

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN

FACULTEIT 5 FEB. 1987
DER GENEESKUNDE
EN TANDHEELKUNDE

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3600 bn utrecht
telefoon: 030 319946

het rifoh-huisartsenproject
nader beschouwd

**evaluatie van een methode ter opsporing en
beïnvloeding van risicofactoren voor hart-
en vaatziekten in huisartspraktijken.**

d.l.m. schraven
j.w. van ree
h.j.m. van den hoogen
w.h.e.m. van gerwen
oktober 1986.

druk:
algemene dienst
faculteit der geneeskunde
en tandheelkunde
afdeling reprografie

oplage: 200

dit onderzoek werd in opdracht van het nederlands huisartsen
genootschap uitgevoerd door het nijmegen universitair huisartsen
instituut, met financiële steun van het praeventiefonds.

Ten geleide

Preventie en preventieve gezondheidszorg kunnen zich verheugen in een groeiende belangstelling. Ook bij de overheid en andere beleidsvormende instanties ziet men de preventieve benadering van ziekten steeds meer als een welkome aanvulling op de dure curatieve zorg. Voor een aantal aspecten van preventie ziet men goede mogelijkheden in de eerstelijnsgezondheidszorg liggen en met name bij de huisarts. Naar de praktische mogelijkheden van preventie in de gemiddelde huisartspraktijk is vooralsnog echter weinig onderzoek verricht.

In dit rapport vindt u de bevindingen van een evaluatiestudie van een preventief programma op het gebied van hart- en vaatziekten, dat met behulp van de overheid werd geïnitieerd in vierentwintig huisartspraktijken in Nederland. Een bijzonder aspect in dit programma is de samenwerking van huisartspraktijken met de basisgezondheidszorg. De studie spitste zich toe op de uitvoerbaarheid van het programma in de verschillende praktijken en de resultaten van de preventieve inspanningen op het niveau van de risicofactoren.

Allereerst treft u de samenvatting aan. In hoofdstuk I wordt ingegaan op de geschiedenis van het preventieve programma en de achtergronden en doelstelling van de evaluatiestudie. In hoofdstuk II worden de vraagstellingen nader uitgewerkt, terwijl in hoofdstuk III de methode van onderzoek wordt toegelicht. In hoofdstuk IV t/m XIV vindt u de resultaten. Ter informatie wordt allereerst ingegaan op het bredere kader waarin het gehele project moet worden gezien. De presentatie van de onderzoeksresultaten geschiedt voor een groot deel chronologisch aan de hand van de verschillende fasen van het project. In hoofdstuk XV wordt teruggegrepen op de oorspronkelijke hoofdvraagstellingen en krijgt het rapport zijn afronding in de vorm van Conclusies, Beschouwing en Aanbevelingen.

Teneinde de leesbaarheid van dit rapport te bevorderen zijn vaker dan gebruikelijk onderdelen opgenomen in een bijlage.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING		VII
SAMENSTELLING WERKGROEP EN BEGELEIDENDE COMMISSIES		XI
DEFINITIES		XII
HOOFDSTUK I	INLEIDING	1
	- Geschiedenis project	
	- Geschiedenis evaluatiestudie	
	- Doelstelling evaluatiestudie	
HOOFDSTUK II	VRAAGSTELLINGEN	3
HOOFDSTUK III	METHODE	6
	- Aanpak van het onderzoek	
	- Onderzoeksinstrumenten	
HOOFDSTUK IV	UITGANGSPOSITIE	12
	- Opties rapport Vorst	
	- Organisatiestructuur RIFOH-project	
HOOFDSTUK V	DEELNEMENDE PRAKTIJKEN	16
	- Werving en selectie	
	- Karakteristieken van: * praktijken	
	* huisartsen	
	* assistentes	
	- Opinie van huisartsen over: * project	
	* preventie	
HOOFDSTUK VI	DEELNEMENDE BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN	21
HOOFDSTUK VII	VOORBEREIDINGSCURSUS	23
	- Beschrijving	
	- Beoordeling door huisartsen en assistentes	
	- Observatiegegevens	

HOOFDSTUK VIII	VOORBEREIDING IN DE PRAKTIJKEN	31
	- Introductiebijeenkomst	
	- Planning	
	- Practische voorbereidingen	
	- Rol ondersteunende dienst	
	- Taakverdeling huisarts - assistente	
HOOFDSTUK IX	START ONDERZOEKEN IN DE PRAKTIJKEN	40
	- Organisatie: * Wijze van uitvoering project: tijd/persoon	
	* Ruimte	
	* Grootte doelpopulatie	
	* Beschikbare tijd	
	* Uitnodigingsprocedure	
	* Aantal onderzoeken	
	* Aanpak van de RIFOH-activi- teiten	
	- Uitvoerende RIFOH-assistente:	51
	* Zelfstandige taak	
	* Ondersteuning	
	* Voldoening	
	- Tempo van onderzoek en het Rapport Vorst	54
	- Ondersteuning van huisartspraktijk door consultatiebureau/BAGD	56
	- Ervaring van huisartsen en assistentes:	58
	* Inhoud van het project	
	* Uitvoerbaarheid	
	* Ondersteuning	
	- Observaties van de onderzoeker	61
HOOFDSTUK X	VOORTGANG VAN HET PROJECT IN DE PRAKTIJKEN	62
	- Uitvallers	
	- Vacantieperiode	
	- Regelmaat van werken	
	- Belasting van de praktijken	
	- Taak assistente: * Ondersteuning	66
	* Voldoening	
	- Patiëntenaanbod en uitnodiging	68

	- Ervaringen van patiënten	71
	- Ondersteunende rol basisgezondheidsdienst	72
	- Rol Vatenclub-NHG	76
	- Kwaliteit van werken	
	- Ervaringen van huisartsen en assistentes	78
	- Verloop van het project in 3 ^e jaar	80
HOOFDSTUK XI	WELK DEEL VAN DE DOELPOPULATIE IS ONDERZOCHT?	87
	- Doelpopulatie	
	- Percentage personen dat is onderzocht	
	- Beïnvloedende factoren	91
	- Representativiteit	93
HOOFDSTUK XII	GEGEVENS BASISONDERZOEK	95
	- Indeling in risicogroepen	
	- Afzonderlijke risicofactoren:	96
	* Cholesterolgehalte	
	* Bloeddruk	
	* Roken	
	* Relatief gewicht	
	* Diabetes en anamnese hartinfarct	
	- Diastolische bloeddruk nader beschouwd:	102
	* Bloeddrukanamnese	
	* Behandelingsstatus	
	* Verhoogde bloeddruk en additionele risicofactoren	
	* Literatuurvergelijking	106
HOOFDSTUK XIII	INTERVENTIERESULTATEN	110
	- Heronderzoek na 4 maanden: * Deelname	
	* Resultaten	
	- Heronderzoek na 1 jaar: * Deelname	113
	* Resultaten	
	- Praktijkvergelijking	116

BEHANDELINGSSTATUS HYPERTENSIEPATIËNTEN	118
- Gegevens patiëntenkaartonderzoek	
- Vragenlijst hypertensie patiënten	126
* Gescreend op consultatiebureau	
* Onderzocht in huisartspraktijk	
HOOFDSTUK XIV FINANCIËLE ASPECTEN	129
- Honorering assistente	
- Declaratie huisartspraktijk	
- Vergoeding en werkelijk bestede tijd	
- Kosten-baten analyse.	
HOOFDSTUK XV CONCLUSIES EN BESCHOUWING	135
HOOFDSTUK XVI AANBEVELINGEN	149
LITERATUUR	151
BIJLAGEN:	
1. Samenvatting RIFOH-huisartsenprotocol	1 - 20
2. Vragenlijsten voor huisartsen en assistentes	1 - 48
3. Logboek	1 - 11
4. Alfabetische lijst van de doelgroep	1 - 5
5. Vragenlijst hoogrisicodragers	1 - 11
6. Extra heronderzoek 1 jaar	1 - 4
7. Follow-up programma hypertensie	1 - 16
8. Procedure patiëntenkaartonderzoek	1 - 7
9. Vragenlijst hypertensiepatiënten	1 - 8
10. Informatiefolder, inschrijfformulier	1 - 6
11. Diversen	1 - 10
12. Aanvullende tabellen	1 - 28

Samenvatting

In hoofdstuk I wordt teruggegaan naar het ontstaan van dit project, zijnde een voortvloeiende van het CB-hartproject. De reacties vanuit de huisartsenwereld op het initiatief om de eerstelijns gezondheidszorg bij de preventie van hart- en vaatziekten te betrekken worden gememoreerd alsmede de geschiedenis van het evaluatie-onderzoek.

In hoofdstuk II worden de drie hoofd-vraagstellingen gepresenteerd en van een nadere uitwerking voorzien. Het onderzoek is toegespitst op vragen naar de uitvoerbaarheid van het project in de praktijken en op de (stabiliteit van de) interventieresultaten betreffende de risicofactoren.

In het hoofdstuk over de methode (III) wordt beschreven hoe de evaluatiestudie als actie-onderzoek is opgezet. De gebruikte onderzoeksinstrumenten, die zeer divers zijn, worden beschreven en zijn in tabel III-2 overzichtelijk bij elkaar gezet. Op voorhand aanwezige beperkingen van het onderzoek worden besproken.

In hoofdstuk IV wordt voor de niet ingewijde lezer nog even teruggegrepen op het voorbereidingsrapport van het project van de Cie. Vorst. Deze informatie is belangrijk om het Rifoh-huisartsenproject in een juist kader te plaatsen. De begeleiding van het project op landelijk niveau werd slecht geregeld en kwam grotendeels te liggen bij de Rifoh-coördinator en de "Vatenclub-NHG" met haar eigen coördinator. Om begrotings-technische redenen werd de start van het Rifoh-huisartsenproject medio 1982 geforceerd.

Hoofdstuk V en VI geven informatie over de deelnemende huisartspraktijken en de ondersteunende diensten (CB's en BAGD-en). Na enkele mutaties in de vroege voorbereidingsperiode startten uiteindelijk 22 praktijken met de cursus op de consultatiebureau's. Alle praktijkvormen waren in de groep vertegenwoordigd. Velerlei redenen bleken een rol te spelen bij het besluit van de huisartsen tot deelname aan het project; niet alle huisartsen stonden zonder meer positief tegenover preventie in de huisartspraktijk. De interesse van de hoofden (veelal tuber-

culose artsen) van de zes ondersteunende diensten voor de hart-vaatactiviteiten op hun bureau wisselde per regio nogal. In hoofdstuk VII wordt uitgebreid ingegaan op de voorbereidingscursus voor de medewerkers uit de huisartspraktijken zoals deze werd gegeven door de ondersteunende diensten.

Het opgestelde cursusprogramma werd in nagenoeg alle regio's volgens plan afgewerkt. De huisartsen waren ingenomen met de complete voorbereiding van de assistente. Kritiek van huisartsen gold de weinig anticiperende houding van de medewerkers van de ondersteunende dienst op de (te verwachten) problemen in de huisartspraktijken. Uit de 22 praktijken namen 18 praktijkassistentes en 10 echtgenotes, die als (inval)assistente waren betrokken bij het project, deel aan de cursus. Hun oordeel en ervaringen met de cursus worden belicht aan de hand van o.a. gegevens uit vragenlijsten. Observatiegegevens van de onderzoeker die betrekking hebben op uiteenlopende zaken samenhangend met (het volgen van) de cursus besluiten dit hoofdstuk.

Hoofdstuk VIII handelt over de voorbereidingen op het project in de praktijken. Schriftelijke informatie en een door de Vatenclub georganiseerde bijeenkomst konden niet voorkomen dat veel praktijken pas tijdens de cursus alle consequenties, die deelname aan het project had, gingen beseffen. Planning van de activiteiten en het organiseren van de administratie moesten op zeer korte termijn worden gerealiseerd. De doelgroep van 36-55 jaar bleek in de praktijken bijna 20% groter dan vooraf in het rapport Vorst was berekend. De ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg was beperkt ten aanzien van praktische zaken die de praktijk(voering) betroffen. Het aandeel van de praktijkassistentes in de voorbereidingen was groot.

Het hoofdstuk daarop (IX) behandelt de startperiode van het project. Zowel voor echtgenotes als assistentes was de uitvoering van de onderzoeken geen probleem. Het tempo waarmee kon worden gewerkt verschilde echter nogal. Enkele beïnvloedende factoren worden in dit kader nader belicht. Bijstelling van de mogelijkheden voor uitvoering van het project (b.v. werktijd-uitbreiding van de assistente) was in de beginfase nogal eens nodig, maar bleek niet altijd realiseerbaar.

De uitvoerende assistentes werkten nagenoeg geheel zelfstandig. Met name de praktijkassistentes bleken veel voldoening te

ontlenen aan hun patiëntgebonden activiteiten. De rol van de ondersteunende basisgezondheidsdienst nam na de start snel af. De ervaringen van de deelnemende huisartsen en assistentes betreffende het eerste half jaar, dat het project in hun praktijk liep, besluiten het hoofdstuk: de inhoud, de uitvoerbaarheid en de ondersteuning van buitenaf worden belicht.

In hoofdstuk X wordt het verdere beloop van het project onder de loep genomen. Niet alle praktijken maakten de periode tot drie jaar vol. Een belangrijke factor voor de continuïteit was de uitvoerende assistente. Ook andere factoren worden in dit kader belicht. De uitnodigingsprocedure en het patiëntenaanbod sluiten hierbij aan als beïnvloedende factoren op het uiteindelijke bereik van de doelpopulatie. Patiënten lieten zich in vragenlijsten zeer positief uit over het project.

De rol van de ondersteunende dienst en de Vatenclub-NHG in deze periode wordt toegelicht waarna de huisartsen en assistentes weer aan het woord komen. Zij lieten zich 1,5 - 2 jaar na de start positief uit over het project.

Hoofdstuk XI laat zien welk deel van de oorspronkelijke doelpopulatie van 36-55 jaar na 2 of 3 jaar werd onderzocht. Hoewel de onderzoeksinstrumenten die hierbij zijn gebruikt beperkingen hadden, is duidelijk geworden dat een bereik tot 80% goed mogelijk was. Zowel echtgenotes als assistentes wisten een groot deel van de patiënten te bereiken. Of nu de huisarts of de assistente inviteerde lijkt niet wezenlijk. In het hoofdstuk wordt verder nog ingegaan op redenen van weigering van patiënten en de representativiteit van de onderzochte groep.

Hoofdstuk XII behandelt de gegevens van ruim 10.000 patiëntenonderzoeken. Meer dan een kwart van deze groep viel naar de gehanteerde criteria in de hoogrisicogroep. Uitgebreid wordt ingegaan op de groepen met te hoge waarden voor de afzonderlijke risicofactoren. De diastolische bloeddruk wordt nader bekeken in relatie tot mate van bekendheid/ behandeling en combinaties met andere risicofactoren.

De in het project gemeten bloeddrukwaarden worden vergeleken met vergelijkbare onderzoeken in de literatuur en blijken veelal lager te zijn. De gepresenteerde gegevens zijn ook op praktijkniveau beschikbaar.

Hoofdstuk XIII gaat in eerste instantie over de groep die op grond van de meetgegevens bij het basisonderzoek in aanmerking kwam voor een tweede onderzoek en daardoor ook voor een onderzoek ter evaluatie van het bereikte resultaat. Van de oorspronkelijke groep werd 88% na vier maanden en 71% na één jaar daadwerkelijk heronderzocht. De veelal door de assistente na 4 maanden bewerkstelligde daling van het niveau van de risicofactoren bleek zich te handhaven in de periode daarna. Bij gebrek aan een controlegroep (het project was opgezet als serviceverlening aan de bevolking) kunnen geen uitspraken worden gedaan over de exacte daling van het niveau.

Naast de interventieresultaten van de heronderzoeksgroep komt de follow-up van (opgespoorde) hypertensiepatiënten (≥ 95 mmHg) aan de orde. Resultaten van een patiëntenkaartonderzoek en een onderzoek met patiëntenvragenlijsten laten zien dat de hypertensiepatiënt in het Rifoh-project bij de huisarts niet slecht af was, maar ook dat het nog beter zou kunnen.

Een klein hoofdstuk (XIV) is gewijd aan enkele financiële aspecten van het project. De wijze waarop assistentes werden gehonoreerd, al of niet extra, en de afhandeling van de declaraties van de praktijken worden beschreven. Aan de hand van logboekgegevens over tijdsbesteding is de vergoeding per basisonderzoek bekeken. De financiële kanten van het project lijken -onterecht- weinig aandacht te hebben gehad.

Besloten wordt met twee hoofdstukken (XV en XVI) waarin de conclusies, beschouwing en aanbevelingen zijn opgenomen. Op basis van de conclusies, rekening houdend met de beperkingen van dit onderzoek, wordt gesteld dat er in de huisartspraktijk goede mogelijkheden liggen voor preventie van hart- en vaatziekten, maar dat dit niet zó maar gaat: aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan. De gesignaleerde problemen lijken echter oplosbaar. Met de positieve ervaringen van alle betrokkenen rechtvaardigt dit een voortgaan op de ingeslagen weg. Aanbevelingen hiertoe worden gedaan.

SAMENSTELLING NUHI-WERKGROEP RIFOH

W.H.E.M. v. Gerwen	programmeur
H.J.M. v.d. Hoogen	statisticus
Dr. J.W. v. Ree	huisarts, projectleider
Drs. D. Schraven	arts, onderzoeker
L. Peters v. Gemert (J. Veldhuyzen)	secretaresse

De werkgroep werd bijgestaan door een interne en externe begeleidingscommissie.

INTERNE BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Dr. J.T.M. v. Eijk	methodoloog
Prof. Dr. F.J.A. Huygen	huisarts
A.J. Hemsing	beheerder NUHI

EXTERNE BEGELEIDINGSCOMMISSIE, leden

Drs. B.J.A.M. Bottema*	huisarts, bestuurslid NHG
Prof. Dr. W. Brouwer*	huisarts, hoogleraar huisarts- geneeskunde Maastricht, lid cie. Vorst
Mr. Drs. J.P. Dopheide	socioloog NHI, later NIVEL
Drs. W.G. v. Loenen*	huisarts, lid C.W.O. NHG
Drs. C.P. Schouwstra* (tot 1983)	huisarts, bestuurslid NHG
Drs. D.P. Sluyter* (tot 1983)	longarts, C.B. Doetinchem, lid cie. Vorst
(Drs. W.A. v. Veen	arts, vertegenwoordiger Min. W.V.C.)
Prof. Dr. F.J.A. Huygen (adviseur)	huisarts, hoogleraar huisarts- geneeskunde K.U. Nijmegen

* tevens lid van "Vatenclub"

0. Definities.

RIFOH = RisicoFaktorenOpsporing Hart- en Vaatziekten.

RIFOH - project = Opsporingsprogramma van verhoogd risico voor hart- en vaatziekten met advies voor risicodragers en heronderzoek na 4 maanden van hoogrisicodragers.

2 onderdelen * Rifoh-CB-project: 35 jarige mannen

* Rifoh-huisartsenproject: 36-55 jarige mannen en vrouwen

= gezondheidszorgproject

Consultatiebureau Consultatiebureau voor Tuberculose bestrijding. Vanaf 1973 wordt op een aantal bureaus ook gewerkt aan bestrijding van hart- en vaatziekten. Vanaf 1982 voortschrijdende integratie in Basisgezondheidsdiensten.

Basisgezondheidsdienst B.A.G.D. Basisgezondheidsdiensten die vanaf 1982 consultatiebureaus voor T.B.C. bestrijding hebben geïncorporeerd.

Vatenclub-NHG Op initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap opgerichte commissie, met vertegenwoordiging uit de Landelijke Huisartsvereniging en een deskundige uit de Rifoh-interimcie. Later kwam de Rifoh-coördinator hiervoor in de plaats.

Assistente = RIFOH-assistente Praktijkmedewerkster die de praktische uitvoering van het RIFOH-project voor haar rekening neemt. Dit kan de praktijkassistentente danwel de echtgenote van (een van) de huisarts(en) zijn. Assistentes = praktijkassistentes + echtgenotes.

Praktijkassistentente Assistente van de huisarts, dokters- dan wel apothekersassistentente. Gesteld tegenover echtgenotes van huisartsen wordt soms met assistente volstaan.

Doelpopulatie Deel van de in de huisartspraktijk ingeschreven 'patiënten': mannen en vrouwen van 36-55 jaar (1982). Zij kwamen in aanmerking voor het preventieve onderzoek.

I Inleiding

De geschiedenis van het RIFOH-project

Sedert 1973 wordt er op drie consultatiebureau's voor tuberculosebestrijding aandacht geschonken aan preventie van hart- en vaatziekten. In 1976 is het zogenoemde consultatiebureau-project Hartziekten uitgebreid tot zes bureau's voor tuberculosebestrijding. De einddatum van dit project: december 1980.

In 1979 is door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een werkgroep ingesteld inzake de ontwikkeling van een extramurale gezondheidszorgstructuur ten behoeve van de preventie van hart- en vaatziekten.

Voorzitter van deze werkgroep, die in totaal uit 14 leden bestond was dr. F.A. Vorst. Op basis van de voorstellen uit de interimnota¹ (1980) van deze werkgroep werd besloten het consultatiebureau-project Hartziekten op zes bureau's een vervolg te geven in de vorm van een screeningsonderzoek van alle 35-jarige mannen in de verzorgingsgebieden van de zes bureau's. Op initiatief van de enige huisarts in de werkgroep was er ook een minderheidsstandpunt in de interimnota opgenomen: ook de eerstelijnsgezondheidszorg zou volgens dit standpunt een rol moeten krijgen bij de preventie van hart- en vaatziekten.

Dit minderheidsstandpunt was voor de werkgroep aanleiding in de definitieve nota van november 1980² het voorstel te doen preventie van hart- en vaatziekten aan te gaan pakken volgens een twee-sporen model.

1. De zes consultatiebureau's die ervaring hebben opgedaan met de bestrijding van hart- en vaatziekten voeren een screenings- en interventieprogramma uit op risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij 35-jarige mannen.
2. Huisartspraktijken rondom deze zes consultatiebureau's doen met technische- en administratieve ondersteuning van die consultatiebureau's een opsporings- en interventie-onderzoek bij mannen en vrouwen uit hun praktijk van 36-55 jaar.

Op het eindrapport van de werkgroep Vorst kwam al snel reactie vanuit de huisartsen-wereld. De hoofdredacteur van Medisch Contact schreef in zijn redactioneel commentaar:

"Het zou onvergeeflijk zijn als de huisartsen deze kans niet met beide handen aanpakken"³.

Ook werd kritiek geleverd op de totstandkoming van het advies. De brede taakstelling zou in schrill contrast staan met de eenzijdige samenstelling van de werkgroep en de inhoud van het rapport. Ook het nalaten van overleg met andere op dat moment actieve adviescommissies van de Gezondheidsraad op het gebied van hart- en vaatziekten werd deze werkgroep verweten.

Geschiedenis Evaluatie onderzoek

In het voorjaar van 1981 zegt een initiatiefgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) namens de andere huisartsenorganisaties in een brief aan de staatssecretaris het Ministerie haar steun toe bij de daadwerkelijke uitvoering van het eerstelijns-deel van het 2 sporige gezondheidszorg-project (Rifoh-project). Vanaf medio '81 voert de binnen het N.H.G. opgerichte "Vatenclub" overleg met het Ministerie. Een belangrijk punt van overleg is de voorwaarde die de Vatenclub aan haar medewerking stelt. De Vatenclub is van mening dat een veel uitgebreidere evaluatie dan die welke is opgenomen binnen het raam van het gezondheidszorgproject, moet plaatsvinden. Vooral in het licht van de totstandkoming van de opzet van het project wil zij hiervoor een onafhankelijke instantie. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt bereid gevonden de evaluatiestudie uit te voeren.

De Vatenclub beraadt zich over de exacte onderzoeksvragen, en bereidt een subsidie-aanvraag voor die in de loop van 1982 door het Praeventiefonds wordt gehonoreerd. Intussen is zij ook druk bezig met de voorbereidingen voor de start van het project en de werving van huisartsen voor deelname aan het project.

In juni 1982 gaat de evaluatiestudie, gelijktijdig met het RIFOH-huisartsenproject van start. Doelstelling van de studie is het verzamelen van gegevens die voor het Nederlands Huisartsen Genootschap van belang zijn om een beleid gericht op het stimuleren van de preventie van hart- en vaatziekten, te onderbouwen. De evaluatie zal zich met name gaan richten op de uitvoerbaarheid van het RIFOH-project in de verschillende praktijken -waarbij de rol van de ondersteunende instantie in het bijzonder aandacht krijgt- en de resultaten van de interventie op het niveau van de risicofactoren op langere termijn dan de in het Rifoh-project aangehouden 4 maanden. In het volgende hoofdstuk worden de vraagstellingen exact geformuleerd en nader uitgewerkt.

II Vraagstellingen

1. In hoeverre leidt de invoering van een nader te omschrijven pakket van maatregelen in de huisartspraktijk tot het onder controle brengen en houden van patiënten met verhoogde risico's voor hart- en vaatziekten?
2. Welke nader te omschrijven factoren bevorderen danwel belemmeren het bereiken van het beoogde doel?
3. In hoeverre leidt de invoering van dit pakket van preventieve maatregelen ook daadwerkelijk tot een terugdringing van het niveau van de risicofactoren en welke onder 2 genoemde factoren zijn hierop van invloed?

Omschrijving "Pakket van maatregelen" = RIFOH-huisartsenproject

Dit pakket van maatregelen omvat:

- a. Richtlijnen voor opsporingsonderzoek van risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij een bepaald deel van de praktijkpopulatie.
- b. Richtlijnen voor advisering en heronderzoek na vier maanden van hoogrisicodragers.
- c. Richtlijnen voor samenwerking met het consultatiebureau ten behoeve van bovenstaande activiteiten.

Deze richtlijnen zijn vastgelegd in het RIFOH-huisartsenprotocol. Zie hiervoor bijlage 1.

Voor de uitvoering van dit pakket van maatregelen ontvangen de huisartsen f 42,= per onderzochte persoon.

Nadere uitwerking van de vraagstellingen

Bij vraagstelling 1:

- 1.1. Welk deel van de doelpopulatie kan in twee jaar onderzocht worden op de aanwezigheid van een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten?
- 1.2. Hoe is de samenstelling van de deelnemers naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, de wijze van totstandkoming van deelname en waarom?
- 1.3. Welk percentage van de doelpopulatie dat wordt uitgenodigd weigert deelname en waarom?
- 1.4. Welk percentage van de deelnemers komt in aanmerking voor geregelde controle danwel behandeling?

- 1.5. Op welke manier krijgt deze controle/behandeling vorm en hoe is het verloop ervan over langere tijd?
- 1.6. In hoeverre is er na één jaar verschil in behandelingsstatus tussen mannen, gescreend op het consultatiebureau en mannen onderzocht in de huisartspraktijk, die een te hoge bloeddruk hebben bij het basisonderzoek?

Bij vraagstelling 2:

- 2.1. Hoe verloopt de samenwerking tussen het consultatiebureau en de huisartspraktijk? Hierbij moet gedacht worden aan:
 - cursus en hulp bij opstarten programma
 - begeleiding en ondersteuning tijdens programma
 - data en materiaalflow

- 2.2. Welke factoren zijn van invloed op de uitvoerbaarheid van het project in de verschillende praktijken? Hierbij moet gedacht worden aan:

huisarts - workload tijdens voorbereiding

opsporing en interventie

follow-up

- instelling ten aanzien van preventie
- ervaringen bij uitvoering van project

assistente - workload tijdens voorbereiding

opsporing en interventie

follow-up

- vaardigheden/kennis
- ervaringen bij uitvoering van project

praktijkorganisatie - samenwerking huisarts en assistente

- praktijksituatie

- financiële aspecten

patiënt - belangstelling voor dergelijk onderzoek

- ervaringen naar aanleiding van onderzoek en de daaruit volgende consequenties

- 2.3. Welke zijn de ervaringen van de in de huisartspraktijk en op het consultatiebureau onderzochte personen met betrekking tot het onderzoek en advies:

- belang

- wijze van presentatie

- inpasbaarheid regime in dagelijks leven
- rol van partner en omgeving
- angst?

Bij vraagstelling 3:

- 3.1. Hoe is het niveau van de verschillende risicofactoren bij heronderzoek na vier maanden ten opzichte van het niveau bij basisonderzoek?
- 3.2. Hoe zijn de interventieresultaten van mannen in de huisartspraktijk ten opzichte van deze resultaten bij 35-jarige mannen op het consultatiebureau?
- 3.3. Hoe is het niveau van de risicofactoren bij heronderzoek na één jaar ten opzichte van dat bij basisonderzoek en dat bij vier maanden?
- 3.4. Zijn er beïnvloedende factoren te detecteren die van betekenis zijn voor eventuele verschillen in bereikte resultaten tussen praktijken onderling en tussen geheel van praktijken enerzijds en consultatiebureau's anderzijds?

III Methode

Teneinde antwoord te kunnen geven op de vraagstellingen is een empirisch onderzoek opgezet, dat zich richt op het begeleiden en bestuderen van een serie handelingen die door anderen bewust ondernomen worden om een bepaald doel te bereiken en op het evalueren van deze handelingen naar hun effecten⁴. De onderzoeker bevindt zich hierbij in het werkveld en beïnvloedt zijn/haar eigen resultaten.

Het onderzoek is overwegend beschrijvend van karakter, met explorerende elementen.

De onderzoekseenheden zijn de voor het project in aanmerking komende "patiënt" en de huisartspraktijk (huisarts, assistente en praktijkorganisatie). De analysemethode zal voornamelijk resulteren in frequentieverdelingen en kruistabellen. Waar mogelijk zullen op bepaalde onderdelen meer geavanceerde technieken zoals regressie-, factor- en variantie analyse worden toegepast. Uitspraken zullen hoofdzakelijk worden gedaan op praktijkniveau.

Tabel III-1 Overzicht onderzoeksmethoden naar vraagstelling

Vraagstelling	Onderzoekseenheid	Analyse-eenheid	Analyse-methode
1	'Patiënt' Ha. praktijk - huisarts - assistente - praktijk-organisatie	'Patiënt' Ha.-praktijk	Frequentieverdeling Kruistabellen evt. Regressie- Variantie- Factor-analyse
2	Idem	Praktijk	Idem
3	'Patiënt'	'Patiënt' Praktijk	Idem

Zoals ook al in het slot van de inleiding naar voren kwam, valt het onderzoek in feite uiteen in twee delen. Een deel dat zich richt op de uitvoerbaarheid van het project in de verschillende praktijken met bestudering van bevorderende en belemmerende factoren (globaal vraagstelling 1 en 2) en een deel dat de interventieresultaten tot onderwerp heeft (vraagstelling 3 en deels 1 en 2).

De start van de evaluatiestudie viel samen met de start van het Rifoh-huisartsenproject. Voor de verzameling van de gegevens is gebruik gemaakt van zeer uiteenlopende onderzoeksinstrumenten. Een overzicht hiervan toont tabel III-2.

Onderzoeksinstrumenten

Voor de bestudering van de uitvoerbaarheid van het preventieve programma is gebruik gemaakt van vragenlijsten die op vier tijdstippen aan de deelnemende huisartsen en assistentes zijn voorgelegd. De vragenlijsten zijn speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld. Hierbij is gebruik gemaakt van de ervaring die hiermee was opgedaan in de N.I.P/Behava-studie⁵ (zie Bijlage 2).

De eerste vragenlijst, die werd uitgereikt aan het begin van de voorbereidingscursus van het C.B., had als voornaamste doel een beeld te krijgen van de deelnemers -inclusief hun mening over preventie- en de bestaande praktijkorganisatie. De tweede vragenlijst, die zij ontvingen na de cursus, had als onderwerp de evaluatie van de cursus en de gang van zaken rondom voorbereidingen in de praktijk. De derde vragenlijst -uitgereikt na ± 6 maanden project in de praktijk- was gedeeltelijk een aanvulling op de vorige, maar was daarnaast gericht op het verloop van de start van het project in de praktijk, met als belangrijk facet de rol van het consultatiebureau als ondersteunende instantie. De laatste vragenlijst kregen de huisartsen en assistentes ruim 1,5 jaar na de start van de preventieve onderzoeken in de praktijk. Hierin kwam het verdere verloop van het project aan de orde, de knelpunten, de rol van het consultatiebureau en de ervaringen van de betrokkenen met het programma.

