ziekenhuis en de medisch specialisten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het beleid. In een toenemend aantal ziekenhuizen is de organisatiestructuur gewijzigd van een indeling in medisch specialismen (dienstenstructuur) naar een organisatie-model dat is opgebouwd vanuit patiëntenzorgprocessen (kanteling van het ziekenhuis). Het gaat daarbij grotendeels om scheiding in clusters van specialismen. Ook zijn medische specialisten betrokken bij het management: zij zijn mede verantwoordelijk voor het beleid op operationeel en strategisch niveau. De mate van integratie verschilt tussen de ziekenhuizen. In hoeverre deze organisatorische veranderingen gevolgen hebben voor de zorgverlening is nog onvoldoende bekend. Vandaar het voornemen om in 2004 een verdiepende studie te starten naar de

inhoudelijke waarde van de vorming van het GMSB. Daarbij zal zowel het perspectief van de ziekenhuisorganisatie, de medisch specialisten en de patiënten aan bod komen (zie project HSZ 04.01).

Een andere ontwikkeling is het ontstaan van nieuwe organisatievormen voor medisch specialistische zorg. Volgens een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) moet marktwerking worden gestimuleerd zodat beter tegemoet wordt gekomen aan de wensen van patiënten.

Ziekenhuizen moeten meer gaan concurreren om de patiënten doordat nieuwe zorgaanbieders op de markt worden toegelaten. Het gaat daarbij zowel om winstgerichte privé-klinieken als om non-profit privé-klinieken, de zelfstandige behandelcentra (ZBC's). De eerste leveren aanvullende of 'luxe' zorg, de tweede richten zich op relatief eenvoudige poliklinische zorg of dagbehandeling die binnen het ziekenfondspakket valt. Een aantal ziekenhuizen overweegt de mogelijkheid om eigen ZBC's of privé-klinieken op te zetten. Daarbij wordt gedacht aan het ombouwen van één locatie van het ziekenhuis tot ZBC, het creëren van zorgboulevard in het ziekenhuis zelf met privé-klinieken voor onder meer plastische chirurgie en laserbehandelingen, of het zelf opzetten en exploiteren van ZBC's en privé-klinieken buiten de eigen locatie in de regio. Het stadium waarin deze plannen zijn gevorderd verschilt nogal tussen de ziekenhuizen. Het NIVEL wil dit jaar dan ook een onderzoek starten naar de plaats en positie van deze behandelcentra in de Nederlandse gezondheidszorg (zie project HSZ 03.04).

Prestaties en kwaliteit van medisch specialistische zorg

Organisatorische veranderingen worden ook bewerkstelligd door de invoering van prestatiebekostiging in de vorm van DBC's (diagnose-behandel-combinaties). Daarbij is het belangrijk om de zorginkoopfunctie van verzekeraars te versterken. Hiervoor is informatie over de prestaties van zorgaanbieders van cruciaal belang. Verzekeraars moeten kunnen beschikken over informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg. Hiervoor is het noodzakelijk om prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Daarbij dient zowel aandacht te worden besteed aan structuurinformatie, de kwaliteit van het medisch handelen en patiëntgerichtheid. Hierbij kan worden voortgebouwd op de ziekenhuisvergelijking die het NIVEL in samenwerking met de Consumentenbond heeft ontwikkeld (HSZ 03.02). Ook zal aansluiting worden gezocht bij de set van indicatoren die de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en de Orde van Medisch Specialisten hebben ontwikkeld.

Een ander project dat in dit verband wordt voortgezet is het onderzoek naar sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg. In een eerste verkenning is het voorkomen van probleemsituaties ten gevolge van capaciteitsproblemen in de Nederlandse ziekenhuizen in kaart gebracht. Het is de bedoeling om in 2004 plannen te ontwikkelen voor een vervolgstudie

(HSZ 04.02).

Prioriteiten voor 2004

In 2004 willen we vooral voortbouwen op een aantal onderzoeksprojecten recentelijk binnen de medisch specialistische zorg zijn uitgevoerd. Eén van de belangrijkste prioriteiten is verdere ontwikkeling van de ziekenhuisvergelijking. Dit project, waarin ervaringen en oordelen van patiënten over de zorgverlening binnen ziekenhuizen objectief en betrouwbaar worden vastgesteld, heeft raakvlakken met het onderzoek naar diverse van de hierboven omschreven ontwikkelingen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- HSZ 01.01 Evaluatie van de invoering van een zorgpas voor Parkinsonpatiënten
(beoogde opdrachtgever heeft afgezien van evaluatieonderzoek)
- HSZ 02.02 De ontwikkeling van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf: stand van zaken
(afgerond)
- HSZ 02.05 De ontwikkeling van een 'gemeenschappelijk format' voor de evaluatie van ICT-projecten in de directe zorgverlening
(geen subsidie verkregen)
- HSZ 03.01 Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch-specialistische zorg: feit of fictie?
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

- HSZ 02.03 Relatie huisartsenzorg en medisch specialistische zorg in de toekomst
(schrijven onderzoeksvoorstel)
- HSZ 02.06 Onderzoeksprogramma Doelmatigheid van orthopedische zorg in een vraaggestuurd stelsel
(subsidiewerving)
- HSZ 03.02 Ziekenhuisvergelijking III: patiënten oordelen over ziekenhuizen
(subsidiewerving)
- HSZ 03.03 Problemen aan de poort? Trends in verwijzingen naar het ziekenhuis
(schrijven onderzoeksvoorstel)
- HSZ 03.04 Zelfstandige behandelcentra: plaats en positie in de Nederlandse gezondheidszorg
(schrijven onderzoeksvoorstel)

Nieuw

HSZ 04.01 De betekenis van organisatorische veranderingen in het ziekenhuis voor de dagelijkse zorgverlening (schrijven onderzoeksvoorstel)

Nieuw

HSZ 04.02 Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg: de visie van alle betrokken partijen (schrijven onderzoeksvoorstel)

p.m.

NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na verwijzing

NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huisartsenzorg

PSH 01.05 Second opinion chirurgische oncologie

SAM 03.09 Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk

BKP 95.09 Behoefteraming medisch specialismen

BKP 01.01 Jaarlijkse overzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan

2.2.3 Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg

Ontwikkelingen

Het beleid dat de afgelopen jaren ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijns is uitgesproken (VWS: Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg; RVZ-advies Geestelijke gezondheidszorg in de 21 eeuw; Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid: Alleen Samen) blijft qua intentie onveranderd: waar mogelijk en verantwoord moeten zoveel mogelijk psychische problemen in de eerstelijns opgevangen worden. Hiertoe blijft versterking van de eerstelijns-GGZ onverminderd beleid van VWS. De intentie is om de versterkende maatregelen in de vorm van consultatieve projecten en vanuit het z.g. diablo-project geïnitieerde best practices te continueren. Echter, in de context van de huidige financiële situatie van 's rijksoverheid en de discussie over de toekomst van de huisarts (bouwstenen-nota) kunnen deze voornemens onder druk komen te staan. Dit zou kunnen betekenen dat tijdelijke financiering van diverse stimuleringsprojecten wordt beëindigd. Van de andere kant wordt vernomen dat GGZ-instellingen, hierdoor aangespoord door de vorige minister van volksgezondheid, hun inspanningen niet meer laten beperken door een beschikbaar budget, maar zoveel mogelijk zorg verlenen. In dit kader zien we nu dat GGZ-instellingen b.v. consultatieve activiteiten die tot nu toe uit

consultatiegelden werden betaald, als reguliere zorg aanbieden en daarmee ruimte scheppen om consultatieve budgetten aan nieuwe projecten te verschaffen.

Evidence based handelen blijft in toenemende mate het adagium binnen de psychiatrie en de GGZ. Als gevolg daarvan blijft men groot belang hechten aan richtlijnen, die nu ook multidisciplinair ontwikkeld worden.

Multidisciplinaire richtlijnen rond depressie zijn in vergaande staat van ontwikkeling. De conceptrichtlijnen op het gebied van angststoornissen, die zeer gedetailleerd van aard zijn, behoeven alleen nog maar geaccordeerd te worden.

Onmiddellijk in het vervolg hiervan ligt de groeiende stroom literatuur dat er zo'n brede kloof is tussen hetgeen in de richtlijnen bepleit wordt en wat de dagelijkse praktijk in de eerstelijns blijkt te zijn. Doorwrochte en grootschalig opgezette interventiestudies om richtlijnen depressie in de huisartspraktijk te implementeren hebben in Engeland teleurstellende resultaten opgeleverd.

Binnen dit kader is het goed de kloof tussen theorie en praktijk tot onderwerp van studie te maken, en na te gaan wat de oorzaak is van het niet volgen van richtlijnen, en in hoeverre dit tot slechtere zorg leidt.

Toekomstig onderzoek

Als vanouds onderscheiden we binnen het werkplan Eerstelijns en GGZ drie stromen:

- epidemiologisch onderzoek naar voorkomen van psychische problemen en de zorg die daaraan geboden wordt
- health services research: onderzoek naar de onderlinge afstemming van diverse disciplines die hulp bij psychische problemen verschaffen
- interventieonderzoek: op (quasi-) experimentele wijze nagaan of bepaalde interventies (kosten-)effectief zijn.

Epidemiologisch onderzoek

In dit kader is de participatie in het NESDA consortium een belangrijke mogelijkheid om deze onderzoekslijn de komende jaren voort te zetten. Het NIVEL zal in dat kader samen met de WOK de zorg aan deze mensen in beeld gaan brengen om daar verbetermaatregelen uit af te leiden die geïmplementeerd moeten worden in de tweede helft van dit langdurige onderzoek. De infrastructuur (ongeveer 2200 patiënten die in de eerste en tweede lijn met een vastgestelde diagnose angst of depressie zijn geïnccludeerd, die op gezette tijden mondeling en schriftelijk ondervraagd worden en waarvan de zorggegevens bij de huisarts beschikbaar zijn) maakt het formuleren van een veelheid aan onderzoeksvragen mogelijk.

Vergelijking van de verleende zorg met de huidige richtlijnen op het gebied van angst en depressie en analyse van de barrières die huisartsen verhinderen

deze richtlijnen op te volgen is één van de aspecten die in een aanvullende onderzoeksvraag bij ZON aan de orde zal komen.

Het op NS-2 materiaal verrichte onderzoek naar de huisartsgeneeskundige zorg bij depressie bij ouderen en ook ander onderzoek dat naar depressie is verricht heeft als een constant resultaat dat snel anti-depressiva worden voorgeschreven, ook als dat niet geëigend geacht wordt. Naar de oorzaken hiervan zou vervolgonderzoek zinnig zijn. Dit past goed in de bovengenoemde doelstelling om in het kader van NESDA het nakomen van de richtlijnen te onderzoeken. Voorts biedt deze dataverzameling de mogelijkheid om vervolgonderzoek te doen naar het beloop van depressie waar de huisarts deze diagnose niet stelt.

Health services research

Het huidige onderzoek van het themagebied eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg, is voor een belangrijk deel gericht op de evaluatie van de versterking van de eerstelijns-GGZ zoals die tot nu toe gestalte heeft gekregen. Voor deze evaluatie blijkt continue gegevens verzameling rond de 'productie' van eerstelijns GGZ een strategische verworvenheid van de eerste orde. Door middel van de registratie van consultatieve projecten kan het NIVEL een nauwkeurig beeld geven van hetgeen er op het consultatieve vlak omgaat. Zolang inschakeling van de sociaal psychiatrische verpleegkundige in de huisartspraktijk via de consultatieregeling gestalte krijgt kunnen we de activiteiten van de SPV in de eerstelijns via deze registratie in beeld brengen. Het komende jaar zullen we inspanningen moeten verrichten om deze registratie te continueren.

Via LINH en NS2 kunnen we de morbiditeit op het gebied van psychische en sociale problemen, de behandeling ervan en de verwijzingen waarmee deze problemen gepaard gaan, volgen. Probleemaanbod en behandeling bij het AMW wordt routinematig vastgelegd in de landelijke registratie onder AMW-instellingen, die de stichting Symbiose onderhoudt. Toegang houden tot deze registraties biedt het themagebied de gelegenheid om met een verwerkingslag van een half jaar (consultatieve projecten) tot anderhalf jaar (AMW) recente gegevens over vraag en aanbod op het gebied van GGZ in de eerstelijns te analyseren t.b.v. beleidsvragen. Blinde vlek in deze wordt gevormd door de activiteiten van eerstelijnspsychologen. Hierover wordt nergens enig kengetal systematisch vastgelegd. Daarom ligt er een plan voor in het nieuwe werkplan om daar verandering in aan te brengen.

Daarnaast zijn sinds 1997 regelmatig grote steekproeven huisartsen (1987, 2001, 2003), AMW instellingen (1987, 2001, 2003) en eerstelijnspsychologen (1998, 2002) ondervraagd over hun onderlinge samenwerking, deskundigheidsbevordering en activiteiten binnen de eerstelijns GGZ. Deze ondervragingen stonden ten dienste van het evaluatieonderzoek naar de maatregelen van VWS om de eerstelijns te

versterken. Omdat uit het tweede interimrapport rond deze evaluatiestudie de conclusie getrokken kan worden dat deze maatregelen pas in 2003 min of meer geïmplementeerd zijn, verdient het aanbeveling om deze periodieke enquêtes te blijven herhalen in 2005 en later. Ook hiervoor bevat het nieuwe werkplan voorstellen.

Een andere continue gegevensverzameling die in de toekomst van strategische waarde kan blijken is een patiëntenpanel van mensen met een psychische aandoening. Er wordt al een aantal jaren gepleit voor de uitbreiding van het PPCZ met een groep patiënten met een chronisch psychische aandoening. Deze groep is moeilijk op de geëigende PPCZ wijze (n.l. op aanwijzing van de huisarts) samen te stellen, omdat de definitie van een patiënt met een chronisch psychische aandoening gespecialiseerde diagnostiek vooraf vergt. De gedachte is om een deel van deze groep via de NESDA instroom van patiënten te werven, nl. mensen met een DSM-IV diagnose die langer dan twee jaar bestaat dan wel regelmatig recidiverend is. Een dergelijke groep zal aangevuld moeten worden met andere chronisch psychiatrische patiënten.

Interventieonderzoek

Het onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren bij het zoeken van hulp voor kinderen met emotionele en gedragsproblemen is de fase van analyse ingegaan. Uit de resultaten tot nu toe blijkt dat een belangrijk deel van deze problemen wel door de ouders van deze kinderen worden onderkend, maar dat er vaak geen hulp voor wordt gezocht. Als gevolg daarvan wordt de huisarts er minder bij ingeschakeld dan wenselijk is, gezien de aard van de problematiek. Mogelijke interventie zou een stepped care benadering zijn waarbij de huisarts terzijde wordt gestaan door deskundigen vanuit de tweedelijns GGZ (jeugdhulpverlening, RIAGG, kinderpsychiatrie). Er zijn een aantal consultatieve projecten die vanuit de jeugd-GGZ zijn opgezet. Onderzocht zou kunnen worden in hoeverre binnen deze projecten interventies kunnen worden geïmplementeerd en nader onderzocht waarbij nagegaan wordt of dergelijke interventies bijdragen tot een grotere mate van hulp zoeken, waar dit gezien de aard van de problematiek geëigend is.

Overzicht onderzoeksprojecten

Afgevoerde projecten

- GGZ 01.03 De huisartsgeneeskundige hulp voor depressieve ouderen (afgerond)
- GGZ 02.01 Incidentie van depressie in de huisartspraktijk (afgerond)
- GGZ 03.01 Inventarisatie geïntegreerde zorg voor dementerenden in de

thuisituatie (geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten

- GGZ 99.03 Programma 'tussen de lijnen'
(in uitvoering)
- GGZ 99.04 Psychische problemen en stoornissen bij kinderen
(in uitvoering)
- GGZ 00.02 Effectiviteit van een systematische interventie bij
overspannenheid in de huisartspraktijk
(in uitvoering)
- GGZ 01.02 Evaluatie van de versterking van de eerstelijns-GGZ
(in uitvoering)
- GGZ 02.02 Determinanten van zorg en zorggebruik bij angst en
depressie (NESDA)
(in uitvoering)
- GGZ 03.02 Belasting van huisartsen door het aanbod van psychische
problemen (in uitvoering)
- Nieuw*
- GGZ 04.01 6 Psychische problemen in de bevolking en de mate waarin
daarvoor hulp wordt gezocht bij de huisarts (samen met
RIVM) (afgerond)
- Nieuw*
- GGZ 04.02 Psychische problemen en hulp zoeken in 1987 en 15 jaar
later
(in uitvoering)
- Nieuw*
- GGZ 04.03 Herkenning van psychiatrische stoornissen door de huisarts
(in uitvoering)
- Nieuw*
- GGZ 04.04 Mate waarin patiënten-opvattingen over psychiatrische
problemen het hulp zoeken hierbij bepaalt (samen met GGZ-
Europoort)
(in uitvoering)
- Nieuw*
- GGZ 04.05 Huisartsgeneeskundige behandeling van psychische
problematiek (samen met huisartsgeneeskunde Nijmegen)
(in uitvoering)
- Nieuw*
- GGZ 04.06 Determinanten van de variatie tussen huisartsen in de
herkenning en behandeling van angst en depressie
(subsidieaanvraag ingediend)

6 GGZ 04.01 t/m GGZ 04.05 zijn een uitsplitsing van voormalig project NS2 99.03

Nieuw	
GGZ 04.07	Oorzaken van overbehandeling van depressie bij ouderen in de huisartspraktijk (in voorbereiding)
Nieuw	
GGZ 04.08	Lange termijn effect van het diagnostiseren van depressie bij ouderen (in voorbereiding)
Nieuw	
GGZ 04.09	Registratie consultatieve projecten na 2004 (in voorbereiding)
Nieuw	
GGZ 04.10	Ontwikkeling Landelijk Informatienetwerk Eerstelijnspsychologen (in voorbereiding)
Nieuw	
GGZ 04.11	Effect versterking eerstelijns-GGZ :Vervolgenquête 2005 huisartsen Kwaliteit eerstelijns-GGZ (in voorbereiding)
Nieuw	
GGZ 04.12	Stepped care bij kinderen met ADHD (in voorbereiding)
p.m.	
CHR.02.01	Haalbaarheid panel patiënten met een chronisch psychische stoornis.

2.2.4 Beroepen in de gezondheidszorg

De tekorten aan personeel in vrijwel alle sectoren van de gezondheidszorg vormen in de afgelopen jaren een belangrijk aandachtspunt in de zorg. Er worden dan ook tal van beleidsmaatregelen genomen of voorgesteld om die tekorten op korte termijn weg te werken. Voorbeelden zijn: het verhogen van de instroom in de opleidingen, het ontplooiën van activiteiten om personeel te behouden, het aantrekkelijker maken van de werkomstandigheden, het verkorten van de opleidingsduur, substitutie en taakherschikking e.d. In hoeverre dit soort maatregelen ook daadwerkelijk enig soelaas bieden is een van de centrale onderwerpen in het onderzoeksprogramma binnen dit themagebied. Het onderzoeksprogramma bestaat globaal uit drie onderdelen:

- Informatievoorziening over het aanbod van beroepsbeoefenaren
- Studies op het terrein van de beroepskrachtenvoorziening (Capaciteitsramingen)
- Studies rond het thema beroepsuitoefening (werklastmeting, uitstroom,

deeltijdwerken)

Informatievoorziening

Om tekorten dan wel overschotten aan personeel tijdig te kunnen te kunnen opsporen en de effecten van bovengenoemde maatregelen te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat er een nauwgezette monitoring van de arbeidsmarkt plaatsvindt. Binnen het themagebied worden daartoe tal van activiteiten ondernomen. In de eerste plaats worden op landelijke schaal een aantal aanbodregistraties van beroepen bijgehouden (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, kinderartsen, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck). Op basis hiervan kunnen jaarlijks of tweejaarlijks overzichten opgesteld worden over het aantal, kenmerken en de spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. In de tweede plaats wordt sinds 1995, in samenwerking met de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt Onderzoek) en Prismant jaarlijks de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (RAZW) opgesteld. In deze rapportage wordt een beschrijving gegeven van de actuele arbeidsmarktsituatie van vrijwel alle werknemers en alle vrije beroepsbeoefenaren in de zorg-, en welzijnsector. De gegevens uit de RAZW spelen een belangrijke rol bij beschrijving van de arbeidsmarktsituatie in de Zorgnota van VWS. In de derde plaats wordt op het terrein van de verpleging en verzorging gezamenlijk met Prismant en in opdracht van de LEVV jaarlijks de rapportage 'feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen' uitgebracht. Hierin wordt aandacht besteed aan actuele vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zullen in toenemende mate onder invloed komen te staan van internationale ontwikkelingen. Door tekorten of overschotten in andere landen zullen de (arbeid)migratiestromen tussen landen toenemen. Om hierop in te spelen wordt in samenwerking met BASYS (Duitsland) en HIVA (België) meegewerkt aan het project 'Implementing the concept of Health Manpower in Member States on a prototype' dat wordt gefinancierd door EUROSTAT. Doel van dit project is informatie te verzamelen over de menskracht in de gezondheidszorg in de 18 lidstaten van de Europese Economische Ruimte.

