



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (*Werkplan 2006 deel 1, NIVEL 2005*) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Werkplan 2006**

### **deel 1**



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

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Inhoud

Voorwoord	5
<b>1 Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1 Algemene ontwikkelingen; <i>mogen we even afrekenen?</i>	6
1.2 Van beleid naar onderzoek en van onderzoek naar beleid	11
1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering	26
<b>2 Onderzoekslijnen binnen het werkplan</b>	<b>30</b>
2.1 Inleiding	30
2.2 De onderzoekslijnen	31
2.2.1 Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten	31
2.2.2 Vraaggestuurde zorg	37
2.2.3 Kwaliteit en organisatie in de cure en care	45
2.2.4 Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg	51
2.2.5 Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg	53
2.2.6 Beroepen in de gezondheidszorg	59
2.2.7 Huisartsgeneeskundige zorg	68
2.2.8 Monitoring gezondheidseffecten van rampen	75
2.2.9 Farmaceutische zorg	78
2.2.10 Verloskunde en kraamzorg	84
2.2.11 Paramedische zorg	89
2.2.12 Verpleging & verzorging	96
2.2.13 Het hulpverleningsproces; onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg	101
2.2.14 International and Migrant Health	108
<b>3 Bibliotheek en Kenniscentrum</b>	<b>120</b>
3.1 Bibliotheek en documentatie	120
3.2 Kenniscentrum	125
<b>4 Algemene informatie</b>	<b>128</b>



## **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 op aanvraag te verkrijgen en is natuurlijk ook te vinden op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).

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

# 1 Inleiding

## 1.1 Algemene ontwikkelingen; *mogen we even afrekenen?*

In 2006 zal de grootste operatie in vreedestijd rond de Nederlandse gezondheidszorg in uitvoering worden genomen. Het jaar 2006 is ook het eerste van de twee verkiezingsjaren, waarin het huidige kabinet tot op zekere hoogte zal worden afgerekend op zijn beleid. De kans dat de ‘kinderziekten’ van het nieuwe stelsel de uitslag van de gemeenteraadverkiezingen en, als ze niet tijdig en afdoende worden gerepareerd, ook de uitslag van de Tweede Kamerverkiezingen zullen beïnvloeden is niet denkbeeldig.

Dit betekent, dat de zwakkere punten van het nieuwe stelsel (het feitelijk gebruik van de zorgtoeslag, onbedoelde elementen in het keuzegedrag en in de keuzemogelijkheden van de verzekerden, de beheersbaarheid van de kosten van de zorg, de bedoelde en onbedoelde gevolgen van de stelselwijziging voor het huishoudbudget van diverse groepen burgers) scherp gemonitord dienen te worden opdat snelle reparatie mogelijk is. Het ware overigens verstandig om die tweede grote operatie: de transformatie van AWBZ naar WMO, niet parallel aan de eerste te laten verlopen en met de invoering te wachten tot de kruitdampen rond de stelselwijziging zijn opgetrokken.

Het is toch al nooit zo handig om teveel tegelijk overhoop te halen. Zo wordt nu de aandacht voor de stelselwijziging afgeleid door problemen rond de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties. In beginsel gaat het bij de DBC's om beleid met, oorspronkelijk, een breed draagvlak, waarbij de uitvoering kennelijk in een onbewaakt ogenblik uit de hand gelopen is. In plaats van enkele honderden DBC's zijn er meer dan 25.000 ontworpen, enerzijds tot frustratie van de behandelaars op de werkvloer; anderzijds komt de wens tot verfijning ook uit die hoek. Dat zijn toch de mensen die ook hun werkwijze moeten aanpassen aan het nieuwe stelsel en aan de gewijzigde machtsverhoudingen, vooral in relatie met de verzekeraars. Daar moeten beleidsmakers zuinig op zijn.

Verkiezingen zorgen ervoor dat politieke partijen gaan nadenken over de inrichting van de samenleving in het algemeen en van de gezondheidszorg in het bijzonder. De ene partij stelt zowel de patiënt als de professional centraal en beseft niet dat zoiets wel eens strijdig met elkaar kan zijn. Bijvoorbeeld bij het handhaven van de ‘poortwachtersfunctie’ van de huisarts. Een andere (grote) partij lijkt terug te komen op de toegenomen ‘afreken- en

registratiecultuur' in de gezondheidszorg en het onderwijs en benadrukt het belang van professionele inbreng van de besluitvorming.

De vraag is of de ontwikkelingen naar 'transparantie' en 'prestatie-indicatoren' nog wel terug te draaien zijn. Een pikant voorbeeld wordt gegeven door de minister van onderwijs, die onlangs aankondigde de administratieve lasten in haar sector te lijf te willen gaan met een nieuw monitor-systeem om deze lastendruk objectief te kunnen vaststellen. Het kabinet voert een activistisch beleid; het haalt, zoals gezegd, veel tegelijk overhoop.

Als reactie daarop zijn ook de programma's van bijvoorbeeld de oppositiepartijen activistisch; ook het ongedaan maken van maatregelen vergt op zijn beurt weer nieuwe, ingrijpende, maatregelen. De broodnodige rust op het beleidsterrein zal daarmee voorlopig niet terugkeren, welke vrome taal iedereen daarover moge uitslaan. Het enige dat helpt is nog niet definitieve voorgenomen veranderingen uitstellen of afstellen. Dus toch de WMO in de ijskast.

## **Constanten in het beleid**

### *1. 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 (vooral in Zuid Europa) ons hebben ingehaald.

Bestrijden van roken (blijven doorgaan, al wijzen de meest recente cijfers op een substantiële daling) en vooral het voorkomen dat jongeren beginnen te roken; bestrijden van excessief alcoholgebruik; bestrijden van overgewicht door het 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.

### *2. Europa.*

Het Europese Hof van Justitie behandelt de ene na de andere casus over de geldigheid van nationale afspraken inzake grenzen aan vergoedingen in de zorg. Daarbij doet het Hof soms verstrekkende uitspraken. Een mooi voorbeeld: een Nederlandse man lag in coma in een ziekenhuis; zijn familie

was op het spoor gekomen van een geavanceerde neurologische 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.

### *3. 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, al lijkt er recentelijk een lichtpuntje te ontwaren. Voor het eerst in tijden zijn de kosten van geneesmiddelen niet verder gestegen.

### *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

---

\* 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.



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.

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 even 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. 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. In Nederland zijn er teveel verschillende aansturingsniveaus in onze gedecentraliseerde bestuurscultuur. In Europa heeft men de 'assessment' (gelokaliseerd in het (Stockholmse) European Centre of Disease prevention and Control, ECDC) en het 'ingrijpen' (bij DG SANCO van de Europese Commissie te Luxemburg) gescheiden. Daarnaast zal het al lastig genoeg zijn om tijdig de juiste en volledige informatie van de verschillende lidstaten te krijgen.

Curieus rond het Nederlandse beleid is eigenlijk dat er zo weinig publieke

---

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

ophef is ontstaan over de (geringe) hoeveelheid op korte termijn beschikbare antivirale middelen. Nederland heeft onlangs, en dat is goed nieuws, een groot aantal doses bijbesteld; maar het is de vraag of die in het komende griepseizoen al beschikbaar zullen zijn (iederèen bestelt namelijk middelen bij die ene fabrikant). Als dat niet het geval is, heeft men alleen doses beschikbaar voor hulpverleners en ordehandhavers, zoals politie en militairen. Voor risicogroepen (bejaarden, chronisch zieken) zijn er op korte termijn geen of onvoldoende middelen beschikbaar. Er zijn felle maatschappelijke debatten gevoerd over minder cruciale zaken.

### **Gevolgen voor het onderzoek van het NIVEL**

De invloed van het kabinetsbeleid op het NIVEL-onderzoeksprogramma is duidelijk traceerbaar. Het is stelselwijziging voor en stelselwijziging na. Niet alleen het Consumentenpanel Gezondheidszorg (een steekproef van 1500 Nederlandse burgers) en het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (een panel van 2500 'heavy users' van gezondheidszorg), maar ook het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en het Landelijk Informatienetwerk Paramedische Zorg (LIPZ) geven een scherp beeld van de gedragingen van hulpvragers en hulp-aanbieders in de zorg onder invloed van sterk wijzigende omstandigheden. Het panel van chronisch zieken en gehandicapten is ook bij uitstek geschikt om de ombouw van de AWBZ naar WMO kritisch te volgen.

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

De nog steeds aanhoudende 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 'oude' 15 lidstaten van de Unie gaan, moeten up to date worden gemaakt. Het NIVEL-onderzoek 'Home care in Europe' is een voorbeeld. Daar wordt in 2006 concreet aan gewerkt.

In onderzoeksland is het goed merkbaar dat allochtonen van de agenda verdwenen zijn. Budgetten voor onderzoek worden beperkt; programma's niet verlengd. Beleidsmakers onderdrukken een geeuw als onderzoek naar cultuurverschillen in de gezondheidszorg aan de orde is. Asielzoekers zijn in aantal sterk teruggelopen. De noodzaak voor medische opvang neemt daarmee automatisch af. Toch jammer voor het onderzoek. Het medische opvangmodel voor asielzoekers (met een voorselecterende rol van de praktijkverpleegkundige) biedt, incidenten ten spijt, interessante perspectieven voor de huisartsenzorg in het algemeen. Datzelfde voorbeeld wordt gevonden bij de rol van de verpleegkundige in de medische zorg voor gevangenen. Ook hier heeft het NIVEL onderzoek verricht.

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 jaren van groot 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 2.2.6 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. Eigenlijk zijn ‘worst practices’ leerzamer dan ‘best practices’. Ook de invloed van Europese regelgeving op het Nederlandse beleid (vooral van basale economische regels over het vrije verkeer van personen, goederen en diensten) wordt nauwgezet gevolgd. Het huidige hybride karakter van de zorgverzekering (een mengeling van publieke (dat wil zeggen algemene en verplichte) verzekering en private uitvoering) valt, Europees gezien, buiten de gebaande wegen en zal ook met argusogen worden gevolgd.

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

De knellende arbeidsmarktproblematiek, zowel in sectoren met een lange planningshorizon zoals het opleiden van medisch specialisten, als in de meer kortcyclische functies zoals verzorgenden en ziekenhuishulpen wordt nauwkeurig gevolgd. Kennis over de demografische opbouw van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg is daarvoor onontbeerlijk.

De steeds belangrijker wordende rol van zorggebruikers in de zorg wordt gevolgd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Patiëntenpanel Chronisch Zieken dat uitgebreid met Gehandicapten, vanaf 2005 het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NGPC) is gaan heten. Vooral het Consumentenpanel levert vitale informatie over de ‘burger als

verzekerde'. Kwaliteit van zorg vanuit het gezichtspunt van de zorggebruikers vormt een constant aandachtsgebied in 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\*.

---

\* 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

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 gedeponeerd: 'NIVEL; Netherlands institute for health services research' en 'NIVEL-international' met het oog op onze voorgenomen internationale expansie.

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

1. het veld van aanbieders van de gezondheidszorg (specialisten, huisartsen, 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.

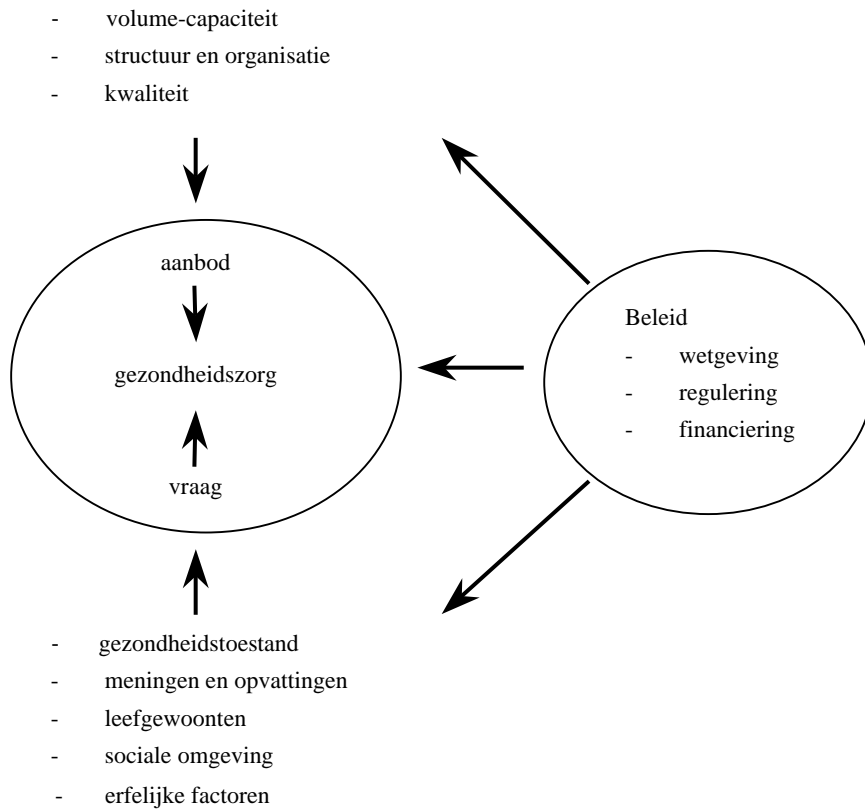
### **Het onderzoek van het NIVEL: Gezondheidszorgonderzoek/Health Services Research**

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).

---

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.

### 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' 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, opgericht samen met de Consumentenbond.

Een belangrijk punt is, dat de NIVEL-registratiesystemen en databanken nooit op zichzelf staan; ze zijn altijd ingebed in een onderzoeksprogramma, omdat alleen in de wisselwerking tussen databank en onderzoek de registratiesystemen flexibel blijven. Het voorkomt het ontstaan van datakerkhoven; gebruik van de gegevens is altijd gegarandeerd.

Toegang tot de gegevens door derden is soms in handen van het NIVEL zelf, maar vaker mede in handen van de belangrijkste bij de gegevensproductie betrokken partijen. Een florerend poldermodel maakt echter dat de feitelijke toegang weinig belemmeringen kent.

De registratiesystemen en databanken laten zich in schema 2 weergeven;

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 is één bijzondere databank. Het betreft een verzameling van in de loop der tijd (de eerste banden dateren uit 1976) op video opgenomen consulten (nu meer dan 15.000 stuks) vooral van huisartsen, maar ook van specialisten, die de basis vormen van een solide en innovatief onderzoeksprogramma (de databank Communicatie In de Zorg - CIZ). We zullen de systemen hieronder bespreken:

Schema 2: **Registratiesystemen en databanken op het NIVEL**

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Registratie van beroepsgroepen</i>				
<b>Huisartsen (1974)<sup>1</sup></b>	alle huisartsen die beroepsopleiding hebben voltooid	VWS activiteiten-subsidie	steekproeftrekking voor: - onderzoek - statische overzichten - beschrijving beroepsgroep	vestiging, vertrek, behoefteramingen, beroepenstudies, substitutie, modelbouw in de gezondheidszorg
<b>Verloskundigen (1980)</b>	alle verloskundigen			
<b>Fysiotherapeuten (1994)</b>	alle fysiotherapeuten			
<b>Ergotherapeuten (1995)</b>	alle ergotherapeuten	beroepsvereniging		
<b>oefentherapeuten cesar/mensendieck (2001)</b>	alle werkzame oefentherapeuten	beroepsorganisatie		
<b>Kinderartsen (1997)</b>	alle kinderartsen	beroepsvereniging		nog te starten
<i>Panels van beroepsgroepen</i>				
<b>Verpleegkundigen en verzorgenden (2001)<sup>2</sup></b>	steekproef van 800 verpleegkundigen en verzorgende	VWS via LEVV en AVVV	regelmatige peilingen naar beroepsuitoefening en werkbeleving	

<sup>1</sup> Het jaartal betekent: bestaat sinds ...

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

	omvat	financiering	direct gebruikt voor	onderzoek naar
<i>Panels van zorggebruikers</i>				
<b>consumentenpanel gezondheidszorg (1992)</b> <sup>3</sup>	steekproef van 1500 burgers	VWS, activiteiten-subsidie	halfjaarlijkse metingen	vertrouwen in de gezondheidszorg, relatie met zorgverzekeraars, wetsevaluatie
<b>Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (1998/2005)</b>	steekproef van 2500 chronisch zieken en gehandicapten, grotendeels gevonden via huisartspraktijk	ministeries SoZa We VWS project-subsidie	vaste peilingen over maatschappelijke positie en ziekte beleving evaluaties gezondheidszorg	omgaan (coping) met chronisch zieken veel specifiek onderzoek per ziekte
<i>Registratie van aandoeningen en verrichtingen</i>				
<b>LINH Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (1996)</b> <sup>4</sup>	In 80 huisartspraktijken bij 195.000 patiënten, alle voorkomende ziekten en verrichtingen	VWS activiteiten-subsidie	jaarlijks rapport 'Staat van de huisartszorg'	2 <sup>e</sup> nationale studie van aandoeningen en verrichtingen (60 projecten), veel geneesmiddelenonderzoek, kwaliteit van zorg
<b>Peilstations (1970) wordt samengevoegd met LINH</b>	65 huisartsen in 44 praktijken	VWS project-subsidie	jaarcijfers	
<b>LIPZ landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg (2000)</b>	diagnose en behandeling in 40 praktijken	VWS project-subsidie	jaarrapporten	kwaliteit van zorg, richtlijnen, evaluatie beleidsmaatregelen
<b>Databank Communicatie in de zorg (1976)</b>	15.000 arts-patiënt consulten op video	VWS activiteiten-subsidie		veel promotieprojecten, onderzoek t.b.v. praktijk en beleid (bv. naar de WGBO)

<sup>3</sup> Met Consumentenbond

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

### **Toekomstige ontwikkelingen.**

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

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

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

Bij de *panels van zorggebruikers* kan men denken aan uitbreiding met extra groepen; bij het Consumentenpanel gezondheidszorg bijvoorbeeld aan bepaalde leeftijdsgroepen (een seniorenpanel, een kinderpanel, een migrantenpanel). Bij het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten zijn al afspraken gemaakt over uitbreiding naar mensen met beperkingen (gehandicapt) en op termijn patiënten uit de GGZ. Op ingenieuze wijze kunnen bijvoorbeeld organisaties van bepaalde patiëntengroepen (astma- en COPD-patiënten; nierpatiënten) aansluiten bij het PPCZ om door het afnemen van dezelfde vragenlijsten tot vergelijkende conclusies te komen.

Bij *Peilstations en LINH* ligt de uitdaging ten eerste in het samenvoegen van de twee registratienetwerken in één elektronisch geheel. Dit project is in 2005 begonnen.

Het *LINH*-netwerk heeft grote mogelijkheden. Eén van de doelen van de integratie van peilstations en LINH is om de snelheid van de peilstations (wekelijkse overzichten) te combineren met het gemak van de elektronische registratie. Als dat is gerealiseerd kunnen de gegevens worden gebruikt voor allerlei soorten surveillance en monitoring met een sterk public health karakter. Dat loopt van de surveillance van infectieziekten tot het signaleren van mogelijke bioterroristische activiteiten (syndroom surveillance).

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 2007 weer van start moeten gaan. Voor 2006 is een pilotstudie gepland. *LIPZ*; het landelijk Informatiesysteem Paramedische Zorg, heeft, op bescheidener schaal, een zelfde potentieel. Met het verdwijnen van een groot deel van de fysiotherapie en oefen therapie 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. Een definitief (en positief) besluit hierover is in 2005 genomen. De ontwikkelingen binnen de fysiotherapie en oefen therapie kunnen blijvend worden gevolgd.

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

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

Hoewel het NIVEL veel waarde hecht aan het opzetten en instandhouden van landelijke representatieve informatiesystemen op het terrein van de gezondheidszorg, heeft het zeker niet de pretentie het enige instituut te zijn met een landelijke informatiefunctie op dit terrein. Dat zou niet alleen op gespannen voet staan met de realiteit van dit moment, waar meerdere organisaties nuttige kennisfuncties vervullen maar is als ambitie nodig noch wenselijk. De uitbreiding van het werkterrein van het NIVEL naar de gehele (somatische) gezondheidszorg, zonder een daarmee gepaard gaande structurele uitbreiding van de kennisinfrastructuur noopt tot een zekere

bescheidenheid en vraagt om inventiviteit teneinde de landelijke kennisfunctie op dit bredere werkterrein op een innovatieve en efficiënte wijze te kunnen vervullen. Het NIVEL streeft er niet naar om alle informatiesystemen in eigen huis te krijgen, maar zoekt naar strategische allianties met anderen om de noodzakelijke kennis in samenhang te kunnen produceren.

Een belangrijke 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 bestaat er al jarenlang een goede samenwerking tussen de bibliotheken van de nationale instituten op het terrein van de gezondheidszorg. Ook bij het produceren van de 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 care policy’

ook maakt dat deze informatie wel degelijk wetenschappelijk gefundeerd moet zijn. Deze paradox leidt bij veel mensen tot de verzuchting: 'kennis is er genoeg, maar waar is het overzicht?' Het is ook duidelijk dat met de huidige kennisexplosie geen enkele organisatie meer de pretentie heeft op zijn eentje overzicht te houden over alles wat er gebeurt. Een dergelijke claim is op voorhand tot mislukking gedoemd. Er moet dus naar andere wegen gezocht worden om de verspreid aanwezige informatie te systematiseren, synthetiseren en overzichtelijk te houden. Daarnaast is het van groot belang dat de informatie die wordt geproduceerd ook goed wordt ontsloten. Het is belangrijk om hierbij niet alleen gebruik te maken van de klassieke routes, maar ook gebruik te maken van nieuwe media en 'de pers'. Hier ligt voor het NIVEL een belangrijk terrein voor verdere innovatie. Er moet gezocht worden naar nieuwe vormen van kennismanagement, waarbij de klassieke onderzoeksfunctie, de klassieke statistische functie, en de klassieke bibliotheek- en documentatiefunctie meer met elkaar worden geïntegreerd, en tevens - meer dan voorheen - de blik gericht wordt op informatie die elders wordt geproduceerd en ofwel via samenwerkingsprojecten, ofwel via het world wide web beschikbaar is en hanteerbaar kan worden gemaakt.

Het NIVEL beschikt met [www.NIVEL.nl](http://www.NIVEL.nl) over een bruikbaar instrument voor het verspreiden van onderzoeksresultaten via het internet. Een stijgend aantal bezoekers weet deze site te vinden. In de maand september van 2005 lag het aantal bezoekers van buiten het NIVEL op gemiddeld 824 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. 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. In 2005 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, Publieke Gezondheidszorg, Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie, 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 Arcare (Ouderenzorg). Ook zorgverzekeraars en patiënten - en consumentenorganisaties horen tot de vaste gesprekspartners in deze consultatieronde. Tenslotte genereert het lopende onderzoek eveneens vervolgvragen. Voor een goede wetenschapsontwikkeling is het van belang dat onderzoekers hun werk kunnen verdiepen. Het is een beetje een karikatuur dat een onderzoeksrapport wordt afgesloten met de roep om 'meer onderzoek', maar het valt niet te ontkennen, dat het opwerpen van nieuwe vragen een essentieel kenmerk van het wetenschappelijk bedrijf is.

Daarnaast 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 werkkerrein 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 2005 een jaaromzet van ongeveer 12 miljoen euro opleverden, waarvan ongeveer een kwart als basissubsidie van het ministerie van VWS werd ontvangen. Medio 2005 telde het NIVEL ongeveer 200 medewerkers, van wie een 100-tal onderzoekers

#### *Van basissubsidie naar activiteitensubsidie*

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

1. een aantal concrete activiteiten, vooral rond databestanden en registratiesystemen:
  - i. Beroepenregistratie
  - ii. Consumentenpanel gezondheidszorg
  - iii. LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg)
  - iv. Databank Communicatie in de zorg
  - v. Kenniscentrum en Bibliotheek
2. strategisch onderzoek en wetenschappelijke verdieping ('vrije onderzoeksruimte')
3. matching (bij financiering van projecten die niet een integrale kostprijs vergoeden).