Teneinde een goed inzicht te krijgen in de wijze waarop het preventieve project in de verschillende praktijken werd uitge-

Tabel III-2 Overzicht onderzoeksinstrumenten

Uitvoerbaarheid van het project in de praktijken

<u>instrument</u>	<u>object</u>	<u>beoogde informatie</u>
Vragenlijst 1, 2, 3, 4	huisarts assistente	<ul style="list-style-type: none"> * kenmerken praktijken en deelnemers 1 * cursusevaluatie 2, 3 * voorbereidingen in de praktijken 2, 3 * verloop van start project 3 * rol ondersteunende basisgezondheidszorg 2, 3, 4 * verloop van project tot 2 jaar na start 4 * ervaringen 3, 4
Logboek	assistente	<ul style="list-style-type: none"> * registratie werkzaamheden * tijdschrijven * contact met huisarts en basisgezondheidsdienst * knelpuntsignalering * voldoening
Alfabetische lijst doelgroep		<ul style="list-style-type: none"> * deelname/niet-deelname * reden niet-deelname * initiatief tot deelname project
Vragenlijst A, B	hoogrisicodragers - huisartspraktijk - consultatiebureau	<ul style="list-style-type: none"> * ervaringen met project * evaluatie rol van assistente * evaluatie betrokkenheid achterban
Observaties	huisartspraktijk consultatiebureau gezamenlijke bijeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> * bestudering situatie * signalering knelpunten en oplossingen * communicatie
<u>Interventieresultaten bij hoogrisicodragers</u>		
Registratie heronderzoek na 1 jaar	hoogrisicodragers	<ul style="list-style-type: none"> * niveau risicofactoren * advies evaluatie
Patiëntenkaart	hypertensiepatiënten	<ul style="list-style-type: none"> * mate van contrôle * bloeddrukniveau * medicatiegebruik
Vragenlijst	hypertensiepatiënten - huisartspraktijk - consultatiebureau	<ul style="list-style-type: none"> * advies evaluatie * begeleiding ja/nee * continuïteit begeleiding * aard begeleiding

voerd is gebruik gemaakt van een logboek, in te vullen door de assistente telkens als zij werkzaamheden verrichtte in het kader van het project. Gegevens werden verzameld over de aanpak van de werkzaamheden, de tijdsbesteding, de contacten met huisarts en medewerkers van het consultatiebureau, opgetreden moeilijkheden en de voldoening zoals die wordt ervaren door de assistente bij de uitvoering van het werk. Invulling vond plaats op een grotendeels voorgedrukt formulier volgens vaste richtlijnen (zie Bijlage 3). De gegevens die op deze manier verzameld werden veranderden in de loop van de 3 jaar. Aanvankelijk waren deze zeer gedetailleerd, vanaf het moment dat bepaalde vragen reeds voldoende belicht waren, werden deze meer globaal. Gegevens omtrent de wijze van uitnodigen van potentiële deelnemers, het vóórkomen van spontane aanmelding voor het onderzoek, niet-deelname en reden daarvan, dit alles in relatie tot patiëntkenmerken, werden verzameld met behulp van de alfabetische lijst van de doelgroep. Deze lijst is aan het begin van het project door de praktijken vervaardigd, de invulling van de gegevens werd gedurende de eerste 2 jaar van het project verricht volgens vaste richtlijnen (zie bijlage 4).

Ervaringen van patiënten in relatie tot de uitvoerbaarheid werden geïnventariseerd met behulp van een vragenlijst die aan een willekeurig deel der hoogrisicodragers is voorgelegd. Deze ervaringen werden vergeleken met die van 35-jarige mannen die op het consultatiebureau in het kader van het Rifoh-project zijn onderzocht (zie bijlage 5).

Tijdens bijeenkomsten en praktijkbezoeken zijn door de onderzoeker aanvullende gegevens verzameld. Het signaleren van problemen was daarbij een belangrijk item. Bij de praktijkbezoeken -ongeveer twee maal per jaar- geschiedde dit veelal aan de hand van een vooraf gemaakte checklist. Voor deze manier van gegevensverzameling is gekozen voor de term: observatie.

Voor de bestudering van de resultaten van de interventie op het niveau van de risicofactoren is wederom gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksinstrumenten. Gegevens over de hoogte van de risicofactoren -inclusief risicogroepindeling- bij basis- en heronderzoek werden verzameld op de voor het project ontworpen registratieformulieren. De gegevens van de patiëntenonderzoeken werden door de uitvoerende assistente gecodeerd, door de

medewerkers van het consultatiebureau gecontroleerd, en daarna opgeslagen door IWIS-TNO in Den Haag. Een extra heronderzoek -1 jaar na het basisonderzoek- was ten behoeve van het evaluatie onderzoek geheel in deze procedure geïntegreerd (zie bijlage 6).

Teneinde inzicht te krijgen in de kwaliteit van de behandeling van hypertensiepatiënten na deelname aan het project werd in een deel der praktijken een patiëntenkaart-onderzoek gedaan. Met het doel de hypertensiebehandeling te optimaliseren werd aan het begin van het project de huisartspraktijk een speciale controlekaart en een follow-up schema aangeboden. Evaluatie van de behandeling vond plaats aan de hand van deze speciale controle kaart en/of de gewone patiëntenkaart (zie bijlage 7 en 8). Om te achterhalen in hoeverre er verschil is in de begeleiding van hypertensiepatiënten, die op het consultatiebureau danwel in de huisartspraktijk in het kader van het RIFOH-project zijn onderzocht, hebben beide groepen -één jaar na basisonderzoek- een vragenlijst toegestuurd gekregen (zie bijlage 9).

De betrouwbaarheid van de verschillende onderzoeksinstrumenten loopt sterk uiteen. Het aantal praktijken en de geografische spreiding beperken de mogelijkheden van het ter plaatse verzamelen van gedetailleerde informatie. Voor zelfregistratie in praktijken (bv. in logboek) is daarom, ondanks de bezwaren die eraan verbonden zijn, bewust gekozen.

De verzameling van gegevens voor het evaluatie-onderzoek betekende voor de praktijken nog eens een extra belasting bovenop die van het omvangrijke preventieve project. Bij het kiezen van de onderzoeksinstrumenten is dit steeds een belangrijke overweging geweest. De bereidwilligheid tot medewerking was een eerste vereiste voor het welslagen van het onderzoek.

Voor het experimentele gezondheidszorg-project werd besloten tot het inlassen van een pilot-study. Het in de tijd naar voren halen van de start in twee praktijken bood ook aan de onderzoekers van de evaluatiestudie de mogelijkheid enkele onderzoeksinstrumenten te toetsen op toepasbaarheid en bruikbaarheid. Hoewel erg kort, werd van deze periode dankbaar gebruik gemaakt.

Het gezondheidszorgproject heeft een maximale duur van drie

jaar. Teneinde over gegevens uit de evaluatie-studie te beschikken vóór de start van een eventueel vervolproject is voor een aantal onderdelen van de evaluatie gekozen voor een kortere observatieperiode, veelal twee jaar.

De evaluatiestudie is de bestudering van het proces van invoering en voortgang van het RIFOH-project in een twintig-tal huisartspraktijken. Teneinde alle facetten van de elkaar opvolgende fasen zo goed mogelijk te kunnen belichten is gekozen voor rapportage van het geheel in chronologische volgorde.

IV Uitgangspositie

Volgens de voorstellen uit het rapport Vorst werden 24 huisartspraktijken in staat gesteld het preventieve programma uit te voeren. De volgende voorwaarden waren hiervoor opgesteld:

- de doelgroep omvat de leeftijdsgroep 36-55 jaar binnen de betreffende huisartspraktijk
- de opsporing geschiedt stelselmatig, d.w.z. volgens een nader te omschrijven werkwijze
- de inhoud van het opsporingsonderzoek, de risico-scoring en de gegevens-verwerking zijn gelijk aan die van het C.B.-programma en men maakt gebruik van hetzelfde voorlichtingsmateriaal
- jaarlijks vindt rapportage plaats op nader aan te geven wijze
- de huisarts neemt de zorg respectievelijk follow-up van de als risicodragers geïdentificeerde personen voor zijn verantwoordelijkheid zonder extra financiële vergoeding
- elke medewerker (huisarts, doktersassistente) volgt een door het C.B. te organiseren voorbereidingsprogramma (cursus)
- het opsporingsprogramma dient in 2 of 3 jaar te worden uitgevoerd.

Binnen het kader van bovengenoemde voorwaarden bleven er ook een aantal keuzemogelijkheden aanwezig. Men nam aan dat het voor de huisarts aantrekkelijk zou zijn om mee te werken als hij de uitwerking van het programma kon afstemmen op zijn werksituatie.

- De intensiteit van opsporing.

Een huisartspraktijk met een praktijkgrootte van 2600 personen zal, uitgaande van de landelijke leeftijdsopbouw, ongeveer 570 personen in de leeftijdsgroep 36-55 jaar omvatten; uitgaande van 75% deelname betekent dit, dat de screening zich zal uitstrekken tot ongeveer 420 personen; men kan de betreffende huisarts dan de keuze laten tussen uitvoering van het screeningsprogramma in 2 of 3 jaar.

- De keuze van de uitvoerende medewerker(s).

Het opsporings- en interventieprogramma kan na enige voorbereiding en met enige supervisie goed uitgevoerd worden door de doktersassistente.

Afhankelijk van de bestaande situatie kan in dit verband voor wat betreft het onderdeel "advisering" ook aan de wijkverpleegkundige gedacht worden.

- De methodiek

Uitgaande van de gedachte dat men het oproepen van personen wil vermijden, zal men gebruik kunnen en willen maken van de bestaande spreekuur-contacten; tijdens die spreekuurcontacten kan met de in aanmerking komende personen naar keuze een afspraak gemaakt worden.

Over de vormgeving van de ondersteuning vanuit de consultatiebureau's aan de huisartspraktijken is in het rapport Vorst weinig concreets te vinden. Er wordt gesproken over een voorbereidingsprogramma met scholing van huisarts en assistente, de verdere ondersteuning is van technisch-administratieve aard; men acht de huisartspraktijk in het algemeen wat betreft outillage en administratieve ondersteuning onvoldoende uitgerust voor de bedoelde preventieve werkzaamheden.

Over de begeleiding van het 2-sporige gezondheidszorgproject op superregionaal niveau heeft men zich in de voorbereiding bezonnen:

" Een noodzakelijke vereiste voor het welslagen van de in dit hoofdstuk genoemde programma's is een continue procesevaluatie, verricht door een centrale instantie die verantwoordelijk is voor de coördinatie, de kwaliteitsbewaking en de analyse op landelijk niveau. De genoemde instantie zal naar de kant van de overheid als beheersinstrument kunnen fungeren, terwijl naar de kant van de uitvoerenden van de programma's service in de vorm van evaluatieve begeleiding kan worden geboden.

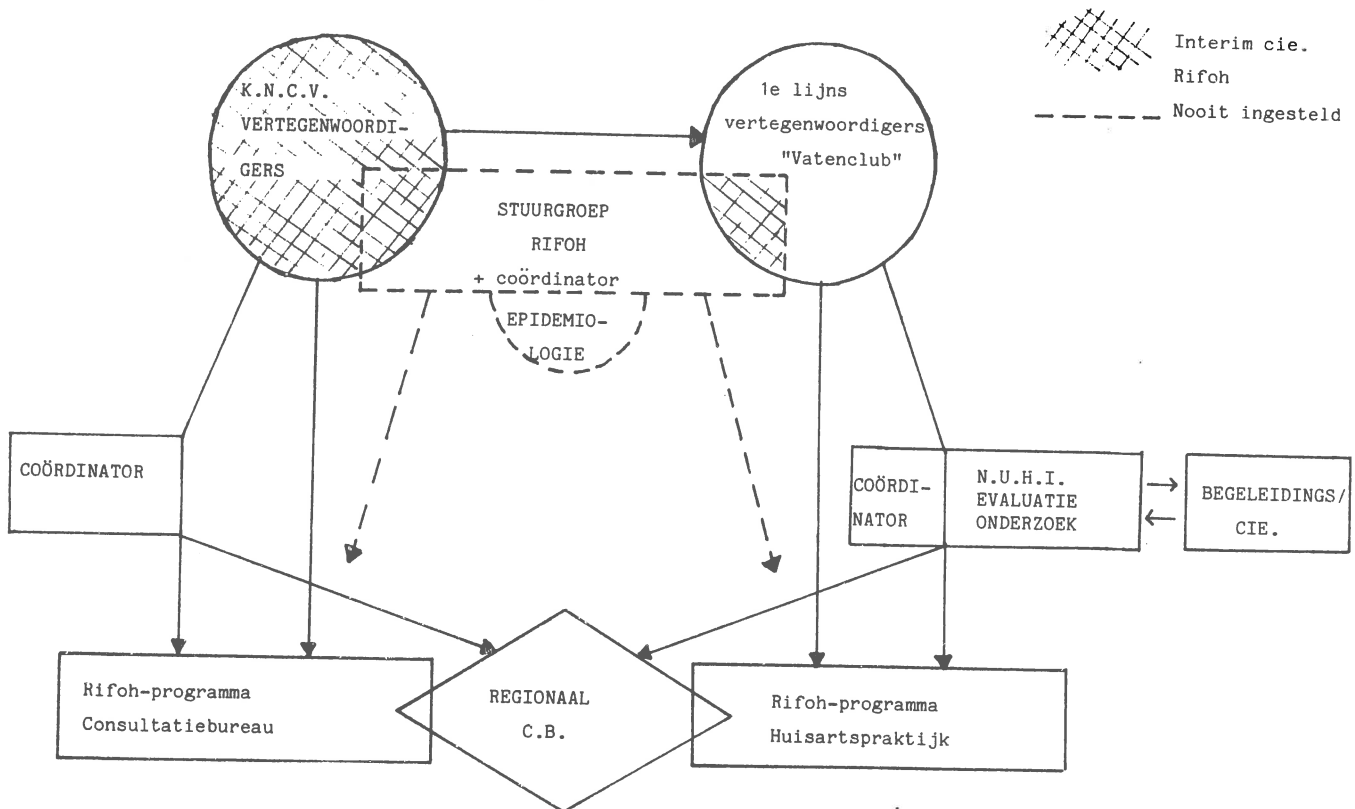
Een dergelijke overkoepelende instantie dient te beschikken over hoogwaardige epidemiologische kennis.

Gezien de ontwikkeling van het C.B.-project en de aldaar gecumuleerde ervaring, ligt het voor de hand de in 's-Gravenhage gevestigde KNVC (Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose) en de daaraan verbonden van TNO afkomstige expertise te verzoeken deze landelijke taak voorlopig op zich te nemen, in overleg met een nader te kiezen centrum voor informatie".

De voorlopige verantwoordelijke commissie werd tot Interimcief-RIFOH omgedoopt. Vóór 1 januari 1982 was de installatie van de definitieve stuurgroep gepland. Ondanks continu aandringen van vooral de zijde van de "Vatenclub" is het nooit gekomen tot de

instelling door WVC van een definitieve stuurgroep. Herhaald uitstel werd uiteindelijk afstel. De Interimcie. bleef voortbestaan, zij het dat deze door de zeer afwachtende houding die werd aangenomen op een laag pitje functioneerde. Zij vergaderden slechts 1 maal per jaar. In de beginfase kwam het nog wel tot de instelling van een coördinator voor het RIFOH-project, die het in haar parttime functie zonder adequate ondersteuning niet eenvoudig had. De Vatenclub die zich aanvankelijk alleen een functie had gesteld bij de voorbereiding van het huisartsengedeelte van het RIFOH-project bleef na de start van het project noodgedwongen actief. De vergaderfrequentie liep terug van 12 naar zo'n 8 vergaderingen per jaar. De taakverzwaring door de afwezigheid van een actieve stuurgroep induceerde de behoefte aan een coördinator voor de contacten met de deelnemende praktijken. Deze functie werd in 1983 toebedeeld aan de huisarts-onderzoeker van de evaluatie-studie.

ORGANISATIE-SCHEMA



De start van het RIFOH-huisartsenproject kwam in 1982 om financiële redenen in een stroomversnelling. Twee huisartspraktijken in de regio Tilburg verleenden medewerking aan een pilot-study nog vóór de zomervacantie en de landelijke introductiebijeenkomst die voor alle deelnemende praktijken door de Vatenclub was georganiseerd, met de voorbereidingscursus op het consultatie-bureau. Na de zomer werd de overige consultatie-bureau's opgedragen op korte termijn de cursus op te starten. Hun voorbereiding op de nieuwe taak liet te wensen over. Persoonlijke inzet van twee mensen voorkwam stagnatie in deze periode. In Rotterdam waar de GGD het 35-jarigen programma van het RIFOH afwees kwam het project pas later op gang. Veel eigen initiatief van de coördinator van het RIFOH was nodig voor de voorbereiding van de ondersteuning van de GGD aan de huisartsen in deze regio.

V Deelnemende praktijken

Werving van huisartspraktijken voor deelname aan het project is verricht met behulp van een advertentie in het blad "Gezondheidszorg". De hoofdredacteur van Medisch Contact had inmiddels aandacht geschonken aan het Rapport Vorst, dat aan de basis ligt van het RIFOH-project. De belangstelling voor deelname was ruim voldoende, per regio waren er echter grote verschillen. In twee regio's werd om die reden ook de arts van het consultatiebureau bij de werving om medewerking gevraagd. Zich aanmeldende praktijken ontvingen een informatiefolder en een inschrijfformulier (zie bijlage 10).

Selectie van vier huisartspraktijken rondom elke ondersteunende dienst vond plaats op basis van de gegevens van de inschrijfformulieren. Deze omvatten praktijkgrootte, afstand tot een van de ondersteunende diensten, mogelijkheid van de assistente om patiënten in een aparte ruimte te ontvangen gedurende ± twee uur per week, en de aanwezigheid van een patiëntenregistratiesysteem.

Tussen selectie van praktijken en de start van de voorbereidingscursus trad er nog een vijftal mutaties op in de deelnemersgroep. Onverwachte veranderingen, die optraden in de praktijk, waren hiervan nogal eens oorzaak, zoals ziekte, benoeming van de huisarts elders of zwangerschap van de assistente. In hoeverre de extra informatie opgedaan op de introductiebijeenkomst in Utrecht hierop invloed had, is niet te achterhalen. Twee laat gerecruteerde praktijken besloten na de inleidende bijeenkomst van de voorbereidingscursus op basis van de daar gekregen informatie dat er in hun praktijk geen mogelijkheid was het project uit te voeren. In de ene praktijk bleek de praktijkassistente een stagiaire te zijn, die elk half jaar wisselde, in de andere praktijk kon de enige fulltime assistente niet gemist worden voor het volgen van de cursus (dubbelpraktijk). Voor deze twee afhakende praktijken kwam geen vervanging meer. Gestart werd derhalve met tweeëntwintig praktijken.

Negenentwintig van de zevenendertig artsen die werkzaam zijn in de tweeëntwintig praktijken zijn nauw bij het project betrokken. Evenals de zevenentwintig assistentes die belast werden

met de uitvoering van het preventieve programma vulden zij de eerste vragenlijst in en verstrekten onderstaande gegevens. Alle praktijkvormen zijn onder de deelnemende praktijken vertegenwoordigd. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen is 41 jaar en zij hebben de zorg voor gemiddeld ruim 2700 patiënten. Gemiddeld hebben zij de steun van een doktersassistente voor 4 dagen per week (tabel V-I).

Tabel V-1 Karakteristieken van de 22 deelnemende huisartspraktijken

	Aantal
* Solo-praktijk	10
Duo-praktijk	10
Gezondheidscentrum	2
* Apotheekhoudend	6
* Stad	8
Verstedelijkt platteland	9
Platteland	5
* Leeftijd huisartsen 30 - 39	15
40 - 49	7
50 - 59 jr.	7
N= 29, gemiddeld 41 jaar.	
* Aantal patiënten, per arts < 2600	12
2600 - 3000	9
> 3000	8
N= 29, gemiddeld 2713	
* Gemiddeld per 2600 patiënten, één assistente voor 4 dagen per week (exclusief apotheek)	

Vergelijking van de deelnemende huisartsen met landelijke cijfers van het Nederlands Huisartsen Instituut leert dat de RIFOH-huisartsen iets jonger zijn, uitsluitend man zijn, gemiddeld meer patiënten in de praktijk hebben, vaker met z'n tweeën werken, en vaker arts-assistenten opleiden.

Tabel V-2 Kenmerken deelnemende huisartsen en praktijken, in vergelijking met landelijke cijfers.*

	RIFOH-praktijken	NHI-cijfers
HUISARTS		
- Gemiddelde leeftijd	41 jr.	43 jr.
- Geslacht man	100%	94,8%
vrouw	0%	5,2%
- Gemiddeld aantal patiënten	2713	2596
- Wijze van praktijkuitoefening		
* solo	34%	58%
* duo	59%	31%
* gezondheidscentrum	7%	11%
- Opleider	24%	max. 10%
PRAKTIJK		
- Apotheekhoudend	27%	23%
- Hoeveelheid aanwezige assistentie per 2600 patiënten	0,8 pos.	onbekend

* NHI: de opbouw van de beroepsgroep huisartsen per januari 1982⁶

In de tweeëntwintig praktijken werden zevenentwintig personen aangemeld voor het volgen van de cursus op de ondersteunende basisgezondheidsdiensten ter voorbereiding op de praktische uitvoering van de preventieve onderzoeken. De groep bestond uit zeventien praktijkassistentes en tien echtgenotes van huisartsen (in 5 praktijken combinaties). Enkele gegevens zijn samengevat in tabel V-3. De echtgenotes zijn gemiddeld ruim tien jaar ouder, hebben -als ze ervaring hebben als doktersassistente- deze gemiddeld vijf jaar langer. Zij volgden een hogere vooropleiding, maar slechts de helft van hen is medisch geschoold.

Tabel V-3 Kenmerken deelnemende assistentes, gesplitst naar praktijkassistentes en echtgenotes van huisartsen

	Praktijkassistentes N= 17	Echtgenotes N= 10
Gemiddelde leeftijd	23 jr.	35 jr.
Gemiddeld aantal jaren ervaring als doktersassistente	3 jr.	8 jr. (N= 6)
Vooropleiding		
* mavo	77%	10%
* havo/vwo	12%	80%
* anders	12%	10%
Medische vooropleiding		
* verpleegkundige	-	-
* doktersassistente	88%	40%
* anders	12%	10% (N=5)

Waarom deelname?

Met behulp van de eerste vragenlijst is getracht zicht te krijgen op de beweegredenen van de huisartsen om aan het project deel te nemen. In een open vraag zegt bijna drie kwart van de respondenten het preventieve karakter van het onderzoek belangrijk te vinden. De huisartsen voeren aan dat zij zich reeds toeleggen op anticiperende geneeskunde en dat zij (nu eens) niet "achter de feiten aan willen lopen", echter tevens dat men beseft dat de huisarts in de toekomst een belangrijke rol zal (moeten) gaan spelen met betrekking tot preventie. Ruim een kwart van de huisartsen heeft speciale belangstelling voor hart- en vaatziekten. Eveneens ruim een kwart geeft aan het goed/leuk te vinden eens iets anders te doen naast het normale praktijkwerk. Ook het argument dat de assistente het leuk vindt en/of tijd ervoor heeft wordt door een vijfde deel der huisartsen genoemd. Vier huisartsen vermelden dat het financiële aspect -f 42,= vergoeding per onderzochte patiënt- een niet onbelangrijke drijfveer om deel te nemen is geweest.

Nadelen

Nadelen van een preventief programma zoals het RIFOH-project worden desgevraagd door bijna alle huisartsen genoemd. Ruim de helft vreest de ermee samenhangende medicalisering en erdoor geïnduceerde ongerustheid. Eenvijfde deel noemt expliciet het

probleem van het binnenbrengen van gezonde mensen in het medisch kanaal. Bijna een kwart van de huisartsen heeft moeite met de omvang van de te leveren inspanning en de onzekerheid over de te verwachten resultaten.

Meningen over preventie, praktijkvoering

Tachtig procent van de huisartsen beaamt dat preventie van hart- en vaatziekten een taak is van de huisarts. Advisering aangaande voeding en rookgewoonten rekent ruim twee derde van de huisartsen tot zijn taak. Een derde ziet hierin een taak voor de assistente.

Met het bewaken van risicogroepen (surveillance) hebben de huisartsen weinig ervaring. Slechts in één praktijk is sprake van contrôle op niet nagekomen afspraken voor de groep hypertensiepatiënten.

Het aan de patiënt overlaten van het laten noteren van een nieuwe contrôle-afpraak maakt dit in de overige praktijken onmogelijk. Desgevraagd vinden bijna alle huisartsen dat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor het nakomen van controles. Twee derde van de huisartsen ziet goede mogelijkheden voor de inschakeling van de assistente bij de begeleiding van bepaalde groepen (risico)patiënten. Tot dan toe blijkt het echter maar op zeer kleine schaal daadwerkelijk in de praktijken plaats te vinden.

VI Deelnemende basisgezondheidsdiensten

De ondersteuning van de tweeëntwintig huisartspraktijken wordt verzorgd vanuit 6 diensten die deel uitmaken van de basisgezondheidszorg. Bij de start van het RIFOH-programma waren dit vijf zelfstandige consultatiebureau's voor Tuberculosebestrijding -Amsterdam, Doetinchem, Maastricht, Oegstgeest, Tilburg en de G.G.D. in Rotterdam. Deze laatste dienst onderscheidt zich niet alleen door het feit dat de Tuberculosebestrijding reeds geïntegreerd was met de overige basisgezondheidszorgvoorzieningen, maar ook door het feit dat de G.G.D.-Rotterdam het 35-jarigen programma van het RIFOH-project niet in de dienstverlening heeft opgenomen.

In de loop van de duur van het RIFOH-project zijn er nogal wat wijzigingen geweest in de organisatievorm van de consultatiebureau's. In twee steden werden de diensten geïntegreerd met de stedelijke- of districtsgezondheidsdienst. In Tilburg is het consultatiebureau wel gelokaliseerd binnen de gebouwen van de gezondheidsdienst, maar functioneert nog zelfstandig.

De consultatiebureau's hebben de ondersteunende taak toegewezen gekregen. Over ervaring op dit gebied beschikten ze in 1981 niet. Op het moment van de start van het experiment lagen er voor veel bureau's ingrijpende veranderingen in het verschiet, zoals hierboven vermeld. De hoofden van de bureau's hebben afhankelijk van hun betrokkenheid met het CB-hart-project in het verleden een uiteenlopende binding met het hart/vaat-gebeuren op hun bureau. Het uitvoerende werk van het hart-vaatziekten bestrijdingsprogramma op de bureau's berust bij een team dat bestaat uit een (of meer) administratieve, een (of meer) medisch-technische medewerkers en een verpleegkundige.

De situatie in Rotterdam is in dit kader een aparte vermelding waard. Door afwijzing van het RIFOH-programma voor 35-jarige mannen in het verleden is daar geen hart/vaatziekten bestrijdingsteam meer werkzaam. De GGD is echter wel bereid gevonden de ondersteunende taak voor de huisartspraktijken op zich te nemen. De feitelijke ondersteuning werd echter veel smaller dan op de vijf andere bureau's. Hierop wordt later nog nader ingegaan.

De ondersteunende diensten zijn divers van opzet en hebben in de tijd nogal wat veranderingen ondergaan. Het is in dit rapport soms onmogelijk ze onder één noemer te brengen. Meerdere termen zullen naast elkaar worden gebruikt. In de beginfase en bij concrete beschrijvingen zal vaker het woord consultatiebureau (voor TBC-bestrijding) gehanteerd worden. In de latere fase en in algemene zin zal de ondersteunende dienst vaker als basisgezondheidsdienst aangeduid worden.

VII Voorbereidingscursus

De cursus voor huisartsen en assistentes ter voorbereiding op de uitvoering van het preventieve programma werd verzorgd door de regionale RIFOH-teams van de consultatie-bureau's. Het cursusprogramma was ook opgesteld door vertegenwoordigers hiervan. De totale cursusduur bedroeg 35 uur voor assistentes en 10 uur voor huisartsen (Tabel VII-1). Nadrukkelijk was gekozen voor twee gemeenschappelijke bijeenkomsten voor huisartsen en assistentes met nadere informatie over het project en haar onderwerp. Het doel hiervan was de huisarts als eindverantwoordelijke kennis te laten nemen van de geplande werkwijze van de assistentes, alsook om de informatie over hart- en vaatziekten naar de toekomstige patiënten toe zo veel mogelijk eenduidig te houden. De rest van de cursus voor de assistentes bestond uit een blok theorie en praktijk betreffende risicofactoren, een blok voedingsleer en oefening in de eigen praktijk. Een introductie en slotmiddag voor alle deelnemers omljstten het geheel.

Tabel VII-1 Opbouw van de voorbereidingscursus op het consultatiebureau en tijdsinvestering door assistente en huisarts.

	Assistente	Huisarts
Introductie	2,5	2,5
Achtergronden hart- vaatziekten	2,5	2,5
Globale werkwijze project	2,5	2,5
Theorie risicofactoren	3,0	
Praktijk	9,5	
Voedingsleer	10,0	
Supervisie	2,5 (of meer)	
Slotbijeenkomst	2,5	2,5
Totaal	35 uur	10 uur

Het opgestelde cursusprogramma bleek bij evaluatie in de pilot-study (2 praktijken die 4 maanden eerder van start gingen) in grote lijnen goed te voldoen.

Op vijf consultatiebureau's startte in de loop van 1982 de cursus. De GGD-Rotterdam nam een uitzonderingspositie in die verderop wordt besproken. De voorbereiding van de verschillende consultatiebureau's op de ondersteunende taak in het RIFOH-

huisartsenproject was wisselend. De verantwoordelijke CB-artsen namen hierin een sleutelpositie in. Afhankelijk van hun interesse oriënteerden zij zich op hun onderwijstaak tijdens de pilot-study in Tilburg. De uitvoerende RIFOH-teams, bestaande uit een verpleegkundige, een medisch technische- en een administratieve kracht, ontvingen hun nieuwe taak veelal met enthousiasme. Onderlinge afstemming tussen de regio's van de cursusvorm/presentatie werd o.a. bewaakt door de coördinator van het RIFOH-project die als diëtiste ook in alle regio's het blok voedingsleer voor haar rekening nam.

In de regio Rotterdam bleek het opzetten van de cursus door de GGD een moeilijke zaak. Specifieke deskundigheid aangaande het project was er nauwelijks, en op korte termijn ook niet gemakkelijk realiseerbaar. Medisch-technisch onderwijs kon gegeven worden door een verpleegkundige van de GGD. Een enthousiaste huisarts en de diëtiste/coördinator verzorgden de rest van de cursus. Deze was met enkele halve dagen ingekort. Vanuit de sectoren Beheer en Epidemiologie van de GGD werd zo goed mogelijk ondersteuning verleend aan de activiteiten in het kader van het RIFOH-huisartsenproject.

Gegevens vragenlijsten

Negenentwintig huisartsen uit 22 praktijken, 18 assistentes uit 16 praktijken en 10 echtgenotes uit 9 praktijken volgden de cursus en ontvingen na afloop een vragenlijst (tweede). Alle lijsten op die van één huisarts na werden ingevuld terugontvangen.

Huisartsen:

Alle huisartsen zijn van mening dat het aangeboden voorbereidingsprogramma (ruim) voldoende is om met het RIFOH-project te starten. Over de henzelf aangeboden onderdelen oordeelden zij echter zeer wisselend, maar overwegend negatief. Alleen in Tilburg is men overwegend enthousiast. Vooral op de twee instructiemiddagen die de huisartsen samen hebben met de assistente is veel kritiek. Deze zouden veel compacter kunnen, tevens praktischer in de zin van meer toegespitst op datgene wat men in de praktijk gaat doen. De geboden achtergrondinformatie was óf voor de huisarts slaapverwekkend of juist weer te

moeilijk voor de assistente. In één regio werd onder druk van de deelnemers de stof van de tweede gezamenlijke middag in de eerste kort mee afgehandeld.

Verzuim van huisartsen kwam veelvuldig voor, met name in de regio Amsterdam en Maastricht, tot zelfs 2 van de 3 en 3 van de 4 huisartsen afwezig.

De waardering van de cursusmiddagen door de huisartsen uitgedrukt in cijfers varieerde van gemiddeld 6,9 in de regio Tilburg tot 4,2 in de regio Oegstgeest. In Amsterdam, Maastricht en Doetinchem schommelde deze rond de zes. In Rotterdam is dit niet geïnventariseerd.

Huisartsen in de regio Rotterdam uitten kritiek in de trant van: weinig structuur, onvoorbereidheid bij degenen die de cursus verzorgden, niet zakelijk genoeg.

Over de cursus als geheel, inclusief het deel voor de assistentes, merkten de huisartsen vaak het volgende op: zij vonden de docenten van de cursus nogal star, in die zin dat zij de door hen op het consultatiebureau gehanteerde werkwijze onvoorwaardelijk als voorbeeld stelden voor in de huisartspraktijken. De huisartsen waren van mening dat er veel te weinig inzicht was in de volledig andere (werk)omstandigheden in een huisartspraktijk. Het gemis aan inzichtgevende informatie vooraf werd vaak geuit, de informatie tijdens de cursus werd door zijn veelheid en verscheidenheid als onoverzichtelijk ervaren. Naast alle kritiek waren er ook lovende woorden over de cursus als geheel, met name over de complete voorbereiding van de assistente, zelfs als deze over weinig uitgangskennis en -vaardigheid beschikte.

Assistente

De assistentes waren zeer enthousiast over de cursus. Driekwart heeft deze altijd met plezier gevolgd, eenkwart soms wel, soms niet. Tweederde vindt de cursus boeiend/interessant, krap een derde aardig, een enkeling saai/vervelend. Ten aanzien van de moeilijkheidsgraad oordeelt: 70% goed te doen, 20% pittig, 10% (redelijk) gemakkelijk. Ruim de helft is te spreken over de duur van de cursus, eenkwart ziet hem graag nog langer, de rest korter.