Beroepskrachtenvoorziening

Het is niet alleen van belang om huidige tekorten of overschotten aan personeel in de gezondheidszorg te kunnen waarnemen maar met name ook hoe een en ander zich in de komende jaren zal ontwikkelen. Daartoe worden ramingstudies uitgevoerd, waarbij zowel rekening wordt gehouden met te verwachten vraag-, en aanbodontwikkelingen. Voor wat betreft de ramingen voor de beroepsgroep artsen speelt het 'Capaciteitsorgaan' een centrale rol. Ieder jaar wordt door het Capaciteitsorgaan een advies opgesteld (Capaci-

teitsplan) opgesteld waarin wordt aangegeven welke opleidingscapaciteit voor de genoemde beroepsgroepen wenselijk is om op termijn vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Ter onderbouwing van de adviezen van het Capaciteitsorgaan worden door het NIVEL en Prismant gezamenlijk de benodigde vraag- en aanbodgegevens verzameld, geanalyseerd en beschreven. De gegevens voor deze analyses worden veelal afgeleid van de verschillende registratiecommissies (HVRC, SGRC, MSRC). Dit soort registraties zijn echter niet opgezet om ramingstudies uit te voeren. Dit betekent dat er eigenlijk jaarlijks geen betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over het aanbod aan medisch specialisten. Het NIVEL heeft dan ook bij het Capaciteitsorgaan voorstellen ingediend om die informatievoorziening te verbeteren.

Naast studies voor het Capaciteitsorgaan worden door het NIVEL meer gedetailleerde ramingstudies uitgevoerd voor afzonderlijke medische beroepen. Deze studies worden in opdracht van de beroepsverenigingen uitgevoerd (huisartsen, kinderartsen, longartsen, reumatologen, gynaecologen, orthopeden, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, radiologen, plastisch chirurgen, KNO-artsen, chirurgen). In de komende jaren zullen deze activiteiten gecontinueerd worden. Voor een aantal beroepsgroepen (kinderartsen, gynaecologen, verloskundigen en chirurgen) wordt door het NIVEL een min of meer een permanente monitoring van vraag en aanbod uitgevoerd. Dit maakt het mogelijk om de gewenste opleidingscapaciteit tijdig bij te stellen.

Naast ramingstudies voor de medische beroepen worden door het NIVEL ook ramingstudies uitgevoerd voor paramedische beroepen. De uitkomsten van deze studies zijn niet alleen van belang om tekorten of overschotten te voorkomen maar spelen ook een belangrijke rol in de door het beleid gewenste substitutie tussen de medische en paramedische zorg. Substitutie van zorg wordt dan ook veelvuldig aangehaald als mogelijke bijdrage voor het oplossen van tekorten aan beroepsbeoefenaren.

In dit verband kan gewezen worden op het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg'. Daarin wordt aangegeven dat door het structureel herverdelen van taken tussen beroepen (taakherschikking) een belangrijke bijdrage geleverd kan worden aan het oplossen van de capaciteitsproblemen. In dit kader wordt door het NIVEL een onderzoek uitgevoerd naar de capaciteitsproblemen binnen de beroepsgroep verloskundigen waarbij voor het bepalen van de behoefte aan verloskundigen ook rekening wordt gehouden met de gynaecologen en huisartsen. Een vergelijkbaar onderzoek is ook gevoerd voor de klinisch genetici, waarin bij de raming ook rekening is gehouden met het verschuiven van werkzaamheden naar de genetisch consulenten.

In het kader van de taakherschikking en substitutie zal naast verticale substitutie ook gekeken moeten worden naar de horizontale substitutie en of

daardoor capaciteitsproblemen vermeden kunnen worden. In dit kader is de NIVEL ramingstudie onder gastro-enterologen een goed voorbeeld. Om de behoefte aan gastro-enterologen te kunnen bepalen is ook gekeken naar de werkzaamheden van internisten. Tussen beide beroepsgroepen is er immers enige overlap in de werkzaamheden. Om de mogelijkheden van de horizontale substitutie op een meer gestructureerde wijze in kaart te brengen en te onderzoeken in hoeverre substitutie van zorg kan worden opgenomen in het ramingsmodel, wordt in het werkplan een studie opgevoerd waarin onder andere gekeken wordt bij welke specialismen er overlappingsen in werkzaamheden zijn en welke factoren daarop van invloed zijn. Voor het oplossen van de capaciteitsproblemen zal dus niet alleen gekeken moeten worden naar de mogelijkheden om al dan niet de opleidingscapaciteit uit te breiden maar zullen ook andere oplossingen gezocht moeten worden. Zo is in 2002 door de projectgroep 'Medisch opleidingscontinuüm' het rapport 'De arts van straks; een nieuw medisch opleidingscontinuüm' uitgebracht. In dat rapport is onder andere gekeken in hoeverre het mogelijk is om tot een kwalitatief hoogwaardig medisch opleidingstraject te komen dat als geheel minder lang duurt dan nu het geval is. In dat kader heeft het NIVEL in 2003 onderzocht wat de gevolgen zijn van een eventuele vermindering van de opleidingsduur voor het aantal op te leiden artsen. Als vervolg op het rapport van de projectgroep 'Medisch opleidingscontinuüm' is door VWS en OC&W de commissie 'Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking ingesteld'. Deze commissie heeft zich onder andere laten inspireren door een drietal adviezen die recent zijn verschenen te weten ; 'De arts van straks', het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' en de 'Evaluatie Wet BIG'. De Commissie komt in haar eindadvies tot de conclusie dat artsen korter kunnen worden opgeleid, door een betere aansluiting tussen de initiële opleiding en vervolgopleiding. Daartoe zullen opleidingsregio's gevormd moeten worden. Verder moeten de opleidingen worden gemoderniseerd onder andere door de introductie van in- en uitstapsystemen met bijbehorende certificaten. Verder wordt gesteld dat nieuwe professionals (nurse practitioner en physician assistant) moeten worden opgeleid die goedkoper zijn dan artsen en die een deel van de taken van artsen kunnen overnemen. De eigenstandige bevoegdheid van die nieuwe professionals moeten worden gewaarborgd middels de Wet BIG. Dit betekent overigens - volgens de commissie - dat de taakopdracht van het Capaciteitsorgaan moet worden uitgebreid met ramingen van nieuwe zorgprofessionals. Tot slot wordt gesteld dat er een opleidingsfonds moet komen voor de bekostiging van de medische vervolgopleidingen en de opleidingen van tot nurse practitioner en physician assistant. Om op bovengenoemde ontwikkelingen in te spelen wordt in het onderzoeksprogramma een studie voorgesteld naar het keuzeprocess van

aankomende artsen ten aanzien van het opleidingstraject en de toekomstige beroepsuitoefening en in hoeverre daarin in de loop der tijd veranderingen zijn opgetreden. Met de op stapel staande veranderingen in opleidingstraject zou dit onderzoek als onderdeel van de evaluatie van het nieuwe opleidingstraject kunnen dienen. Het project strekt zich uit van de eindexamenkandidaten van de middelbare school tot de pas afgestudeerde medisch specialisten.

De snelle veranderingen binnen de gezondheidszorg (toenemende mondigheid van patiënten, meer nadruk op verantwoording en transparantie, doelmatigheid, vraaggestuurde zorg) en in de organisatie van de zorg (regionale invalshoek, structuurveranderingen van het ziekenhuis, meer organisatorische en managementtaken voor zorgverleners) zouden gevolgen kunnen hebben voor de toekomstige beroepsstructuur. Het NIVEL themagebied 'Beroepen in de gezondheidszorg' zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan verkrijgen van inzicht in die veranderende beroepsstructuur.

Beroepsuitoefening

Bij het opstellen van ramingstudies wordt ook rekening gehouden worden factoren die samenhangen met de beroepsuitoefening. In dit verband kan gewezen worden op de tijdsbesteding van beroepsbeoefenaren.

Veranderingen in de tijdsbesteding (arbeidstijdnormalisatie) heeft gevolgen voor het aanbod aan zorg. Rond het in kaart brengen van de tijdsbesteding per week is er enige discussie omtrent de wijze waarop de gegevens verzameld worden. Veelal geschiedt dit aan de hand van schriftelijke enquêtes onder de individuele beroepsbeoefenaren. Om dit subjectieve meetinstrument te valideren heeft het NIVEL enkele jaren geleden via een observatie-methodiek een werklasmeting uitgevoerd bij de radiologen. Dit type onderzoek zal wellicht op termijn ook voor andere beroepsgroepen interessant zijn.

In het kader van de veranderingen in tijdsbesteding speelt ook de toenemende vraag naar deeltijdwerken een belangrijke rol. Door de feminisering van de meeste artsberoepen neemt het aantal deeltijders sterk toe. Om inzicht te krijgen in de problematiek van het deeltijdwerken door medisch specialisten is in het kader van het ZON-onderzoeksprogramma 'Deeltijdwerken Medisch specialisten' in 2003 een studie opgestart naar de integratie van deeltijdwerken bij medisch specialisten. In dit onderzoek wordt voor de internisten, radiologen en chirurgen gekeken welke deeltijdvarianten mogelijk zijn om deeltijdwerken voor deze groepen te kunnen realiseren.

Naast de tijdsbesteding speelt ook de uitstroom uit het beroep een belangrijke rol bij het ontstaan van tekorten. De tekorten bij huisartsen zijn deels het gevolg van het feit dat in de afgelopen jaren de uitstroom is toegenomen, terwijl de instroom niet tijdig is verhoogd. Juist het indammen

van de uitstroom zou op korte termijn een deel van de tekorten kunnen voorkomen. Om daarop beleid te initiëren zal eerst inzicht verkregen moeten worden in de motieven van huisartsen om het huisartsenvak te verlaten. Daartoe is in opdracht van Capaciteitsorgaan in 2003 een onderzoek opgestart.

Een beleidsontwikkeling die wellicht van invloed kan zijn op het benodigd aantal huisartsen is het ontstaan van huisartsenposten voor de avond-, nacht-, en weekenddiensten. In Centrale huisartsenposten hoeven huisartsen veel minder dan voorheen diensten te draaien. Dit zou tot de veronderstelling kunnen leiden dat hierdoor in de toekomst minder huisartsen nodig zijn. In het onderzoeksprogramma is daartoe in opdracht van het Capaciteitsorgaan een nadere studie opgenomen.

Binnen de gezondheidszorg is sprake van een toenemende vraag naar informatie die snel en betrouwbaar verzameld kan worden. Een van de mogelijkheden om dit te realiseren zijn 'panels', waarbij een zelfde groep personen over de meest uiteenlopende onderwerpen met enige regelmaat worden geënquêteerd. Wat tot op heden ontbreekt zijn met name aanbodpanels, dwz panels van beroepsbeoefenaren. In dit werkplan worden ideeën ontvouwd over een op te zetten 'artsenpanel'.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- BKP 02.01 Behoefteraming fysiotherapeuten
(afgerond)
- BKP 03.02 Arbeidsmarktmonitor voor klinisch genetici
(afgerond)
- BKP 98.06 Praktijkvoering medisch specialisten; referentiegegevens
(afgevoerd)
- BKP 01.07 Deeltijdwerken van artsen: buitenlandse ervaringen
(geen subsidie)
- BKP 98.07 Beroepsuitoefening naar leeftijd van medisch specialisten
(afgevoerd)

Lopende en nieuwe projecten:

a. Informatievoorziening

- REG 84.01 Registratie huisartsen
(continue activiteit)
- REG 84.03 Registratie verloskundigen
(continue activiteit)
- REG 85.01 Registratie fysiotherapeuten (extramuraal)
(continue activiteit)
- REG 93.02a Registratie ergotherapeuten

- REG 84.02 (continue activiteit)
Registratie pas afgestudeerde huisartsen
- REG 86.01 (continue activiteit)
Registratie pas afgestudeerde verloskundigen
- REG 93.02b (continue activiteit)
Registratie pas afgestudeerde ergotherapeuten
- REG 95.01 (in voorbereiding)
Registratie gezondheidscentra
- REG 94.01 (verwerven van subsidie)
Aanbodregistratie voor paramedische beroepen
- REG 96.01a (continue activiteit)
Registratie werkzame kinderartsen
- REG 96.01b (continue activiteit)
Registratie AGIO's kindergeneeskunde
- REG 96.03 (in uitvoering)
Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen
- REG 97.01 (in uitvoering)
Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2003 (RAZW)
- REG 98.01 (in uitvoering)
Beroepen in de gezondheidszorg 2003
- REG 02.01 (continue activiteit)
Arbeidsmarktmonitor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
- REG 02.02 (in afwachting van subsidie)
Arbeidsmarktmonitor ambulancepersoneel

b. Beroepskrachtenvoorziening

- BKP 94.01 Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen
(subsidie verwerven)
- BKP 95.04 Modelontwikkeling behoefteramingsstudies
(continue activiteit)
- BKP 95.09 Behoefteraming medisch specialismen
(verwerven subsidie)
- BKP 95.09a Behoefteraming kinderartsen
(in uitvoering)
- BKP 99.06 Beroepskrachtenplanning voor artsen in internationaal perspectief
(in uitvoering)
- BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
(in uitvoering)
- BKP 00.02 Flexibility of specialised human capital and manpower-

- planning; the case of medical profession
(in afwachting van subsidie)
- BKP 01.01 Onderzoek en ondersteuningsactiviteiten ten behoeve van
Capaciteitsorgaan
(in uitvoering)
- BKP 01.04 Beroepskrachtenplanning Orthopeden
(in afwachting van subsidie)
- BKP 01.05 Arbeidsmarktmonitor chirurgen
(in uitvoering)
- BKP 03.01 Ontwikkeling in vraag en aanbod huisartsenzorg in grote
steden
(in uitvoering)
- BKP 03.03 Gastro-enterologen 2002-2015
(in uitvoering)
- BKP 03.04 Van middelbare scholier tot medisch specialist
(in afwachting van subsidie)
- BKP 03.05 Lange termijn vestigingsvoorkeuren van huisartsen
(in uitvoering)
- Nieuw***
- BKP 04.01 Implementing the concept of Health Care Manpower in
Member States on a prototype
(in uitvoering)
- Nieuw***
- BKP 04.02 Arbeidsmarktmonitor voor neurologen 2003-2015
(in uitvoering)
- Nieuw***
- BKP 04.03 Arbeidsmarktmonitor voor plastisch chirurgen 2003-2015
(in afwachting van subsidie)
- c. Beroepsuitoefening***
- BKP 99.08 Integratie deeltijdwerken bij medisch specialisten
(in uitvoering)
- BKP 00.01 Carrière-duur van huisartsen
(in uitvoering)
- BKP 01.08 Huisartsenpanel
(in voorbereiding)
- BKP 02.02 Tijdsbesteding vrijgevestigde logopedisten
(in afwachting van subsidie)
- p.m.***
- VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners
- VERL.03.01 Kraamverzorgenden in beeld. Monitor van de in- en
uitstroom in opleiding en beroep.

2.2.5 *Huisartsgeneeskundige zorg*

Uit het veld

De huisartsgeneeskundige zorg in Nederland verkeert momenteel in een periode die gekenmerkt wordt door onzekerheid over de nabije toekomst. Deze onzekerheid manifesteert zich op macro-, meso- en microniveau. Op macro-niveau is er sprake van onzekerheid over zijn centrale positie in de gezondheidszorg en over de financiering van de huisartsenzorg. Waar de Nederlandse huisartsgeneeskunde in het buitenland vaak tot voorbeeld wordt gesteld lijkt de huisarts binnen Nederland echter aan waardering in te boeten. De rol die aan de huisarts zal worden toebedeeld na herziening van het verzekeringsstelsel is nog ongewis. Hoewel de slag om behoud van de huisartsenzorg in het basispakket gewonnen lijkt, zal de nadere uitwerking van de stelselherziening afgewacht moeten worden om een volledig beeld van de huisartsenzorg in het toekomstige stelsel te kunnen krijgen. Het behoud van de inschrijving op naam is daarbij essentieel, zowel voor de kwaliteit van de huisartsenzorg als voor het epidemiologisch en zorgonderzoek. Ook de wijze van financiering van de huisartsenzorg, waarover al diverse adviezen aan de overheid zijn opgesteld, onder andere om duidelijker onderscheid te maken tussen praktijkkosten en privé-inkomen is vooralsnog onduidelijk.

Op meso-niveau is er vooral onzekerheid over de organisatie van de huisartsenzorg. In de toekomstvisie van de beroepsorganisaties is er sprake van in toenemende mate werken in samenwerkingsverbanden en delegatie van taken. Uitgangspunt daarbij is de realisering van een huisartsgeneeskundige voorziening ter vervanging van de monodisciplinaire solistisch werkende huisarts. De toekomstvisie van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap ('Huisartsenzorg in 2012: medische zorg in de buurt') dient ook als uitgangspunt voor de herziening van het basistakenpakket van de huisarts. De implementatie van de praktijkondersteuning is inmiddels echter tot stilstand gekomen door stopzetting van de financiering. Daarnaast zijn de centrale huisartsenposten voor de zorg buiten kantooruren in hoog tempo en op grote schaal gerealiseerd. De ontwikkeling van protocollen en richtlijnen voor deze vorm van huisartsenzorg blijft hierbij achter met alle gevolgen van dien.

Op micro-niveau begint het tekort aan huisartsen merkbaar te worden. De eerste huisartsen die de praktijk verlaten zonder opvolger hebben zich aangediend. Het aantal afstuderende huisartsen is jarenlang achtergebleven bij de feitelijke behoefte waardoor het tekort niet snel zal zijn ingelopen, ondanks de verhoging van de opleidingscapaciteit.

NIVEL-onderzoek

In zulke onzekere omstandigheden is registratie en documentatie van groot

belang. Het doel van het NIVEL-onderzoeksprogramma 'Huisartsgeneeskundige zorg' is dan ook het vergroten en actualiseren van inzicht in de rol van de huisarts in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem en in de factoren die (verschillen in) deze rol kunnen verklaren. Actuele thema's daarin zijn met name de werkbelasting van huisartsen, de praktijkondersteuning en de centrale huisartsenposten voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook voor huisartsen geldt dat de zorg transparanter moet worden. In diverse lopende en nieuwe onderzoeksprojecten wordt daarom expliciet aandacht besteed aan prestatie-indicatoren. De kern van het NIVEL-onderzoeksprogramma 'Huisartsgeneeskundige zorg' wordt gevormd door registratieprojecten en daaraan gerelateerd onderzoek:

1. de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations: een netwerk van huisartspraktijken waarin over een beperkt aantal, jaarlijks wisselende onderwerpen gegevens worden verzameld over verschillende typen problemen die aan de huisarts worden aangeboden en die in routine-registraties ontbreken, resp. daarin niet gemakkelijk op te nemen zijn;
2. het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): een landelijk netwerk van huisartsen waarin op continue basis routinematig gegevens geregistreerd worden over ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk;
3. de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2), een breed opgezet onderzoek om de positie en de rol van de huisarts en de huisartsgeneeskunde in Nederland (opnieuw) in kaart te brengen.

Ander onderzoek binnen het themagebied 'huisartsgeneeskundige zorg' is verspreid over diverse onderzoeklijnen binnen het NIVEL, zowel nationaal als internationaal.

Het jaar 2004 zal deels in het teken staan van de resultaten van de Tweede Nationale Studie. De gegevensverzameling voor de Tweede Nationale Studie is uitgevoerd in samenwerking met LINH, dat zijn registratie-activiteiten daartoe tijdelijk fors heeft uitgebreid. Begin 2004 zullen de eindrapportages verschijnen; daarnaast zijn inmiddels ook tientallen additionele studies in uitvoering genomen in samenwerking met een groot aantal externe samenwerkingspartners. Medio 2004 wordt de Tweede Nationale Studie afgesloten met een internationaal wetenschappelijk congres.

De gegevens die verzameld zijn in het kader van de Tweede Nationale Studie zijn vaak bruikbaar om nieuwe, secundaire onderzoeksvragen te beantwoorden. Hierin zal in 2004 een actief beleid worden gevoerd, zowel door deze informatiebron onder de aandacht van potentiële opdrachtgevers te brengen als door onderzoeksvorstellen te ontwikkelen waarin gebruik gemaakt wordt van deze gegevens. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van deze gegevens voor een voorstudie naar de mogelijkheden van

'benchmarking' van de huisartsenzorg. Ook kunnen de gegevens gebruikt worden voor beleidsvragen rond de ontwikkelingen tot een geïntegreerde eerstelijnszorg.

Mede met behulp van voor de Tweede Nationale Studie ontwikkelde registratie-programmatuur is LINH inmiddels op een hoger plan gebracht. Inmiddels registreren de aan LINH deelnemende huisartsen alle in de huisartspraktijk aangeboden morbiditeit. LINH is daarmee omgevormd tot een registratienetwerk dat zich richt op de registratie van morbiditeit met daarvoor verleende zorg.

In 2004 wordt verder geïnvesteerd in de kwaliteit van het netwerk. Inmiddels is deelname aan LINH ook mogelijk voor gebruikers van het Medicom-Huisarts Informatie Systeem (HIS), waarmee ook het laatste 'grote' HIS in LINH is opgenomen. De gegevens die via LINH worden verzameld zijn ook voor 'derden' waardevol: het aantal aanvragen van gegevens neemt toe. Met name de gegevens over voorgeschreven geneesmiddelen in combinatie met de diagnose vormen een aantrekkelijke informatiebron. In 2004 zal aan de bekendheid van LINH als informatiebron meer aandacht besteed worden, hetgeen moet leiden tot meer gegevensaanvragen en tot nieuwe onderzoeksprojecten. Speciale aandacht wordt besteed aan de evaluatie van de centrale huisartsenposten en de praktijkondersteuning.

De registratie van gegevens in de CMR-Peilstations zal in de nabije toekomst worden geautomatiseerd – voortzetting van deze registratie op papier betekent voor de meeste (inmiddels geautomatiseerde) huisartsen het bijhouden van een 'dubbele boekhouding'. Bij de automatisering zal gebruik gemaakt worden van de expertise die in LINH is opgedaan. De precieze relatie met LINH zal zich in 2004 uitkristalliseren; behoud van het eigen karakter van de CMR-Peilstations blijft daarbij voorop staan.

