



HET H U A N - PROJECT

Onderzoeksprótoocol

ingediend bij de Nederlandse Hartstichting  
aanvrager: Prof.dr. F.J.A. Huygen

E. van de Lisdonk - projectleider (NUHI)

W. van den Bosch (NUHI)

J. Gabeler (NHI)





## INHOUDSOPGAVE

pagina

Voorwoord	
1. Inleiding	1
2. Doelstelling en probleemstelling	5
3. Vraagstellingen	6
4. Opzet en methoden	
1. Inleiding	10
2. Opzet	10
3. Onderzoeksmethoden	11
4. Steekproef	14
5. Meting	18
6. Werkwijze	
1. Inleiding	20
2. Proefonderzoek	20
3. Het trekken van de steekproef	21
4. Dataverzameling ten behoeve van het meten van de feitelijke zorg en de verschillen tussen de geleverde zorg en de criteria	22
5. Dataverzameling ten behoeve van het opsporen van mogelijke oorzaken van de gemeten verschillen	23
7. Nascholing	
1. Inleiding	25
2. Ontwikkeling en uitvoering van de nascholing	26
3. Evaluatie van de nascholing	26
8. Organisatiestructuur	29
9. Tijdsplanning	31



## Voorwoord

Voor U ligt het onderzoeksprotocol van het HUAN-project, zoals dat in het afgelopen half jaar door het NUHI en NHI is opgesteld. Allereerst dient vermeld te worden dat dit onderzoeksprotocol niet de enige vrucht is van het werk dat in deze periode is verricht: de uitvoerige literatuurstudies die in het kader van het HUAN-project zijn verricht zijn neergelegd in een rapport dat binnenkort afzonderlijk verkrijgbaar is. In dit rapport wordt ook uitvoeriger stil gestaan bij de argumentatie voor sommige keuzen die in dit protocol zijn gedaan. De omvang van dit rapport maakte echter een samenvatting noodzakelijk. Wij hopen met dit onderzoeksprotocol een kort maar duidelijk overzicht te geven van de opzet van het HUAN-project, de gebruikte onderzoeksmethoden en de meetinstrumenten.

Om de overzichtelijkheid te bevorderen hebben wij het protocol zelf vrij summier gehouden en de detailleringen opgenomen in een losse bijlage.

Het protocol zelf begint met een Inleiding (hoofdstuk 1) waarin wordt aangegeven op welke probleemgebieden het HUAN-project is gericht. De doelstelling van het project en de daaruit voortvloeiende vraagstellingen zijn weergegeven in hoofdstuk 2 en 3. Hoofdstuk 4 gaat over de opzet van het onderzoek en over de methoden die zijn gekozen om de gegevens te verzamelen. Tevens wordt hier ingegaan op de vraag welke huisartsen in het onderzoek betrokken moeten worden (een vraag die - zoals zal blijken - rechtstreeks te maken heeft met de keuze van het soort nascholingsprogramma dat men wil gaan maken). In hoofdstuk 5 (dat grotendeels uit een aantal schema's bestaat) kan de lezer precies vinden welke gegevens we op welke manier zullen gaan verzamelen. Het is hier dat uitvoerig naar de bijlagen verwezen wordt. De werkwijze die bij de verzameling van deze gegevens gehanteerd zal worden is weergegeven in hoofdstuk 6. Daarmee is hoofdstuk 6 het laatste hoofdstuk van het eigenlijke onderzoeksprotocol.



Het HUAN-project betreft echter niet alleen onderzoek: het uiteindelijke doel van het project is een verantwoord nascholingsprogramma te ontwikkelen op het gebied van hart- en vaatziekten. In hoofdstuk 7 wordt kort ingegaan op dit nascholingsprogramma. Veel kan hierover echter nog niet gezegd worden, aangezien het nascholingsprogramma een resultaat zal zijn van het in dit protocol beschreven onderzoek.

De resterende hoofdstukken zijn formeel van aard. Hoofdstuk 8 geeft de organisatiestructuur van het project, dat immers een co-productie is van twee instituten: het NUHI en het NHI.

Het laatste hoofdstuk tenslotte bevat de fasering en tijdsplanning van het project.

Wij hopen dat het protocol en de daarbij horende bijlage aanleiding zullen geven tot een vruchtbare discussie.

Het werk eraan heeft ons in ieder geval tot nu toe zeer geïnspireerd.

Prof. Dr. F.J.A. Huygen





## Hoofdstuk 1.

### Inleiding

In de gezondheidszorg speelt de huisarts gezien zijn plaats en functie een belangrijke rol bij de opsporing en bestrijding van hart- en vaatziekten. De wijze waarop de huisarts deze rol vervult zal steeds veranderen en mogelijk te verbeteren zijn. Nascholing is daarbij een hulpmiddel, erop gericht huisartsen dusdanig te beïnvloeden dat de kwaliteit van hun werk wordt bevorderd.

Deze gedachten hebben in mei 1979 geleid tot een subsidie-aanvraag bij de Nederlandse Hartstichting voor een onderzoek met als titel:

titel: *"HUAAN ontwikkeling van een huisartsennascholingsproject inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten"*

vraagstelling:

- a) *wat zijn de leemten in kennis, vaardigheid en attitude van de huisarts wat betreft de preventie, opsporing, behandeling en nazorg van hart- en vaatziekten?*
- b) *wat zijn de belemmerende of bevorderende factoren t.a.v. een optimale zorg van de huisarts op dit gebied?*
- c) *hoe dient een nascholingsproject te worden opgezet om een optimaal effect op dit gebied te bereiken?*

Aanvrager was Prof.Dr. F.J.A. Huygen. Het was voorzien dat bij het onderzoek zowel het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) als het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) werden betrokken.

Het NUHI gezien de aansluiting op de onderzoekslijnen "epidemiologie in de huisartspraktijk" en "toepassingen in de huisartspraktijk" van dit instituut, het reeds in uitvoering zijnde onderzoek "Nijmeegs Interventie Project", gericht op het testen van de uitvoerbaarheid en de effecten van opsporing en behandeling van risico-patiënten voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk en de vele contacten die dit instituut heeft met huisartsen, o.a. vanuit de specifieke beroepsopleiding voor huisartsen.



Het NHI, gezien de taak van het NHI, zoals het verrichten en stimuleren van onderzoek betreffende de praktijkvoering en nascholing van huisartsen en gezien de activiteiten en ervaring van dit instituut met name inzake de hypertensie.

De samenwerking tussen NUHI en NHI is in een samenwerkingsovereenkomst geregeld.

Teneinde een doelmatig nascholingsproject op te zetten, dient de inhoud van zulk een project nauwkeurig vastgesteld te worden.

We sluiten ons daartoe aan bij het door Miller (1976) opgestelde schema van te nemen stappen:

1. identifying problems (vaststellen van het probleemgebied e.d.)
2. establishing standards (vaststellen van criteria)
3. analysing performance (vaststellen van de feitelijke zorg)
4. determining causes (vaststellen van de oorzaken van verschillen tussen feitelijke zorg en de criteria)
5. establishing educational programmes (ontwikkelen van de nascholing)
6. reviewing performance (weer vaststellen van de feitelijke zorg)
7. move on or recycle (doorgaan of opnieuw beginnen)
8. identifying next problem (vaststellen nieuw probleemgebied).

Het project heeft betrekking op hart- en vaatziekten, waaronder wij verstaan die ziekten van hart- en bloedvaten waaraan als belangrijkste oorzaak het proces van atherosclerose ten grondslag ligt.

In het project zullen de fasen 1 t/m 5 van het Millerschema worden doorlopen. Het project eindigt met het geven van een nascholingsprogramma en een korte evaluatie hiervan.

Idealiter zou ook fase 6 in het project betrokken moeten worden (een "echte" evaluatie van het nascholingsprogramma). Dit is echter binnen het kader van dit project niet mogelijk. Om de mogelijkheid dit later alsnog te doen niet bij voorbaat uit te sluiten, hebben wij bij de opzet van dit onderzoek toch alvast rekening hiermee gehouden.



*Welke van deze ziekten komen nu geregeld voor in de huisartspraktijk?*

De Continue Morbiditeits Registratie van het NUHI geeft in volgorde van frequentie van vóórkomen per jaar in een standaardpraktijk van 2800 patiënten, de volgende cijfers betreffende hart- en vaatziekten.

	nieuw*	bekend*
Hypertensie	27	151
Varices	22	109
Angina Pectoris	8	37
Decompensatio cordis	11	30
Myocard infarct	6	27
Cerebrovasculaire aandoeningen	8	16
Perifeer arteriële aandoeningen	7	15
Aritmieën	4	8
Haemorrhoiden	38	8

\* De cijfers hebben betrekking op gegevens over 11.880 patiënten over de periode 1971-1978.

"Nieuw" geeft het cijfer voor het aantal patiënten bij wie de huisarts in 1 jaar het genoemde ziektebeeld voor het eerst vaststelt.

"Bekend" geeft het cijfer voor het aantal patiënten dat de huisarts in 1 jaar geconsulteerd heeft met een aan hem bekende ziekte.

Andere ziekten van de tractus circulatorius komen met geringere frequenties voor.

Varices en haemorrhoiden zullen in dit project niet aan de orde komen, omdat atherosclerose niet als belangrijkste oorzaak hieraan ten grondslag ligt.

*Kan de huisarts invloed uitoefenen op het ontstaan of beloop van deze ziekten?*

De huisartsgeneeskundige benadering kent (gemodificeerd naar Pereira Gray, 1978) de volgende zorggebieden:



- preventie
- vroege diagnostiek
- diagnostiek
- therapie en
- revalidatie

Aangezien preventie, waaronder we die zorg verstaan, waardoor het optreden van ziekte werkelijk voorkómen wordt of in de tijd wordt uitgesteld, bij de bestrijding van hart- en vaatziekten de meest wezenlijke taak is, zullen we aan zogenaamde risico-indicatoren (roken, overgewicht, een verhoogd serumcholesterolgehalte en een positieve familie-anamnese inzake hart- en vaatziekten) aandacht besteden.

De huisarts kan middels de andere genoemde taken invloed uitoefenen op de genoemde hart- en vaatziekten. Dit geldt in mindere mate voor cerebrovasculaire aandoeningen, reden waarom dit ziektebeeld, afgezien van de aandacht voor preventie, verder niet in dit project in beschouwing wordt genomen.





## Hoofdstuk 2.

### Doelstelling en probleemstelling

Doelstelling: het ontwikkelen van een huisartsennascholingspakket inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten

Gelet op het in de inleiding door Miller (1976) opgestelde schema, komen we ter verwezenlijking van de doelstelling tot de volgende probleemstelling.