Zes van de 17, later 18, deelnemende assistentes verzuimden één keer, twee waren 2 keer afwezig. De waardering in getal van de

assistentes voor de cursus is duidelijk verschillend voor het gezamenlijke deel van de huisartsen en het deel dat uitsluitend gericht was op de assistentes. Het assistente-deel kreeg een meer dan dikke voldoende (gemiddeld 7,7), terwijl het gemeenschappelijke deel slechts een gemiddelde van 6,4 scoorde (huisartsen 5,8). Wat dit laatste betreft waren de verschillen tussen de 5 regio's gelijkloidend met die bij de waardering door de huisartsen.

Tussen praktijkassistentes en echtgenotes van huisartsen bestaan weinig verschillen in waardering.

Een poging is gedaan het effect van de cursus te meten aan de hand van de inschatting van de deelnemende assistentes aangaande hun kennis en kunnen vóór en na de cursus. Voor praktijkassistentes en echtgenotes apart zijn de resultaten weergegeven in tabel VII-2. Vóór aanvang van de cursus oordelen de echtgenotes van de huisartsen positiever over hun eigen kennis dan assistentes dat doen, terwijl de assistentes op hun beurt zichzelf op 3 van de 4 items al wat meer vaardigheid toedichten. Na de cursus delen twee keer zoveel deelnemers zich in de categorie (zeer) goed, in totaal ruim 60%. Assistentes en echtgenotes lijken hetzelfde eindniveau te bereiken wat betreft de vaardigheden, uitgezonderd het bloedprikken, wat pas 4 echtgenotes naar hun gevoel goed onder de knie hebben gekregen. Over hun kennis betreffende hart/vaatziekten is slechts een minderheid echt tevreden, echtgenotes voelen zich safer op het gebied van de risicofactoren, assistentes zijn tevredener over hun kennis betreffende de voedingsleer.

Met slechts enkelen die zich wat betreft kennis en kunnen na de cursus indelen in de categorie matig/slecht, lijkt het erop dat de RIFOH-assistentes zich goed voorbereid voelen. Met zo'n 30% in de categorie redelijk is er ook wat te zeggen voor de stelling dat de cursus nog voor verbetering vatbaar is.

De deelnemers hebben daar duidelijke ideeën over. Eenderde van de praktijkassistentes zou graag (veel) meer tijd besteed zien aan:

- betekenis van de risicofactoren
- praktijk van het administreren
- voedingsadviezen
- onderzoek en advies bijwonen op consultatiebureau
- onderzoek en advies zelf doen onder supervisie op consultatiebureau

Tabel VII-2 Inschatting van eigen kennis en kunnen door de RIFOH-assistentes vóór en na de cursus (10 echtgenotes en 17 praktijkassistentes)

A KENNIS		zeer goed/ goed	redelijk	matig/ slecht
PRAKTIJKASSISTENTES				
Theoretische achtergronden hart- en vaatziekten	vóór	1	11	5
	na	7	10	-
Risicofactoren en riskante leefgewoonten	vóór	3	11	3
	na	10	6	1
Voedingsleer	vóór	1	10	6
	na	12	5	-
ECHTGENOTES				
Theoretische achtergronden hart- en vaatziekten	vóór	6	4	-
	na	4	5	1
Risicofactoren en riskante leefgewoonten	vóór	5	4	1
	na	8	2	-
Voedingsleer	vóór	-	7	3
	na	4	5	1
B KUNNEN				
PRAKTIJKASSISTENTES				
Bloed prikken	vóór	9	3	5
	na	12	4	1
Tensie meten	vóór	6	3	8
	na	15	1	1
Administreren m.b.v. computerformulieren	vóór	6	3	8
	na	11	6	-
Zelfstandig patiënten begeleiden	vóór	9	7	1
	na	13	4	-
ECHTGENOTES				
Bloed prikken	vóór	-	1	9
	na	4	4	2
Tensie meten	vóór	2	3	5
	na	8	2	-
Administreren m.b.v. computerformulieren	vóór	5	2	3
	na	7	3	-
Zelfstandig patiënten begeleiden	vóór	5	3	2
	na	8	2	-

en in mindere mate aan: uitleg werkwijze bij onderzoek, theorie lichamelijke activiteit, praktisch bloeddrukmeting, praktisch venapunctie + bloedverwerking en onderzoek en advies zelf doen in de huisartspraktijk.

Bijna driekwart van de echtgenotes zou graag (veel) meer tijd besteed zien aan:

- praktisch venapunctie + bloedverwerking
- onderzoek en advies bijwonen
- onderzoek en advies zelf doen onder supervisie op consultatiebureau

en eenderde tevens aan: uitleg werkwijze bij onderzoek, theorie lichamelijke activiteit, praktisch bloeddrukmeting, praktisch administreren, voedingsadviezen en onderzoek en advies zelf doen onder supervisie in huisartspraktijk.

Terwijl een aantal assistentes aan een groot aantal cursusonderdelen (vooral praktisch, lengte-, gewicht- en bloeddrukmeting; theorie bloeddrukmeting en lichamelijke activiteit) liever minder tijd gespendeerd had gezien geeft slechts een enkele echtgenote dit aan.

Na de cursus acht de overgrote meerderheid zich in staat tot het zelfstandig uitvoeren van het project. De assistentes voelen zich iets zekerder. Zorgen maakt men zich nog over het adviseren van hoogrisicodragers (bijna de helft), het plannen en organiseren van de vele activiteiten en het gestandaardiseerd werken (eenderde).

In de derde vragenlijst die is ingevuld nadat zo'n 5-6 maanden het RIFOH-project in de praktijk had gedraaid, is aan de assistentes gevraagd hoe ze oordelen over de afstemming van de cursus op de eisen die de uitvoering van het project in de praktijk stelt. Van de zesentwintig vonden zeventien de afstemming (heel) goed, zes matig en twee waren van mening dat deze niet goed was afgestemd. Eén assistente vulde de vraag niet in.

Observatiegegevens

De voorbereiding van de consultatiebureau-artsen op hun taak als instructeur/begeleider van medewerkers uit huisartspraktijken was slecht. Een leidraad voor de te verzorgen voorbereidingscursus was er wel, het hing echter van de belangstellings sfeer van de C.B.-arts af of men zich er ook werkelijk voor in-

zette de informatie zo optimaal mogelijk over te brengen. Eén zeer actieve CB-arts die aan de wieg van het Rifoh-project stond, wist door persoonlijke inzet de cursus in enkele regio's boven het gemiddelde te tillen. Het gemis van deze persoon in andere regio's was soms pijnlijk duidelijk. Het contact van de CB-arts met de deelnemende huisartsen was afhankelijk van de aan de dag gelegde deskundigheid over onderwerp en inhoud van het op te starten project.

Voor beide partijen was de nieuwe vorm van samenwerking onwennig, soms was er zelfs wederzijds argwaan te bespeuren. De bereidheid tot samenwerking was echter wel duidelijk aanwezig. Dit bleek al meteen bij het vaststellen van de cursusdata. Dit verliep soms zelfs onverwacht vlot ondanks het feit dat de medewerkers uit de huisartspraktijken duidelijke andere voorkeurstijden (avond, zaterdag) hadden voor de voorbereidingscursus dan de consultatiebureau-medewerkers. De late namiddag was een in veel regio's vaak bereikt compromis.

De consequenties van het volgen van de cursus waren voor de huisartspraktijk groot. Voor solistisch werkende huisartsen betekende afwezigheid van hemzelf en de assistente in feite sluiting van de praktijk. Ook het afwezig zijn van alleen de assistente betekende veel. Als voorproefje op het niet beschikbaar zijn van de assistente vanwege preventieve Rifoh-activiteiten miste het zijn effect niet. Men voelde zo wat het project zou gaan betekenen.

Naast het vaste cursusprogramma kwamen er tijdens de bijeenkomsten veel praktische zaken aan de orde die ook van belang waren voor het project. De mate waarin zaken aan de orde werden gesteld en vervolgens werden besproken wisselde sterk per regio. Naast de mening van de onderzoeker was dit mede afhankelijk van het aantal huisartsen en assistentes dat aan de cursus deelnam. Naarmate de club groter was werden er meer praktische problemen en vragen aan de orde gesteld en besproken. Ervaren problemen werden (h)erkend en oplossingen uitgewisseld. Dat onderlinge contacten stimulerend werken bleek ook uit het feit dat in de regio's met (zeer) weinig huisartsen men het frequentst verstek liet gaan. Een levendige bespreking van bepaalde onderwerpen betekende overigens niet altijd dat er een oplossing of overeenkomst werd bereikt. In de discussie over de meest opti-

male wijze van transport van de bloedmonsters kwam er feitelijk nergens een bevredigende oplossing uit de bus. Zo werd er in verschillende regio's gesproken over de wenselijkheid van onderwijs in de voedingsleer voor de huisarts en over de noodzaak van afstemming van de bloeddrukmeting van huisarts en assistente, echter zonder daadwerkelijke initiatieven als resultaat. Gemis aan goede voorbereiding en een slagvaardige landelijke afstemming deden zich hierbij gelden.

De administratie zoals die op het consultatiebureau werd gevoerd werd nogal eens klakkeloos zo opgedragen aan de huisartspraktijken. Dit leidde tot onnodig werk en soms ook tot verwarring, maar had soms ook onverwachte positieve effecten. Zo leerden de assistentes op één consultatiebureau om in een soort kasboek alle patiëntengegevens te noteren. Hoewel het veel tijd kostte hadden alle assistentes veel op met deze werkwijze: ze hadden overzicht.

Verwarring bij de deelnemers aan de cursus was er ook nog op een ander terrein. Het evaluatie-onderzoek, dat aan het project was gekoppeld, werd tijdens de introductie en slotmiddag toegelicht en voor een deel ook geïnstrueerd. De daarbij horende administratie maakte het geheel zeker voor de assistentes niet overzichtelijker. De veel gehoorde klacht dat men zich moeilijk en pas heel laat een beeld kon vormen van de omvang en de aard van de werkzaamheden die van de assistentes en huisartsen werden verwacht, is gezien de complexiteit van het geheel naar de mening van de onderzoeker terecht geweest.

Evaluatiebijeenkomst

Op de slotmiddag van de cursus is in alle regio's, Doetinchem uitgezonderd met alle deelnemers afgesproken na enkele maanden ter evaluatie bij elkaar te komen. De opkomst was, behalve in Amsterdam waar geen van de 3 huisartsen acte de présence gaf, goed. Veel praktische en organisatorische zaken kwamen aan de orde die in het volgende hoofdstuk nader besproken zullen worden. Inhoudelijke zaken, die betrekking hadden op de cursus vroegen weinig aandacht. Wel kwam de relatieve onvoorbereidheid van de assistente op moeilijke vragen van patiënten aan de orde: in feite kwam het neer op onvoldoende gespreksvoeringstechniek. Veelal had men inmiddels al doende geleerd!

VIII Voorbereidingen in de praktijk

Voorafgaand en grotendeels parallel aan de cursus werd in de verschillende praktijken gestart met de voorbereidingen voor het programma. De eerste aanzet hiertoe was de informatie in de folder die het aanmeldingsformulier begeleidde. Voorzover nog niet was besloten wie de feitelijke uitvoering van het programma voor zijn/haar rekening zou nemen geschiedde dit veelal op basis van deze informatie.

Introductiebijeenkomst te Utrecht

In juni 1982 organiseerde de Vatenclub-NHG een introductie-bijeenkomst in Utrecht voor alle deelnemende huisartsen en assistentes/uitvoerders. Zestig procent van de uiteindelijk deelnemende praktijken was vertegenwoordigd. Men kreeg daar uitgebreider informatie over het project zelf, maar tevens werd het aangekoppelde evaluatie-onderzoek gepresenteerd. Van de avond werd een verslag gemaakt dat achteraf aan alle deelnemers is toegezonden.

Hoewel de overgrote meerderheid zich in de eerste vragenlijst tevreden toonde over de geboden informatie in Utrecht werd in de eerste cursusbijeenkomsten duidelijk dat veel huisartsen zich toch de consequenties van deelname aan het project slecht hadden gerealiseerd. Met name de centrale rol van de assistente en de betekenis daarvan voor de praktijk zoals afwezigheid voor de cursus en het ongestoord (telefoon!) moeten kunnen werken aan het project in een daarvoor geschikte ruimte, was niet iedereen duidelijk geworden. Dat in geval van een dubbelpraktijk de assistente evenredig meer tijd nodig zou hebben om het in tijd gelimiteerde project te volbrengen bleek ook niet iedereen zich bij de presentatie gerealiseerd te hebben. Achteraf gezien was naar de mening van de onderzoeker de informatie op de bijeenkomst in Utrecht te overvloedig en deels ook verwarrend: project én evaluatie-studie. Daarbij was het zo dat de projectinformatie voor de Vatenclubleden ook nog allesbehalve gesneden koek was en de daardoor noodzakelijke presentatie van de opzet door een CB-vertegenwoordiger, voor de huisartsen te abstract bleef. De later veel gehoorde suggestie dat een film of video-presentatie van de onderdelen van het preventieve programma de deelnemers vooraf een goed beeld van het geheel

had kunnen geven, wijst er ook op dat menig deelnemer pas slechts stukje bij beetje in later fase echt idee begon te krijgen wat er van de praktijk werd verwacht en wat de consequenties waren. In de loop van de voorbereidingen werd ook duidelijk dat goed bedoelde informatie die slechts gedeeltelijk of verkeerd wordt opgepikt veel consequenties kan hebben. De uitwijding over de financiële vergoeding was oorzaak van veel misverstanden, die in de loop van het project tot onaangename verrassingen aanleiding gaf. In een apart hoofdstuk zal hier nog kort op worden ingegaan.

Naar aanleiding van de informatie op de introductiebijeenkomst en naar voorbeeld van praktijken waar de echtgenote van de huisarts al eerder voor de preventieve taken was ingepland, werden er op het laatste moment nog echtgenotes bij het project betrokken (in totaal tien).

Twee praktijken, die niet op de introductiebijeenkomst in Utrecht waren, hadden de eerste cursusbijeenkomst nodig om tot het besef te komen dat er geen mogelijkheden in de praktijk waren om het project uit te voeren en haakten af. Tweeëntwintig praktijken prepareerden zich uiteindelijk op de feitelijke uitvoering van het project.

Planning

Tien echtgenotes en 17 assistentes werden belast met de uitvoering van de onderzoeken. Overwegingen van huisartsen bij de inschakeling van echtgenotes waren slechte inzetbaarheid van de aanwezige assistente, bv. in geval van een apotheek; onzekerheid of de assistente nog wel 2-3 jaar zou blijven; echtgenote geschikter voor de taak, door leeftijd en betere vooropleiding, en mogelijk ook meer gemotiveerd door haar frequentere confrontatie met gevolgen voor hart- en vaatziekten; mogelijkheid van uitvoering van het onderzoek in de avonduren (overdag geen ruimte beschikbaar, bereikbaarheid werkende mannen).

Van de 13 praktijken waar uitsluitend de praktijkassistente(s) belast zou(den) gaan worden met de uitvoering van het project was het in vier praktijken voor de huisarts in de voorbereidingsfase al duidelijk dat niet ontkomen kon worden aan werktijduitbreiding van de assistente. Anderen hadden juist deelgenomen vanwege een surplus aan assistentie, weer anderen hadden enige speling en wachtten, ook door nog onvoldoende zicht op

een aantal factoren, de ontwikkelingen af. Onderling overleg tussen deelnemende huisartsen over de uitvoeringswijze had plaats naar aanleiding van informatie tijdens de cursus.

De onderzoeker onthield zich, hoewel vaak aanwezig op bijeenkomsten en steeds geïnteresseerd hoe de stand van zaken in de praktijken was, van inmenging in de planning van de huisartsen. Naast het belangrijke punt van de uitvoerder kwamen er in het verloop van de voorbereidingscursus steeds weer zaken naar voren die om bezinning van de deelnemers vroegen; waar in de praktijk vindt het onderzoek plaats, hoe vaak moet er worden onderzocht, wie nodigt de kandidaten uit en hoe? Een essentieel punt bij de planning was de te verwachten werkbelasting. Deze hing o.a. samen met het aantal personen die per praktijk in aanmerking kwam voor het onderzoek, de zgn. doelpopulatie die moest worden geïnventariseerd aan de hand van het praktijkbestand.

Inventarisatie doelpopulatie

Volgens de richtlijnen voor het project moest voor de start de doelpopulatie worden geïnventariseerd. Een indeling in 5-jaarsgroepen naar geslacht zou moeten worden overhandigd. Suggesties voor aanpak van dit karwei kwamen tijdens de voorbereidingscursus ter sprake: kaartenbak doorspitten; ziekenfonds(en) een uitdraai vragen. Niet duidelijk was daarbij afgesproken aan wie verantwoordelijkheid moest worden afgelegd betreffende de (juiste) inventarisatie van de doelpopulatie. Het karwei dreigde een lage prioriteit te krijgen.

De onderzoekers van de evaluatiestudie hebben hierop ingehaakt door een deel van de verantwoordelijkheid op zich te nemen en de praktijken te verzoeken een alfabetische lijst van de voor onderzoek in aanmerking komende patiënten te vervaardigen (zie bijlage 4). Daarmee zou de inventarisatie een feit zijn en hadden de onderzoekers de mogelijkheid gegevens over uitnodiging en eventuele deelname op deze lijst te verzamelen. Een belangrijke overweging daarbij was dat het door vele betrokkenen (onderzoekers en coördinerende Vatenclubleden) als noodzakelijk werd ervaren dat er in de praktijk overzicht was over de groep van (potentiële) deelnemers.

In 21 van de 22 praktijken is in de beginfase van het project de doelpopulatie van 36-55 jaar geïnventariseerd. In één praktijk was dit vooralsnog niet mogelijk vanwege het ontbreken van een volledig kaartsysteem.

Al meteen was duidelijk dat de inventarisatie zeer tijdsintensief was. Om tijd te besparen deden in de beginfase veel praktijken voor het ziekenfondsgedeelte een beroep op de ziekenfondsen. Snel echter bleek dat deze aanpak ook niet zaligmakend was; soms heeft men te maken met meerdere ziekenfondsen, na lang wachten kreeg men nogal eens te horen dat het fonds de service niet wilde of kon verlenen of dat er hoge kosten aan verbonden waren. (tabel VIII-1) Voor de particulieren moest men soms tóch nog de hele kaartenbak doorlopen. Door deze ervaringen in de beginfase kozen de praktijken die wat later zijn gestart meteen voor het systematisch doorlopen van alle kaartenbakken. Als een voordeel van deze methode werd ook gezien dat men de patiëntenkaarten meteen kon markeren bv. met een sticker om de case-finding te vergemakkelijken.

VIII-1 Verzoeken van praktijken aan het ziekenfonds voor het verstrekken van een uitdraai van de doelpopulatie (ziekenfondsdeel).

	Vroege starters N= 15	Alle praktijken N= 22
Verzoek	12	13
* Ingewilligd	9	9
* Niet ingewilligd		
- hoge kosten te voldoen	1	1
- bescherming privacy	1	3
- technisch onmogelijk	1	2
* Geen verzoek	3	8
* Onbekend		1

Welke personen tot de doelpopulatie konden worden gerekend was vastgelegd in het protocol. Niet voor alle praktijken golden dezelfde geboortejaren. Dit was afhankelijk gemaakt van jaar van start en het feit of er in de regio een 35-jarigen programma plaatsvond vanuit het consultatiebureau. Resultaat was dat

er nogal wat verwarring was omtrent de juiste doelpopulatie met als gevolg dat een vijftal praktijken deze groep fout hebben gekozen, d.w.z. zij namen twee geboortejaren te veel of te weinig op. Het inventariseren van de doelpopulatie en het vervaardigen van de alfabetische lijst met alle ervoor in aanmerking komende personen kostte veel energie en tijd. Gegevens verkregen uit de vragenlijsten van zowel assistenten als huisartsen wijzen op een tijdsbeslag van gemiddeld 25 werkuren. Variatie tussen de praktijken van 8 tot 60 uur. Twee huisartsen in één praktijk namen zelf de inventarisatie voor hun rekening, in 4 andere praktijken was de huisarts er nauw bij betrokken. In 4 praktijken waren het stagiaires of mensen van buiten de praktijk die het karwei klaarden. In de overige praktijken kwamen de praktijkassistentes zich van deze taak.

Van de 22 praktijken vervaardigden 19 een numerieke indeling van de doelpopulatie in 5-jaarsgroepen en naar geslacht. Eén praktijk was hiertoe (in de beginfase) niet in staat, twee praktijken kwamen er niet aan toe in verband met vroegtijdig afhaken.

Twee praktijken voldeden niet aan het verzoek van de NUHI-onderzoeker een lijst van de doelpopulatie aan te leggen. Drie praktijken vervaardigden aparte lijsten voor ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden. Een hiervan kon pas in de loop van het project worden aangelegd, en was zodoende als onderzoeksinstrument onbruikbaar. Zeventien praktijken vervaardigden in de voorbereidings- c.q. beginfase van het project een alfabetische lijst van de doelgroep. (tabel VIII-2)

De matige respons van de praktijken met betrekking tot verzorgen van de patiëntenadministratie hing samen met een aantal factoren

- het was een naar verwachting grote klus, waarvan men het nut niet bij voorbaat inzag
- men had de handen vol aan het bijwonen van de cursus en regeling van praktische zaken in de praktijk
- instructie over patiëntenadministratie was geen structureel onderdeel van de cursus
- het wachten op ziekenfondslijsten vertraagde de feitelijke inventarisatie
- weerstanden voor het verrichten van veel werk voor het evaluatie-onderzoek

Tabel VIII-2 Inventarisatie doelpopulatie
 A Indeling naar leeftijd (5-jaarsgroepen) en geslacht
 B Lijst doelgroep

Praktijk-nummer	Aantal	A Indeling naar leeftijd/geslacht		B Lijst doelgroep		
		Wel	Niet	Alfa-betisch	ZF en part. gescheiden	Niet aanwezig of provisorisch
10	1		X		X*	
4, 9	2		X	X		
8, 16	2	X				X
19, 21	2	X			X	
Rest	15	X		X		
Totaal	22	19	3	17	3	2

* Laat vervaardigd, nooit ontvangen

Bij de planning van het project was berekend dat zo'n 22% van de praktijkpopulatie in de leeftijdscategorie 36-55 jaar valt. Voor een normpraktijk betekende dit zo'n 570 personen.

In de praktijk bleek dit cijfer echter hoger. Gemiddeld viel 26% van de praktijkpopulatie in de doelpopulatie, dit betekent relatief zo'n 18% meer (absoluut verschil tussen feitelijke en verwachte doelpopulatie gedeeld door de verwachte doelpopulatie: Tabel VIII-3).

In één praktijk bedroeg de doelpopulatie bijna 2400 personen, hetgeen een niet geringe administratieve inspanning betekende.

Tabel VIII-3 Afwijking per praktijk van de feitelijke doelpopulatie van de oorspronkelijk verwachte doelpopulatie (Vorst: 22% van de praktijkpopulatie) N= 22.

	minder	0-9% meer	10-34% meer	>35% meer	totaal
Praktijk-nummer	1	3	8	5	
	2	4	9	7	
	19	6	10	20	
		11	13	21	
		12	14	22	
		15	17		
		16	18		
Totaal	3	7	7	5	22

Gemiddeld: 18% meer

Spreading: 21% minder tot 58% meer

Mutaties

Een voortvloeisel van de geringe aandacht die de (administratie van de) doelpopulatie in de voorbereidingsfase kreeg, was het achterwege blijven van afspraken over de positie welke personen zouden moeten krijgen die in de loop van de 2 (3) jaar in de praktijk zouden komen. De algemene mening was dat aan deze personen het preventieve onderzoek niet kon worden onthouden. Richtlijnen voor systematische insluiting van deze personen in de administratie betreffende de doelpopulatie zijn aanvankelijk niet gemaakt. In het kader van het Evaluatie-onderzoek is wel getracht een mutatie-registratie van de grond te krijgen, echter wederom met wisselend succes, waarover later meer.

Rol consultatiebureau/basisgezondheidsdienst

Zoals we reeds in het vorige hoofdstuk zagen vormde de cursus een prima voorbereiding op het uitvoeren van de preventieve onderzoeken in de praktijken. Daarmee was het hele project in de verschillende praktijken echter nog allerminst geregeld. Tijdens de cursus kwamen echter wel steeds zaken ter sprake die voor het welslagen van het project van belang waren. Vaak betrof het keuzes, veelal op het gebied van praktijkvoering, door iedere huisarts afzonderlijk te maken, eventueel in samenspraak met de uitvoerende assistente. De rol van de consultatiebureau-medewerkers was daarbij -zijnde niet deskundig- beperkt. De bereidheid tot ondersteuning was er echter zeker wel; voor de aanschaf van de in de praktijk benodigde materialen bijvoorbeeld boden zij hun hulp aan, die doorgaans dankbaar werd geaccepteerd. De consultatiebureaus zouden gaan zorgen voor de gezamenlijke aanschaf van klein materieel als de speciale bloedbuizen. Met hulp van de coördinator/diëtiste werd gezocht naar economisch verantwoorde oplossingen betreffende de aan te schaffen apparaten.

Het transport van de serumbuisjes was de verantwoordelijkheid van de praktijk. Doelmatige verpakkingsmaterialen voor verzending konden de consultatiebureau's de praktijken niet aanbieden. Iedere praktijk moest een eigen oplossing vinden voor het transport van vers c.q. bevroren serum.

Na verloop van tijd oordelen veel huisartsen en assistentes terugkijkend op de aanloopfase (zeer) positief over de samenwerking met de basisgezondheidsdienst, 70 respectievelijk 90%.

Taakverdeling huisarts-assistente

Uit gegevens van de vragenlijsten komt naar voren dat de voorbereidingen voor het grootste deel bij de assistentes hebben berust, zeker waar het de praktische uitvoering ervan betreft. De echtgenotes meenden hierbij een bescheidener rol te hebben gespeeld dan de praktijkassistentes. Bij de schatting van de -naast de cursus- aan voorbereidingen bestede tijd komt dit ook duidelijk naar voren: assistentes totaal 36 uur, echtgenotes totaal 15 uur. Indien de echtgenote van de huisarts het programma uitvoert blijkt het aandeel van de huisarts in de voorbereidingen groter te zijn. Van de praktijkassistentes heeft 28% de voorbereidingen als een tamelijk zware en 44% als een matig zware last ervaren. Ruim twee derde van alle assistentes zegt nooit organisatorische steun te hebben gemist. De rest had soms tot vaak behoefte aan ondersteuning bij praktische zaken in de praktijk, zoals administratieve opzet, organisatie in de praktijk. Deze steun hadden zij van binnen (huisarts) en van buiten de praktijk (consultatiebureau, NUHI) verwacht.

Zoals te verwachten valt is er in de beginfase intensiever overleg geweest tussen huisartsen en echtgenotes (60% vaak, 30% af en toe) dan tussen de huisartsen en praktijkassistentes (6% vaak, 56% af en toe). Dit afgezien van het overleg tijdens de cursusbijeenkomsten. Twee van de praktijkassistentes hebben het overleg binnen de praktijk als zeer onvoldoende ervaren, de rest als voldoende tot ruim voldoende.

Naar de mening van de onderzoeker liep de samenwerking tussen huisarts en assistente in het begin wel eens moeizaam door het feit dat de assistente door haar intensieve cursus beter op de hoogte was van de implicaties van het project voor de praktijk terwijl de huisarts veelal de beslissingen nam over tijdsbesteding e.d.. Soms meende hij ook ten onrechte dat voor bepaalde zaken volledig in de projectopzet was voorzien, terwijl juist zijn initiatief daarin vereist werd.

Na het afsluiten van de cursus zegt bijna de helft van de huisartsen de consequenties van het project aanvankelijk te hebben onderschat. Een kwart geeft aan daardoor nog min of meer in moeilijkheden te zijn geraakt. Deze moeilijkheden bestonden daarin dat de assistente langer zou moeten gaan werken, werk-

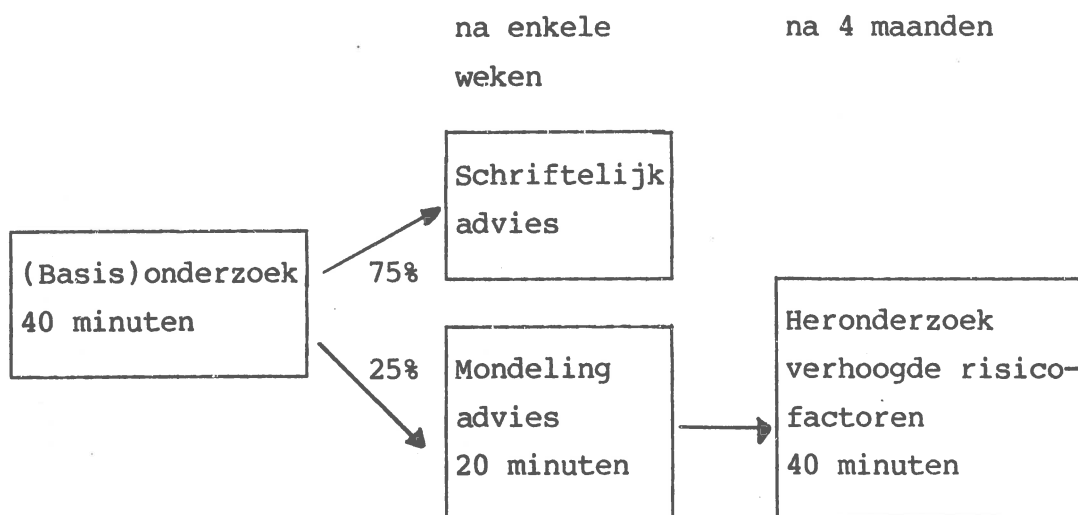
zaamheden anders zou moeten gaan indelen of zelfs dat er een assistente bij moest komen. Wat opvalt is dat vijftientig van de achtentwintig huisartsen en alle echtgenotes aan de vóóravond van de uitvoering van het project de praktijk als startklaar beoordelen tegen slechts tien van de achtentwintig praktijkassistentes. Zes praktijkassistentes en een van de echtgenotes maken zich zorgen of men wel redelijk ongestoord aan het project zal kunnen werken en vrezen een te grote werkbelasting.

IX Start onderzoeken in de praktijken

In oktober 1982 startten de twee pilot-praktijken met de preventieve onderzoeken in de praktijk. De andere twee praktijken in de regio Tilburg en die in de regio's Maastricht, Doetinchem en Oestgeest deden hun eerste onderzoeken in januari 1983. Amsterdam volgde in april en Rotterdam in oktober van dat jaar.

Organisatie

Schema onderzoeken Rifoh-project.



In geen enkele praktijk bleek het haalbaar (of wenselijk) de onderzoeken meteen tijdens het spreekuur of na uitnodiging van de patiënt uit te voeren. In alle gevallen werden daarvoor speciale tijden gereserveerd.

Zoals al eerder naar voren kwam werd de uitvoering in negen van de tweeëntwintig praktijken (mede) door de echtgenote van de huisarts ter hand genomen (tabel IX-1). Zij deden dit bijna altijd op vaste middagen (soms avonden) terwijl van de uitvoerende praktijkassistentes de helft de onderzoeken op dezelfde manier plande en de andere helft dit deed op bepaalde rustige uren, min of meer tussen het andere praktijkwerk door. De echtgenotes opereerden veelal onafhankelijk van het normale praktijkgebeuren, voor de praktijkassistentes wisselde dit sterk.

Tabel IX-1 Uitvoeringswijze Rifoh-activiteiten in de praktijken, direct na de start.

Persoon \ Aanpak	Min of meer tussen normale praktijkwerk door	Aparte middag	Totaal
Assistente N=13			
* Normale werktijd	6	3	9
* Extra werktijd	1	3	4
Echtgenote N=9			
* Alleen		7*	7
* Combinatie met assistente	1	1	2
Totaal	8	14	22

* eenmaal na enkele maanden overname van vertrekkende assistente

Er waren ook nog andere omstandigheden die de uitgangspositie van veel van de echtgenotes tot een andere maakte dan die van de praktijkassistentes. Vanwege het belang hiervan wordt er nader op ingegaan.

De inschakeling van de echtgenotes had een zeer duidelijke relatie met de aanwezigheid van een apotheek in de praktijk (of de aanwezigheid daarvan in het zeer recente verleden). Van de zeven apotheekhoudende praktijken (zes + één in het recente verleden) schakelden zes één of meer echtgenotes in. De zevende praktijk beschikte over veel assistentie, waaronder ook een doktersassistente. De overige apotheekhoudende praktijken werden overigens uitsluitend bemand door apothekersassistentes.

De inschakeling van de echtgenotes in de niet-apotheekhoudende praktijken was éénmaal noodzaak omdat er geen vaste assistente in de praktijk werkzaam was, en tweemaal een beslissing op basis van de wetenschap dat de enige assistente in de (zeer) nabije toekomst de praktijk zou verlaten.

Post of propter de aanwezigheid van een apotheek verschilden de praktijken waar de echtgenotes voor de Rifoh-activiteiten werden ingeschakeld op een aantal punten van de overige praktijken.