De onder de categorie 'concrete activiteiten' vallende projecten zijn in schema 2 (zie blz. 16, 17) grijs gerenvoierd.

In hoofdstuk 2.2.5 vindt men de projecten rond de beroepenregistraties; deels rechtstreeks door VWS gefinancierd, deels door derden betaald op basis van de bestaande kennisinfrastructuur.

In hoofdstuk 2.2.2 (vraaggestuurde zorg) vindt men de projecten rond het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In de hoofdstukken 2.2.7 (Huisartsenzorg), 2.2.8 (Gezondheidszorg bij Rampen) en 2.2.9 (Farmaceutische Zorg) wordt op grote schaal gebruik gemaakt van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg.

De toepassing van de databank Communicatie in de Zorg vindt men in hoofdstuk 2.2.13, terwijl in hoofdstuk 3 respectievelijk de Bibliotheek en documentatie en het Kenniscentrum aan de orde komen.

### **1.3 De inhoud van het werkprogramma: continuïteit en verandering**

*Verandering 1: van aanbod naar vraag*

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

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

Onder punt één; de zorgvrager als consument wordt onderzoek gedaan naar het 'vertrouwen in de zorg', naar de 'consument als verzekerde' en naar 'bekendheid met nieuwe beleidsmaatregelen, wetten en voorschriften'. Een belangrijke rol in het onderzoek speelt het 'Consumentenpanel gezondheidszorg', een 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 Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaande uit 2500 uit de administratie van huisartsen gelichte patiënten met diverse chronische aandoeningen, aangevuld met personen met een handicap uit diverse bronnen afkomstig. In het onderzoek staan drie vragen centraal:

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

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. En 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. Op het NIVEL zijn in 2005 de thema's Migranten en Internationaal onderzoek samengevoegd tot het themagebied "Migrant and international health"

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

Het NIVEL kan snel 'uitrukken' om door middel van onderzoek een beleidsvraag te beantwoorden; dat is altijd een sterk punt geweest. Toch verschuift ook hier het accent van ad-hoc onderzoek naar het raadplegen van permanente databases, die als monitorinstrument fungeren. In paragraaf 1.2 is al een uitgebreide opsomming gegeven van de registratiesystemen en databases op het NIVEL. Zowel het Consumentenpanel Gezondheidszorg als het Nationaal panel van Chronisch zieken en Gehandicapten zullen naast het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg zullen ingezet worden om een breed scala van effecten van de stelselwijziging van de gezondheidszorg in kaart te brengen. Dit is het meest in het oog springende doel waarvoor de NIVEL-databases in 2006 en verder zullen worden gebruikt.

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 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  $\pm 10$  jaar, is nodig om het werk van de huisarts te blijven monitoren.

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.

## **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; nu met het accent op patiëntveiligheid
- 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: 2006 is de 37e jaargang. Inmiddels is het peilstationsproject geïntegreerd met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Binnen dit elektronische netwerk blijft het echter wel zijn specifieke functie vervullen: informatie verzamelen ten behoeve van het volksgezondheidsbeleid, die niet routinematig uit elektronische huisartsendossiers kan worden verkregen. Men denke daarbij aan lichaamsmateriaal, aanvullende vragenlijsten en informatie over onderwerpen die buiten de huidige classificatiesystemen vallen. Verandering en continuïteit zijn, dat moge duidelijk zijn, met elkaar verbonden. Door onderzoek te herhalen en tijdreeksen aan te leggen worden trends zichtbaar in de ontwikkeling van de gezondheidszorg en is er pas echt sprake van 'voortschrijdend inzicht'. De continuïteit van het peilstationsproject is gelegen in zijn continue flexibiliteit.

## 2 Onderzoekslijnen binnen het werkplan

### 2.1 Inleiding

Het onderzoeksprogramma van het NIVEL is te ordenen in een aantal onderzoekslijnen; die terug te vinden zijn in het schema op bladzijde 14.

#### *Zorgvraag*

- Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten
- Vraaggestuurde zorg

#### *Beleid en organisatie*

- Kwaliteit en organisatie in de cure en care

#### *Beleid en regelgeving*

- Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg

#### *Zorgaanbod*

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

#### *Zorgproces*

- Het hulpverleningsproces; onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg

#### *Systeem van gezondheidszorg*

- International and migrant health

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 *Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten*

#### *Beleidsontwikkelingen*

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 evenzeer voor andere doelgroepen met langdurige gezondheidsproblemen zoals mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking. 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) ondergebracht bij de Directie Gehandicaptenbeleid. Op het gebied van de inkomensondersteuning is de afgelopen jaren intensief samengewerkt door de ministeries van VWS, SZW en Financiën. Samenwerking vindt eveneens plaats aan de zijde van de belangenorganisaties. Dit komt tot uiting in de - uit een fusie tussen de Gehandicaptenraad en het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken ontstane - Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Tevens is een aantal categoriale collectebusfondsen de afgelopen jaren intensiever gaan samenwerken. Tegelijkertijd met de erkenning van een gemeenschappelijke problematiek, 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.

In 2006 zullen grote veranderingen gaan plaatsvinden, zowel in de zorg als op het gebied van de sociale zekerheid. Wat de zorg betreft staat de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet centraal. Voor mensen met een chronische ziekte of handicap is dit een belangrijk gegeven, omdat zij – zoals hierboven reeds genoemd – vaak langdurig van zorg afhankelijk zijn. De gevolgen van de stelselwijziging voor deze doelgroep dienen dan ook nadrukkelijk in kaart te worden gebracht. Daarnaast staat de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) op stapel. Indien de Wmo doorgaat, zullen enkele wettelijke regelingen hierin worden ondergebracht, zoals de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de Welzijnswet. Bovendien is het kabinet voornemens om de AWBZ-gefinancierde huishoudelijke zorg over te hevelen naar de Wmo. Belangenorganisaties van chronisch zieken en gehandicapten zijn terughoudend, omdat zij bezorgd zijn dat AWBZ-rechten verdwijnen en de uitvoering van de Wmo straks per gemeente kan verschillen. Tenslotte gaat in 2006 nog een andere grote verandering plaatsvinden: de vervanging van de WAO door de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Alleen mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt worden verklaard komen dan nog in aanmerking voor een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering (regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten); mensen die gedeeltelijk en/of tijdelijk arbeidsongeschikt worden verklaard vallen straks onder de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten (WGA), die een reïntegratiepakket en een tijdelijke uitkering als loonsuppletie biedt. Vooruitlopend op de invoering van de WIA worden sinds oktober 2004 alle uitkeringsgerechtigden (WAO, WAZ en Wajong) jonger dan 50 jaar herbeoordeeld volgens strengere criteria. Voor mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen deze ontwikkelingen grote gevolgen hebben voor hun inkomenssituatie en hun maatschappelijke participatie.

#### *Onderzoek binnen het themagebied*

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 compensatieregelingen, zoals de regeling voor buitengewone uitgaven (Wet inkomstenbelasting) of – straks – de zorgtoeslag. Om ondergebruik te voorkomen, is inzicht vereist in de redenen of oorzaken van het niet-gebruik door chronisch zieken en gehandicapten. Deze kunnen gelegen zijn in onbekendheid met de regeling, administratieve hobbels, principiële bezwaren, etc. Deze voorbeelden onderstrepen de beleidsmatige relevantie van het themagebied; zeker ook voor de komende jaren, wanneer de nieuwe Zorgverzekeringswet, de WIA en mogelijk ook de Wmo zullen worden ingevoerd.

De invoering en de gevolgen van de nieuwe Zorgverzekeringswet, de Wmo en de WIA zullen worden gemonitord binnen het onderzoeksprogramma Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG; CHR 05.01). Dit panel is een landelijk representatief panel van circa 3.800 mensen met een somatische chronische ziekte of handicap. In het NPCG worden op continue wijze beleidsrelevante gegevens verzameld over de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte of handicap, hun ervaringen in de gezondheidszorg en hun maatschappelijke positie, waaronder hun financiële situatie, arbeidsparticipatie en sociale participatie/vrijtijdsbesteding. Andere thema's zijn mobiliteit, vervoer en wonen. Bij de opzet en uitvoering van het NPCG wordt door het NIVEL samengewerkt met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), dat de tweejaarlijkse Rapportage gehandicapten uitbrengt waarvoor ook NPCG-data worden gebruikt. Het NPCG wordt met subsidie van de ministeries van VWS en SZW uitgevoerd. De CG-Raad is betrokken bij de inhoudelijke programmering van het onderzoek bij dit panel. Parallel aan het NPCG, zijn enkele ziektespecifieke panels in uitvoering of in voorbereiding (zie CHR 05.02, CHR 06.04 en CHR 06.07). Deze ziektespecifieke monitors worden met subsidie van enkele categoriale gezondheidsfondsen gerealiseerd en dienen in de eerste plaats ter ondersteuning van de beleidsontwikkeling door deze fondsen en de met hen samenwerkende patiëntenorganisaties.

In 2005 is tevens de Monitor maatschappelijke participatie van mensen met een chronische ziekte of handicap van start gegaan (CHR 06.01). Deze monitor wordt met subsidie van het ministerie van VWS uitgevoerd en heeft tot doel om de ontwikkelingen in de participatie van chronisch zieken en gehandicapten binnen diverse domeinen (onderwijs, werk, wonen, vervoer/mobiliteit, vrije tijd, en goederen en diensten) te volgen, evenals de daarmee gepaard gaande ondersteuningsbehoeften. Gegevens voor deze monitor worden verzameld in het NPCG (somatisch chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten) en in samenwerking met het SCP worden tevens de mogelijkheden van dataverzameling binnen bevolkingsonderzoek nagegaan. Bovendien is ter verkrijging van informatie over de participatiemogelijkheden en -behoeften van verstandelijk gehandicapten een nieuw panel opgezet (CHR 06.02). Dit panel zal in 2006 bestaan uit circa 900 mensen met een verstandelijke beperking en/of hun vertegenwoordigers. Evenals het NPCG, biedt ook dit panel de mogelijkheid om gegevens te verzamelen ter beantwoording van andere beleids- en wetenschappelijke vragen. In 2006 zal het onderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking met behulp van dit panel worden uitgebouwd. Tevens staat een deelpanel van mensen met chronische psychische klachten of psychiatrische aandoeningen op de agenda (CHR 02.01).

De huidige panels beperken zich vooralsnog tot mensen met een chronische ziekte of handicap 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 chronische zieke kinderen en jongeren. Zo is in het verleden onderzoek verricht naar de sociaal-maatschappelijke positie van jongeren met chronische spijsverteringsziekten. Onlangs zijn de jongeren die vijf jaar geleden ten behoeve van dit onderzoek geënquêteerd zijn opnieuw bevraagd, teneinde de lange-termijn gevolgen voor deze jongeren in kaart te brengen (CHR 04.05). In 2006 zullen de resultaten van dit vervolgonderzoek worden gerapporteerd. Tevens is een bibliografie over de zorg- en leefsituatie van chronisch zieke kinderen en jongeren samengesteld. 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).

## Overzicht van de projecten

### Afgevoerde projecten:

- CHR 88.01 Vragen over AIDS  
(dit project wordt voortgezet als PEIL 06.02)
- CHR 02.03 Rapportage kerngegevens artrose  
(geen subsidie verkregen)
- CHR 02.04 Maatschappelijke en sociale participatie van jongeren met  
astma  
(geen subsidiemogelijkheden)
- CHR 03.06 Monitoring HIV- en SOA-gerelateerde hulpvragen bij de  
huisarts  
(afgerond)
- CHR 04.03 Toepassing van genetische kennis: opvattingen en  
ervaringen van chronisch zieken  
(afgerond)
- CHR 04.04 Ontwikkeling en effectiviteit van een ziekte overstijgend  
ondersteuningsprogramma voor mensen met een zeldzame  
aandoening  
(geen subsidiemogelijkheden)
- CHR 05.03 Zorg- en maatschappelijke situatie van (ex-)kankerpatiënten  
in Nederland: feiten, ervaringen en ondersteuningsbehoeften  
(afgerond)
- CHR 05.06 Haalbaarheidsstudie panel mensen met verstandelijke  
beperkingen  
(afgerond)

### Lopende en nieuwe projecten:

- CHR 98.01 Panel chronisch zieke kinderen  
(in voorbereiding)
- CHR 02.01 Haalbaarheidsstudie panel mensen met chronische  
psychische klachten  
(in voorbereiding)
- CHR 04.05 Lange termijn-gevolgen van IBD bij jongeren  
(in uitvoering)
- CHR 04.06 Omgaan met co-morbiditeit  
(in voorbereiding)
- CHR 05.01 Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

- (in uitvoering)
- CHR 05.02 Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en COPD – fase 2
- (in uitvoering)
- CHR 05.04 Kwaliteit van leven van mensen met de ziekte van Addison, AGS of het syndroom van Cushing
- (in uitvoering)
- CHR 05.05 Arbeidsparticipatie van nierpatiënten: de rol van ziektepercepties en overprotectie  
(in afwachting van subsidie)
- Nieuw**
- CHR 06.01 Monitor maatschappelijke participatie van mensen met een chronische ziekte of handicap  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- CHR 06.02 Panel van mensen met een verstandelijke beperking en hun vertegenwoordigers  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- CHR 06.03 Determinanten van ziekteverzuim bij mensen met astma en COPD  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- CHR 06.04 Mensen met diabetes aan het woord ('diabetespanel')  
(in voorbereiding)
- Nieuw**
- CHR 06.05 Coördinatie en afstemming van de zorg voor mensen met een chronische ziekte of handicap  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- CHR 06.06 Shared decision-making in de zorg voor chronisch zieken  
(in voorbereiding)
- Nieuw**
- CHR 06.07 Nationaal Panel Kanker  
(in voorbereiding)
- Nieuw**
- CHR 06.08 Sociaal-wetenschappelijk onderzoek vanuit het perspectief van nierpatiënten

(in afwachting van subsidie)

**Nieuw**

CHR 06.09 Evaluatie stelselwijziging in Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten  
(in voorbereiding)

*p.m.*

FARM 04.03 Polyfarmacie bij somatisch chronisch zieken

GGZ 05.02 Onbegrepen Chronische Klachten

V&V 05.07 De aansluiting tussen de zorgbehoefte, zorgvraag en de geïndiceerde en geleverde zorg van chronisch zieken voorafgaande aan de invoering van de WMO

V&V 06.04 Analyses van niet-acute sterfte

### 2.2.2 *Vraaggestuurde zorg*

#### *Algemene ontwikkelingen*

Op 1 januari 2006 is het zover. Dan wordt de nieuwe Zorgverzekeringswet van kracht. Die wet wordt ingevoerd als onderdeel van een breder overheidsbeleid dat gericht is op het meer vraaggericht en vraaggestuurd maken van de zorg. De sturing van de zorg komt daarbij meer en meer op afstand van de overheid 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 gereguleerde 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, bijvoorbeeld over de ervaringen van patiënten / consumenten met de ontvangen zorg. Die informatie wordt onder meer verzameld in het Consumentenpanel Gezondheidszorg en diverse andere projecten op het themagebied.

*Monitoring effecten stelselherziening in het Consumentenpanel:*

Met het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen met en meningen van consumenten over 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 Consumentenpanel Gezondheidszorg biedt unieke mogelijkheden voor het monitoren van de effecten van de stelselwijziging. De peiling van oktober 2005 kan worden gezien als een laatste voormeting voordat de nieuwe Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 daadwerkelijk ingaat. De peiling in april 2006 zal vooral gaan over de eerste ervaringen met de wet en de feitelijk gemaakte keuzen door consumenten. De peiling in oktober 2006 zal een herhaling bevatten van de vragen over zorggebruik gesteld in de voormeting van oktober 2005, in combinatie met het meetinstrument vertrouwen in de gezondheidszorg. De vraagstellingen in het Consumentenpanel zullen worden afgestemd op vragen die in peilingen van het National Panel Chronisch zieken en Gehandicapten worden gesteld en vice versa. Daardoor zal het mogelijk zijn de effecten van de stelselwijziging bij ‘gewone’ consumenten en bij chronisch zieken en gehandicapten met elkaar te vergelijken.

*Activiteiten:*

De twee reguliere peilingen van het Consumentenpanel (april en oktober) zullen in 2006 gewijd worden aan de ervaringen van consumenten met diverse aspecten van de stelselwijziging en aan de beeldvorming die hierover bij consumenten bestaat. In de peilingen komen onderwerpen aan de orde als:

- Kennis van consumenten over het verzekeringsstelsel (algemeen, en specifiek voor wat betreft de no claim regeling en de zorgtoeslag);
- Wisselen van zorgverzekeraar (wie doet het? waarom (niet)? op grond van welke informatie? etc.);
- Keuze voor verschillende polisvormen (met en zonder aanvullende verzekering, met en zonder eigen risico, naturasysteem of restitutie etc.);
- Huidige en verwachte zorgconsumptie onder invloed van no claim en/of eigen risico;
- Opvattingen over verwachte en onbedoelde effecten van de stelselwijziging (bijvoorbeeld keuzevrijheid, inzicht in kwaliteitsverschillen tussen aanbieders en verzekeraars etc.).

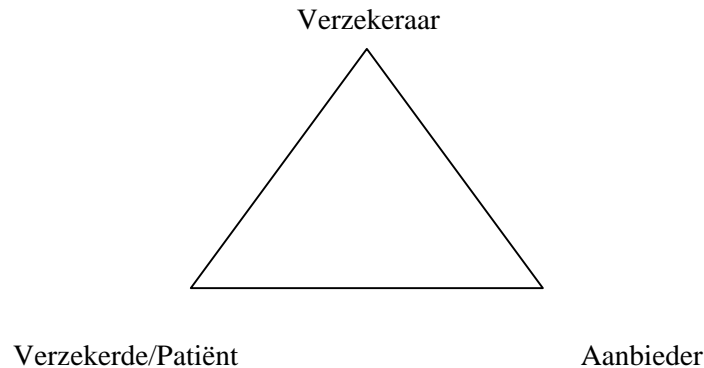
*Producten:*

Over de peilingen van het Consumentenpanel zal worden gerapporteerd in de vorm van factsheets, (wetenschappelijke) artikelen en presentaties (bijvoorbeeld in de serie MC<sup>2</sup> van de directie Markt en Consument van het Ministerie van VWS). Factsheets zijn gepland over (1) de kennis van consumenten over het verzekeringsstelsel; (2) wisselen van verzekeraar en keuze van polis; (3) verwachte en feitelijk opgetreden consumptie-effecten. Over deze onderwerpen zal daarnaast in 2006 een internationale wetenschappelijke publicatie worden voorbereid.

Naast monitoring van de effecten van de stelselherziening is - voor een goede werking van de markt - 'vergelijkende warenonderzoek' nodig van de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit vergelijkend onderzoek vraagt om standaardisatie van methodieken voor het meten van prestaties. Bij de ontwikkeling van nieuwe meetinstrumenten voor consumentenervaringen wordt daarom binnen dit themagebied nadrukkelijk gestreefd naar standaardisatie van vragenlijsten en meetmethoden.

*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 of andere hulpverlener 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, de WMCZ maar ook de WMO zijn er alle op gericht om de positie van patiënten te versterken.

Deze wetten zijn gericht op het vergroten van de mogelijkheden voor wat Hirschman (al) in 1969 aanduidde als “voice”. “Voice” is gedefinieerd als iedere poging om een ongewenste toestand (in dit geval in het gezondheidszorgsysteem) te veranderen, door individuele of collectieve actie gericht tegen het bevoegde management, of door het invoeren van een hogere autoriteit of door het mobiliseren van de publieke opinie. “Voice” is de enige manier waarop cliënten hun ongenoegen kenbaar kunnen maken over geleverde producten of diensten in markten waarop de “exit” optie (het overstappen naar een andere aanbieder) niet voorhanden is.

Sinds het einde van de jaren negentig is het beleid van de overheid echter ook expliciet gericht op het vergroten van de mogelijkheden tot “exit” in de Nederlandse gezondheidszorg. Er is 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 (bijvoorbeeld op [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl)) zou patiënten beter in staat kunnen stellen om te kiezen tussen zorgaanbieders. NIVEL-onderzoek draagt bij aan het verzamelen, beoordelen en presenteren van dergelijke keuze-informatie.

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. Het NIVEL ontwikkelt daarvoor 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 meetinstrumenten voor consumentenervaringen ontwikkeld. Daarbij wordt voortgebouwd op de QUOTE methode, maar wordt in toenemende mate ook aangesloten bij de Amerikaanse CAHPS-systematiek (waarover hieronder meer).

Het NIVEL participeert daarnaast sinds een aantal jaren in diverse benchmarktrajecten. Daarin worden instrumenten toegepast die een sterke verwantschap vertonen met de QUOTE-meetinstrumenten. 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 klanteneoordelen 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 in toenemende mate 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. Daarbij wordt gebruik gemaakt van meetinstrumenten die zijn afgeleid van de Amerikaanse CAHPS-vragenlijsten (Consumer Assessment of Health Plan Surveys). CAHPS-meetinstrumenten bestaan uit modulair opgebouwde schriftelijke vragenlijsten waarin zowel vragen zijn opgenomen over de gecontracteerde zorgaanbieders als over de verzekeraar zelf. Het meetinstrument is opgesteld in samenwerking met onder andere de RAND Corporation en Harvard; het is gevalideerd en wordt in de VS op grote schaal gebruikt, zowel door en voor commerciële ziektekostenverzekeraars, non-profit plans, en managed care plans, waaronder ook Medicaid en Medicare. In Nederland worden op CAHPS gebaseerde vragenlijsten inmiddels gebruikt door een stichting van vier verzekeraars en in het grootschalige onderzoek voor het actualiseren van consumentenervaringen met verzekeraars (VRA06.01). Het NIVEL is betrokken bij de ontwikkeling van op CAHPS gebaseerde vragenlijsten voor de Nederlandse markt. Daarbij wordt samengewerkt met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

#### *Verzekeraars-Aanbieders*

Tot op heden maken ziekenfondsverzekerden nog weinig gebruik van de mogelijkheid om van ziekenfonds te wisselen. Op jaarbasis stap 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 blijkbaar 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.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

- VRA 03.08 Verwachtingen van klagers bij klachtbehandeling (WKCZ)  
(afgerond)
- VRA 04.06 Evaluatie van de Wet op het Medisch Onderzoek  
(afgerond)
- VRA 04.08 Benchmark zorgkantoren: fase 4 cliëntenraadpleging  
(afgerond)
- VRA 05.03 Inventarisatie best practices cliëntondersteuning  
(afgerond)
- VRA 05.04 Prestatie-indicatoren consumentenperspectief  
(afgerond)
- VRA 05.06 Orgaandonatie  
(afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

- VRA 86.01 Consumentenpanel Gezondheidszorg  
(continue activiteit)
- VRA 03.01 Publiek vertrouwen in de gezondheidszorg  
(in uitvoering)
- VRA 04.03 Cliënttevredenheid in de verstandelijk gehandicaptenzorg:  
ontwikkeling van een meetinstrument  
(in uitvoering)
- VRA 04.05 Euro-QUOTE: European assessment of the Quality Of  
health systems Through the consumers' Eyes

	(in voorbereiding)
VRA 05.01	Vorbereiding ZVS III (in uitvoering)
VRA 05.02	Oordeel van AGIS-verzekerden over maagzuurremmers (in uitvoering)
VRA 05.05	Benchmark Thuiszorg III (in uitvoering)
VRA 05.07	Ontwikkeling CAHPS-meetinstrumenten voor de Nederlandse markt (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.01	Actualiseren consumenteninformatie over de ervaringen van verzekerden (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.02	Naar een lokale vraag-aanbod analyse monitor (VAAM) (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.03	Ontwikkeling van prestatieindicatoren voor de openbare gezondheidszorg (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.04	Evaluatie opsporingsprogramma familiale hypercholesterolomie (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.05	Oordeel van Agis-verzekerden over fysiotherapie (in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA 06.06	Oordeel van verzekerden over de zorg rond depressie en angststoornissen (in voorbereiding)
<b>Nieuw</b>	
VRA 06.07	Van Benchmarkgegevens naar keuzeinformatie voor consumenten (in voorbereiding)
<b>Nieuw</b>	
VRA06.08	De agenda van de patiënt

	(in uitvoering)
<b>Nieuw</b>	
VRA 06.09	Evaluatie stelselwijziging in Consumentenpanel (in uitvoering)
<i>p.m.</i>	
CHR 06.02	Panel van mensen met een verstandelijke beperking en hun vertegenwoordigers
CHR 06.04	Mensen met diabetes aan het woord ('diabetespanel')
CHR 06.07	Nationaal Panel Kanker
CHR 06.08	Sociaal-wetenschappelijk onderzoek vanuit het perspectief van nierpatiënten
VERL 06.02	Kwaliteit van verloskundige zorg en kraamzorg vanuit cliëntenperspectief
PSH 06.02	Net of ik niks zelf kan. Onderzoek naar beleid, praktijk en voorkeuren ten aanzien van rollen en verantwoordelijkheden in de (zelf)zorg voor adolescenten met type 1 diabetes

### 2.2.3 *Kwaliteit en organisatie in de cure en care*

#### *Algemene ontwikkeling*

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 in ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorgverlening.