#### Probleemstelling:

1. Welke verschillen zijn er tussen de zorg die huisartsen feitelijk verlenen bij de bestrijding van hart- en vaatziekten en een aantal criteria die hiervoor zijn opgesteld.
2. Welke oorzaken zijn er aan te wijzen voor de aangetroffen verschillen tussen feitelijke zorg bij hart- en vaatziekten en de criteria die hiervoor zijn opgesteld.
3. Kan er een nascholingsprogramma worden ontwikkeld dat gericht is op het opheffen van de oorzaken van de verschillen tussen feitelijke zorg bij hart- en vaatziekten en de criteria die hiervoor zijn opgesteld.



### Hoofdstuk 3.

#### Vraagstellingen

Gelet op de in het vorige hoofdstuk beschreven probleemstelling in drie onderdelen, komen we tot de volgende vraagstellingen:

- 1.1. welke leemten\* vertoont de huisarts ten aanzien van preventie van hart- en vaatziekten?
- 1.2. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van het in een vroeg stadium diagnostiseren dan wel uitsluiten van belangrijke hart- en vaatziekten?
- 1.3. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van diagnostiek bij patiënten bekend met hart- en vaatziekten?
- 1.4. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van therapie-instelling bij patiënten bekend met hart- en vaatziekten?
- 1.5. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van de revalidatie van post-infarct-patiënten?
  
- 2.1. welke oorzaken voor leemten in de zorg bij hart- en vaatziekten door huisartsen kunnen gelocaliseerd worden bij de huisarts zelf?
- 2.2. welke oorzaken voor leemten in de zorg bij hart- en vaatziekten door huisartsen kunnen gelocaliseerd worden in kenmerken van de praktijk van de huisarts?
  
3. Kan er een nascholingsprogramma worden ontwikkeld dat gericht is op het opheffen van de oorzaken van de verschillen tussen feitelijke zorg bij hart- en vaatziekten en de criteria die hiervoor zijn opgesteld.

\* met "leemten" bedoelen wij: de verschillen tussen feitelijke zorg en de door ons opgestelde criteria die op een bepaald gebied betrekking hebben.



Vraagstelling 1 kunnen we als volgt specificeren:

1.1. Ten aanzien van preventie:

- spoort de huisarts actief hypertensie op?
- heeft de huisarts aandacht voor roken?
- heeft de huisarts aandacht voor overgewicht?
- heeft de huisarts aandacht voor de familie-anamnese inzake hart- en vaatziekten?
- heeft de huisarts aandacht voor het serumcholesterolgehalte?

1.2. Ten aanzien van vroege diagnostiek:

- differentieert de huisarts op adequate wijze middels anamnese, lichamelijk onderzoek en/of laboratoriumonderzoek bij de klacht "pijn op de borst" tussen een hartinfarct, angina pectoris en overig differentiaal diagnoses?
- stelt de huisarts op adequate wijze vast middels anamnese en lichamelijk onderzoek bij de klacht "kortademigheid bij inspanning" en/of "dikke voeten" of er sprake is van een decompensatio cordis of niet?
- stelt de huisarts op adequate wijze vast middels anamnese en lichamelijk onderzoek bij de klacht "hartkloppingen" of er sprake is van een ritmestoornis of niet?
- stelt de huisarts op adequate wijze vast middels anamnese en lichamelijk onderzoek bij de klacht "pijn in de benen met lopen verdwijnend na enige minuten rust" of er sprake is van een perifeer arteriële aandoening of niet?

1.3. Ten aanzien van diagnostiek:

- verricht de huisarts op adequate wijze anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek bij de patiënt met hypertensie?
- verricht de huisarts op adequate wijze anamnese en lichamelijk onderzoek bij de patiënt met angina pectoris of hartinfarct?
- verricht de huisarts op adequate wijze anamnese en lichamelijk onderzoek bij de patiënt met decompensatio cordis?
- verricht de huisarts op adequate wijze lichamelijk onderzoek bij de patiënt met een perifeer arteriële aandoening?



1.4. Ten aanzien van therapie/management:

- stelt de huisarts bij patiënten bekend met hypertensie adequate medicamenteuze therapie in, controleert hij deze patiënten en stelt hij op adequate wijze de medicamenteuze therapie bij?
- stelt de huisarts bij patiënten bekend met angina pectoris, adequate medicamenteuze therapie in, verwijst hij op juiste indicatie, controleert hij deze patiënten en stelt hij op adequate wijze de medicamenteuze therapie bij?
- stelt de huisarts op adequate wijze medicamenteuze therapie in bij patiënten bekend met decompensatio cordis, verwijst hij op juiste indicatie en controleert hij deze patiënten?
- verwijst de huisarts bij een patiënt bekend met een ritmestoornis op juiste indicatie?
- beïnvloedt de huisarts bij een patiënt bekend met een perifeer arteriële aandoening het eventueel roken van de patiënt, onthoudt hij zich van overbodige medicamenteuze therapie en verwijst hij op juiste indicatie?
- beïnvloedt de huisarts bij patiënten bekend met overgewicht of een verhoogd serumcholesterolgehalte deze risicofactoren?

1.5. Ten aanzien van revalidatie van postinfarct-patiënten:

- bezoekt de huisarts een patiënt in het ziekenhuis als deze wegens een hartinfarct is opgenomen?
- bezoekt de huisarts een patiënt na opname wegens een hartinfarct thuis en besteedt hij dan aandacht aan lichamelijke, psychische en sociale aspecten en betreft hij daar de partner van patiënt bij?





De specificatie van de tweede vraagstelling luidt als volgt:

2.1. welke oorzaken voor leemten in de zorg bij hart- en vaatziekten door huisartsen kunnen gelocaliseerd worden bij de huisartsen zelf?

- de mate van ervaring die hij heeft
- de (na)scholingsactiviteiten die hij verricht of verricht heeft?
- zijn taakopvatting
- zijn kennis op het gebied van hart- en vaatziekten
- het aantal dagen dat hij in de praktijk werkzaam is
- zijn contacten met collega's (met name in waarneemgroepen)
- zijn contacten met specialisten
- overige kenmerken

2.2. Welke oorzaken voor leemten in de zorg bij hart- en vaatziekten door huisartsen kunnen gelocaliseerd worden in kenmerken van de praktijk van de huisarts?

- de aard en omvang van de praktijk (solo-praktijk, groepspraktijk, gezondheidscentrum)
- de organisatie van het spreekuur
- aanwezigheid van assistentie
- de taken van de assistente
- gebruik van het kaartsysteem
- de praktijkinrichting
- aanwezigheid van andere voorzieningen (m.n. ziekenhuizen)
- afstand tot andere voorzieningen (m.n. ziekenhuizen)

Gezien het feit dat het nascholingsprogramma pas ontwikkeld kan worden na beantwoording van vraagstelling 1 en 2, zal de specificatie van de derde onderzoeksvraag te zijner tijd gegeven worden.



## Hoofdstuk 4.

### Opzet en Methoden

#### 4.1. Inleiding

Nu in hoofdstuk 1 is aangegeven welke probleemgebieden in het onderzoek betrokken worden en in de hoofdstukken 2 en 3 vanuit welke vraagstellingen we naar die probleemgebieden gaan kijken, kunnen we nu overgaan tot de beschrijving van de opzet van het onderzoek.

In dit hoofdstuk zullen we enkel de hoofdlijnen daarvan aangeven.

Een nadere detaillering volgt in de hoofdstukken 5 en 6. Zo wordt het mogelijk om eerst een globale indruk te krijgen van het soort onderzoek dat ons voor ogen staat, waarna minutieus bekeken kan worden hoe een en ander concreet in zijn werk zal gaan.

#### 4.2. Opzet

Het onderzoek is vooral gericht op de fasen 3 en 4 van het Millerschema (zie pagina 2.): onderzocht zal worden in hoeverre de zorg die door de huisartsen geleverd wordt overeenkomt met de door ons hiervoor opgestelde criteria. Vervolgens zal worden bekeken wat de mogelijke oorzaken zijn voor de verschillen tussen de geleverde zorg en de ontwikkelde criteria.

Nadat de oorzaken van deze verschillen zijn opgespoord kan begonnen worden met de ontwikkeling van een nascholingsprogramma, dat speciaal gericht is op het wegnemen van deze oorzaken. Hierin zit het specifieke van het Millerschema: er wordt een nascholingsprogramma ontwikkeld dat rechtstreeks aansluit op de redenen waarom een arts anders handelt dan volgens objectieve normen van hem verwacht zou mogen worden.

Het begrip "criteria" is hiermee tot een centraal begrip geworden in de gehele opzet van het HUAN-project. Vandaar dat het goed is om even nader stil te staan bij de ontwikkeling van deze criteria.

Criteria voor een "optimale" zorg ten aanzien van hart- en vaatziekten zijn nauwelijks vast te stellen. Aangezien onder het optimum een aantal items reikend van wenselijk tot persé noodzakelijk valt, zouden criteria dienaangaande teveel subjectieve keuzen kunnen bevatten. Bovendien gaat het in dit project om gangbare tekorten bij huisartsen.

De criteria dienen veeleer als een obligaat minimum-pakket te worden beschouwd. Er is daarom gekozen voor een model waarin de zorg ten aanzien van hart- en vaatziekten omschreven is in criteria waaraan de huisarts *minimaal*



moet voldoen. Uitgaande van deze gedachte is er in eerste instantie een lijst van criteria opgesteld van elk van de 5 genoemde taakgebieden van de huisarts.

Aangezien het de bedoeling is dat het handelen van de huisarts getoetst wordt aan de hand van de criteria moeten deze niet alleen aan inhoudelijke, maar ook aan een aantal methodologische eisen voldoen.

1. een criterium moet meetbaar zijn; dat wil zeggen men moet kunnen vaststellen in hoeverre huisarts X aan het criterium voldoet
2. een criterium moet betrekking hebben op gedrag dat de huisarts vrij frequent kan vertonen
3. een criterium moet een zodanige spreiding in score-mogelijkheden mogelijk maken dat verschillende huisartsen ook een verschillende score kunnen krijgen, en dat tijdens een eventuele nameting verschillen kunnen worden vastgesteld met de scores tijdens de voormeting.

Rekening houdend met bovenstaande punten is een lijst van criteria opgesteld. Deze lijst is een aantal malen intensief besproken in bijeenkomsten met 10 ervaren huisartsen.

De resultaten van deze besprekingen zijn voorgelegd aan een hoogleraar algemeen interne geneeskunde en een cardioloog met wie we al eerder in het project hebben kunnen overleggen. Na dit overleg is de definitieve lijst opgesteld (zie bijlage 1).

Teneinde te weten te komen of de huisarts voor zichzelf andere maatstaven hanteert dan die uit de door ons opgestelde criteria benaderen we de huisartsen ook met een lijst beleidsvragen.

De feitelijk geleverde zorg door de huisarts kan op deze manier ook getoetst worden aan door hem zelf vernoemde maatstaven.

Zowel de door ons opgestelde criteria als de criteria die de arts voor zichzelf hanteert worden in het onderzoek gemeten. De onderzoeksmethoden waarmee dit gaat gebeuren staan in de volgende paragraaf.