Ruimte

De aanwezigheid van een geschikte ruimte voor de uitvoering van het project was één van de selectiecriteria voor deelname van praktijken. In de eerste vragenlijst is daar bij de huisartsen nog eens naar gevraagd. Alle huisartsen zeggen in de eerste vragenlijst voor de uitvoering van het programma een apart kamertje dan wel de spreekkamer beschikbaar te hebben. Tachtig procent acht deze ruimte zeer geschikt. In de praktijk bleek de situatie echter minder rooskleurig, zoals tabel IX-2 laat zien. De indeling is gebaseerd op observaties van de onderzoeker tijdens praktijkbezoeken en op gegevens uit het logboek.

In de praktijken waar de echtgenotes het project uitvoerden heeft men veelal een betere ruimte ter beschikking.

Tabel IX-2 Ruimte in de praktijk die beschikbaar was voor Rifoh-activiteiten naar uitvoerder.

	N	Extra ruimte	Spreekkamer en/of Onderzoeksruijnte		Balie ruimte assistente
			Regelmatig beschikbaar	Beperkt beschikbaar	
Echtgenote	9	4	4	1	
Praktijk assistente	13	2	6	4	1
Totaal	22	6	10	5	1

Praktijkgrootte en grootte van de doelpopulatie

Het aantal te onderzoeken personen, dus de werklust, was direct afhankelijk van de praktijkpopulatie. In het Rapport Vorst was de doelpopulatie van 36-55 jaar geschat op 22% van de praktijkpopulatie; in de praktijk bleek dit echter 26% te zijn, hetgeen neerkomt op zo'n 18% meer kandidaten (hoofdstuk VIII). De praktijkgrootte was in praktijken waar de echtgenote actief was vaker middelmatig, de afwijking van de doelpopulatie ten opzichte van de verwachte doelpopulatie slechts zelden extreem groot (tabel IX-3 a-b).

Tabel IX-3a Praktijkgrootte naar uitvoerder van het project.

	N	Aantal ingeschreven patiënten		
		0-3000	3000-5000	meer dan 5000
Echtgenote	9	2	5	2
Praktijk-assistente	13	6	2	5
Totaal	22	8	7	7

* Bron: eerste vragenlijst huisarts

3b Percentuele afwijking van feitelijke doelpopulatie t.o.v. verwachte doelpopulatie (Vorst: 22% van praktijkpopulatie).

	N	minder	0-9% meer	10-35% meer	>35% meer
Echtgenote	9	1	1	6	1
Praktijk-assistente	13	2	6	1	4
Totaal	22	3	7	7	5

De gemiddelde zwaarte van de taak van de uitvoerende assistentes bleek voor beide groepen ongeveer gelijk te zijn (tabel IX-4). In praktijken waar de echtgenote het project uitvoerde zijn er gemiddeld 1030 kandidaten tegen 1025 in praktijken waar de assistente het project uitvoerde.

Tabel IX-4 Aantal personen in doelpopulatie naar uitvoerder.

	N	Doelpopulatie				Gemiddeld
		400-750	750-1000	1000-1500	1500-2500	
Echtgenote	9	2	4	2	1	1030
Praktijk-assistente	13	3	5	4	1	1025
Totaal	22	5	9	6	2	1028

Beschikbare tijd

In vier van de dertien praktijken waar de praktijkassistente het Rifoh-project ter hand zou nemen had de huisarts zich bij voorbaat al gerealiseerd dat werktijduitbreiding van de assistente onontkoombaar was. Wat de overige negen assistentes betreft die hun werkzaamheden dus zouden gaan uitvoeren binnen hun normale werktijd, was vooraf in eventueel noodzakelijke taakovername als volgt voorzien (tabel IX-5).

Tabel IX-5 Door huisarts geschatte noodzaak van overname van taken en het gemiddeld aantal geplande uren per week.
(N=9 Uitvoering Rifoh-project door assistente in normale werktijd.)

Taakovername nodig	N	Aantal uren voor uitvoering
Geen	3	gemiddeld 6
Andere assistente	3	4
Huisarts zelf	3	4

In de praktijk bleek de feitelijk beschikbare tijd voor de uitvoerende assistente echter nogal eens onvoldoende. Dit was gezien de omvang én de onverwachte afwijking van de doelpopulaties niet verbazingwekkend. Zeven van de negen hierboven geschetste praktijken kwamen gemiddeld ruim 3 uur per week te kort als we de tijdsbelasting theoretisch berekenen aan de hand van de feitelijke doelpopulaties en de belastingsformule uit het rapport Vorst. In de loop van de eerste maanden besloten twee praktijken alsnog tot werktijduitbreiding voor de assistente, anderen zochten nieuwe mogelijkheden of namen min of meer genoegen met een tempo waarmee op voorhand een deelname van 75% van de doelpopulatie in 3 jaar onmogelijk werd. Tot de nieuwe mogelijkheden behoorde o.a. het inschakelen van een tweede praktijkassistente; dit gebeurde in 3 praktijken (praktijk nr. 15-21-22). Na de aanpassingen voerden 6 assistentes het project nog binnen hun normale werktijd uit, drie daarvan gingen er daarbij echter wel financieel op vooruit. Eén assistente ging niet méér werken maar kreeg door extreme praktijkverkleining meer tijd voor Rifoh-activiteiten. (Tabel IX-6)

Tabel IX-6 Wijze van uitvoering van het project (inclusief honorering assistente), zoals deze na de startperiode definitief vorm kreeg in de 22 praktijken.

	Min of meer regelmatig tussen praktijkwerk door	Speciale tijd(en); middag/avond	Totaal
Echtgenote alleen		7	7
Twee echtgenotes		1	1
Echtgenote + assistente (4*; overname assistente taken door echtgenote)	1		1
Assistente alléén			
1*	1	2	3
2		2	2
3	2		2
4	1	1	2
Twee assistentes			
2		2	2
3	1		1
4	1		1
Totaal	7	15	22

*1 = uitbreiding arbeidscontract

2 = honorering naar aantal verrichte basisonderzoeken

3 = binnen normale werktijd + premie

4 = binnen normale werktijd

In één praktijk lukte het in het geheel niet mogelijkheden te scheppen voor uitvoering van het project. Belasting van de assistente met gewone praktijktaken in combinatie met ruimtegebrek, leidde al in de beginperiode tot problemen en uiteindelijk tot stopzetten van de activiteiten (praktijk nr. 4).

Van de tien echtgenotes in negen praktijken hadden vier echtgenotes structureel een taak in de praktijk, alle anderen stonden echter ook in geval van nood klaar voor de praktijk. De hoeveelheid tijd die zij aan het Rifoh-project konden besteden was echter op voorhand niet beperkt, in tegenstelling tot die van het merendeel van de praktijkassistentes.

Uitnodigingsprocedure

Het Rifoh-huisartsenproject gaat uit van benadering van de personen uit de doelpopulatie met behulp van de case-finding methode. Elk contact van een potentiële deelnemer met de huisartspraktijk kon in principe aangegrepen worden om de betrokkene uit te nodigen voor onderzoek. Deze uitnodiging kon men dan ook meteen laten gelden voor de levenspartner, indien deze ook binnen de doelgroep viel. In de wachtkamer mocht ruchtbaarheid worden gegeven aan het project, b.v. door een bord. Verdergaande "reclame" was echter niet toegestaan. Ter informatie van patiënten waren drie verschillende informatiestencils ontworpen, die naar voorkeur konden worden gebruikt.

Op initiatief van de "Vatenclub" werd tussentijds met de praktijken afgesproken in de eerste twee jaar van het driejarige project patiënten niet actief te werven, in het derde en laatste jaar zou dat wel toegestaan zijn als zestig procent van de doelpopulatie reeds was onderzocht.

Het was aan de praktijk te bepalen wie de patiënten uit de doelgroep uitnodigde. Als de praktijkassistente het project uitvoerde was zij het veelal ook die de patiënten inviteerde. In vier van de dertien praktijken waar de assistente het project uitvoerde nam de huisarts deze taak op zich, waarbij het slechts part-time aanwezig zijn van de uitvoerende assistente in twee praktijken (mede) een rol speelde. De echtgenotes waren in de regel zelden in de praktijk aanwezig, waardoor zij het werven van personen voor het preventieve onderzoek aan anderen moesten overlaten. Vier keer nam(en) de huisarts(en) deze taak expliciet op zich, terwijl deze taak even vaak aan meerdere personen werd toebedeeld (huisarts + praktijkassistente + echtgenote). Eénmaal werden de goed ingelichte praktijkassistentes (bijna) volledig met de werving van patiënten voor de echtgenote belast (tabel IX-7).

In één praktijk was de huisarts van mening dat er grote vrijblijvendheid moest zijn voor de patiënt. Bijna uitsluitend werden in deze praktijk personen onderzocht die zichzelf naar aanleiding van een bekendmaking in de wachtkamer voor deelname aan het project meldden.

Tabel IX-7 Wijze van uitnodigen van patiënten naar uitvoerder

	N	>75% door praktijk assistente	combinatie	>75% door de huisarts
Echtgenote	9	1	4	4
Praktijk assistente	12*	7	1	4
Totaal	21	8	5	8

* In één praktijk alleen deelname op eigen initiatief patiënt
Bron: alfabetische lijst van de doelgroep, observaties

In wisselende mate werd gebruik gemaakt van hulpmiddelen bij de werving van patiënten. Een klein aantal praktijken plakte in de voorbereidingsfase een sticker op de kaarten van personen van 36-55 jaar teneinde de huisarts of assistente er opmerkzaam op te maken, als de voor het project in aanmerking komende personen de praktijk bezochten. Andere praktijkassistentes voorzagen de kaarten van personen uit de doelgroep bij de voorbereiding van het spreekuur met een merkteken.

Aantal (basis)onderzoeken

In alle praktijken werd meteen na het afsluiten van de cursus enthousiast gestart met de eerste onderzoeken (zie voor beschrijving: bijlage 1.5). Alle assistentes bleken na een korte-soms ook wat- langere aanlooperperiode goed in staat tot het zelfstandig uitvoeren van de onderzoeken. De mate waarin zij aanvankelijk daarbij de steun van anderen nodig hadden wisselde sterk. Daarop wordt verderop in dit hoofdstuk nog nader ingegaan.

De werving van patiënten was in de beginperiode geen enkel probleem. De belangstelling was veelal overweldigend en overtrof veelal de capaciteit van de uitvoerende assistente en werd op die manier zelfs een andersoortig probleem. Het noodzaakte tot het aanleggen van een wachtlijst, waarbij men weer waakzaam moest zijn dat men niet te ver vooruit plande. De afspraken werden dan weer vergeten! Vooral in praktijken met een grote doelgroep vroeg het reguleren van de grote spontane toestroom in het begin speciale aandacht.

Als (grobe) maat voor het beloop van het project kan men nemen het aantal patiënten dat door de Rifoh-assistente voor het preventieve onderzoek werd gezien. De via het logboek verzamelde gegevens geven hierover uitsluitel. Ondanks het feit dat het hier zelfregistratie betreft is met behulp van controleprocedures (bijlage 11) vastgesteld dat de gegevens betrouwbaar zijn (invulling 95%).

In het eerste kwartaal (13 weken) zien de 22 praktijken samen 1556 personen voor het eerste onderzoek (basisonderzoek).

In het tweede kwartaal worden 1832 personen onderzocht, dit ondanks het feit dat 4 maanden na de eerste basisonderzoeken de eerste cliënten zich weer aandienen voor heronderzoek. Dit effect lijkt echter pas goed merkbaar te worden in het 3^e kwartaal als het gemiddeld aantal onderzochte personen terugloopt tot 1377 (tabel IX-8).

Tabel IX-8 Aantal onderzochte personen in eerste, tweede en derde kwartaal van het 1^e jaar dat het project werd uitgevoerd

	1 ^e kwartaal N=22	2 ^e kwartaal N=22	3 ^e kwartaal N=21
Aantal onderzoeken	1556	1832	1377
Spreiding	15 - 197	8 - 246	7 - 256
Gemiddelde	71	83	66

De verschillen tussen de praktijken zijn groot. In alle praktijken waar de echtgenote het project uitvoerde werd zeer voortvarend van start gegaan. Hierop is één uitzondering en dit betreft de praktijk waar de echtgenote ook als praktijkassistente functioneerde en in de beginperiode ook nog korte tijd afwezig was. De echtgenotes zagen kans in de eerste 13 weken gemiddeld 78 patiënten te onderzoeken; op een uitzondering na waren dit er overal 55 of meer.

De dertien praktijkassistentes onderzochten gemiddeld 66 personen, maar negen praktijken lukte het niet er meer dan vijftig te zien (tabel IX-9).

Tabel IX-9 Aantal onderzochte personen in het eerste kwartaal, naar uitvoerder.

	N	Aantal onderzoeken					Totaal aantal
		1-50	51-100	>100	Gemiddelde	Spreiding	
Echtgenote	9	1	7	1	78	26-152	703
Assistente	13	9	2	2	66	15-197	853

Oorzaken van de moeizame start in de dertien praktijken waar de uitvoering berustte bij de assistente zijn voor een deel al ter sprake gekomen. Veel praktijken hadden zich niet goed rekenschap gegeven van de tijdsintensiviteit van de onderzoeken. De aard en tijdsduur van de patiëntencontacten vereisten een langere tijd en een betere ruimte dan verwacht maar bovendien bleek het wenselijk/noodzakelijk dat de assistente niet gestoord werd tijdens haar werkzaamheden. Dit laatste was niet altijd gemakkelijk te realiseren.

Huisartsen waarvan de echtgenote ingeschakeld was bij het project waren uiteraard zeer betrokken en ook goed op de hoogte van alle belevingen daaromheen. Meedenken over eventuele verbeteringen aangaande de uitvoerbaarheid was voor hen veel gemakkelijker dan voor de overige huisartsen die toch altijd gewild of ongewild over minder informatie beschikten over het wel en wee van het project.

Door onder andere de mindere uitvoeringsmogelijkheden in tijd en ruimte van de praktijkassistente ten opzichte van de echtgenote was het begintempo duidelijk lager. De mogelijkheid om snel routine betreffende de onderzoeksprocedure op te bouwen was daardoor weer beperkter.

In het tweede kwartaal versterkten zowel de praktijkassistentes als de echtgenotes hun positie (tabel IX-10). De assistentes wat meer dan op het eerste gezicht lijkt. In de praktijk waar de huisarts alleen patiënten op hun eigen initiatief in het onderzoek opneemt (nr. 16), is bestudering van de uitvoerbaarheid door de kleine aantallen onderzochten niet erg reëel. Een andere praktijk waar het project niet echt van de grond kwam en vervolgens na een half jaar doodbloedde (nr. 4) verstoort eveneens een juiste interpretatie van de gegevens.

Beide praktijken buiten beschouwing latend worden de cijfers iets anders. Zichtbaar wordt dat de assistentes duidelijk meer greep krijgen op de uitvoering van de onderzoeken.

Tabel IX-10 Aantal onderzochte personen in het tweede kwartaal, naar uitvoerder.

	N	Aantal onderzoeken					Totaal aantal
		1-50	51-100	>100	Gemiddelde	Spreiding	
Echtgenote	9	2	3	4	95	25-177	861
Assistente	13	6	4	3	75	8-246	971
Assistente*	11	4	4	3	85	8-246	937

*Exclusief praktijken nr. 4 en 16

In het derde kwartaal valt het tempo zoals al gezegd iets terug, bij de echtgenotes meer dan bij de assistentes (gemiddelde respectievelijk naar 69 en 68).

De volgende opmerking moet bij de gepresenteerde aantallen van onderzochte personen worden gemaakt: de start van het project in de regio Rotterdam liet zeer lang op zich wachten. De praktijken daar hadden dan ook vooraf alle tijd zich op het project voor te bereiden. Bovendien ontvingen zij ook (stimulerende) informatie over het verloop van het project in de overige regio's. Resultaat hiervan was dat drie van de vier praktijken in de regio Rotterdam zeer voortvarend van start gingen (2x praktijkassistente, 1x echtgenote). Zij hebben daardoor een wat storend effect op de algehele trend: in die zin dat zij als enigen meer dan 100 patiënten in het eerste kwartaal bereikten en in het tweede kwartaal ook hoorden bij het groepje tempomakers. Twee van de drie praktijken vielen daarna sterk terug.

Aanpak van de activiteiten

Als we wat nader kijken naar de planning en aanpak van de activiteiten blijken er grote verschillen tussen de praktijken te bestaan, die deels samenhangen met de gekozen uitvoeringswijze. Bestudering van de aanpak vond plaats aan de hand van de log-

boekgegevens. Als meetperiode is genomen de beginfase en wel de eerste 15 weken waarin iets van Rifoh-activiteiten in de praktijk heeft plaats gehad.

Er zijn praktijken die slechts ééns per week iets aan Rifoh-activiteiten doen en er zijn er waar op vier of vijf dagen van de week activiteiten zijn (gemiddeld ruim 2 dagen per week). Het aantal onderzoeken per werkweek varieert van 2 tot 16 en is gemiddeld 7 (tabel IX-11).

Tabel IX-11 Gemiddeld aantal dagen Rifoh-activiteiten en aantal basisonderzoeken per week, naar wijze van uitvoering

	N	Aantal dagen Rifoh-activiteiten per Rifoh-werkweek	Aantal basisonderzoeken per Rifoh-werkweek
Echtgenote	9	2,0	7,3
Assistente -tussendoor	6	3,3	6,7
Assistente -aparte middag	6	1,2	6,2
Totaal*	21	2,1	6,8

*exclusief praktijk nr. 4.

Het gemiddeld aantal onderzoeken per week is nauwelijks verschillend bij de 3 verschillende wijzen van uitvoering: echtgenotes, assistentes -tussendoor en assistentes- aparte middag respectievelijk ruim 7, bijna 7 en ruim 6. Toch is er een verschil in "productiviteit". Het aantal weken waarin niet aan het Rifoh-project wordt gewerkt, dat passeert voordat men 15 werkweken kan noteren verschilt nogal bij de 3 groepen, namelijk respectievelijk twee, één en zes. Dit betekent 11%, 6% en 27% uitval van weken. Een directe relatie met het aantal keer per week dat men aan het project werkt ligt voor de hand: valt er één dag uit, dan valt meteen de hele week uit.

Uitvoerende Rifoh-assistente

Rifoh-assistente en haar zelfstandige taak

Zoals vermeld was al snel na de start duidelijk dat het zelf-

standig uitvoeren van de onderzoeken door de assistente geen problemen opleverde. Ook het invullen van de computerformulieren had men doorgaans snel onder de knie. Uit deze twee onderdelen bestond het project echter niet alleen. Een groot aantal werkzaamheden er omheen vroeg om organisatorisch talent: het juiste afstemmen van het aantal deelnemers aan de capaciteit van de uitvoerder, het zo verstandig mogelijk inplannen van herhaalmetingen voor de bloeddruk, het op handige wijze ordenen van het vele papier, het vinden van een praktische manier van versturen van data en bloed naar het consultatiebureau, het maken van afspraken met anderen in de praktijk voor taakovername tijdens afwezigheid etc. etc. In alle praktijken waren er wel een of meerdere zaken die nog speciale aandacht vroegen door specifieke eventueel afwijkende praktijkomstandigheden. Door haar inzicht en deskundigheid aangaande het project had de uitvoerende assistente aldus een spilfunctie bij het zoeken naar een optimale uitvoering van het project, met optimale inpassing in het algehele praktijkgebeuren. Het resultaat van haar organisatorische kwaliteiten waren daarbij echter weer afhankelijk van het inzicht en soms ook de voortvarendheid van de huisarts. De samenwerking tussen beide was een wezenlijke factor in het uiteindelijke welslagen van het preventieve project. Zoals al eerder vermeld kwam in één praktijk het project niet van de grond. Naar de mening van de onderzoeker lag dit zeker niet aan de capaciteiten en enthousiasme van de uitvoerende assistente.

Ondersteuning Rifoh-assistente

In het logboek noteerde de uitvoerende assistente de contacten die zij in het kader van haar werk aan het Rifoh-project had met de huisarts en de medewerkers van het consultatiebureau.

In het algemeen kan gezegd worden, dat de Rifoh-assistente slechts weinig beroep deed op anderen. In hoeverre onderregistratie speciaal wat dit item aangaat een rol speelt kan niet worden achterhaald.

Bij 4% van het totaal aantal onderzoeken in de meetperiode werd de hulp van de huisarts ingeroepen. Bijna in alle gevallen betrof dit assistentie die nodig was bij de venapunctie. Sporadisch waren (zeer) afwijkende bevindingen aanleiding de huis-

arts direct bij het patiëntenonderzoek te roepen. De echtgenotes deden tijdens de onderzoeken opvallend vaker een beroep op de huisarts (tabel IX-12).

Tabel IX-12 Het aantal keren dat de Rifoh-assistente een beroep deed op anderen in de eerste 15 Rifoh-werkweken.

	N	Hulp nodig van huisarts bij onderzoek % van totaal aantal basis-onderzoeken	Contact met het consultatiebureau % van totaal aantal werkweken	Overleg met huisarts % van totaal aantal werkweken
Echtgenote	9	7	26	23
Assistente -tussendoor	6	2	11	8
Assistente -aparte middag	6	1	31	20
Totaal*	21	4	23	17

Bron: Logboek

*exclusief praktijk nr. 4

In gemiddeld één op de vier Rifoh-werkweken had de assistente contact met een medewerker van het consultatiebureau. In ruim de helft van de gevallen betrof het vragen/opmerkingen over de administratie en de verzending van de data en het bloed. Overleg met de huisarts over het project registreerde de Rifoh-assistente gemiddeld eens per zes Rifoh-werkweken. Dit overleg had meestal betrekking op de planning van het project in de praktijk, maar ook het beleid bij een bepaalde patiënt had nog al eens de aandacht.

De door de assistente bestede tijd voor overleg in deze startperiode bedroeg slechts een fractie van de tijd die gemoeid was met de uitvoering van het project.

Voldoening van de assistente bij het werk

Om een indruk te krijgen in hoeverre de assistente van mening was dat de preventieve activiteiten haar voldoening gaven is

hiernaar in het logboek gevraagd. Het werk blijkt veel voldoening te geven.

In tabel IX-13 is opgenomen hoe vaak "veel" werd gekozen uit de alternatieven veel/redelijk/matig/weinig.

Het ervaren van matig of weinig voldoening bleek bij de praktijkassistente overigens opvallend vaak samen te hangen met problemen die waren opgetreden met de inpassing van de Rifoh-activiteiten in het overige praktijkwerk. Veelal stond dit weer in verband met extreme drukte (griep-periode, vakantie) of afwezigheid van een collega.

Echtgenotes categoriseerden opvallend vaak de door hen ervaren voldoening als redelijk. Specifieke redenen daarvoor waren niet uit de logboek gegevens destilleerbaar.

In het algemeen wordt er in de beginperiode in het logboek spontaan nogal veel negatieve uitlatingen gedaan over de geweldige hoeveelheid administratie, die het project met zich meebrengt.

Tabel IX-13 Percentage weken waarin "veel" voldoening door de assistente bij de uitvoering van de Rifoh-werkzaamheden werd aangegeven. Tevens de beoordeling van de inpasbaarheid van het project als "goed".

	N	Voldoening: veel	Inpasbaarheid: goed
Echtgenotes	9	44	niet van toepassing
Assistentes -tussendoor	6	80	73
Assistentes -aparte middag	6	77	67 (beperkt van toepassing)

*Exclusief praktijk nr. 4.

Tempo van onderzoek in de praktijken in vergelijking met optie uit rapport Vorst.

De verwachting vooraf was dat men met gebruikmaking van de case-finding methode zo'n 75 procent van de doelpopulatie in 3 jaar zou moeten kunnen onderzoeken. In de voorbereidingsperiode werd de praktijken voorgerekend dat dit voor een normpraktijk

van 2600 patiënten (1980) het onderzoeken van zo'n 140 personen per jaar betekende. In de loop van de eerste paar maanden werd duidelijk dat dit aantal voor de veelal grotere en anders samengestelde deelnemende praktijken varieerde van 110-600 personen per jaar (hoofdstuk VIII).

Teneinde een kwantitatieve indruk te krijgen van de start in de verschillende praktijken is gekeken naar het aantal personen dat in het eerste half jaar werd onderzocht in vergelijking met het aantal dat volgens de belastingformule in het rapport Vorst onderzocht had moeten worden. Uitgegaan is van de feitelijke doelpopulatie in de praktijken. (Tabel IX-14)

Tabel IX-14 Percentage meer of minder onderzochte personen in het eerste half jaar ten opzichte van het streef aantal ($=1/6 \times 75\%$ van doelpopulatie), naar uitvoerder.

	N	% minder onderzocht		% meer onderzocht		
		20-70	0-20	0-10	30-50	>100
Echtgenote	9		2	2	4	1
Praktijk assistente	13	5	3	1	2	2
Totaal	22	5	5	3	6	3

Iets meer dan de helft van de praktijken onderzocht minstens het "gewenste" minimumaantal. Vijf praktijken onderzochten veel te weinig patiënten om redelijkerwijs na 3 jaar op 75% terecht te komen. Bij twee hiervan is deze uitkomst zoals we al eerder opmerkten niet verwonderlijk: één praktijk (nr. 16) gaf een eigen interpretatie aan de opzet door het nalaten van uitnodigingen voor onderzoek aan patiënten, terwijl de tweede praktijk (nr. 4) zoveel moeilijkheden had met de inpassing van het project, dat deze geen andere mogelijkheid zag dan stoppen. Het niet op schema liggen van een achttal andere praktijken werd in een aantal hoofdzakelijk veroorzaakt door ogenschijnlijk niet oplosbare ruimteproblemen. Andere praktijken kampten met een té

lage onderzoekscapaciteit van de uitvoerende assistente. Men had in deze gevallen veelal de tijdsduur per onderzoek onderschat, men was geconfronteerd met een veel grotere doelgroep dan vooraf verwacht of men had zich niet gerealiseerd dat de assistente tijdens de onderzoeken niet beschikbaar was voor andere praktijktaken (telefoon).

De ongunstige uitgangsomstandigheden en de beperking in tijd van vele assistentes t.o.v. echtgenotes tonen zich hier overduidelijk.

Er is geen relatie tussen het gerealiseerde tempo en het absolute aantal te onderzoeken patiënten. Praktijken met grote en met kleine doelpopulaties realiseerden in gelijke mate een laag dan wel hoog tempo.

Op de belemmerende en bevorderende factoren in de praktijken wordt in de volgende hoofdstukken nog nader ingegaan.

Ondersteuning van de huisartspraktijk door consultatiebureau/ BAGD

Na de voorbereidingscursus van de assistentes op het consultatiebureau verzorgden in alle regio's de CB-medewerksters nog een begeleiding in de eigen praktijk: de assistentes werden tijdens hun (eerste) onderzoeken en adviseringen met raad en daad bijgestaan. Door bijna alle assistentes werd dit zeer gewaardeerd. Een enkele keer -indien nodig bevonden, soms op verzoek- kwamen de CB medewerkers nog voor een tweede keer superviseren. Naast dit uitvloeisel van de cursus was er nog een ander initiatief wat daarmee samenhing. In alle regio's behalve Doetinchem, werd een evaluatiebijeenkomst gepland, ongeveer twee maanden na de start.

Over de inhoud van de ondersteuning door de basisgezondheidsdienst in het verdere verloop van het project waren er eigenlijk geen duidelijke afspraken -ook het rapport Vorst zegt hier niets over- afgezien van de data-flow die via de ondersteunende dienst zou moeten gaan.

Aangezien de assistente het project nagenoeg geheel zelfstandig uitvoerde was zij het ook nagenoeg alleen die contact had met de medewerkers van het consultatiebureau. Met de huisarts was

geen relatie. De mate van contact hing veelal af van de behoefte die de Rifoh-assistente in de huisartspraktijk hieraan had en van enkele praktische omstandigheden, zoals afstand en daarmee samenhangend het persoonlijk brengen van computerformulieren en bloed. Het contact had een lage drempel: men kende elkaar van de cursus en er was een band daar men beide met nagenoeg dezelfde activiteiten bezig was.

Men kon de medewerksters van het consultatiebureau voor nagenoeg alles wat maar niet helemaal duidelijk was bellen en men deed dit ook: als men niet uit de richtlijnen in het protocol kwam, als men niet wist wat er ingevuld moest worden op de computerformulieren, maar ook als de patiënt al te moeilijke vragen stelde. Naarmate men meer routine kreeg verschraalde de inhoud van de contacten steeds meer om uit te monden in nagenoeg uitsluitend bestellingen en mededelingen.

Op de evaluatiebijeenkomst, ongeveer twee maanden na de start, kwam het patiëntenonderzoek zelf bijna niet meer aan de orde; men had het onder de knie. Ter sprake kwam overal het toch nog onverwacht grote tijdsbeslag van het preventieve programma, mede door de omvangrijke administratie eromheen. Ook daarmee verband houdend werd soms opgemerkt dat men veel meer hoogrisicodragers identificeerde dan verwacht waardoor men onverwacht zwaar werd belast. De rol van de huisarts in het project werd overal min of meer bewust aangekaart. In veel praktijken bleek deze tot dan toe zeer beperkt. Men zag veelal geen uitslagen direct en er waren in zeker de helft van de praktijken geen afspraken over notering van de gegevens op de gewone patiëntenkaart. Afgesproken werd dat er een aparte doorslag voor de huisarts in het profielformulier opgenomen zou gaan worden om de informatie naar de huisarts te optimaliseren. Afspraken over doorverwijzing van patiënten naar huisarts werden in dit kader ook besproken.

De ingewikkelde procedure rondom de serumbuisjes (transport en conservering) waren overal onderwerp van discussie. Het feit dat men door het lange wachten op de cholesteroluitslag patiënten pas weken na het onderzoek bericht kon geven stelde veel assistentes teleur, zo bleek op de bijeenkomst. Een deel van de praktijken lukte het over de bloedverzending betere afspraken

te maken, voor anderen leek er geen betere oplossing mogelijk. Een opvallende ervaring in het aantal contacten van de Rifoh-assistente in de huisartspraktijk met de medewerkers van het consultatiebureau trad op rondom het tijdstip dat de eerste heronderzoeken uitgevoerd moesten gaan worden. Men wist het allemaal niet meer zo goed hoewel een en ander wel ter sprake was gekomen in de cursus. Naar de mening van sommige assistentes was de instructie -achteraf gezien- toch onvoldoende geweest. Met ad-hoc hulp van de ondersteunende dienst kwam men er overal toch uit.

Tweemaal werd er in de beginperiode door de huisartspraktijk een verzoek aan het consultatiebureau gericht om een extra assistente op te leiden voor de uitvoering van het programma: eenmaal omdat de assistente de praktijk in de nabije toekomst zou gaan verlaten en eenmaal ter uitbreiding van de capaciteit. De consultatiebureau's waren hiertoe bereid en met hulp van de coördinator/diëtiste werd de extra scholing georganiseerd. Beide partijen bereikten zonder problemen overeenstemming over de procedure. Het doel werd bereikt, dankzij de goede inzet van alle betrokkenen.

Ervaringen van de huisartsen en assistentes

De ervaringen van de deelnemende huisartsen en assistentes met het project zijn geïnterviewd middels een (derde) vragenlijst. Vijf tot zes maanden na de start ontvingen alle op dat moment actieve huisartsen en assistentes een lijst met nagenoeg dezelfde vragen, 18 respectieffelijk 15 in aantal. Alle lijsten -van 27 huisartsen en 26 assistentes- werden ingevuld retour ontvangen.

De inhoud van de vragenlijst had globaal betrekking op drie onderwerpen: de inhoud van het programma, de uitvoerbaarheid van het project in de praktijk en de ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg.

Inhoud

De huisartsen zijn voor het overgrote deel erg enthousiast over de structurele aanpak van de risicofactoren; het boven water komen van bijvoorbeeld voorheen onbekende hypertensie en/of

familiaire belasting ervaren ze als bruikbaar gereedschap in de strijd tegen hart- en vaatziekten. Velen zijn verbaasd over de toeloop en goede inzet van patiëntenzijde. Men is op één uitzondering na tevreden over de zelfwerkzaamheid die de assistente aan de dag weet te leggen. In het algemeen gesproken vindt twee derde van de huisartsen dat een doktersassistente op een taak, zoals in het Rifoh-project, is berekend. De assistentes zelf zijn bijna unaniem zeer ingenomen met het project en hun zelfstandige taak daarin. Het persoonlijke contact met de patiënt geeft hen veel voldoening. Voor het overgrote deel ervaart men goede motivatie bij de patiënten om de gegeven adviezen op te volgen.

Uitvoerbaarheid

Over het verloop van de start van het project in de praktijk zeggen huisartsen en assistentes het volgende: ruim drie kwart vindt deze gemakkelijk verlopen. Vijf assistentes en vier huisartsen beoordelen de start als niet zo gemakkelijk verlopen. Vier assistentes vinden, achteraf gezien, dat de getroffen voorbereidingen onvoldoende zijn geweest tegen slechts één huisarts. De huisartsen zijn voor ruim drie kwart tevreden over de manier waarop het project op dat moment loopt, zes huisartsen zijn redelijk tevreden, één huisarts is ontevreden.