De CMR-Peilstations vervullen van oudsher al een belangrijke functie bij de surveillance van infectieziekten, zoals bij de jaarlijkse influenza-epidemie. De hernieuwde aandacht voor infectieziekten door recente ontwikkelingen als de vogelpest en SARS, maar ook de kans op aanslagen van bioterroristische oorsprong vertaalt zich ook in een toenemende waardering voor continue informatiesystemen als de CMR-Peilstations en LINH die als informatiebron kunnen dienen voor vroege detectie.

De inmiddels meer dan 30-jarige expertise op het terrein van registratie door huisartsenpeilstations blijkt ook internationaal van groot belang te zijn. Op Europees niveau bestaat er grote behoefte aan continue informatie over het vóórkomen van ziekten in de bevolking. Voor een aantal belangrijke ziekten is de huisartspraktijk de enige bron van informatie. Door verschillen in definities, registratiemethoden, maar ook cultuurverschillen (bijvoorbeeld in het consultatiegedrag) is de informatie uit verschillende landen niet zonder meer vergelijkbaar. De coördinerende rol die het NIVEL speelt bij de surveillance van influenza op Europees niveau werpt ook zijn vruchten af in

de vorm van daaraan gerelateerde nieuwe projecten. Met name de combinatie van klinische informatie uit huisartspraktijken gecombineerd met laboratoriumgegevens over pathogenen blijkt uniek en waardevol.

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

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

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

PEIL 95.01	The European Influenza Surveillance System (EISS) (Europees systeem van nationale griep surveillance (vervangen door EISS 04.01))
PEIL 99.01	Herpes zoster (gordelroos) als indicator-ziekte (afgerond)
PEIL 01.02	Het voorkomen en de diagnostiek van lever-, galblaas- en pancreasaandoeningen in de huisartspraktijk (afgerond)
PEIL 03.03	Enhanced surveillance of influenza (vervangen door EISS 04.02-04.04)
PEIL 03.04	Een internationale vergelijking van de vaccinatiegraad voor influenza (afgerond)
LINH 94.04	Voorschrijven van geneesmiddelen (ondergebracht bij LINH 97.01)
LINH 98.02	Analyse morbiditeitspecifieke verwijzingsgegevens (ondergebracht bij LINH 97.01)
LINH 00.02	Monitoring implementatie elektronisch voorschrijf systeem (afgerond)
NS2 99.03	Psychische problemen en stoornissen (ondergebracht bij GGZ 04.01-GGZ 04.04)

Lopende en nieuwe projecten:*Registratie: Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations*

- PEIL 84.01 Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland
(continue activiteit)
- PEIL 00.02 Incidentie van acute gastro-enteritis: een vergelijking tussen
Nederland en Engeland
(in uitvoering)
- PEIL 02.01 Health information from primary care
(in uitvoering)
- PEIL 03.01 Automatisering van de CMR-Peilstations
(in voorbereiding)
- PEIL 03.02 Surveillance van antibioticaresistentie
(in uitvoering)
- PEIL 03.05 Health monitoring combining clinical information with
laboratory information
(in voorbereiding)

Nieuw

- PEIL 04.01 Trends in de frequentie van suicide-pogingen
(in uitvoering)

Nieuw

- EISS 04.01 European Influenza Surveillance Scheme: routine
surveillance of influenza in Europe
(in uitvoering)

Nieuw

- EISS 04.02 The EISS Community Network of Reference Laboratories
for Human Influenza
(in voorbereiding)

Nieuw

- EISS 04.03 Surveillance of respiratory syncytial virus (RSV) in Europe
(in voorbereiding)

Nieuw

- EISS 04.04 ViRgil-project
(in voorbereiding)

Nieuw

- EISS 04.05 Euro-SARS surveillance pilot project
(in voorbereiding)

Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH)

- LINH 96.01 Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg: basisinfra-
structuur
(continue activiteit)
- LINH 97.01 Monitoring productiecijfers huisartsenzorg

- (continue activiteit)
- LINH 99.01 Protocollering laboratoriumonderzoek in de eerste lijn
(in uitvoering)
- LINH 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie
(in uitvoering)
- LINH 03.01 Monitoring volksgezondheid in de huisartspraktijk
(in uitvoering)

Nieuw

- LINH 04.01 De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van de
huisarts
(in voorbereiding)

*Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de
huisartspraktijk*

- NS2 99.01 Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in
de huisartspraktijk
(infrastructuur en gegevensverzameling)
- NS2 99.02 Morbiditeit in de bevolking en in de huisartspraktijk
(in uitvoering)
- NS2 99.04 Comorbiditeit
(in uitvoering)
- NS2 99.05 Zelfzorg, mantelzorg en huisartsenzorg
(in uitvoering)
- NS2 99.06 Huisartsenzorg, specialistische zorg en zorggebruik na ver-
wijzing
(in uitvoering)
- NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezond-
heidszorg
(in uitvoering)
- NS2 99.08 Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie
(in uitvoering)
- NS2 99.09 Indicaties voor het gebruik van diagnostische voorzieningen
(in uitvoering)
- NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale
achterstandsgroepen, incl. migranten
(in uitvoering)
- NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen
(in uitvoering)
- NS2 99.12 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij vrouwen
(in uitvoering)
- NS2 99.13 Sociaal-economische differentiatie in preventieve zorg
(in uitvoering)
- NS2 99.14 Indicatoren voor de kwaliteit van het medisch-technisch

- handelen in huisartspraktijk
(in uitvoering)
- NS2 99.15 Huisarts-patiëntcommunicatie
(in uitvoering)
- NS2 99.16 Gebruikersoordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg
(in uitvoering)
- NS2 99.17 Organisatie van de zorg: de huisartspraktijk en de huis-
artsen-groep (HAGRO)
(in uitvoering)
- NS2 99.18 Taakdelegatie en taakdifferentiatie in de huisartsenzorg
(in uitvoering)
- NS2 99.19 Samenwerking binnen de eerste- en met de tweedelijns-
gezondheidszorg
(in uitvoering)
- NS2 99.20 Praktijkorganisatie in relatie tot de kwaliteit van de huis-
artsenzorg
(in uitvoering)
- NS2 99.21 Werkbelasting in relatie tot de kwaliteit van de huis-
artsenzorg
(in uitvoering)
- NS2 01.02 Leefomgeving en gezondheid
(in voorbereiding)
- NS2 02.01 Comorbiditeit bij patiënten met neurologische en psychia-
trische aandoeningen
(in uitvoering)
- NS2 03.01 De staat van de huisartsenzorg: de stand van zaken m.b.t.
kernaspecten in de huisartsenzorg
(in uitvoering)
- Nieuw**
- NS2 04.01 Is de huisarts anno 2001 dezelfde als in 1987?
(in uitvoering)
- Nieuw**
- NS2 04.02 Invloedrijke samenhang: kind, gezin en huisartsenzorg
(start 2004)
- Nieuw**
- NS2 04.03 De toekomst van de eerstelijns
(in uitvoering)
- p.m.**
- SAM 03.01 Kwaliteit, organisatie en riskmanagement van
Huisartsendienstenstructuren (HDS'en)
- SAM 03.09 Evaluatie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de
huisartspraktijk

MIG 03.09	Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïdentificeerde achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijken door de Districthuisartsverenigingen.
REG 84.01	Huisartsenregistratie
GGZ 00.02	Effectiviteit van een systematische interventie bij overspannenheid in de huisartspraktijk
GGZ 01.03	De huisartsgeneeskundige zorg voor depressieve ouderen
GGZ 02.01	Incidentie van depressie in de huisartsenpraktijk
GGZ 03.02	De werkbelasting bij huisartsen door psychische problemen van patiënten
GGZ 04.01	Psychische problemen in de bevolking en de mate waarin daarvoor hulp wordt gezocht bij de huisarts (samen met RIVM)
GGZ 04.02	Psychische problemen en hulp zoeken in 1987 en 15 jaar later
GGZ 04.03	Herkenning van psychiatrische stoornissen door de huisarts
GGZ 04.04	Mate waarin patiënten-opvattingen over psychiatrische problemen het hulp zoeken hierbij bepaalt (samen met GGZ-Europoort)
GGZ 04.05	Huisartsgeneeskundige behandeling van psychische problematiek (samen met huisartsgeneeskunde Nijmegen)
GGZ 04.06	Determinanten van de variatie tussen huisartsen in de herkenning en behandeling van angst en depressie
GGZ 04.07	Oorzaken van overbehandeling van depressie bij ouderen in de huisartspraktijk
GGZ 04.11	Effect versterking eerstelijns-GGZ : Vervolgenquête 2005 huisartsen Kwaliteit eerstelijns-GGZ
BKP 00.01	Carrièreduur van huisartsen
VERL04.03	De betrokkenheid van huisartsen bij verloskundige zorg en kraamzorg Secundaire analyses op gegevens uit de NS2.
PSH 98.02	Praten over arbeid in verschillende Europese landen
PSH 02.01	Video-onderzoek bij huisartsen
PSH 04.06	De rol van de huisarts bij werkhervatting en werkstaking
CHR 88.01	Vragen over AIDS (inventarisatie en evaluatie van samenwerkingsprojecten)
CHR 03.06	Monitoring HIV en SOA- gerelateerde hulpvragen bij de huisarts
INT 98.06	Morbidity in general practice in Central European Perspective
MIG 01.01	Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers
MIG 03.07	Validering van de ervaren gezondheidsschaal bij vier groepen allochtonen de huisartspraktijk
INT.04.04	Randvoorwaarden voor de ontwikkeling van de

2.2.6 *Monitoring gezondheidseffecten van rampen*

Achtergrond

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

We weten nu dat de gevolgen van een ramp verder reiken dan de directe lichamelijke schade. Het meemaken van een ramp betekent voor velen een grote psychische schok. De verwerking ervan vergt veel tijd en energie en een deel van de getroffen ontwikkelt op langere termijn psychische en/of lichamelijke klachten, zoals het posttraumatisch stresssyndroom en onbegrepen lichamelijke klachten.

Na de Vuurwerkcramp in Enschede (13 mei 2000) besloot de regering - en in het bijzonder het ministerie van VWS - een Nazorgtraject op te zetten, waarvan naast één loket voor alle problemen (een Informatie en Advies Centrum), onder meer monitoring van de gezondheidstoestand van de betrokkenen deel uitmaakt.

De Gezondheidsmonitoring, als een van de pijlers van het Nazorgtraject, is er op gericht om vanuit een pro-actieve benadering, gegevens en materiaal over de gezondheidssituatie en zorgbehoefte te verzamelen bij een zo groot mogelijke groep getroffen en hulpverleners, teneinde de nazorg optimaal te kunnen afstemmen op de situatie van getroffen. De resultaten van het onderzoek dienen dus direct ten goede te komen aan de getroffen; het project maakt tevens duidelijk dat de gezondheid van getroffen wordt bewaakt en biedt inzicht in en daarmee erkenning van de gezondheidseffecten van de ramp (Gezondheidsmonitoring Getroffenen Vuurwerkcramp Enschede: GGVE).

NIVEL onderzoek

Het NIVEL-onderzoek is complementair aan de parallel lopende studie (uitgevoerd door GGVE-partners RIVM, GGD Twente en het Instituut voor Psychotrauma) waar de gezondheidstoestand van de getroffen rechtstreeks (op populatie basis) wordt gevolgd. Op deze wijze worden gegevens verkregen bij de getroffen zelf en bij hun zorgverleners.

Door de gecontroleerde opzet van het onderzoek is het mogelijk om de door de getroffen personen gepresenteerde morbiditeit te vergelijken met die van mensen die niet aan de vuurwerkramp werden blootgesteld. Bovendien biedt de opzet de mogelijkheid om ook de gezondheid van de getroffen vóór de ramp in kaart te brengen.

Op verschillende wijzen is het mogelijk om de klachten van de getroffen personen te vergelijken;

- a) met de klachten van de getroffen personen zelf, zoals die werden gepresenteerd in het jaar voorafgaand aan de vuurwerkramp (retrospectief dossieronderzoek);
- b) met de klachten van mensen uit dezelfde huisartspraktijken in Enschede, die niet, of in mindere mate, aan de ramp werden blootgesteld;
- c) met de klachten van mensen uit een controlegroep in een andere gemeente, verder weg van het rampgebied;
- d) met de klachten van mensen uit een representatieve Nederlandse steekproef, zoals verzameld in het kader van de Tweede Nationale studie (NIVEL, 2000). Deze vier bronnen van informatie bieden respectievelijk baselinegegevens, een referentiebestand, een controlegroep en gegevens over de algemene Nederlandse populatie.

In Enschede wordt bovenstaande informatie (of delen ervan) verzameld bij 29 huisartspraktijken, de Arbo-Unie Oost-Nederland (voor brandweer, ambulance, politie en betrokken personeel van de Gemeente), 14 apotheken en bij Mediant-Nazorg (speciale afdeling van de plaatselijke RIAGG).

Ruim een half jaar na de Vuurwerkramp werd het NIVEL verzocht ook de gezondheidseffecten van de Nieuwjaarsbrand in Volendam in kaart te brengen, gebruik makend van hetzelfde onderzoeksdesign als wordt gebruikt in Enschede. In Volendam vindt geen bevolkingsonderzoek plaats, reden waarom werd besloten om alle ca. 20.000 Volendammers in de monitoring te betrekken. Er wordt uitsluitend onderzoek gedaan bij de huisartsen. Ook bij volgende rampen of grote incidenten kan de op het NIVEL ontwikkelde methodiek ingezet worden. Bij iedere ramp zijn immers huisartsen, bedrijfsartsen, apothekers en psychotherapeuten betrokken, waarvan de meerderheid geautomatiseerd werkt. Met name de huisartsen hebben alle getroffen personen in (buurtgebonden) zorg en zijn gewend om met elektronische medische dossiers te werken. De NIVEL methodiek is bij uitstek geschikt voor rampen en incidenten die in een bepaalde regio plaatsvinden. Voor rampen waarbij de getroffen personen over een groter gebied verspreid wo(o)n(d)en kan ook gebruik gemaakt worden van de LINH- en de CMR (peilstations) structuur.

NIVEL-onderzoek 2004

In de in juni 2003 verschenen tussenrapportage van het NIVEL (IJzermans CJ, Dirkzwager AJE, den Ouden DJ, et al. *Monitoring gezondheid*

getroffenen Vuurwerkramp Enschede) is geconcludeerd dat de gezondheid van de getroffenen tot drie jaren na de ramp aanmerkelijk slechter is dan die van andere inwoners van Enschede en van een landelijke controlegroep. Daarbij gaat het zowel om psychische, sociale als lichamelijke problemen die niet alleen vaker aan de huisarts worden gepresenteerd, maar ook in een grotere (rampgerelateerde) variëteit. Het laat zich niet aanzien dat hier op korte termijn een grote verbetering in komt, mede onder invloed van oorzaak en schuldvraag die inmiddels zijn blijven liggen.

Voor de monitoring bij de Arbo Unie Oost Nederland geldt dat het NIVEL een enorme inspanning heeft moeten plegen om de ingezette hulpverleners in kaart te brengen. Medio 2003 is dat nagenoeg gelukt voor de brandweer, de politie, de ambulancediensten, een betrokken gemeentelijke dienst, Akzo Nobel en Grolsch. Contracten voor een controlegroep (in Nijmegen) worden nu gesloten.

De monitoring bij de plaatselijke RIAGG (Mediant) heeft enige maanden geleden geleid tot een forse verandering van de interne verslaglegging, met consequenties voor de eigen nazorg en voor die van andere, betrokken zorgverleners, zoals de huisartsen. Met name de koppeling van de gegevens aan die van de monitoring bij de huisartsen biedt voor alle betrokken zorgverleners verrassende inzichten, met onmiddellijke consequenties voor de nazorg. Een eenmalige uitspoel van data uit de Enschedese apotheken is voorzien voor 2004 voor de totale periode van 1-1-'99 t/m 31-12-'03. Over de gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam is ook in juli '03 door het NIVEL gerapporteerd (*Gezondheidsproblemen en zorggebruik voor en na de Nieuwjaarsbrand in Volendam*). De ouders van de getroffen en overleden kinderen en - in mindere mate - hun broers en zussen hebben zowel een groter zorggebruik als een rampgerelateerde morbiditeit.

De projecten in Enschede en in Volendam hebben een einddatum van 31-12-'04. Het NIVEL pleit ervoor om, minstens op afgeslankt niveau, de monitoring in beide steden voort te zetten, met name om het nazorgdoel en het kennis- en leerdoel volledig te beantwoorden.

De dynamiek van de kwartaalrapportages laat ontsluiting voor het wetenschappelijke forum en ook voor dat van de beleidsmakers nauwelijks toe. Ieder kwartaal arriveren immers nieuwe data die weer verwerkt moeten worden en gereed gemaakt voor presentatie aan de zorgverleners. De tweede helft van 2004 zal daarom besteed worden aan zowel een eindrapport als aan meerdere publicaties.

De resultaten van de verschillende databases (huisartsen, bedrijfsartsen en RIAGG-medewerkers) dienen gebundeld te worden, opdat een goed inzicht ontstaat over de gang door de gezondheidszorg van de getroffenen. De resultaten van de NIVEL-projecten worden ook gekoppeld aan die van de

gezondheidsmetingen van GGVE-partners IVP/RIVM/GGD/AMC en STOOGG. Hierdoor ontstaat een uniek inzicht in zowel zelfgerapporteerde gezondheid als de door een huisarts geobjectiverde. Ook zullen gegevens van getroffen en in Enschede vergeleken worden met die van getroffen en in Volendam.

Het NIVEL pleit ervoor om met of zonder de kenniscentra CGOR en Impact een klein team paraat te houden dat er minstens voor zorgdraagt dat monitoring onmiddellijk na een volgende ramp mogelijk is, door het bewaken van de benodigde infrastructuur. Hierbij gaat het om de bewaking van de structuur (inclusief updates) van de verschillende huisarts-informatiesystemen, om geschikte referentiebestanden en om de knowhow om met de databases om te gaan.

De in Enschede en in Volendam gebruikte methodiek kan ook op andere terreinen aangewend worden. Daarbij kan worden gedacht aan de monitoring van de gezondheid van beoefenaars van risicovolle beroepen (bijvoorbeeld treinmachinisten) en van personeel dat is ingezet bij vredesmissies. Bovendien wordt surveillance ingesteld van de mogelijke verspreiding van infectieziekten onder invloed van bioterrorisme. De Monitoring-methodiek kan hierbij worden ingezet, zeker in combinatie met structuur en methodiek van LINH en de CMR (peilstations).

Overzicht van de projecten

Lopende en nieuwe projecten:

- RAMP 03.01 De gevolgen van de vuurwerkramp Enschede voor de gezondheid van bewoners en hulpverleners in de getroffen wijk. Monitoring via zorgverleners (in uitvoering)
- RAMP 03.02 Nieuwjaarsbrand Volendam. Monitoring gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam door middel van informatie uit de huisartsenpraktijk (in uitvoering)

2.2.7 Farmaceutische zorg

Het veld

Het geneesmiddelengebruik groeit de laatste jaren sterk. Hoewel het gebruik in Nederland lager is dan in veel andere Europese landen is ook hier een stijging te zien. Oorzaken voor de structurele groei van het geneesmiddelengebruik zijn onder andere de vergrijzing van de bevolking, verschuiving in het gebruik naar nieuwere, veelal duurere geneesmiddelen,

sociaal-culturele ontwikkelingen en verandering van voorschrijfgedrag. Met de stijging van het gebruik is ook de aandacht voor geneesmiddelen binnen het (overheidsbeleid) gegroeid. De laatste jaren zijn diverse maatregelen genomen om de groei van het geneesmiddelengebruik te beteugelen. Waar hierbij eerst de landelijke overheid de regie in handen had, zullen de zorgverzekeraars de komende jaren een regiefunctie gaan vervullen. Dit werd bijvoorbeeld duidelijk in de zogenaamde ‘Genthon-affaire’ naar aanleiding waarvan een aantal zorgverzekeraars besloot van een uit patent gelopen cholesterolverlager alleen nog maar de goedkoopste variant te vergoeden. De marktwerking op de geneesmiddelenmarkt zal dan ook de komende jaren naar verwachting groter worden. Het ‘geneesmiddelen dossier’ is echter een lastig beleidsdossier. Bij de geneesmiddelenvoorziening zijn verschillende partijen betrokken die verschillende belangen hebben. Het is vrijwel onmogelijk met een enkele beleidsmaatregel alle betrokkenen te beïnvloeden.