#### 4.3. Onderzoeksmethoden

Voor het onderzoek naar de verschillen tussen de feitelijk geleverde zorg en de hiervoor opgestelde criteria en de mogelijke oorzaken voor deze verschillen worden een aantal onderzoekstechnieken gebruikt.

Voor de eerste vraagstelling zal gebruik worden gemaakt van de volgende methoden:



- observatie van spreekuurconsulten
- onderzoek van een steekproef van patiëntenkaarten
- indirecte methoden zoals gestructureerde open vragen (g.o.v.'s), en interviews

Voor de opsporing van oorzaken van discrepanties zal gebruik worden gemaakt van:

- een interview met de huisarts
- schriftelijke vragenlijsten voor de huisarts met kennisvragen, beleidsvragen en vragen naar zijn taakopvatting
- een interview met de doktersassistente
- praktijkobservatie

Hieronder zullen de genoemde methoden kort worden toegelicht.

#### 4.3.1. Observatie van spreekuurconsulten

Voordeel van deze methode is, dat zo een aantal aspecten van het huisartsenhandelen bestudeerd kunnen worden, in de praktijksituatie zelf.

Men meet gedrag. Hiermee voorkomt men het vaak voorkomende probleem dat artsen zeggen anders te handelen dan zij in feite doen.

Het is hierbij noodzakelijk, dat het gedrag dat men wil vastleggen in voldoende mate voorkomt. Zeldzamer gevallen zullen op een andere wijze bestudeerd moeten worden.

De observator gaat hierbij als volgt te werk:

gedurende een week woont hij de spreekuren bij en vult van elk consult een scoreformulier in (zie bijlage 2 en 3) aan de hand van zijn waarnemingen en inspectie van de patiëntenkaart.

#### 4.3.2. Onderzoek van patiëntenkaarten.

Het voordeel van deze methode is dat men zo een inzicht krijgt in het handelen van de arts ten aanzien van minder frequent optredende gevallen. Het nadeel is dat het materiaal minder diepgaand en iets minder betrouwbaar is: men kan bijvoorbeeld afleiden welke medicatie is gegeven, of er verwezen is, maar niet altijd of de arts leefregels heeft gegeven en dergelijke.

Bovendien is men hierbij volledig afhankelijk van de nauwgezetheid waarmee de arts dergelijke zaken registreert. Ook bij deze methode is men echter afhankelijk van het feit of de huisarts betrouwbaar over zijn ac-





tiviteiten rapporteert (het probleem bij interviews).

Voor dit onderdeel wordt de arts gevraagd om samen met de observator (een deel van) het patiëntenbestand door te lopen en die patiënten aan te wijzen die met hart- en vaatziekten bekend zijn. Indien de arts voor deze patiënten reeds kleurcoderingen gebruikt, kan de observator zelf deze groep vaststellen. Het scoreformulier dat hierbij gebruikt wordt, is opgenomen in bijlage 2.

#### 4.3.3. Gestructureerde open vraag, interviews.

Bepaalde criteria hebben betrekking op gedrag dat nauwelijks of niet te observeren valt in een periode van een week of waaromtrent geen geregistreerde gegevens te verwachten zijn. In dit geval staan ons twee wegen open: we vragen aan de arts wat hij in zo'n geval doet met als voornaamste nadeel dat zijn antwoord geen afspiegeling hoeft te zijn van zijn feitelijk handelen, of we vragen aan een aantal patiënten die bijvoorbeeld het afgelopen jaar ontslagen zijn na een opname wegens een hartinfarct, wat de arts gedaan heeft.

Teneinde de vragen aan de arts zo goed mogelijk te structureren, zullen hiervoor in de eerste fase van het project zogenaamde g.o.v.'s (gestructureerde open vragen) ontwikkeld worden.

Er wordt op schrift een voor de huisarts herkenbare casus geboden op grond waarvan vragen worden gesteld.

Het verhaal van de casus wordt in onderdelen op verschillende pagina's gepresenteerd. De pauzes in het verhaal vallen op die momenten, dat de huisarts gebruik makend van de tot dan toe gepresenteerde gegevens, tot actie moet overgaan: meer informatie moet proberen te verkrijgen, zijn hypothesen moet toetsen, een conclusie moet formuleren, een beslissing dient te nemen, tot therapeutisch handelen moet overgaan, enzovoort.

Het begrip "gestructureerd" betekent, dat de gepresenteerde casus zijn vaste beloop krijgt, hoe men de vragen ook beantwoordt.

Het begrip "open" slaat op de manier van vragen: de bedoeling is dat de vraag niet suggestief wordt gesteld en alle ruimte tot beantwoording laat.

#### 4.3.4. De onderzoekstechnieken die gebruikt worden ter opsporing van de oorzaken van leemten.

Het interview met de huisarts en de schriftelijke vragenlijst voor de



doktersassistente zullen bestaan uit een serie vragen met grotendeels gesloten antwoordmogelijkheden.

De lijst met kennisvragen zal een aantal meerkeuze-items bevatten en een aantal open vragen. De vragenlijst over de taakopvatting zal bestaan uit series uitspraken waarbij de huisarts kan aangeven in hoeverre hij het eens of oneens is met die uitspraken, of in hoeverre bepaalde uitspraken op hem van toepassing zijn.

Praktijkobservatie houdt in dat de observator met eigen ogen bepaalde praktijkenmerken observeert en beoordeelt. De onderwerpen die in deze interviews en vragenlijsten aan de orde zullen komen staan gedetailleerd weergegeven in bijlage 5.

#### 4.3.4. Vragenlijst met beleidsvragen

Naast toetsing aan de in bijlage 1 weergegeven criteria, zal het feitelijk handelen van de arts ook getoetst worden aan de normen die hij zelf heeft met betrekking tot de diverse aspecten van zorgverlening op het gebied van hart- en vaatziekten. Teneinde de eigen norm van de arts op het spoor te komen zullen meerkeuze items ontwikkeld worden, waarin hij deze aan kan geven. Daarmee worden twee doelen gediend: ten eerste kan per criterium de discrepantie tussen "officieel" criterium en persoonlijke norm als oorzaak gezien worden van bepaalde leemtes: de arts doet bepaalde handelingen niet, omdat hij vindt dat hij zo niet hoeft te doen. Ten tweede biedt deze persoonlijke norm een handvat voor de nascholing: in een aantal gevallen kan het zinvoller zijn om de leemte tussen persoonlijke norm en feitelijk handelen te verkleinen, dan om meteen aan een blijkbaar te hoog gegrepen ideaalbeeld te gaan werken.

#### 4.5. De onderzoekssteekproef.

Om de discrepantie tussen feitelijke zorg en de criteria vast te kunnen stellen, alsmede de oorzaken daarvan, is het noodzakelijk een groep huisartsen te kiezen met een dusdanige spreiding in arts- en praktijkenmerken, dat analyse van de oorzaken van deze discrepanties mogelijk is. Wat evaluatie van nascholing betreft valt het volgende op te merken: De effectiviteit van nascholing lijkt beter verzekerd door nascholing in groepen dan door nascholing voor individuen, en door actieve partici-



patie van de deelnemers dan door een meer passieve vorm van nascholing (bijvoorbeeld: toehoren).

Nascholing in groepen met actieve participatie van de deelnemers met in de tijd verspreide bijeenkomsten - ons inziens de meest effectieve vorm - betekent voor de groep deelnemende huisartsen dat zij geografisch dicht bij elkaar moeten wonen en bereid moeten zijn een groepsproces door te maken.

Deze overwegingen leiden er toe dat onze gedachten uitgaan naar aansluiting bij reeds bestaande en functionerende groepen van huisartsen.

De groepen die hiervoor in eerste instantie in aanmerking komen zijn de bestaande (weekend-) waarneemgroepen. Omdat evaluatie van nascholing in waarneemgroepen verschilt van die van nascholing aan individuele artsen, zullen we hieronder twee mogelijke alternatieven beschrijven: individuele huisartsen, en een combinatie van individuele huisartsen en waarneemgroepen.

#### 4.4.1. Steekproef van individuele huisartsen

Om een nascholingsproject te kunnen ontwikkelen volgens het Millermodel moeten we kunnen vaststellen wat het verschil is tussen feitelijk geleverde zorg en de opgestelde criteria hiervoor, waarbij tevens mogelijke oorzaken voor deze verschillen moeten worden opgespoord. Om dit te realiseren is idealiter een groep nodig van 100 huisartsen. Een aantal van 75 is een absoluut minimum. Een dergelijk grote groep is noodzakelijk omdat er twee afvalmomenten in de onderzoeksopzet aanwezig zijn: anderhalf jaar na de vaststelling van de feitelijke zorg zal de groep een nascholingsprogramma moeten volgen. Wil het effect hiervan geëvalueerd kunnen worden dan zal na een jaar opnieuw een vaststelling van de feitelijke zorg moeten plaatsvinden. Aangezien zowel de vaststelling van zorg als de nascholing een behoorlijke inspanning van de arts vereisen is het reëel om rekening te houden met een aantal uitvallers, nog afgezien van het natuurlijk verloop in twee en een half jaar

Om te kunnen onderzoeken of het volgens Miller-model ontwikkelde nascholingsproject effect heeft, zullen we andere effecten onder controle moeten houden. Dit kunnen wij doen door gebruik te maken van een controlegroep die geen nascholing krijgt, maar wel eenzelfde voor- en nameting



als de groep huisartsen die wel nageschoold wordt (de experimentele groep).

Huisartsen worden hierbij a-select toegewezen aan een van beide groepen. Experimentele groep en contrôlegroep dienen beide even groot te zijn. Wat ons brengt op een totaal van 150 tot 200 artsen.

#### 4.4.2. Steekproef van individuele huisartsen en waarneemgroepen.

Wanneer we willen weten of het Millerschema gevolgd kan worden om een goed nascholingsprogramma te ontwikkelen en of een dergelijk programma beter in waarneemgroepen dan in groepen individuele huisartsen kan geschieden, dienen zowel individuele huisartsen als waarneemgroepen in het onderzoek betrokken te worden.

Gezien het feit dat waarneemgroepen onderling sterk zullen variëren wat betreft groeps grootte, -samenstelling en -activiteit, zal men voor een aantal analyses de waarneemgroep als onderzoekseenheid moeten nemen: een aantal van twintig waarneemgroepen is absoluut vereist. Omdat men effect van nascholing en waarneemgroep gescheiden moet kunnen houden, dient de groep individuele artsen uit het eerste alternatief in zijn geheel ook in dit design voor te komen. Zowel voor de individuele artsen als de waarneemgroepen moet een gelijksoortige contrôlegroep worden gezocht. Dit tweede design is op deze manier uitgebreider dan het eerste (150 à 200 individuele artsen + 200 à 300 uit waarneemgroepen) maar geeft daarentegen zeer waardevolle informatie over mogelijkheden voor de structurele inbedding van de nascholing in hart- en vaatziekten.