Speerpunten in het themagebied zijn:

#### *Landelijk kwaliteitsbeleid*

1. Onderzoek naar de state-of-the-art van kwaliteitssystemen en doorbraakprojecten
2. Onderzoek naar de ontwikkeling van kwaliteitsmanagement in Europa
3. Onderzoek naar de haalbaarheid van zorgketencertificatie

#### *Ziekenhuiszorg (cure)*

4. Onderzoek naar patiëntveiligheid in ziekenhuizen

5. Onderzoek naar (de effecten van) het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten

*Langdurige zorg (care)*

6. Onderzoek naar risico-indicatoren
7. Organisatieverandering, vraaggerichtheid en effectiviteit van zorg
8. Onderzoek naar implementatie(strategieën) van kwaliteitsmanagement;

*Landelijk kwaliteitsbeleid*

Met de kwaliteitsbrief eind 2002 van staatssecretaris Ross heeft het landelijke kwaliteitsbeleid een nieuwe impuls gekregen met een minder vrijblijvende aanpak. Het programma "Sneller beter" voor ziekenhuizen en medisch specialisten is hiervan het eerste zichtbare resultaat. Een vergelijkbaar programma is ook in ontwikkeling voor de care sectoren. Met aanzienlijke financiële middelen ondersteunt het Ministerie van VWS de sector met een kwaliteitsbeleid dat gebaseerd is op benchmarking, prestatie-indicatoren en verbeterprojecten voor de patiëntveiligheid en de logistiek in ziekenhuizen.

Het onderzoek binnen het themagebied volgt al sinds jaren de ontwikkeling van het landelijke kwaliteitsbeleid. Met grootschalige metingen in 1995 en 2000 is de tijd weer rijp voor een meting in 2005 die laat zien welke effecten het nieuw ingezette landelijke kwaliteitsbeleid heeft opgeleverd. Door de nieuwe stand van zaken te vergelijken met de resultaten uit 1995 en 2000 kan tevens meer inzicht worden verkregen in de verschillende beleidsstrategieën van de overheid. De informatie die binnen de onderzoeken wordt verzameld, kan tevens door zorgaanbieders worden gebruikt om zichzelf te vergelijken met andere zorgaanbieders. Patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars kunnen zien welke kwaliteitsactiviteiten in een sector gebruikelijk zijn.

Alhoewel nog lang niet alle zorginstellingen gecertificeerd zijn, is wel een groeiend aantal instellingen ermee bezig. In hoeverre hierbij steeds meer gebruik wordt gemaakt van de certificatieschema's van de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeleid Zorgsector (HKZ), is niet bekend. Wel maken de veranderingen in de organisatie en samenwerking tussen zorgaanbieders het noodzakelijk dat meer aandacht wordt besteed aan het de mogelijkheid tot ketencertificatie.

Ook volgend jaar zal verder gewerkt worden aan het verstevigen van de banden met onderzoekers uit andere Europese landen. Er worden

voorbereidingen getroffen voor een internationaal vergelijkend onderzoek naar het nationale kwaliteitsbeleid en de implementatie van kwaliteitsmanagement in 10 Europese landen.

### *Ziekenhuiszorg*

Veiligheid en patiëntenlogistiek staan in Nederland hoog op de politieke agenda. In buitenlandse studies is gebleken dat grote aantallen patiënten schade oplopen tijdens de behandeling in een ziekenhuis of zelfs voortijdig overlijden. Deze schade is in sommige gevallen toe te schrijven aan een complicatie of de risico's van de behandeling, maar in andere gevallen terug te voeren op ongewenste effecten in het zorgproces of bij de uitvoerend hulpverlener. In welke mate deze ongewenste effecten in Nederland voorkomen en wat de aard en omvang van de schade voor patiënten is, is niet bekend. Mogelijke schade kan onder meer bestaan uit een langer verblijf in het ziekenhuis, blijvende gezondheidsschade en in het uiterste geval voortijdig overlijden. Om schade voor patiënten te beperken is meer inzicht nodig in de oorzaken van ongewenste effecten en de mogelijkheden voor preventie.

Samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft de Orde van Medisch Specialisten een voorstel aan het ministerie van VWS gedaan om te komen tot een basaal onderzoek naar het voorkomen van gezondheidsschade ten gevolge van medisch handelen. Het veiligheidsonderzoek wordt uitgevoerd door het Instituut voor Extra Muraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) van de VUmc te Amsterdam in samenwerking met het NIVEL. In het programma 'Sneller Beter' kunnen de uit het onderzoek voortkomende adviezen worden omgezet in verbetermaatregelen en het ontwerpen van veilige systemen, waardoor fouten worden voorkomen of niet meer leiden tot (onherstelbare) schade.

In een vooronderzoek wordt gewerkt aan een begrippenkader patiëntveiligheid, meetinstrumenten voor een epidemiologische studie en het inventariseren van succesvolle binnen- en buitenlandse verbeterinitiatieven.

Naast het op de organisatie van het ziekenhuis gerichte kwaliteitsbeleid dat door de Raad van bestuur wordt gestimuleerd, ontwikkelen groepen medisch specialisten rondom specifieke patiëntencategorieën eigen kwaliteitssystemen. Een goed voorbeeld hiervan is het kwaliteitssysteem neuromodulatie dat door anesthesiologen en neurochirurgen is ontwikkeld. Om het kwaliteitssysteem hanteerbaar te houden zal het komende jaar gewerkt worden aan de verbetering en verfijning van het systeem.

### *Langdurige zorg*

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 nadrukkelijk gericht op implementatie en het zichtbaar maken van resultaten. Zorgaanbieders zijn op zoek naar betrouwbare prestatie- of risico-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 komende jaar zal verder gewerkt worden aan de onderbouwing van risico-indicatoren voor de care sectoren.

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. Twee GGZ regio's zijn als voorlopers bezig een set uitkomstindicatoren te implementeren. Zij worden hierin gesteund door meeliftregio's die tijdens doorbraakbijeenkomsten op de geplande aanpak reflecteren. Het gezamenlijk optrekken werkt stimulerend.

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.



Het themagebied wil het inzicht in de meest effectieve kwaliteitsmethoden bevorderen. In dat kader zal een vergelijking worden gemaakt van de resultaten van gecertificeerde instellingen ten opzichte van niet gecertificeerde instellingen. 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:**

- KOCC 05.01 Voorfase Patiëntveiligheid in Nederland  
(afgerond)
- KOCC 03.04 Implementatie kwaliteitsinstrumenten in 2 GGZ-regio's  
(afgerond)
- KOCC 01.01 Kwaliteitsmanagement in Europa  
(afgerond)
- KOCC 01.05 De invloed van de organisatie van zorg op de kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen  
(afgerond)
- KOCC 01.02 De bijdrage van cliëntenraden aan het kwaliteitssysteem en de kwaliteit van zorg van instellingen  
(is uitgevoerd in het kader van KOCC 01.05)
- KOCC 05.05 Onderbouwing risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening  
(afgerond)

#### **Lopende en nieuwe projecten:**

##### *Landelijk kwaliteitsbeleid*

- KOCC 00.02 Regionale samenwerking in de gezondheidszorg  
(in afwachting van subsidie)
- KOCC 03.06 Evaluatie landelijke kwaliteitsbeleid: patiëntveiligheid, vermijdbare kosten en vraaggerichtheid  
(in voorbereiding)

##### *Ziekenhuiszorg (cure)*

- KOCC 03.05 Preventie van risico's door samenwerking in de keten  
(in voorbereiding)
- KOCC 05.02 Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland

- (in uitvoering)  
KOCC 05.03 Verfijning kwaliteitssysteem Neuromodulatie  
(in uitvoering)  
KOCC 05.04 Organisatorische veranderingen in het ziekenhuis en de  
verdeling van de verantwoordelijkheden tussen management  
en medische staf  
(in uitvoering)

*Langdurige zorg (care)*

- KOCC 03.07 Organisatieveranderingen en vraaggerichtheid  
(in voorbereiding)  
KOCC 04.01 Sociale netwerken en prestaties van organisaties: een studie  
in verpleeghuizen  
(in afwachting van subsidie)  
KOCC 04.02 Evaluatie van doorbraakprojecten in verpleeghuizen  
(in voorbereiding)  
KOCC 05.06 Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in  
verpleeg- en verzorgingshuizen  
(in uitvoering)  
KOCC 05.07 Monitoring bevolkingsonderzoek en preventieprogramma's  
(in uitvoering)  
KOCC 05.08 Neonatale screening op phenylketonurie, congenitale  
hypothyreoïdie en het adrenogenitaal syndroom  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- KOCC 06.01 Onderbouwing risico-model voor de langdurige  
zorgverlening  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- KOCC 06.02 Kwaliteit van leven van cliënten in verpleeg- en  
verzorgingshuizen: het toetsen van meetinstrument  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- KOCC 06.03 Kwaliteit van leven: een belangrijke pijler in het  
benchmark onderzoek?  
(in uitvoering)

*p.m.*

PMED 00.03	Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)
MIG 04.02	Kwaliteit van de huisartsenzorg aan asielzoekers.
BKP 95.09	Behoefteraming medisch specialisme
BKP 01.01	Jaarlijksoverzichtsstudie ten behoeve van het Capaciteitsorgaan
VRA 05.01	Vorbereiding ZVS III
VRA06.03	Ontwikkeling van prestatieindicatoren voor de openbare gezondheidszorg
GGZ 06.03	Gezonde verlichting in gebouwen
LINH 06.04	Het meten van de kwaliteit van het elektronisch medisch dossier
VERL 06.02	Kwaliteit van verloskundige zorg en kraamzorg vanuit cliëntenperspectief

#### **2.2.4 Evaluatie wet- en regelgeving in de gezondheidszorg**

Dit nieuwe themagebied gaat in op de effecten van het beleidsinstrument wetgeving in de gezondheidszorg. Bij het vormgeven van beleid speelt wetgeving een zeer grote rol. Wetten zijn één van de structurerende componenten in de gezondheidszorg. In dit themagebied wordt direct de relatie gelegd tussen de introductie van een wet en de impact hiervan in de gezondheidszorg.

In toenemende mate wordt in wetten de bepaling opgenomen dat deze na verloop van tijd moeten worden geëvalueerd. Dit geldt ook voor wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Wetgeving is over het algemeen een langdurig proces.. Het NIVEL heeft de laatste jaren geparticipeerd in de evaluatie van verschillende gezondheidszorgwetten. De start lag bij wetgeving die direct gericht is op het waarborgen van patiëntenrechten, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de Wet op het Medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Inmiddels is sprake van enige verbreding, wat blijkt uit de betrokkenheid bij de evaluaties van de Wet inzake de Bloedvoorziening (Wibv) en de Wet op de Orgaandonatie (WOD). In de evaluaties wordt samengewerkt met universitaire

onderzoekers gezondheidsrecht, van bijvoorbeeld de Universiteit Amsterdam, de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Universiteit Maastricht. De bijdrage vanuit het NIVEL komt doorgaans uit de empirie: wat zijn de gevolgen van de wet voor de praktijk, zoals onderzoek naar de effecten van de WOD op het aantal orgaandonaties.

In dit themagebied zal het accent blijven liggen op de 'patiëntenwetten'. Dit betekent dat getracht zal worden om verder onderzoek te doen op het thema klachtrecht. Ook het voorgenomen project over patiëntenrechten binnen de staat van de gezondheidszorg van de IGZ past hierbij. Daarnaast zal worden voortgebouwd op de min of meer reguliere wetsevaluaties. Het komende jaar zullen in ieder geval twee wetsevaluaties centraal staan. In de derde evaluatie van de WOD zal ingegaan worden op de impact van het geïntensiveerde VWS-beleid op dit terrein, de rol van nabestaanden en de rechtvaardige verdeling van donororganen. Ook is een projectvoorstel opgesteld voor de evaluatie van de wet medische keuringen. Tenslotte is het voor een instituut als het NIVEL vitaal om ook onderzoek te doen naar de impact van de stelselwijziging. Op dit moment is het onduidelijk hoe dit vorm gaat krijgen. Wel is duidelijk dat de onderzoeksinfrastructuur van het NIVEL bij uitstek geschikt is om te dienen als uitgangspunt voor monitoring en evaluatie van deze stelselwijziging. Ter voorbereiding van een rol van het NIVEL bij deze monitoring en evaluatie wordt gestart met een Coördinatieproject voor de evaluatie van de Zorgverzekeringswet.

### **Overzicht van de projecten**

#### **Lopende en nieuwe projecten:**

WET 06.01 Verwachtingen van klagers bij klachtbehandeling (WKCZ)  
(in uitvoering)

**Nieuw**

WET 06.02 Derde evaluatie van de wet op de orgaandonatie  
(In uitvoering)

**Nieuw**

WET 06.03 Tweede evaluatie van de wet Medische Keuringen  
(werving subsidie)

**Nieuw**

WET 06.04 Patiëntenrechten in de staat van de gezondheidszorg 2006  
(in uitvoering)

## **Nieuw**

WET 06.05 Coördinatie van de evaluatie van de stelselwijziging (in uitvoering)

*p.m*

V&V05.07 De aansluiting tussen zorgbehoefte, zorgvraag en de geïndiceerde en geleverde zorg van chronisch zieken voorafgaand aan de invoering van de WMO

CHR 06.09 Evaluatie stelselwijziging in NPCG

VRA 06.09 Evaluatie stelselwijziging in Consumentenpanel

LINH 06.02 Monitoring effecten wijziging zorgverzekeringsstelsel op huisartsenzorg

PSH 06.07 De stelselwijziging in de spreekkamer

### **2.2.5 Relatie eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg**

#### *Beleids- en veldontwikkelingen*

De belangrijkste beleidsontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg is de stelselwijziging die per 1 januari 2006 definitief zijn beslag zal krijgen. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat GGZ-zorg voor het grootste deel van de AWBZ naar het basispakket of de aanvullende verzekering zal worden overgeheveld en dat kortdurende psychologische hulpverlening deel zal uitmaken van het basispakket aan zorg waaraan iedere verzekerde rechten kan onttelen. Daaruit vloeit direct voort dat diagnose-behandel combinaties ook voor de GGZ ontwikkeld moeten worden en dat ook generieke activiteiten als het geven van consultatie binnen een dergelijke DBC-systematiek moeten worden ingepast. De mate waarin daarvoor creatieve oplossingen gevonden worden, zal bepalend zijn voor het de continuering van de consultatieve activiteiten die in de afgelopen jaren een bijdrage hebben geleverd aan een betere samenhang tussen eerste en tweede lijn. In zijn algemeenheid geldt dat in een aantal opzichten de GGZ in de eerstelijns sterker is geworden, maar de komende jaren zal moeten blijken of deze versterking ook zonder overheidssteun in de vorm van gesubsidieerde activiteiten gehandhaafd zal blijven.

In 2005, het laatste jaar dat men verwachtte dat deze activiteiten (ondersteuning samenwerking binnen de eerstelijns, consultatieregeling, kwaliteitsprojecten) nog door VWS gesubsidieerd zouden worden, is vooral

energie gestoken in de toekomstige consolidatie ervan. Consultatieprojecten worden in veel gevallen als reguliere activiteit gecontinueerd door ze een plaats binnen het nieuwe financieringsstelsel te geven. Ondersteunende activiteiten worden zoveel mogelijk ondergebracht bij de nieuwe regionale ondersteuningsstructuren (ROS) die thans van de grond aan het komen zijn. Voor het gezondheidszorg onderzoek naar de GGZ in de eerstelijns is het van wezenlijk belang om zo goed mogelijk zicht te blijven houden op de mate waarin deze activiteiten gecontinueerd worden en, meer in het algemeen, om zicht te blijven houden op de capaciteit, de samenwerking en de verwijsstromen binnen de eerstelijns GGZ. Dit belang wordt nog groter nu de GGZ ook door de stelselwijziging veranderingen zal ondergaan. Daarom neemt de monitoring van gegevens omtrent de eerstelijns GGZ een belangrijke plaats in in ons werkplan.

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 zijn. Multidisciplinaire richtlijnen rond depressie en angst zijn het afgelopen jaar beide afgerond en gepresenteerd. Er zijn echter aanwijzingen dat de kloof tussen richtlijn en de dagelijkse praktijk in de eerstelijns groot is. Doorwrochte en grootschalig opgezette interventiestudies om richtlijnen depressie in de huisartspraktijk te implementeren hebben in Engeland teleurstellende resultaten opgeleverd. Daarom 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.

#### *Onderzoek binnen het themagebied*

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. Dit geschiedde de afgelopen jaren en nog steeds, vooral op basis van gegevens van de tweede Nationale Studie. We zullen de komende jaren deze database in ieder geval gaan benutten om verder onderzoek naar mensen met onbegrepen chronische klachten of, in het engels, Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) te doen. Verder komen de komende jaren de data van de eerste meting uit het grote epidemiologische onderzoek “Nederlandse Studie naar Depressie en Angst”

(NESDA) beschikbaar. Hierin participeert het NIVEL naast vakgroepen huisartsgeneeskunde, psychiatrie en psychologie van VU, Universiteit Leiden en RijksUniversiteit Groningen, WOK en Trimbosinstituut. Onze taak ligt met name op het gebied van zorgonderzoek naar de zorg die de huisarts levert.

- *health services research*: onderzoek naar de onderlinge afstemming van diverse disciplines die hulp bij psychische problemen verschaffen. De gegevensverzameling die ten grondslag lag aan de landelijke evaluatie, die het NIVEL daarbij van 2000 – 2004 voor zijn rekening nam, zal in de toekomst gecontinueerd worden met het oog op de in de inleiding genoemde monitoring van ontwikkelingen. Hiervoor zal onder andere een Landelijk Informatie Netwerk Eerstelijns Psychologen (LINEP) worden opgezet. Ook de tussen 2000 - 2004 opgezette registratie van consultatieve activiteiten zal in afgeslankte vorm gehandhaafd blijven om zicht te blijven houden in hetgeen er omgaat in de eerstelijns GGZ.

- *interventieonderzoek*: op (quasi-) experimentele wijze nagaan of bepaalde interventies (kosten-)effectief zijn. De evaluatie van een interventie bij overspannenheid in Almere is eind 2005 afgerond; in 2006 zal er nog over gepubliceerd worden. Nieuwe interventies zullen in 2006 ontwikkeld worden om tot nieuw interventieonderzoek de komende jaren te leiden.

#### *Toekomst*

##### *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 geïncludeerd, 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 ZonMw aan de orde zal komen.

Een andere invalshoek, die met name vanuit de NIVEL bijdrage wordt

benadrukt is de zorgbehoefte zoals de patiënt die ervaart. We hebben hiertoe een specifiek meetinstrument binnen NESDA ingebracht (the Patient Need for Care Questionnaire) en zullen daar de komende jaren in analyses en rapportages een zwaartepunt van maken. Ook zal in samenwerking met de onderzoekslijn “Vraaggestuurde Zorg” gewerkt worden aan de ontwikkeling van meetinstrumenten volgens de CAHPS-QUOTE systematiek om het oordeel van patiënten met depressie over de geleverde zorg te meten. Op het gebied van onverklaarde klachten zullen we het komende jaar met behulp van NS-2 gegevens onderzoek doen naar de kenmerken van patiënten die vaak hun huisarts bezoeken met symptomen waaraan geen medische diagnose verbonden kan worden en naar de consequenties die dit heeft voor hun zorggebruik in brede zin. Op dit gebied zullen we ook gaan samenwerken met de vakgroep psychiatrie van de Universiteit Utrecht.

#### *Health services research*

Naar aanleiding van het huidige onderzoek naar de evaluatie van de versterking van de eerstelijns-GGZ merkten we op dat in de toekomst dergelijke gegevens zouden moeten worden gemonitord. Een continue gegevensverzameling rond de ‘productie’ van eerstelijns GGZ is een strategische verworvenheid van de eerste orde.

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, (De MaDi-monitor). 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. In deze gegevensbehoefte zal het komende jaar voorzien worden door het op te zetten netwerk onder eerstelijnspsychologen LINEP. SPV-en in de eerste lijn zullen we blijven volgen via een afgeslankte registratie van consultatieve contacten. Dit netwerk zal mede in dienst kunnen staan van het vastleggen van de consequenties van de stelselwijziging de komende jaren. Een discipline die met GGZ te maken heeft maar buiten het aandachtsveld van zowel de eerstelijns als tweedelijns GGZ valt, is de gespecialiseerde gezinsverzorgende. De thuiszorg wordt überhaupt wel veel met psychische



problematiek geconfronteerd maar ontbreekt meestal in de samenwerkingsverbanden. In samenwerking met het themagebied verpleging en verzorging zullen we de komende jaren initiatieven ontplooiën om in eerste instantie een beter zicht te krijgen van hetgeen in dit kader aan ontwikkelingen bestaan en in tweede instantie op dit gebied onderzoek te entameren.

Nieuw interventieonderzoek verwachten we het komende jaar op te zetten in samenwerking met Stichting Onderzoek Licht en Gezondheid (SOLG), Coronel instituut (UvA) en TU Eindhoven. Het betreft een interventie naar de invloed van een “gezonde lichttoestand” in bedrijfsruimten op prestatievermogen, productiviteit en gezondheid van werknemers.

#### *Gebruik structurele NIVEL-databestanden*

Een aantal van de hieronder geschetste onderzoeksprojecten worden uitgevoerd met behulp van databestanden die door het NIVEL als “structurele activiteit” worden verzameld en bijgehouden. Een aantal van de nog in uitvoering zijnde projecten (GGZ 03.02, GGZ 04.04, GGZ 04.05, GGZ 04.06, GGZ 05.02, GGZ .06.02) betreffen nadere analyses van materiaal dat in het kader van de tweede Nationale Studie verzameld is. Ten behoeve van het onderzoek naar patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten (GGZ 05.02) wordt daarnaast ook geput uit materiaal dat in de databank “Communicatie in de zorg” is verzameld. Bij de monitoring van capaciteit en patiënten stromen in de eerstelijns GGZ wordt onder meer gebruik gemaakt van gegevens uit de databank LINH en uit de beroepenregistraties.