NIVEL-onderzoek: nu en in de toekomst

Het themagebied farmaceutische zorg is een relatief nieuw themagebied. Tot voor kort viel het onder de huisartsgeneeskundige zorg. Ook nu richt het NIVEL-onderzoek op het gebied van farmaceutische zorg zich vooral op de huisarts. De huisarts heeft een centrale rol binnen de gezondheidszorg. Een groot deel van de geneesmiddelen die in Nederland worden gebruikt, zijn voorgeschreven voor de huisarts. Het huidige onderzoek is in de volgende thema’s onder te brengen:

1. Evaluatie van beleidsmaatregelen
2. Doelmatigheid van voorschrijven door huisartsen
3. Determinanten van geneesmiddelengebruik

ad 1) Evaluatie beleidsmaatregelen

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

Ad 2) Doelmatig voorschrijven door huisartsen

Onderzoek naar doelmatigheid van voorschrijven is een ander centraal onderwerp in NIVEL-onderzoek. Veel doelmatigheidsonderzoek baseert zich uitsluitend op voorschrijfgegevens. Grootschalig diagnosespecifiek onderzoek naar voorschrijven door huisartsen wordt minder vaak gedaan. Het NIVEL beschikt met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

(LINH) en de 2e Nationale Studie over gegevens om dit soort onderzoek uit te voeren. Door de continue registratie van het voorschrijven door huisartsen binnen LINH is het bovendien mogelijk voorschrijfpatronen te bestuderen. Het NIVEL onderzoekt op basis van deze gegevens, in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), het doelmatig gebruik van antidepressiva en in samenwerking met TNO het doelmatig gebruik van Cox2-remmers. Ook is het NIVEL betrokken bij evalueren van projecten waarin bevordering van doelmatig voorschrijven in de eerste lijn centraal staat.

Ad 3) Determinanten van geneesmiddelengebruik

Geneesmiddelengebruik is een gevolg van voorschrijven door huisartsen en het al dan niet opvolgen van de voorschriften door patiënten. Determinanten van geneesmiddelengebruik worden derhalve zowel op (huis)arts als patiëntniveau onderzocht. Voor deze onderzoeken vormt de 2^e Nationale Studie de basis.

In de toekomst: naast de huisarts meer aandacht voor apotheker en patiënten

Naast het voortzetten van de bovenstaande onderzoeklijnen zal in de toekomst meer onderzoek gedaan worden naar andere beroepsgroepen die een belangrijke rol spelen binnen de geneesmiddelenvoorziening zoals medisch specialisten en apothekers. Met name de positie van de apotheker in het beroepsveld staat de laatste tijd ter discussie. Belangrijk aspect in deze discussie is dat de apotheker, meer dan voorheen, een zorgverlener moet worden. Dit heeft effecten op de beroepsuitoefening van de apotheker en ook op de samenwerking met de huisarts. Het NIVEL wil in toekomstig onderzoek meer aandacht besteden aan de rol van andere beroepsgroepen, met name die van de apotheker. Ook de patiënt zal in de toekomst een centralere plaats in het onderzoek krijgen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

FARM 03.01 Off-label voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

FARM 03.02 Doelmatig voorschrijven van antidepressiva (in uitvoering)

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

FARM 03.04 Off-trial voorschrijven van geneesmiddelen

	(in uitvoering)
Nieuw	
FARM 04.01	Procesevaluatie 'Professionalisering FTO' (in uitvoering)
Nieuw	
FARM 04.02	Effectevaluatie 'Professionalisering FTO' (in uitvoering)
Nieuw	
FARM 04.03	Polyfarmacie bij somatisch chronisch zieken (projectaanvraag in voorbereiding)
Nieuw	
FARM 04.04	Doelmatig voorschrijven van statines (projectaanvraag in voorbereiding)
Nieuw	
FARM 04.05	Voorschrijven van huisartsen bij hypertensie (projectaanvraag in voorbereiding)
p.m.	
MIG 02.02	Gebruik van huidbleekmiddelen
NS2 99.08	Geneesmiddelengebruik: zelfmedicatie en farmacotherapie
LINH 00.02	Evaluatie Elektronisch Voorschrijf Systeem

2.2.8 *Verloskunde en kraamzorg*

Beleidsontwikkelingen

Het systeem van de verloskundige zorg in Nederland wordt gekenmerkt door de scheiding tussen de eerste- en tweedelijns. Anders dan in ons omringende landen, is er naast de huisarts (als generalistische gezinsarts) en de gynaecoloog (als specialist in pathologie) een aparte zelfstandige eerstelijnsberoepsgroep, de beroepsgroep van verloskundigen, die gespecialiseerd is in het begeleiden van de normale, ongecompliceerde zwangerschap en bevalling. In ons land wordt uitgegaan van het in principe natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Dit is het uitgangspunt in het regeringsbeleid en de rationale van het beleid dat gericht is op versterking van de eerstelijns-verloskundige zorg.

Verschillende ontwikkelingen van de afgelopen jaren vormen echter een bedreiging voor het Nederlandse verloskundige systeem en met name voor de thuisbevalling, zoals het tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal ziekenhuisbevallingen, de concentratie van klinische verloskunde en kindergeneeskunde en problemen in de kraamzorg.

Acties van verloskundigen, om de problemen binnen hun beroepsgroep, met name het tekort aan verloskundigen en (mede daardoor) de hoge werkdruk,

onder de aandacht te brengen, hebben geresulteerd in een besluit van de minister om concrete maatregelen te nemen om de situatie te verbeteren. Eén van die maatregelen was het, per 1 juli 2000, verlagen van de normpraktijk voor verloskundigen van 150 naar 120 bevallingen per jaar. Andere maatregelen waren: het vergroten van de opleidingscapaciteit voor verloskundigen van 120 naar 160 eerstejaars in 2000 en naar maximaal 233 eerstejaars studenten in 2001 en het bevorderen dat een regionale ondersteuningsstructuur voor verloskundige praktijken wordt opgezet. Deze maatregelen zijn bedoeld om het functioneren van met name de eerstelijns verloskundige zorgverlening in Nederland en de thuisbevalling in stand te houden. De grote problemen in de verloskundige zorg hebben echter ook tot andere ontwikkelingen geleid, zoals het ontstaan van geboortehotels/geboortecentra, veelal als tijdelijke oplossing, in regio's waar de eerstelijns praktijken de vraag naar zorg niet meer aankonden en hun cliënten geen thuisbevalling meer konden bieden. Daarnaast hebben de ontwikkelingen geleid tot een sterk toegenomen vraag naar klinisch werkende verloskundigen en wordt gewerkt aan een aparte opleiding/specialisatie tot tweedelijns verloskundige.

Onderzoek binnen het themagebied

Omdat een sterke eerste lijn en het behoud van de thuisbevalling in het overheidsbeleid voorop staat, vond het ministerie van VWS het van groot belang dat gedurende langere tijd de ontwikkelingen in de verloskundige zorgverlening worden gemonitord zodat tijdig gesignaleerd kan worden of bijstelling van beleid gewenst is. Het NIVEL heeft vervolgens, op verzoek van de KNOV en ZN, en gesubsidieerd door het ministerie van VWS, een vijfjarige Monitor Verloskundige Zorgverlening opgezet. Het project is begonnen met een behoefteraming voor verloskundigen. Vervolgens wordt gedurende vier achtereenvolgende jaren aandacht besteed aan de tijdbesteding en de werkdruk van verloskundigen in eerstelijns praktijken, de organisatie van verloskundige praktijken en de samenwerking met andere zorgverleners. Ook worden er jaarlijks vragenlijsten uitgereikt aan cliënten, die in de verloskundige praktijk op nacontrole komen, ongeveer zes weken na de bevalling. Daarin wordt gevraagd welke zorg zij ontvangen hebben tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed en hoe zij de begeleiding van de verloskundige beoordelen.

De eerste gegevensverzameling in verloskundige praktijken in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening heeft plaatsgevonden in 2001, de laatste zal plaatsvinden in 2004. In 2005 zal een nieuwe behoefteraming worden uitgevoerd, ditmaal voor de gehele verloskundige keten, dat wil zeggen: gynaecologen/obstetici, verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen. In 2005 zal een eindrapport van het gehele project gemaakt worden.

In voorbereiding op de behoefteraming verloskundige zorgverleners in 2005 is in 2002 een inventarisatie gehouden van verloskundig actieve huisartsen en wordt in 2003 een inventarisatie gehouden van de klinisch werkende verloskundigen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de gegevens over gynaecologen die verzameld worden in het project 'Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen' van dr. LFJ van der Velden e.a..

In de tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk zijn zowel bij huisartsen als bij cliënten gegevens verzameld die betrekking hebben op verloskunde en kraamzorg. Een deel van deze gegevens zijn in het kader van de Monitor Verloskundige Zorgverlening geanalyseerd. Voor verdere analyses zal een voorstel gemaakt worden.

Omdat ook de problemen in de kraamzorg nog steeds de aandacht vragen, terwijl er nauwelijks zicht is op de omvang van de beroepsgroep en van de opleidingscapaciteit, is een voorstel uitgewerkt voor een onderzoek naar de in- en uitstroom van kraamverzorgenden in opleiding en beroep.

Het tekort aan eerstelijns verloskundigen heeft de KNOV ertoe gebracht een applicatiecursus te ontwikkelen voor verloskundigen die in het buitenland zijn opgeleid, maar graag in Nederland willen werken. De ervaringen tot nu toe met in het buitenland opgeleide verloskundigen was dat ze vaak in een ziekenhuis gingen werken, of, als ze in de eerste lijn gingen werken, daar niet lang bleven. Met de applicatiecursus wil de KNOV bereiken dat deze verloskundigen vertrouwd raken met het Nederlands systeem, zodat zij zich als eerstelijns verloskundigen, al dan niet zelfstandig, kunnen vestigen.

Op verzoek van de KNOV doet het NIVEL onderzoek naar het rendement van de applicatiecursus.

De belangstelling vanuit het buitenland voor het Nederlandse systeem van verloskundige zorgverlening, en met name het hoge percentage thuisbevallingen, is nog steeds groot. Dit jaar zal opnieuw een Amerikaanse onderzoeker naar het NIVEL komen om onderzoek te doen rond thuisbevallingen.

Toekomst

De verloskundige zorgverlening is sterk in beweging en veranderingen zullen ongetwijfeld hun invloed hebben op de kwaliteit van zorg. De veranderingen in de verloskundige zorg spelen op elk niveau, zowel aan de kant van de zorgverleners als aan de kant van de zorgvragers. Wat de zorgvragers betreft springen vooral de demografische veranderingen in het oog. Een steeds groter deel van de zorgvragers is van allochtone afkomst, de gemiddelde leeftijd van moeders bij de geboorte van hun kind lijkt nog steeds verder te stijgen, terwijl ook het aantal tienerzwangerschappen toeneemt. Het is van belang om te onderzoeken wat deze veranderingen betekenen voor het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg.

Wat de zorgverleners betreft zijn er veranderingen gaande in de eerste lijn, in

de tweede lijn en op het raakvlak van eerste en tweede lijn. In de eerste lijn heeft de ontwikkeling van een regionale ondersteuningsstructuur die in 2000 in gang gezet is, geleid tot de vorming van vijf KNOV-regiokantoren, die de verloskundige praktijken in hun regio met raad en daad terzijde staan, bijvoorbeeld op het gebied van praktijkvoering en automatisering en het vinden van waarnemers en vervangers. Voortbordurend op de Monitor Verloskundige Zorgverlening is het aan te bevelen om vervolgonderzoek op te zetten naar de optimale organisatie van verloskundige praktijken. Ook de recent opgezette geboortehotels/geboortecentra, bedoeld als (tijdelijke) oplossing voor het tekort aan eerstelijns verloskundigen, behoeven nader onderzoek, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch vlak. In de tweede lijn is de toegenomen vraag naar klinisch werkende verloskundigen en de daarmee veranderende taakverdeling op verloskundige afdelingen een belangrijk onderwerp van onderzoek.

Op het raakvlak tussen eerste en tweede lijn wordt gewerkt aan een verdere ontwikkeling van enerzijds Verloskundige SamenwerkingsVerbanden, gericht op afspraken met betrekking tot individuele cliëntenzorg en anderzijds de DistrictVerloskundige Platforms (DVPs), gericht op samenwerking en een samenhangende visie op verloskundige zorgverlening. Door gericht onderzoek kan inzicht verkregen worden in de effecten van deze ontwikkelingen op de kwaliteit van de verloskundige zorg.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

VERL 94.02 The social organization of Dutch maternity care
(project afgesloten)

Lopende en nieuwe projecten:

VERL 01.03 Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorg-
verlening
(dataverzameling 4^e meting)

VERL 01.04 Behoefteraming verloskundige zorgverleners
(1^e rapportage afgerond in 2001; 2^e rapportage volgt in
2005)

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

Nieuw

VERL 04.01 Rendement van de applicatiecursus voor in het buitenland
opgeleide verloskundigen.
(gestart in 2003, tweede meting voorjaar 2004)

Nieuw

VERL 04.02 The difference, according to post-partum women, between delivering at home versus in the hospital.
(start najaar 2003)

Nieuw

VERL 04.03 De betrokkenheid van huisartsen bij verloskundige zorg en kraamzorg.
Secundaire analyses op gegevens uit de NS2.
(voorstel schrijven)

p.m.

REG 84.03 Verloskundigenregistratie
BKP 99.07 Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen

2.2.9 Paramedische zorg

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

Het kabinet heeft aangekondigd de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie in het tweede compartiment verder te beperken. De plannen houden in dat de eerste negen zittingen van een behandeling niet meer vanuit het basispakket vergoed zullen worden. Concreet betekent dit een forse eigen bijdrage op fysiotherapie en oefentherapie. Vertrouwen in de marktwerking in de zorg (het risico zou afgedekt kunnen worden in de aanvullende verzekering) is de legitimatie voor deze voorgenomen maatregel. Onduidelijk is nog wat deze maatregel zal betekenen voor de beroepsgroepen. Het is waarschijnlijk dat het beperken van de aanspraken op fysiotherapie en oefentherapie een negatief gevolg zal hebben op de vraag. Daarbij zullen met name 'veelgebruikers' van fysiotherapie en oefentherapie, chronisch zieken, het hardst door deze maatregel getroffen worden. Ook is onzeker wat het effect van deze maatregel zal zijn op nieuwe ontwikkelingen in de fysiotherapie, zoals het streven van de beroepsgroep om fysiotherapie direct toegankelijk te maken.

Mede door deze ontwikkelingen zijn de paramedische beroepsverenigingen zich in toenemende bewust van het belang van transparantie van zorg. Het kunnen verantwoorden van keuzen en beslissingen in het zorgproces is een

voorwaarde niet alleen voor een verdere verzelfstandiging in de beroepsuitoefening, maar ook als verkoopargument naar zorgverzekeraars. Transparantie van zorg wordt allereerst verkregen door een goede informatievoorziening. Het LIPZ (Landelijke informatievoorziening Paramedische zorg) biedt een structuur die aan de behoefte aan informatievoorziening in de paramedische sector tegemoet komt. Een dergelijke voorziening is van belang voor het voeren van beleid op het terrein van de paramedische zorg.

Het LIPZ-netwerk bestaat uit praktijken fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck waar op continue basis gegevens op geautomatiseerde wijze over het paramedisch zorgproces (welke zorg wordt geboden aan welke patiënten?) worden verzameld. Het LIPZ-netwerk levert referentiewaarden en fungeert als monitor voor het fysio- en oefentherapeutisch handelen. Dergelijke informatie zal als stuurinformatie dienen voor de afstemming van beleid van de overheid, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.

De Minister van VWS bereidt een nieuwe vergoedingsregeling voor voor de verstrekking van fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie-Mensendieck als alternatief voor de -rigide- beperkende maatregel. Een nieuwe vergoedingsregeling zal mogelijk van invloed zijn op het zorgproces. Ook andere ontwikkelingen binnen de extramurale paramedische zorg zoals de implementatie van het kwaliteitsbeleid, veranderingen in de toegankelijkheid tot extramurale paramedische zorg en veranderingen in het zorgstelsel zullen hun weerslag hebben op het aanbod en de hulpvraag van patiënten en het handelen van fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Voor het volgen van ontwikkelingen over tijd is een constante informatiestroom onontbeerlijk. Het NIVEL streeft er daarom naar het LIPZ-netwerk op structurele basis voort te zetten.

Ook bij andere paramedische beroepsgroepen zoals logopedisten en ergotherapeuten bestaat er behoefte aan informatie over het zorgproces. Sinds enige jaren is extramurale ergotherapie opgenomen als verstrekking in het ziekenfondspakket. Er zijn aanwijzingen dat als gevolg hiervan ergotherapeuten in toenemende mate een rol spelen in de extramurale gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij het adviseren en instructie ten aanzien van hulpmiddelen die de zelfstandigheid van patiënten bevorderen. Het NIVEL voert een tweetal inventarisaties uit naar de stand van zaken van de extramurale ergotherapie en logopedie.

De afgelopen jaren heeft het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsverenigingen belangrijke impulsen gekregen door de opeenvolgende kwaliteitsprogramma's OKPZ- en BKPZ (Ondersteuning en Bevordering Kwaliteit Paramedische Zorg). Binnen deze programma's hebben de paramedische beroepsverenigingen talrijke kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd

zoals het ontwikkelen van richtlijnen, een visitatiemethode en intercollegiale toetsing. Inmiddels is het IKPZ-programma (Implementatie Kwaliteit Paramedische Zorg) van start gegaan. Hoofddoel van dit programma is de implementatie van de reeds ontwikkelde instrumenten van het OKPZ- en BKPZ-programma. De evaluatie van het IKPZ-programma zal zich daarom richten op de voortgang en het welslagen van de implementatie van kwaliteitszorg van de paramedische beroepsbeoefenaren.

Het kwaliteitsbeleid heeft zich tot nu toe vooral gericht op het verbeteren van het *proces* van zorg. Onduidelijk is echter in hoeverre de verbetering en de bewaking van de kwaliteit van het proces van invloed zijn op het *resultaat* van zorg. Paramedische zorg richt zich met name op het doen verminderen van beperkingen in het functioneren als gevolg van ziekte. Dit betekent dat het resultaat van behandeling niet zonder meer vertaald kan worden in wel/niet genezing, maar veeleer in de mate waarin de paramedische behandeling heeft bijgedragen aan het verminderen van klachten en beperkingen. Een systematische en uniforme evaluatie van het paramedisch handelen vindt in de praktijk niet of fragmentarisch plaats. De implementatie van eenvoudige, generieke meetinstrumenten in de praktijk die geschikt zijn om het succes van het paramedische handelen te evalueren is daarom een belangrijke, volgende stap in de verbetering van de transparantie en kwaliteit van zorg.

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

Overzichten van de projecten

Afgevoerde projecten

- PMED 98.01 Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LIPZ): opbouwfase (afgerond)
- PMED 02.05 Sportfysiotherapie in de praktijk (afgerond)
- PMED 01.04 Ontwikkeling van een protocol voor diagnostisch onderzoek door de diëtist bij vermeende voedselovergevoeligheid (afgerond)
- PMED 03.03 De wenselijkheid van specialisatie binnen het vak logopedie: een inventariserende studie (afgerond)
- PMED 00.05 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies bij inflammatoire gewrichtsaandoeningen: een systematisch literatuuronderzoek (afgerond)
- TH 95.04 Monitoring van het gebruik van thuiszorgtechnologie (afgerond)
- TH 99.01 Evaluatie ZON programma thuiszorgtechnologie (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

Onderzoek gericht op informatievoorziening over de paramedische praktijk

- PMED 02.01 LIPZ - operationeel (in uitvoering)
- PMED 01.01 Centrum voor beleidsgerichte informatie paramedische zorg (in uitvoering)
- PMED 02.02 Stand van zaken Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE) (in uitvoering)
- PMED 02.03 Stand van zaken in de extramurale logopedie (in uitvoering)
- PMED 03.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek (in uitvoering)
- PMED 03.02 Determinanten van variabiliteit in de fysiotherapeutische zorg (schrijven onderzoeksvorstel)

Nieuw

- PMED 04.01 De verhouding in de omvang van chronische en niet-chronische fysiotherapeutische zorg (in uitvoering)

Nieuw

PMED 04.02 Inhoud van fysiotherapeutische en oefen­therapeutische zorg voor patiënten met lage rugpijn (in uitvoering)

Onderzoek gericht op kwaliteitszorg

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

PMED 02.07 Ontwikkeling van een fysiotherapeutische diagnosecodering (in uitvoering)

Onderzoek gericht op doelmatigheid en doeltreffendheid

PMED 99.04 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies (in uitvoering)

PMED 01.05 Het effect van GRADIT, graded activity door middel van intermitterende oefen­therapie bij patiënten met artrose van heup of knie (in uitvoering)

PMED 01.06 Het beloop van functionele status bij oudere patiënten met late gevolgen van poliomyelitis, artrose en de ziekte van Parkinson: de invloed van leeftijdsgerelateerde stoornissen en comorbiditeit (in uitvoering)

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

PMED 03.05 De evaluatie van de ergotherapeutische standaard­adviesrapportage's voor rollator, sta-op-stoel en stoel met trippelfunctie. (werven van subsidie)

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

Nieuw

PMED 04.03 Prioritering van onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van ergotherapie en logopedie (in uitvoering)

Nieuw

PMED 04.04 Disseminatie en Implementatie van kennis: een verkennende studie naar de kennisinfrastructuur in de paramedische zorg

Nieuw

PMED 04.05 Health care utilization due to musculoskeletal conditions: size and determinants

(werven van subsidie)

Overige projecten

Nieuw

PMED 04.06 Help de informele zorg: project ter bevordering van thuiszorgtechnologie door mantelzorgers (in uitvoering).

p.m.

NS2 99.07 Verwijzingen naar paramedici binnen de eerstelijns gezondheidszorg (in uitvoering)

2.2.10 Verpleging en verzorging

Beleidsontwikkelingen

De vraag naar verpleging en verzorging is in de afgelopen jaren snel gegroeid. Belangrijke oorzaken van de stijgende zorgvraag zijn de groei en vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende toename van het aantal chronisch zieken. De groei van het zorgaanbod houdt geen gelijke tred met de groeiende zorgvraag. Het feit dat jaarlijks ongeveer 1 op de 20 verpleegkundigen en verzorgenden de zorgsector verlaat, vormt een van de oorzaken voor de geringe toename van het zorgaanbod.