Schematisch hebben we zo de twee volgende voorstellen:

	exp.groep	contrôle-groep	totaal
1. individuele artsen	75 à 100	75 à 100	150 à 200
2. combinatie	175 à 250	175 à 250	350 à 500

De keuze die men maakt is zowel afhankelijk van de belangstelling van de Hartstichting voor de verschillende gepresenteerde nascholingsmodellen als van de vragen die men door middel van dit onderzoek wil laten beantwoorden, als van de financiële mogelijkheden.





De keuze voor één van de genoemde alternatieven is daarom ook in eerste instantie een keuze voor de Hartstichting.

Pragmatische problemen (bijvoorbeeld wanneer niet voldoende waarneemgroepen bereid gevonden worden om aan het project deel te nemen) kunnen gedurende het project eventueel deze keuze beïnvloeden. Wanneer gekozen wordt voor het alternatief met waarneemgroepen zal daarom het project zodanig moeten worden opgezet, dat het altijd mogelijk is om op alternatief 1 terug te vallen.



## Hoofdstuk 5.

### Meting van de feitelijke zorg en de discrepanties tussen feitelijke zorg en de criteria.

In hoofdstuk 4 is aangegeven volgens welke onderzoeksmethoden de feitelijke zorg van de huisartsen op het gebied van hart- en vaatziekten gemeten gaat worden. In dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de vraag hoe we dat precies denken te gaan doen.

Voor de overzichtelijkheid hebben we daarvan een schema opgesteld waarin per criterium wordt aangegeven:

- welke gegevens er precies verzameld gaan worden
- waar deze gegevens in hun geoperationaliseerde vorm in de diverse bijlagen te vinden zijn
- met behulp van welke onderzoeksmethode de gegevens gemeten worden
- en welke procedures erbij de meting precies gevolgd gaan worden.

### Toelichting bij deze schema's

- Deze schema's zijn ingedeeld in vijf hoofdgebieden: preventie, vroege diagnostiek, diagnostiek, management en revalidatie. Vroege diagnostiek en diagnostiek zijn nog verder uitgesplitst naar anamnese, lichamelijk en laboratorium-onderzoek. Management is onderverdeeld in voorlichting/beïnvloeding van risicofactoren, medicamenteuze therapie, verwijzen en contrôle.
  - Aan het begin van een nieuw (deel-) gebied staan soms variabelen vermeld die in bijna alle daaronder vermelde criteria verzameld dienen te worden. Deze zijn korthedshalve weggelaten uit de schema's. Men dient er bij de bestudering van de schema's rekening mee te houden dat deze aan het begin genoemde variabelen bij nagenoeg alle criteria uit het betreffende deelgebied gemeten worden!
  - Onder "vindplaats" staat vermeld onder welke code deze variabelen te vinden zijn op het observatieformulier. (bijlage 2) en het registratieformulier (bijlage 3).
  - Bij "onderzoeksmethode" staat 0 voor observatieonderzoek (+ aanvullend kaartonderzoek) en R voor registratie-onderzoek van een steekproef van patiëntenkaarten. Indien 0 + R voorkomt, betekent dit dat beide methoden van toepassing zijn, waarbij R alleen betrekking heeft op variabelen J tot en met Q.
- V staat voor G.O.V., interview e.d.



- Onder "procedure" staat tenslotte het nummer vermeld van de procedure die bij dat onderdeel van de meting wordt gehanteerd (zie bijlage 4).

In het onderzoek wordt niet alleen de feitelijk door de huisarts geleverde zorg gemeten, maar oök gezocht naar mogelijke oorzaken voor verschillen tussen deze zorg en de criteria die hiervoor zijn opgesteld. Die oorzaken worden voornamelijk gezocht in kenmerken van arts en praktijk. Een lijst van deze kenmerken is te vinden in bijlage 5.



# I. PREVENTIE

In het algemeen te meten variabelen:

- leeftijd patiënt	P 2	0+R	15
- presentatie van de klacht	A	0	6-7
- anamnese: roken	B 1	0	13
familie	B 2	0	35
- bekende hart- en vaatziekten	K	0+R	8
- roken genoteerd	K 8	0+R	
- familie anamnese genoteerd	K 9	0+R	

De variabelen die daarnaast nog per criterium van belang zijn, staan op de betreffende plaats genoemd.

criterium nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
1	De huisarts dient bij iedereen tussen de 20 en 65 jaar die op zijn spreekuur komt de bloeddruk te meten en te registreren, tenminste indien dit 5 jaar of langer geleden is	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek: bloeddruk*</li> <li>- bloeddruk genoteerd</li> <li>- jaar laatste bloeddrukmeting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>C 1</li> <li>L 1</li> <li>J 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2</li> <li>1</li> <li>1</li> </ul>
2	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten, gemiddeld 90 mmHg diastolisch of meer bedraagt tenminste te vragen naar roken en de familie-anamnese inzake hart- en vaatziekten en beide te noteren indien positief bevonden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gemiddelde diast. bloeddruk in drie versch. contacten</li> </ul>	N 11	0 + R	
3	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer dan een half jaar geleden een verhoogde bloeddruk werd geconstateerd waarvoor patiënt inmiddels medicamenteus wordt behandeld tenminste op de kaart genoteerd te hebben: <ul style="list-style-type: none"> <li>- familie-anamnese inzake hart- en vaatziekten indien positief bevonden</li> <li>- eenmaal een waarde voor het serumcholesterol</li> <li>- eenmaal een waarde voor het gewicht en de lengte</li> <li>- roken indien patiënt rookt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met hypertensie</li> <li>- medicamenteuze therapie</li> <li>- serum chol. genoteerd</li> <li>- gewicht genoteerd</li> <li>- lengte genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K 1</li> <li>N 1-4</li> <li>M 6</li> <li>L 3</li> <li>L 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 + R</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5-34</li> <li>10</li> <li>11</li> </ul>

\*Telkens wanneer onder te verzamelen gegevens genoemd wordt: onderzoek bloeddruk (C 1), dient men tevens toe te voegen: aanleggen manchet (C 2), kwikkolom tot 240 mmHg opgepompt (C 3) en tussentijds opgepompt (C 4).





I PREVENTIE

criterium nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- onderz. proce- plaats meth. dure
4	De huisarts dient bij een patiënt die op zijn spreekuur komt met de klacht 'pijn op de borst' tenminste roken en familieanamnese inzake hart- en vaatziekten ter sprake te brengen en te noteren, indien nog niet bekend	0	
5	De huisarts dient bij een patiënt die tenminste sinds een half jaar bekend is met een angina pectoris tenminste onderzocht en genoteerd te hebben * roken indien patiënt rookt * de familie-anamnese inzake hart- en vaat- ziekten indien positief bevonden * eenmaal een waarde voor gewicht * eenmaal een waarde voor lengte * eenmaal een waarde voor serumcholesterol	- fam. anamnese - gewicht genoteerd - lengte genoteerd - serum chol. genoteerd	L 3            0 + R 13 L 2            10 M 6            11
6	De huisarts dient bij patiënten bekend met een myocard infarct op de kaart tenminste te hebben genoteerd: * roken, indien patiënt rookt * de familie-anamnese betreffende hart- en vaatziekten indien positief bevonden * eenmaal een waarde voor het serumcholesterol * eenmaal een waarde voor het gewicht * eenmaal een waarde voor de lengte * eenmaal een waarde voor de bloed.	- serumchol. genoteerd - gewicht genoteerd - lengte genoteerd - bloeddruk genoteerd	M 6            10 L 3            11 L 2            1 L 1            1
7	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht pijn in de benen met lopen verdwijnend na enige minuten rust * tenminste roken ter sprake te brengen en indien patiënt rookt dit met klem te ontraden		0



I PREVENTIE

criterium- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	Vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
8	De huisarts dient bij een patiënt bij wie hij een perifeer arteriële aandoening vermoedt tenminste op de kaart hebben genoteerd: * de familie anamnese betreffende hart- en vaatziek- ten indien positief bevonden * eenmaal een waarde voor het serumcholesterol * eenmaal een waarde voor de bloeddruk * eenmaal een waarde voor gewicht en lengte * roken, indien patiënt rookt				
9	De huisarts dient tenminste bij 10 % van de patiënten tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoeken, roken ter sprake te brengen en indien zijn patiënt rookt dit te noteren (of genoteerd te hebben).			0	
10	De huisarts dient tenminste bij iedereen tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt en een voor een observator duidelijk overgewicht heeft, tenminste 1 maal per 1 jaar het gewicht te meten en te noteren en 1 maal de lengte van patiënt genoteerd te hebben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- overgewicht</li> <li>- gewicht genoteerd in twee opeen- volgende jaren</li> <li>- lengte genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I 7</li> <li>L 3</li> <li>L 2</li> </ul>	0	12 10 11 1
11	De huisarts dient bij patiënten bekend met een een- maal gevonden serumcholesterolwaarde van 280 mg % (7,2 mmol/L ) of meer deze bepaling tenminste één- maal te herhalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- waarde serumchol.</li> <li>- bepaling herhaald</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M 6</li> <li>M 7</li> </ul>	R	
12	De huisarts dient bij patiënten bekend met een gemiddelde serumcholesterolwaarde van 280 mg (7,2 mmol/L) of meer tenminste op de kaart genoteerd te hebben * roken indien patiënt rookt * familieanamnese betreffende hart- en vaatziekten, indien positief * tenminste éénmaal een waarde voor het gewicht * tenminste eenmaal een waarde voor de lengte * tenminste eenmaal een bloeddruk waarde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gemiddelde serumcholesterol- waarde</li> <li>- gewicht genoteerd</li> <li>- lengte genoteerd</li> <li>- bloeddruk genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M 6/M 7</li> <li>L 3</li> <li>L 2</li> <li>L 1</li> </ul>	R	10 11 1



I PREVENTIE

criterium-  
waarde

Omschrijving criterium

te verzamelen gegevens

vind-    onderz.    proce-  
plaats    meth.    dure

13

De huisarts dient bij een patiënt bekend met een positieve familie-anamnese betreffende hypercholesterolaemie tenminste op de kaart genoteerd te hebben:  
\* eenmaal een waarde voor het cholesterol