Van de assistentes zegt de helft zelden of nooit een beroep te moeten doen op de medewerkers van het consultatiebureau en ruim de helft zelden of nooit op de huisarts. De rest categoriseert het beroep op anderen als niet zo vaak voorkomend. De samenwerking tussen huisarts en assistente is door het project volgens twee derde van de respondenten niet veranderd. Acht huisartsen en vier assistentes maken melding van verbetering van de samenwerking. Over de betrokkenheid van de huisarts bij de activiteiten in het kader van het RIFOH-project zijn de meningen van huisartsen en assistentes tamelijk negatief en opvallend eenduidig: nauwelijks of in het geheel niet betrokken oordeelt ruim een kwart, niet zo betrokken eveneens ruim een kwart, een minderheid ervaart duidelijke betrokkenheid. Uitgesplitst naar al dan niet participeren van een echtgenote van de huisarts in het Rifoh-project worden de getallen echter sprekender. Drie kwart van de echtgenotes ervaart duidelijke betrokkenheid van

de huisarts tegen slechts een derde van de assistentes. De huisartsen antwoorden hiermee overeenstemmend.

Over de feitelijke taakverdeling bij de organisatie van het Rifoh-project is men het ook met elkaar eens. Vier vijfde meent dat die grotendeels of geheel op de schouders van de assistente rust. Een vijfde ervaart de last als gedeeld. Een kwart van de assistentes vindt de verantwoording die ze hebben voor de gang van zaken binnen het project (te) zwaar, ruim een derde helemaal niet zwaar.

Over het verloop van het project in de verschillende fasen lopen de meningen van huisartsen en assistentes redelijk parallel, waarbij beiden duidelijk positiever oordelen naarmate het project in een latere fase komt. In de fase van de voorbereidingen zijn de huisartsen wat negatiever, in de loop van het project komen er meer kritische geluiden van de kant van de assistentes.

Ten aanzien van de ondervonden moeilijkheden zijn de meningen ook redelijk eensluidend. Een derde maakt melding van tijdgebrek, een vierde van ruimtegebrek, een kwart heeft problemen ervaren bij de organisatie van de verschillende Rifoh-werkzaamheden. Bijna de helft maakt melding van een botsing van de Rifoh-taken en praktijktaken. Huisartsen ontkennen vaker dan assistentes een botsing van taken, 60% tegen 40%.

De huisartsen denken na hun ervaringen met het Rifoh-project duidelijk positiever over preventie in de huisartspraktijk en de mogelijkheden daarvan in de toekomst; 10 veel positiever, 7 iets positiever, 10 denken er nog hetzelfde over.

Aspecten die zij voor het slagen van preventieve programma's in de huisartspraktijk met inschakeling van de assistente (heel) belangrijk vinden zijn: goede voorbereiding van de assistente (alle 27), goede financiële voorwaarden (22 van de 27), bereidheid om de praktijkorganisatie aan te passen (22 van de 27). Een meerderheid (15 van de 27) vindt tevens (heel) belangrijk: bijeenkomsten met andere assistentes, begeleiding van assistentes van buitenaf, coördinatie door huisarts-organisaties.

Ondersteuning vanuit basisgezondheidszorg

Over de vruchtbaarheid van de samenwerking met het consultatiebureau oordelen de assistentes duidelijk positiever dan de huisartsen. In de aanlooffase van het project beoordelen alle

assistentes deze als (erg) vruchtbaar tegen drie kwart van de huisartsen. In de periode daarna resp. drie kwart en ruim de helft. Gezien de ervaringen met het Rifoh-project acht ruim de helft van de huisartsen het nut van basisgezondheidsdiensten als ondersteuning van preventieve programma's in de huisartspraktijk groot, een kwart matig, de rest gering.

Observaties van de onderzoeker

Vanaf de eerste activiteiten rond het project, werden vooral door huisartsen twijfels geuit verband houdend met de vraag in hoeverre men medicaliserend bezig was. Het enthousiasme voor het onderzoek van patiëntenzijde hielden deze twijfels meer dan overeind. In de contacten met de huisartsen is door de onderzoeker steeds geïnformeerd naar bespeurde onrust bij de praktijkpopulatie en/of een toename van spreekuurcontacten op basis van de preventieve activiteiten van de assistente. Het antwoord was steeds ontkennend.

Bijna alle huisartsen waren gelukkig met het feit dat de assistente (veel) plezier beleefde aan haar patiëntgerichte taak en dat hijzelf door de preventieve onderzoeken nauwelijks werd belast. Dit resulteerde veelal in een tamelijk afstandelijke houding van de huisarts ten opzichte van het hele project, waar gaandeweg de keerzijde zich van manifesteerde bij beide partijen. Voor overdracht van patiëntgegevens van assistente naar huisarts moest de huisarts afspraken en opdrachten formuleren. Dit kwam er bijvoorbeeld niet altijd of pas veel te laat van. Bij problemen was het voor de assistente een nadeel dat de huisarts niet zo betrokken en niet van alles goed op de hoogte was: het samen zoeken naar oplossingen verliep dan stroever. Dit fenomeen speelde vooral in praktijken waar de praktijk-assistente het project uitvoerde. Na verloop van tijd gaven veel huisartsen aan het te betreuren dat ze zich in de beginperiode te afzijdig hadden opgesteld. Assistentes waren soms teleurgesteld over de veelal vermeende, "desinteresse" van de huisarts.

X Voortgang van het project in de praktijken

Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen, lukte het in 21 van de 22 gestarte praktijken het project een eigen plaats te geven in het hele praktijkgebeuren, hoewel het zeker niet overal zo was dat het "gewenste" tempo werd gerealiseerd.

In de loop van het eerste jaar kreeg men veelal beter grip op het project. Vooral een aantal assistentes wisten het tempo van onderzoek op te voeren door aanpassingen in de startperiode die later hun vruchten begonnen af te werpen.

Uitvallers

In het begin van het tweede jaar deden zich in twee praktijken problemen voor die uiteindelijk leidden tot het einde van de preventieve activiteiten. Eén praktijk stond bloot aan allerlei ingrijpende veranderingen, waaronder uiteindelijk ook het vertrek van de assistente die samen met de echtgenote van de huisarts het project uitvoerde. In de andere praktijk ging de assistente vervroegd met zwangerschapsverlof en was er onzekerheid omtrent de toekomst. De assistente keerde wel terug, maar werkte niet meer full-time. In beide praktijken probeerde men de preventieve activiteiten voort te zetten, maar het lukte uiteindelijk niet het project na een maandenlange impasse een nieuwe impuls te geven. De praktijken, konden de extra energie (opleiden van nieuwe assistente, reorganisatie door opgelopen achterstand) op dat moment niet meer opbrengen. Tot op het moment van stoppen wisten beide praktijken een voldoende tempo van onderzoek te halen. Zij zagen in één jaar ruim een kwart van hun doelpopulaties.

In de loop van het tweede jaar kampten nog twee andere praktijken met problemen betreffende de continuïteit: twee echtgenotes waren vóór respectievelijk na een zwangerschaps- en kraamperiode ook nog een tijd afwezig door ziekte. Het project werd hier niet beëindigd maar het was duidelijk merkbaar dat het niet meeviel na een periode van discontinuïteit de draad weer op te nemen. In één praktijk was het tempo voordien al laag (kraamperiode, studie en gewone praktijktaken), in de andere praktijk was er tot op het moment van de stagnatie een bevredigend tempo.

In een drietal praktijken had de tijdelijke afwezigheid van de Rifoh-assistente door zwangerschap geen desastreuze gevolgen voor het project. Eén echtgenote was tweemaal slechts een korte periode niet actief, terwijl twee assistentes hun taken konden overdoen aan een andere Rifoh-assistente.

Uit het voorgaande is duidelijk dat de voortgang van het project in de praktijken zeer afhankelijk was van de uitvoerende assistente. In slechts een zeer beperkt aantal praktijken was men in staat afwezigheid van de uitvoerende assistente goed op te vangen. Vooral als de duur van de periode van afwezigheid vooraf onbekend was en als deze plotseling kwam was het moeilijk direct een goede oplossing te bedenken én te realiseren. Onzekerheid over terugkeer van de assistente na een zwangerschapsverlof had eveneens een negatieve invloed op de voortgang.

Het inschakelen van de echtgenote maakt de praktijk minder kwetsbaar voor continuïteits-problemen, zo dacht men vooraf. In twee praktijken schakelde men de echtgenote zelfs in omdat in de startperiode de praktijkassistente zou vertrekken. Toch blijkt uit het evaluatie-onderzoek dat inschakeling van de echtgenote continuïteit niet garandeerd. Eén van de negen praktijken waar de echtgenote het project (mee) uitvoerde stopte en twee kwamen (mede door meerdere onderbrekingen) uiteindelijk niet verder dan het onderzoeken van ruim één derde van de doel-populatie.

Vakantieperiode

In nagenoeg alle praktijken waren er in de vakantieperiode minder Rifoh-activiteiten. In de maanden juli en augustus werden er in vergelijking met de overige maanden gemiddeld maar half zoveel basisonderzoeken gedaan. De praktijkassistentes hadden hierin weinig keuze: met minder personeel in de praktijk en werkverzwaring door waarneming waren er veelal geen mogelijkheden voor Rifoh-activiteiten. Echtgenotes planden vaak op voorhand schoolvakanties zoveel mogelijk vrij. Daarbij moest er in de vakantieperiode noodzakelijkerwijs al veel aandacht zijn voor de aan tijd gebonden heronderzoeken. Deze vereisten een goede planning en veelal extra inspanning om de patiënten op tijd naar de praktijk te krijgen.

De periode rond Kerstmis en Nieuwjaar was evenals de zomertijd een periode met minder Rifoh-activiteiten, evenals enkele weken in voor- en najaar, veelal de schoolvakantieweken.

Naast het feit dat lange perioden waarin het project stillag een bedreiging vormden voor de voortgang van de preventieve activiteiten, blijkt het dus ook zo te zijn dat er vele kortdurende onderbrekingen optraden die het uiteindelijk aantal onderzochte patiënten negatief beïnvloedden.

Regelmaat van werken:

Om een indruk te krijgen in hoeverre men er werkelijk in slaagde om van de preventieve activiteiten een continu proces te maken is in de logboeken gekeken naar het aantal weken tussendoor waarin geen Rifoh-activiteiten waren. Bij praktijken die definitief stoppen met het project is alleen de actieve periode bestudeerd. De variatie tussen de verschillende praktijken is enorm. Een drietal praktijken slaagde erin gedurende 2 jaar behalve een vakantieperiode van 3 weken per jaar, elke week aan het project te werken. In vier praktijken viel één van de twee of drie weken uit. In één van deze vier praktijken heeft een kraam- en ziekteperiode hierop gedeeltelijk invloed. De wijze van uitvoering van het project heeft invloed op de regelmaat van werken: assistentes die de Rifoh-activiteiten min of meer geïntegreerd hebben in de overige werkzaamheden hebben opvallend weinig uitvallende weken. Zoals we in het vorige hoofdstuk zagen werken ze gemiddeld zo'n drie dagen per week aan het project. De kans dat de hele week uitvalt is daardoor kleiner.

Tabel X-1 Percentage van de weken dat het Rifoh-project liep, waarin geen werkzaamheden genoteerd werden, naar uitvoerder. Registratieperiode 65-118 weken (gem. 89 weken).

	N	% weken zonder Rifoh-activiteiten			
		< 10%	10-19	20-29	≥ 30
Echtgenote	9		3	5	1
Assistente - tussendoor	5	3	2		
Assistente - aparte middag	7		3	1	3
Totaal	21	3	8	6	4

De regelmaat van werken lijkt een relatie te hebben met het welslagen van het project. Als er weinig uitval van weken is (20%) weet men in 2 jaar ruim de helft van de doelpopulatie te zien. Alle praktijken waar in één op de drie weken geen Rifoh-activiteiten zijn hebben na 2 jaar maar ruim een kwart van de doelpopulatie gezien.

Belasting van de praktijken

De taak waarvoor de praktijk zich zag gesteld liep sterk uiteen. De ene praktijk had ruim vierhonderd personen die voor onderzoek in aanmerking kwamen, een andere bijna vierentwintighonderd.

De procedure van het onderzoek was voorgeschreven en dus voor iedereen hetzelfde. Toch bleken er nog aanzienlijke verschillen in belasting te ontstaan tussen de praktijken door twee andere factoren: ten eerste het aantal personen dat in de hoogrisicogroep valt en ten tweede de mate waarin patiënten voor heronderzoek bereikbaar zijn c.q. bereikt worden (tabel X-2 en 3). Overigens was het zo dat assistentes met een hoog onderzoekstempo over het algemeen ook een goed bereik hadden bij de heronderzoeken.

Meer personen in de hoogrisicogroep betekent meer mondelinge adviseringen (20 minuten) en meer heronderzoeken met bijbehorende administratie (20 + 20 minuten). Veel uitvallers bij het heronderzoek betekent minder te investeren tijd.

Tussen de praktijken waren er grote verschillen in deze beide factoren. Sommige praktijken (nr. 15, 17, 2, 13, 20, 12, 22, 6) moesten door (de combinatie van) deze factoren meer tijd investeren per onderzochte patiënt dan bepaalde andere praktijken (b.v. 1, 16, 7, 9, 10, 11, 14).

Tabel X-2 Percentage personen per praktijk dat in de hoogrisicogroep valt, naar uitvoerder

	N	% hoogrisicodragers			
		< 15	15-24	25-34	≥ 35
Echtgenote	9		4	5	
Praktijk assistente	12	1	2	4	5
Totaal	21	1	6	9	5

Tabel X-3 Percentage personen dat voor het heronderzoek na 4 maanden wordt gezien. Naar uitvoerder

	N	Heronderzoek uitgevoerd %			
		< 75	75-85	85-95	≥ 95
Echtgenote	9		1	3	5
Praktijk assistente	12	4	2	6	
Totaal	21	4	3	9	5

Belasting van de Rifoh-assistente met veel adviseringen en heronderzoeken betekende dat zij relatief minder basisonderzoeken kon doen. Een verschil in de aard van de onderzochte populatie kon zo in het breed opgezette en tijdrovende Rifoh-programma grote consequenties hebben op de "output".

De tijdsregistratie van de logboeken bevestigt de veronderstelling dat een groter percentage hoogrisicodragers samen gaat met een grotere tijdsbelasting. Voor assistentes die relatief zeer veel onderzoeken doen blijkt dit echter niet meer op te gaan. Opvallend is dat alleen praktijkassistentes werden geconfronteerd met extreem hoge percentages hoogrisicodragers en tevens met hogere uitvalspercentages voor de heronderzoeken. Dit lijkt veel te maken te hebben met de locatie van de praktijk. De echtgenotes (relatie apotheek!) opereerden veelal in kleinere woongemeenschappen, terwijl de praktijkassistentes voor het overgrote deel werkzaam waren in grote steden en grote forensengemeenten.

Taak assistente

Zelfstandig werken

In het hoofdstuk over de startperiode is het aantal contacten van de uitvoerende assistente met de ondersteunende dienst en de eigen huisarts(en) in de beginfase van het project aan de orde geweest. Met het oog op de ontwikkeling van de intensiteit van deze contacten zijn deze ongeveer driekwart jaar later opnieuw bekeken (tabel X-4).

Tabel X-4 Het aantal keren dat de Rifoh-assistente een beroep deed op anderen in het kader van het project.
 Meetperiode: 1 eerste 15 Rifoh-werkweken
 2 idem driekwart jaar later

	N	Hulp nodig van huisarts bij onderzoek		Contact met het Consultatiebureau		Overleg met huisarts	
		% van totaal aantal basis-onderzoeken		% van totaal aantal werkweken		% van totaal aantal werkweken	
		Start	3/4 jaar later	Start	3/4 jaar later	Start	3/4 jaar later
Echtgenote	9	7	3	26	9	23	21
Assistente-tussendoor	(6)5*	2	0	11	8	8	5
Assistente-aparte middag	(6)7	1	1	31	7	20	7
Totaal	21	4	2	23	8	17	13

* in één praktijk veranderde de werkwijze

Het aantal keren dat men hulp van de huisarts nodig heeft bij de uitvoering van de onderzoeken is gehalveerd. Het merendeel komt nog steeds op rekening van de echtgenotes.

De contacten met de consultatiebureau's lopen sterk terug, het overleg met de huisarts wordt ook minder, behalve in de situatie echtgenote-huisarts. Het lijkt erop alsof de assistentes, die het werk tussendoor deden vanaf het begin hun zaakjes vaker zelf regelden.

Onderrapportage in de logboeken is wat deze items betreft mogelijk. Duidelijk is echter dat de assistente het werk goed aankon. De cijfers uit de logboeken tonen misschien ook iets anders namelijk dat zij in het Rifoh-project mogelijk "geïsoleerder" bezig was dan de echtgenote van de huisarts (lagere drempel, grotere betrokkenheid van huisarts bij het project).

Voldoening

De assistentes putten na verloop van tijd nog evenveel voldoening uit de preventieve werkzaamheden als in het begin. Bij de echtgenotes loopt de ervaren voldoening verder terug. De

invulling van het logboek is ook minder geworden (post of prop-ter) (tabel X-5).

Tabel X-5 Percentage weken waarin "veel" voldoening door de assistente bij de uitvoering van de Rifoh-activiteiten werd aangegeven. Tevens de beoordeling van de inpasbaarheid van het project als "goed". Vergelijking tussen start-periode en driekwart jaar later

	N	Voldoening: "veel"		Inpasbaarheid: "goed"	
		Start	3/4 jaar later	Start	3/4 jaar later
Echtgenotes	9	44	27	niet van toepassing	
Assistentes -tussendoor	(6)5	80	81	73	90
Assistentes -aparte middag	(6)7	77	80	73	85

De inpasbaarheid van de activiteiten in de andere praktijkwerkzaamheden was volgens de assistentes na verloop van tijd beter.

Patiëntenaanbod en uitnodiging

Zoals ook in het hoofdstuk IX werd opgemerkt waren er in de beginfase geen belemmeringen van patiëntenzijde voor de voortgang van het onderzoek: de animo om mee te doen was zeer groot.

In het evaluatie-onderzoek was de vraag opgenomen welk deel van de doelpopulatie de praktijken met behulp van de case-finding methode in de eerste twee jaar konden bereiken. Deze vraag kon in deze zin niet worden beantwoord. De case-finding methode werd namelijk doorkruist door het project zelf. Het onderzoek kon niet meteen bij spreekuurbezoek en uitnodiging worden gedaan, maar belangrijker nog was dat de onderzoekscapaciteit van de assistente beperkt was en veel mensen in het begin niet uitgenodigd konden worden. Een (onbekend) aantal zal in de tijd daarna de praktijk niet opnieuw hebben bezocht. Er was dus sprake van een soort "pseudo" case-finding.

Echter nog meer factoren vertroebelde het onderzoek naar het mogelijke bereik van het preventieve programma: de gegevensver-

zameling over de invitatie moest soms door meerdere personen worden verricht. Het is daarom zeer de vraag of de alfabetische lijst van de doelgroep, die slechts in enkelvoud in de praktijk aanwezig was, altijd volgens de richtlijnen is ingevuld. De ondanks deze beperkingen verzamelde gegevens komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Het uitnodigen van de patiënten op zich was (on)verwacht toch ook een niet weg te cijferen belasting: de uitgebreidheid en het tijdsbeslag van het preventieve onderzoek vroegen om uitleg, de door de patiënt in te vullen vragenlijsten moesten worden aangereikt en men moest tot een schikkende afspraak komen. Door praktijkassistentes die zelf het project uitvoerden werd dit meestal niet als belastend ervaren. Wanneer de huisarts uitnodigde, terwijl de praktijkassistente de onderzoeken uitvoerde, hield de assistente toch vaak een deel van de uitnodigingsprocedure in eigen hand. In de praktijken waar de echtgenote het project uitvoerde kwam er voor het werven van onderzoekskandidaten meer kijken. Veelal werd de gewone praktijkassistente geïnstrueerd (een deel van) de uitnodigingsprocedure voor haar rekening te nemen, de huisarts moest zich bij afwezigheid van zijn echtgenote vaak eveneens inspanning getroosten om patiënten te werven. Op enkele uitzonderingen na gaf het werven van patiënten in deze praktijken aanleiding tot problemen. Drie van deze praktijken brachten al na een jaar -toen pas een kwart of een derde van de totale groep was onderzocht- stagnatie in de toestroom van patiënten naar voren, terwijl assistente-praktijken moeiteloos door gingen tot de helft of meer. Het gebrek aan zeer duidelijke afspraken tussen de betrokkenen als er sprake was van gedeelde verantwoordelijkheid, speelde hierbij naar de mening van de onderzoeker een grote rol. De indruk bestond ook dat assistentes gewoon iedereen die in aanmerking komt op grond van zijn leeftijd voor onderzoek vragen terwijl huisartsen (en daarmee soms ook hun echtgenotes) selectiever te werk gaan.

Praktijkassistentes die zelf uitnodigden hadden de eerste anderhalf jaar geen gebrek aan personen voor onderzoek. Hun capaciteit was ook niet zo groot, dus zij spreidden de grote toevloed in het begin ruim uit. Zij wisten veelal ook precies wie niet vaak naar de praktijk komt en dus als eerste gevraagd moest worden.

De uitvoerende echtgenotes konden door (beperkte) uitbreiding van hun werktijd aan het project de grote toevloed in het begin veelal beter opvangen. Het was voor hen misschien daarna een grote tegenvaller het opgevatte tempo niet te kunnen doorzetten. Van nauwelijks inspanning leveren voor werving, moest er ineens wel inspanning geleverd worden. Dat viel niet mee. Nog al eens viel er een gat, waarvan mogelijk een demotiverende invloed uit ging.

Bij voortdoring werd door de uitvoerende Rifoh-assistentes gemeld dat slechts weinig patiënten niet aan het onderzoek mee wilden doen. Naarmate er in de loop van het tweede jaar meer berichten kwamen dat men moeilijk patiënten kon bereiken voor onderzoek, hoewel men soms pas een (klein) deel werkelijk had onderzocht, werd het de onderzoeker steeds duidelijker dat er zeer verschillend werd geïnviteerd. In wisselende mate werden patiënten vrijgelaten het voorstel nog eens te overwegen, om daarna dan zelf een afspraak te maken. De mate waarin deze personen dan alsnog voor onderzoek werden gezien hing weer af van vele factoren, ook weer van de houding van de assistente zelf, die weer op het onderzoek terug kon komen.

In de eerste twee jaar van het project, waarin met patiënten niet actief (telefoon of briefje) mocht werven, wisten zowel oplettende en doorzettende huisartsen als assistentes tot zeventig procent van de doelpopulatie te bereiken voor onderzoek.

De alfabetische lijst van de doelgroep had in het evaluatieonderzoek het doel iets te weten te komen over de manier waarop en de mate waarin deelname tot stand kwam. De lijst had ook een nevendoeel: de assistente had ermee een overzicht over "haar" doelgroep en bij goede invulling kon zij gemakkelijk vinden wie al wel of nog niet was uitgenodigd.

Van de lijst werd op wisselende wijze gebruik gemaakt. In twee echtgenote-praktijken was hij in het begin niet vervaardigd, in één echtgenote-praktijk werd hij nooit gebruikt. Het overgrote deel van de praktijken kon er hun voordeel mee doen toen in de loop van anderhalf tot twee jaar het aantal potentiële kandidaten drastisch begon te minderen. Van de praktijken die in het 3e jaar nog actief waren gebruikte ongeveer de helft de lijst om nog niet geïnviteerde personen actief te benaderen (7x assistente, 1x echtgenote). In de overige praktijken was geen

sprake van actieve benadering óf omdat men nog voldoende patiëntenaanbod had óf omdat men er principieel tegenstander van was.

Ervaringen patiënten

Aan een aselekt deel van de hoogrisicodragers werd bij het heronderzoek na 4 maanden door de assistente een vragenlijst voorgelegd. Invulling geschiedde in principe in de wachtkamer, maar bij gebrek aan een leesbril soms ook thuis (respons 83%; bijlage 11.3).

De onderzochte patiënten zijn zeer positief over het project. Men vindt unaniem het onderzoek nuttig, de gekregen adviezen duidelijk en het contact met de assistente open. Het voorlichtingsmateriaal vindt men (zeer) duidelijk en (zeer) bruikbaar. Ruim tweederde geeft aan dat men na het onderzoek in het gezin (erg) veel over de adviezen heeft gesproken. Slechts 10% doet dit weinig of niet. Bijna de helft ervaart ook solidariteit van de andere gezinsleden (houding, boodschappen, koken), een vijfde deel ervaart dit niet of weinig. Men geeft aan het meeste rekening te houden met de voedingsadviezen, driekwart: (heel) veel. Daarna volgen de adviezen betreffende lichaamsbeweging, de helft: (heel) veel en de rookgewoonten, slechts een kwart: (heel) veel.

Enkele maanden na de eerste contacten wordt nog bij éénderde van de respondenten (heel) veel in de gezinnen gesproken over de gekregen adviezen. Het langzamerhand in oude gewoonten vervallen is de belangrijkste reden van terugval.

Zeven procent zegt door het onderzoek meer dan een beetje bang te zijn geworden voor hun gezondheid. Ruim tweederde denkt zelf (zeer) veel aan hun gezondheid te kunnen doen. Ruim een kwart van de respondenten geeft aan behoefte te hebben gevoeld om na de contacten met de assistenten ook met de huisarts de uitslag van het onderzoek te bespreken, 93 procent hiervan doet dit ook inderdaad. Vijfennegentig procent van de ondervraagde hoogrisicodragers zegt anderen aan te raden aan het onderzoek deel te nemen.

Om te kijken in hoeverre er verschil is in beleving van het onderzoek in de huisartspraktijk of op het consultatiebureau

zijn de groep mannen van 35-40 jaar uit de huisartspraktijk vergeleken met de 35-36 jarige mannen die op het consultatiebureau zijn gezien. De respons op de vragenlijst in deze groep was 97%.

Men moet hierbij bedenken dat beide groepen respondenten een selectie zijn: de deelname aan het basisonderzoek is op de consultatiebureau's na 1 of 2 herinneringen gemiddeld 66%, van de hoogrisicodragers verschijnt 70-80 procent voor het heronderzoek. In de huisartspraktijk is het deelnamepercentage hoger. De drempel voor deelname en het weigeringspercentage is minder hoog en de selectie is daardoor minder dan bij het consultatiebureau-project. De respons voor het heronderzoek is bijna 90%. De iets lagere respons op de vragenlijsten in de huisartspraktijken (83↔97) doet daar weinig aan af. Het verschil in beleving van het onderzoek van de twee groepen respondenten blijkt gering te zijn. Meer mannen die gezien zijn op het consultatiebureau zeggen op termijn nog veel rekening te houden met het anti-rookadvies, bij de huisartspraktijkbezoekers blijven de voedingsadviezen beter bewust. Gescreenden op het CB hebben iets meer behoefte aan bespreking van de uitslag met de huisarts, ze komen er echter duidelijk minder vaak toe deze ook te bezoeken dan mannen die in de huisartspraktijk zijn onderzocht.

Ondersteunende rol basisgezondheidsdienst

Zoals al eerder gememoreerd bood het rapport Vorst de ondersteunende consultatiebureaus (BAGDen) weinig houvast waar het de inhoud van hun ondersteunende taken betrof. De bij de start van het project aan bod gekomen taken werden in het verdere verloop van het project gecontinueerd. De vraagbaakfunctie voor de huisartspraktijk werd op den duur steeds minder belangrijk door de opgebouwde routine van de assistentes. Over de verwerking van de bloedserumbuisjes en de computerformulieren bleef men zich ontfermen. Niet zonder problemen overigens. Er was ondanks alle inspanning geen bevredigende oplossing gevonden voor een uniforme verzending van de serummonsters. Door de uiteenlopende aantallen onderzochte patiënten in de praktijken en de verschillende afstanden werd er bloed verstuurd (soms zeer provisorisch) al dan niet ingevroren en persoonlijk of via tussenpersonen gebracht. Door het invriezen (en ontdooien) barst-

ten soms buizen/of werd het opgeplakte etiket onleesbaar. Niet zelden ontstond hierdoor irritatie tussen huisartspraktijk en CB, over en weer. Het persoonlijk brengen van de buizen gaf nooit problemen en verbeterde het contact met de medewerkers van het CB/BAGD, maar de vraag dringt zich op of deze gang van zaken voor een paar (of tiental) buisjes serum economisch verantwoord is.

De contrôle van de ingestuurde (of gebrachte) computerformulieren bleef ook na de niet probleemvrije aanvangsperiode een zaak die aandacht bleef vragen. Na verloop van tijd waren er twee werkmethoden: de assistente vulde de formulieren met codestroken in en stuurde alles op naar het CB of men vulde de formulieren en de codestroken in en stuurde alleen de laatsten op. In het eerste geval was er een betere controle mogelijk, maar het was een grotere belasting voor het consultatiebureau. Welke werkwijze werd gekozen hing af van de praktijk en het CB. De acuratesse waarmee de formulieren en codestroken door de Rifoh-assistentes in de praktijk werden ingevuld liep sterk uiteen. De reacties daarop van de CB's eveneens. De mate waarin men verbetering wist te bereiken hing af van de alertheid en inzet van de CB-medewerksters in de beginfase en deze was veelal weer bepalend voor de mate van irritatie over foute invulling in de verdere loop van het project.

De belasting van de verschillende CB's door de toevloed van serumbuisjes en formulieren uit de praktijken liep sterk uiteen. Van de ruim 11.500 onderzoeken die tot ongeveer medio 1985 in de praktijken werden verricht kwam bijna een derde tot stand met medewerking van de GGD Rotterdam. Amsterdam begeleidde het kleinst aantal onderzoeken. In hoeverre de mate van belasting van de CB's samenhangt met de manier waarop men de "controle" aanpakte is niet duidelijk, deze leek meer persoonlijk bepaald (tabel X-6).

Tabel X-6 Mate van belasting van de verschillende ondersteunende diensten, als percentage van het totaal aantal onderzochte personen. Tevens het absoluut aantal nog niet door de computer geaccepteerde onderzoeken.

	Aandeel in totaal aantal onderzoeken %	"foute" onderzoeken N
CB/GGGD Amsterdam	7	11
CB Doetinchem	13	9
CB Oestgeest	16	5
CB/BAGD Maastricht	9	54
GGD Rotterdam	24	67*
CB Tilburg	31	7
Totaal	100 (11484)	

*Rotterdam nog in actieve fase project

De mate waarin het de CB's gelukte alle invulfouten op te sporen had weer consequenties voor het vervolg: niet goed ingevulde codestroken werden door de IWIS-computer niet geaccepteerd en na veelal enkele maanden moest er dan geprobeerd worden de "fouten" alsnog te corrigeren. De aanpak van deze procedure vergde goede samenwerking tussen huisartspraktijk en CB. In de cursus was hieraan geen enkele aandacht besteed en dit gaf soms aanleiding tot verwarring. Wiens verantwoordelijkheid was een en ander? In sommige praktijken leverde de correctie van de "foutenlijsten" geen enkel probleem op, in andere bleef het soms een slepende kwestie, veelal ook door onvoldoende slagvaardigheid van de medewerkers van het Consultatiebureau.

In de regio Maastricht en Rotterdam circuleerden op moment van afsluiting van het evaluatie-onderzoek nog veel "foute" onderzoeken. In Rotterdam is dit begrijpelijk omdat hier nog veel nieuwe onderzoeken werden en worden verricht. Het relatief hoge aantal in Maastricht signaleert een slechte communicatie tussen de assistentes uit de praktijken en de CB medewerkers (tabel X-6).

Door het zien van de door de praktijken ingestuurde computerformulieren hadden de consultatiebureau's enig zicht op wat er in de praktijk gebeurde. Verder hadden zij weinig inzicht in de wijze waarop zich het project in de praktijken ontwikkelde.

Over voortgangs- en kwaliteitscontrole zijn er in de beginfase geen duidelijke afspraken gemaakt. De cie. Vorst hield in de calculatie voor de honorering rekening met regelmatige nascholing van de assistente. Door gebrek aan initiatieven vanuit de Rifoh Interimcie. kregen de regionale CB's deze activiteiten echter niet van de grond. De coördinator/diëtiste heeft in een latere fase nog getracht hier verbetering in te brengen maar het was niet meer mogelijk de slecht voorbereide CB's en de niet goed voorgelichte huisartspraktijken te mobiliseren.

De verwerking van de meetgegevens door IWIS-TNO verliep traag. Van snelle terugkoppeling van eventuele structurele meetfouten was óók door gebrek aan initiatieven van de Rifoh-Interimcie. geen sprake. De CB's hadden dus weinig mogelijkheden om een eventueel verslechterd meetgedrag bij de assistentes op het spoor te komen en gericht aan te pakken.

Van een eventuele bewaking van CB-zijde van de voortgang van het project in de verschillende praktijken kon eveneens geen sprake zijn. In feite beschikten de CB's niet over informatie betreffende het aantal personen dat de praktijken in hun regio ongeveer zou moeten onderzoeken. In de praktijk hadden zij er wel enig idee van, maar daar bleef het vaak bij.