### **Overzicht van de projecten**

#### **Afgevoerde projecten**

- GGZ 99.03      Programma ‘tussen de lijnen’  
(afgerond)
- GGZ 99.04      Psychische problemen en stoornissen bij kinderen  
(afgerond)
- GGZ 00.02      Effectiviteit van een systematische interventie bij  
overspannenheid in de huisartspraktijk  
(afgerond)
- GGZ 04.09      Registratie consultatieve projecten na 2004  
(= GGZ 05.01)

- GGZ 04.10      Ontwikkeling Landelijk Informatienetwerk  
Eerstelijnspsychologen  
(= GGZ 05.01)
- GGZ 04.11      Effect versterking eerstelijns-GGZ :Vervolgenquête 2005  
huisartsen Kwaliteit eerstelijns-GGZ  
(= GGZ 05.01)
- GGZ 04.07      Oorzaken van overbehandeling van depressie bij ouderen in  
de huisartspraktijk (geen subsidie verkregen)
- GGZ 04.12      Stepped care bij kinderen met ADHD (geen subsidie  
verkregen)
- GGZ 05.03      Ontwikkelen en validering van een gemeenschappelijk  
formularium voor berichtgeving in de eerstelijns GGZ  
(afgerond)

**Lopende en nieuwe projecten**

- 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)
- GGZ 04.04      Mate waarin patiënten-opvattingen over psychiatrische  
problemen het hulp zoeken hierbij bepaalt (samen met GGZ-  
Europoort)  
(in uitvoering)
- GGZ 04.05      Huisartsgeneeskundige behandeling van psychische  
problematiek (samen met huisartsgeneeskunde Nijmegen)  
(in uitvoering)
- GGZ 04.06      Determinanten van de variatie tussen huisartsen in de  
herkenning en behandeling van angst en depressie  
(in uitvoering)
- GGZ 05.01      Monitor capaciteits- en verwijsstromen in de eerstelijns  
GGZ  
(in uitvoering)
- GGZ 05.02      Onbegrepen Chronische Klachten  
(in uitvoering)
- GGZ 05.04      De zorgbehoefte van de patiënt met een psychische stoornis  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

GGZ 06.01 Registratie eerstelijns psychologen via internet  
(in uitvoering)

**Nieuw**

GGZ 06.02 Patiëntenprofielen van “frequent attenders”  
(in uitvoering)

**Nieuw**

GGZ 06.03 Gezonde verlichting in gebouwen  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

GGZ 06.04 Gedeelde zorg door middel van consultatie: Nederland en  
Canada vergeleken  
(in voorbereiding)

*p.m*

CHR 02.01 Pilotstudie panel mensen met chronische psychische  
aandoeningen

VRA.06.06 Oordeel van verzekerden over de zorg rond depressie en  
angststoornissen

PMED 06.03 Fysio- en oefentherapeutische zorg bij psychisch  
gerelateerde klachten

## **2.2.6 Beroepen in de gezondheidszorg**

### *Algemene ontwikkelingen*

De tekorten of overschotten aan personeel vormen een belangrijk aandachtspunt in de zorg. In de afgelopen jaren zijn in het kader van dreigende tekorten tal van beleidsmaatregelen genomen of voorgesteld om bestaande 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 aantrekkelijk maken van de werkomstandigheden, het verkorten van de opleidingsduur, substitutie en taakherschikking e.d. De vraag is in hoeverre dit soort maatregelen tot gevolg hebben dat de tekorten worden opgeheven. Anderzijds zal ook gekeken moeten worden in hoeverre die maatregelen op termijn tot overschotten leiden.

Met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 is het de vraag

in hoeverre dit gevolgen heeft voor het zorggebruik en daarmee op de vraag naar beroepsbeoefenaren. De aanbodregistraties binnen dit thema gebied bieden de mogelijkheid om de eventuele gevolgen voor het aanbod aan beroepsbeoefenaren in kaart te brengen.

Naast de capaciteitsproblematiek is er een toenemende mate aandacht voor veranderingen in de beroepenstructuur. Met de installatie van de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg in 2004 staat dit onderwerp sterk in de belangstelling. De stuurgroep heeft als opdracht binnen vijf jaar de beroepenstructuur en de zorgopleidingen te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur. Binnen dit themagebied wordt op deze ontwikkelingen ingespeeld met het onderzoek rond de professies in de gezondheidszorg en onderzoek rond de taakherschikking.

Het op de voet volgen van het aanbod 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 (beroepenregistraties)
- Studies op het terrein van de beroepskrachtenuvoorziening (Capaciteitsramingen)
- Studies rond het thema beroep en beroepsuitoefening (werklastmeting, in- en uitstroom, deeltijdwerken, professies in de gezondheidszorg))

#### *Informatievoorziening*

Om tekorten dan wel overschotten aan personeel tijdig te kunnen opsporen en de effecten van beleidsmaatregelen te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat er een nauwgezette monitoring van de arbeidsmarkt plaatsvindt. Binnen het themagebied worden daartoe tal van onderzoeksactiviteiten ondernomen. In de eerste plaats wordt op landelijke schaal een aantal aanbodregistraties van beroepen bijgehouden (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck). De registraties van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten worden gefinancierd uit de activiteitenbegroting en de overige registraties worden gefinancierd door de betreffende beroepsgroepen.

Op basis van gegevens uit bovengenoemde registraties worden jaarlijks of tweejaarlijks overzichten opgesteld over het aantal, kenmerken en de

spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De gegevens vormen een belangrijke input voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan (huisartsen), de jaarlijkse “Arbeidsmarktstatistieken Zorg en Welzijn”, het Zorgkompas en de Zorgatlas van het RIVM.

Binnen het themagebied wordt ook specifiek aandacht besteed aan de arbeidsmarktsituatie in de verpleging en verzorging. In opdracht van de LEVV wordt gezamenlijk met Prismant tweejaarlijks de rapportage ‘feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen’ uitgebracht. Hierin wordt een beschrijving gegeven van de actuele vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging.

In het kader van de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg heeft de overheid behoefte om inzicht te krijgen in hoeverre de gewenste samenwerking binnen de eerste lijn van de grond komt. Aangezien hierover geen structurele gegevens beschikbaar zijn is het NIVEL in opdracht van VWS gestart met de monitor van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. 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 is in samenwerking met BASYS (Duistland) en HIVA (België) een onderzoek ingediend bij de EG (Public Health), waarin de migratiestromen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in Europa in kaart worden gebracht en waarbij wordt onderzocht welke factoren verantwoordelijk zijn voor die stromen. Om dit thema verder uit te diepen wordt in het kader van het strategisch onderzoek specifiek aandacht besteed aan de migratiestromen tussen Nederland en België.

#### *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 rekening wordt gehouden met te verwachten vraag -, en aanbodontwikkelingen. Voor wat betreft de ramingen voor artsen speelt het ‘Capaciteitsorgaan’ een centrale rol. Ieder jaar wordt door het Capaciteitsorgaan een advies opgesteld (Capaciteitsplan), 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). Om ook inzicht te krijgen in de werkzaamheden van de artsen (aantal fte, dienstverband of vrijgevestigd etc) heeft het NIVEL in 2005 een enquête gehouden onder een omvangrijke steekproef van artsen. Hierover zal in 2005/2006 worden gerapporteerd. Naast de jaarlijkse terugkerende activiteiten voor het Capaciteitsorgaan (achtergrond- en ramingsstudies) heeft het Capaciteitsorgaan in toenemende mate behoefte aan verdiepingsstudies, die het mogelijk maken om meer beleidsrijke ramingen uit te voeren. Ten behoeve van het Capaciteitsorgaan worden dan ook een aantal studies uitgevoerd rond de huisarts. Zo wordt een verdiepingsstudie uitgevoerd onder de waarnemers. Hoeveel waarnemers zijn er en wat zijn hun kenmerken en wensen. Daarnaast wordt een inventarisatie uitgevoerd naar openstaande praktijken en Noni's. Ook wordt onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de rechtstreekse toegankelijkheid van de fysiotherapeut op het zorggebruik in de huisartsenpraktijk.

Naast studies in opdracht van het Capaciteitsorgaan worden door het NIVEL meer gedetailleerde ramingstudies uitgevoerd in opdracht voor de afzonderlijke beroepsverenigingen (huisartsen, kinderartsen, gynaecologen, klinisch genetici, neurologen, dermatologen, radiologen, plastisch chirurgen, KNO-artsen, chirurgen, klinisch geriaters, artsen medisch-microbioloog, intensivisten, internisten). 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 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 wordt uitgevoerd binnen de intensive care, waarin bij de ramingen voor intensivisten ook rekening wordt gehouden met de werkzaamheden die door IC verpleegkundigen en IC artsen uitgevoerd worden.

In het kader van de taakherschikking en substitutie zal naast verticale substitutie ook gekeken moeten worden naar de horizontale substitutie. De ramingstudie onder internisten is daarvan een goed voorbeeld. 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 voorgesteld waarin onder andere gekeken wordt bij welke specialismen er overlappingen in werkzaamheden zijn en welke factoren daarop van invloed zijn.

In het onderzoeksprogramma wordt een studie voorgesteld naar het keuzeproses 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 veranderingen in het opleidingstraject zou dit onderzoek als onderdeel van de evaluatie kunnen dienen. Het project strekt zich uit van de eindexamenkandidaten van de middelbare school tot de pas afgestudeerde medisch specialisten.

Verder wordt een studie uitgevoerd naar de tevredenheid van HAIO's over het onderwijs op de huisartsenopleiding.

### *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 femini-

sering 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 ZonMw -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.

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 beroepenstructuur. Het NIVEL themagebied 'Beroepen in de gezondheidszorg' kan een belangrijke bijdrage leveren aan verkrijgen van inzicht in die veranderende beroepenstructuur. In dit kader wordt in opdracht van de VVAA een onderzoek uitgevoerd naar professies en de toekomst. Het doel van dit onderzoek is om achtergronden van de veranderingen in de positie van beoefenaars van professionele beroepen te schetsen en de gevolgen voor de toekomstige positie van deze beroepsbeoefenaren te analyseren.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

REG 95.01	Registratie gezondheidscentra (afgevoerd zie REG 05.01)
REG 94.01	Aanbodregistratie voor paramedische beroepen (afgevoerd)
REG 97.01	Arbeidsmarktstatistieken Zorg en Welzijn 2005 (geen vervolgsubsidie)
BKP 94.01	Behoefteraming voor een aantal paramedische beroepsgroepen (afgevoerd)
BKP 04.01	Implementing the concept of Health Care Manpower in Member States on a prototype (afgerond)
BKP 04.02	Arbeidsmarktmonitor voor neurologen 2003-2015



- (afgerond)  
BKP 05.01 Arbeidsmarktmonitor huidtherapeuten 2004-2015  
(afgerond)  
BKP 05.02 Behoefteraming klinisch geriaters 2004-2015  
(afgerond)

**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 84.02 Registratie pas afgestudeerde huisartsen  
(continue activiteit)  
REG 86.01 Registratie pas afgestudeerde verloskundigen  
(continue activiteit)  
REG 93.02 Registratie werkzame en pas afgestudeerde ergotherapeuten  
(continue activiteit)  
REG 96.03 Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen 2005  
(in uitvoering)  
REG 98.01 Beroepen in de gezondheidszorg 2005  
(in uitvoering)  
REG 02.01 Arbeidsmarktmonitor oefentherapeuten Cesar en Mensen-  
dieck  
(continue activiteit)

**Nieuw**

- REG 06.01 Monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- REG 06.02 Pilotstudie "Beschikbaarheid en toegankelijkheid dataset  
huisartsenregistratie van het NIVEL voor publieke  
doeleinden  
(in uitvoering)

*b. Beroepskrachtenvoorziening*

- BKP 95.04 Modelontwikkeling behoefteeringsstudies

- (continue activiteit)
- BKP 95.09 Behoefteraming medisch specialismen  
(verwerven subsidie)
- BKP 95.09a Behoefteraming kinderartsen  
(in afwachting van subsidie)
- 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 01.05 Arbeidsmarktmonitor chirurgen  
(in afwachting van subsidie)
- BKP 04.03 Arbeidsmarktmonitor voor plastisch chirurgen 2003-2015  
(in afwachting van subsidie)
- BKP 05.03 Behoefteraming KNO-artsen 2004-2015  
(in uitvoering)
- BKP 05.04 Behoefteraming artsen-microbiologen 2004-2015  
(in uitvoering)
- BKP 05.05 Mobility of health professionals in Europe  
(in afwachting van subsidie)
- Nieuw**
- BKP 06.01 Opleidingsplanning intensive care 2005-2015  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- BKP 06.02 Praktijkprofielen en arbeidsaanbod interne geneeskunde  
2006-2016  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- BKP 06.03 Migratiestromen van beroepsbeoefenaren in de  
gezondheidszorg; arbeidsmigratie tussen Nederland en  
België  
(in uitvoering)

*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 03.04 Van middelbare scholier tot medisch specialist  
(in afwachting van subsidie)
- BKP 03.05 Lange termijn vestigingsvoorkeuren van huisartsen  
(in uitvoering)
- BKP 05.06 Onderzoek naar tevredenheid van HAIO's en de pas  
afgestudeerde huisartsen over het onderwijs op de  
huisartsenopleiding  
(in uitvoering)
- BKP 05.07 Carrièrewensen van artsen in Nederland  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- BKP 06.04 Inventarisatie managementonderwijs binnen de opleiding  
voor professionals in de gezondheidszorg  
(in uitvoering)

**Nieuw**

- BKP 06.05 Professions en de toekomst: positie in zorg en maatschappij  
(in uitvoering)

*p.m.*

- VRA 06.02 Naar een lokale vraag-aanbod analyse monitor (VAAM)
- GGZ 06.01 Registratie eerstelijns psychologen via internet
- HAG 06.02 Naar een benchmark huisartsenzorg
- V&V 06.04 Analyses van niet-acute sterfte

## 2.2.7 *Huisartsgeneeskundige zorg*

### *Algemene ontwikkelingen*

De huisartsgeneeskundige zorg in Nederland verkeert in een turbulente periode. Op vele fronten is er sprake van dynamiek. Door bevolkingsgroei, vergrijzing en toename van het aantal chronisch zieken groeit de vraag niet alleen maar verandert zij ook van aard in de zin dat meer samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn geboden zijn. Daartegenover staat een - ondanks de uitbreiding van de opleidingscapaciteit - te geringe groei van het aantal huisartsen om aan de toenemende vraag en uitstroom van huisartsen uit het beroep te voldoen. Maatregelen lijken dus geboden, zowel om het kwantitatieve probleem van het huisartstekort op te lossen als om een zodanig geïntegreerde eerste lijn te bewerkstelligen dat de steeds complexer wordende zorgvraag op een adequate manier kan worden opgevangen. Deze maatregelen moeten worden genomen tegen de achtergrond van een wijziging in het zorgverzekeringsstelsel en de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg.

Als gevolg van de (dreigende) schaarste aan huisartsen zijn de laatste jaren hulptroepen toegesneld om de huisarts te ondersteunen. Apothekers willen zich profileren als farmaceutische zorgverleners en bijvoorbeeld de afhandeling van herhaalreceptuur overnemen. Fysiotherapeuten willen direct - zonder verwijzing - toegankelijk zijn voor acute klachten die het bewegingsapparaat betreffen. De bedrijfsartsen hebben een belangrijker rol in de arbocuratieve zorgverlening verkregen door de mogelijkheid zelf patiënten te kunnen verwijzen naar medisch specialisten. Verpleegkundigen hadden al hun intrede gedaan in de huisartspraktijk (dit naast de praktijkassistente die de laatste jaren al veel meer medische taken in de huisartspraktijk heeft gekregen) als zogenoemde PraktijkOndersteuners op HBO-niveau (POH) voor de begeleiding van chronisch zieken. De eerste experimenten met academisch opgeleide verpleegkundigen (Nurse Practitioners en Physician Assistants) die ook worden ingezet als direct toegankelijke zorgverleners bij eenvoudige hulpvragen zijn van start gegaan. De zorg buiten kantooruren wordt inmiddels in vrijwel geheel Nederland verleend vanuit centrale huisartsenposten. Daarin is de huisarts toegankelijk na triage door een praktijkassistente. Ook binnen kantooruren is de praktijkassistente meer en meer de filter tussen huisarts en patiënt. Op bescheiden schaal vinden ook experimenten plaats met call-centra die de

toegang tot de huisartspraktijk filteren. Ook het management van de huisartspraktijk wordt in een aantal plaatsen al uitbesteed.

Tegelijkertijd gaat de financierings- en organisatiestructuur op de schop. Het protest van de beroepsgroep tegen de introductie van de marktwerking in de zorg leidde tot een conflict met de overheid en tot een staking, de tweede binnen enkele jaren. Na bemiddeling werd in juli 2005 een akkoord bereikt over een abonnementshonorarium voor alle ingeschreven patiënten, een verrichtingentarief en een klein budget voor *incentives* voor kwaliteitszorg, toe te kennen door de zorgverzekeraars. Bij de toekenning van de no-claimteruggave wordt het bezoek aan de huisarts niet meegeteld. Voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraars richtten huisartsen regionale coöperaties op. Al met al zal in 2006 een historische stap worden gezet: het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering verdwijnt en de honorering van huisartsen zal deels op een abonnementshonorarium en deels op verrichtingen gebaseerd zijn.

In hoeverre bovengenoemde ontwikkelingen echt bijdragen aan de oplossing van de problemen moet nog blijken. Verlichten de nieuwe disciplines echt het werk van de huisarts of creëren zij ook nieuwe vraag? Wat is het gevolg van de verbreding van de huisartspraktijk tot een huisarts-zorgvoorziening voor het vertrouwen in de huisarts dat nu nog hoog is? Leidt het niet tot versnippering van zorg, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, extra coördinatieproblemen? Leidt de invoering van een verrichtingentarief voor iedereen tot een daling van het gebruik van huisartsenzorg? Zijn de financieel zwakkeren niet de dupe? Welke gevolgen heeft de nieuwe honoreringsstructuur voor het inkomen van huisartsen? Allemaal vragen waar onderzoek een antwoord op zal moeten geven.

#### *NIVEL-onderzoek*

De resultaten van de Tweede Nationale Studie die in 2004 zijn gepubliceerd kunnen worden gezien als een breed opgezette voormeting voor de sindsdien in gang gezette veranderingen. De voorwaarden voor gedegen evaluaties zijn daarom gunstig, zeker ook omdat het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen Zorg (LINH) beschikbaar is om de sindsdien plaatsvindende ontwikkelingen te monitoren en te vergelijken met de jaren daarvoor. In de loop van 2006 zullen de eerste gegevens over de effecten van de invoering van het nieuwe zorgstelsel op het gebruik van huisartsenzorg beschikbaar zijn. In 2005 is door LINH een haalbaarheidsonderzoek afgerond naar de mogelijkheden om het gebruik van huisartsenzorg buiten kantooruren via

centrale huisartsenposten in kaart te brengen. Dit zal in 2006 een vervolg krijgen. LINH is een basis-infrastructuur voor de informatievoorziening over de huisartsenzorg, getuige de vele verzoeken van derden uit het publieke domein om gegevens uit LINH. Voor het NIVEL is LINH één van de basisactiviteiten.

In 2006 gaan de secundaire analyses van de Tweede Nationale Studie gewoon door. Inmiddels zijn de gegevens van de studie gebruikt in diverse proefschriften, en in tientallen internationale en nationale wetenschappelijke artikelen. Begin 2006 zal een Engelstalig boek over de studie verschijnen. In 2005 is door NIVEL en RIVM een toekomstverkenning eerstelijnszorg opgesteld waarin verkenningen gepresenteerd worden over ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de organisatie van de eerstelijnszorg. Deze verkenning vormt een referentiepunt om toekomstige ontwikkelingen aan te kunnen afmeten.

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. In 2005 is de gegevensverzameling in de peilstations gemoderniseerd. De papieren registratie heeft plaats gemaakt voor een registratie die gegevens ontleent aan de elektronische medische dossiers van huisartsen zoals in LINH. De facto wordt het CMR-peilstations-netwerk daarmee geïntegreerd in LINH. 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 of meest valide 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 'International and Migrant Health', 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 Wit-Rusland.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

- PEIL 03.01     Automatisering van de CMR-Peilstations  
(afgerond)
- LINH 04.01     De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van de huisarts  
(afgerond)
- NS2 03.01     De staat van de huisartsenzorg: de stand van zaken m.b.t. kernaspecten in de huisartsenzorg  
(afgerond)
- NS2 04.02     Invloedrijke samenhang: kind, gezin en huisartsenzorg  
(afgerond)
- NS2 04.03     De toekomst van de eerstelijns  
(afgerond)
- NS2 05.03     De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in internationaal perspectief  
(afgerond)
- NS2 05.05     Sport, bewegen en gezondheid  
(afgerond)
- NS2 05.06     Vermoeidheid: determinanten, beloop en zorg  
(afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

*Algemeen*

#### **Nieuw**

- HAG 06.01     Zorg-op-maat voor mensen met multimorbiditeit door praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

HAG 06.02 Naar een benchmark huisartsenzorg  
(in voorbereiding)

*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 03.02 Surveillance van antibioticaresistentie  
(in uitvoering)

**Nieuw**

PEIL 06.01 Vragen over AIDS  
(voorheen CHR 88.01; in uitvoering)

**Nieuw**

PEIL 06.02 Surveillance by integrating clinical and laboratory  
information – a multipurpose model  
(voorheen INT 05.09; 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 98.03 Evaluatie Nationaal Programma Grieppreventie  
(in uitvoering)

LINH 03.01 Monitoring volksgezondheid in de huisartspraktijk  
(in uitvoering)

LINH 05.01 De effectiviteit van gedifferentieerde taakverschuiving in de  
huisartsenzorg  
(in uitvoering)

**Nieuw**

LINH 06.01 Monitoring huisartsenzorg buiten kantooruren  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

LINH 06.02 Monitoring effecten wijziging zorgverzekeringsstelsel op



huisartsenzorg  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

LINH 06.03 Mogelijkheden en beperkingen van registraties in de huisartspraktijk voor monitoring van acute veranderingen in morbiditeit en mortaliteit in Nederland  
(in uitvoering)

**Nieuw**

LINH 06.04 Het meten van de kwaliteit van het elektronisch medisch dossier  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

LINH 06.05 Primary care based registration networks in EU Member States  
(voorheen INT 05.04; in voorbereiding)

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

NS2 01.02 Leefomgeving en gezondheid  
(in uitvoering)

NS2 02.01 Comorbiditeit bij patiënten met neurologische en psychiatrische aandoeningen  
(in uitvoering)

NS2 04.01 Is de huisarts anno 2001 dezelfde als in 1987?  
(in uitvoering)

NS2 05.01 Morbiditeit en zorggebruik in de huisartspraktijk  
(in uitvoering)

NS2 05.02 Werkbelasting van huisartsen en kwaliteit van de huisartsenzorg  
(in uitvoering)

NS2 05.04 Gezondheid en zorggebruik bij ouderen  
(in uitvoering)

**Nieuw**

NS2 06.01 Continuïteit in de huisartsgeneeskunde: nog steeds aktueel?  
(in uitvoering)

**Nieuw**

NS2 06.02 Comprehensive survey of health and health care in EU Member States

(voorheen INT 05.08; verkennen van mogelijkheden)

**Nieuw**

NS2 06.03 De zaak van de huisarts: onderlinge afhankelijkheid tussen  
thuisituatie en werk  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

NS2 06.04 De derde Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in  
de huisartspraktijk; de eerste voorbereidingen  
(in voorbereiding)

*European Influenza Surveillance Scheme*

EISS 04.01 European Influenza Surveillance Scheme  
(in uitvoering)

EISS 04.02 The EISS Community Network of Reference Laboratories  
(in uitvoering)

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

EISS 04.04 ViRgil (Vigilance against Viral Resistance)

**Nieuw**

EISS 06.01 Influenza vaccination implementation strategies,  
reimbursement status and vaccine uptake for high-risk  
population  
(voorheen INT 05.07; in uitvoering)

*p.m.*

REG 84.01 Huisartsenregistratie

GGZ 03.02 De werkbelasting bij huisartsen door psychische problemen  
van patiënten

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

GGZ 04.06 Determinanten van de variatie tussen huisartsen in de  
herkenning en behandeling van angst en depressie

BKP 05.06 Onderzoek naar tevredenheid van HAIO's en de pas  
afgestudeerde huisartsen over het onderwijs op de  
huisartsenopleiding

BKP 05.07	Carrièrewensen van artsen in Nederland
BKP 06.01	Monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn
BKP 06.02	Pilotstudie “Beschikbaarheid en toegankelijkheid dataset huisartsenregistratie van het NIVEL voor publieke doeleinden
VERL 04.03	De betrokkenheid van huisartsen bij verloskundige zorg en kraamzorg.
PSH 05.06	Databank communicatie in de zorg
PSH 05.05	Onderwijs in consultvoering in de huisartsopleiding; conceptualisering, meting en toetsing
PSH 06.03	Leefstijladvisering aan patiënten met hypertensie in de huisartspraktijk
PSH 06.06	Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten
MIG 03.07	Validering van de ervaren gezondheidsschaal bij vier groepen allochtonen de huisartspraktijk
INT 01.02	Primary Health Care in Belarus – continued
INT 04.01	Huisartseninkomens internationaal vergeleken
INT 06.04	Monitor primary care developments in Europe

### **2.2.8 Monitoring gezondheidseffecten van rampen**

#### *Algemene ontwikkelingen*

Rampen hebben voor de getroffen en betrokkenen een lange nasleep. Gevolgen van een ramp reiken verder dan de directe lichamelijke schade. Het meemaken van een ramp betekent voor velen een grote psychische schok, waarvan de verwerking veel tijd en energie vergt. Een deel van de getroffen ontwikkelt psychische en/of lichamelijke klachten, zoals het posttraumatisch stressyndroom en onbegrepen lichamelijke klachten. Na de Vuurwerkramp in Enschede (13 mei 2000) besloot 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 uitmaakte. De Gezondheidsmonitoring, als één van de pijlers van het Nazorgtraject, was er op gericht om gegevens 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

getroffenen. De resultaten van het onderzoek dienden dus direct ten goede te komen aan de getroffenen; het project maakte tevens duidelijk dat de gezondheid van getroffenen werd bewaakt en bood inzicht in de gezondheidseffecten van de ramp.