V



II VROEGE DIAGNOSTIEK: anamnese

criteria- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	prode- dure
14	De huisarts dient bij een patiënt, die op zijn spreekuur komt met de klacht 'pijn op de borst' * tenminste te vragen naar klachten die wijzen op angina pectoris of hartinfarct en naar klachten die wijzen op een of meerdere overige differentiaal diagnoses	- Klacht: pijn op de borst - gevraagd naar 'angina pectoris klachten' - gevraagd naar 'hartinfarctklachten' - gevraagd naar klachten die wijzen op overige differentiaal diagnoses	A B 4 B 5 B 6, B 7 B 8, B 9		15 16 18 19
15	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht 'kortademigheid bij inspanning'en/of'dikke voeten of enkels', tenminste te vragen naar en indien positief te noteren: klachten, wijzend op decompensatio cordis	- Klacht: kortademigheid bij inspanning en/of dikke voeten of enkels - gevraagd naar 'dec.cordisklachten'	A B 10	0	20
16	De huisarts dient bij een patiënt die op zijn spreekuur komt met de klacht 'hartkloppingen' tenminste te vragen naar: * klachten die wijzen op agina pectoris en/of decompensatio cordis * intoxicaties zoals roken, gebruik van koffie, cola en/of alcohol * aard van de hartkloppingen	- Klacht: hartkloppingen - gevraagd naar 'angina pectoris klachten' - gevraagd naar 'dec. cordisklachten' - gevraagd naar roken - gevraagd naar gebruik koffie, cola, alcohol - aard hartkloppingen	A B 4 B 10 B 1 B 3	0	16 20 6 21





II VROEGE DIAGNOSTIEK: 1ichamelijk onderzoek

criteria-nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vindplaats	onderz. meth.	procedure
17	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk 90 mmHG diastolisch of meer bedraagt, tenminste twee verschillende contacten binnen het half jaar daarop volgend met patiënt af te spreken en te noteren teneinde de bloeddruk opnieuw te meten alvorens medicamenteuze therapie in te stellen	- leeftijd patiënt - aantal bloeddrukmetingen na één-maal diast. 90 mmHG voor instellen - medicatie	P 2 N 7 H + N1 - 4	0 0 0	1 5-34
18	De huisarts dient bij een patiënt die op zijn spreekuur komt met de klacht 'pijn op de borst' tenminste de bloeddruk, de pols en het hart te onderzoeken en bevindingen te noteren	- klacht: pijn op de borst - onderzoek: bloeddruk, pols, hart - bloeddruk, pols, hart genoteerd	A C 1 + C 8 C 7 L 1 + L 5 + L 4	0 0	15 2-26-25 1-25-26
19	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht 'kortademigheid bij inspanning' of 'dikke voeten of enkels' tenminste te onderzoeken en te noteren * lengte * gewicht * bloeddruk * pols * hart * tongen * onderbenen en voeten (ter opsporing van oedeem)	- Klacht: kortademigheid bij inspanning of dikke voeten of enkels - onderzoek lengte, gewicht, bloeddruk - onderzoek pols, hart, tongen - onderzoek onderbenen en voeten - lengte, gewicht, bloeddruk genoteerd - pols, hart, tongen genoteerd - onderbenen en voeten genoteerd	A C1.C5,C6 C7,C8,C10 C11 L1,L2,L3 L4,L5,L7 L8	0	9-2 26-25-28 29 11-10-1 26-25-28 29
II VROEGE DIAGNOSTIEK: Laboratoriumonderzoek / ECG					
20	De huisarts dient bij een patiënt die op zijn spreekuur komt met de klacht 'pijn op de borst' tenminste actie te ondernemen bij verdenking op een hartinfarct door of zelf nadere diagnostiek te verrichten (CPK, transaminasen, ECG) of te verwijzen	- Klacht: pijn op de borst - waarschijnlijkheidsdiagn. hartinfarct - CPK laten bepalen - transaminasen laten bepalen - ECG laten bepalen - verwezen	A I 4 G 9 G 8 G 10 E	0	15



III DIAGNOSTIEK: anamnese

criterium- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
21	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar, die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer dan een half jaar geleden een verhoogde bloeddruk werd geconstateerd waarvoor hij(zij) inmiddels medicamenteus wordt behandeld tenminste ruimte te bieden voor vragen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd patiënt</li> <li>- aantal maanden sinds bekend is met hypertensie</li> <li>- medicamenteus behandeld</li> <li>- ruimte geboden voor vragen</li> </ul>	P 2 K 1 N 1-N 4 B 18	0	1 5-34 24
22	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer sinds een half jaar bekend is met een angina pectoris tenminste ruimte te bieden voor vragen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd patiënt</li> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met een angina pectoris</li> <li>- ruimte geboden voor vragen</li> </ul>	P 2 K 2 B 18	0	35 24
23	Indien de huisarts contact heeft met een patiënt die maximaal 7 dagen vordien ontslagen is uit het ziekenhuis na opname i.v.m. een ernstige coronair insufficiëntie dan wel een hartinfarct, dient de huisarts tenminste te vragen naar <ul style="list-style-type: none"> <li>* huidige klachten</li> <li>* welke informatie patiënt heeft meegekregen betreffende het ziektebeeld</li> <li>* welke adviezen patiënt heeft meegekregen inzake dieet en activiteit</li> <li>* medicatie</li> </ul>			interview  (eventueel met patiënt)	35  24
24	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste sinds een half jaar bekend is met een decompensatio cordis tenminste ruimte te bieden voor vragen van de patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met decompensatio cordis</li> <li>- ruimte geboden voor vragen</li> </ul>	K 4 B 18	0	35 24



III DIAGNOSTIEK: 1ichamelijk onderzoek

criteriumnummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
25	De huisarts dient een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten, minder dan 105 mmHG diastolisch bedraagt niet te verwijzen zonder eerst zelf onderzoek te hebben verricht (tenminste van het hart ) , en medicamenteus te hebben behandeld	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd patiënt</li> <li>- gemiddelde bloeddrukwaarde van 3</li> <li>- versch. contacten</li> <li>- verwezen</li> <li>- onderzoek: hart</li> <li>- medicamenteus behandeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P 2</li> <li>N11</li> <li>E</li> <li>C 7</li> <li>N 1-N 4</li> </ul>	0	1 25 5-34
26	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer dan een half jaar geleden een verhoogde bloeddruk werd geconstateerd tenminste te onderzoeken en te noteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd patiënt</li> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met hypertensie</li> <li>- medicamenteus behandeld</li> <li>- onderzoek: bloeddruk en pols</li> <li>- bloeddruk en pols genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P 2</li> <li>K 1</li> <li>N 1-N 4</li> <li>C1 +C8</li> <li>L1 +L5</li> </ul>	0 + R	1 5-34 2-26 1-26
27	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste sinds een half jaar bekend is met een angina pectoris tenminste te onderzoeken en te noteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leeftijd patiënt</li> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met angina pectoris</li> <li>- onderzoek: bloeddruk en pols</li> <li>- bloeddruk en pols genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P 2</li> <li>K 2</li> <li>C1 + C8</li> <li>L1 + L5</li> </ul>	0 + R	35 2-26 1-26
23	Indien de huisarts contact heeft met een patiënt die maximaal 7 dagen tevoren ontslagen is uit het ziekenhuis na opname i.v.m. een ernstige coronair insufficiëntie dan wel hart infarct dient de huisarts tenminste te onderzoeken			interview (event. met pa- tiënt)	
29	tenminste te letten op oedeem aan de benen			idem	
30	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste een half jaar bekend is met een decompensatio cordis tenminste te onderzoeken en te noteren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal maanden sinds patiënt bekend is met een decompensatio cordis</li> <li>- onderzoek: lengte, gewicht en pols</li> <li>- lengte, gewicht en pols genoteerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K 4</li> <li>C5+C6+C8</li> <li>L2+L3+L5</li> </ul>	0 +R	35 9, 26 11-10-26
31	tenminste te letten op oedeem aan de benen				



nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
32	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht pijn in de benen met lopen verdwijnen na enige minuten rust tenminste te onderzoeken en te noteren: * bloeddruk * pols * pulsaties perifere arteriën	Klacht: pijn in de benen met lopen enz. A - onderzoek: bloeddruk, pols, pulsaties perifere arteriën - bloeddruk, pols, pulsaties perifere arteriën genoteerd	C1+C8+ C 12 L1+L5+ L9	0	2-26-30 1-26-30

III DIAGNOSTIEK: laboratorium

33	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk in tenminste drie verschillende contacten, gemiddeld 90 mmHg of meer bedraagt tenminste de urine te hebben onderzocht op voorkomen van albumen en reductie en dit te noteren	- leeftijd patiënt - gemiddelde bloeddruk in 3 verschil- lende contacten - onderzoek urine: albumen en reductie - albumen en reductie genoteerd	P 2 N11 G1+G2 M1 + M2	0 + R	1 33
----	---	---	--------------------------------	-------	---------

34	De huisarts dient een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten, minder dan 105mmHg diastolisch bedraagt niet te verwijzen zonder eerst urine op eiwit en glucose, en het serum creatinine bepaald te hebben.	- leeftijd patiënt - gemiddelde bloeddrukwaarde van 3 verschillende contacten - verwezen - onderzoek urine: eiwit en glucose - onderzoek: serum creatinine	P 2 N11 E G3+G4 G5	0	1 1 33
----	--	---	--------------------------------	---	--------------





IV MANAGEMENT: voorlichting, geruuststellen, beïnvloeden risicofactoren

criterium nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
35	Indien de huisarts contact heeft met een patiënt die maximaal 7 dagen voordien ontslagen is uit het ziekenhuis na opname in verband met een ernstige coronair insufficiëntie dan wel een hartinfarct, dient de huisarts tenminste te adviseren over handelwijze bij hernieuwde klachten.	- presentatie van de klacht - anamnese roken - advies: stop roken	A B3 D1	inter- view	0 6 31
36	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht pijn in de benen met lopen verdwijnend na enige minuten rust tenminste roken ter sprake te brengen en indien patiënt rookt dit met klem te ontraden.	- presentatie van de klacht - anamnese roken - advies: stop roken	A B3 D1	inter- view	0 6 31
37	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar met een overgewicht: * tenminste het advies tot vermageren gegeven en genoteerd te hebben * tenminste eenmaal na dit advies tot vermageren het gewicht te hebben gecontroleerd (of afgesproken hebben dit te controleren indien het advies minder dan een maand geleden is geweest) en dit op de kaart te hebben genoteerd.	- leeftijd patiënt - overgewicht - advies: vermageren	P1 C3 D2	0	12 37
38	De huisarts dient bij patiënten tussen 20 en 65 jaar bekend met serumcholesterolwaarde van 280mg% of meer: * tenminste middels dieetadvies gepoogd te hebben het serumcholesterol te verlagen * tenminste eenmaal na dieetadvies het effect ervan beoordeeld te hebben (of afgesproken hebben dit te beoordelen indien het advies minder dan een maand geleden gegeven is) door middel van een herhaling van de bepaling van het serumcholesterol en dit op de kaart genoteerd te hebben.	- serumcholesterolbepaling - herhaling serumcholesterol bepaling - dieetadvies	M6 M7 M7	R	38