De feitelijke betrokkenheid van de CB's in het verdere beloop van het project was erg afhankelijk van het beroep, dat de verschillende praktijken in kwalitatief en kwantitatief opzicht op de medewerkers van de ondersteunende dienst deden. Het kleine aantal deelnemende praktijken per regio betekende dat het contact met soms één praktijk bepalend was voor het gevoel van voldoening op het CB over de ondersteunende activiteiten.

De mening van de medewerkers van de ondersteunende diensten over de samenwerking met de huisartspraktijken is niet geïnventariseerd, die van de huisartsen en assistentes wel. U vindt de gegevens hiervan verderop.

Rol "Vatenclub-NHG"

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de Vatenclub alleen een rol zou spelen in de voorbereidingsfase van het project en deels op zou gaan in de op te richten Rifoh-commissie.

Doordat deze laatste commissie nooit het leven zag, bleef de Vatenclub gedurende het hele project actief. Al snel was duidelijk dat contact onderhouden met de deelnemende praktijken een te zware taak was voor de commissieleden zelf. Men overwoog hiervoor een huisarts aan te stellen, maar dit was om financiële redenen niet mogelijk. Als alternatieve oplossing werd toen overwogen de evaluator/onderzoeker voor 0,2 dagtaak te belasten met coördinerende taken ten behoeve van de Vatenclub.

Ter informatie van de Vatenclub had de voortstuwende kracht van het Rifoh-project, een CB-arts, zitting gekregen in deze commissie. Na de voorbereidingsfase werd deze persoon opgevolgd door de coördinator van het Rifoh-project die door de Rifoh-interimcommissie was benoemd. Deze had haar werkterrein vooral op de consultatiebureau's. De brede samenstelling die de Vatenclub op deze wijze kreeg maakte dat men continu zeer goed op de hoogte was van de gang van zaken in het project. "Ongewild" ging de Vatenclub een steeds belangrijker functie in het project bekleden.

Eén van de taken achtte men het goed op de hoogte houden van de deelnemende huisartsen over het beloop van het project en de behaalde resultaten. Als service vonden zij het belangrijk de deelnemers op de hoogte te houden van nationale en internationale ontwikkelingen op het gebied van preventie van hart- en vaatziekten.

Landelijke bijeenkomsten

Afgezien van de introductiebijeenkomst vóór de start van het project organiseerde de Vatenclub-NHG nog drie landelijke bijeenkomsten in de 'Hartenark', de accommodatie van de Nederlandse Hartstichting in Bilthoven.

De eerste van deze drie was een vroege-avond bijeenkomst ongeveer driekwart jaar na de start van de grootste groep praktijken. Negentien huisartsen en tweeëntwintig assistentes uit zeventien van de 21 praktijken hadden de reis vanuit Zuid-Limburg, Achterhoek en Randstad aanvaard ten einde hun ervaringen

gen met het project uit te wisselen. De avond was een succes. Kritiek was er wel op de uitloop van het programma tot 22.00 uur, te laat voor een door de weekse dag. Alle praktijkmedewerkers kregen een uitgebreid verslag van de bijeenkomst. Op de 2^e bijeenkomst ongeveer een half jaar later waren ook de medewerkers van de consultatiebureau's/BAGD aanwezig, hetgeen weer een nieuwe dimensie betekende bij de discussies. Opnieuw werden de resultaten tot dan toe besproken. Een groter aantal praktijken dan bij de eerste bijeenkomst kon hiervan slechts kennis nemen aan de hand van het toegestuurde verslag. Het verre reizen en een intensief programma werd door velen als te belastend ervaren op een dag midden in de week.

Hiermee rekening houdend werd de 3^e en laatste bijeenkomst op de vrijdag middag/avond gepland met de mogelijkheid van overnachting. Achteraf gezien was dit geen gelukkige keuze. De helft van de verwachte deelnemers liet het op de dag zelf afweten, een keur aan sprekers teleurgesteld achterlatend. Het project zelf en het thema hypertensie stonden op het programma.

Het effect van de bijeenkomsten op het verloop van het project is moeilijk te meten. De indruk van de onderzoeker was dat er wel degelijk praktijken waren die gestimuleerd werden door de gepresenteerde cijfers over het project. Door de vele andere factoren die invloed hadden op het tempo, zoals vakantie en ziekteperiodes, is dit uit de aantallen onderzochte patiënten echter niet zuiver te destilleren.

Kwaliteit van werken

Van gestructureerde kwaliteitscontrole was door gebrek aan goede afspraken geen sprake. Wel probeerden medewerksters van het consultatiebureau en de beide coördinatoren zoveel mogelijk alert te zijn en spoorden de Rifoh-assistentes aan optimaal werk te leveren.

Dat dit echter niet altijd afdoende was werd pas goed duidelijk in de loop van het tweede jaar. In één praktijk had men naar aanleiding van teleurstellende cijfers op de tweede landelijke bijeenkomst besloten het tempo van onderzoek op te voeren. Dit ging echter zo geforceerd dat er dermate slordig werk (administratie) werd geleverd dat het consultatiebureau de noodklok

luidde. Pogingen verbetering in de gang van zaken te brengen bleven zonder resultaat en in overleg met de Vatenclub werd besloten het project in de bewuste praktijk te beëindigen. Dit was ongeveer eendriekwart jaar na de start. Onvoldoende communicatie tussen CB en huisartspraktijk was mede oorzaak van dit betreurenswaardige beloop.

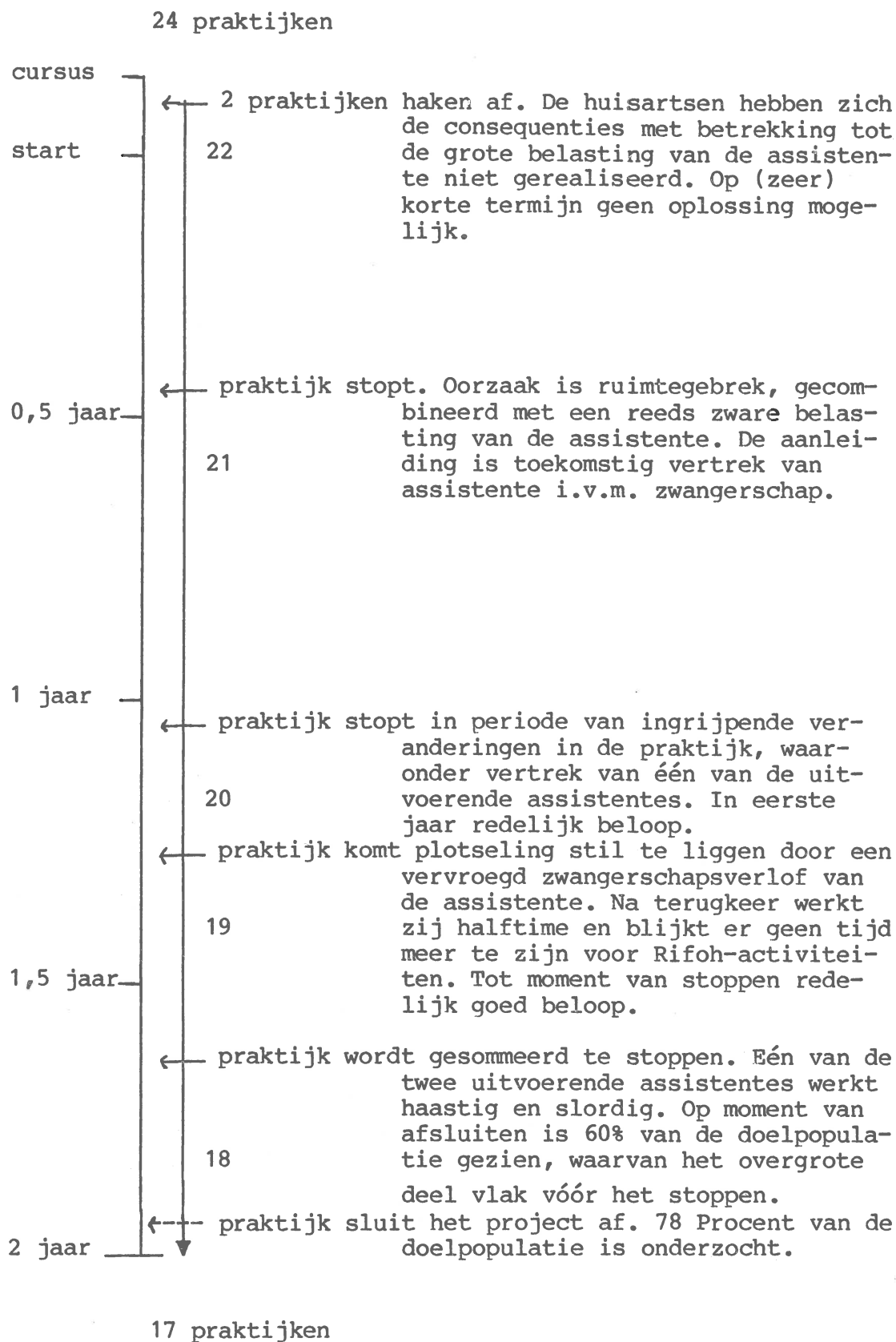
Dat gebrek aan tussentijdse bijscholing zich wreekte ten aanzien van de bloeddrukmeting werd de onderzoeker bij toeval duidelijk bij de tussentijdse bewerking van patiëntenonderzoekgegevens. Deze bewerking werd uitgevoerd om de huisartsen tijdens de landelijke bijeenkomsten informatie te geven over de resultaten tot dan toe. Uit de frequentieverdeling van de gemeten bloeddrukken werd duidelijk dat er door de assistentes (veel) te vaak werd afgerond op tientallen en waarden net onder de interventiegrens. De mate van onnauwkeurigheid in deze verschilde sterk van assistente tot assistente. Tijdens één van de praktijkbezoeken werden de assistentes op hun al dan niet bewust gemaakte meetfouten gewezen.

Verloop van het project in het derde jaar

Bij de opzet van het evaluatie-onderzoek is er voor gekozen vooral te kijken naar de eerste twee jaar van het project. Op die manier wilde men voorkomen dat rapportage te lang op zich zou laten wachten. Ten tijde van de laatste voorbereidingen van dit rapport was het drie jarige project echter in vijf regio's reeds ten einde. Alleen vier praktijken in Rotterdam verrichtten toen nog basisonderzoeken.

Na de uitval van één praktijk in het eerste half jaar en die van twee praktijken in het begin van het tweede jaar waren er negentien praktijken op weg naar het derde en laatste jaar. Twee praktijken kwamen hier echter niet aan toe. Eén praktijk leverde onvoldoende werk af en werd gesommeerd te stoppen, een andere praktijk had geen derde jaar nodig. De laatste heronderzoeken werden daar zelfs nog binnen de 2 jaarsperiode afgewerkt. Men was er op dat moment in geslaagd ruim driekwart van de doelpopulatie te onderzoeken. (Tabel X-7)

Tabel X-7 Overzicht in chronologische volgorde betreffende de in de eerste 32 jaar met het project stoppende praktijken.



Zeventien praktijken begonnen aan hun derde jaar. In dat jaar kwam er in één praktijk nog een abrupte afsluiting van de preventieve activiteiten door plotselinge overdracht van de praktijk. In alle andere praktijken werd er nog, intensief of juist zeer weinig intensief aan het project gewerkt. Dit was afhankelijk van de energie die men nog had, het aantal kandidaten dat er nog restte voor het onderzoek en de keuze die men had gemaakt betreffende het al dan niet actief benaderen van patiënten in het laatste jaar.

Zeven van de zestien praktijken verrichtten in het laatste half jaar minder dan tien nieuwe onderzoeken. Drie van hen hadden op dat moment bijna driekwart van de doelpopulatie gezien, de anderen pas ongeveer de helft of nog minder.

De praktijken die in het 3^e jaar nog basisonderzoeken deden zagen gemiddeld ruim dertig patiënten per kwartaal. De spreiding is groot (tabel X-8). Acht praktijken benaderden de patiënten actief (briefje of telefoontje).

Tabel X-8 Aantal actieve praktijken in het derde jaar en het aantal basisonderzoeken dat zij gemiddeld per kwartaal verrichtten. Tevens spreiding. N=17

		Aantal praktijken actief	Gemiddeld aantal basisonderzoeken	Spreiding
derde jaar	1 ^e kwartaal	16	53	11-261
	2 ^e kwartaal	17	32	2-136
	3 ^e kwartaal	11	37	3-110
	4 ^e kwartaal	10	31*	5-57*

* exclusief 2 Rotterdamse praktijken

Ervaringen huisartsen en assistentes

Anderhalf tot twee jaar na de start is aan de huisartsen en assistentes een vierde vragenlijst toegestuurd. Zevenentwintig huisartsen en vijftwintig assistentes uit eenentwintig praktijken werden benaderd. Twee huisartsen stuurden de vragenlijst ondanks herhaald verzoek niet terug, twee inmiddels uit de praktijk vertrokken assistentes konden niet worden bereikt. Bewerkt werden 25 huisartsvragenlijsten uit 20 praktijken en 23 assistentevragenlijsten uit 19 praktijken. De bij de huisartsen ontbrekende praktijk is de praktijk die het project een andere

doelstelling gaf door alleen patiënten te onderzoeken die zich spontaan meldden. Van de twee ontbrekende praktijken bij de assistentes was er één al klaar met het project (bijna 80% van de doelgroep onderzocht) terwijl de andere ongeveer één jaar na de start stopte met het project, omdat het door allerlei veranderingen in de praktijkomstandigheden in de knel raakte.

In bijna de helft van de praktijken zijn de huisartsen van mening dat het aantal patiënten dat na 2 jaar is onderzocht tegenvalt. In vier praktijken overtrof het aantal patiënten de verwachtingen. In meer dan de helft van de praktijken hoopt men aan het eind van het derde jaar driekwart of meer van de doelpopulatie onderzocht te hebben.

Driekwart van de huisartsen is van mening dat de uitvoering van het Rifoh-project los staat van het normale praktijkgebeuren. In slechts twee praktijken zou er sprake zijn van echte integratie!

In bijna de helft van de praktijken is men van plan ook in de toekomst patiënten systematisch op risicofactoren te onderzoeken, niet projectgewijs maar continu, geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. Vijf praktijken weten het niet, zes achten het niet zinnig of economisch dan wel organisatorisch niet haalbaar.

Alle artsen op drie na zeggen dat het project (grotendeels) aan hun verwachtingen heeft voldaan (gevraagd naar eventuele verwachtingen die niet zijn uitgekomen werden de volgende meldingen gedaan): één arts is teleurgesteld over het vroegtijdige einde, één vraagt zich ernstig af of alle getrooste inspanning en middelen wel opwegen tegen de uiteindelijke bereikte gezondheidswinst; een andere arts meldt dat het project alleen inpasbaar is als men veel praktijkassistentie heeft; weer een andere huisarts geeft aan dat de door hem verwachte negatieve effecten, angst en verhoogde consumptie uitbleven; een arts zegt verbaasd te zijn over de grote vrijblijvendheid van veel collega-huisartsen ten aanzien van de begeleiding van opgespoorde hoogrisicodragers.

Ruim driekwart van de huisartsen vindt de animo van patiënten om deel te nemen groot tot overweldigend. Over de methode van "case-finding" voor de werving oordeelt tweederde positief.

Drie huisartsen vinden deze niet erg geschikt of ongeschikt. De door het project van de huisarts opgeëiste tijd gaat voor een groot deel zitten in de advisering/interventie van hoogrisicopatiënten. Enkele huisartsen menen dat de bijeenkomsten binnen het project het merendeel van de extra tijd in beslag nemen. Eén huisarts is zo enthousiast dat hij de tijd, besteed in relatie tot het project niet als extra ervaart.

Vier huisartsen in twee praktijken menen dat het project de angst voor hart- en vaatziekten doet toenemen. Twaalf huisartsen in 9 praktijken zijn het daar niet mee eens, de rest weet het niet.

Veertien huisartsen in tien praktijken zijn door het project positiever gaan denken over het delegeren van taken naar de doktersassistente, acht huisartsen vinden dat ze te weinig controle hebben door het te zelfstandig werken van de assistente. Zowel van de huisartsen als van de assistentes is een meerderheid positiever gaan denken over preventie in de huisartspraktijk. Twee huisartsen zijn hierover negatiever gaan denken. Slechts één huisarts beoordeelt de ondersteunende functie van de basisgezondheidsdienst als zinloos. Met uitzondering van enkele deeltaken acht de overgrote meerderheid deze (zeer) zinvol; de deskundigheidsbevordering van de assistente scoort daarbij het hoogst, de begeleiding bij de administratie en de vraagbaakfunctie volgen. Over de functie van de BAGD als tussenstation bij levering van materialen en verzending van bloedmonsters zijn er nogal wat twijfels, het met elkaar in contact brengen van meerdere praktijken acht slechts een derde deel van de huisartsen een zinvolle taak van de ondersteunende dienst. De assistentes oordelen nog positiever over de ondersteunende functie van de basisgezondheidsdienst dan de huisartsen. Gevraagd naar suggesties voor veranderingen in een eventueel vervolproject stellen alle vijftwintig huisartsen voor dit wederom te doen met ondersteuning (vanuit de basisgezondheidszorg).

In een open vraag is geïnformeerd naar de ervaren positieve en negatieve effecten van het Rifoh-project in de praktijk (max. 3 positieve en 3 negatieve). Drie van de vijftwintig huisartsen en drie van de drieëntwintig assistentes vulden bij de vraag niets in. Daarnaast meldden vijf huisartsen en zeven assisten-

tes in het geheel geen negatieve effecten.

De huisartsen gaven het frequentst als positief effect op het bekend zijn van de risicofactoren bij patiënten en de mogelijkheden daardoor van betere patiëntenzorg (N=12). Het feit dat het project voor de assistente goed, leuk, leerzaam en uitdagend was werd tevens vaak naar voren gebracht. De verander(en)de houding van patiënten ten aanzien van risicofactoren werd als derde genoemd (N=8). Vier huisartsen vonden het feit dat gebleken was dat preventie in hun huisartspraktijk haalbaar is het belangrijkste positieve effect.

Als negatief effect brengen bijna alle invullende huisartsen de geweldige belasting van de praktijkassistente naar voren, een drietal artsen vernoemt het medicaliserende en/of angstinduceerende effect. Twee huisartsen hebben twijfels of de resultaten wel opwegen tegen de geweldige inspanning die geleverd wordt.

Als positieve effecten noemen de assistentes het betere inzicht en de verandering van attitude bij patiënten ten aanzien van de risicofactoren (N=10) en de daarmee samenhangende verbetering van compliantie (N=8). De verbetering van hun contact met de patiënten wordt door negen assistentes naar voren gebracht. Vijf assistentes ervaren hun taak als doktersassistente verrijkt (advisering, technische vaardigheden). Als negatieve kant wordt de grote belasting vaak genoemd, met soms botsing van Rifoh- en praktijktaken, en een enkele keer de angst en medicalisering die het project met zich mee zou brengen.

In de meerderheid van de praktijken is er géén (duidelijk) beleid met betrekking tot het doorsturen van hoogrisicopatiënten van assistente naar huisarts. Veelal handelt de assistente naar eigen inzicht. In driekwart van de praktijken acht men het bestaande beleid ten aanzien van de begeleiding van hoogrisicodragers voldoende en heeft men naar aanleiding van het Rifoh-project geen speciale maatregelen getroffen. In een viertal praktijken werd een eerste aanzet gegeven om te komen tot "surveillance" van hypertensiepatiënten.

Vierentwintig huisartsen bogen zich over de vraag, welke onderdelen van het project zij bij zouden willen schaven, alvorens het programma aan een volgende groep huisartsen aan te bieden.

De antwoorden op deze vraag zijn hieronder in zijn geheel weergegeven. De getallen zijn absolute aantallen.

17. Stel, u zit in de commissie die het RIFOH-huisartsenproject vóór aanbieding aan een nieuwe groep huisartsen moet bijschaven. Welke mening hebt u over de:

- a. Informatie vooraf
- 8 was zo goed
 - 12 concreter beeld geven van project bv. met videoband/boekjes enz.
 - 10 individuele voorlichting geven over consequenties voor de praktijkvoering
 - 8 verbeteren door toekomstige deelnemers te laten leren van ex-deelnemers door onderlinge besprekingen
 - 1 andere suggestie 1)Huisarts vooraf naar gerichte nascholing sturen
- b. Wijze van uitvoering
- 17 is zo goed
 - 3 uitvoering door de huisarts zelf
 - 0 geen ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg
 - 2 uitvoering met behulp van mobiele teams
 - 4 project over langere periode uitsmeren
 - 4 financiering veranderen. Hoe? 1)geen vergoeding 2)subsidie op jaarbasis 3)extra assistente toevoegen 4)basis- en heronderzoek apart honoreren
 - 2 andere suggestie 1)geen case-finding, maar fase-gewijs oproepen 2)alleen doorgaan bij bewezen gezondheidswinst
- c. Inhoud
- 14 is zo goed
 - 9 uitbreiden met andere items op preventief gebied 1)diabetes 2)cervix ca
 - 2 afslanken. Wat zou u willen weglaten? 1)gewicht 2)grenswaarde cholesterol verhogen
- d. Administratie onderzoeksgegevens
- 11 vereenvoudigen
 - 6 alleen notitie op patiëntenkaart
 - 10 combineren met automatisering van praktijk-administratie
 - 3 andere suggestie 1)zo laten, was goed 2)geen idee, was de taak van assistente 3)lange termijn begeleiding van risicopatiënten in protocol en administratie integreren

e. Scholing assistente

- | | |
|----|--|
| 3 | centraliseren: grotere groep |
| 2 | korter maken |
| 10 | periodieke bijscholing structureren |
| 12 | in beginfase coaching in eigen praktijk |
| 6 | assistente meteen opleiden voor follow-up c.q. begeleiding risicopatiënten |
| 4 | deskundige op gebied huisartspraktijk -voering erbij betrekken |
| 2 | andere suggestie 1)opnamen in opleiding voor doktersassistente 2)zo laten, was prima |

Ervaringen van de assistentes (vervolg)

Geen van de assistentes geeft aan dat het project niet aan de verwachtingen heeft voldaan. Vier van de negen echtgenotes en één van de assistentes antwoord op de vraag of het project aan de verwachtingen heeft voldaan volmondig ja. Als tegenvallers noemt men de soms oplopende waarden voor de risicofactoren bij het 2^e heronderzoek, de ook wel eens tegenvallende deelname bij basis- dan wel heronderzoek, het gebrek aan motivatie bij sommige personen en de grote belasting met name op administratief gebied.

Echtgenotes ervaren de meeste voldoening bij het basisonderzoek, assistentes juist bij het adviseren van de hoogrisicodragers.

Over de gekozen wijze van uitvoering van het project zijn de echtgenotes vaker tevreden dan de assistentes: deze laatsten willen liever meer tijd, meer ruimte en meer rust, d.w.z. geen storing door normale praktijkzaken als telefoon e.d.

De assistentes waren van mening dat het project enerzijds een beetje ten koste ging van andere werkzaamheden, anderzijds dat het een (duidelijke) positieve uitwerking had op andere werkzaamheden. Vooral noemt de assistente hierbij het veel betere contact met de patiënt dat is gegroeid.

De helft van de assistentes kent aan het zelfstandige werken in het project een uitstralend effect toe richting andere werkzaamheden: men doet meer aan advisering van patiënten in het algemeen en/of men heeft een (grotere) taak gekregen bij de bloeddrukcontrole.

Een dertigtal uitspraken werden aan de assistente voorgelegd met als onderwerpen:

- a) patiënt(gedrag) en assistente
- b) zelfstandige taak assistente
- c) samenwerking huisarts-assistente
- d) project en praktijk

De antwoorden bevestigen eerder naar voren gebrachte gegevens. Hieronder volgt een verkorte weergave. De volledige lijst vindt u in bijlage 11.4.

- ad a: De assistentes ervaren in meerderheid een positieve instelling bij patiënten en zij menen een attitudeverandering ten goede te hebben bewerkstelligd. Zij voelen zich volledig door patiënten geaccepteerd als adviseur. Aan de eventuele aanwezigheid van een partner bij de advisering kent men een positieve invloed op de uitwerking van de adviezen toe. Driekwart heeft niet de indruk angst te induceren.
- ad b: Met de CB-cursus op zak voelt men zich prima in staat tot de zelfstandige uitvoering van het project. Eenderde denkt zelfs dat de patiënt hun advies meer op prijs stelt dan dat van de huisarts. Men geniet van het persoonlijke contact en de behaalde resultaten. Eenvijfde heeft onder invloed van het project ook haar normale taak meer inhoud weten te geven.
- ad c: Men kan de verantwoording goed aan. De meerderheid voelt het project als een gezamenlijke activiteit van huisarts en assistente. Een derde deel vindt de samenwerking in het project goed. Drie assistentes voelen zich aan hun lot overgelaten. Van controle op de werkzaamheden door de huisarts is geen sprake. In het algemeen vindt men dat de huisarts veel meer taken zou moeten delegeren.
- ad d: De overgrote meerderheid is niet van mening dat het gewone werk door het project in het gedrang kwam, in de helft van de gevallen daarbij opmerkend dat het project ook nagenoeg los van het normale praktijkgebeuren stond. Eenderde van de assistentes zou na het 3^e jaar ook nog graag doorgaan met de preventieve werkzaamheden, eenderde vindt het mooi geweest, de rest zegt het niet te weten.

XI Welk deel van de doelpopulatie is onderzocht

Doelpopulatie

Als maat voor het welslagen van het project in de praktijken is in het voorafgaande meermalen gebruik gemaakt van het percentage van de doelgroep dat werd onderzocht. Globaal gezien geeft dit een aardig inzicht in hoe het staat met het project in de praktijk, gerealiseerd moet echter worden dat er aan dit criterium nogal wat haken en ogen zitten waar nu wat nader op zal worden ingegaan.

De doelpopulaties werden opgemaakt door de praktijken aan het begin van het project. Veelal was dit handwerk, de mate van nauwkeurigheid is moeilijk te schatten: in hoeverre er particuliere patiënten werden opgenomen, terwijl ze misschien geen deel meer uitmaakten van de praktijk is moeilijk te achterhalen. Een ander en waarschijnlijk groter probleem is echter het veranderen van de praktijkpopulatie en in mindere mate dus ook van de doelpopulatie in de loop van de 2-3 jaar van het project. Hoewel er afspraken werden gemaakt over het noteren van mutaties op de alfabetische lijst van de doelgroep, bleek de uitvoering daarvan moeilijk te realiseren. Het bleek te veel gevraagd.

In de loop van de twee, drie jaar werd een gedeelte van de doelpopulatie onbereikbaar voor onderzoek door vertrek uit de praktijk; er kwamen veelal anderen voor in de plaats maar deze werden niet systematisch in de lijst bijgeschreven en het was dus moeilijker hen voor onderzoek te bereiken. Bovendien nam de gemiddelde praktijkgrootte (en ook de doelpopulatiegrootte) in de periode 1983-1986 met 2% per jaar af. Deze effecten pakten voor de individuele praktijken verschillend uit, maar af te leiden valt dat gemiddeld 90-95% van de doelpopulatie zoals die in het begin van het project was opgemaakt maar bereikbaar bleek te zijn. De ene praktijk zat daarbij rond 80% bereikbaarheid al aan zijn top, door leegloop en/of veel mutaties, in de andere praktijk kon een relatief groter deel worden geïnvierteerd. Kortom, aan het hanteren van de oorspronkelijke doelgroep als maat kleven beperkingen. De relatie met de werkelijk bereikbare populatie is niet van alle praktijken exact bekend.

Doelpopulatie, uitnodiging en deelname: kwantitatief

Gedurende de eerste 2 jaar van het project zijn kwantitatieve gegevens verzameld over uitnodiging en deelname met behulp van de al eerder genoemde alfabetische lijst van de doelgroep.

In drie praktijken werd een dergelijke lijst niet of te laat vervaardigd. Drie praktijken stopten met het project vóór het tijdstip van analyse van de gegevens. Op twee andere lijsten werden door de Rifoh-medewerkers in de praktijk nagenoeg geen gegevens ingevuld. De invulling van de overige 14 lijsten is getoetst aan de hand van het aantal tot dan toe onderzochte patiënten dat uit een andere, zeer betrouwbare gegevensbron (IWIS) bekend was. Slechts negen lijsten kwamen op grond daarvan voor verdere analyse in aanmerking, drie uit praktijken waar de echtgenote het project uitvoerde en zes uit praktijken waar de praktijkassistente het project uitvoerde. De gegevens moeten derhalve met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Het aantal patiënten dat in 2 jaar onbereikbaar werd voor onderzoek varieert sterk, van 0 tot 20% van de geïnventariseerde doelgroep. De praktijk met de hoogste uitstroom is gelokaliseerd in een oud gedeelte van een van onze grote steden.

Tabel XI-1 Overzicht betreffende uitnodiging en deelname van de doelpopulatie voor het project. N= 9.

Praktijknummer	Onbereikbaar: % oorspronkelijke doelpop.	% bereikbare populatie dat		Ja op uitnodiging	Wie nodigt meestal uit?
		zich aanmeldt op eigen initiatief	uitgenodigd wordt		
1	4	3	97	81	ass.
3	20	13	70	71	ass.
5	8	3	39	79	ass.
12	1	1	75	83	ass.
13	3	4	58	98	ha.
17	8	7	47	93	ha.
18	0	1	69	98	ha.
20	1	6	52	98	ass.
22	1	1	56	87	ha.

Het percentage personen dat zich spontaan aanmeldde voor deelname aan het onderzoek was soms aanzienlijk, de variatie is opvallend.

In twee jaar tijd zagen de 9 praktijken kans van 39 tot 97% van

de doelpopulatie uit te nodigen. Het blijkt dat vrouwen, ziekenfondspatiënten en ouderen vaker werden uitgenodigd.

Patiënten gingen iets vaker op de uitnodiging in als de huisarts inviteerde.

Gemiddeld neemt 90% van de personen die voor het onderzoek worden gevraagd de uitnodiging aan. Mannen bedankten ongeveer twee keer zo vaak in vergelijking tot vrouwen. Ook particulier verzekerden en ouderen zeiden iets vaker neen. In alle praktijken was dit beeld hetzelfde.

De reden waarom men weigerde verschilde voor de twee geslachten en leeftijdscategorieën (tabel XI-2).

Tabel XI-2 Reden waarom men niet aan het RIFOH-onderzoek meedoet, naar leeftijd en geslacht. N= 521.

	Mannen	Vrouwen	<45 j.	≥ 45 j.	Totaal
Men staat onder regelmatige controle	16	23	7	25	19
Men heeft recent een (bedrijfs) onderzoek gehad	41	18	40	28	33
Geen zin, tijd, interesse	37	50	44	41	42
Afwezig	1	0	2	0	1
Taalproblemen	4	9	6	5	6
Totaal	100	100	100	100	100%

Ziekenfondsverzekerden bedankten iets vaker omdat ze geen interesse hadden, of met taalproblemen kampten, particulier verzekerden iets vaker omdat ze al onder regelmatige controle stonden.

Percentage personen dat is onderzocht

Het percentage personen uit de oorspronkelijke doelpopulatie dat na twee jaar is onderzocht wordt zoals we al eerder zagen beïnvloed door de mate waarin de populatie gedurende die tijd voor onderzoek beschikbaar bleef en moet dus met voorzichtigheid worden gehanteerd. Het voordeel is echter dat we het van alle praktijken weten en zo enige vergelijking van praktijken

mogelijk is. Na twee jaar hadden vijf van de negen echtgenotes meer dan de helft onderzocht. Van de dertien assistentes bereikten vijf assistentes de helft van de potentiële kandidaten voor onderzoek.

Tijdens de rapportage-periode van het evaluatie-onderzoek sloot het merendeel der praktijken het project na 3 jaar af. De alsnog verzamelde gegevens over het percentage personen uit de doelpopulatie dat in de verschillende praktijken na 3 jaar werd bereikt, hebben we hoewel ze niet geheel volledig zijn, toch in dit rapport opgenomen. Drie jaar na aanvang van het project hebben acht praktijken ongeveer 75% van hun oorspronkelijke doelpopulatie onderzocht. Zes praktijken bleven steken tussen de 50 en 60 procent, acht praktijken onderzochten minder dan 40 procent.

Tabel XI-3 Percentage van de oorspronkelijke doelpopulatie, dat per praktijk na één, twee en drie jaar is onderzocht, naar uitvoerder.

Praktijknummer	Aantal personen in de doelpopulatie	% onderzocht na		
		1 jaar	2 jaar	3 jaar
ECHTGENOTES				
13	995	26	60	77
20	1811	30	60	76
6	712	59	71	75**
18	1352	41	71	75
14	1222	36	56	62
2	435	17	37	50**
8	847	26	36	38*
10	950	23	28	30
9	900	26	27*	-
ASSISTENTES				
1	500	53	78	78
21	2392	36	62	76**
5	863	26	44	76
12	829	29	63	71
19	1142	19	60*	-
3	556	21	45	55
22	879	32	49	54
17	1355	38	51	54
15	1213	9	24	38
7	968	14	24	35
11	861	29	32*	-
16	1233	9	15	19
4	600	5*	-	-

* voortijdig gestopt

** project loopt nog enkele maanden

Beïnvloedende factoren

Wat bepaalde nu precies of praktijken er al dan niet in slaagden om in 3 jaar het overgrote deel van hun doelpopulatie te onderzoeken? In de twee vorige hoofdstukken kwamen gaandeweg al een aantal beïnvloedende factoren aan de orde. Hoe groot de invloed van elk van deze en ook nog andere factoren is geweest valt echter nauwelijks te bepalen: elke praktijk was anders en bijna allemaal voerden ze het project ook weer op een verschillende wijze uit, vergelijking bleek nauwelijks mogelijk. Zo induceerde de inschakeling van de echtgenotes in een groot aantal praktijken weer nieuwe beïnvloedende factoren (bijv. communicatie met betrekking tot de uitnodigingen) terwijl andere factoren relatief onbelangrijk werden (hoeveelheid assistentie, soms ook ruimte).