Mede als gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt, zijn de discussies over functiedifferentiatie en over taakherschikking op het grensgebied van verpleegkundig en medisch handelen in volle gang. Er ontstaan nieuwe functies als verpleegkundig specialist, praktijkverpleegkundige, nurse practitioner en physician assistant. Vaak is de insteek arbeidsmarktproblemen te verminderen, maar tevens is het de bedoeling dat door deze nieuwe functies de kwaliteit van zorg toeneemt.

Dit brengt ons bij een andere relevante ontwikkeling: de toenemende aandacht voor de kwaliteit van zorg, voor kwaliteitssystemen en voor kwaliteitsonderzoek. In het kader van kwaliteitsonderzoek wordt meer en meer gebruik gemaakt van 'benchmarking', wat wil zeggen dat instellingen onderzocht worden op kwaliteit en doelmatigheid, waarbij deze vervolgens gespiegeld worden aan de prestaties van 'best-practice-instellingen'. In verschillende zorgsectoren hebben recent benchmarkstudies plaatsgevonden; het NIVEL was als onderzoeksinstituut direct betrokken bij de cliëntenraadpleging van de Benchmark Thuiszorg.

Ook is de aandacht voor kwaliteit van zorg verbonden met de nadruk op het belang van 'evidence-based' werken. Wetenschappelijke kennis moet de interventies van verpleegkundigen en verzorgenden (mede) gaan bepalen, en richtlijnen en protocollen moeten daar handvatten voor bieden.

Een andere relevante ontwikkeling is de omslag van aanbodsuring naar vraagsturing. De zorgvraag van de patiënt komt steeds meer centraal te staan en moet bepalend zijn voor de geleverde zorg. De verdere invoering van het persoonsgebonden budget is een voorbeeld van hoe de overheid gestalte wil geven aan die vraagsturing. Ook het feit dat de indicatiestelling voor AWBZ-gefinancierde zorg sinds 1 april 2003 in functionele aanspraken wordt gedefinieerd en minder gebonden is aan één type voorziening, is een instrument voor vraagsturing. Deze nieuwe wijze van indiceren moet de keuzevrijheid en keuzemogelijkheden van patiënten vergroten en faciliteert bijvoorbeeld dat verpleeg- en verzorgingshuizen ook thuiszorg leveren.

Onderzoek binnen themagebied

Binnen dit themagebied zijn er vier continue onderzoekslijnen, te weten 'kwaliteit van zorg/kwaliteit van leven', 'kwaliteit van arbeid', 'interacties verpleegkundige-patiënt' en 'palliatieve zorg'.

Een belangrijk onderzoek binnen de onderzoekslijn 'kwaliteit van zorg' betreft de studie rondom de indicatiestelling voor thuiszorg door Regionale IndicatieOrganen bij mensen met een chronische aandoening. In het proefschrift over die studie (gepland in 2004) wordt onder meer beschreven of de indicatiestelling en de uiteindelijk geleverde thuiszorg aansluit bij de zorgvraag van cliënten. Hierbij is er dus een directe relatie met het actuele beleidsthema 'vraagsturing'.

Onderzoek dat valt binnen de onderzoekslijn 'kwaliteit van arbeid' betreft onder andere de recente peilingen die er onder het LEVV/NIVEL Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden zijn verricht over 'functiedifferentiatie' en over 'de aantrekkelijkheid van het beroep'. Dat laatste onderwerp is een terugkerend thema, waarover iedere twee jaar panelleden worden ondervraagd. Op die manier wordt gevolgd of verpleegkundigen en verzorgenden in de komende jaren anders gaan oordelen over de aantrekkelijkheid van het beroep.

Als voorbeeld van lopend onderzoek binnen de onderzoekslijn 'interacties verpleegkundige-patiënt' kan onder meer een studie worden genoemd rondom de ontwikkeling en pilot-invoering van een 'evidence-based' richtlijn voor verzorgenden die demente ouderen met gedragsproblemen begeleiden. Het is de bedoeling dat die effectiviteit van die richtlijn in een grootschaliger vervolgstudie zowel bij de verzorgenden als bij hun demente cliënten onderzocht zal worden.

Een voorbeeld van onderzoek binnen de onderzoekslijn 'palliatieve zorg' betreft een meerjarige monitorstudie op het terrein van palliatieve zorg. Deze studie zal waarschijnlijk eind 2003/begin 2004 starten en moet inzicht geven in de verdere ontwikkeling van palliatieve afdelingen binnen Integrale Kankercentra, consultatieteams en hospicevoorzieningen.

Toekomst

In het recente verleden heeft het NIVEL verschillende studies op het terrein van functiedifferentiatie verricht. Een daaraan verwant, actueel thema betreft taakherschikking. De intentie is om in 2003/2004 te zoeken naar (subsidie)mogelijkheden om de effecten van taakherschikking, bijvoorbeeld als het gaat om de gevolgen voor de kwaliteit van zorg, te onderzoeken. Een andere intentie is om de expertise die het NIVEL heeft op het terrein van onderzoek naar begeleiding van demente mensen uit te bouwen, bijvoorbeeld door richtlijnen of begeleidingsprogramma's op dat gebied op hun bruikbaarheid en effectiviteit te onderzoeken. Daarbij willen we zeker ook aandacht besteden aan richtlijnen of programma's die in de thuiszorg kunnen worden ingezet. De meeste mensen met dementie verblijven namelijk thuis en het is bekend dat dit van mantelzorgers, maar ook van professionele verzorgenden veel inzet vraagt.

Tevens hebben wij de intentie om in 2003/2004 de mogelijkheden van het LEVV/NIVEL Panel V&V nog meer te benutten dan nu reeds het geval is. In dit kader willen we andere organisaties attenderen (onder meer via de 'Panel V&V-website') op de mogelijkheid om onderzoek over actuele onderwerpen te laten verrichten via het Panel. Ook willen we onderwerpen die gepeild worden onder het Panel V &V – waar mogelijk – afstemmen met peilingen onder panels van zorgvragers (met name Panel Chronisch Zieken). Daardoor zal het perspectief van beroepsbeoefenaren beter vergeleken kunnen worden met het zorgvrager-perspectief.

Tenslotte willen we onze deskundigheid in onderzoek met betrekking tot palliatieve zorg uitbouwen. Bijvoorbeeld door beleidsontwikkelingen te monitoren (zie de voornoemde monitorstudie), maar ook door de mogelijkheden voor palliatieve-zorgonderzoek te verkennen binnen de verstandelijk gehandicapten sector. Er zijn aanwijzingen dat ook in die sector de behoefte aan goede palliatieve zorg groot is. Meer inzicht in bijvoorbeeld de kwaliteit van palliatieve zorg in die sector, de omvang en aard van vraag en aanbod, evenals in de deskundigheid van de betreffende zorgverleners is gewenst.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- VERPL 97.01 Effecten van het Resident Assessment Instrument (RAI) op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven in somatische verpleeghuizen (afgerond)
- V&V 03.02 Hulpbehoefte van thuis verblijvende ouderen: de ontwikkeling en demonstratie van een Zelfbeoordeling van

Hulpbehoefte instrument'
(geen subsidie verkregen)

Lopende en nieuwe projecten:

- V&V 99.01 Onafhankelijke indicatiestelling bij cliënten met een somatische chronische aandoening (afonden proefschrift)
- V&V 99.04 Inventarisatie Onderzoeks- & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg (in 2004 geen tweejaarlijkse inventarisatie)
- VERPL 99.02 Effecten van snoezelen op demente ouderen en zorgverleners in verpleeghuizen (schrijven artikelen)
- VERPL 99.04 Bewonerspanel verpleeghuizen (nadere oriëntatie op subsidie mogelijkheden)
- V&V 02.03* Continuering van Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (halfjaarlijkse peilingen, inclusief verzameling, analyse en rapportage)
- V&V 02.04 Richtlijnen voor verzorgenden voor de begeleiding van demente cliënten met gedragsproblematiek; inventarisatie, aanpassing en implementatie (afonden publicaties)
- V&V 02.05 Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg (afonden publicaties)
- V&V 03.01 Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en op het werk (afonden publicaties)

Nieuw

- V&V 04.01 Systematische review naar effecten van telefonische follow-up door ziekenhuisprofessionals na ontslag uit het ziekenhuis (analyseren van literatuur)

Nieuw

- V&V 04.02 Systematische review naar effecten van discharge planning (analyseren van literatuur)

Nieuw

- V&V 04.03 Monitor Palliatieve Zorg. Een monitor van ontwikkelingen op de terreinen van palliatieve afdelingen, consultatieteams en hospicevoorzieningen (gegevensverzameling- en analyse van eerste monitor-peiling)

Nieuw

- V&V 04.04 Begeleiding bij depressie, agressie en apathie van demente

* Dit project valt deels ook onder het NIVEL Kenniscentrum.

verpleeghuisbewoners. Een interventiestudie naar de effecten van een richtlijn voor verzorgenden (indien subsidie wordt toegekend, start gegevensverzameling)

Nieuw

V&V 04.05 Doorbreek depressie bij dementie: ontwikkeling en implementatie van een begeleidingsprogramma voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (indien ZonMw Stimuleringsprijs wordt toegekend, ontwikkeling en implementatie begeleidingsprogramma)

p.m.

NS2 99.11 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij ouderen
SAM 90.01 Databank zorgvernieuwing
SAM 01.05 De invloed van de organisatie van zorg op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen
SAM 01.06 Relatie tussen organisatie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg in de thuiszorg (The AgeD in Home Care Project)
SAM 02.04 Vooruitgang in kwaliteitszorg: de implementatie bij verpleegkundigen en verzorgenden
SAM 04.01 Sociale netwerken en prestaties van organisaties: een studie in verpleeghuizen
SAM 04.02 Implementatie en evaluatie van doorbraakprojecten in verpleeghuizen
BKP 96.03 Vraag en aanbod binnen de verpleging en verzorging
GGZ 03.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek
PSH 02.03 Communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten met kanker

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

Beleid

De kwaliteit van de communicatie in de gezondheidszorg staat onder druk. De huidige malaise in de economie heeft tot gevolg dat er veel op gezondheidszorg bezuinigd wordt, wachtlijsten niet kunnen worden weggewerkt, er ernstige tekorten aan de aanbodkant dreigen en patiënten veelvuldig over de grens gaan dokteren. De vroeger zo vanzelfsprekende en langdurige arts-patiënt relatie wordt daarmee steeds zeldzamer. Bovendien neemt door de toenemende vergrijzing het aantal chronische en oudere patiënten sterk toe. Hiermee stijgt niet alleen het aantal hulpbehoevenden, maar wordt van hulpverleners ook een breder scala aan

communicatievaardigheden verlangd gericht op stimulering van zelfzorg en autonomie. Aan de kant van de patiënt vinden meer veranderingen plaats die hun weerslag hebben op de arts-patiënt relatie. Terwijl voorheen hulpverleners als enigen medisch onderlegd waren, zijn thans ook veel patiënten op de hoogte van de nieuwste medisch-technische ontwikkelingen en mogelijkheden en doen daardoor een ander beroep op de arts of verpleegkundige. Al deze maatschappelijke ontwikkelingen hebben tot gevolg dat ieders rol, plaats en taak in de spreekkamer niet meer zo vanzelfsprekend is. In het onderwijs in de geneeskunde hebben inmiddels vergaande hervormingen plaatsgevonden waarin communicatie een meer prominente plek heeft gekregen en waarin wordt ingehaakt op maatschappelijke veranderingen. In hoeverre dat zijn vruchten afwerpt zal ook dit jaar weer op de onderzoeksagenda van het NIVEL staan.

Inhoud

Het NIVEL verricht al meer dan 25 jaar onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg. Daartoe zijn inmiddels ruim 15.000 video-opnamen van hulpverlener-patiënt contacten gemaakt – in onder meer huisartspraktijken, poliklinieken en verpleeghuizen – die zorgvuldig zijn bewaard, geconserveerd en geobserveerd. Een historische analyse van dit materiaal maakt inzichtelijk hoe het contact in de spreekkamer in de loop der jaren is veranderd en welke factoren hieraan hebben bijgedragen. Zo kan bijvoorbeeld de invloed van de automatisering van de praktijkvoering en de introductie van richtlijnen voor geneeskundig handelen op de communicatie worden onderzocht. Daarnaast speelt de veranderende positie van patiënt en hulpverlener een belangrijke rol in het programma van onderzoek naar het hulpverleningsproces. Hierop wordt ingesprongen door onderzoek naar de rol van de context waarin het hulpverleningscontact plaatsvindt. Die context wordt op velerlei manieren geoperationaliseerd. Zo gaat het bij context om de doelen die door de partijen in het contact worden nagestreefd, waarbij het gebruik van communicatie als instrument kan worden ingezet. Daarnaast betreft het de context van tijd in relatie tot continuïteit van zorg die impliceert dat niet alleen een eenmalig bezoek maar ook eerdere en toekomstige consulten in het contact worden betrokken. De context betreft ook de bredere organisatorische context waarin het contact plaatsvindt waarin bijvoorbeeld het zorgbeleid en tijdsdruk een rol spelen. Tenslotte gaat het om de context die bepaald wordt door wat de verschillende gesprekpartners (patiënt, familielid, arts, verpleegkundige) aan behoeften, verwachtingen, kennis en attitudes in het gesprek brengen. Om de verschillende vormen van context te onderzoeken wordt zowel beschrijvend als interventie-onderzoek uitgevoerd.

Methodiek

Ontwikkelingen op ICT-gebied gaan niet voorbij aan onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg. De ervaring die in voorafgaande jaren is opgedaan met onderzoek naar de effectiviteit van het uitwisselen van dagboekgegevens gekoppeld aan het geven van situationele feedback aan patiënten met lage rugpijn middels palmtopcomputers, het internet en mobiele telefoons, wordt ook in 2004 verder uitgewerkt. Bovendien zal onderzocht worden hoe de voor deze projecten ontwikkelde infrastructuur WITH (Web-based Interactive Technology in Healthcare) ingezet kan worden bij andere projecten, zoals onderzoek naar het bevorderen van therapietrouw. In 2004 zullen wij eveneens verder gaan met het onderzoeken van mogelijkheden van het doen van sequentiële analyses en het analyseren van interacties waarbij meer dan één hulpvrager of één hulpverlener betrokken is.

Toekomst

Om de jarenlange ervaring in het verrichten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie uit te kunnen dragen, heeft het NIVEL in 2001 in samenwerking met Elsevier, EACH – European Association for Communication in Healthcare – opgericht (zie www.EACH.nl). EACH stelt zich ten doel om kennis en expertise op het terrein van onderzoek en onderwijs in communicatie in de gezondheidszorg te verspreiden en uit te breiden. Hiertoe worden ook in 2004 vele activiteiten ondernomen (bijvoorbeeld een workshop over sequentiële analyse in Verona; het tweede EACH congres in Brugge) en samenwerkingsverbanden geformaliseerd (bijvoorbeeld door het gezamenlijk indienen van een Madame Curie voorstel over de communicatie rondom gesignaleerde emotionele *cues* van patiënten). Ook de contacten die zijn voortgekomen uit de Eurocom projecten – door de EU gefinancierde, vergelijkende studies naar de huisarts-patiënt communicatie in tien Europese landen – krijgen in 2004 een vervolg. Zeker twee proefschriften – een in Estland, een in Polen – zullen op basis van de Eurocom-data geschreven worden. In 2004 zullen de banden met de AAPP (American Academy for Physician and Patient), de Amerikaanse partner van EACH, verder worden verstevigd.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- | | |
|-----------|---|
| PSH 98.04 | Contextwerking in de geneeskunde
(geen subsidiebron gevonden) |
| PSH 00.01 | Effecten van gedragsinterventie bij patiënten met IBS
(geen subsidiebron gevonden) |
| PSH 01.02 | Opvoeden van patiënten in de spreekkamer |

- PSH 01.03 (geen subsidiebron gevonden)
Deeltijdwerken en werkstijlen van artsen
- PSH 01.04 (geen subsidiebron gevonden)
Communicatie en het handelen volgens standaarden
- PSH 01.06 (geen subsidiebron gevonden)
Kwaliteit van vrouwenzelfhulp vanuit cliëntperspectief
(voorstel afgewezen)
- PSH 02.05 De WGBO in de praktijk
(geen subsidiebron gevonden)
- PSH 02.06 Tijdsbesteding medisch specialisten in de spreekkamer
(geen subsidiebron gevonden)
- PSH 03.01 Kwaliteitsoordeel hypertensieconsulten
(afgerond)
- PSH 03.02 Situationele feedback bij chronische pijn
(afgerond)
- PSH 03.03 Leefstijlfactoren in de spreekkamer
(voorstel afgewezen)

Lopende en nieuwe projecten:

- PSH 98.01 Arts-patiënt communicatie in Centraal en West Europa
vergeleken
(uitvoering)
- PSH 98.02 Praten over arbeid in verschillende Europese landen
(uitvoering)
- PSH 98.03 Vernieuwing in Centraal Europa: de komst van de nieuwe
huisarts?
(uitvoering)
- PSH98.05 Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke
kanker
(uitvoering)
- PSH 98.06 De implementatie van de brede standaard ‘arts-patiënt
relatie’ binnen de beroepsgroep huisartsen
(in voorbereiding)
- PSH 00.02 Digitaliseren van video-archief
(uitvoering)
- PSH 01.01 EACH: European Association for Communication in
Healthcare
(uitvoering)
- PSH 01.05 Second opinion chirurgische oncologie
(uitvoering)
- PSH 01.07 Interculturele communicatie in de huisartspraktijk
(uitvoering)
- PSH 02.01 Video-onderzoek bij huisartsen

	(uitvoering)
PSH 02.01a	Congruentie tussen arts- en patiëntoordelen
PSH 02.01b	De functionaliteit van communicatie
PSH 02.01c	Structuurinvloeden op de communicatie in het consult
PSH 02.03	Communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten met kanker
	(uitvoering)
PSH 02.04	Communicatie tussen oncologen, adolescenten met kanker en hun ouders
	(uitvoering)
Nieuw	
PSH 04.01	Naar een gebruikerspanel genomics (in afwachting van subsidie)
Nieuw	
PSH 04.02	From intention to performance (uitvoering)
Nieuw	
PSH 04.03	Situationele feedback bij moeheid (in afwachting van subsidie)
Nieuw	
PSH 04.04	Praten over leefstijl en werk met allochtonen en autochtonen (in afwachting van subsidie)
Nieuw	
PSH 04.05	De effectiviteit van hypnose bij IBS (in afwachting van subsidie)
Nieuw	
PSH 04.06	De rol van de huisarts bij werkhervatting en werkstaking (in afwachting van subsidie)
Nieuw	
PSH 04.07	Situationele feedback bij chronische pijn (in afwachting van subsidie)
p.m.	
NS2 99.15	Huisarts-patiëntcommunicatie

2.2.12 *Vraaggestuurde zorg*

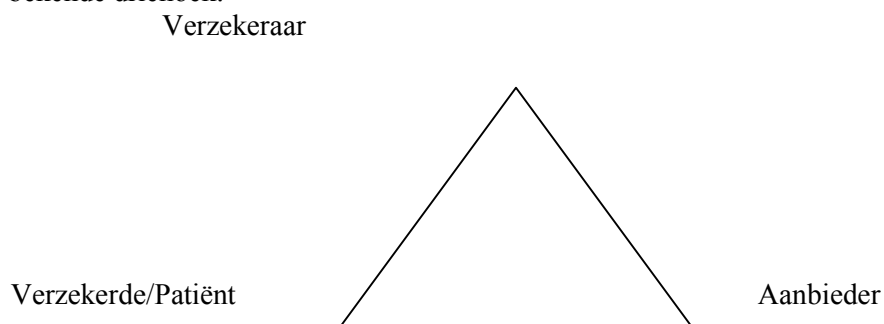
Algemene ontwikkelingen

De overheid hecht steeds meer belang aan het perspectief van hulpvragers: de gezondheidszorg moet vraaggericht worden. Hierdoor zou het zorgaanbod beter aansluiten op de zorgvraag van patiënten. Hoe deze vraaggestuurde zorg er uit moet zien, is niet duidelijk. In ieder geval zal de

sturing van de zorg veel meer op afstand van de overheid komen te staan, waardoor ruimte moet ontstaan voor zelfregulering. Partijen (patiënten/consumenten, verzekeraars en aanbieders) moeten elkaar prikkelen tot het leveren van goede en doelmatige zorg die aansluit bij de wensen van burgers. Waar mogelijk zou dit tot stand moeten komen via marktwerking. Om sturing van de zorg op zelfregulerende markten mogelijk te maken, wil de overheid de regierol van zorgverzekeraars versterken. Op terreinen waarop van marktwerking geen sprake kan zijn blijft de overheid sterker aanwezig. De overheid blijft daarnaast verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen: het garanderen van de toegang tot kwalitatief goede zorg, met een beheerste kostenontwikkeling. Om die rol te kunnen waarmaken is echter informatie nodig. Het streven van het Ministerie is om de ontwikkelingen in de zorg in de toekomst te monitoren met behulp van een Balanced Scorecard voor de Nederlandse gezondheidszorg. Een van de velden in die Balanced Scorecard betreft het consumentenperspectief. In dit kader zullen onder meer indicatoren in de Balanced Scorecard worden opgenomen met betrekking tot patiënttevredenheid en de tevredenheid van burgers met de gezondheidszorg. NIVEL-onderzoek, bijvoorbeeld in het Consumentenpanel Gezondheidszorg, kan hierover informatie aandragen.