IV MANAGEMENT: medicamenteuze therapie

criteria-nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vindplaats	onderz. meth.	proce-dure
	<i>In het algemeen te meten variabelen:</i>				
	<i>De variabelen die daarnaast nog per criterium van belang zijn, staan op de betreffende plaats genoemd.</i>				
39	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten, gemiddeld minder dan 90mmHG diastolisch bedraagt geen medicamenteuze behandeling in te stellen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presentatie van de klacht</li> <li>- medicatie</li> <li>- medicatie</li> <li>- bekende genoteerde hart- en vaatziekten</li> <li>- gemeten bloeddruk in drie contacten</li> <li>- leeftijd patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A</li> <li>H1-7</li> <li>N1-4</li> <li>K1-10</li> <li>N9</li> <li>P1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>0</li> <li>R</li> <li>0+R</li> <li>0+R</li> <li>0+R</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15</li> <li>5-34</li> <li>5-34</li> <li>35</li> <li>1</li> </ul>
40	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten, gemiddeld 100mmHG bedraagt of meer tenminste aandacht te besteden aan niet-medicamenteuze therapie	- niet medicamenteuze therapie	D	0	31-37-38
41	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar indien de bloeddruk, gemeten in tenminste drie verschillende contacten 105mmHG diastolisch bedraagt of meer, medicamenteuze behandeling in te stellen, tenzij eerst een drastische vermindering van bestaand overgewicht wordt nagestreefd.	- vermageringsadvies	D2	0	37
42	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar de medicamenteuze behandeling wegens hypertensie niet anders te beginnen dan met een diureticum of een betablokker.	- aanvangsmedicatie	N6	0+R	5



IV MANAGEMENT: medicamenteuze therapie (vervolg)

criterium- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
43	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer dan een half jaar geleden een verhoogde bloeddruk werd geconstateerd waarvoor patiënt inmiddels medicamenteus wordt behandeld: * de gebruikte medicatie niet te verhogen of uit te breiden indien de bloeddruk 90mmHG diastolisch bedraagt of minder * de gebruikte medicatie te verhogen, uit te breiden of te veranderen indien de bloeddruk 100mmHG diastolisch bedraagt of meer	0+R			
	* te verwijzen indien de bloeddruk 105mmHG diastolisch bedraagt of meer en de patiënt tenminste 3 maanden een combinatie van tenminste twee antihypertensiva met verschillend aangrijpingspunt in adequate dosering heeft gebruikt	- verwijzing - verwijzing - bloeddruk voor verwijzing	E Q N10	0 R R	1
44	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste sinds een half jaar bekend is met angina pectoris: tenminste beleid te veranderen, indien patiënt alleen nitroglycerine gebruikt en ernstige klachten blijven bestaan of in frequentie en/of duur toenemen, door of betablokkers te geven of te verwijzen	- verwijzing	Q	R R	
45	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht "kortademigheid bij inspanning en/of "dikke voeten of enkels" niet in eerste instantie bij klachten die wijzen op een decompensatie cordis de patiënt medicamenteus te behandelen met een combinatie van een diureticum en een digitalis preparaat				0



IV MANAGEMENT: medicamenteuze therapie (vervolg)

criterium- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth	proce- dure
46	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en ten minste sinds een half jaar bekend is met een decompensatio cordis indien patiënt een digitaal preparaat gebruikt zeker niet de dagdosis te verhogen bij een polsfrequentie van minder dan 60 per minuut	- pols	L5	R	26

47	De huisarts dien bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt met de klacht "hartkloppingen" tenminste actie te ondernemen bij een pulsus perpetuus met een frequentie van 100 of meer per minuut door zelf medicamenteus te behandelen (met digitaal preparaat, betablokker of antiaritmica) of te verwijzen.	- pols	C5	0	26
----	--	--------	----	---	----

48	De huisarts dient bij een patiënt bij wie hij een perifere arteriële aandoening vermoedt geen vaatverwijdende geneesmiddelen als therapie voor te schrijven	- waarschijnlijkheidsdiagnose	I5	0	
----	---	-------------------------------	----	---	--

IV MANAGEMENT: verwijzen

criterium- nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth	proce- dure
----------------------	------------------------	------------------------	-----------------	-----------------	----------------

*In het algemeen te meten variabelen:*

*De variabelen die daarnaast nog per criterium van belang zijn, staan op de betreffende plaats genoemd.*

- presentatie van de klacht A 0
- bekende, genoteerde hart- en vaatziekten K1-10 0+R
- verwijzing E 0
- verwijzing Q R
- leeftijd patiënt P1 0+R

49	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die op zijn spreekuur komt met de klacht "pijn op de borst" niet in eerste instantie te verwijzen indien er geen verdenking is op een hartinfarct of angina pectoris	- waarschijnlijkheidsdiagnose	I	0+R	
----	--	-------------------------------	---	-----	--





IV MANAGEMENT: verwijzen (vervolg)

criterium-nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
50	De arts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste sinds een half jaar bekend is met een angina pectoris te verwijzen indien patiënt gedurende tenminste 3 maanden gebruik van betablokkers in adequate dosering aangevuld zonodig met nitroglycerine; een toename in ernst, duur of frequentie van klachten meldt of in ernstige mate belemmerd blijft in zijn dagelijkse activiteiten	- medicatie - duur therapie	N1-2 N3	R	5-3

51	De huisarts dient bij een patiënt bij wie hij een perifere arteriële aandoening vermoedt niet te verwijzen indien de patiënt 100 meter of meer zonder onderbreking kan lopen, tenzij er andere dwingende indicaties bestaan (bijvoorbeeld dreigend gangreen)	- waarschuwing - lichamelijk onderzoek	I C	(0 0	
----	--	---	--------	---------	--

IV MANAGEMENT: controle

criterium-nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vind- plaats	onderz. meth.	proce- dure
	<i>In het algemeen te meten variabelen:</i>				
	<i>De variabelen die daarnaast nog per criterium van belang zijn, staan op de betreffende plaats genoemd.</i>				
		- controle afspraak - leeftijd patiënt - presentatie van de klacht - bekende, genoteerde hart-en vaatziekten	F P1 A K	0 0 0 0	15 35

52	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die zijn spreekuur bezoekt en bij wie langer dan een half jaar geleden een verhoogde bloeddruk werd geconstateerd waarvoor patiënt inmiddels medicamenteus wordt behandeld een controle afspraak te maken en te noteren	- tenminste binnen 3 maanden indien de huisarts het beleid inzake de medicatie veranderd heeft - tenminste binnen 6 maanden indien de huisarts het beleid inzake de medicatie niet veranderd heeft	N1 N2	0 0	5-34 5-34
----	---	---	----------	--------	--------------



IV MANAGEMENT: controle

criteria-nummer	omschrijving criterium	te verzamelen gegevens	vindplaats	onderz. meth.	procedure
-----------------	------------------------	------------------------	------------	---------------	-----------

53	De huisarts dient bij een patiënt tussen de 20 en 65 jaar die op zijn spreekuur komt met de klacht "pijn op de borst" tenminste een controle af te spreken en te noteren bij verdenking op angina pectoris			0	
----	--	--	--	---	--

54	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt met de klacht "kortademigheid bij inspanning" en/of "dikke voeten of enkels" een controle afspraak te maken en te noteren bij medicamenteus behandelen van een patiënt met klachten die wijzen op decompen-satio cordis	- medicatie	H1-7	0	5-34
----	--	-------------	------	---	------

55	De huisarts dient bij een patiënt die zijn spreekuur bezoekt en tenminste sinds een half jaar bekend is met een decompensatio cordis een controle afspraak te maken en te noteren indien patiënt medicamenteuze therapie krijgt	- medicatie	H1-7 N2	0	5-34
----	---	-------------	------------	---	------

V REVALIDATIE

56	Indien een patiënt in het ziekenhuis is opgenomen in verband met een ernstige coronair insufficiëntie of een hartinfarct, dient de huisarts:				interview (eventueel met patiënt)
----	--	--	--	--	---

- de patiënt tijdens opname in het ziekenhuis te bezoeken tenminste bij een opnameduur van meer dan 7 dagen
- de patiënt thuis te bezoeken tenminste binnen 7 dagen na ontslag uit het ziekenhuis

57	Indien de huisarts contact heeft met een patiënt die maximaal 7 dagen voordien ontslagen is uit het ziekenhuis na opname in verband met een ernstige coronair insufficiëntie dan wel een hartinfarct, dient de huisarts:				interview (eventueel met patiënt)
----	--	--	--	--	---

- tenminste de lichamelijke activiteit te stimuleren
- tenminste de werkhervatting bespreekbaar te maken
- tenminste de partner en eventueel familieleden bij gesprek en advisering te betrekken



## Hoofdstuk 6.

### Werkwijze bij het onderzoek

#### 6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet op welke wijze we te werk zullen gaan bij het uitvoeren van het onderzoek.

Voordat het veldonderzoek van start gaat zal eerst een klein proefonderzoek worden gehouden, dat in 6.2. beschreven wordt. In 6.3. komt aan de orde hoe we de steekproef die in hoofdstuk 4 beschreven is, zullen trekken. De wijze waarop de gegevens verzameld worden voor het vaststellen van de feitelijke zorg en de verschillen tussen de zorg en de criteria wordt in 6.4. uiteengezet. In 6.5. wordt de dataverzameling ten behoeve van het opsporen van de mogelijke oorzaken van de gevonden verschillen beschreven. Het hoofdstuk eindigt met de beschrijving van de wijze waarop dataverzameling en analyse zullen geschieden.

#### 6.2. Proefonderzoek

Alvorens te starten met het veldonderzoek, zullen de te gebruiken meetinstrumenten op beperkte schaal worden uitgeprobeerd. In deze betekenis wordt het woord "proefonderzoek" dan ook bedoeld. Het proefonderzoek levert dus geen voorlopige cijfers op, maar alleen aanwijzingen over verbeteringen die in de meetinstrumenten en/of de instructies voor de observatoren (procedures) kunnen worden aangebracht. Dit proefdraaien zal op twee manieren gebeuren. Ten eerste zullen vragen over kennis, beleid en taakopvatting tijdens het verder ontwikkelen van de meetinstrumenten worden uitgetest bij een groep huisartsen die niet in de steekproeven voorkomen. Ten tweede zal in twee praktijken gedurende drie dagen proefgedraaid worden met de ontwikkelde formulieren voor de observatoren en met de methode van patiëntenkaarten trekken (benodigde tijd en aangetroffen aantal kaarten dat aan de criteria getoetst kan worden).



### 6.3. Het trekken van de steekproef

De keuze van het nascholingsmodel dat men in het project uiteindelijk wil gaan toepassen (nascholing aan waarneemgroepen van huisartsen versus nascholing aan individuele huisartsen) bepaald voor een belangrijk deel op welke wijze de onderzoekssteekproef getrokken moet worden.