#### *NIVEL onderzoek*

Het onderzoek naar gezondheidseffecten van rampen dat het NIVEL uitvoert kenmerkt zich doordat er gebruik gemaakt wordt van bestaande registratiesystemen, zoals gebruikt worden door zorgverleners, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, psychotherapeuten, en apothekers. Doordat deze zorgverleners al langer registreren, kunnen gegevens van vóór de ramp verzameld worden en is het mogelijk om uit de patiëntenbestanden een groep niet-getroffen mensen te isoleren die als referentie (controle-) groep kan dienen. Het NIVEL-onderzoek is complementair aan studies waar de gezondheidstoestand van de getroffenen rechtstreeks wordt gemeten via vragenlijsten. Op deze wijze worden gegevens verkregen bij de getroffenen zelf en bij hun zorgverleners.

Door de gecontroleerde opzet van het onderzoek is het mogelijk om de problemen van de getroffenen op drie verschillende manieren te vergelijken: a. met de klachten van de getroffenen zelf, zoals die werden gepresenteerd een periode voorafgaand aan de ramp; b. met de klachten van mensen uit dezelfde huisartspraktijken 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.

In Enschede werd bovenstaande informatie (of delen ervan) na de Vuurwerkramp verzameld bij 30 huisartspraktijken, de Arbo-Unie Oost-Nederland (voor brandweer, ambulance, politie en betrokken personeel van de gemeente, afgesloten maart 2004), een aantal 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 werd gebruikt in Enschede. In Volendam vond geen bevolkingsonderzoek plaats, reden waarom werd besloten om alle ca. 20.000 Volendammers in de monitoring te betrekken. Er wordt onderzoek gedaan bij de huisartsen en de apotheek.

Het NIVEL heeft de afgelopen jaren de expertise over de gezondheidseffecten na rampen verder ontwikkeld. Sinds 2005 wordt deze kennis verder uitgebreid met projecten over de acute fase. Er wordt gestart

met de voorbereiding van een benchmark acute zorg en van een benchmark spoedeisende medische hulpverlening bij rampen en grote incidenten (ofwel 'in opgeschaalde situaties'). In eerste instantie wordt een lijst (prestatie-) indicatoren ontwikkeld en vervolgens geïmplementeerd.

Ook bij volgende rampen of grote incidenten kan de op het NIVEL ontwikkelde methodiek ingezet worden. Bij iedere ramp zijn immers zorgverleners betrokken, waarvan de meerderheid geautomatiseerd werkt. Met name de huisartsen hebben alle getroffen 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, hoewel de recente mogelijkheid om met individuele praktijken een on-line verbinding te onderhouden de mogelijkheden fors uitbreidt. Voor rampen waarbij de getroffen 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 2006*

Het NIVEL onderhandelt met het kenniscentrum CGOR (Centrum voor GezondheidsOnderzoek bij Rampen) om een klein team paraat te houden dat minstens zorg draagt 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 NIVEL-methodiek kan, zeker in samenwerking met LINH en de peilstations, ook worden ingezet bij andersoortige opgeschaalde situaties, zoals pandemieën, zoönosen en hittegolven en ook bijvoorbeeld bij het volgen van teruggekeerde veteranen van vredesmissies.

Medio 2005 is een aanvang genomen met de voorbereidingen voor zowel een benchmark Acute Zorg, als een benchmark Spoedeisende Medische Hulpverlening in opgeschaalde situaties. Het is vrij onduidelijk in hoeverre de zogenaamde witte kolom( ziekenhuizen, traumacentra, ambulancediensten, huisartsen en GGZ) zijn voorbereid op rampen, grootschalige ongevallen en op pandemieën. Door het NIVEL worden indicatoren ontwikkeld, met een zo breed mogelijk draagvlak, die kunnen leiden tot een benchmark. Hierbij wordt gebruik gemaakt van focusgroepen en van telefonische interviews in twee proef-(GHOR)-regio's. Al binnen enige maanden na de start van de twee projecten vindt tussenrapportage

plaats aan de opdrachtgever, het ministerie van VWS.  
Beide projecten hebben een looptijd van 12 maanden. Een zogenaamde uitbouw van de proefregio's naar het gehele land kan daarna plaatsvinden.

### **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 (afronding)

RAMP 03.02 Nieuwjaarsbrand Volendam. Monitoring gevolgen van de Nieuwjaarsbrand in Volendam door middel van informatie uit de huisartsenpraktijk en apotheek (in uitvoering)

#### **Nieuw**

RAMP 06.01 Benchmark Spoedeisende Medische Hulpverlening in opgeschaalde situaties (in uitvoering)

#### **Nieuw**

RAMP 06.02 Benchmark Acute Zorg (afdelingen Spoedeisende hulp van ziekenhuizen, centrale huisartsenposten en ambulancediensten) (in uitvoering)

### **2.2.9 Farmaceutische zorg**

#### *Algemene ontwikkelingen*

Een kleine 10% van de uitgaven aan gezondheidszorg gaat op aan geneesmiddelen. In dit aandeel is de laatste jaren weinig verandering gekomen. Wel stegen de absolute kosten de afgelopen jaren, maar in 2004 is aan deze trend een einde gekomen. Het geneesmiddelengebruik in Nederland is overigens lager dan in veel andere Westerse landen. Mede door de stijging van de kosten is de aandacht voor het geneesmiddelengebruik binnen het overheidsbeleid gegroeid. Maar daar waar de afgelopen decennia de kostenbeheersing centraal stond in het overheidsbeleid, krijgt de overheid daarnaast meer aandacht voor de kwaliteit. Op 31 oktober 2003 benoemde

de regering een doelmatige farmaceutische zorg tot één van de doelen uit het geneesmiddelenbeleid. Dit moet plaatsvinden in een omgeving van gereguleerde marktwerking waarbij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten elkaar in balans houden. Doel van dit alles is te komen tot een verbetering van de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik en, waar mogelijk, een verlaging van de kosten: zinnig en zuinig geneesmiddelengebruik. Hierbij is zowel voor de arts, de apotheker als voor de patiënt een rol weggelegd. De artsen zijn degenen die uiteindelijk de keuze maken over het al dan niet voorschrijven van geneesmiddelen en over de keuze van een geneesmiddel. Apothekers zijn onder andere van belang wat betreft de medicatiebewaking. Bovendien komt bij de apotheker de farmaceutische patiëntenzorg (FPZ) steeds meer centraal te staan. De KNMP noemt in haar beleidsplan voor de jaren 2005-2008 het voornemen de FPZ te versterken, waarbij het bevorderen van therapietrouw van patiënten een punt van aandacht is. Want waar de huisarts degene is die besluit voor te schrijven, is de patiënt uiteindelijk degene die beslist over het daadwerkelijke gebruik van geneesmiddelen. En dat patiënten daarbij niet altijd het advies van hun arts volgen, blijkt niet alleen uit het beleidsvoornemen van de KNMP. Zo drong de WHO er in 2004 bij overheden, professionals, koepelorganisaties e.d. op aan de therapietrouw van chronische geneesmiddelengebruikers hoge prioriteit te geven. Buiten de artsen, apothekers en patiënten hebben de zorgverzekeraars de afgelopen jaren een belangrijker rol gekregen in het geneesmiddelenbeleid. Dit was een gevolg van het in 1999 geformuleerde overheidsbeleid “sturing op afstand”. In 2005 hadden de meeste grote verzekeraars een beleid ten aanzien van de farmaceutische zorg geformuleerd.

Al met al zijn er veel partijen betrokken bij het geneesmiddelenbeleid, wat dit dossier tot een lastig dossier maakt. Met de meeste initiatieven en beleidsmaatregelen wordt slechts een deel van het veld bereikt. De afgelopen jaren zijn door verschillende partijen in het veld initiatieven genomen om te komen tot een doelmatiger geneesmiddelenbeleid. Een voorbeeld is dat verschillende zorgverzekeraars in overleg met het veld willen komen tot een beter functionerend Farmaco Therapie Overleg, waarin huisartsen en apothekers afspraken maken over farmacotherapeutische onderwerpen. Apothekers voerden in het kader van de Meer Jaren Afspraken Farmacie een aantal projecten uit gericht op samenwerking met voorschrijvers en op het gebied van de FPZ. Het Nederlands Huisartsen Genootschap ging verder met

het ontwikkelen van het elektronische NHG-formularium. Ook de overheid nam verschillende maatregelen, zoals de uitsluiting van een aantal zelfzorggeneesmiddelen uit het geneesmiddelenpakket. De komende jaren zal verder gestreefd worden naar verbetering van de farmaceutische zorg. Dit moet plaatsvinden binnen het kader van het nieuwe zorgstelsel dat voor de deur staat. Er zal bijvoorbeeld geen onderscheid meer zijn tussen ziekenfonds- en particuliere verzekering en de financieringsstructuur voor de huisartsenzorg verandert. Marktwerking en zelfregulering zijn daarbij belangrijk. Niet duidelijk is welke invloed deze veranderingen zullen hebben op de kosten en de kwaliteit van het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen. Eveneens is niet duidelijk of deze veranderingen voor alle patiënten dezelfde uitwerking hebben. Onderzoek zal hierin inzicht moeten geven.

#### *NIVEL-onderzoek*

In 2003 is farmaceutische zorg een zelfstandig themagebied op het NIVEL geworden. Het NIVEL-onderzoek op dit terrein is – tot op heden - in twee thema's onder te brengen: evaluatie van 1) beleidsmaatregelen en andere initiatieven in het veld en 2) doelmatigheid van voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen. Een deel van het onderzoek is onder te brengen onder beide thema's namelijk die evaluaties van beleidsmaatregelen en initiatieven die op doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen zijn gericht. Voor 2006 en de jaren daarna liggen de ambities in het (verder) integreren, uitbreiden en verdiepen van deze onderzoekslijnen. De stelselwijziging speelt daarbij een belangrijke rol. In het kader hiervan wil het NIVEL de “Doelmatigheidsmonitor Farmaceutische Zorg” ontwikkelen (FARM 06.07). Hiervoor zal gebruikt worden gemaakt van de gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Met deze LINH-gegevens beschikken we over een unieke mogelijkheid veranderingen in doelmatig voorschrijven ten gevolge van de stelselwijziging te monitoren. Deze gegevens maken het mogelijk grootschalig diagnosespecifiek onderzoek naar voorschrijven te doen. Om doelmatigheid te kunnen bepalen is inzicht in morbiditeit en comorbiditeit van de patiënt belangrijk. Ook inzicht in situaties waarin voorschrijvers besluiten geen geneesmiddelen voor te schrijven, kan uit LINH gehaald worden. Het niet voorschrijven van geneesmiddelen heeft tot op heden niet veel aandacht gekregen in het geneesmiddelenonderzoek. Dit terwijl er situaties zijn waarin niet voorschrijven een doelmatige keuze is. In een doelmatigheidsmonitor dient dit aspect derhalve opgenomen te worden.



Om deze redenen kan met LINH diepgaander inzicht verkregen worden in doelmatigheid van voorschrijven dan met gegevens van afleveraars en zorgverzekeraars. Om ook informatie te krijgen van de medisch specialist onderzoekt het NIVEL, in samenwerking met de Universiteit Utrecht, mogelijkheden om de LINH-gegevens te verbinden met de gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK).

Het NIVEL evalueert geregeld initiatieven uit het veld, zoals het afgelopen jaar de door de KNMP landelijk geïmplementeerde Diabetes Check (FARM 05.04). We onderzochten wat patiënten met diabetes gemerkt hebben van de inspanningen van de apotheken. Het NIVEL monitorde van 1999 tot 2003 de implementatie van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Voor 2006 bestaat het plan tot een verdere evaluatie van het gebruik van het vroegere EVS, nu het NHG-formularium geheten (FARM 06.04).

Het ligt in de bedoeling om naast het ontwikkelen van een doelmatigheidsmonitor andere studies naar doelmatig gebruik van geneesmiddelen uit te voeren onder andere naar het voorschrijven van statines (FARM 04.04) en het voorschrijven van antidepressiva aan ouderen (FARM 06.06). Een belangrijk aspect van doelmatigheid van voorschrijven is het veilig voorschrijven. Medicatieveiligheid ná introductie van geneesmiddelen op de markt krijgt steeds meer belangstelling. Zaken zoals het terugtrekken van rofecoxib van de markt na het optreden van cardiovasculaire bijwerkingen laten zien dat dit belangrijk is. Een kwetsbare groep als het gaat om veilig geneesmiddelengebruik zijn kinderen. Veel geneesmiddelen zijn niet getest voor gebruik bij kinderen, maar vaak zijn er voor hen geen andere alternatieven dan geneesmiddelen die alleen bij volwassenen zijn getest. Het NIVEL onderzoekt in 2006 het veilig voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen en jongeren (FARM 06.02). Medicatieveiligheid is ook belangrijk als het gaat om herhaalreceptuur. Herhaalreceptuur wordt voorgeschreven zonder dat er direct contact is tussen huisarts en patiënt. De assistente dient daarom over goede informatie te beschikken en het is belangrijk dat er duidelijke afspraken zijn in de huisartspraktijk. Het NIVEL onderzoekt, in samenwerking met het LUMC, dergelijke facetten van herhaalreceptuur (FARM 06.01).

De bedoeling is om de komende jaren meer aandacht te besteden aan het geneesmiddelengebruik door de patiënt. Hier is al een begin mee gemaakt.

Het NIVEL doet bijvoorbeeld momenteel onderzoek naar therapietrouw van patiënten met een chronische aandoening (PSH 05.02). Onderdeel van dat onderzoek is onder andere uit te zoeken wat profielen zijn van patiënten die zich niet houden aan de voorschriften van de huisarts. Ook in andere projecten kwam de therapietrouw van patiënten aan de orde (bijvoorbeeld: FARM 05.04). In de komende jaren willen we bestuderen in hoeverre de communicatiestijl van de huisarts de therapietrouw van patiënten beïnvloedt en welke communicatiestijl dan het meest effectief is (en bij welke patiënten) (FARM 05.03). Hiertoe zullen we gebruik maken van de gegevens die de Databank Communicatie van het NIVEL biedt. Eveneens wil het themagebied zich in de toekomst meer richten op maatschappelijke aspecten van geneesmiddelengebruik. Een voorbeeld is het bestuderen van de relatie tussen geneesmiddelengebruik en het optreden van ziekteverzuim bij patiënten (FARM 06.06).

Ook op het gebied van geneesmiddelen gaat NIVEL Europa in. Sinds 2005 participeert het NIVEL in het Euro-Med-Stat project. Het NIVEL is hiervoor gevraagd vanwege haar expertise met LINH. Waar het Euro-Med-Stat programma zich tot 2005 uitsluitend richtte op het maken van een databank voor geneesmiddelen en het gebruik daarvan, wil het in de toekomst ook landenvergelijkende gegevens hebben als het gaat om diagnosespecifiek voorschrijven.

#### *Gebruik structurele NIVEL-databestanden*

Binnen de onderzoekslijn farmaceutische zorg wordt veel gebruik gemaakt van de NIVEL-registratiebestanden. De meest gebruikte bron van informatie is LINH en de daaraan gerelateerde Tweede Nationale Studie. Het betreft hier onderzoeken naar de doelmatigheid van voorschrijven van diverse geneesmiddelen (cox-2 remmers, statines, antidepressiva), maar ook onderzoek naar herhaalreceptuur (FARM 06.01) en onderzoek op het gebied van de patiëntveiligheid (FARM 06.02). In 2006 worden daarnaast diverse nieuwe initiatieven ontplooid waarbij LINH-gegevens worden gebruikt: monitoring van het NHG-Formularium (voorheen EVS) (FARM 06.04), doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva aan ouderen (FARM 06.05) en het opzetten van een monitor voor doelmatig geneesmiddelengebruik (FARM 06.07). De databank Communicatie zal gebruikt worden voor onderzoek met betrekking tot de rol van arts-patiëntcommunicatie in geneesmiddelengebruik van patiënten (FARM 05.03).

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

- FARM 03.02 Doelmatig voorschrijven van antidepressiva (afgerond)
- FARM 05.01 Negatieve gevolgen van verkeerd gebruik van zelfzorggeneesmiddelen (afgerond)
- FARM 05.02 Afschaffen vergoeding zelfzorggeneesmiddelen: wie treft het? (afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

- FARM 03.03 Doelmatig voorschrijven van Cox-2 remmers (in uitvoering)
- FARM 04.03 Polyfarmacie bij somatisch chronisch zieken (start in 2006)
- FARM 04.04 Doelmatig voorschrijven van statines (start in 2006)
- FARM 05.03: Het gebruik van antidepressiva: invloed van arts- patiënt-communicatie (projectvoorstel in voorbereiding)
- FARM 05.04: Eindevaluatie Meerjarenafspraken Farmacie, onderdeel bevordering gepast gebruik van geneesmiddelen (in uitvoering)

### **Nieuw**

- FARM 06.01 Herhaalreceptuur in de huisartspraktijk (in uitvoering)

### **Nieuw**

- FARM 06.02 Veilig voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen (in uitvoering)

### **Nieuw**

- FARM 06.03 Euro-Med-Stat (deelname aan Europees project, in uitvoering)

### **Nieuw**

- FARM 06.04 Het NHG-formularium: mate van gebruik en effecten anno 2006 (projectaanvraag geschreven)

### **Nieuw**

FARM 06.05 Doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva bij ouderen  
(projectaanvraag in voorbereiding)

**Nieuw**

FARM 06.06 Geneesmiddelengebruik, ziekteverzuim en arbeidsdeelname  
(projectaanvraag in voorbereiding)

**Nieuw**

FARM 06.07 Monitor doelmatig geneesmiddelengebruik (voor en na de stelselwijziging)  
(in uitvoering)

*pm*

PSH 05.02 Tabula Rasa

### **2.2.10 Verloskunde en kraamzorg**

#### *Beleidsontwikkelingen*

In Nederland zijn drie beroepsgroepen rechtstreeks betrokken bij het verlenen van verloskundige zorg: verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen. Zwangeren met een ongecompliceerd verlopende zwangerschap worden in principe in de eerste lijn begeleid, door een verloskundige of een verloskundig actieve huisarts. De tweede lijn is alleen toegankelijk na verwijzing op grond van een medische indicatie. Uitgangspunt van de Nederlandse verloskundige zorgverlening is het in principe natuurlijke karakter van zwangerschap en geboorte. Het regeringsbeleid is gericht op het behoud van dit uitgangspunt en op versterking van de eerstelijns verloskundige zorg.

De ontwikkelingen van de afgelopen jaren, zoals het tekort aan verloskundigen, de toename van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn, de concentratie van klinische verloskunde en kindergeneeskunde en problemen in de kraamzorg, hebben geleid tot concrete maatregelen om de situatie te verbeteren. Eén van die maatregelen was het 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 220 eerstejaars studenten en het bevorderen dat een regionale ondersteuningsstructuur 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. Door de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen en geholpen door het dalend aantal geboorten is het tekort aan verloskundigen inmiddels niet meer de grootste zorg.

Ook in de kraamzorg is het personeelstekort inmiddels opgeheven, onder andere door het aanbieden van verkorte opleidingen voor kraamverzorgenden. Maar omdat er geen zicht is op de totale opleidingscapaciteit in de kraamzorg en er geen landelijke of regionale sturingsmechanismen zijn om het aantal opleidingsplaatsen te bepalen, bestaat het gevaar dat in de toekomst opnieuw een tekort of misschien een overschot ontstaat.

De problemen in de verloskundige zorg in de afgelopen jaren hebben echter ook een aanzet gegeven tot andersoortige ontwikkelingen, 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, is er een aparte opleiding/specialisatie tot tweedelijns verloskundige opgezet en wordt er gepraat over mogelijkheden van taakherschikking en taakdelegatie tussen gynaecologen en (tweedelijns-) verloskundigen. Ook wordt gediscussieerd over taakuitbreiding van eerstelijns verloskundigen, bijvoorbeeld op het gebied van voorlichting en counseling rond prenatale screening, op het gebied van echoscopie en op het gebied van anticonceptie- en preconceptiezorg.

#### *Onderzoek binnen het themagebied*

Naar aanleiding van de maatregelen die in 2000 werden genomen om de eerstelijns verloskunde te versterken en de thuisbevalling in stand te houden, heeft het NIVEL, op verzoek van de KNOV en ZN, en gesubsidieerd door het ministerie van VWS, een vijfjarige Monitor Verloskundige Zorgverlening opgezet. Het project is in 2001 begonnen met een behoefteanalyse voor verloskundigen. Vervolgens is gedurende vier achtereenvolgende jaren aandacht besteed aan de tijdbesteding en de werkdruk van verloskundigen in eerstelijns praktijken, de organisatie van verloskundige praktijken, de samenwerking met andere zorgverleners en de ervaringen van cliënten met de zorg die zij ontvangen hebben tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed.

In 2005 is een nieuwe behoefteanalyse opgesteld en in 2006 zal een

eindrapport van het gehele project verschijnen. Voor de behoefteveraming verloskundigen 2004-2015 is in 2002 een inventarisatie gehouden van verloskundig actieve huisartsen, in 2003 van de klinisch werkende verloskundigen en in 2004 is een enquête gehouden onder laatstejaars studenten verloskunde. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens over gynaecologen die verzameld worden in het project 'Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen' van dr. L.F.J. van der Velden e.a..

In de 2<sup>e</sup> Nationale Studie zijn zowel bij huisartsen als bij cliënten gegevens verzameld die betrekking hebben op verloskunde en kraamzorg. Een deel van deze gegevens zijn al geanalyseerd. Verdere analyses zijn nog mogelijk. Het tekort aan eerstelijns verloskundigen heeft de KNOV, samen met het ministerie van VWS, ertoe gebracht een applicatiecursus te ontwikkelen voor verloskundigen die in het buitenland zijn opgeleid, maar graag in Nederland willen werken. 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.

Hoewel de problemen in de kraamzorg op dit moment opgelost lijken, is de toekomst ervan nog verre van zeker. Nieuwe ontwikkelingen, zoals invoering van het indicatieprotocol voor kraamzorg en kraamzorgveilingen, zorgen voor onzekerheid. Er is geen inzicht in de bestaande opleidingscapaciteit en uit onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars en kraamzorgaanbieders nauwelijks concrete afspraken maken over het opleiden van nieuw personeel voor de kraamzorg. Er is daarom verder onderzoek nodig naar de in- en uitstroom van kraamverzorgenden in opleiding en beroep.