Onderzoek op het themagebied

Binnen het themagebied vraaggestuurde zorg spitst het onderzoek zich toe op de vraag hoe patiënten oordelen over het zorgaanbod, of dit zorgaanbod daadwerkelijk vraaggericht wordt en hoe deze verschuiving dan tot stand komt. Centraal daarin staan de relaties tussen patiënten/consumenten, verzekeraars en aanbieders, die kunnen worden weergegeven in de vorm van de bekende driehoek:



Het onderzoek binnen het themagebied besteedt aandacht aan alle drie de relaties in deze driehoek: de relatie patiënt-aanbieder, de relatie verzekerde-verzekeraar en de relatie verzekeraar-aanbieder.

Patiënt - Aanbieder

Per definitie is er in de zorg sprake van ongelijkheid. Een arts is over het algemeen deskundiger dan zijn patiënten rond een bepaalde ziekte. Een arts is ook degene die bepalen kan of een patiënt toegang krijgt tot bepaalde voorzieningen. De arts-patiënt relatie is er - deels - één van vertrouwen: waarin vooral de patiënten moet vertrouwen dat hun arts hun belangen goed zal behartigen. Patiënten zijn niet of nauwelijks in staat dit te controleren. In de afgelopen jaren zijn er door de overheid diverse maatregelen genomen om deze asymmetrie in de arts-patiënt relatie wat meer symmetrisch te maken. Het meest herkenbaar is dit gebeurd met wetgeving: de wet klachtrecht, de WGBO en de WMCZ zijn er alle op gericht om de positie van patiënten te versterken.

Daarnaast is er steeds meer aandacht voor keuzevrijheid en voor informatie waarop patiënten hun keuzes kunnen baseren. Hoewel de ruimte tot kiezen beperkt is in de Nederlandse gezondheidszorg, door budgettering, wachtlijsten en regionaal gebonden zorgaanbod, wordt de keuzevrijheid van individuele patiënten door beleidsmakers toch gezien als een belangrijk instrument om meer vraaggerichte zorg te realiseren. Informatie via internet zou patiënten beter in staat kunnen stellen om te kiezen tussen zorgaanbieders. Ook zouden patiënten tijdens een consult beter geïnformeerd kunnen zijn en zo mogelijk de informatie-asymmetrie kunnen reduceren. Deze ontwikkelingen zouden kunnen leiden tot een mondiger patiënt. Het NIVEL onderzoek op dit thema richt zich daarnaast op het zichtbaar maken van de vraag van (potentiële) zorggebruikers en de beoordeling van het zorgaanbod door (potentiële) zorggebruikers. Dit vraagt goede instrumenten om deze vraag en de gebruikersoordelen zichtbaar te maken. Met het Consumentenpanel Gezondheidszorg (een samenwerkingsverband van NIVEL en Consumentenbond) wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van consumenten met de gezondheidszorg. Het onderzoek dat met het panel wordt gedaan, beoogt bij te dragen aan het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. Het perspectief van de gebruikers staat centraal. Het NIVEL ontwikkelt daarnaast meetinstrumenten voor het meten van patiëntenoordelen. Één van die instrumenten is de QUOTE (Quality of care through the patiënt's eyes), een valide, betrouwbaar en praktisch instrument om het oordeel van zorggebruikers over de door hen ontvangen zorg te registreren. Er zijn varianten van de QUOTE voor specifieke categorieën van zorggebruikers (bijvoorbeeld: COPD-patiënten, IBD-patiënten, mensen met diabetes, hulpbehoevende ouderen, mensen met een lichamelijke handicap), varianten die zich op de kwaliteit van een specifieke discipline richten (bijvoorbeeld: patiënten van huisartsen, cliënten van extramuraal werkende ergotherapeuten) en combinaties van beide varianten (bijvoorbeeld: allochtone patiënten van huisartsen). Er worden nog steeds nieuwe QUOTE-

varianten ontwikkeld. Daarnaast is het meetinstrument Consumentenvertrouwen ontwikkeld. Beide instrumenten worden ook buiten Nederland gebruikt.

Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren bovendien geparticipeerd in diverse benchmarktrajecten of projecten die een sterke verwantschap vertonen met de QUOTE-meetinstrumenten: de benchmark thuiszorg (samen met PwC Consulting B.V., de LVT en de BTN), de ontwikkeling van een meetinstrument voor de kwaliteit van de indicatiestelling door Regionale Indicatie Organen (samen met de NPCF), de ziekenhuisvergelijking (samen met de Consumentenbond) en de benchmark zorgkantoren (samen met PwC Consulting B.V.). Benchmark- en organisatievergelijkend onderzoek vraagt een voortdurende ontwikkeling van geschikte onderzoeksinstrumenten en analysemethoden. Inhoudelijk is de vraag interessant hoe verschillen tussen organisaties in hun presteren kunnen worden verklaard. Ook is het belangrijk inzicht te krijgen in de manier waarop organisaties invulling geven aan hun veranderingsprocessen. Een wezenlijk onderdeel van deze projecten is dat spiegelinformatie wordt gegenereerd, waarbij de patiënten- of klantenoordelen van één zorgaanbieder worden vergeleken met die van de andere –soortgelijke- zorgaanbieders. Deze spiegelinformatie wordt zo gemaakt dat het concrete aangrijpingspunten oplevert voor het kwaliteitsbeleid van deze instellingen. Een belangrijke vraag is in hoeverre deze informatie daadwerkelijk doorwerkt in het zorgaanbod.

Verzekerden - Verzekeraars

Zorgverzekeraars zullen, volgens de beleidsideeën die achter de voorgenomen stelselwijzing van de zorgverzekering steken, een belangrijke rol vervullen in de verschuiving naar vraaggerichte zorg. Verzekerden kunnen namelijk kiezen voor de zorgverzekeraar die zorg heeft gecontracteerd die het best aansluit bij hun voorkeuren. In het NIVEL-onderzoek wordt zowel aandacht besteed aan de keuzes die verzekerden maken voor een bepaalde zorgverzekeraar als aan de manier waarop zorgverzekeraars zorgen voor een zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van verzekerden (zie hieronder). Het onderzoek naar de relatie verzekerden-verzekeraar richt zich op de vragen als welke overwegingen een rol spelen bij de keuze van verzekerden voor een verzekeraar, in welke mate verzekerden daadwerkelijk gebruik maken van de mogelijkheid om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, de redenen die zij daarvoor hebben en de belemmeringen die daarin eventueel worden opgeworpen. Binnen dit thema wordt daarnaast onderzoek gedaan naar de ervaringen van verzekerden met de dienstverlening en de zorginkoopfunctie van hun verzekeraar en de beoordeling door verzekerden van de prestaties van zorgverzekeraars op deze terreinen.

Verzekeraars-Aanbieders

Tot op heden maken ziekenfondsverzekerden nog weinig gebruik van de mogelijkheid om van ziekenfonds te wisselen. Op jaarbasis stapt niet meer dan ongeveer 3% van de verzekerden over naar een ander ziekenfonds. Dat komt omdat ze de administratieve rompslomp die daarmee gepaard gaat, niet vinden opwegen tegen de voordelen ervan. De premieverschillen tussen ziekenfondsen zijn blijkaar nog altijd niet groot genoeg om de consument massaal aan te zetten tot het zoeken naar de goedkoopste. En ziekenfondsen profileren zich ook inhoudelijk nog onvoldoende om de consument het idee te geven dat het ene fonds duidelijk beter presteert dan het andere. Naar verwachting zal daar echter in de toekomst verandering in komen. Er zijn aanwijzingen dat zorgverzekeraars steeds meer werk gaan maken van hun zorginkoopbeleid, als een middel om de zorg te sturen op kwaliteit en doelmatigheid en als een manier om verzekerden aan te trekken, respectievelijk aan zich te binden. Het NIVEL heeft de ambitie om ook op deze ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt via onderzoek in kaart te brengen.

De overheid hecht steeds meer belang aan het perspectief van hulpvragers: de gezondheidszorg moet vraaggericht worden. Hierdoor zou het zorgaanbod beter aansluiten op de zorgvraag van patiënten. Hoe deze vraaggestuurde zorg er uit moet zien, is niet duidelijk. In ieder geval zal de sturing van de zorg veel meer op afstand van de overheid komen te staan, waardoor ruimte moet ontstaan voor zelfregulering. Partijen (patiënten/consumenten, verzekeraars en aanbieders) moeten elkaar prikkelen tot het leveren van goede en doelmatige zorg die aansluit bij de wensen van burgers. Waar mogelijk zou dit tot stand moeten komen via marktwerking. Om sturing van de zorg op zelfregulerende markten mogelijk te maken, wil de overheid de regierol van zorgverzekeraars versterken. Op terreinen waarop van marktwerking geen sprake kan zijn blijft de overheid sterker aanwezig. De overheid blijft daarnaast verantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen: het garanderen van de toegang tot kwalitatief goede zorg, met een beheerste kostenontwikkeling. Om die rol te kunnen waarmaken is echter informatie nodig. Het streven van het Ministerie is om de ontwikkelingen in de zorg in de toekomst te monitoren met behulp van een Balanced Scorecard voor de Nederlandse gezondheidszorg. Een van de velden in die Balanced Scorecard betreft het consumentenperspectief. In dit kader zullen onder meer indicatoren in de Balanced Scorecard worden opgenomen met betrekking tot patiënttevredenheid en de tevredenheid van burgers met de gezondheidszorg. NIVEL-onderzoek, bijvoorbeeld het Consumentenpanel, kan hierover informatie aandragen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- VRA 02.02 Benchmark thuiszorg
(afgerond)
- VRA 02.03 Meetinstrumentontwikkeling externe kwaliteitstoetsing
RIO's
(afgerond)
- VRA 03.07 Keuzeondersteuning via Internet
(afgerond)
- VRA 03.09 Benchmark Zorgkantoren, fase 3
(afgerond)
- VRA 03.12 Kwaliteit van logopedische zorg vanuit cliëntenperspectief
(afgerond)
- VRA 03.13 Orgaandonoren in Nederland en in 9 Europese landen
(afgerond)
- VRA 03.14 Evaluatie wet inzake de bloedvoorziening
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

- VRA 86.01 Consumentenpanel Gezondheidszorg
(continue activiteit)
- VRA 00.05 Patiëntenoordelen en hun relatie tot consultkarakteristieken,
werkdruk en praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk
(in uitvoering)
- VRA 00.06 Het functioneren van de WGBO in een breder kader
(in uitvoering)
- VRA 03.01 Publiek vertrouwen in de gezondheidszorg
(in uitvoering)
- VRA 03.02 Internationale vergelijking publiek vertrouwen
(in uitvoering)
- VRA 03.03 Kwaliteit van verzekeraars vanuit cliëntenperspectief
(in afwachting van subsidie)
- VRA 03.04 Kwaliteitsparagrafen in contracten tussen verzekeraars en
aanbieders
(in afwachting van subsidie)
- VRA 03.05 Patiënten en de eerstelijnszorg van de toekomst
(in afwachting van subsidie)
- VRA 03.06 Patiëntenoordelen en ketenkwaliteit in de gezondheidszorg.
(in afwachting van subsidie)
- VRA 03.08 Verwachtingen van klagers bij klachtbehandeling (WKCZ)
(in uitvoering)
- VRA 03.11 Kwaliteit van indicatiestelling door RIO's vanuit
cliëntenperspectief

	(in afwachting van subsidie)
Nieuw	
VRA 04.01	Ervaringen van patiënten met het Achmea Medisch Callcenter (in uitvoering)
Nieuw	
VRA 04.02	Kwaliteit van gecontracteerde diabeteszorg: ontwikkeling van een zorginkoop instrument (in uitvoering)
Nieuw	
VRA 04.03	Clíenttevredenheid in de verstandelijk gehandicaptenzorg: ontwikkeling van een meetinstrument (in voorbereiding)
Nieuw	
VRA 04.04	Vraaggestuurde zorg in Europa: een analyse van de keuzemogelijkheden van patiënten in een vijftal Europese gezondheidszorgsystemen (in uitvoering)
Nieuw	
VRA 04.05	Euro-QUOTE: European assessment of the Quality Of health systems Through the consumers' Eyes (in voorbereiding)
Nieuw	
VRA 04.06	Evaluatie van de Wet op het Medisch Onderzoek (in uitvoering)
Nieuw	
VRA 04.07	Tweede Evaluatie van de Wet op de Orgaandonatie (in uitvoering)
Nieuw	
VRA 04.08	Benchmark zorgkantoren: fase 4 cliëntenraadpleging (in voorbereiding)

2.2.13 Zorgvraag van chronisch zieken

Chronisch zieken vormen voor gezondheidszorgbeleid een omvangrijke doelgroep met een specifieke zorgvraag. De zorgvraag van mensen met een chronische aandoening is vaak langdurig en complex van aard, waarbij een combinatie van cure en care vereist is. Multidisciplinaire zorg waarbij de coördinatie en continuïteit goed geregeld zijn is dan ook van groot belang. Echter, volgens chronisch zieken zelf is de zorg verleend door verschillende zorgverleners en instanties vaak nog onvoldoende op elkaar afgestemd. De laatste jaren worden veel initiatieven ontplooid waarbij concepten zoals

disease management en ketenzorg centraal staan. Hierbij wordt de zorg rond specifieke ziektebeelden georganiseerd. Dergelijke ontwikkelingen kunnen voor chronisch zieken een belangrijke verbetering inhouden, al is het wel de vraag in hoeverre disease management een zinvolle benadering is voor de grote groep (oudere) mensen die aan meer dan een chronische ziekte lijden. De problematiek van mensen met een chronische ziekte beperkt zich niet tot hun gezondheid alleen; ook op andere terreinen zoals inkomen, werk, wonen, onderwijs, vervoer en vrije tijd ervaren chronisch zieken knelpunten. Dit geldt overigens niet alleen voor chronisch zieken, maar evenzeer voor andere doelgroepen met langdurige gezondheidsproblemen zoals lichamelijk of verstandelijk gehandicapten. Vanwege deze gemeenschappelijke problematiek is bij het ministerie van VWS het beleidsterrein Chronisch zieken (met name de beleidsvraagstukken op het gebied van de maatschappelijke participatie) in 2002 ondergebracht bij de Directie Gehandicaptenbeleid. Om integraal beleid te bevorderen vindt interdepartementaal overleg plaats tussen de ministeries van VWS, SZW, OCW, VROM en VenW. Op het gebied van de inkomensondersteuning en meerkostenproblematiek is de afgelopen jaren intensief samengewerkt door de ministeries van VWS, SZW en Financiën.

Samenwerking vindt eveneens plaats aan de zijde van de belangenorganisaties. Zo zijn de koepels van gehandicapten- en chronisch ziekenorganisaties in 2001 gefuseerd tot de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Recent heeft een aantal categorale collectebusfondsen zich uitgesproken voor een meer structurele vorm van samenwerking onder de naam 'Samenwerkende gezondheidsfondsen'. Het betreft hier de Nierstichting Nederland, de Maag Lever Darm Stichting, het Nederlands Astma Fonds, het Diabetesfonds, het Nationaal Reuma Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding.

Tegelijkertijd met de erkenning van een gemeenschappelijke problematiek, vooral op het gebied van de maatschappelijke participatie, dient ook nadrukkelijk te worden gewezen op de heterogeniteit binnen de groep mensen met een chronische ziekte of handicap. Dit impliceert dat de individuele behoeften sterk uiteen kunnen lopen en flexibiliteit en vraaggerichtheid - zeker voor deze mensen die vaak langdurig van zorg afhankelijk zijn - van cruciaal belang zijn.

Gezien de beleidsmatige aandacht voor vraagsturing in de zorg, is het feit dat in het themagebied het *perspectief van de chronisch zieke of gehandicapte zelf* het uitgangspunt vormt van groot belang. Voor overheden en zorgaanbieders blijkt het nog niet eenvoudig te zijn om inzicht te krijgen in de behoeften en wensen van hun doelgroepen; vaak hebben zij alleen zicht op de gebruikers van bepaalde zorg en voorzieningen. Vanuit preventief

oogpunt is dat onwenselijk. Bijvoorbeeld, wil men uitval van chronisch zieken op de arbeidsmarkt voorkomen, dan dient men zicht te hebben op de behoefte aan immateriële en materiële werkaanpassingen van de werkende chronisch zieken. Een ander voorbeeld is het niet-gebruik van bepaalde vergoedings- of compensatieregelingen, bijvoorbeeld de Wet voorzieningen gehandicapten of de regeling voor buitengewone uitgaven (Wet inkomstenbelasting). Om het onterechte niet-gebruik terug te dringen, is inzicht vereist in de redenen of oorzaken van het niet-gebruik door chronisch zieken en gehandicapten. Deze voorbeelden onderstrepen de beleidsmatige relevantie van het themagebied; zeker ook voor de komende jaren, wanneer de basisverzekering curatieve zorg wordt ingevoerd en de effecten van de stelselwijziging voor bepaalde doelgroepen zullen moeten worden beoordeeld.

De ruggengraat van het themagebied wordt gevormd door het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; CHR 01.08). In het PPCZ worden op continue wijze beleidsrelevante (monitoring-)gegevens verzameld over de kwaliteit van leven van mensen met een chronische aandoening, hun ervaringen in de gezondheidszorg en hun maatschappelijke positie, waaronder hun financiële situatie, arbeidsparticipatie en sociale participatie/vrijtijdsbesteding. In de tweede fase van het PPCZ (2001-2004) wordt weer jaarlijks gerapporteerd over een aantal vaste indicatoren en wordt een drietal verdiepingsstudies uitgevoerd: Ervaringen van chronisch zieken met arbocuratieve samenwerking (CHR 03.03), Chronisch zieken in huishoudensverband (CHR 03.04), en Toepassing van genetische kennis: opvattingen en ervaringen van chronisch zieken (CHR 04.03). Parallel aan deze tweede fase van het PPCZ wordt een ziekte-specifieke monitor van de zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD uitgevoerd (CHR 01.09). Aangehaakt aan het PPCZ worden andere onderzoeken bij volwassen chronisch zieken uitgevoerd. Voorbeelden daarvan zijn het onderzoek naar de knelpunten in de zorg voor mensen met zeldzame chronische aandoeningen (CHR 99.07) en het onderzoek naar de ervaringen met ketenzorg (CHR 03.01) ten behoeve van de Staat van de Gezondheidszorg 2003.

Het PPCZ beperkt zich vooralsnog tot mensen met een somatische chronische aandoening in de leeftijd vanaf 15 jaar. Het themagebied beoogt echter onderzoek naar de behoeften en ervaringen van de totale groep mensen met langdurige gezondheidsproblemen. Binnen het themagebied wordt daarom ook onderzoek uitgevoerd bij *chronisch zieke kinderen en jongeren*. Zo is onderzoek verricht naar de sociaal-maatschappelijke positie van jongeren met chronische spijsverteringsziekten (CHR 00.04). In 2004 zullen de jongeren die vijf jaar geleden ten behoeve van dit onderzoek geënquêteerd zijn hierover opnieuw worden bevraagd, teneinde de lange-termijn gevolgen voor deze jongeren in kaart te brengen (CHR 04.05).

Momenteel wordt gewerkt aan een bibliografie over de zorg- en leefsituatie van chronisch zieke kinderen. Het ligt in de bedoeling om deze onderzoekslijn voort te zetten met de opzet van een panel van kinderen met een chronische ziekte of handicap (CHR 98.01).

Ook wordt thans gewerkt aan de verbreding van het themagebied naar *mensen met andere langdurige gezondheidsproblemen*. Het gaat dan om mensen met langdurige beperkingen die niet het gevolg zijn van een chronische ziekte: lichamenlijk en verstandelijk gehandicapten. Een andere doelgroep vormen mensen met chronische psychische klachten en/of psychiatrische ziekten. Een eerste stap is in 2002 gezet met de uitvoering van een haalbaarheidsstudie ter verbreding van het PPCZ naar mensen met motorische en zintuiglijke beperkingen (CHR 02.02).

De komende jaren zal worden geïnvesteerd in het opzetten van een bredere onderzoeksinfrastructuur in de vorm van panels: verbreding van het PPCZ naar lichamenlijk gehandicapten en zo mogelijk ook naar mensen met chronische psychische klachten/psychiatrische aandoeningen, ziektespecifieke panels en een kinderpanel. Behalve deze verbreding, wordt ook een verdere verdieping nagestreefd. De bedoeling is om het tot nu toe verrichte onderzoek naar de problematiek van chronisch zieken en hun behoeften, dat veelal beschrijvend van aard is, te vervolgen door onderzoek waarbij ziekte-overstijgende interventieprogramma's zullen worden ontwikkeld en geëvalueerd. Het ligt in de bedoeling om een dergelijk project op te zetten voor mensen met zeldzame chronische ziekten (CHR 04.04) en voor mensen met meerdere chronische aandoeningen (CHR 04.06).