Het trekken van een steekproef van individuele huisartsen is het meest eenvoudig: Uit de NHI registratie van Gevestigde Huisartsen wordt een aselecte steekproef getrokken uit alle huisartsen die zich vóór 1 januari 1978 hebben gevestigd. Teneinde uiteindelijk minimaal 150 huisartsen voor het onderzoek over te houden (t.w. 75 artsen voor de experimentele groep en 75 voor de controlegroep) zullen ongeveer 300 huisartsen op deze manier uit het systeem worden gelicht. Deze 300 huisartsen zullen allen worden aangeschreven met het verzoek of zij aan het HUAN-project willen deelnemen. Daarbij zullen tevens de volgende gegevens van de artsen worden gevraagd:

- of de arts gebruik maakt van een patiëntenregistratiesysteem
- of de praktijk van de arts meer dan 1500 patiënten telt.

Artsen die negatief op een van deze beide vragen antwoorden vallen - in verband met de gebruikte onderzoeksmethode - af voor het onderzoek. Voorts vallen uiteraard de artsen af die geen interesse hebben in het project, dan wel niet op onze uitnodiging reageren.

De artsen die overblijven worden random toegedeeld aan de experimentele en de controle groep.

Het trekken van waarneemgroepen heeft meer voeten in aarde. Er bestaat in Nederland geen registratie van waarneemgroepen. De enige manier om waarneemgroepen te bereiken is dus via individuele huisartsen. Er zal dus een steekproef getrokken moeten worden van individuele huisartsen (wederom: die zich vóór 1 januari 1978 gevestigd hebben), waarna deze huisartsen schriftelijk gevraagd zal moeten worden of zij pogingen willen doen hun waarneemgroep te interesseren voor het HUAN-project.





In verband met de te verwachten hogere uitval zullen 5 maal zoveel huisartsen aangeschreven worden als wij waarneemgroepen nodig hebben. Dit brengt ons op een steekproef van 200 huisartsen, in de hoop dat 40 van deze huisartsen erin zullen slagen hun waarneemgroep voor het project te interesseren. Deze 40 waarneemgroepen zullen random verdeeld worden over de experimentele en de controle groep. Overigens zullen ook in deze opzet alleen die huisartsen in het onderzoek worden betrokken die meer dan 1500 patiënten hebben en gebruik maken van een patiëntenregistratiesysteem.

Indien mocht blijken dat het onmogelijk is om voldoende geïnteresseerde waarneemgroepen te vinden (indien de uitval groter is dan 80%) zullen (alleen) de individuele huisartsen in het onderzoek betrokken worden.

#### 6.4. Dataverzameling ten behoeve van het meten van de feitelijke zorg en de verschillen tussen de geleverde zorg en de criteria

Hieronder wordt voor de verschillende onderzoeksmethoden beschreven op welke wijze de observator te werk gaat om de benodigde gegevens te verzamelen.

##### 6.4.1. Observaties van spreekuurcontacten

De observator woont gedurende 5 dagen de spreekuren van de huisarts bij. Hij vult per patiënt één observatieformulier in (zie bijlage 2) en registreert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen datgene wat hij hoort en ziet. Daartoe volgt de observator patiënt en huisarts ook in de onderzoekskamer.

T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we naar bijlage 4.



#### 6.4.2. Onderzoek van patiëntenkaarten

Uit het archief van de huisarts wordt een steekproef van patiëntenkaarten getrokken. De observator vult per patiëntenkaart, waarvan uit de kaartgegevens enige relatie met het probleemgebied blijkt, een registratieformulier in (bijlage 3) en registreert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen het eventueel vóórkomen van deze variabelen op de kaart.

T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we weer naar bijlage 4.

#### 6.4.3. De Gestructureerde Open Vraag

Gedurende de observatieperiode, maar buiten de spreekuren, legt de observator de huisarts de GOV (zie bijlage 6) voor en vraagt hem deze in zijn bijzijn in te vullen. De huisarts wordt gevraagd dit in stilte en volgens instructie in ongeveer 15 minuten te doen. De observator neemt vervolgens de ingevulde GOV in en discussieert desgewenst daarna kortdurend met de huisarts over de methode en de inhoud van de GOV, onder de uitdrukkelijke conditie dat niets toegevoegd of veranderd wordt in de door de huisarts ingevulde GOV.

#### 6.5. Dataverzameling ten behoeve van het opsporen van mogelijke oorzaken van de gevonden verschillen.

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe de observator te werk gaat bij het verzamelen van deze gegevens.

In de loop van de observatieweek zal de observator in een persoonlijk gesprek met de huisarts een aantal vragen stellen t.a.v. de in bijlage 5 genoemde arts- en praktijkenmerken (gevolgd door de letter H)

De antwoorden van de huisarts worden door de observator geregistreerd op een nog te ontwikkelen formulier, waarbij zoveel mogelijk getracht zal worden dit te laten doen door het aankruisen van meerkeuzemogelijkheden.



Na afloop van het consult vraagt de observator de huisarts naar zijn (waarschijnlijkheids) diagnose(n), tenminste na die consulten waarbij uit de klachtpresentatie, de anamnese en/of het onderzoek enige relatie met het probleemgebied blijkt.

De observator registreert de genoemde (waarschijnlijkheids)diagnose(n) op het observatieformulier.

De kaarten van alle patiënten die op het spreekuur zijn geweest worden op volgorde bewaard en na afloop van het spreekuur bestudeerd door de observator. Hij vult per patiëntenkaart één registratieformulier in (zie bijlage 3) en noteert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen het eventueel vóórkomen van deze variabelen op de kaart.

T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we weer naar bijlage 4.

De observator draagt er zorg voor, dat het observatieformulier en het registratieformulier van een spreekuurpatiënt bij elkaar bewaard worden.

Na afloop van de observatieweek zal de observator de huisarts 2 vragenlijsten voorleggen en hem vragen deze in zijn bijzijn in te vullen.

Zo mogelijk kan dit gebeuren voorafgaande aan de beantwoording van de GOV. Er zullen vragen gesteld worden over zijn taakopvatting en een aantal kennisvragen. Ook hier zal getracht worden vragen te laten beantwoorden door het aankruisen van meerkeuzemogelijkheden of meerpuntsschalen.

In de loop van de observatieweek zal de observator in een persoonlijk gesprek met de assistente(s)(en niet in het bijzijn van de huisarts) een aantal vragen stellen t.a.v. de in bijlage 5 genoemde praktijkkenmerken (gevolgd door letter A).

In de loop van de observatieweek zal de observator door eigen observatie de aan- of afwezigheid van een aantal kenmerken in de praktijk registreren. Hij zal daarbij de lijst genoemd in bijlage 5 (gevolgd door de letter P) afwerken. De huisarts zal daarbij om medewerking worden gevraagd om bepaalde gegevens te verzamelen.



## Hoofdstuk 7.

### Nascholing

#### 7.1. Inleiding

In hoofdstuk 1 is het algemene kader aangegeven, waarin de nascholing is geplaatst. Nascholing maakt deel uit van een onderzoeks- en ontwikkelingsproces, zoals beschreven in het Millerschema. Dit heeft als gevolg dat pas na analyse van de gegevens van het veldonderzoek (fase 3 en 4) het moment aanbreekt om de onderwerpen en elementen van de nascholing te bepalen. Zowel op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut als op het Nederlands Huisartsen Instituut is echter al enige ervaring opgebouwd op het gebied van scholing, respectievelijk nascholing van huisartsen.

Het hypertensieproject dat in 1978 door de afdeling Nascholing van het NHI werd uitgevoerd en een video-observatieonderzoek van het NHI uit 1979 hebben al tot globale inzichten geleid over probleemgebieden waarop nascholing zich zou kunnen richten.

Daarnaast zijn er ook algemene theorieën bekend die inzicht geven in het verloop van innovatie- of veranderingsprocessen.

Eerder is al aangegeven dat de projectgroep in dit kader de voorkeur geeft aan het geven van nascholing in een gestructureerd iets, de waarneemgroep.

In dit hoofdstuk behandelen we achtereenvolgens de ontwikkeling en uitvoering van de nascholing en de evaluatie van de nascholing.

#### 7.2. De ontwikkeling en uitvoering van de nascholing

Wanneer we in het HUAN-project het Millerschema op de voet zouden volgen, dan dienen we de resultaten van het veldonderzoek af te wachten, alvorens ook maar iets over de ontwikkeling van de nascholing te schrijven. Dit zou een afwachtende houding impliceren tot begin 1982. Dit is echter niet noodzakelijk.

Reeds in de loop van de analysefase kan een start gemaakt worden met het inventariseren van elementen voor nascholing. Deze oriëntatie zal leiden tot een voorlopig voorstel voor het nascholingsprogramma: een schets van de vorm en inhoud van het programma met daarbij een voorlopige tijdsplanning en begroting. Dit voorlopige voorstel zal dan met de Begeleidingscommissie worden doorgesproken. Indien deze geen onoverkomelijke bezwaren heeft tegen dit voorstel, wordt het vervolgens nader uitgewerkt. Dan kunnen ook evaluatiepunten worden opgesteld waarop het programma na afloop kort geëvalueerd kan worden met de deelnemers.





Vervolgens dient het materiaal voor de nascholing te worden verzameld of ontwikkeld en komt het organisatorische deel aan bod (accommodatie, begeleiders en inleiders, deelnemers).

Wat de opzet van het nascholings- c.q. interventieprogramma qua vorm en duur betreft, kunnen wij op dit moment enkel globaal iets meedelen.

In de vorm van het programma zal tot uitdrukking komen dat zelfwerkzaamheid en actieve betrokkenheid onmisbare elementen zijn van een goed programma.

Over de duur van het programma valt te melden dat gedacht wordt over meerdere onderdelen welke in de tijd uiteen liggen. Een mogelijke planning met een drietal programma-onderdelen die in tweemaal twee parallel groepen worden gegeven (in de tijdsplanning A en B genoemd) ziet er als volgt uit:

- 1) inleiding en basiscursus gedurende enkele dagen (waarin afhankelijk van de resultaten van het veldonderzoek zaken als praktijkorganisatie, registratie, kennis, enzovoorts aan de orde komen).
- 2) een herhalingsmoment (bijv. na een maand)
- 3) een tweede herhalingsmoment (bijv. weer na een maand), korte evaluatie en afsluiting

Op deze manier kan een proces op gang worden gebracht, waarbij de huisarts gelegenheid krijgt het "geleerde" in zijn praktijk toe te passen en zijn ervaringen daarmee met nascholers en medecursisten te bespreken en daarna nogmaals de cyclus te doorlopen. Een korte evaluatie van het ontwikkelde nascholingsproject vindt dan plaats bij het tweede herhalingsmoment.

De bevindingen van deze evaluatie worden met de opzet van het nascholingsprogramma afzonderlijk van het onderzoeksgedeelte gerapporteerd.

### 7.3. De evaluatie van de nascholing

De evaluatie van nascholing is een ingewikkelde zaak: de vraag is namelijk hoe geëvalueerd moet worden. Het is mogelijk het effect van een programma, te beoordelen in termen van toegenomen kennis en vaardigheden en veranderde attitude. Een en ander is afhankelijk van de doelstellingen van het programma. De vraag is echter waar dit gemeten moet worden: in de "laboratorium situatie" van het nascholingscentrum of in de praktijk van de huisarts? Onze voorkeur gaat uit naar deze laatste mogelijkheid de nascholing c.q. interventie te evalueren in de alledaagse situatie van de huisarts.