In Nederland krijgen alle baby's enkele dagen na hun geboorte een hielprik, waarmee bloed wordt afgenomen voor de screening op drie, in potentie ernstige, maar weinig voorkomende, ziekten, namelijk phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyreoïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS). Het NIVEL heeft het functioneren van dit hielprikprogramma, op verzoek van CVZ, geëvalueerd.

Bij de afsluiting van de kraamzorg wordt de zorg voor ouder en kind overgedragen aan het consultatiebureau en later de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Een van de taken van deze zorginstellingen is de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), door ouders voor te lichten over en uit te nodigen voor de verschillende vaccinaties die in het RVP zijn opgenomen.

Het afgelopen jaar zijn daarvoor nieuwe voorlichtingsmaterialen ontwikkeld en op verzoek van het RIVM heeft het NIVEL onderzocht hoe de distributie van deze voorlichtingsmaterialen onder professionals van het RVP verloopt.

### *Toekomst*

Onderzoek rond verloskunde en kraamzorg richt zich zowel op zorgvragers als op zorgverleners.

Wat de zorgvragers betreft zijn de komende jaren de volgende ontwikkelingen van belang. Het aantal geboortes zal de komende jaren blijven dalen en pas rond 2015 weer licht gaan stijgen. Een steeds groter deel van de zorgvragers is van buitenlandse afkomst en de gemiddelde leeftijd van moeders bij de geboorte van hun kind lijkt nog steeds licht te stijgen.

Met het toenemen van de mogelijkheden zal de vraag naar (voorlichting over) prenatale screening groeien. Het is van belang om te onderzoeken wat dit betekent voor het gebruik van verloskundige zorg en kraamzorg.

Het cliëntenperspectief is in de verloskundige zorg enigszins onderbelicht gebleven, want hoewel er veel waarde gehecht wordt aan de keuzemogelijkheid voor vrouwen met een ongecompliceerd verlopende zwangerschap om thuis of in het ziekenhuis te bevallen, wordt er weinig aandacht besteed aan andere aspecten van de verloskundige zorg die voor vrouwen bepalend kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg zoals bijvoorbeeld de vrije keus van zorgverlener of de keuze voor epidurale pijnbestrijding. Onderzoek naar de kwaliteit van verloskundige zorg en kraamzorg vanuit het cliëntenperspectief is daarom aan te bevelen.

Wat de zorgverleners betreft is vervolgonderzoek naar de optimale omvang en organisatie van verloskundige praktijken aan te bevelen. Ook de recent opgezette geboortehotels / geboortecentra, bedoeld als (tijdelijke) oplossing voor het tekort aan eerstelijns verloskundigen, behoeven nader onderzoek.

Onderzoek naar de optimale omvang en inhoud van de eerstelijns prenatale zorg is aan te bevelen omdat er enerzijds discussie is over het beperken van het aantal prenatale contacten, terwijl anderzijds meet tijd genomen moet worden voor voorlichting en counseling.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

VERL 01.04 Behoefteteraming verloskundige zorgverleners  
(afgerond)

- VERL 05.01 Ontwikkeling van een landelijk indicatie protocol kraamzorg  
(project niet toegekend)
- VERL 05.02 Neonatale screening op PKU, CHT en AGS  
(Project afgesloten)
- VERL 05.03 Onderzoek naar de distributie van voorlichtingsmaterialen  
van het Rijksvaccinatieprogramma  
(Project afgesloten)

**Lopende en nieuwe projecten:**

- VERL 01.03 Monitor van de ontwikkelingen in de verloskundige zorg-  
verlening  
(eindrapportage)
- VERL 04.01 Rendement van de applicatiecursus voor in het buitenland  
opgeleide verloskundigen.  
(afroding)
- VERL 04.03 De betrokkenheid van huisartsen bij verloskundige zorg en  
kraamzorg. Secundaire analyses op gegevens uit de 2<sup>e</sup>  
Nationale Studie.  
(artikel schrijven)
- VERL 05.04 Onderzoek naar de ontwikkeling van geboortecentra  
(Schrijven onderzoeksvoorstel)
- VERL 05.05 Monitoring Kraamzorg II  
(In afwachting van subsidie)

**Nieuw**

- VERL 06.01 Ontwikkeling van een nieuwe richtlijn voor eerstelijns  
prenatale zorg  
(schrijven onderzoeksvoorstel)

**Nieuw**

- VERL 06.02 Kwaliteit van verloskundige zorg en kraamzorg vanuit  
cliëntenperspectief  
(schrijven onderzoeksvoorstel)

**Nieuw**

- VERL 06.03 Effectiviteit van voorlichting en counseling rond prenatale  
screening  
(schrijven onderzoeksvoorstel)

*p.m.*

- REG 84.03 Verloskundigenregistratie



BKP 99.07	Arbeidsmarktmonitor obstetrici/gynaecologen
INT 06.02	Reviewing maternal mortality and severe maternal morbidity in South Kazakhstan

### 2.2.11 *Paramedische zorg*

#### *Algemene ontwikkelingen*

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 optimaliseren 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.

Sinds 1 januari 2004 valt fysiotherapie voor volwassenen niet langer binnen de basisverzekering. Dit houdt in dat de eerste negen zittingen van een fysiotherapeutische behandeling niet meer worden vergoed. Patiënten met een chronische aandoening hebben nog wel beperkt recht op een vergoeding vanuit het basispakket. Inmiddels is via cijfers vanuit het LIPZ netwerk duidelijk geworden dat het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut in 2004 gemiddeld 6,1% lager is ten opzichte van 2003. Het aantal bezoeken van lijstpatiënten (patiënten met een chronische aandoening) is echter met 30% gestegen. Het verwijsbeleid van huisartsen en specialisten lijkt niet veranderd, maar fysiotherapeuten benoemen een groter deel van de naar hen verwezen patiënten als 'lijstpatiënt'. Per fysiotherapie-praktijk verschilt de daling sterk en momenteel wordt onderzocht welke factoren op therapeut of praktijkniveau hiermee samen hangen.

De beperkende maatregel is niet de enige recente verandering in het vergoedingssysteem voor fysiotherapie. Vanaf 1 februari 2005 mogen verzekeraars en fysiotherapeuten onderhandelen over de tarieven van zittingen. Inmiddels heeft circa 95% van de fysiotherapeuten een contract met de zorgverzekeraar en zijn de tarieven met gemiddeld 12,4 % gestegen. In 2006 zal worden onderhandeld over concreet omschreven producten, zoals een chronische behandeling. Na het twee jaar durende experiment wordt bekeken of vrije prijsvorming in de fysiotherapie definitief kan worden ingevoerd. Een en ander zal in ieder geval leiden tot een groter

kostenbesef bij patiënten. De patiënt zal gaan kiezen voor kwaliteit, voor korte effectieve behandelingen en voor een snelle toegang. Toegang tot de fysiotherapeut is vanaf 1 januari 2006 direct mogelijk, dat wil zeggen zonder verwijzing van de huisarts/specialist. In 2005 is de wet BIG daarop aangepast en dienen alle fysiotherapeuten die in het kwaliteitsregister van het KNGF zijn opgenomen een verplichte nascholingscursus 'Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie' te volgen. Met behulp van het LiPZ netwerk zal in kaart worden gebracht in hoeverre patiënten vanaf 1 januari gebruik maken van deze directe toegankelijkheid en met wat voor een soort klachten patiënten zonder tussenkomst van de huisarts naar de fysiotherapeut gaan.

Deze ontwikkelingen benadrukken 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 een instrument in de onderhandelingen met de 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 worden verzameld. Het LIPZ-netwerk levert referentiewaarden en fungeert als monitor voor het fysio- en oefentherapeutisch handelen. Dergelijke informatie dient als stuurinformatie voor de afstemming van beleid van de overheid, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen. In 2005 wordt de opname van een aantal praktijken met extramuraal werkende diëtisten in LiPZ voorbereid. De aanspraak op extramurale dieetadvisering werd tot en met 2004 onbeperkt gefinancierd vanuit de AWBZ. Gezien de aard en inhoud van deze extramurale (curatieve) dieetadvisering is besloten deze per 1 januari 2005 over te hevelen naar het ziekenfonds en de aanspraak te beperken tot maximaal vier behandeluren per persoon per jaar. De effecten van deze overheveling zullen de komende jaren binnen LiPZ worden geëvalueerd. Tevens zal een goed inzicht worden verkregen in de omvang en inhoud van

de diëtistische zorg bij extramurale dieetadvisering. Mede gezien de toenemende aandacht voor de gevaren van overgewicht is de diëtetiek een relevant onderzoeksterrein. Koppeling aan LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) kan bijvoorbeeld de mogelijkheid bieden om ketenzorg en verwijzprocessen in deze te bestuderen.

Ook bij andere paramedische beroepsgroepen zoals logopedisten en ergotherapeuten bestaat er behoefte aan informatie over het zorgproces en inzicht in de doelmatigheid van het handelen. De opname van een aantal ergotherapiepraktijken in het LIPZ netwerk zal worden nagestreefd. Sinds extramurale ergotherapie (EEE) in 2001 is opgenomen als verstrekking in het ziekenfondspakket, is het aanbod ervan met 50 % toegenomen. EEE zal in toenemende mate een belangrijke plaats binnen de gezondheidszorg innemen, aangezien EEE erop is gericht mensen zo lang mogelijk te laten functioneren in de eigen woon-leef en werksituatie. Een relevante vraag hierbij is in hoeverre EEE daadwerkelijk opname in een instelling kan uitstellen of voorkomen. Jaarlijks worden 89.000 mensen van 55 jaar en ouder behandeld op de Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis als gevolg van een valongeval. De gevolgen van een val kunnen bij zelfstandig wonende ouderen uiteindelijk zelfs aanleiding zijn voor opname in een verpleeghuis. In 2006 wordt in samenwerking met de NVE een onderzoek voorbereid om de ergotherapeutische richtlijn valpreventie te evalueren op toepasbaarheid (vanuit het perspectief van zowel de therapeut als de patiënt), effectiviteit en doelmatigheid.

De extramuraal geboden logopedische zorg is, wat betreft omvang en duur niet transparant zoals blijkt uit NIVEL onderzoek. Door de NVLF wordt wel sinds enkele jaren gewerkt aan een landelijke databank, maar dit systeem is nog niet op grote schaal operationeel. Uit het onderzoek blijkt verder dat er behoefte bestaat aan bij voorkeur evidence based richtlijnen op het gebied van specifieke aandoeningen en stoornissen. Er is binnen de logopedie reeds redelijk veel gecontroleerd effectonderzoek gedaan, maar de resultaten van deze studies zijn nog niet systematisch samengevat. Systematische reviews kunnen de basis vormen voor richtlijnontwikkeling.

Ook binnen de tweedelijns gezondheidszorg is het van belang het proces van (paramedische) zorg in kaart te brengen. Het NIVEL heeft in 2004 en 2005 daarom inventariserend onderzoek uitgevoerd naar de omvang, de

verwijsindicatie, behandeldoelen en inhoud van zorg van die fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten bieden in verpleeghuizen. Een opvallende bevinding uit dit onderzoek is dat het paramedisch zorggebruik van bewoners sterk uiteen loopt, zowel tussen als binnen verpleeghuizen. Het al dan niet inzetten van paramedische zorg lijkt niet altijd gebaseerd te zijn op duidelijke en onderbouwde keuzes. Onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit/doelmatigheid van paramedische zorg in verpleeghuizen wordt daarom van groot belang geacht. Het systematisch in kaart brengen van de zorgbehoefte van bewoners dient daarbij tevens aandacht te krijgen. Dergelijk onderzoek kan dienen om multidisciplinaire richtlijnen voor paramedische zorg in verpleeghuizen te ontwikkelen. Tot op heden zijn weinig multidisciplinaire richtlijnen voorhanden. In 2006 zullen de mogelijkheden voor dergelijk onderzoek worden verkend.

De afgelopen jaren zijn de opeenvolgende kwaliteitsprogramma's OKPZ-, BKPZ en IKPZ (Ondersteuning, Bevordering en Implementatie Kwaliteit Paramedische Zorg) uitgevoerd. De evaluatie van het IKPZ-programma (NIVEL, 2004) heeft zich gericht op de voortgang en het welslagen van de implementatie van kwaliteitszorg. De mate waarin de reeds ontwikkelde instrumenten van het OKPZ en BKPZ programma zijn geïmplementeerd verschilt sterk per paramedische beroepsgroep. In 2005 is met medewerking van onder andere het NIVEL, het boek 'Signaal paramedisch zorg' verschenen. De conclusie uit dit 'Paramedisch signaal' is dat (financiële) ondersteuning door derden geboden is en blijft, en dat op nog teveel terreinen een goede wetenschappelijke onderbouwing van het werk ontbreekt. Er is een dringende behoefte aan meer 'evidence based' richtlijnen, 'best practices' en een goede implementatie daarvan. De kosten hiervan kunnen echter moeilijk door de vaak kleine beroepsgroepen worden opgebracht en externe financieringsmogelijkheden zijn zeer beperkt. De evaluatie heeft genoeg materiaal opgeleverd om verschillende vragen rondom kwaliteitsbeleid in de paramedische zorg te onderzoeken. Zo zou het bijvoorbeeld interessant zijn de relatie tussen gebruikte implementatiestrategieën en het daadwerkelijk gebruik van de kwaliteitsinstrumenten door de beroepsbeoefenaren nader te analyseren.

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 of aan het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënt. 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. Binnen LiPZ wordt onderzoek verricht naar in de praktijk bruikbare uitkomstindicatoren van paramedische 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.

Onderzoek naar het proces van de zorg gaat vooraf aan onderzoek naar het effect ervan. Daarnaast is het 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 behandelmethodes en het evalueren van meetinstrumenten waarmee het effect van de behandeling gemeten wordt. Door het NIVEL wordt zowel dergelijk vooronderzoek als gecontroleerd effectonderzoek gedaan.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten**

PMED 99.04 Effectiviteit van ergotherapeutische interventies  
(afgerond)

- PMED 00.03 Evaluatie Implementatie Kwaliteitszorg Paramedische Zorg (IKPZ)  
(afgerond)
- PMED 03.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: een inventariserend onderzoek  
(afgerond)
- PMED 03.02 Determinanten van variabiliteit in de fysiotherapeutische zorg  
(afgerond)
- PMED 03.04 De effectiviteit van ergotherapeutische behandeling bij patiënten met een psychiatrische aandoening: een systematische review van de literatuur  
(geen subsidie verworven)
- PMED 03.05 De evaluatie van de ergotherapeutische standaardadviesrapportage's voor rollator, sta-op-stoel en stoel met trippelfunctie.  
(geen subsidie verworven)
- PMED 04.01 De verhouding in de omvang van chronische en niet-chronische fysiotherapeutische zorg  
(afgerond)
- PMED 04.02 Inhoud van fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg voor patiënten met lage rugpijn  
(afgerond)
- PMED 04.06 Help de informele zorg: project ter bevordering van thuiszorgtechnologie door mantelzorgers  
(afgerond)
- PMED 05.01 Paramedische zorg in verpleeghuizen: de verschillen verklaard  
(afgerond)

**Lopende en nieuwe projecten:**

- PMED 01.05 Het effect van GRADIT, graded activity door middel van intermitterende oefen therapie 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 co-morbiditeit  
(in uitvoering)
- PMED 03.01 LIPZ operationeel
- PMED 03.06 Evaluatie van het fysiotherapeutisch handelen: de  
bruikbaarheid van generieke meetinstrumenten.  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.01 LIPZ diëtetiek  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.02 Evaluatie van het diëtistisch handelen: de bruikbaarheid van  
generieke meetinstrumenten.  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.03 Fysio- en oefentherapeutische zorg bij psychisch  
gerelateerde klachten  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.04 Oefentherapie bij kinderen  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.05 Daling van aantal zittingen per fysiotherapiepraktijk  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.06 Het handelen van de fysiotherapeut bij patiënten met artrose  
aan de heup en/of knie  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.07 Ervaringen van fysiotherapeuten met de GRADIT  
behandeling bij mensen met artrose: Een kwalitatief  
onderzoek  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PMED 06.08 Evaluatie van de ergotherapeutische richtlijn valpreventie  
(werven subsidie)

## 2.2.12 *Verpleging & verzorging*

### *Beleidsontwikkelingen*

De invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal naar verwachting grote gevolgen hebben voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen. De WMO impliceert dat vanaf 2006 of 2007 bepaalde zorgfuncties (waaronder huishoudelijke verzorging) die voorheen vanuit de AWBZ gefinancierd werden, nu onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten gaan vallen. Gemonitord zal moeten worden wat de WMO voor consequenties heeft voor gemeenten, indicatieorganen en niet in de laatste plaats cliënten en mantelzorgers.

Daarnaast zullen thema's als 'doelmatigheid' en 'kwaliteit van zorg' ook in het komende jaar nog actueel blijven. De huidige aandacht van onderzoekers en beleidsmakers voor kwaliteit- en risico- indicatoren en "benchmarking" is daarmee direct verbonden. Het begrip benchmarking wil zeggen dat instellingen onderzocht worden op kwaliteit en doelmatigheid, waarbij deze vervolgens gespiegeld worden aan de hand van allerlei indicatoren aan 'best-practice-instellingen'. In verschillende zorgsectoren hebben recent benchmarkstudies plaatsgevonden; het NIVEL is als onderzoeksinstituut direct betrokken bij de Benchmark Thuiszorg (zie themagebied 'Vraaggestuurde zorg').

Ook taakherschikking is al enige jaren een belangrijk beleidsonderwerp en dat zal naar verwachting ook in het komende jaar zo zijn. Daarmee hangt samen dat er in opleidingen en praktijk steeds meer mogelijkheden komen voor relatief nieuwe professionals als verpleegkundig specialisten, praktijkverpleegkundigen en nurse practitioners. Deze nieuwe functies moeten de kwaliteit van zorg bevorderen en vaak ook de werkdruk van medici verminderen. De beleidsdiscussies en besluitvorming omtrent de wettelijke, educatieve en praktisch -organisatorische voorwaarden waaronder substitutie van taken (bijvoorbeeld bij het voorschrijven van geneesmiddelen) vorm moet krijgen is nog in volle gang. De door VWS ingestelde landelijke Stuurgroep MOBG werkt momenteel aan de brede uitwerking van beleids- en onderwijskaders voor taakherschikking in de zorg.

De invoering van nieuwe communicatietechnologie in de zorg is eveneens een actueel thema, zowel vanwege de kwaliteitsimpuls die het kan geven als om redenen van doelmatigheid. Hierbij kan men onder meer denken aan de invoering van allerlei beeld/audioverbindingen (ook wel videonetwerken



genoemd) tussen thuiszorgcliënten en –medewerkers of tussen verpleeghuisbewoners en thuiswonende familieleden. Verwacht wordt dat dergelijke nieuwe communicatiemiddelen de komende jaren een grote vlucht zullen nemen in de zorg.

Tot slot kan de huidige aandacht bij beleidsmakers en professionals voor ‘evidence-based nursing’ worden genoemd. Uitgangspunt daarbij is dat het voor kwalitatief goede zorg belangrijk is dat verpleegkundigen en verzorgenden gebruik maken van interventies waar wetenschappelijke evidentie voor bestaat. Gefinancierd vanuit het ZonMw -programma ‘Tussen Weten en Doen’ zijn recent binnen het themagebied verschillende studies gestart omtrent evidence-based richtlijnen.

#### *Onderzoek binnen themagebied*

Van oudsher zijn ‘kwaliteit van zorg’ en ‘kwaliteit van arbeid’ vanuit het perspectief van zorgvragers of beroepsbeoefenaren belangrijke onderzoekslijnen in het themagebied. Daaronder vallen onder meer de peilingen onder het landelijke Panel V&V (een samenwerkingsproject van LEVV/AVVV/NIVEL). In deze peilingen komen allerlei actuele onderwerpen in de verpleging en verzorging aan bod, waarbij altijd expliciet een relatie wordt gelegd met de kwaliteit van de zorg. Het thema ‘kwaliteit van arbeid’ komt het meest duidelijk aan bod bij peilingen onder het Panel V&V naar ‘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 afgelopen tijd anders zijn gaan oordelen over zaken als groei- en ontplooiingsmogelijkheden, autonomie en werkdruk. Ook ‘zorg voor ouderen met dementie’ is sinds enige jaren een belangrijke onderzoekslijn. Een voorbeeld daarvan is een lopend promotieonderzoek naar de effecten van de invoering van een richtlijn over de begeleiding van dementerende verpleeghuisbewoners met depressieve klachten. Ook is er een onderzoek in voorbereiding (i.s.m. Verpleeghuisgeneeskunde EMGO-VU) naar de invoering van een protocol bij pijn en onwelbevinden van verpleeghuisbewoners met dementie. ‘Palliatieve zorg’ is van oudsher eveneens een belangrijke onderzoekslijn. De meerjarige monitorstudie op het terrein van palliatieve zorg (afronding eind 2006) is een duidelijk voorbeeld van onderzoek binnen deze lijn. Deze monitor moet inzicht geven in de verdere ontwikkeling van hospicevoorzieningen, palliatieve afdelingen binnen Integrale Kankercentra

en consultatieteams.

Een relatief nieuwe onderzoekslijn is 'Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'. Binnen die lijn loopt onder meer een onderzoek naar de zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking.

#### *Toekomst*

Voor het komende jaren is het belangrijk dat bestaande onderzoekslijnen verstevigd worden door de werving en uitvoering van nieuwe projecten. Voor wat betreft de onderzoekslijn 'Palliatieve zorg' is hoopgevend dat VWS via ZonMw een nieuw onderzoeksprogramma op het terrein van palliatieve zorg in 2006/2007 zal gaan initiëren. Daarbij denken we er aan om zelf onderzoeksprojecten over palliatieve zorg bij specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld migranten) te initiëren en wellicht daarvoor voorstellen binnen het komende ZonMw-programma in te dienen.

Tevens willen we het komende jaar nieuw beleidsondersteunend onderzoek initiëren, bijvoorbeeld als het gaat om de gevolgen van de invoering van de WMO voor cliënten en betrokken professionals.

Een ander voornemen is om in het komende jaar, in samenwerking met het LEVV, de nieuwe onderzoekslijn 'Reviews en richtlijnen' verder te ontwikkelen. Onze deskundigheid op dat terrein zullen we gericht onder de aandacht brengen van bijvoorbeeld beroeps- en branche organisaties, zorgverzekeraars en andere potentiële opdrachtgevers, teneinde op die manier nieuwe opdrachten te genereren (partijen die een offerte willen aanvragen kunnen contact opnemen met a.francke@nivel.nl).

Een derde intentie is het verrichten van onderzoek op het terrein van taakherschikking tussen artsen en (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Eind 2005 start een systematische literatuurstudie naar taakherschikking bij medicatie voorschrijven. Het is de bedoeling dat in 2006 die literatuurstudie een vervolg krijgt met empirisch onderzoek (i.s.m. het LEVV). Momenteel zijn we daarover in gesprek met de voornoemde stuurgroep MBOG.

Ook onderzoek op het terrein van nieuwe communicatiemiddelen in de zorg hopen we in het komende jaar uit te breiden. Momenteel loopt er al een monitorstudie naar videonetwerken in de thuiszorg en de verwachting is dat binnenkort ook gestart wordt met onderzoek naar vergelijkbare technologie in verpleeghuizen.

Tenslotte willen we in de komende jaren ons onderzoek omtrent de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking uitbouwen. In dit verband

zoeken we momenteel actief naar subsidiemogelijkheden voor een vervolg op het lopende inventarisatie-onderzoek naar zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking.

