roepsbeoefenaren leidt tot de conclusie, dat er alleen smalle marges voor beleid bestaan voor geleidelijke aanpassingen ofwel voor Zorgvernieuwing. Het overheidsbeleid zou zich kunnen beperken tot het creëren van een gunstig klimaat hiervoor, bijvoorbeeld het stimuleren van locale coalities en het creëren van een innovatiefonds.

Opvallend is, dat de Zorgvernieuwing in de gezondheidszorg niet aansluit op de Sociale Vernieuwing van huisvesting, welzijnssector en werkgelegenheidspolitiek.

Onderzoek onder chronische zieken leert, dat juist deze mensen baat hebben bij een multisectorale aanpak van hun problematiek.

Correspondentieadres
Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, tel. 030-331123

B3

Organisatie en bewaking van zorg; de zorg aan chronisch zieken op een tweesprong

J. van der Velden

Voor de organisatie en bewaking van zorg t.a.v. chronisch zieken gelden de volgende uitgangspunten (Van der Velden 1990, Van den Bos 1989):

- Chronische ziekten komen in toenemende mate voor, maar treden vooral -via het fenomeen van comorbiditeit- tegelijkertijd bij één patiënt op. Meer dan 60% van de patiënten met diabetes mellitus heeft een andere chronische aandoening en hetzelfde geldt in iets mindere mate voor patiënten met hypertensie, chronische hart- en vaataandoeningen, chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat en CARA. Bij de 65-plussers nemen deze percentages nog aanzienlijk toe. Bovendien spelen psychosociale factoren een belangrijke rol.
- Determinanten van gebruik van formele en informele zorgvoorzieningen worden vooral gevonden in gezondheidskenmerken (handicap/ernstgraad aandoening), sociaal-demografische kenmerken (leeftijd/alleenstaandzijn/sociaal economische status) en stad-platteland verschillen (in de stad weinig, op het platteland veel (gebruik van) eerstelijnsvoorzieningen).
- De huidige (organisatie van) zorg is gefragmenteerd door ons denken in ziektecategorieën en is door het ontbreken van afstemming en continuïteit van zorg in kwalitatief opzicht kwetsbaar, hetgeen zich met name in de grote steden manifesteert.

Terwijl er consensus bestaat over het feit dat de chronische zieke zoveel mogelijk in de thuissituatie moet kunnen blijven functioneren, staat de rol van generalistische dan wel specialistische zorg -met op de achtergrond de 'casemanager'- in dit kader nog volop in discussie. Binnen de Nederlandse situatie lijkt de generalistische zorg (met name de huisarts), door haar totaal overzicht van alle chronische en overige problematiek bij één patiënt èn door haar goede (sociale) achtergrondkennis over de patiënt, hiervoor beter geëquipeerd dan de veelal in aparte ziektecategorieën denkende en op grotere afstand van de thuissituatie functionerende specialistische zorg. Wil de generalistische zorg blijvend haar belangrijke taak op dit terrein vervullen, dan zal wel aan de volgende voorwaarden voldaan moeten worden:

- verbetering van de interne organisatie (intra- en multidisciplinair) op het niveau van generalistische zorg;
- meer coördinerend (eventueel corrigerend) optreden, indien patiënt bij diverse specialismen in de tweede lijn en/of elders loopt;
- meer functioneren conform standaarden, waar alleen op basis van gerede argumenten van afgeweken mag worden.

Alleen onder deze voorwaarden kan onnodig hoge medische consumptie voorkomen worden en verbetering van satisfactie van patiënten met de zorg bereikt worden, met als resultaat een verhoogde kwaliteit van zorg. Aan het onderzoeksveld de taak dit evaluatief te begeleiden.

Bos, G.A.M. van den, Zorgen van en voor chronisch zieken. Proefschrift. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1989
Velden, J. van der, De rol van de huisartspraktijk in Nederland. Med. Contact 45 (1990) 605-608

Correspondentieadres
J. van der Velden, MSc, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Plenair

Onderzoek naar de gevolgen van chronische aandoeningen voor het dagelijks functioneren; kwaliteit van leven

H. Verkleij

Kwaliteit van leven zal in de jaren negentig vermoedelijk een nog centraler begrip worden in de zorg voor chronisch zieken dan het in de achter ons liggende jaren al was. Behalve het effect van gezondheidszorginterventies zal ook de maatschappelijke positie van chronisch zieken eraan afgemeten worden. Daarnaast zal het als criterium gebruikt worden bij de bewaking van de kwaliteit van de zorg en de kosten.

In deze bijdrage ligt de nadruk op toegepast, beleidsrelevant onderzoek. Kwaliteit van leven wordt breed gedefinieerd als gevolgen voor het dagelijks functioneren. Naar aanleiding van inventarisatieonderzoek (Van den Bos & Vinkensteijn 1990) worden enkele onderzoekvraagstukken besproken, zowel ten aanzien van inhoud en resultaten, als ten aanzien van methodologische aspecten. Drie niveaus van onderzoek worden onderscheiden:

a Beschrijvend: hoe is de kwaliteit van leven van chronisch zieken in vergelijking tot gezonden en welke ontwikkelingstendensen zijn er?
b Verklarend: welke determinanten beïnvloeden de kwaliteit van leven van chronisch zieken en wat zijn de ontwikkelingen in deze determinanten?
c Interventie: op welke determinanten kan het meest effectief worden ingegrepen om de kwaliteit van leven van chronisch zieken te verbeteren?

Naast algemeen onderzoek naar het dagelijks functioneren van chronisch zieken is er ook aandoeningsgericht onderzoek. Dit stelt specifieke eisen. Bij diabetes mellitus bevindt het onderzoek zich bijvoorbeeld nog in de beginfase en is pas onlangs, in Amerika, een eerste meetinstrument ontwikkeld (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg 1990).