Daarbij kwam nog dat er zich in de loop van 3 jaar in de praktijken veranderingen voordeden in factoren, waardoor deze moeilijk op hun juiste waarde konden worden geschat. Sommige misschien wel zeer belangrijke factoren waren in dit breed opgezette onderzoek nauwelijks op valide wijze te onderzoeken zoals motivatie/instelling van huisartsen en assistente en de sterkte van stimulerende prikkels die er van de verschillende ondersteunende diensten uitging.

Ondanks al deze beperkende omstandigheden is er echter wel degelijk een beeld verkregen van de verschillende belemmerende factoren. Tabel XI-4 geeft daar een beperkt overzicht van. Overduidelijk komt er uit naar voren dat voldoende assistentietijd, hoe ook gerealiseerd, en werkruimte voorwaarden zijn voor een succesvol verloop van het project. Tijdelijke uitval of vertrek van de uitvoerende assistente heeft een negatieve invloed op het werktempo, soms zelfs op de voortgang.

Tabel XI-4 Overzicht van de praktijken met hun kenmerken en het percentage personen uit de doelpopulatie dat na 1, 2 en 3 jaar werd onderzocht. Naar wijze van uitvoering van het project.

	Praktijk	Hoeveelheid assistentie ¹⁾	Beschikbare ruimte ²⁾	Grootte van doelpopulatie	Percentage onderzocht ³⁾			BLIJZONDERHEDEN
					1 jr.	2 jr.	3 jr.	
ECHTGENOTE	18	+	++	1352	++	++	++	
	14	+	++	1222	+	++	+	
	20	+	++	1811	+	++	++	
	10	+	-(+)	950	±	-	-	zwangerschap + ziekte
	8	+	+	847	+	±	-	zwangerschap 2x
	13	+	+	995	+	++	++	
	6	+(-)	+	712	++	++	++	
	9	±	++	900	+	stop		grote veranderingen in de praktijk → vertrek assistente
	2	-	+	435	±	±	±	zwangerschap 2x + ziekte
<i>EXTRA TIJD</i>								
ASSISTENTE	17	++	++	1355	+	+	±	
	3	(+)+	+	556	±	+	+	
	12	+	-	829	+	++	++	
	19	+	+	1142	±	++	stop	door projectleiding gesommeerd te stoppen
	16	±	+	1233	-	-	-	onderzoek alleen op eigen initiatief van de patiënt
	5	-	+	863	+	+	++	
	15	-	-	1213	-	-	-	ass.1 zwangerschapsverlof + vertrek ass.2 idem maar wel vervanging
<i>GEEN EXTRA TIJD, WEL FINANCIËLE STIMULUS</i>								
	1	++	+	500	++	++	++	
	21	++	++	2392	+	++	++	ass.1 zwangerschapsverlof + vertrek
	11	+	+	861	+	stop		vervroegd zwang.verlof → half-time
<i>GEEN EXTRA TIJD</i>								
	4	++	-	600	-	stop		ruimteproblemen + toekomstig vertrek van de assistente
	22	+	-	879	+	+	±	
	7	+	-	968	-	-	-	

1) vóór aanvang van het project omgerekend naar normpraktijk
 ++ ≥ 8 halve dagen per week
 + 6-8
 ± 5-6
 - < 5

N.B. Tussen haakjes : tussentijdse veranderingen

2) ++ extra ruimte beschikbaar
 + spreekkamer regelmatig beschikbaar
 - spreek- of onderzoekskamer (zeer) beperkt beschikbaar

3)

	-	±	+	++
1 jaar	< 15	15-24	25-39	> 40
2 jaar	< 30	30-39	40-54	≥ 55
3 jaar	< 40	40-54	55-69	≥ 70

Representatief deel van de doelpopulatie onderzocht?

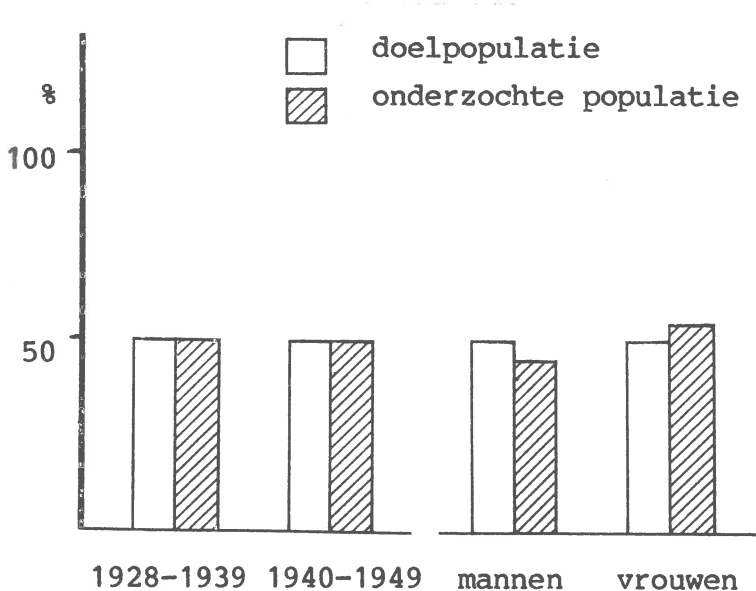
Leeftijd en geslacht

Uit de praktijkadministratie is in de voorbereidingsperiode de doelpopulatie vastgesteld. Van 19 praktijken is hiervan een verdeling naar geslachts- en geboortecategorie beschikbaar gekomen (hoofdstuk VIII).

Nauwkeurige gegevens betreffende de onderzochte populatie zijn afkomstig uit het IWIS-TNO bestand met patiëntonderzoeksgegevens (bijlage 11-7).

De verdeling naar leeftijd en geslacht van de oorspronkelijke doelpopulatie was nagenoeg fifty-fifty. Per peildatum 1-7-'85 was 55 procent van de onderzochte populatie vrouw. Jongeren en ouderen zijn in de onderzochte populatie in gelijke mate vertegenwoordigd (bijlage 12, tabel 2 en 3).

Figuur XI-1 Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie naar geboortecategorie en geslacht. N= 19.



Case-finding en selectie

Getracht is te achterhalen in hoeverre het benaderen van de doelpopulatie met de case-finding methode in de tijd een bepaalde selectie te weeg bracht.

Hiervoor is in de praktijken, die het klaarspeelden in de 3 jaar dat het project liep het overgrote deel (> 65%) van hun doelpopulatie te onderzoeken, in 3 intermitterende perioden gekeken naar verschillen in leeftijd en geslacht en percentage hoogrisicodragers. De zeven praktijken verschillen als zodanig

niet van de rest der praktijken (bijlage 12, tabel 4). Het blijkt dat er in de beginperiode verhoudingsgewijs meer vrouwen worden onderzocht.

In alle perioden worden er nagenoeg evenveel ouderen als jongeren onderzocht. Het percentage personen met een verhoogd risico is in het begin wat hoger (tabel IX-5).

Tabel XI-5 Vergelijking van de onderzochte populatie in 7 praktijken over drie meetperioden, aangaande verdeling leeftijd/geslacht en percentage hoogrisicodragers.

	Periode I	II	III
Verhouding ♂/♀	44/56	47/53	47/53
<45/ ≥45 jaar	49/51	50/50	50/50
% hoogrisico	32	29	28

XII Gegevens Basisonderzoek

Gegevens over de patiëntenonderzoeken werden volgens de richtlijnen uit het protocol van het project (bijlage 1) door de assistente verzameld. Via de consultatiebureau's kwamen de gegevens van alle onderzochte personen terecht bij het Instituut voor Wiskunde en Informatieverwerking en Statistiek van TNO. Hier werden alle data in de computer gevoerd. Voor tussentijdse rapportage aan de deelnemende huisartsen en ter evaluatie van het project werd elk half jaar een magneetband met een copie van alle tot dan toe ingevoerde records naar het NUHI gestuurd (bijlage 11.7.).

Analyse groep

Gegevens van patiëntenonderzoeken van 10.298 personen uit 21 praktijken zijn uitgebreid geanalyseerd. Het aandeel van de verschillende praktijken in dit totaal loopt sterk uiteen: van één tot twaalf procent. Twee praktijken nemen al een kwart van het totaal aantal onderzochten voor hun rekening, zeven praktijken samen al zo'n zestig procent. Hun invloed op de gepresenteerde gemiddelde waarden is groot.

Tabel XII-1 Aandeel van de verschillende praktijken (N=21) in de totale onderzochte populatie (N=10298)

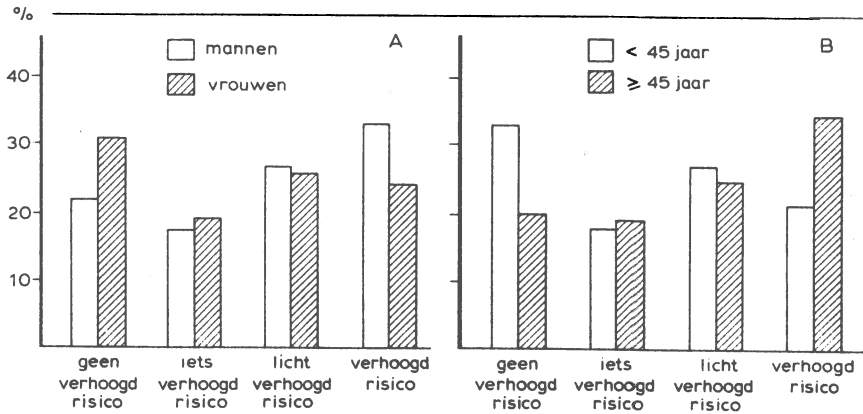
Aandeel in totaal	Aantal praktijken	Praktijknummer
0-3%	9	2,3,7,8,9,10,11,16,19
4-6%	7	1,5,6,12,15,17,22
7-9%	2	13,14
10 of meer	3	18,20,21

Indeling in risicogroepen

Op grond van de (meet)gegevens betreffende de verschillende geïnventariseerde risicofactoren is een indeling gemaakt in vier risicogroepen: geen verhoogd risico; iets verhoogd risico; licht verhoogd risico; verhoogd risico (bijlage 1). Gemiddeld valt 28% van de onderzochten in de hoogrisicogroep, 26 procent heeft een licht verhoogd, 19 procent een iets verhoogd en 27 procent geen verhoogd risico.

Ouderen en mannen zijn vaker te vinden in de hoogrisicogroep (figuur XII-1; bijlage 12, tabel 5).

Figuur XII-1 Verdeling onderzochte populatie naar risicogroep
A mannen en vrouwen
B < 45 jr. en ≥ 45 jr.



Per praktijk varieert het percentage onderzochten dat in de hoogrisicogroep belandt sterk: van 13 tot 41 procent (bijlage 12, tabel 6). Dit lijkt slechts ten dele terug te voeren op verschil in leeftijd/geslachtsopbouw van de onderzochte populatie (bijlage 12, tabel 2 en 3).

Hoogrisicodragers en heronderzoek

Niet alle hoogrisicodragers kwamen op basis van het Rifoh-huisartsenprotocol in aanmerking voor een heronderzoek bijv. alleen roken, alleen marginaal verhoogde diastolische bloeddruk bij medicatiegebruik als risicofactor en combinatie van beide: geen heronderzoek. Gemiddeld was 85% van de groep kandidaat voor één of twee (evaluatie) heronderzoeken (hoofdstuk XIII).

Afzonderlijke risicofactoren

Cholesterolgehalte, bloeddruk, roken en relatief gewicht zijn de vier belangrijkste geïventariseerde risicofactoren. Van de

totale populatie is volgens de aangehouden criteria ruim één procent belast met al deze vier risicofactoren, acht procent met drie, nog eens 24 procent met twee en 40 procent met één risicofactor. Ruim éénkwart van de onderzochte populatie heeft geen van de vier risicofactoren.

Cholesterol

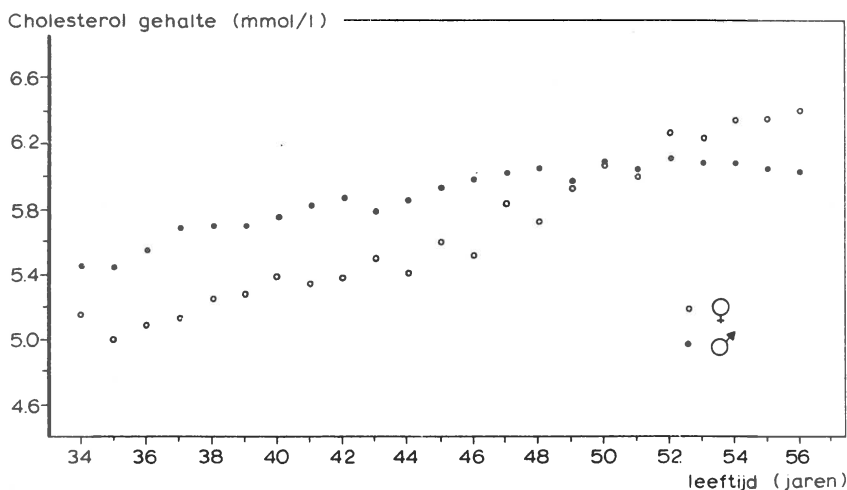
Als grenswaarde voor het cholesterolgehalte is in het Rifoh-project 6.0 mmol/l aangehouden. Personen met een waarde boven de grens werden hierop geattendeerd. Dit was het geval bij 38% van de onderzochte populatie (tabel XIII-2). Per praktijk varieert dit van 25 tot 50 procent (bijlage 12, tabel 7).

Tabel XII-2 Percentage personen in de onderzochte populatie met een cholesterolgehalte boven de grenswaarde per leeftijd/geslachts categorie. N=10298

Cholesterol	Mannen		Vrouwen		Totaal
	< 45 jr.	≥ 45 jr.	< 45 jr.	≥ 45 jr.	
≥ 6.0 mmol/l	38	50	21	47	38

De gemiddelde waarde was voor de mannen 5.88 mmol/l en voor de vrouwen 5.60 mmol/l. Onder de 50 jaar hebben mannen gemiddeld lagere waarden dan vrouwen in tegenstelling tot boven die leeftijd (figuur XII-2).

Figuur XII-2 Gemiddeld cholesterolgehalte in mmol/l naar leeftijd. Mannen en vrouwen. N=10298



Vierentachtig procent van de onderzochte populatie heeft een waarde onder de 7.0 mmol/l, één procent een waarde van 9.0 mmol/l of hoger (bijlage 12, tabel 8).

Bloeddruk

De bloeddruk wordt gemeten met een gewone kwikmanometer. Een meting onder de grenswaarde van 90 mmHg diastolisch wordt niet herhaald. Er zijn maximaal 2 metingen bij personen die bloeddrukmedicatie gebruiken en maximaal 4 metingen voor alle overigen. De eerste, tweede of derde meting wordt gehanteerd voor de bepaling van het risico (voor bijzonderheden over de meetprocedure zie protocol bijlage 1).

Twaalf procent van de onderzochten heeft een waarde voor de diastolische bloeddruk boven de grens (tabel XII-3). Per praktisch varieert het percentage boven de grenswaarde van 2 tot 34 procent (bijlage 12, tabel 7).

Tabel XII-3 Percentage personen in de onderzochte populatie met een diastolische bloeddruk boven de grenswaarde, per leeftijd/geslachtscategorie. N=10.298

Diastolische bloeddruk	Mannen		Vrouwen		Totaal
	< 45 jr.	≥ 45 jr.	< 45 jr.	≥ 45 jr.	
≥ 90 mmHg	12	18	6	14	12

Vergelijking van de verdeling van waarden van de eerste meting met die van de meting die gehanteerd wordt voor de risico-indeling laat wat betreft de systolische bloeddruk slechts geringe verschillen zien.

Tabel XII-4 Verdeling van de bloeddrukwaarden bij eerste meting (I). Daarnaast indeling naar hoogte van de meting die gehanteerd werd voor de risicotoekenning (II): N=10298

Systolische bloeddruk	I	II 1e, 2e en 3e meting
< 140 mmHg	71,2	73,6
140-169 mmHg	21,9	21,2
160-179 mmHg	5,5	4,3
≥ 180 mmHg	1,4	0,9
gemiddelde	130 mmHg	

Diastolische bloeddruk	I	II 1e, 2e en 3e meting
< 80 mmHg	37,6	37,9
80- 84 mmHg	26,1	28,4
85- 89 mmHg	16,2	21,7
90- 94 mmHg	9,4	5,7
95- 99 mmHg	3,8	2,3
100-104 mmHg	4,0	2,4
≥105 mmHg	2,7	1,6
gemiddelde	82 mmHg	

Diagram details for Diastolic Blood Pressure:

- Group 80-84 mmHg (I: 26,1) has a dashed arrow pointing to 28,4 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 85-89 mmHg (I: 16,2) has a dashed arrow pointing to 21,7 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 90-94 mmHg (I: 9,4) has a dashed arrow pointing to 5,7 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 95-99 mmHg (I: 3,8) has a dashed arrow pointing to 2,3 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 100-104 mmHg (I: 4,0) has a dashed arrow pointing to 2,4 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group ≥105 mmHg (I: 2,7) has a dashed arrow pointing to 1,6 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 90-94 mmHg (I: 9,4) has a dashed arrow pointing to 5,7 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 95-99 mmHg (I: 3,8) has a dashed arrow pointing to 2,3 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 100-104 mmHg (I: 4,0) has a dashed arrow pointing to 2,4 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group ≥105 mmHg (I: 2,7) has a dashed arrow pointing to 1,6 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 90-94 mmHg (I: 9,4) has a dashed arrow pointing to 5,7 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 95-99 mmHg (I: 3,8) has a dashed arrow pointing to 2,3 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group 100-104 mmHg (I: 4,0) has a dashed arrow pointing to 2,4 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".
- Group ≥105 mmHg (I: 2,7) has a dashed arrow pointing to 1,6 (II) labeled "med ⊕ ---2e meting".

Bij de diastolische bloeddruk (afkappunt= 90 mmHg) zien we dat door opvolgende hermetingen van alleen personen met een verhoogde waarde cumulatie ontstaat van waarden onder de grens (regressie naar het gemiddelde) (tabel XII-4). Had na 1 meting nog 20% een waarde ≥ 90 mmHg, na 2 of 3 hermetingen van de groep met een aanvankelijk verhoogde waarde is dit gereduceerd tot 12%.

Per praktijk zijn er grote verschillen in de verdelingen van de diastolische bloeddruk (bijlage tabel 9 en 10). Enkele opmerkelijke verdelingen lijken er op te wijzen dat de bloeddrukmeting zelf ook invloed heeft (afronden op tientallen, voorliefde voor waarden onder de grens).

Gezien het belang dat algemeen aan de risicofactor verhoogde bloeddruk wordt gehecht zal later nog apart worden ingegaan op de bloeddruk in combinatie met andere gegevens. Tevens zal dan een vergelijking worden gemaakt van de meetgegevens met enkele gegevens uit de literatuur.

Roken

De risicofactor roken wordt anamnestic vastgesteld.

Als grens voor al dan niet verhoogd risico is aangehouden het roken van 5 sigaretten per dag. Ruim één derde van de onderzochte populatie rookt er 5 of meer per dag (tabel XII-5). De variatie tussen de praktijken strekt zich uit van 27-51 procent (bijlage 12, tabel 7).

Tabel XII-5 Percentage personen in de onderzochte populatie dat meer dan 5 sigaretten per dag rookt, per leeftijd/geslachtscategorie.

Roken	Mannen		Vrouwen		Totaal
	< 45 jr.	≥45 jr.	< 45 jr.	≥45 jr.	
≥ 5 sigaretten per dag	43	44	35	28	37

Vrouwen hebben vaker nooit gerookt. Ruim een derde van de mannen en ruim de helft van de vrouwen heeft nooit gerookt of is langer dan vijf jaar geleden gestopt. Naast het feit dat mannen vaker roken, consumeren zij ook meer sigaretten per dag (bijlage 12, tabel 11)

Relatief gewicht

Als grenswaarde voor het relatief gewicht* is aangehouden 110. Eenendertig procent van de onderzochte populatie scoort boven deze grens (tabel XII-6). Het percentage personen boven de grens varieert van 18 in de ene tot 42 in de andere praktijk (bijlage 12, tabel 7). De verdeling van de populatie naar relatief gewicht, is te vinden in bijlage 12, tabel 12.

Tabel XII-6 Percentage personen in de onderzochte populatie met een relatief gewicht ≥110, per leeftijd/geslachtscategorie. N=10298

Relatief gewicht	Mannen		Vrouwen		Totaal
	< 45 jr.	≥45 jr.	< 45 jr.	≥45 jr.	
≥ 110	26	34	25	41	31

* $\frac{\text{gewicht in kg} \times 100}{\text{lengte in cm} - 100}$

Diabetes en anamnese hartinfarct

Naast de vier al besproken risicofactoren is bij de totale risicobepaling ook rekening gehouden met het feit of de onderzochte persoon diabetes mellitus had (al dan niet behandeld). Tevens is voor de risicobepaling gevraagd naar een zelf doorgemaakt hartinfarct of een infarct bij ouders, broers of zussen beneden het 55^e jaar.

Ruim één procent van de onderzochten gaf aan suikerziekte te hebben, ouderen veel frequenter dan jongeren.

Tien procent van de onderzochte populatie heeft zelf een hartinfarct doorgemaakt of heeft een eerstegraads familielid wie dit vóór het 55^e jaar overkwam. Er is weinig verschil tussen de geslachten. De oudere leeftijdsgroep heeft iets vaker een positieve infarctanamnese (tabel XII-7).

Tabel XII-7 Percentage personen in de onderzochte populatie met diabetes mellitus respectievelijk infarct in de anamnese, per leeftijd/geslachtscategorie. N=10.298

	Mannen		Vrouwen		Totaal
	< 45 jr.	≥ 45 jr.	< 45 jr.	≥ 45 jr.	
Diabetes mellitus	0,6	2,1	0,7	1,7	1,3
Hartinfarct in de anamnese	8	12	9	11	10

Ook wat deze factoren betreft zijn er weer grote verschillen tussen de 21 praktijken. De frequentie van een positieve diabetes anamnese varieert van 0-3 procent, die betreffende het hartinfarct van 6-14 procent (bijlage 12, tabel 7).

Diastolische bloeddruk nader beschouwd

Bloeddruk anamnese

Twaalf procent van de onderzochten, vijftien procent van de mannen en tien procent van de vrouwen, heeft na twee (medicatiegebruik) of drie metingen een diastolische tensie ≥ 90 mmHg. Bijna twee derde van deze groep gaf in de anamnese aan dat bij hen al eens een verhoogde bloeddruk was gemeten (i.e. positieve anamnese) tegenover 17% in de rest van de populatie en 22% in de totale populatie. Bijna één derde van de groep met een waarde boven de grens gebruikt medicatie (tabel XII-8).

Tabel XII-8 Verdeling van de onderzochte populatie met een diastolische bloeddrukwaarde (1e, 2e of 3e meting) onder en boven de 90 mmHg naar bloeddrukanamnese.

	Diastolische tensie < 90 mmHg	Diastolische tensie ≥ 90 mmHg	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	83	37	78 (8008)
Positieve anamnese bloeddruk, geen medicatie	13	35	16 (1612)
Positieve anamnese bloeddruk, wel medicatie	4	28	6 (678)
Totaal	100 (9064)	100 (1234)	100 (10298)

Bij mannen zijn de gemeten diastolische bloeddrukwaarden ≥ 90 mmHg vaker "onbekend" (negatieve anamnese). Bij vrouwen wordt ruim eenderde deel van de groep met een verhoogde bloeddruk geleverd door personen die medicamenteus worden behandeld (bijlage 12, tabel 13 a + b).

Als we groter dan of gelijk aan 95 mmHg als grens aanhouden wordt het aandeel van de "onbekenden" iets kleiner in het geheel van opgespoorde verhoogde bloeddrukken (bijlage 12, tabel 14 a+b).

Het percentage personen uit de totale onderzochte populatie dat in de anamnese aangeeft dat bij hen nog nooit een verhoogde tensie is gemeten varieert per praktijk van 65 tot 85 procent.

Behandelingsstatus

Bijna 7 procent van de onderzochte populatie wordt medicamenteus behandeld, bijna 6 procent van de mannen en ruim 7 procent van de vrouwen. Het percentage diastolische bloeddrukwaarden ≥ 90 mmHg is in de groep van medicatiegebruikers 50, in de groep met een positieve anamnese zonder medicatie 27, in de groep met een negatieve anamnese 6 (tabel XII-9). Er zijn 456 "nieuwe" hypertensiepatiënten opgespoord.

Tabel XII-9 Indeling van de onderzochte populatie met een negatieve danwel positieve bloeddrukanamnese naar de waarde voor de diastolische bloeddruk (1e, 2e of 3e meting).

Diastolische bloeddruk Anamnese	< 90	90-94	95-99	100-104	> 104	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	94	3	1	1	1	100 (8008)
Positieve anamnese bloeddruk, geen medicatie	73	13	4	6	4	100 (1612)
Positieve anamnese bloeddruk, wel medicatie	50	19	12	11	8	100 (678)
Totaal	88	6	2	2	2	100 (10298)

Het beeld bij de mannen is ongunstiger dan bij de vrouwen (bijlage 12, tabel 15 a+b). 234 Mannen en 176 vrouwen met een diastolische bloeddruk boven 100 mmHg, na herhaalde meting, kwamen (weer) onder de aandacht van de huisarts.

Tussen de praktijken zijn er grote verschillen zowel wat betreft het percentage van de onderzochte populatie dat boven de grenswaarde belandde (2-34 procent) als het percentage dat medicatie gebruikte ten tijde van het basisonderzoek (1-11 procent). (Bijlage 12, tabel 16)

In totaal hadden 214 medicatiegebruikers na 2 metingen een diastolische bloeddruk ≥ 95 mmHg en 152 personen met een positieve anamnese zonder medicatie een diastolische bloeddruk ≥ 100 mmHg.

Verhoogde bloeddruk en additionele risicofactoren

De laatste jaren wordt steeds meer de mening gehoord, dat bij de preventie van hart- en vaatziekten door het interveniëren in geval van risicofactoren de bloeddruk de hoogste prioriteit moet hebben.

Bij patiënten met een verhoogde bloeddruk zouden dan eventueel aanwezige overige risicofactoren mede verbeterd moeten worden. Teineinde een indruk te krijgen wat dat betekent is gekeken naar de extra risicofactoren bij personen met een "verhoogde" diastolische bloeddruk én personen die met hypertensiemedicatie worden behandeld en daarbij "goed" zijn ingesteld (z.g. potentieel hypertensieven).

Deze groep bestond uit 1567 personen (tabel XII-10). De helft van hen bleek tevens een verhoogd cholesterol te hebben, ongeveer éénderde rookt en de helft heeft overgewicht. Ruim 10% heeft een belaste anamnese aangaande hartinfarct. Mannen hebben frequenter een verhoogd cholesterolgehalte en slecht rookgedrag, vrouwen hebben vaker overgewicht. Goed ingestelde medicatiegebruikers hebben vaker een belaste infarctanamnese, de mannen die medicatie ontvangen zijn iets lichter en roken minder (bijlage 12, tabel 17).

Tabel XII-10 Het percentueel voorkomen van additionele risicofactoren bij mannen en vrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of bloeddrukmedicatie.

	N=	Cholesterol- gehalte ≥ 6.0 mmol/l	Roken ≥ 5 sigaret- ten/dag	Relatief gewicht ≥ 110	Zelf hartin- farct of 1 ^e graads familie <55 jaar
Mannen	679	57	39	45	
Vrouwen	888	46	25	56	
Totaal	1567	51	32	50	13

Als we kijken naar het voorkomen van combinaties van risicofactoren blijkt het volgende. Tien procent van de bestudeerde groep heeft nog drie andere verhoogde risicofactoren, éénderde nog twee (merendeel combinatie cholesterol + overgewicht), ruim éénderde nog één (vaak overgewicht), terwijl twintig procent alleen de (in het verleden) verhoogde bloeddruk als

risicofactor heeft (tabel XII-11).

Tabel XII-11 Het percentueel voorkomen van additionele risicofactoren naar aantal en aard bij personen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of bloeddrukmedicatie. N=1567

	%	N	
Cholesterol ≥ 6.0 mmol/l + Roken ≥ 5 sigaretten/dag + Rel. gewicht ≥ 110	10	(150)	
Cholesterol ≥ 6.0 mmol/l + Rel. gewicht ≥ 110	19	(298)	} 34
Cholesterol ≥ 6.0 mmol/l + Roken ≥ 5 sigaretten/dag	11	(178)	
Roken 5 sigaretten/dag Rel. gewicht ≥ 110	4	(64)	
Rel. gewicht ≥ 110	18	(278)	} 38
Cholesterol ≥ 6.0 mmol/l	12	(187)	
Roken ≥ 5 sigaretten/dag	8	(123)	
Geen andere risicofactor	19	(299)	

Mannen hebben vaker 3 additionele factoren en vrouwen vaker geen of slechts één (tabel XII-12). Goed ingestelde medicatiegebruikers hebben minder additionele risicofactoren. Binnen de groep met een verhoogde bloeddruk zijn er tussen de subgroepen, al dan niet bekend/medicatiegebruik, nagenoeg geen verschillen. Personen met een positieve anamnese betreffende hartinfarct hebben in iets hogere percentages twee of drie risicofactoren (bijlage 12, tabel 18, 19, en 20).

Tabel XII-12 Het percentueel voorkomen van een of meer additionele risicofactoren (hypercholesterolaemie, roken, relatiefgewicht) bij mannen en vrouwen met een diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of bloeddrukmedicatie.

	N=	Additionele risicofactoren			
		geen	één	twee	drie
Mannen	679	18	35	34	13
Vrouwen	888	20	40	33	7
Totaal	1567	19	38	34	10

Literatuur vergelijking

Door afwijkende meetschema's, leeftijdsgroepen en criteria is literatuurvergelijking veelal geen gemakkelijke zaak.

Wat bestudeerde leeftijds- en geslachtsgroep betreft is het Rifoh huisartsenproject het beste vergelijkbaar met het COPIH* project. Tabel XII-13 laat zien dat over de hele linie in het Rifoh-HA project lagere waarden werden genoteerd.

Tabel XII-14 geeft voor de leeftijdsgroep van 35-44 jaar een overzicht van meerdere studies. In tabel XII-15 is daarbij een combinatie gemaakt met systolische waarden.

De gemiddelde bloeddrukwaarden, zoals die gemeten zijn bij personen van 40-49 jaar in verschillende onderzoeken staan naast elkaar in tabel XII-16.

Tabel XII-13 Percentage personen in COPIH- en Rifoh-HA-project met een diastolische bloeddruk >90 en >100 mmHg. Naar leeftijd en geslacht.

	COPIH 1971/1974		1974/1976		RIFOH-HA 1983/1985	
	% >90 mmHg	% >100 mmHg	N totaal			
Mannen	COPIH	RIFOH	COPIH	RIFOH	COPIH	RIFOH
35-39 j.	26,1	13,7	6,4	4,0	594	1067
40-44 j.	35,4	20,1	12,7	5,0	5209	1221
45-49 j.	35,9	21,2	11,0	5,7	5510	1034
50-54 j.	41,8	22,2	14,1	6,3	4811	1081
					<hr/>	<hr/>
					16124	4403
Vrouwen						
35-39 j.	20,4	7,2	5,3	1,6	589	1494
40-44 j.	24,4	10,5	7,4	2,6	1033	1370
45-49 j.	36,2	15,3	13,4	3,3	1079	1287
50-54 j.	39,0	19,6	14,3	3,9	1026	1268
					<hr/>	<hr/>
					3727	5419

N.B. dit betreft eerste metingen.

De diastolische druk is genoteerd in fase V.

Uit: advies inzake Hypertensie: Gezondheidsraad 1983.

* Cie. Opsporing en Preventie van Ischaemische Hartziekten van de Ned. Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Tabel XII-14 Percentage mannen en vrouwen met een diastolische bloeddrukwaarde >90 en >100 mmHg in Nederlandse onderzoeken. Leeftijdsgroep 35-44 jaar.

project, plaats, jaar	totaal aantal		>90 mmHg* diastolisch		van hen >100 mmHg diastolisch	
	M	V	M %	V %	M %	V %
CB's te- zamen 1977/1978	9.812	10.675	21,4	12,3	7,1	3,5
COPIH 1974	5.803	1.622	31,0	22,9	8,6	6,6
RIFOH-HA 1983/1985	2.288	2.864	17,1	8,8	4,5	2,1
Nijmegen (NIP) 1977	1.196	1.212	19,7	16,5	5,6	2,7
EPOZ 1975/1978	765	825	13,3	12,6	3,4	3,0
Vlaardingen 1975/1976	201	184	12,9	13,6	1,0	6,0
Vlagtwedde 1976	314	-	15,3	-	3,5	-
Berdum 1972	-	371	-	11,1	-	3,2

*N.B. eerste metingen

Uit: Advies inzake Hypertensie: Gezondheidsraad 1983.