Uit literatuur blijkt dat er enige tijd dient te liggen tussen nascholing en effectmeting, wanneer men blijvende resultaten wil kunnen vaststellen. Vaak wacht men een half jaar of langer, alvorens een effectmeting te verrichten na al dan niet direct na afloop van de nascholing een meting gehouden te hebben.



Voor het HUAN-project willen wij deze periode voorlopig op zes maanden stellen. Gezien de duur van het HUAN-project (2½ jaar) zal een werkelijke effectmeting daarom niet kunnen plaatsvinden binnen het huidige project. Bijstelling van het programma op grond van gesprekken met de deelnemers (de korte evaluatie) zal echter wel mogelijk zijn.

Pas wanneer er duidelijkheid verkregen is over de uiteindelijke vorm van de nascholingscursus zal het mogelijk zijn de meetinstrumenten aan te passen of uit te breiden met zaken die specifiek op de cursus van toepassing zijn. Voor een groot deel zullen hiervoor dezelfde instrumenten worden gebruikt als in het veldonderzoek (vooronderzoek). Het is echter ook denkbaar dan aan het begin van de nascholing deels nieuwe meetinstrumenten worden gebruikt die ook voor de effectmeting worden gebruikt.

In ieder geval kan pas in de loop van fase 5 duidelijkheid verkregen worden over het budget dat nodig is om de nascholing te kunnen evalueren.

Medio 1982 zal dan ook opnieuw een subsidie-aanvraag worden ingediend met een bijbehorende begroting en tijdsplanning.



## Hoofdstuk 8

### Organisatiestructuur.

Beslissingen te nemen binnen het project worden in eerste instantie genomen door de projectleider samen met de andere medewerkers zonodig in overleg met de projectgroep.

De projectgroep vergadert tenminste eenmaal per maand.

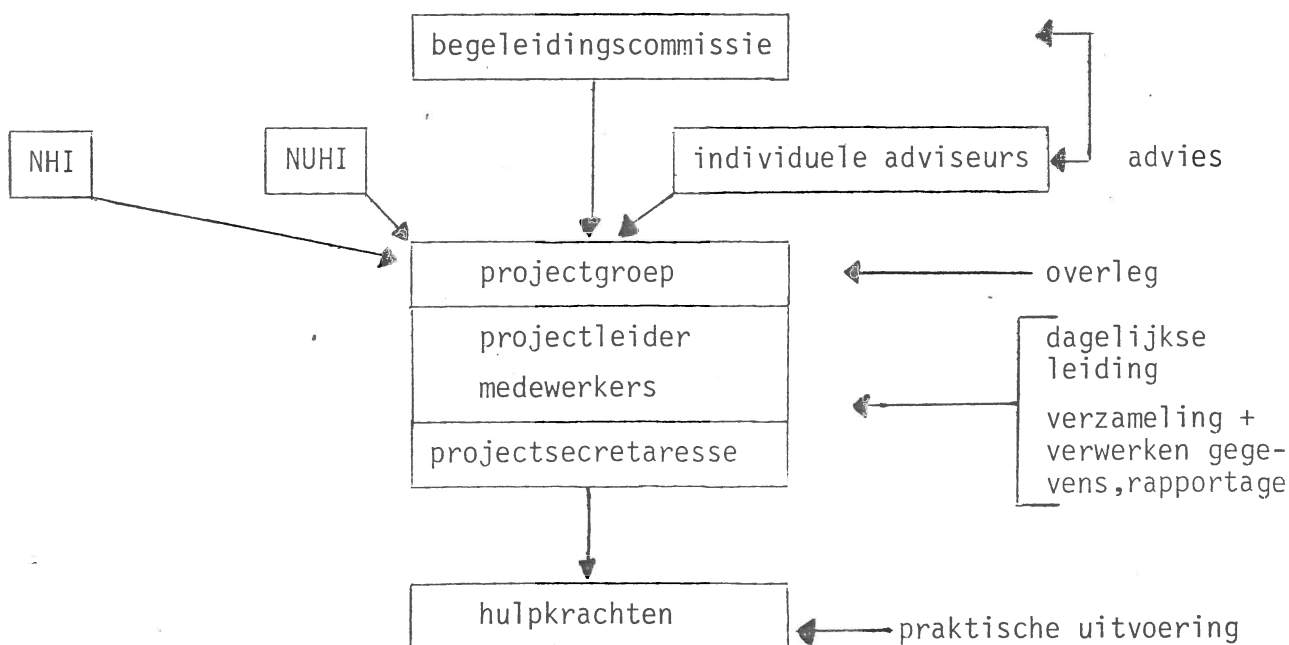
Zonodig kan de projectgroep advies vragen aan de begeleidingscommissie of aan andere adviseurs waarbij te onderscheiden zijn: personen werkzaam op het NUHI, personen werkzaam op het NHI en andere individuele adviseurs van buitenaf.

De projectgroep komt tweemaal per jaar samen met de begeleidingscommissie bijeen.

Het secretariaat is gevestigd op het NUHI te Nijmegen en heeft als taak de in- en uitgaande correspondentie te verzorgen en de contacten met de hulpkrachten te onderhouden.

De statistische verwerking van de onderzoeksgegevens wordt verzorgd door het NHI.

Voor verduidelijking zie figuur:





Lijst van medewerkers aan het HUAN-project.

Projectgroep

Prof. Dr. F.J.A. Huygen - voorzitter	NUHI
Drs. A. Bartelds	NHI
Mevr. Drs. J. Bensing	NHI
Drs. W. v.d. Bosch	NUHI
Mevr. Drs. J. Gabeler	NHI
Drs. E. v.d. Lisdonk	NUHI
Drs. J. van Ree	NUHI

Begeleidingscommissie

Prof. Dr. E. v.d. Does  
Prof. Dr. J. v.d. Meer  
Dr. W. Stiggelbout  
Prof. Dr. H.A. Valkenburg  
Dr. J.W. Viersma  
Prof. Dr. W.H.F.W. Wijnen

Medewerkers

E. v.d. Lisdonk, huisarts en projectleider  
W. v.d. Bosch, huisarts  
J. Gabeler, sociaal psychologe  
A. v. Meyel, projectsecretaresse  
C. Brandenburg, projectsecretaresse





## Hoofdstuk 9

### Tijdsplanning

De taken die in het HUAN-project verricht moeten worden, zijn in schema gebracht op pagina . Er wordt een schema weergegeven, uitgaande van een totale projectduur van  $2\frac{1}{2}$  jaar.

De stippen geven begin en eind aan van de verschillende activiteiten.

De cijfers worden hieronder toegelicht:

### Bijstellen van de onderzoeksopzet

1. Verwerken van besluiten van Begeleidingscommissie, Wetenschappelijke Adviesraad en Bestuur van de Hartstichting in de onderzoeksopzet.

### Trekken van de steekproef

2. Uit het registratiesysteem van huisartsen van het NHI een aselechte steekproef trekken van namen van huisartsen;  
De namen completeren met aanvullende gegevens.

### Gebruiksklaar maken van meetinstrumenten

3. Verder ontwikkelen van te gebruiken vragenlijsten, scoreformulieren e.d.
4. Vermenigvuldigen van deze meetinstrumenten op kleine schaal.

### Werven van hulpkrachten (observatoren)

5. Oproep middels brieven of advertenties in universitaire mededelingen bladen;  
Sollicitatiegesprekken;  
Selectie van hulpkrachten, regionaal verspreid.

### Opstellen trainingsprogramma voor hulpkrachten

6. Ontwikkelen van trainingsoefeningen, aansluitend bij de te gebruiken onderzoeksmethoden.
7. Opstellen van schriftelijke informatie over het project.
8. Opstellen van een schriftelijke handleiding bij de meetinstrumenten.
9. Vermenigvuldigen van schriftelijk materiaal.



Proefonderzoek

10. Benaderen van twee huisartsenpraktijken.
11. Praktijkbezoeken.
12. Inventarisatie van knelpunten in handleidingen en meetinstrumenten.
13. Bijstelling handleidingen en meetinstrumenten.
14. Vermenigvuldiging meetinstrumenten en handleidingen voor hoofdonderzoek.

Benaderen huisartsen veldonderzoek\*

15. Eerste benadering: vraag naar potentiële deelname.
16. Organisatie informatiebijeenkomsten.
17. Verwerking response.
18. Afspraken maken met deelnemende huisartsen;  
schema opstellen welke hulpkracht welke huisartsen bezoekt.

Werving van werkstudenten

19. Werven en contracteren van werkstudenten (codeurs)

Training hulpkrachten

20. Geven van training aan de hulpkrachten.

Veldonderzoek

21. Praktijkbezoek aan de deelnemende huisartsen
22. Coördinatie veldonderzoek

Opstellen van codeboek en computerprogramma's

23. Opstellen codeboek
24. Schrijven van programma's voor controle databestand  
en analyse van de gegevens

\*Indien gekozen wordt voor een steekproef van waarneemgroepen, zal dit onderdeel ruim een maand eerder moeten starten.



Dataverwerking en -analyse; rapportage

25. Coderen van de gegevens
26. Ponsen
27. Opbouw en controle van ruw databestand (eerste helft)
28. Opbouw en controle van ruw databestand (tweede helft)
29. Rapportage over het onderzoek zelf
30. Analyse van de verschillen tussen feitelijke zorg en de criteria
31. Rapportage over de verschillen tussen feitelijke zorg en de criteria
32. Analyse van de oorzaken van deze verschillen
33. Rapportage over de oorzaken van deze verschillen

Ontwikkelen nascholingsprogramma

34. Nagaan van de mogelijkheden voor nascholing;  
advies inwinnen van nascholings- en onderwijsdeskundigen
35. Nascholingsprogramma
36. Bespreking met de Begeleidingscommissie over de nascholing
37. Opstellen evaluatiepunten (voor korte evaluatie in 42. )
38. Verzamelen en ontwikkelen van materiaal voor het nascholingsprogramma, gebruiksklaar maken
39. Organisatie van begeleiders/inleiders en accommodatie
40. Organisatie van deelnemers

Uitvoeren nascholingsprogramma

41. Het nascholingsprogramma ten uitvoer brengen (A voor groep A;  
B voor groep B)
42. Herhaalmomenten en korte evaluatie (A voor groep A; B voor groep B)
43. Rapportage van evaluatie



	1980												1981																							
	juni/juli			augustus			september			oktober			november			december			januari			februari														
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	1	8	15	22	29
NUHI				5					7		10							16													22					
NUHI/ NHI	1												11	12																	20					
NHI			2	3					6		8																				23					
anderen									4				9																		14					