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

- V&V 05.01 Vervolgstudie terminale thuiszorg voor Turkse en Marokkaanse cliënten: een onderzoek onder thuiszorgmedewerkers, huisartsen en indicatiestellers (afgerond)
- V&V 04.05 Doorbreek depressie bij dementie: ontwikkeling en implementatie van een begeleidingsprogramma voor thuiswonende mensen met dementie en hun naasten (afgerond)
- V&V 04.01 Systematische review naar effecten van telefonische follow-up door ziekenhuisprofessionals na ontslag uit het ziekenhuis (afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

- V&V 02.03 Continuering van Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (in uitvoering)
- V&V 04.02 Systematische review naar effecten van discharge planning (in uitvoering)
- V&V 04.03 Monitor Palliatieve Zorg. Een monitor van ontwikkelingen op de terreinen van palliatieve afdelingen, consultatieteams en hospicevoorzieningen (laatste jaarlijkse peiling)
- V&V 04.04 Begeleiding van dementerende verpleeghuisbewoners die depressief zijn. Een multi-centre interventiestudie naar de effecten van een richtlijn voor verzorgenden (in uitvoering)
- V&V 05.02 Monitor Videonetwerken (tweede monitorronde)
- V&V 05.03 Zorg rondom het levenseinde van mensen met een verstandelijke beperking: een inventarisatie van de behoefte aan onderzoek op dit terrein.

- (in afrondingsfase)
- V&V 05.04 Voorkomen en behandelen van orale mucositis bij patiënten met kanker: een project gericht op het vervolmaken en toetsen van een richtlijn  
(in uitvoering)
- V&V 05.05 Reflux van maagzuur bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking: een project gericht op de ontwikkeling van een evidence-based deelrichtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden.  
(in uitvoering)
- V&V 05.06 Medicatie voorschrijven door verpleegkundigen: een onderzoek naar de huidige en gewenste praktijk, randvoorwaarden en effecten.  
(literatuurstudie, zoeken van financieringsmogelijkheden voor vervolg)
- V&V 05.07 De aansluiting tussen de zorgbehoefte, zorgvraag en de geïndiceerde en geleverde zorg van chronisch zieken voorafgaande aan de invoering van de WMO  
(werven subsidie)
- Nieuw**
- V&V 06.01 Harmonisatie van indicatiestellingstrajecten voor jeugdigen  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- V&V 06.02 Proefschrift over “discharge planning and post-discharge interventions”  
(afronding proefschrift)
- Nieuw**
- V&V 06.03 Beeld-audioverbindingen tussen verpleeghuisbewoners en thuiswonende familieleden: een evaluatiestudie  
(in afwachting subsidie)
- Nieuw**
- V&V 06.04 Analyses van niet-acute sterfte  
(in afwachting subsidie)
- Nieuw**
- V&V 06.05 Pijn en onwelbevinden bij dementie: een interventiestudie naar de effecten van een protocol voor verpleeghuis-medewerkers  
(in afwachting subsidie)

## Nieuw

V&V 06.06 Injectietechniek m.b.v. insulinepen bij diabetes: een project gericht op een evidence-based richtlijn (in afwachting subsidie)

## *p.m*

PSH 02.03 VOICE Verpleegkundigen-Ouderen In ChemotherapiE  
REG 96.03 Feiten over verpleegkundigen en verzorgende beroepen  
KOCC 05.06 Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen  
KOCC 06.02 Kwaliteit van leven van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: het toetsen van meetinstrument  
VRA 05.05 Benchmark Thuiszorg III  
MIG 05.06 Monitoring werkbelasting penitentiaire verpleegkundigen en geneeskundigen (hoofdfase)  
CHR 06.01 Monitor maatschappelijke participatie van mensen met een chronische ziekte of handicap  
CHR 06.05 Coördinatie en afstemming van de zorg voor mensen met een chronische ziekte of handicap

### 2.2.13 ***Het hulpverleningsproces; onderzoek naar communicatie in de gezondheidszorg***

#### *Beleidsontwikkelingen*

Hoe komen verwijzingen tot stand, waarom verlaat de ene patiënt de spreekkamer met een recept voor een antidepressivum, terwijl een ander met dezelfde klachten het advies krijgt nog even af te wachten, hoe wordt de WGBO in de praktijk toegepast en vinden besluitvormingsprocessen plaats, welke manier van omgaan met patiënten met recidiverende onbegrepen klachten is het meest effectief in termen van bevordering van zelfzorg en vermindering van medisch consumptie, is de relatie tussen hulpverlener en patiënt in de loop der jaren veranderd en zo ja, hoe? De beantwoording van deze en vele andere beleidsvragen over de *black box* in de gezondheidszorg is mogelijk op basis van secundaire analyses van de Databank Communicatie in de Zorg. De Databank geeft een uniek inzicht in wat zich in de feitelijke hulpverlening afspeelt tussen hulpverlener en patiënt en draagt hiermee bij aan een kwalitatieve verdieping van kwantitatieve

gegevens over aanbod en gebruik van gezondheidszorg. Binnen het themagebied Communicatie in de gezondheidszorg valt recentelijk een toename te constateren in het aantal en de variëteit aan projecten die worden gesubsidieerd en uitgevoerd. Nadat communicatie binnen de gezondheidszorg jarenlang een secundaire plaats heeft ingenomen, lijken beleidsmakers, beroepsverenigingen en beroepsbeoefenaars thans meer en meer overtuigd te raken van het feit dat goede gezondheidszorg staat of valt met de kwaliteit van de communicatie tussen hulpverleners en patiënten en tussen hulpverleners onderling. Tegelijkertijd is door de toegenomen variëteit en complexiteit aan hulpvragen, aandoeningen en preventieve en therapeutische interventies ook de communicatie in de praktijk veranderd. Dit stelt mogelijk andere en wellicht hogere eisen aan de communicatie-vaardigheden van de hulpverlener. Zo blijkt uit de in 2004 in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk afgeronde studie naar communicatie, dat, in vergelijking met 1987, de aard van het contact tussen huisarts en patiënt verzakelijkt is; er wordt thans op een meer instrumentele, biomedische manier gecommuniceerd en psychosociale zaken komen minder aan bod. Ook laten de resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van consultvoeringsonderwijs zien dat dit onderwijs niet de gewenste vruchten afwerpt. Mogelijk is het onderwijs onvoldoende meegegroeid met deze veranderende arts-patiënt relatie en is het tijd een nieuw consultvoeringsmodel te ontwikkelen. Binnen de huisartsopleiding zijn hiervoor reeds de eerste stappen gezet.

#### *Databank Communicatie in de Zorg*

Niet alleen het NIVEL zelf, maar ook een groeiend aantal externe opdrachtgevers maken gebruik van gegevens uit de Databank Communicatie in de Zorg. Met deze Databank kunnen op basis van secundaire analyses op een snelle manier tal van beleidsvragen beantwoord worden waarvoor geen ander databestand in Nederland voorhanden is. Conservering van de bestaande Databank is echter een voorwaarde.

#### *Conservering van de Databank*

Onderzoek naar communicatie in hulpverleningssituaties vindt op het NIVEL reeds 25 jaar plaats met behulp van video-opnames in de praktijk. De Databank Communicatie in de Zorg bevat inmiddels ruim 15.000 video-opnames van contacten tussen patiënten en verpleegkundigen, medisch

specialisten en huisartsen in binnen- en buitenland. Deze databank weerspiegelt de veranderingen die zich door de jaren heen binnen de gezondheidszorg hebben voltrokken en is zodoende van historisch, beleidsmatig en maatschappelijk belang. Ook kunnen met de Databank methodologische vragen beantwoord worden, zoals vragen naar de betrouwbaarheid en validiteit van registratie- en vragenlijstgegevens. Het beeld en geluid van de video-opnames blijkt echter erg vergankelijk. Inmiddels loopt de kwaliteit van de eerste opnames snel achteruit. Om die reden is het NIVEL gestart met het digitaliseren van het volledige video-bestand en worden alle banden overgezet op DVD's, een tijdrovend en kostbaar proces dat nog enkele jaren in beslag zal nemen.

De Databank Communicatie in de Zorg heeft in 2005 een groot aantal projecten mogelijk gemaakt die in 2006 een vervolg krijgen. De resultaten hiervan worden enerzijds als spiegelinformatie naar de betreffende beroepsgroepen gebruikt, anderzijds in wetenschappelijke artikelen beschreven en op internationale congressen gepresenteerd. Het onderzoek heeft onder meer betrekking op de volgende thema's:

#### *Leefstijladvisering*

Eén van de projecten betreft een observatie-onderzoek naar de frequentie en inhoud van leefstijladvisering aan patiënten met hypertensie door de huisarts. Dit project is in opdracht van VWS uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met het NIVEL. Voor dit project werd gebruik gemaakt van video-opnames van alledaagse huisartsconsulten uit de Databank Communicatie in de Zorg die in 2001 zijn verzameld in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een vervolg op dit project is in voorbereiding waarbij wederom de Databank gebruikt zal worden, ditmaal voor onderzoek naar leefstijladvisering bij de selectie van patiënten met type 2 diabetes. De uit de Databank afkomstige video-opnames van hypertensieconsulten zijn in 2005 ook gebruikt voor een onderzoek naar de communicatieve gedragingen van de huisarts die het uiten van *cues and concerns* aan de patiënt ontlokken. Resultaten van dit project onderstrepen het belang van non-verbale communicatie (oogcontact) van de huisarts en dragen bij aan een meer effectieve exploratie van de (achterliggende) hulpvraag van de patiënt door de huisarts.

### *Therapietrouw*

Voor 2005-2008 heeft de KNMP het bevorderen van therapietrouw als belangrijk aandachtspunt benoemd. Het NIVEL heeft in 2005 een onderzoek uitgevoerd naar de determinanten van therapietrouw. Een vervolg op dit project dat voor 2006 is gepland betreft een onderzoek naar de invloed van arts-patiënt communicatie op het voorkómen van therapieontrouw in de huisartspraktijk. Dit onderzoek zal eveneens op basis van secundaire analyses van de gegevens uit de Databank Communicatie in de Zorg worden uitgevoerd.

### *Continuïteit van zorg*

Daarnaast wordt in 2006 verder gegaan met het door het NHG gefinancierde project naar continuïteit van zorg. De inhoud en bestaanswaarde van dit klassieke huisartsgeneeskundige paradigma wordt met behulp van de Databank Communicatie in de Zorg onderzocht op basis van de aandacht die de huisarts besteedt aan de voorgeschiedenis, zorggeschiedenis, parallele zorg en gezins- en sociale context van de gepresenteerde klacht. Gegevens uit de Databank worden daarnaast in een project gebruikt dat in 2005 samen met de VU is gestart naar de oorzaken en verklaringen die patiënten geven voor hun klachten.

### *Specifieke zorgsituaties*

De Databank Communicatie in de Zorg wordt ook gebruikt om, in opdracht van de Divisie Medische Genetica van het UMC Utrecht, te onderzoeken hoe tijdens genetische counseling voor erfelijke kanker risico wordt gepercipieerd en gecommuniceerd en welke uitwerking dat vervolgens heeft voor het opvolgen van adviezen op het terrein van screening en profylactische ingrepen. Gegevens uit de Databank Communicatie zullen in 2006 eveneens worden gebruikt als referentiegegevens in een door ZonMw gefinancierd onderzoek naar de profielen van patiënten die een complementair werkzaam arts (natuurarts, arts-acupuncturist of homeopathisch arts) bezoeken. Op Europees niveau tenslotte vervult de Databank Communicatie een belangrijk modelfunctie voor internationaal vergelijkend onderzoek naar arts-patiënt communicatie in de gezondheidszorg. In meerdere Europese landen is begonnen een soortgelijke archief op te zetten.



### *Stelselwijziging*

Voor 2006 biedt de bestaande Databank tenslotte tal van mogelijkheden om (als nulmeting) de gevolgen van de stelselwijziging voor de inhoud en duur van de consultvoering in de spreekkamer in kaart te brengen en te monitoren. Uitbreiding van de Databank met nieuwe gegevens zal daartoe nodig zijn. Een voorbeeld van dergelijk onderzoek is een onderzoek naar de rol van het verzekeringspakket van de patiënt bij de keuze voor een bepaalde prescriptie of verwijzing door de arts. Dergelijke vragen kunnen alleen beantwoord worden met gebruikmaking van video-opnames waarmee het feitelijk contact tussen arts en patiënt inzichtelijk wordt.

### *Inhoud*

Binnen dit themagebied zijn grofweg twee lijnen te onderscheiden: een waarbij het perspectief van de hulpverlener het uitgangspunt vormt en een ander waarbij het perspectief van de patiënt overheerst. Zo wordt aan de kant van de hulpverlener (huisarts, verpleegkundige of specialist) onderzocht hoe er wordt gecommuniceerd (meer of minder aandacht voor biomedische en/of psychosociale zaken), welke factoren van invloed zijn op de communicatie (o.a. stress en attitude) en wat de effecten zijn van interventies ter verbetering van de communicatie (groepstraining of individuele feedback). Vanuit het perspectief van de patiënt wordt onderzocht welke behoeften er leven aan informatie, steun en participatie en hoe de communicatie beter op die behoeften kan inspelen. Het communiceren, signaleren en meten van *cues* speelt hierbij een belangrijke rol. Projecten betreffen dus enerzijds kwantitatief effectiviteits- en interventieonderzoek, anderzijds kwalitatief onderzoek gericht op conversatie-analyse, conceptualisering en methodiekontwikkeling. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar drie groepen patiënten: patiënten met alledaagse klachten, patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten (lage rugpijn, IBS, moeheid en chronisch benigne pijn) en patiënten met chronische aandoeningen (kanker en type 1 diabetes). De aandacht gaat daarbij vooral uit naar de meest kwetsbare groepen, zoals kinderen en ouderen. Om meer inzicht te krijgen in de beweegredenen van patiënten om een complementaire arts te consulteren, zullen in 2005 ook complementaire behandelwijzen, dat wil zeggen de door een arts verrichte handelingen op het terrein van de acupunctuur, natuurgeneeskunde of homeopathie, onder de loep worden genomen.

### *Methodiek*

In bovengenoemde projecten worden ICT en internet steeds meer ingezet als instrument voor het verzamelen van gegevens (internet focusgroepen, elektronische dagboeken) of het verrichten van interventies (situatieve feedback via palmtop computers: telemedicine). De ervaring die in voorafgaande jaren is opgedaan met onderzoek naar de effectiviteit van het uitwisselen van dagboekgegevens gekoppeld aan het geven van situatieve feedback aan patiënten met lage rugpijn middels palmtopcomputers, het internet en mobiele telefoons, wordt ook in 2006 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 en andere patiënten, zoals patiënten met irritable bowel syndrome (IBS).

### *Toekomst*

Om de jarenlange ervaring in het verrichten van onderzoek naar arts-patiënt communicatie uit te kunnen dragen, heeft het NIVEL in 2001 EACH – European Association for Communication in Healthcare – opgericht (zie [www.EACH.nl](http://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 2006 vele activiteiten ondernomen (o.a. een workshop over sequentiële analyse in Verona; het derde EACH congres in Basel).

## **Overzicht van de projecten**

### **Afgevoerde projecten:**

- PSH 01.05 Second opinion chirurgische oncologie  
(afgevoerd)
- PSH 02.04 From intention to performance  
(afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

- PSH 98.05 Communicatie tijdens genetische counseling bij erfelijke kanker  
(uitvoering)
- PSH 00.02 Digitaliseren van video-archief  
(uitvoering)

- PSH 01.01 EACH: European Association for Communication in Healthcare  
(uitvoering)
- PSH 02.03 VOICE Verpleegkundigen-Ouderen In ChemotherapiE  
(uitvoering)
- PSH 02.04 Communicatie en rolafbakening in de kinderoncologie  
(uitvoering)
- PSH 04.07 Situationele feedback bij chronische pijn  
(uitvoering)
- PSH 05.01 Aanzetten tot zelfzorg; een onderzoek naar het gebruik van effectieve communicatiestrategieën bij patiënten met alledaagse klachten in de huisartspraktijk  
(uitvoering)
- PSH 05.02 Tabula Rasa: Towards A Better Understanding of Lasting Adherence- Research And Systematic Analyses (of existing databases and literature)  
(uitvoering)
- PSH 05.03 Stimulating self-management in irritable bowel syndrome through web-based interactive technology  
(uitvoering)
- PSH 05.04 Patiëntenprofielen in de complementaire behandelwijzen; éénjaars monitoring in acupunctuur, homeopathie en natuurgeneeskunde  
(in afwachting van subsidie)
- PSH 05.05 Onderwijs in consultvoering in de huisartsopleiding; conceptualisering, meting en toetsing  
(in afwachting van subsidie)
- PSH 05.06 Databank Communicatie in de Zorg  
(in uitvoering)
- Nieuw**
- PSH 06.01 Web-based tailored information and question prompt for enhancing counselee participation and outcome; a RCT in breast cancer genetic counselling  
(in afwachting van subsidie)
- Nieuw**
- PSH 06.02 Net of ik zelf niks kan! Onderzoek naar beleid, praktijk en voorkeuren ten aanzien van rollen en verantwoordelijkheden in de (zelf)zorg voor adolescenten met type 1 diabetes  
(in afwachting van subsidie)

**Nieuw**

PSH 06.03 Leefstijladviesing aan patiënten met hypertensie in de huisartspraktijk  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

PSH 06.04 Van *Cue* naar *Concern*: de rol van het verbale en non-verbale gedrag van de arts  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

PSH 06.05 Risicocommunicatie en –perceptie in genetische counseling voor borstkanker  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

PSH 06.06 Interdisciplinaire en transmurale afstemming van voorlichting aan hartchirurgische patiënten  
(in voorbereiding)

**Nieuw**

PSH 06.07 De stelselwijziging in de spreekkamer  
(in voorbereiding)

*p.m.*

NS2 06.01 Continuïteit in de huisartsgeneeskunde: nog steeds actueel?

FARM 05.03 Het gebruik van geneesmiddelen: invloed van arts-patiënt-communicatie

#### **2.2.14 *International and Migrant Health***

In 2005 werd besloten om de internationale activiteiten van het NIVEL intern samen te voegen met de projecten die onder het themagebied Migranten vallen. Dit themagebied omvat dus vanaf 2006 twee onderzoeksprogramma's: onderzoek buiten Nederland of internationaal Nederland overstijgend vergelijkend onderzoek, en onderzoek gericht op populaties in Nederland maar met een niet-Nederlandse culturele achtergrond.

##### **a) *International Health***

Gelden voor onderzoek, ook op het gebied van gezondheid en

gezondheidszorg, worden in toenemende mate op *Europees niveau* verdeeld. De verplichting tot Europese aanbesteding, maar ook de internationalisering van onderzoek speelt hierin een belangrijke rol. Door de budgettaire regels binnen de Europese Unie zijn deze gelden ook minder gevoelig voor nationale bezuinigingsmaatregelen, waardoor er een relatief grotere zekerheid bestaat over de beschikbare budgetten op middellange termijn. Daar staat tegenover dat de concurrentie vaak zeer groot is en de aanvragen speciale expertise vragen. Onderzoeksgelden op Europees niveau worden ook in toenemende mate toegekend aan (grote) onderzoeksprogramma's die worden uitgevoerd door internationale samenwerkingsverbanden. Een ander probleem in verband met Europese onderzoeksgelden blijft de vereiste om projecten voor een groot deel te co-financieren. Deze vereiste beperkt momenteel structureel de mogelijkheid om uitgebreid deze markt op te gaan. Deze ontwikkelingen liggen ten grondslag aan de interne bundeling van NIVEL's internationale activiteiten. Doel hiervan is de expertise voor het aanvragen en uitvoeren van internationale onderzoeksprojecten te vergroten, waardoor tegelijkertijd de zichtbaarheid van het NIVEL als potentiële partner in internationaal onderzoek wordt vergroot.

#### *Activiteiten*

De activiteiten van het *Internationale gedeelte* van dit themagebied vormen in belangrijke mate een voortzetting van reeds bestaande aandachtsgebieden en projecten. Deze zijn in te delen in drie hoofdgroepen:

- de internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen en de hervorming van gezondheidszorgsystemen, met speciale aandacht voor de voormalige Oostbloklanden;
- de internationale vergelijking van gezondheidsinformatie
- activiteiten in het kader van het *WHO Collaborating Centre for Primary Health Care*, waaronder projecten ter ondersteuning van de ontwikkeling van een *primary care* georiënteerde gezondheidszorg in Midden- en Oost-Europa.

In het onderzoek naar gezondheidszorgsystemen staan twee soorten vragen centraal:

- Welke invloed hebben institutionele structuren, zoals de aan- of afwezigheid van een poortwachtersfunctie voor huisartsen en het honoreringsstelsel, op de 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?

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. De toenemende mobiliteit van patiënten en zorgverleners (vooral vanuit de nieuwe leden) binnen de EU lijken te vragen om deskundigheid op het gebied van vergelijking van gezondheidssystemen en ontwikkeling van nieuwe scenario's. Een voorbeeld van het tweede 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.

De internationale activiteiten hebben ook een belangrijke functie ter ondersteuning van beleid, zowel het Nederlandse beleid (wat kunnen we leren van oplossingen in andere landen?) als het beleid in Oost- en Midden-Europa. 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. Door de komende veranderingen in de zorgverzekering en de gevolgen hiervan voor gebruikers en zorgverleners, wordt Nederland de komende tijd een interessante partner voor vergelijkend onderzoek. 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.

Voor het in 2004 gestarte 1-jarige project ter ondersteuning van de implementatie van een Europees Informatiesysteem over gezondheid en gezondheidszorg in het kader van het Public Health Action Programme 2003-2008 is een uitgebreide verlengingsaanvraag voor twee jaar gehonoreerd. Hierin zal eveneens ondersteuning gegeven worden aan twee thematische werkgroepen, namelijk Morbidity and Mortality, en Health Systems, wat goed aansluit bij de eerder aandachtgebieden van het NIVEL. Naarmate de implementatie van dit informatiesysteem verder vordert zal duidelijk moeten worden welke andere rollen het subprogramma *International* in de toekomst in het Public Health Action Programme zal kunnen spelen.

Eind 2003 is op initiatief van het NIVEL een alliantie van *Public Health Research/Health Services Research* instituten (*Orpheus*) opgericht met als doel samen te werken in internationale onderzoeksprojecten waarbij de deelnemende instituten de toegang tot relevante gegevens kunnen vergemakkelijken. Het secretariaat van deze alliantie is bij dit themagebied ondergebracht.

Binnen het NIVEL wordt in onderscheiden projecten van andere themagebieden ook samengewerkt met buitenlandse partners; deze projecten zijn organisatorisch niet ondergebracht bij *International and Migrant Health*, maar er vindt wel uitwisseling en afstemming plaats. Ook wordt in deze projecten gebruik gemaakt van de expertise die binnen betrokken themagebieden wordt opgebouwd. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het *European Influenza Surveillance Scheme (EISS)* en het project *Health Information from Primary Care*, waarin de samenwerking tussen huisarts en peilstationsnetwerken in verschillende Europese landen wordt gecoördineerd (in 2004 afgesloten). Daarnaast wordt de al jaren bestaande samenwerking met de *Birmingham Research Unit* van de *Royal College of General Practitioners* (onder leiding van dr. D. Fleming) voortgezet. Deze projecten

vallen onder het themagebied *Huisartsgeneeskundige zorg*. Er wordt hierbij veelvuldig gebruik gemaakt van de mogelijkheden die verschillende databases zoals de LINH bieden om gegevens over Nederland aan te leveren voor internationale vergelijkingen

### *Beleid*

De 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 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.

De samenwerking tussen huisarts-peilstationsnetwerken in verschillende Europese landen wordt voortgezet in de vorm van participatie van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg in een door de Europese Commissie gefinancierd project over het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers. *International and Migrant Health* zal zich ook inspannen de oprichting van dergelijke netwerken in andere landen te faciliteren door uitwisseling van expertise en ondersteuning.

De relatie met de WHO als *Collaborating Centre* zal worden voortgezet. De advies- en ondersteuningsprojecten in het kader van de ontwikkeling van een *primary care* georiënteerde gezondheidszorg in Midden- en Oost-Europese landen zullen zich, door de recente uitbreiding van de Europese Unie, steeds verder naar het Oosten verplaatsen. Ook wordt daarbij meer aandacht besteed aan de multidisciplinariteit van de eerstelijns gezondheidszorg (bijvoorbeeld door opleiding en training van praktijkverpleegkundigen), aan andere disciplines (verloskundigen) en het perspectief van patiënten.