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- CHR 99.07 Knelpunten in de zorg voor mensen met zeldzame chronische aandoeningen (afgerond)
- CHR 99.12 Psychosociale zorgbehoefte van chronisch zieken (afgerond)
- CHR 01.10 Financiële positie van mensen met chronische aandoeningen voor en na de herziening inkomstenbelasting 2001 (afgerond)
- CHR 01.11 Behoeftte en verwachtingen van mensen met een chronische aandoening ten aanzien van de mantelzorg (geen subsidie verkregen, nu opgenomen in CHR 03.04)
- CHR 02.02 Haalbaarheidsstudie panel mensen met een lichamenlijke handicap (afgerond)

- CHR 03.01 Ketenzorg bij chronisch zieke mensen
(afgerond)
- CHR 03.02 Mogelijkheden van bestaande indicaties ter identificatie van
chronisch zieken en gehandicapten met hoge niet-vergoede
ziektegerelateerde uitgaven
(afgerond)
- CHR 03.05 Participatie en autonomie van ouderen met een chronische
aandoening
(geen subsidie verkregen)
- CHR 03.07 Gevolgen van co-morbiditeit voor de kwaliteit van leven van
en de zorg
aan chronisch zieken en gehandicapten: een onderzoeksagenda
(afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

- CHR 88.01 Vragen over AIDS
(in uitvoering)
- CHR 98.01 Panel chronisch zieke kinderen
(in voorbereiding; bibliografie in uitvoering)
- CHR 00.04 Adaptieve opgaven, coping en sociale steun in relatie tot de
maatschappelijke en relationele positie van jongeren met een
chronische spijsverteringsaandoening
(in uitvoering)
- CHR 01.08 Patiëntenpanel Chronisch Zieken, tweede fase
(in uitvoering)
- CHR 01.09 Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en
COPD
(in uitvoering)
- CHR 02.01 Haalbaarheidsstudie panel mensen met chronische
psychische klachten
(in voorbereiding)
- CHR 02.03 Rapportage kerngegevens artrose
(in voorbereiding)
- CHR 02.04 Maatschappelijke en sociale participatie van jongeren met
astma
(in voorbereiding)
- CHR 03.03 Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met
arbo-curatieve samenwerking
(in uitvoering)
- CHR 03.04 Chronisch zieken in huishoudensverband
(in uitvoering)
- CHR 03.06 Monitoring HIV- en SOA-gerelateerde hulpvragen bij de
huisarts

- (in uitvoering)
- Nieuw**
CHR 04.01 Sociaal-maatschappelijke participatie van mensen met chronische nierinsufficiëntie: een inventarisatie van mogelijkheden en knelpunten
(in uitvoering)
- Nieuw**
CHR 04.02 Need for psychosocial support and actual use of psychoncological care facilities
(in afwachting van subsidie)
- Nieuw**
CHR 04.03 Toepassing van genetische kennis: opvattingen en ervaringen van chronisch zieken
(in voorbereiding)
- Nieuw**
CHR 04.04 Ontwikkeling en effectiviteit van een ziekteverstijgend ondersteuningsprogramma voor mensen met een zeldzame aandoening
(in voorbereiding)
- Nieuw**
CHR 04.05 Lange termijn-gevolgen van IBD bij jongeren
(in voorbereiding)
- Nieuw**
CHR 04.06 Omgaan met co-morbiditeit
(in voorbereiding)

p.m.
FARM04.03 Polyfarmacie bij somatisch chronisch zieken

2.2.14 Migranten / Speciale doelgroepen

Achtergrond

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

Migratie is van alle tijden, maar door de toenemende mogelijkheden in mobiliteit, de socio-economische verschillen tussen noord en zuid of oost en west, het wegvallen van grenzen, de toegenomen communicatie en informatie langs allerlei vormen van media en internet, toegenomen politieke

en sociale onrust binnen verschillende landen, falende overheden en georganiseerde mensenhandel die op een toegenomen vraag inspeelt, is het karakter van migratie de laatste decennia erg veranderd. Ook is hierdoor de omvang van migratie naar de westerse economisch beter gesitueerde landen de laatste decennia enorm toegenomen. Bovenstaande factoren hebben een wisselende invloed op de samenstelling van de groepen migranten die een betere toekomst opzoeken en daar veel voor over hebben.

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

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

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

Maar uiteindelijk hebben alle inwoners van dit land recht op een gelijk niveau en gelijke beschikbaarheid van zorg. Daarenboven is het belangrijk dat de zorg en zorgverleners rekening houden met specifieke

gezondheidsproblemen en risicofactoren bij specifieke populaties. Trouwens al het bovenstaande geldt evenzeer voor die groepen die met sociale uitsluiting bedreigd worden zoals daklozen en illegalen.

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

Extern beleid

Het beleid van de overheid bepaalt de aandacht voor bepaalde thema's en de daaruit voortvloeiende geldstromen voor onderzoek. In 2000 door de Raad voor de Volksgezondheid (RvZ) een advies uitgebracht 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' met 10 adviezen gaande van infrastructuur en diversiteitmanagement over opleidingen en allochtone zorgconsulenten tot overlegstructuren en categorale voorzieningen. De toenmalige minister onderscheidde de volgende prioriteiten: infrastructuur en centraal aanspreekpunt ontwikkelen; inschakelen van allochtone zorgconsulenten; stimuleren van onderzoek, ontwikkeling en monitoring; interculturalisatie van de opleidingen; intercultureel management en personeelsbeleid; de positie en inbreng van allochtone zorgvragers/ consumenten.

Op het gebied van de uitvoering werd oa. vanaf 2001 2,7 miljoen euro voor onderzoek, monitoring en ontwikkeling ter beschikking gesteld van ZonMw voor het opstellen van een programma 'Interculturalisatie van de zorg' met bijzondere aandacht voor vluchtelingen en asielzoekers. Er werd onder VWS-leiding een projectgroep 'Interculturalisatie van de zorg' opgericht die eind november 2001 met een Plan van aanpak uitkwam voor de structurele inbedding van de interculturalisatie. Het zwaartepunt van het Plan van aanpak ligt op het aanbod en de organisatie van de zorg.

Er worden dwarsverbanden gelegd met het beleidsterrein van de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV), met het plan van Aanpak over de Ouder wordende Migrant, met het Patiëntenfonds, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) en Seksespecifieke hulpverlening (Expertcommissie Sekse en Etniciteit).

De projectperiode loopt tot mei 2005. In 2002 is de projectorganisatie enkele onderdelen hiervan nader gaan uitwerken en is de leiding overgegaan naar

een extern voorzitterschap. In het antwoord van de minister in september 2002 in de Kamer, maakte hij duidelijk dat er op dat ogenblik geen rol was weggelegd voor ZonMw en dat voor 2003 de financiële middelen hiervoor zouden ontbreken. Begin 2003 zou de projectorganisatie met een voortgangsverslag komen maar tot heden is dit verslag uitgebleven. Het NWO/ZonMw onderzoeksprogramma 'Cultuur en Gezondheid' loopt eind 2003 ten einde en er zijn geen uitzichten op een nieuw onderzoeksprogramma op dit gebied.

Aan de commissie-Tabaksblat, die de financiering van de huisartsen bekijkt, werd gevraagd om de diversiteit van de zorgvragers hierbij te betrekken. In mei 2001 werd de Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid (commissie-Smeets) ingesteld die moet nagaan wat de invloed is van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen tot Nederland. Drie jaar na de invoering werd de Koppelingswet geëvalueerd. De effecten van deze wet op de gezondheidszorg zijn beschreven in een viertal rapporten (TNO PG en NIVEL). VWS organiseerde samen met de Cie-Smeets in november 2001 een invitationale conference om de stand van zaken van onderzoek naar kwaliteit en gebruik van zorg door illegalen en asielzoekers in kaart te brengen. Het rapport van deze Commissie is september 2003 nog steeds niet verschenen.

Uit het bovenstaande wordt het duidelijk dat Interculturalisatie van de zorg onder andere bij VWS sinds juni 2002 minder aandacht geniet en dus ook over minder middelen kan beschikken. Op gemeentelijk vlak en bij niet-gouvernementele organisaties daarentegen is dit helemaal niet het geval. Daar lijkt de aandacht voor deze problematiek juist toegenomen. Het blijkt uit de dagelijkse berichtgeving dat de interculturele maatschappij in al zijn aspecten een bron van zorg blijft en dus door het beleid niet genegeerd kan worden. 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 verder te ontwikkelen. De aandacht van het themagebied zal dan niet alleen gaan naar de grote migrantengroepen, maar ook naar vluchtelingen en asielzoekers ook al worden hun aantallen kleiner, en naar verschillende speciale doelgroepen. Gezien de huidige socio-economische en politieke situatie, en het in de toekomst mogelijk ontbreken van een specifiek onderzoeksprogramma zal het nodig zijn om het interculturele aandachtsgebied waar mogelijk onder te brengen in andere onderzoeksprogramma's. Hiervoor zal intensiever moeten worden samengewerkt met andere onderzoeksprogramma's binnen het NIVEL.

In het multiculturele veld zullen de krachten met verschillende organisaties gebundeld moeten worden om nieuw onderzoek binnen dit aandachtsveld binnen te halen en uit te zetten. Op die manier kan van verschillende expertises gebruik gemaakt worden. Aangezien er minder geld zal zijn, zal

het van alle partners veel creativiteit vragen om te komen tot financierbare onderzoeksvoorstellen en -activiteiten. Dit geldt evenzeer voor de samenwerking met ander onderzoeksgroepen: vaak wordt het onderzoek hier niet alleen beter en vollediger van, maar ook duurder.

Het lokale overheidsbeleid probeert greep te krijgen op de migratiestromen door strengere voorwaarden te stellen aan migrerende buitenlanders om zich in onze landen, in casu Nederland te vestigen. Zoals we recent hebben kunnen vaststellen heeft dit gewijzigde beleid op haar beurt een invloed op de omvang van migratie. Onderzoek in Europa wees wel uit dat migratiestromen naar de Europese landen zich steeds aanpaste aan het beleid en eigenlijk een soort communicerend vat is, waarbij migratiestromen steeds richten naar die landen die op een bepaald ogenblik het minst strenge beleid hebben. Wat de effecten van een toekomstig gemeenschappelijk Europees migratiebeleid zullen zijn valt nog af te wachten.

Beleid onderzoeksgroep op middellange termijn

Deze onderzoekslijn migranten/ speciale doelgroepen wil zich in eerste instantie richten op het zorggebruik en de zorgvraag vanwege verschillende groepen migranten. Is het mogelijk om de vraag naar zorg en specifieke noden te monitoren door een allochtoon patiëntenpanel? In welke mate kunnen allochtone zelforganisaties betrokken worden bij het opzetten van een onderzoeksagenda, het stellen van prioriteiten en het onderzoek zelf.

Hoe kunnen de gezondheidscultuur van allochtone patiënten en de gezondheidscultuur in dit land op elkaar afgestemd worden?

Aan de kant van het zorgaanbod werd de kwaliteit van zorg en werkbelasting van huisartsen in achterstandswijken onderzocht. De werklust van huisartsen voor asielzoekers in asielzoekerscentra is eveneens onderzocht, en is vergeleken met de werklust aan reguliere patiënten en vergelijkbare patiëntengroepen in de Tweede Nationale Studie. In welke mate kan er lering getrokken worden uit de ervaringen van huisartsen in asielzoekerscentra voor de zorg aan allochtone groepen in achterstandswijken?

Een derde thema wordt de nood aan interculturalisatie van de zorg: welke problemen ondervinden allochtone patiënten – migranten, asielzoekers, vluchtelingen en illegalen – van verschillende generaties, verschillende culturele achtergronden en in verschillende fases van acculturatie en integratie in het contact met de gezondheidszorg. Hoe gaat de gezondheidszorg zelf om met cultuurspecifieke problematiek op het niveau van communicatie, toegesneden zorgverlening, specifieke gezondheidsproblemen. Welke oplossingen kan de zorg aandragen om meer cultuursensitief te worden en in welke mate kunnen patiënten met deze achtergrond en hun sociale organisaties bij deze omslag betrokken worden? Hebben zorgverleners uit allochtone groepen of zorgverleners met een

multiculturele ervaring extra aandacht voor culturele aspecten in de zorgverlening?

Deze onderzoekslijn wil zich op termijn eveneens richten op het gebruik van de preventieve en reproductieve zorg, die deze doelgroep nog veel te weinig bereikt.

Onder speciale doelgroepen verstaan we tenslotte onder andere sociale achterstandsgroepen, illegalen en onverzekerden, niet-op-naam-ingeschrevenen (NONI's), kinderen en adolescenten, en ouderen. Aangezien gezondheidszorgaspecten bij sociale achterstandsgroepen gedeeltelijk overlapt met de problematiek op dit gebied bij allochtone populaties, richt deze onderzoekslijn zich verder eerst op deze achterstandsgroepen en sociale uitsluiting. Zoals eerder vermeld werd het gebruik en effect van het achterstandsfonds bij de districtshuisartsenverenigingen geëvalueerd. Gezien de huidige verslechterende economische situatie, het huidige 'sociale' beleid van het huidige kabinet/overheid en de toekomstige hervorming van de zorg kan het zijn dat toegankelijkheid en gelijkwaardigheid o.a. ook door privatisering onderdruk komen te staan zeker voor de 'niet-actieve' groepen in de samenleving (WAO, gepensioneerden, WW, bijstand, daklozen). Dit onderzoeksprogramma wil proberen of de evolutie op dit vlak te monitoren valt.

Onderzoek onder de overige doelgroepen zal gefaseerd ontwikkeld worden. Gezien de verminderde aandacht voor specifiek onderzoek naar interculturalisatie van de zorg, zal dit programma de aandacht voor dit thema trachten onder te brengen bij algemene subsidiekanalen. Waar nodig en waar nog weinig onderzoeksgegevens voorhanden zijn zodat de nood bestaat aan zowel explorerend als verklarend onderzoek, wil dit programma proberen om de onderwerpen multidisciplinair te benaderen. Daar kunnen epidemiologisch en sociaal wetenschappelijk, respectievelijk kwantitatief en kwalitatief onderzoek elkaar aanvullen en inspireren. Er zal tevens geëxploreerd worden in welke mate samenwerking met andere disciplines zoals demografen en sociale geografen een strategische optie kan zijn. Bestaande databanken binnen het NIVEL zoals de Tweede Nationale Studie, LINH en de peilstations zullen een grote bron blijven om verschillende onderzoeken op dit gebied - zelfs prospectief - op te zetten aangezien etniciteit van de patiëntenpopulatie in 2001 bij deelnemende huisartsen aan de NS2 werd geregistreerd.

Relationele ontwikkelingen

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat er zich afspeelt binnen het themagebied in Nederland en elders werden contacten gelegd met verschillende onderzoeksgroepen en werd er deelgenomen aan verschillende congressen en symposia gericht op 'Interculturalisatie van de zorg'. Contacten worden onderhouden met de afdeling Sociale Geneeskunde UvA,

met het Centrum voor Migratie en Gezondheid van het kind, Utrecht, met TNO Gezondheid en Preventie, met de Medische Antropologie UvA, de Erasmus Universiteit, Pharos (vluchtelingen) en de Rutgers-Nisso groep (Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek). We participeren in het PACEMAKER project (ZonMw/TNO) samen met Pharos, GGD Amsterdam, GGD Rotterdam, GGD Den Haag en WOK Maastricht. Naar aanleiding van een presentatie op uitnodiging op het Europese congres voor Medische Sociologen in Groningen in 2002, zijn er contacten met migrantenonderzoekers in verschillende Europese landen om de mogelijkheden te onderzoeken voor eventuele samenwerking. We nemen deel aan de begeleidingscommissies van twee onderzoeken naar vitamine D-gebrek onder allochtone vrouwen in Nederland door GGD-Den Haag en de Vrije Universiteit en van een onderzoek naar het effect van richtlijnen voor het samenwerken van sociale activeerders en zorgverleners in verband met de sociale activering van personen met chronische ziekten en handicaps.

Projecten in 2004

In de Tweede Nationale Studie werden 4 groepen allochtonen geïnterviewd naar gebruik van eerstelijnszorg om determinanten te vinden die het gebruik van deze zorg bepalen en eventueel verschillen ten opzichte van autochtone Nederlanders. In dit promotieonderzoek wordt naar verklaringen gezorgd voor verschillend zorggebruik, onderzoek verricht naar mogelijke verschillende zorgpatronen en een systematische review gedaan naar de bewijslast voor verklaringen van verschillend zorggebruik tussen migrantenpopulaties en autochtonen in westerse landen.

Een deel van de geïnterviewden zal benaderd worden om deel te nemen aan een panel waarin veranderingen in gezondheid in relatie met het proces van acculturatie opgevolgd zullen worden. Gegevens van de Tweede Nationale Studie zullen verder gebruikt worden voor een aantal bijkomende studies onder allochtone kinderen en onderzoek naar gezondheid en zorggebruik bij vluchtelingen.

Gezondheidsproblemen, hulpvraag en zorggedrag zullen eveneens bestudeerd worden bij asielzoekers en vluchtelingen in een samenwerkingsproject met de Vrije Universiteit. Het NIVEL is hier verantwoordelijk voor het onderzoek van het medische dossier. Gekeken wordt hoe de hulpvraag zich vertaalt in zorggebruik.

Ook op het vlak van methoden is interculturalisatie van belang: aan de hand van contactregistraties in de Tweede Nationale Studie zal gekeken worden of er een verband kan gelegd worden met het meten van ervaren gezondheid en of dit verschilt tussen verschillende groepen allochtonen en de autochtone populatie. Een andere vraag is hoe en waarom gegevens opgegeven door

geïnterviewden uit enquêtes verschillen van gegevens geregistreerd in contacten met de huisarts.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

- MIG 03.01 Dialysecentra en zorg aan onverzekerden en asielzoekers.
(afgerond)
- MIG 03.02 Werklast van doktersassistentietaken voor
praktijkverpleegkundigen op een asielzoekerscentrum.
(afgerond)
- MIG 03.04 Literatuuronderzoek naar kansen en belemmeringen voor
allochtone werknemers in de sector zorg en welzijn.
(afgerond)

Lopende projecten:

- MIG 99.01 Determinanten van verschillen in gebruik van huisartsenzorg
en ervaren kwaliteit van huisartsenzorg tussen alloctonen
en Nederlanders
(in uitvoering)
- MIG 00.08 Veranderingen in gezondheid, toegankelijkheid en kwaliteit
van zorg in relatie tot het proces van acculturatie
(in uitvoering)
- MIG 01.01 Monitoring van huisartsenzorg voor asielzoekers
(in uitvoering)
- MIG 02.01 Asielzoekers, vluchtelingen en hun minderjarige kinderen:
een epidemiologische studie naar gezondheidsproblemen,
hulpvraag en het zoeken naar hulp
(in uitvoering)
- MIG 02.02 Gebruik van huidbleekmiddelen onder allochtone populaties
in Nederland: onderzoek naar omvang en bijwerkingen
(in uitvoering)
- MIG 02.03 Welke structurele en socio-culturele determinanten zijn ge-
associeerd met ineffectief anticonceptiegedrag (en zwanger-
schappen) onder jonge Afro-allochtone tieners?
(in afwachting van subsidie)
- MIG 03.03 Een onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg aan
kinderen met astma, met speciale aandacht voor etnische
herkomst
(in uitvoering)
- MIG 03.05 Gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen
(in afwachting van subsidie)
- MIG 03.06 Verschillen ex-tropenartsen van hun collega's in het

- uitvoeren van huisartsenzorg?
(in afwachting van subsidie)
- MIG 03.07 Validering van de ervaren gezondheidsschaal bij vier groepen allochtonen in de huisartspraktijk
(in afwachting van subsidie)
- MIG 03.08 Toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van geïdentificeerde achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid achterstandswijken door de district huisartsverenigingen.
(in uitvoering)
- Nieuw**
- MIG 04.01 NI's (Niet op Naam Ingeschrevenen) in Nederland: hoe groot is deze groep en wat zijn de gevolgen voor de gezondheidszorg?
- Nieuw**
- MIG 04.02 Kwaliteit van de huisartsenzorg aan asielzoekers.
- Nieuw**
- MIG 04.03 Evaluatie van het screening/intake programma voor asielzoekers in de opvangcentra.
- Nieuw**
- MIG 04.04 Europese vergelijking van de normen voor de medische opvang van asielzoekers
- Nieuw**
- MIG 04.05 Discrepantie tussen zorgbehoefte en zorggebruik bij niet-westerse allochtonen
- p.m.**
- NS2 99.10 Ervaren gezondheid, morbiditeit en zorggebruik bij sociale achterstandsgroepen, incl. migranten
- V&V 02.05 Ontwikkeling en evaluatie van een intervisiemethodiek ten behoeve van allochtone cliënten in de extramurale zorg
- PSH 04.04 Praten over leefstijl en werk met allochtonen en autochtonen

2.2.15 Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg

De internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen heeft in de loop van de tijd belangrijke impulsen gekregen door gemeenschappelijke problemen van de westerse landen rond de verhouding van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegang tot de zorg. Geleidelijk aan maken facet-studies, die zich richten op een specifiek aspect van gezondheidszorgsystemen, plaats voor meer integrale studies waar de

vergelijking van de prestaties (de 'performance') van systemen centraal staat. Deze verschuiving komt naar voren in het World Health Report 2000 van de WHO en in daaruit voortvloeiende activiteiten van de OECD, maar ook van afzonderlijke landen. De discussie over de waarde van de prestatie-indicatoren die door de WHO werden gehanteerd geeft een impuls aan het onderzoek. Voor het NIVEL zijn daarbij interessante aspecten dat in de prestatie-indicatoren van gezondheidszorgsystemen gebruikersoordelen een belangrijke rol spelen en dat het denken in termen van prestatie-indicatoren ook binnen het Nederlandse beleid ingang heeft gevonden.

Naast gemeenschappelijke problemen van westerse landen zijn ook de historische parallellen interessant tussen de ontwikkeling van sociale verzekeringsstelsels in de eerste helft van de vorige eeuw en huidige ontwikkelingen in landen die nu een vergelijkbaar welvaartsniveau hebben. De afgelopen decennia is, ondanks krantenberichten over het tegendeel, de welvaart wereldwijd toegenomen en, daarmee direct samenhangend, zijn de gezondheidsindicatoren (sterftecijfers, levensverwachting) verbeterd. Veel meer landen dan vroeger komen in een stadium dat voorzichtig kan worden gedacht aan het opzetten van (in eerste instantie beperkte en bescheiden) stelsels van sociale zekerheid. De ervaringen die, met name in de eerste helft van de twintigste eeuw, daarmee zijn opgedaan, zijn, uiteraard mutatis mutandis, ook bruikbaar bij beslissingen die beleidsmakers in ontwikkelingslanden moeten nemen. Wat tot op zekere hoogte gold voor landen in Oost Europa en landen rond de Middellandse Zee, kan breder worden toegepast. Daarom zijn in het werkprogramma enkele projecten opgenomen, die verder weg spelen dan we tot dusver gewend waren.

De Europese integratie en een toenemende zorgconsumptie over de eigen landsgrenzen doen de noodzaak om de nationale zorgsystemen geleidelijk meer op elkaar af te stemmen toenemen. Daarbij bestaat vooral belangstelling vanuit landen als Duitsland en Frankrijk voor het Nederlandse systeem met huisartsen in een poortwachtersrol. Met deze wederzijdse belangstelling groeit ook de behoefte aan vergelijkbare gegevens over gezondheid en gezondheidszorg. Deze informatiebehoefte strekt zich ook uit tot de zogeheten pre-accessielanden in Midden en Oost Europa, die op korte termijn tot de Unie zullen toetreden. Ten slotte hebben de hervormingen in Oost-Europa, met steun van nationale overheden, de Europese Commissie en de Wereldbank, veel Westerse expertise aangetrokken, waarbij ook behoefte is aan betrouwbare informatie voor evaluatie en beleid.

Een voorwaarde voor het verrichten van internationaal vergelijkend onderzoek is de beschikbaarheid van informatie en documentatie, niet alleen in kwantitatieve zin, maar vooral ook informatie over institutionele regelingen (die veelal ontbreekt in de meer kwantitatieve databases), bij voorbeeld over de positie van huisartsen, de condities voor hun optimaal

functioneren en de relatie met de positie en organisatie van de specialistische zorg en de ziekenhuissector. In 2003 heeft het NIVEL het initiatief genomen tot de oprichting van een Genootschap voor Health Systems Research; in eerste instantie om expertise binnen Nederland bijeen te brengen en een forum voor discussie te bieden, maar op termijn zeker ook met een Europese invalshoek.

In het onderzoek van de structuur van de gezondheidszorg staan twee soorten vragen centraal:

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

Een voorbeeld van dit type onderzoek is de Europese Studie van Taakprofielen van Huisartsen, waarin de organisatie van de praktijk en de taakuitoefening van huisartsen in verband is gebracht met de kenmerken van het zorgsysteem in de verschillende landen.

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

Een derde functie van het internationaal vergelijkende onderzoek is die van ondersteuning van beleid. Voor het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg gaat het daarbij om de manier waarop vergelijkbare problemen in landen om ons heen worden opgelost. Op dit moment zijn capaciteitsproblemen, knelpunten in het verzekeringsstelsel en de vormgeving van vraaggestuurde zorg belangrijke problemen in het Nederlandse beleid. In onderzoek wordt gekeken hoe ons omringende landen dergelijke problemen oplossen. Daarbij is van cruciaal belang dat wordt geanalyseerd wat de condities zijn voor de werking van buitenlandse oplossingen in ons systeem.

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

De financieringsbron van internationaal vergelijkend onderzoek is een voortdurende zorg. Enerzijds is duidelijk dat op de wat langere termijn het zwaartepunt van de financiering van ons onderzoek verschuift naar de

Europese Unie. Anderzijds lijkt de EU, die haar R&D subsidieprioriteiten voor de komende jaren in het Zesde Kaderprogramma heeft vastgelegd, minder ruimte te bieden voor gezondheidszorgonderzoek dan in het eerdere kaderprogramma. De ervaring tot nu toe is dat het zeer moeilijk is om via de grote subsidierondes financiering voor vergelijkende studies van gezondheidszorgsystemen te verwerven. De komende tijd zal daarom meer worden geïnvesteerd in contacten met onderdelen van de EU. De verwachting is dat er kansen liggen op het gebied van onderzoek rond gebruikersoordelen, waarop het NIVEL ruime ervaring heeft, ook internationaal.

De voor 2004 geplande uitbreiding van de Unie met tien nieuwe lidstaten zal zeker een verhoogde vraag naar internationaal vergelijkende studies genereren. Bestaande studies die de huidige 15 lidstaten als onderwerp hebben, behoeven een 'update' en nieuwe studies naar de tien nieuwe leden (7) en de drie leden in de 'wachtkamer' (Bulgarije, Roemenië en Turkije). Voor het NIVEL is dit een goede gelegenheid om de studie 'Home care in Europe', daterend uit 1995, te herzien.

Onderzoek op het terrein van de surveillance op Europese schaal van infectieziekten via peilstationsprojecten wordt inmiddels gefinancierd. De contacten met deze peilstationsnetwerken kunnen wellicht ook worden gebruikt om informatie te verzamelen die gebruikt kan worden in onderzoek naar de vergelijking van systemen.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten:

INT 91.01 Taakprofielen van huisartsen in Europa (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

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

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

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

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

INT 03.01 De poortwachtersfunctie van huisartsen en zorggebruik

7 Estland, Letland, Litouwen, Polen, Hongarije, Tsjechië, Slowakije, Slovenië, Malta en Cyprus

- (in uitvoering)
- INT.03.02 Primary care in the Driver's seat?
(in uitvoering)
- INT.03.03 Toegankelijkheid en gebruik van zorgvoorzieningen in Ghana
(in uitvoering)
- INT 03.04 Preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk; een internationaalvergelijkende studie
(in uitvoering)
- INT03.05 Task profiles of GPs in Europe revisited
(in voorbereiding)
- INT 03.06 Follow- up study Eurocomm
(in uitvoering)
- Nieuw**
- INT 04.01 Huisartseninkomens internationaal vergeleken
(in uitvoering)
- Nieuw**
- INT 04.02 Poortwachtersfunctie en patiëntensatisfactie; een Europese vergelijking
(in uitvoering)
- Nieuw**
- INT 04.03 Toegankelijkheid van de gezondheidszorg, ziekteverzekering en economische groei; een vergelijkende studie in landen met een laag of middelinkomen (subsidieverwerving)
- Nieuw**
- INT 04.04 Randvoorwaarden voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde
(in voorbereiding)
- Nieuw**
- INT 04.05 Supporting the networks of competent authorities and working party leaders
(subsidie aangevraagd)
- p.m.**
- PEIL 95.01 The European Influenza Surveillance System (EISS)
- PEIL 02.01 Health information from primary care
- VRA 03.02 Internationale vergelijking publiek vertrouwen
- VRA 03.13 Orgaandonoren in Nederland en in 9 Europese landen
- VRA 04.05 Vraaggestuurdheid van de zorg in de landen van de EU
- BKP 04.01 Implementing the concept of Health Care Manpower in Member States on a prototype
- MIG 04.04 Europese vergelijking van de normen voor de medische

2.2.16 *Overige activiteiten*

Het NIVEL als Kennisinstituut

De moderne westerse samenleving is te karakteriseren als een kennismaatschappij. Hiermee wordt bedoeld dat voor een goed functionerende samenleving, mensen in hoge mate afhankelijk zijn geworden van kennis en informatie. Kennis en informatie zijn strategische goederen en een belangrijke hulpbron voor mensen op besluitvormende posities. Dat geldt zeker ook voor de gezondheidszorg. In de Nederlandse gezondheidszorg zitten op diverse plaatsen (overheid, beroeps- en koepelorganisaties, financiers en patiëntenorganisaties) mensen die aan de lopende band beslissingen moeten nemen ten aanzien van de structuur, de organisatie en het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg. Zij vormen de potentiële doelgroep van het NIVEL. Het NIVEL is een kennisinstituut vol met samenhangende, wetenschappelijke kennis over de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland en in Europa. Het NIVEL wil die kennis beter toegankelijk maken en beter bruikbaar, zodat NIVEL kennis een rol blijft spelen in de beslissingen die worden genomen over de Nederlandse gezondheidszorg. Dit is de doelstelling van het project NIVEL kenniscentrum.

PR/Persbeleid

Het persbeleid ondersteunt de statutaire taak van het NIVEL: het publiceren van onderzoeksresultaten van ieder onderzoeksproject. Dit gebeurt door van de afgeronde onderzoeksprojecten een toegankelijke samenvatting te maken en deze te presenteren op onze home page. Daarbij wordt verwezen naar de originele publicatie: een rapport is als pdf te raadplegen en een artikel is vaak te vinden als internet-link. Deze activiteiten dragen natuurlijk ook bij aan de naamsbekendheid van het NIVEL. Daarbij willen we vooral laten zien dat het NIVEL relevant onderzoek doet, waarbij vooral de feiten voorop staan. Dit gebeurt natuurlijk altijd in goed overleg met de opdrachtgever van een betreffend project. De laatste jaren heeft dit geleid tot een gestage toename van het aantal malen dat over NIVEL onderzoek wordt geschreven in de dagbladpers. De ambitie is meer dan wekelijks met nieuw NIVEL onderzoek naar buiten te komen op een dusdanige manier dat het met grote regelmaat wordt opgepikt door de Nederlandse dagbladpers.

Internet

Als eerst is veel energie gestoken in de ontwikkeling van een nieuwe website: een goed kanaal voor informatie vanuit het NIVEL naar buiten. De

NIVEL website is gestaag gegroeid, niet in het minst doordat steeds meer NIVEL onderzoeksresultaten op een kort en bondige manier worden gepresenteerd. Door de introductie van een Content Management Systeem zal het mogelijk blijven om te groeien. Ook het aantal bezoekers van de website is meegegroeid. De groei van de website noopt overigens tot een heroriëntatie op de manier waarop de informatie wordt aangeboden. Door de veelheid aan informatie is het soms lastig de juiste informatie te vinden. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor het komende jaar. Daarnaast zal de website een belangrijke rol krijgen in het toegankelijk maken van de resultaten van de tweede nationale studie, zullen enquêtes via de website kunnen worden afgenomen en zal op de website ruimte gemaakt worden voor de inrichting van virtuele kantoren waar onderzoekers in internationale samenwerkingsprojecten kunnen samenwerken. Vanwege het toenemende belang van Europa voor het NIVEL wordt gewerkt aan de uitbreiding van de Engelstalige website.

Kennismanagement

Daarnaast moet een slag gemaakt worden in het toegankelijk maken van de kennis die aanwezig is. Kenmerkende activiteiten worden gevangen onder het begrip kennismanagement. Toegang hebben tot en gebruik kunnen maken van informatie en gegevens die binnen het NIVEL en daarbuiten zijn opgeslagen wordt met de groei van de hoeveelheid informatie en gegevens een steeds lastiger zaak. Het is niet goed meer mogelijk om daarbij te vertrouwen op de kennis van enkele sleutelpersonen die weten waar welke informatie te vinden is. Ook is het noodzakelijk na te denken over effectieve manieren waarop de binnen het NIVEL beschikbare gegevens makkelijker toegankelijk kunnen worden gemaakt. Er wordt een start gemaakt met de ontwikkeling van methodieken om effectief en efficiënt gebruik te kunnen maken van gegevens die binnen het NIVEL, maar ook daarbuiten, beschikbaar zijn.

Overzicht van de projecten

Afgevoerde projecten

NKC 02.04 Implementatiemonitor 2 (afgerond)
NKC 03.01 Spiegelinformatie (afgerond)

Lopende en nieuwe projecten:

NKC 01.03 Participatie in het nationaal kompas volksgezondheid
 (in uitvoering)
NKC 02.01 www.NIVEL.nl
 (in uitvoering)
NKC 02.02 Kennismanagement

- (in uitvoering)
- NKC 02.05 Databank zorgvernieuwing op internet
(in uitvoering)
- NKC 02.06 Brancherapport Cure: ontwikkeling van een nieuwe opzet
(in uitvoering)
- Nieuw***
- NKC 04.01 Enquêteren via internet

3 Bibliotheek en Documentatie

Faciliteren van het proces van informatievoorziening

De primaire taak van de afdeling Bibliotheek en Documentatie is ondersteuning van het onderzoek van het NIVEL. De collectievorming en het bieden van toegang tot allerlei informatiebronnen is nauw verweven met de onderzoekslijnen van het NIVEL.

Daarnaast heeft de afdeling ook een belangrijke publieke functie: het toegankelijk maken en beschikbaar stellen van de vele publicaties op het brede terrein van gezondheidszorgonderzoek voor onderzoekers, zorgaanbieders, zorggebruikers, zorgverzekeraars en andere geïnteresseerden.

De papieren collectie bestaat uit ruim 71.000 titels van onderzoeksrapporten, handboeken, naslagwerken, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal. Voorts is er een abonnement op 75 buitenlandse, voornamelijk Engelstalige tijdschriften en op 72 Nederlandstalige tijdschriften.

De informatiebemiddelende rol van de afdeling krijgt steeds meer nadruk door de sterk toenemende digitalisering van de informatie en informatiebronnen: ondersteuning van de onderzoekers bij het vinden van informatie die intern en extern aanwezig is en het aanbieden van daarvoor benodigde voorzieningen als een goed ontsloten catalogus, een informatieplatform op het intranet, met toegang tot allerlei bibliotheekvoorzieningen, relevante websites, etc.

Van boeken op de plank naar elektronische documenten?

Hoewel de papieren collectie nog steeds de basis vormt voor de interne informatievoorziening, is de connectie, het opsporen en toegang geven tot externe literatuur- en databestanden, fulltext tijdschriften, websites, even belangrijk geworden. Dit heeft een extra impuls gekregen door de resultaten van een in 2003 gehouden gebruikersonderzoek.

Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is de geconstateerde behoefte aan thematisch geordende elektronische informatie van bijvoorbeeld

websites van organisaties die belangrijke documenten/informatie in elektronische vorm beschikbaar stellen. Deze wens past in de projecten die de afdeling reeds in ontwikkeling heeft, bijvoorbeeld de thematische ordening van informatiebronnen op het intranet. De verdere ontwikkeling van dit segment van het informatieplatform van de bibliotheek op het intranet zal krachtig ter hand genomen worden. Dit zal plaats vinden in een wederkerig proces met de specifieke onderzoeker of onderzoeksgroep die deskundig is op een bepaald themagebied.

In het verlengde hiervan past een aanpassing van het

collectievormingsprofiel of beter informatievoorzieningsprofiel.

Het huidige profiel dateert uit midden jaren negentig, opgesteld naar aanleiding van de missie-uitbreiding van het NIVEL. Sinds die tijd is de vorm van de informatievoorziening ingrijpend veranderd. Om de kwaliteit van de informatievoorziening te garanderen moeten voor de elektronische informatie criteria van inhoud, niveau, kosten en beschikbaarheid vastgelegd worden. Ook zal bepaald moeten worden welke informatie, basis/kerndocumenten, te allen tijde op papier beschikbaar moet blijven. Immers, de toegang tot en beschikbaarheid van elektronische documenten is nooit absoluut gegarandeerd.

Informatie genereert vraag naar informatie

De NIVEL-website (www.NIVEL.nl) is een zeer succesvol medium voor het NIVEL om informatie te verspreiden. De catalogus en thematische literatuurbestanden van de Bibliotheek maken onderdeel uit van de website. Bij bezoekers van de website ontstaat vaak behoefte aan meer informatie/literatuur over een bepaald onderzoeksthema waarin de catalogus vervolgens kan voorzien. Bezoekers kunnen via e-mail, kopieën bestellen en boeken/rapporten te leen vragen. De thematisch geordende websites zullen ook extern beschikbaar gesteld worden.

In samenwerking met het NIVEL-Kenniscentrum wordt een literatuurbestand ontwikkeld waarin alle niet-Nederlandstalige NIVEL-publicaties toegankelijk worden gemaakt. Speciaal hiervoor wordt een Engelstalige thesaurus ontwikkeld.

Thematische literatuurverzamelingen

De NIVEL-bibliotheek profileert zich al jarenlang als informatie-leverancier. Geen enkele bibliotheekcollectie is volledig. Voor het zoeken naar informatie rond een bepaald thema kan dat lastig zijn. In samenwerking met verwante instituten worden thematische literatuurbestanden onderhouden en beschikbaar gesteld. Het literatuurbestand Verpleging & Verzorging is een samenwerkingsproject van het NIVEL, LEVV (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging) en Prismant. De onderzoeksliteratuur rond het thema 'Kwaliteit van Zorg' is toegankelijk gemaakt in het literatuurbestand

‘Kwaliteitszorg’ en is een samenwerkingsproject van het NIVEL, Prismant en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Op een ander niveau zal de in de afgelopen jaren systematisch verzamelde en ontsloten literatuur ten behoeve van reviews en bibliografieën geïntegreerd worden in de thematische onderzoeksdossiers op de NIVEL-website.

Thesaurus Gezondheidszorg

Samenwerking op veel grotere schaal vindt plaats in het gemeenschappelijke ‘thesaurusproject’. NIVEL, Prismant, Trimbos-instituut, TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG), Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg stemmen sinds jaar en dag in een continu proces hun trefwoorden op elkaar af. Dit is van essentieel belang voor een uniforme en doelmatige toegang tot de enorme hoeveelheid gezondheidszorgliteratuur waarmee onderzoekers en beleidsmakers geconfronteerd worden. Elke twee jaar wordt een volledig geactualiseerde versie op papier en elektronisch uitgebracht.

De TG dient als basis voor de Engelstalige thesaurus die ontwikkeld wordt ten behoeve van de ontsluiting van de publicatiedatabase van niet-Nederlandstalige NIVEL-publicaties.

Overzicht van de projecten

Afgeronde projecten:

- BIDOC 03.01 Thematische literatuurverzamelingen
 - Bibliografie ‘Zeldzame ziekten’
 - Review ‘Verpleegkundig handelen bij smetten’
 - Review ‘Stimuleren van zelfredzaamheid’
- BIDOC 02.06 Bibliotheekbestanden op het internet

Lopende en nieuwe projecten:

Continue activiteiten

- BIDOC 95.02 Collectievorming
- BIDOC 95.03 Literatuurbestand Verpleging en Verzorging
 - Onderhoud en beheer
- BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg
 - Onderhoud en beheer
- BIDOC 97.01 Literatuurbestand Kwaliteitszorg
 - Onderhoud en beheer

Nieuw

- BIDOC 04.02 Ontwikkeling Engelstalige Thesaurus Gezondheidszorg

Thematische literatuurverzamelingen

BIDOC 02.01 Literatuurbestand Gezondheidsklachten na rampen

Nieuw

BIDOC 04.01 Searches ten behoeve van reviewartikelen 2004
Educating and counseling of children about physical health
Migranten: toegankelijkheid en gebruik van
zorgvoorzieningen
(in uitvoering)
Bibliografie 'Chronisch zieke kinderen' (in afrondende fase)
Bibliografie 'Lange termijn effecten van rampen' (in
uitvoering)

Nieuw

Sociaal- maatschappelijke participatie van mensen met
chronische nierinsufficiëntie (start)

Interne informatievoorziening

BIDOC 99.04 Ontwikkeling bibliotheeksegment van het NIVEL-intranet
(in ontwikkeling)

BIDOC 01.02 Testotheek (in uitvoering)

BIDOC 02.03 Toegang tot elektronische tijdschriften (in uitvoering)

BIDOC 03.02 toegang tot fulltext documenten (continue activiteit)

Externe informatievoorziening

BIDOC 02.04 Toegang tot internetbronnen (continue activiteit)

Nieuw

BIDOC 04.03 Bestand met (fulltext) engelstalige NIVEL-artikelen en
rapporten
(in ontwikkeling)

4 Algemene informatie

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

Management:

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

Programmaleiders:

Prof.dr. P.P. Groenewegen	Internationale vergelijking van systemen van gezondheidszorg (INT)
Vacature *	Relatie huisarts-specialist-ziekenhuis (HSZ)
Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit van de gezondheidszorg (SAM)
Dr. F.G. Schellevis, arts	Nationale Studie (NS2), Peilstations (PEIL), Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), Farmaceutische zorg (FARM)
Dr. J. IJzerman	Rampen
Dr. A.L. Francke	Verpleging en verzorging (V&V)
Dr. P.F.M. Verhaak	Eerstelijns en GGZ (GGZ)
Dr. L. Hingstman	Beroepen in de gezondheidszorg (BKP) en Verloskunde en Kraamzorg (VERL)
Dr. C.H.M. van den Ende	Paramedische zorg (PMED)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
Dr. D.M.J. Delnoij	Vraaggestuurde zorg (VRA)
Dr. W. Devillé	Migranten (MIG)
Dr. P.M. Rijken	Chronisch Zieken (CHR)
Dr.ir. R.D. Friele	Hoofd NIVEL Kenniscentrum (NKC)
R. van den Berg	Hoofd bibliotheek en documentatie (BIDOC)

* de themagebieden Huisarts-specialist-ziekenhuis en Kwaliteit en samenhang in de gezondheidszorg worden begin 2004 samengevoegd o.l.v. dr. C. Wagner.

Bestuur:**Leden**

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

*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

Adviseurs

F. Sanders, arts	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
vacature	Inspectie voor de Gezondheidszorg
S. Zum Vörde sive Vörding, verloskundige	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Dhr. H.J. Smid	Zon Mw
Mw. J.M.M. Willemse	Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden
Mw. dr. A. van den Brink-Muinen	Ondernemingsraad NIVEL

Hoe bereikt u het NIVEL

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

Per trein:

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

Per auto:

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