Belangrijke subsidiebronnen voor internationaal gezondheids(zorg)-onderzoek vormen de z.g. kaderprogramma's (momenteel het 6<sup>e</sup> Kaderprogramma 2002-2006) van het Directoraat-Generaal Onderzoek en het Public Health Action Programme 2003-2008 van het Directoraat-Generaal Gezondheid en Consumentenbescherming van de Europese Commissie. Het voorstel van de Commissie voor het nieuwe Programme of Community action in the field of Health and Consumer



protection 2007-2013, lijkt meer in de richting te komen van aandachtsgebieden van het NIVEL, zoals het perspectief van de gebruikers en de toekomstige samenwerking tussen verschillende gezondheidssystemen in Europa. Het Zesde Kaderprogramma biedt minder ruimte voor gezondheidszorgonderzoek dan het eerdere kaderprogramma. Of het Zevende Kaderprogramma meer mogelijkheden zal bieden is nu nog onduidelijk. Mogelijke thema's zoals toegankelijkheid van zorg, de druk van veroudering en migratie op gezondheidssystemen en de vertaling van onderzoek in praktijk zouden in het verlengde kunnen liggen van onze specifieke aandachtsgebieden. 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 andere onderdelen van de EU.

#### *Relationele ontwikkelingen*

De activiteiten van het Secretariaat voor het subprogramma Health Information van het Public Health Action Programme 2003-2008, hebben geleid tot veelvuldige contacten met vertegenwoordigers uit de Europese Economische Zone (EEA). Deze hebben dan weer geresulteerd in het nieuwe gehonoreerde voorstel. Er zal tevens een uitwisseling komen tussen de verschillende secretariaten voor de verschillende subthema's om o.a. te leren van elkaars websites. Er zijn tevens nieuwe contacten met Europese onderzoekers op het gebied van vertrouwelijkheid van persoonsgegevens binnen de gezondheidszorg. De alliantie voor samenwerking binnen Public Health biedt nieuwe mogelijkheden maar moet opnieuw geactiveerd worden. De contacten met de voormalige Oostbloklanden leiden tot nieuwe contacten zoals in Kazachstan, waar in 2005 een voorstel bij UNFPA werd ingediend voor een onderzoek naar sterfte en bijna-fatale morbiditeit rond zwangerschap en bevalling. In Litouwen heeft een (afgesloten) Matra project geresulteerd in een voortgezette samenwerking tussen NIVEL en de Kaunas University of Medicine. NIVEL help bij het opzetten van een unit voor Health Services Research en in het kader van de samenwerking loopt er een promotietraject.

#### ***b) Migrant Health***

*Migratie* is van alle tijden, maar door allerlei socio-economische en politieke factoren 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.

Migrantenpopulaties 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.

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, alsmede verschillen in gezondheidsproblemen tussen migranten in verschillende landen en hoe de lokale zorgverlening in de verschillende EU-landen met deze problematiek omgaat.

#### *Activiteiten*

Het thema migranten 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. *Interculturalisatie van de zorg* is een 2<sup>de</sup> thema. Hoe kunnen de gezondheidscultuur van allochtone patiënten en de gezondheidscultuur in dit land op elkaar afgestemd worden? Hoe gaat de

gezondheidszorg zelf om met cultuurspecifieke problematiek op het niveau van communicatie, toegesneden zorgverlening, specifieke gezondheidsproblemen. Hebben zorgverleners uit allochtone groepen of zorgverleners met een multiculturele ervaring extra aandacht voor culturele aspecten in de zorgverlening? In welke mate kan er lering getrokken worden uit de ervaringen van huisartsen in asielzoekerscentra voor de zorg aan allochtone groepen in achterstandswijken?

### *Beleid*

*Interculturalisatie van de zorg* geniet sinds 2002 onder andere bij VWS minder aandacht en kan dus ook over minder middelen kan beschikken. Het NWO/ZonMw onderzoeksprogramma 'Cultuur en Gezondheid' liep eind 2003 ten einde en er kwam geen nieuw onderzoeksprogramma in de plaats. Hierdoor is het minder eenvoudig geworden om specifieke onderzoeksvoorstellen gericht op migranten op nationaal niveau gefinancierd te krijgen. Op gemeentelijk vlak en bij niet-gouvernementele organisaties lijkt de aandacht voor deze problematiek wel 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 blijvend verder te ontwikkelen. De aandacht van het themagebied gaat niet alleen naar de grote migrantengroepen, maar ook naar vluchtelingen en asielzoekers ook al worden hun aantallen kleiner. Het zal nodig zijn om het interculturele aandachtsgebied waar mogelijk onder te brengen in andere onderzoeksprogramma's. Hiervoor moet intensiever worden samengewerkt met andere onderzoeksprogramma's binnen het NIVEL.

### *Relationele ontwikkelingen*

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat er zich afspeelt binnen het onderzoek over migranten in Nederland en elders worden contacten worden onderhouden met de afdeling Sociale Geneeskunde UvA, met TNO Gezondheid en Preventie, met de Medische Antropologie UvA, de Erasmus Universiteit, Pharos (vluchtelingen), de Rutgers-Nisso groep (Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek) en Agis. Er zijn contacten met migrantenonderzoekers in verschillende Europese landen om de mogelijkheden te onderzoeken voor eventuele samenwerking. Die contacten

werden hernieuwd tijdens het congres “Migrant Health in Europe” juni 2004 in Rotterdam en de EUPHA in 2004, en hebben geleid tot een onderzoeksvoorstel bij de EU met Erasmusuniversiteit als penvoerder. De Nederlandse situatie is gepresenteerd in Spanje en in Duitsland. 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. We maken deel uit van de redactie van Medische Antropologie en zijn lid van de werkgroep “Allochtonen en kanker” van het Koningin Wilhelmina Fonds.

### **Afgevoerde projecten**

- INT 98.06 Morbidity and interventions in general practice in Central European perspective  
(in uitvoering)
- INT 04.03 Toegankelijkheid van de gezondheidszorg, ziekteverzekering en economische groei; een vergelijkende studie in landen met een laag of middelmatig inkomen  
(geen financiering)
- INT 04.04 Randvoorwaarden voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde  
(geen financiering)
- INT 04.05 Supporting the networks of competent authorities and working party leaders (SNAW)  
(afgerond)
- INT 05.03 Surveying, assessing and analysing the health challenges in the candidate countries  
(tender ingetrokken)
- INT 05.02 Delivery without fear (midwifery in Belarus)  
(waarschijnlijk door partner ingediend)
- INT 05.04 Primary care based registration networks in EU Member States  
(gaat verder onder nummer LINH 06.05)
- INT 05.07 Influenza vaccination: implementation strategies, reimbursement status and vaccine uptake for high-risk population  
(gaat verder onder nummer EISS 06.01)
- INT 05.08 Comprehensive survey of health and health care in EU Member States

- (gaat verder onder nummer NS2 06.02)
- INT 05.09 Surveillance by integrating clinical and laboratory information – a multipurpose model
- (gaat verder onder nummer PEIL 06.02)
- MIG 05.04 Omvang van vrouwelijke genitale verminking en haalbaarheid van een registratiesysteem in Nederland (geen financiering)
- MIG 05.05 Monitoring werkbelasting penitentiaire verpleegkundigen en geneeskundigen (voorfase) (afgerond)

### **Lopende en nieuwe projecten**

- INT 03.01 De poortwachtersfunctie van huisartsen en zorggebruik (in uitvoering)
- INT 03.04 Preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk; een internationaal vergelijkende studie (in uitvoering)
- INT 03.05 Task profiles of general practitioners in Europe revisited (in voorbereiding en stapsgewijze uitvoering)
- INT 03.06 Eurocomm – follow-up study (in uitvoering)
- INT 04.01 Huisartseninkomens internationaal vergeleken (in uitvoering)
- INT 05.01 Orpheus Alliance (Open Research in Public Health and Use of Services) (continue activiteit)
- INT 05.05 Website NIVEL-*international* (continue activiteit)
- INT 05.06 Health culture (in uitvoering)
- INT 05.10 Medical practice variations (in uitvoering)
- INT 05.11 Empowering the patients as partners in Belarus health care: the missing link (subsidie toegekend)
- INT 05.12 WHO Collaborating Centre for Research and Development in Health Services Delivery- periode 2006-2010 (hererkenning realiseren)

- Nieuw**  
 INT 06.01 Scientific Assistance Office (SAO) of the Networks of Competent Authorities and Working Party Leaders, the Working Party on Morbidity and Mortality, the Task Force on Major and Chronic Diseases and the Working Party on Health Systems.  
 (subsidie toegekend)
- Nieuw**  
 INT 06.02 Reviewing Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in South Kazakhstan  
 (subsidie aangevraagd)
- Nieuw**  
 INT 06.03 Strengthening Public Health Research in Europe (SPHERE)  
 (in uitvoering)
- Nieuw**  
 INT 06.04 Monitor Primary Care Developments in Europe  
 (in voorbereiding)
- Nieuw**  
 INT 06.05 Home Care in Europe (fase 1)  
 (start uitvoering)
- Nieuw**  
 INT 06.06 Collaboration Kaunas University of Medicine – NIVEL  
 (voortzetting activiteit)
- MIG 99.01 Determinanten van verschillen in gebruik van huisartsenzorg en ervaren kwaliteit van huisartsenzorg tussen allochtonen 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 02.01 Asielzoekers, vluchtelingen en hun minderjarige kinderen: een epidemiologische studie naar gezondheidsproblemen, hulpvraag en het zoeken naar hulp  
 (in afronding)
- MIG 02.03 Welke structurele en socio-culturele determinanten zijn geassocieerd met ineffectief anticonceptiegedrag (en zwangerschappen) 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 04.01 NONI's (Niet op Naam Ingeschrevenen) in Nederland: hoe groot is deze groep en wat zijn de gevolgen voor de gezondheidszorg?  
(in uitvoering)
- MIG 04.02 Kwaliteit van de huisartsenzorg aan asielzoekers  
(overleg onderzoekspartners)
- MIG 04.03 Evaluatie van het screening/intake programma voor asielzoekers in de opvangcentra  
(overleg onderzoekspartner)
- MIG 04.04 Europese vergelijking van de normen voor de medische opvang van asielzoekers  
(overleg onderzoekspartners)
- MIG 04.05 Discrepancie tussen zorgbehoefte en zorggebruik bij niet-westerse allochtonen  
(overleg onderzoekspartner)
- MIG 05.01 Diversiteit en ouderbetrokkenheid  
(in uitvoering)
- MIG 05.02 Ontwikkeling van een panel allochtone zorgconsumenten  
(vooraanmelding afgewezen; afwachting andere subsidie)
- MIG 05.03 Allochtonen en kanker: persoonlijke beleving en dagelijkse (sociale ) bestaan met kanker  
(in afwachting van subsidie)
- MIG 05.06 Monitoring werkbelasting penitentiaire verpleegkundigen en geneeskundigen (hoofd fase)  
(in uitvoering)

## **Nieuw**

MIG 06.01 Gender differences in health and health care use in migrants in the Netherlands  
(in uitvoering)

*p.m.*

BKP 04.01 Implementing the concept of Health Care Manpower in Member States on a prototype

BKP 05.05 Mobility of health professionals in Europe

VRA 04.05 Euro-QUOTE

NS2 05.03 De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in internationaal perspectief

LINH 06.05 Primary care based registration networks in EU Member States

EISS 06.01 Influenza vaccination: implementation strategies, reimbursement status and vaccine uptake for high-risk population

NS2 06.02 Comprehensive survey of health and health care in EU Member States

PEIL 06.02 Surveillance by integrating clinical and laboratory information – a multipurpose model

## **3 Bibliotheek en Kenniscentrum**

### **3.1 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, beleidsmakers, zorggebruikers, zorgverzekeraars en andere geïnteresseerden.



De papieren collectie bestaat uit ongeveer (68.500) titels van onderzoeksrapporten, beleidsnota's, handboeken, naslagwerken, tijdschriftartikelen en ander documentatiemateriaal. Voorts is er een abonnement op 69 buitenlandse, voornamelijk Engelstalige tijdschriften en op 60 Nederlandstalige tijdschriften.

De informatiebemiddelende rol van de afdeling krijgt steeds meer nadruk door de 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.

#### *Informatievoorziening-op-maat*

Het informatievoorzieningspakket dat de bibliotheek aanbiedt vormt één van de schakels waarmee het informatieproces bij onderzoekers plaats vindt. Dit informatieproces kan samengevat worden in de klassieke trits van op de hoogte blijven van relevante, recente (onderzoek, beleid, project)informatie, zoeken en verkrijgen van (onderzoek, beleid, project)informatie en collegiale en professionele contacten.

De activiteiten van de bibliotheek zijn toegespitst op de eerste twee onderdelen van deze trits.

Via de desktop van de onderzoeker zijn veel voorzieningen als interne en externe literatuur- en databestanden, fulltext tijdschriften, zoekmachines, websites en andere elektronische informatiebronnen centraal toegankelijk via het bibliotheeksegment van het intranet. Onderhoud en beheer hiervan is een belangrijke activiteit. Ook wordt veel aandacht besteed aan de verdere uitbouw met nieuwe informatiebronnen / -toegangen of een slimmere structurering van onderdelen van het bibliotheeksegment.

Terugvindbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van informatie zijn hierbij de sleutelwoorden.

De catalogus bevat veel verwijzingen naar titels in eigen bezit. De afgelopen jaren echter wordt standaard de pdf-versie van titels voor zover beschikbaar eveneens toegevoegd. Meer en meer ontstaat het momentum waarop een document uitsluitend als pdf in de catalogus opgenomen wordt.

Voorts wordt een start gemaakt met het scannen van onderzoeksliteratuur in eigen bezit. Dit geldt voor de onderzoeksrapporten (ca. 8000) van vóór 1995. Na een scherpe selectie zullen deze uitsluitend als pdf via de catalogus

beschikbaar gesteld worden.

Op een ander niveau wordt door vernieuwing van de software van het bibliotheekinformatiesysteem ingezet op een zoekinterface. Hiermee is het mogelijk naast de catalogus in meerdere bestanden tegelijk te zoeken naar informatie over een bepaald onderwerp.

Voor onderzoekers is het belangrijk om op de hoogte te blijven en te zijn van nieuwe, recente informatie op hun onderzoeksgebied. Onderzoekers hebben vaak de tijd niet meer om alles nog bij te kunnen houden.

Om dit probleem te ondervangen worden door de bibliotheek steeds meer attenderingsproducten-op-maat gemaakt voor groepen onderzoekers of individuele onderzoekers. Dit kan variëren van de meest recente beleidsinformatie, nationaal en internationaal, tot recente informatie op onderzoeksgebieden. Dit soort producten gaat één van de kernactiviteiten van de bibliotheek vormen.

Ook wordt nog extra aandacht besteed aan het verwerven en toegankelijk maken van literatuur en informatie op het gebied van geneesmiddelen en verstandelijk gehandicapten.

#### *Informatie genereert vraag naar informatie*

De NIVEL-website ([www.NIVEL.nl](http://www.NIVEL.nl)) is een 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 literatuurbestanden zijn ook extern beschikbaar.

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. 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 wordt de in de afgelopen jaren systematisch verzamelde en ontsloten literatuur ten behoeve van reviews en bibliografieën geïntegreerd 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, Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 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. In 2005 is de zesde editie van de Thesaurus Gezondheidszorg uitgebracht. Er is voorzien in uitbreiding met termen op het gebied van de verslavingszorg. Verder dient de TG 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 05.01 *Thematische literatuurverzamelingen*

Bibliografie 'Long-term health consequences of disaster: a bibliography

Review 'Zorg- en maatschappelijke situatie van (ex)kankerpatiënten

BIDOC 03.02 Toegang tot fulltext documenten. Retro toevoeging url's van documenten in catalogus (afgerond)

#### **Lopende en nieuwe projecten:**

*Continue activiteiten*

- BIDOC 95.02 Collectievorming
- BIDOC 95.04 Thesaurus Gezondheidszorg  
(onderhoud en beheer)
- BIDOC 04.02 Ontwikkeling Engelstalige Thesaurus Gezondheidszorg  
(in ontwikkeling)

*Thematische literatuurverzamelingen*

- BIDOC 95.04 Literatuuurbestand Verpleging en Verzorging  
(onderhoud en beheer)
- BIDOC 97.01 Literatuuurbestand Kwaliteit van Zorg  
(onderhoud en beheer)
- BIDOC 02.01 Literatuuurbestand Gezondheidsklachten na rampen  
(onderhoud en beheer)
- BIDOC 06.01 Review 'Migranten: toegankelijkheid en gebruik van  
zorgvoorzieningen (in afrondende fase)  
Review 'Health services research' - SPHERE (in uitvoering)  
Review 'Compliance' – Tabula Rasa (in uitvoering)  
HSPIU (zie INT 05.13): ondersteunend literatuuronderzoek  
**Nieuw**  
Health & Culture (start)

*Interne informatievoorziening*

- BIDOC 00.03 Bibliotheeksegment van het NIVEL-intranet (continue  
activiteit)
- BIDOC 01.02 Testotheek (continue activiteit)
- BIDOC 02.03 Toegang tot elektronische tijdschriften (continue activiteit)
- Nieuw**  
BIDOC 06.02 Attendering-op-maat

*Externe informatievoorziening*

- BIDOC 02.04 Gestructureerde toegang tot informatie op het internet  
(continue activiteit)
- BIDOC 02.05 Publicat – Bestand met NIVEL-publicaties  
(continue activiteit)
- BIDOC 04.03 Website-bestand met (fulltext) engelstalige NIVEL-artikelen  
en -rapporten  
(in uitvoering)

## 3.2 Kenniscentrum

### *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. Na een initiele fase, waarin diverse activiteiten zijn opgezet, is er sprake van twee sporen. Het eerste spoor is dat van de consolidatie: vasthouden en uitbouwen van goed lopende activiteiten, zoals het PR/Persbeleid en internet. Het tweede spoor is dat van de innovatie: zoals dat van het ontwikkelen van mogelijkheden om gegevens te verzamelen via internet.

### *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 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 dagbladers.

#### *Internet*

Veel energie is 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. De laatste jaren is de website voor verschillende projecten een essentieel kanaal geworden voor het verspreiden van bevindingen van projecten. Tot nu toe lag het accent in het gebruik van de website op het eind van het onderzoeksproces: het publiceren van resultaten. De komende jaren zal de website ook een functie gaan krijgen binnen het onderzoeksproces: bijvoorbeeld aan het begin van het onderzoeksproces met een web-variant voor een focusgroepgesprek, met een webvariant voor een vragenlijst of met handheld pc's waarop regelmatig een vragenlijst opkomt. Ook kan de website gebruikt worden ter ondersteuning van de samenwerking tussen verschillende onderzoeksgroepen die in een onderzoeksproject samenwerken.

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. 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 05.01 Participatie in [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)  
(gerealiseerd)

### **Lopende en nieuwe projecten:**

NKC 01.03 Participatie in het nationaal kompas volksgezondheid  
(in uitvoering)

NKC 02.01 [www.NIVEL.nl](http://www.NIVEL.nl)  
(in uitvoering)

NKC 04.01 Enquêteren via internet  
(in uitvoering)

### **Nieuw**

NKC 06.01 Maatschappelijke impact van de NIVEL website  
(in uitvoering)

*p.m.*

INT 05.05 Website NIVEL-*International*

## 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](http://www.NIVEL.nl) - en/of bij een van de onderstaande personen:

### Management:

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

### Programmaleiders:

Dr. C. Wagner	Organisatie en kwaliteit in de cure en care (KOCC)
Dr. F.G. Schellevis, arts	Huisartsenzorg (Nationale Studie (NS2), Peilstations (PEIL), Landelijk Informatie, Netwerk Huisartsenzorg (LINH))
Dr. ir. C.E.M.J. van Dijk	Farmaceutische zorg (FARM)
Dr. J. IJzerman	Gezondheidszorg bij rampen (RAMP)
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)
Vacature	Paramedische zorg (PMED)
Dr. A.M. van Dulmen	Hulpverleningsproces en bejegening (PSH)
Dr. D.M.J. Delnoij	Vraaggestuurde zorg (VRA)
Dr. W. Devillé	International (INT) and migrant health (MIG)
Dr. P.M. Rijken	Zorgvraag van chronisch zieken en gehandicapten (CHR)
Dr.ir. R.D. Friele	NIVEL Kenniscentrum (NKC)
R. van den Berg	Bibliotheek en documentatie (BIDOC)



**Bestuur:***Leden*

Mw. dr. E. Borst- Eilers*	Voorzitter
Prof. Mr. P.C. Ippel*	Secretaris
Dr. J.H. Hagen*	Penningmeester
J.F. van Santen, huisarts*	Landelijke Huisartsen Vereniging
A.E. Timmermans, arts	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dr. R.M. Valentijn	Orde van Medisch Specialisten
Drs. J.H.W.P. Stienen	Arcares
Mw. J. Boetes, MBA	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Dr. J.H. Schaaf	Ned. Vereniging van Ziekenhuizen
Dr. N.L.U. van Meeteren	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
A.L.J.E. Martens, arts	Zorgverzekeraars Nederland
Ir. B.F. Dassing	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
Prof.dr.E.C. Klasen	lid Raad van Bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), tevens decaan, voorgedragen door staf NIVEL

*Adviseurs*

F. Sanders, arts	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Prof.dr. H.J. Kingma	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Vacature	College van Zorgverzekeringen
Mw. G.C. Rijninks-van Driel	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
Drs. H.J. Smid	ZonMw
Mw. drs. J.M.M. Willemse	Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden
Dr. W.L.J.M. Devillé	Ondernemingsraad NIVEL

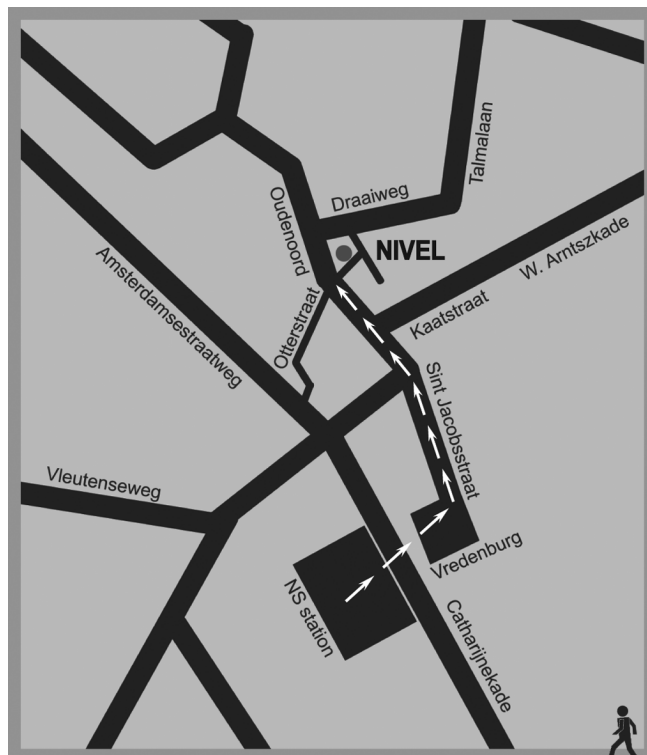
\*) tevens lid van het Dagelijks Bestuur

## Hoe bereikt u het NIVEL

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

### *Per trein:*

Vanaf het Centraal Station is het NIVEL lopend te bereiken. U neemt in Hoog Catharijne de uitgang 'Clarenburg' en loopt u in 15-20 min volgens onderstaande route naar het NIVEL. U kunt ook een bus nemen. Voor actuele informatie over buslijnen en vertrektijden kunt u terecht op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).



*Per auto:*

Vanuit de richting Amersfoort / Hilversum A27

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

Vanuit de richting Amsterdam

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

Vanuit de richting Rotterdam - Den Haag - Breda

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

Vanuit de richting Arnhem

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

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