Tabel XII-15 Overzicht van de verdeling (in procenten) van mannen en vrouwen van 35-44 jaar over een viertal bloeddrukklassen.

Project, plaats en jaar	bloeddruk in mmHg*									
	aantal mannen	< 140/90	≥140/90 en <160/95	≥160/95 en <180/105	≥180/105	aantal vrouwen	< 140/90	≥140/90 en <160/95	≥160/95 en <180/105	≥180
Consultatiebu- reaus tezamen (1977-1978)	9.812	63.4	20.4	12.2	4.0	10.675	78.4	13.3	6.3	2
COPIH (1974)	5.803	53.4	28.7	12.9	4.9	1.622	65.0	20.7	11.0	3
Rifoh-HA	2.288	63.7	22.2	10.4	3.6	2.864	80.2	13.4	5.3	1
Nijmegen (NIP) 1977	1.196	56.0	28.8	10.5	4.8	1.212	67.3	20.6	9.9	2
Zoetermeer (EPOZ) (1975-1978)	765	77.6	15.8	5.2	1.3	825	81.9	11.4	5.4	1
Vlaardingen (1975-1976)	201	64.2	23.9	11.4	0.5	184	72.8	15.8	6.0	5
Vlagtwedde (1976)	314	51.6	36.3	9.2	2.9	-	-	-	-	
Bedum (1972)	-	-	-	-	-	371	52.3	33.7	10.2	3

*N.B. dit betreft eerste metingen
Uit: Advies inzake hypertensie: Gezondheidsraad 1983.

Tabel XII-16 Overzicht van gemiddelde bloeddrukwaarden van mannen en vrouwen van 40-49 jaar.

Project, plaats en jaar	M/V	gemiddelde <u>systolische</u> bloeddruk	gemiddelde <u>diastolische</u> bloeddruk
Vlagtwedde 1970	M	142	77
K.R.I.S. 1972	M	135	79
CB 1973	M V	135 128	77 79
COPIH 1971/1974 1974/1976	M V	139 133	84 84
Zoetermeer (EPOZ) 1976	M V	133 133	82 83
Nijmegen (NIP) 1977	M V	134 134	84 84
Vorden 1977	M V	141 138	85 83
Den Haag 1976/1977	M V	135 130	85 80
Rifoh-HA 1983/1985	M V	133 128	84 81

Uit: Advies inzake Hypertensie: Gezondheidsraad 1983
ontleend aan Rapport Cie. Coördinatie Onderzoek Hart- en
Vaatziekten.

XIII Interventieresultaten

Heronderzoek na 4 maanden

Van de 10298 personen, waarvan de gegevens zijn bewerkt, kwamen er 2549 in aanmerking voor het heronderzoek na vier maanden (24%). Bij 88 procent van deze groep is dit heronderzoek ook uitgevoerd. Vrouwen uit de oudere leeftijdscategorie worden het meest frequent heronderzocht (90%), jonge mannen het minst frequent (85%).

Bij 305 personen werd het heronderzoek na 4 maanden niet uitgevoerd (tabel XIII-1).

Personen uit de heronderzoeksgroep met een verhoogde diastolische bloeddruk bij basisonderzoek worden voor 91% heronderzocht, die met een verhoogd cholesterolgehalte voor 88%, de rokers voor 85% en personen met een verhoogd relatief gewicht voor 87%.

Tabel XIII-1 Mate van (volledigheid van de) uitvoering van het heronderzoek na vier maanden. N=2549

	%
Volledig uitgevoerd	86
Gedeeltelijk uitgevoerd	2
Niet uitgevoerd wegens weigering	3
verhuizing	1
overlijden	0,1
andere reden	8

Als we kijken naar de verschillende praktijken dan blijkt het percentage gerealiseerde heronderzoeken nogal te variëren (zie ook blz 66). Vijf van de eenentwintig praktijken zien meer dan

Tabel XIII-2 Mate waarin de praktijken erin slaagden hoogrisicodragers voor heronderzoek te zien. N=21

	Aantal praktijken	Praktijknummer
≥ 95%	5	2, 8, 13, 18, 20
85-94%	9	6, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 21, 22
75-84%	3	1, 7, 10
< 75%	4	3, 5, 16, 19

95% voor de tweede keer, vier praktijken bereiken minder dan 75% voor de geplande hermeting.

Het percentage personen dat uitvalt kan repercussies hebben voor de interpretatie van de interventieresultaten. Personen die niet worden heronderzocht hebben minder vaak een verhoogde bloeddruk dan degenen die wel na 4 maanden worden teruggezien (27 vs. 36%). Ze hebben ook in mindere mate een verhoogd cholesterolgehalte (82 vs. 85%). Aan de andere kant zijn er relatief meer rokers (67 vs. 53%) en meer personen met overgewicht te vinden in de niet heronderzochte groep (58 vs. 52%).

Netto-resultaat van interventie

Het Rifoh-project is oorspronkelijk opgezet als service-verlening aan de bevolking en niet als onderzoek. Er is geen controle groep opgenomen. Het netto-interventieresultaat is hierdoor niet exact te berekenen.

De door Miettinen geïntroduceerde methode om het zuivere interventiegebonden effect te berekenen zonder gebruik te maken van een controlegroep is niet bruikbaar. Personen met een waarde onder de grenswaarde werden immers nooit hermeten en er kan dus geen regressielijn worden geconstrueerd.⁷ De door Sutherland voor het CB-hartproject gemaakte berekeningen voor het pressor- en regressie-effect met betrekking tot de bloeddruk zijn later door anderen (Boot, Bekker) bekritiseerd.^{8 9}
10 In deze rapportage zal om bovengenoemde redenen volstaan worden met de presentatie van de absolute waarden van de dalingen die gerealiseerd werden.

Bereiken van de streefwaarde

In tabel XIII-3 is af te lezen welk percentage van de hermeten hoogrisicodragers een waarde onder de steeds gehanteerde grens bereikte. Wat betreft het cholesterolgehalte zijn de uiteenlopende resultaten bij vrouwen opvallend.

Vrouwen bereiken vaker dan mannen de streefwaarde voor de bloeddruk. Jongere mannen stoppen het meest frequent met roken, jonge vrouwen juist opvallend weinig. De resultaten betreffende het gewicht zijn opvallend beter bij mannen.

Tabel XIII-3 Percentage mannen en vrouwen dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte voor de verschillende risicofactoren naar leeftijd. N=2244

Risicofactoren en streefwaarde	N	Mannen		Vrouwen		Totaal
		< 45 jr.	≥ 45 jr.	< 45 jr.	≥ 45 jr.	
* Cholesterol ≥ 6.0 mm/l	1884	23	21	28	14	20
* Diastolische bloeddruk ≥ 90mmHg	794	25	25	28	32	28
* Roken	1186					
- gestopt		10	8	2	8	8
- ≥ 5 sigaretten/dag		2	5	5	6	4
* Relatief gewicht ≥ 110	1157	22	19	8	14	16

N.B. De bloeddruk werd bij het heronderzoek altijd twee maal gemeten. Het gemiddelde van de twee diastolische waarden is gebruikt ter bepaling van het interventieresultaat.

Er is geen verschil in resultaat tussen personen die wel en die geen medicijnen voor de bloeddruk gebruikten ten tijde van het basisonderzoek (bijlage 12, tabel 21).

De resultaten lopen voor de verschillende praktijken sterk uiteen (bijlage 12, tabel 22, 23, 24, 25).

Gemiddelde waarden

Gemiddeld treedt er voor de totale groep met een verhoogd cholesterolgehalte een daling op van 0.5 mmol/l. Voor personen die bij basisonderzoek een waarde hadden ≥ 7.0 mmol/l bedraagt de gemiddelde daling 0.7 mmol/l, dit is 9% (tabel XIII-4).

De diastolische bloeddruk daalt in de totale groep met gemiddeld 5 mmHg. Personen met een uitgangswaarde ≥ 100 mmHg geven een daling te zien van gemiddeld 8 mmHg, dit is 8%.

De daling in het relatiefgewicht is gering. Voor de groep met een hoge uitgangswaarde 3%.

Tabel XIII-4 Gemiddelde waarden van de verschillende risicofactoren bij basis- en heronderzoek na 4 maanden, totaal en per subcategorie. N=2244

Risicofactor	Basisonderzoek		Heronderzoek Gemiddelde	N
	Uitgangswaarde	Gemiddelde		
Cholesterolgehalte mmol/l	Totaal	7.3	6.8	1884
	6.0-6.9	6.4	6.2	625
	≥ 7.0	7.7	7.0	1259
Diastolische bloeddruk mmHg	Totaal	99	94	794
	90- 99	94	92	479
	≥ 100	105	97	315
Relatief gewicht	Totaal	123	121	1157
	110-124	116	114	768
	≥ 125	139	135	389

Alleen hoogrisicodragers werden door de assistente ten aanzien van alle factoren met een waarde boven de grens mondeling geadviseerd. Alle rokers echter kregen meteen bij het basisonderzoek al informatie over de nadelen van roken. Het overgrote deel van deze groep kwam niet in aanmerking voor heronderzoek. Het resultaat van het merendeel der anti-rook adviezen is zodoende ook niet bekend.

Interventie resultaten na 1 jaar

Teneinde na te gaan in hoeverre de na 4 maanden bereikte resultaten stand houden in de periode daarna is in het kader van de evaluatie-studie een extra hermeting gedaan, één jaar na het basisonderzoek. Alle personen die vóór 1 januari 1985 voor het eerste onderzoek werden gezien en voor het heronderzoek na 4 maanden in aanmerking kwamen, werden na een jaar nogmaals gemeten. Van deze 2271 personen werden er 1603, dit is 71%, daadwerkelijk voor de tweede maal heronderzocht. De verschillen naar leeftijd en geslacht zijn klein (68% oudere mannen, 74% oudere vrouwen).

Als we corrigeren voor de uitval bij het heronderzoek na 4 maanden (250 personen) stijgt het percentage tot 79%. Reden voor uitval is aangegeven in tabel XIII-5.

Tabel XIII-5 Mate van (volledigheid van de) uitvoering van het heronderzoek na 1 jaar (met correctie voor uitval bij eerder heronderzoek). N=2021

	%
Volledig uitgevoerd	78
Gedeeltelijk uitgevoerd	1
Niet uitgevoerd wegens weigering	2
verhuizing	1
overlijden	1
andere reden	7
Geen formulier ingezonden reden onbekend	10

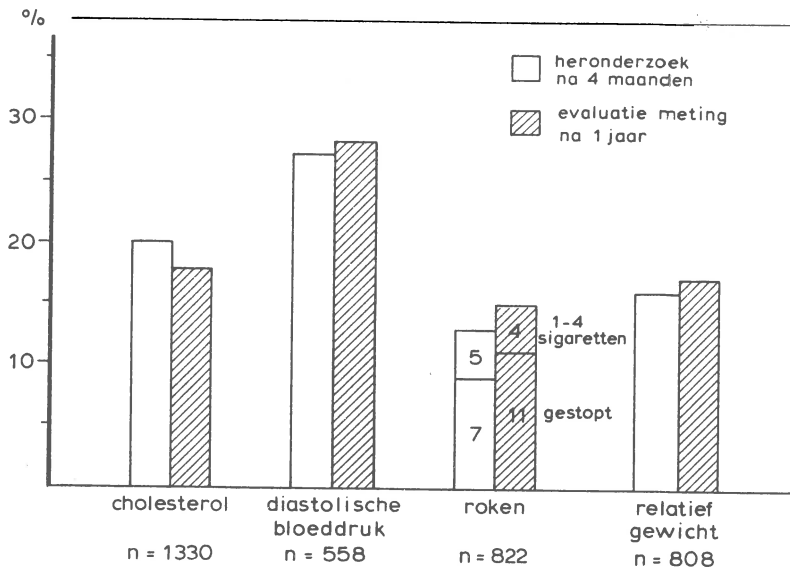
Praktijken die bij het eerste heronderzoek al veel uitvallers hadden, zien ook veel minder patiënten voor het tweede heronderzoek. De verschillen in uitvalpercentages tussen de praktijken worden nog groter.

Vijf praktijken zagen meer dan driekwart van de in aanmerking komende populatie ook na 1 jaar terug. Vijf praktijken zien minder dan de helft van de patiënten voor een tweede heronderzoek (bijlage 12, tabel 28).

Het risicoprofiel van personen die niet voor het 2^e heronderzoek worden gezien verschilt weer van de groep die wel wordt onderzocht. De strekking van de verschillen is zoals bij het eerste onderzoek, de verschillen zijn echter iets minder uitgesproken.

De resultaten van de groep die voor het tweede heronderzoek werd gezien blijven stabiel. Voor drie van de vier risicofactoren is er zelfs sprake van een nog iets beter resultaat, het sterkste wat betreft het roken. Het percentage dat na 1 jaar onder de streefwaarde van het cholesterolgehalte zit is echter iets afgenomen (figuur XIII-1, bijlage 12, tabel 26, 27, 24, 25).

Figuur XIII-1 Percentage personen met een waarde onder de gehanteerde grenswaarde na 4 maanden en 1 jaar, per risicofactor. N=1603

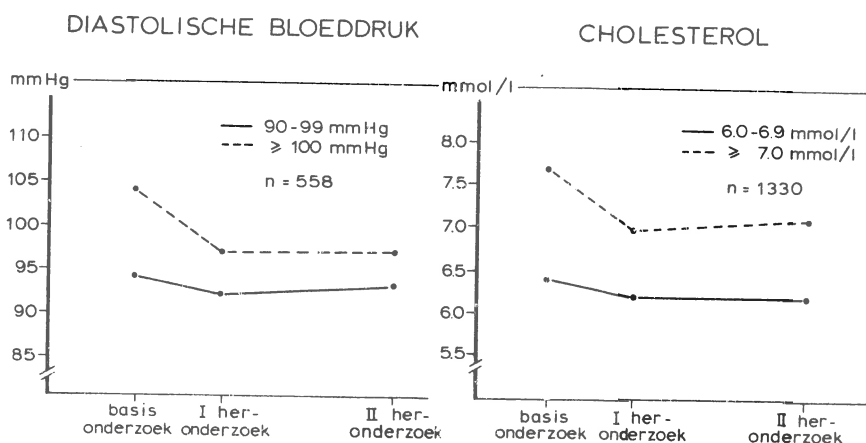


Ouderen weten wat het cholesterolgehalte betreft minder gemakkelijk het toch al moeizaam bereikte resultaat te handhaven. Van de jongere patiënten bereiken er na een jaar meer de streefwaarde voor de diastolische bloeddruk.

Het rookgedrag verslechtert bij jongere mannen terwijl het bij alle anderen nog verder verbetert (bijlage 12, tabel 29).

De gemiddelde waarden van het cholesterolgehalte, de diastolische bloeddruk en het relatiefgewicht zijn fractioneel hoger na 1 jaar (figuur XIII-2, tabel 30).

Figuur XIII-2 Gemiddelde waarden voor de bloeddruk en het cholesterolgehalte bij basisonderzoek en heronderzoek na 4 maanden (I) en 1 jaar (II) naar subcategorie.



Interventieresultaten: praktijkvergelijking

Als we kijken naar de afzonderlijke praktijken blijkt de mate waarin onderzochte personen er in slagen bij de heronderzoeken voor de verschillende risicofactoren de streefwaarde te bereiken sterk uiteen te lopen. Beschouwen we de resultaten voor de vier risicofactoren tezamen, dan liggen de verschillen tussen de praktijken al veel minder duidelijk. De ene praktijk bereikt betere resultaten bij deze, de andere praktijk bij die risicofactor. Toch verdienen de verschillen tussen de praktijken nadere aandacht.

Vooropgesteld moet worden dat vergelijking een hachelijke zaak is. Het aantal praktijken is klein en de verschillen in omstandigheden groot. In een aantal praktijken (nr. 11, 9, 19, 3, 16) zijn de aantallen zo klein dat hier van vergelijking is afgezien.

De locatie van de praktijken varieert van hartje Rotterdam tot kleinere dorpen in de Achterhoek, daarnaast verschilt de onderzochte populatie in de praktijken wat leeftijd en geslacht betreft. Door deze factoren kunnen uitgangswaarden verschillen en kunnen de onderzochte personen een andere motivatie voor het opvolgen van adviezen aan de dag leggen.

Belangrijk is het te bedenken dat ook om een andere reden verschillen kunnen ontstaan tussen praktijken: door patiëntenselectie bij basis- en heronderzoek. Praktijken die een kleiner percentage personen bereikten voor een of beide onderzoeken zouden mogelijk een meer gemotiveerd deel van de gehele groep hebben onderzocht. Teneinde bij vergelijking van praktijken deze storende factor uit te sluiten zijn in tabel XIII-6 alleen praktijken onder elkaar gezet die wat dit betreft vergelijkbaar zijn. Opvallend is het dan dat de praktijken waar patiëntenselectie bij de twee onderzoeken in hoge mate optrad in het geheel geen betere resultaten blijken te hebben dan praktijken die deze selectie veel minder hadden. Het tegendeel lijkt misschien eerder waar. Of de echtgenote of de assistente het project uitvoerde lijkt niet erg van invloed, evenmin als het besteden van meer tijd tot betere resultaten zou leiden. Hoewel conclusies op basis van deze gegevens niet mogelijk zijn ontstaat wel de indruk dat de combinatie van motivatie en routine (groot bereik) ook zorg draagt voor redelijk constante interventieresultaten.

Tabel XIII-6 Overzicht van de interventieresultaten in de verschillende praktijken in relatie tot variabelen betreffende de onderzochte populatie en uitvoeringswijze in de praktijken.

Praktijk nummer	% van doel-populatie dat is onderzocht	% bereikt bij heronderzoek		Grootte Doel-popu- latie 1)	Uitvoer- der E=echt- g. A=assist. derzoek	% Hoog- risico- dragers voor heron- derzoek	Gem. gere- gistreeerde tijd per onderzoch- te patiënt in logboek	% dat de streefwaarde bereikt na 4 maanden/na 1 jaar			
		4 mnd	1 jaar					Cholesterol	Diast. Bloeddruk	Roken	Relatief gewicht
Weinig patiëntselectie 2)											
18	75	100	96	++	E + E	20	38	25/22	32/30	2/7	8/13
13	77	96	88	+	E	28	51	18/18	24/31	9/13	20/15
20	76	95	86	+++	E	26	36	20/25	25/20	9/16	16/16
21	76	93	78	+++	A	24	23	15/17	42/42	11/11	17/21
6	75	92	75	-	E	26	35	29/22	20/48	10/24	7/32
12	71	91	67	+	A	28	36	21/17	46/35	13/13	11/7
Patientenselectie bij basis- en heronderzoek: +											
22	54	90	74	+	A + A	25	50	21/14	27/30	2/0	24/21
14	62	89	77	++	E	16	40	25/12	/	4/7	13/23
7	54	89	71	++	A	31	34	19/17	14/23	6/11	21/17
Patientenselectie bij basisonderzoek: +											
2	50	100	52	-	E	29	36	/	21/29	/	/
8	38	96	71	+	E	15	42	26/22	18/36	18/36	/
Patientenselectie bij heronderzoek: +											
1	78	79	62	-	A	19	43	26/14	40/20	4/8	18/14
5	76	70	66	+	A	32	39	5/3	18/36	3/7	20/11
Patientenselectie bij basisonderzoek: ++; bij heronderzoek +											
15	38	86	74	++	A + A	36	47	17/23	20/5	7/11	6/12
7	35	80	60	+	A	25	46	30/33	18/18	0/4	18/18
10	30	79	53	+	E	28	78	9/8	/	10/6	25/25
Alle praktijken	55	88	71			25	39	20/18	27/18	7/11	16/17

1) Grootte doelpopulatie: +++ >1500 personen
 ++ 1000-1500
 + 750-1000
 - <750

2) Mate waarin de te bereiken populatie niet werd onderzocht.

Interventie t.a.v. verhoogde bloeddruk op langere termijn

De lange termijnbehandeling van hypertensiepatiënten is als we de literatuur er op naslaan onvoldoende en lijkt dit steeds te blijven. Dit was er de reden van dat de Vatenclub aan het begin van het Rifoh-huisartsenproject van mening was dat er een beleid moest komen naar de deelnemende huisartsen toe om hen te stimuleren de door hen opgespoorde hypertensiepatiënten een verantwoorde begeleiding te geven. De resultaten uit de Behavastudie (evaluatie N.I.P.)⁵ lieten zien dat een strak controle beleid, gesteund door de inzet van de praktijkassistente hiervoor een uitstekende methode was. De Vatenclub besloot derhalve de deelnemende huisartsen een facultatief follow-up programma aan te bieden waarin de assistente een belangrijke rol zou krijgen. Zij was immers door haar taak in het Rifoh-project goed vertrouwd geraakt met de risicofactor en nagenoeg alle patiënten had zij meerdere malen gezien (bijlage 7).

Dit follow-up programma is om meerdere redenen geen succes geworden. Achteraf gezien kan men aanvoeren dat het programma te idealistisch werd opgezet, maar andere redenen spelen wel degelijk een grote rol mee. Zo bleek er bij nagenoeg alle huisartsen een grote weerstand te bestaan tegen het zelf aanvaarden van verantwoordelijkheid voor de bewaking van de continuïteit van de zorg. Daarnaast paste de inschakeling van de echtgenotes niet in het concept. Het was juist de bedoeling de door de praktijkassistente opgedane deskundigheid en betrokkenheid aan te wenden voor de reorganisatie van de zorg voor hypertensiepatiënten. Een ook niet onbelangrijke factor was gelegen in het Rifoh-project zelf. De praktijkassistentes moesten van het begin af aan alle zeilen bijzetten om het project goed (d.w.z. ook in tempo) uit te voeren. Het geheel was voor hen toch tamelijk nieuw en uitdagend en weinigen van hen konden de energie opbrengen zich meteen weer in te zetten voor een ander doel. De houding van veel huisartsen werkte in deze zoals gezegd ook niet erg stimulerend.

Al met al kregen in slechts een zestal praktijken de assistentes een taak bij de begeleiding van hypertensiepatiënten. In

twee praktijken werd wel de gele Rifoh-kaart gebruikt om een overzicht te krijgen van alle hypertensiepatiënten, een systematisch controle-bewakingssysteem is er echter (nog) nergens mee geïnitieerd.

Patiëntenkaart onderzoek

Het oorspronkelijke onderzoek naar het functioneren van het controle-bewakingssysteem is omgebouwd tot een inventarisatie van de kwaliteit van de hypertensiebegeleiding. Daartoe zijn de gewone patiëntenkaarten, maar ook in gebruik zijnde speciale hypertensiekaarten, bestudeerd. Het onderzoek strekte zich uit van het moment van basisonderzoek tot maximaal 3 jaar daarna. Met name de eerste anderhalf jaar komt intensief aan bod.

Voor het onderzoek zijn alle patiënten met een diastolische bloeddruk (na 2 of 3 metingen) van 95 mmHg of hoger uit het IWIS-bestand van juli 1985 geselecteerd. Patiënten uit praktijken waar slechts enkele patiënten in de onderzoeksgroep vielen zijn buiten het onderzoek gelaten. De totale bestudeerde groep bestaat uit 404 personen uit 15 huisartspraktijken (bijlage 8).

Samenstelling onderzoeksgroep

In vergelijking met de totale onderzochte populatie in het Rifoh-project zijn in de onderzochte hypertensiegroep de mannen oververtegenwoordigd.¹¹ Dit is gezien hun reeds naar voren gekomen slechte positie wat de bloeddruk betreft niet verwonderlijk (hoofdstuk XII). Voor ongeveer één derde bestaat de groep uit personen die bij het basisonderzoek medicatie gebruikten, maar toch tot tweemaal toe een diastolische tensie hadden ≥ 95 mmHg. Bijna één derde van de groep bestond uit personen, die bij basisonderzoek aangaven dat er bij hen nog nooit een verhoogde bloeddruk was gevonden. Ruim een derde vermeldde wel een eerder gemeten verhoogde bloeddruk. Personen uit de twee laatste groepen werden bij het basisonderzoek vier keer gemeten in twee zittingen. De derde meting is genomen voor de selectie. De beide eerste metingen moeten < 90 mmHg zijn geweest. Aan de hand van de patiëntenkaarten is vastgesteld dat

van de laatste groep 'bekenden' (ooit verhoogde bloeddruk gevonden) ongeveer de helft in het jaar vóór het Rifoh-basisonderzoek door de huisarts was gezien (mede) voor bloeddrukmeting, de andere helft niet.

De gemiddelde diastolische tensie van de hele groep bedroeg 102 mmHg bij basisonderzoek. Er waren nagenoeg geen verschillen in verdeling en gemiddelden tussen de bovengenoemde subgroepen.

Registratie probleem hypertensie

Zoals al gezegd functioneerde er in geen van de praktijken een specifiek systeem om controles te bewaken, hetwelk een zeer systematische registratie vereist. In 6 praktijken werd er wel speciale aandacht gevraagd voor het probleem hypertensie bij een bepaalde patiënt door het gebruik van een speciale kaart of door probleem gerichte registratie. Van de overige negen praktijken was er in vijf praktijken zelfs geen herkenbare markering van de hypertensie bij medicamenteus behandelde patiënten.

Uitval uit de controle

Als patiënten al langer dan een half jaar niet meer door de huisarts (of assistente) voor controle werden gezien werd dit beschouwd als uitval uit de controle. Van de 404 patiënten was dit bij 168 het geval. Het overgrote deel was al langer dan een jaar niet meer gezien; 37 patiënten waren uit de praktijk vertrokken, overleden of naar de specialist verwezen. Als we deze uitvallers buiten beschouwing laten, komt het er op neer dat ongeveer eenderde van de totale hypertensiegroep om een andere, veelal onduidelijke, reden niet meer bij de huisarts onder regelmatige bloeddrukcontrole stond. (Variatie tussen de praktijken 11 tot 46%). Mannen vielen vaker uit de controle: 33% versus 17%. De invloed van leeftijd is gering.

Het zijn niet de medicijngebruikers die niet meer voor controle verschijnen (uitval 10%) maar juist de nieuw ontdekte en de 'bekende', maar niet medicamenteus behandelde patiënten (uitval bijna 50%).

Van alle 131 uitvallers zijn 59 personen na het basisonderzoek geen enkele keer meer door de huisarts gecontroleerd, 72 patiënten kwamen nog wel één of meer malen voor de bloeddruk bij de huisarts; zij zijn echter op een later tijdstip toch uit zijn zicht verdwenen.

Veel van de hypertensiepatiënten kwamen binnen het kader van het Rifoh-huisartsenproject in aanmerking voor één, meestal twee heronderzoeken (na 4 maanden en 1 jaar). Van de 59 patiënten die vanaf het basisonderzoek niet meer door de huisarts werden gecontroleerd zijn er 50 nog wel door de assistente gezien voor een of twee heronderzoeken.

Bloeddrukniveau uitvallers

Het bloeddrukniveau bij basisonderzoek van de groep uitvallers was ruim 1 mmHg lager dan dat van de totale groep, nl. 100 mmHg.

De laatst bekende bloeddruk van de uitvallers (dit kon zijn die bij basisonderzoek, heronderzoek of huisartscontrole) was gemiddeld 94 mmHg. De helft van de groep had op moment van uitval een bloeddruk lager dan 95 mmHg, echter bloeddrukwaarden tot 115 mmHg komen ook een enkele maal voor als laatst gemeten bloeddruk.

Patiënten die al direct na het basisonderzoek nooit meer werden gezien (N=9) hadden op het moment van uitval gemiddeld de hoogste bloeddruk (100 mmHg), daarna volgden in hoogte degenen die als laatste keer door de huisarts zijn gezien (N=72; 94 mmHg), vervolgens de personen die na een heronderzoek niet meer werden terug gezien. (N=50; 91 mmHg)

Begeleiding hypertensiepatiënten

Kaartgegevens van alle personen uit de totale onderzoeksgroep die na anderhalf jaar nog steeds onder controle bij de huisarts waren werden nader geanalyseerd (N=225).

De controlefrequentie (aantal controles per half jaar) en het bloeddrukverloop werden nader bestudeerd evenals het beleid betreffende medicatie en de aanpak van patiënten met een extra hoog risico.

Controle frequentie

Medicatiegebruikers werden het meest frequent gecontroleerd. Nieuwe patiënten werden aanvankelijk ook zeer regelmatig gezien, maar daarna deed zich een terugslag voor die zich in de loop van de tijd weer herstelde. Mannen en met name uit de jongere leeftijdscategorie hadden een lagere controlefrequentie dan vrouwen.

Bloeddruk verloop

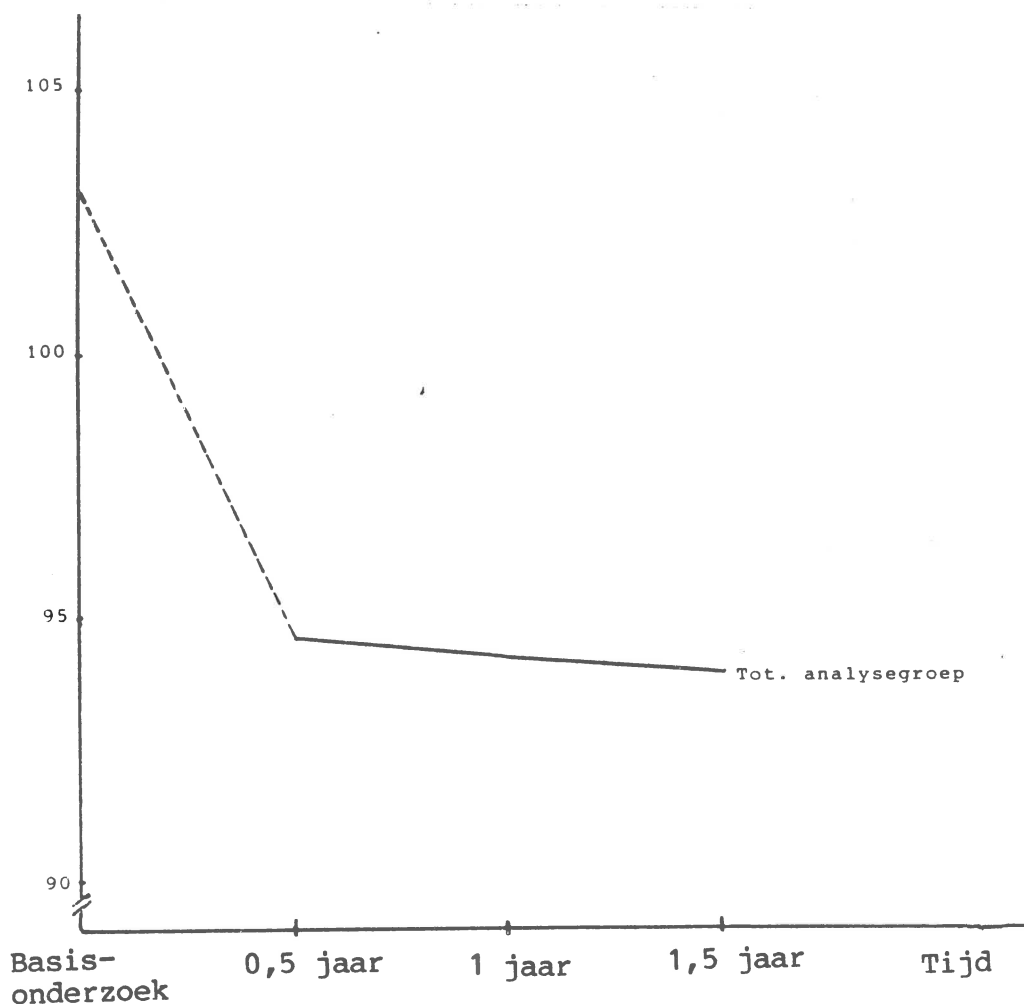
Van de patiënten waarvan een meting tijdens het eerste half jaar bekend was (N=189), is het bloeddrukverloop in grafiek gebracht (figuur XIII-3).

De relatie met de basisbloeddruk (gemeten tijdens het basis-onderzoek) is aangegeven door een stippellijn. De basisbloeddruk is door de assistente gemeten, de metingen hierna zijn (meestal) verricht door de huisarts. De metingen zijn wél bij dezelfde groep verricht.

Het bloeddrukverloop vertoont een scherpe daling tijdens het eerste half jaar. Daarna treedt nog een lichte daling op.

Figuur XIII-3 Gemiddelde diastolische bloeddruk per half jaar van de totale analysegroep (N=189)

Diastolische
bloeddruk
mmHg



Nieuw opgespoorde patiënten en bij basisonderzoek onder medicatie staande patiënten maakten de sterkste daling door in het eerste half jaar, die constant bleef in de periode daarna.

De diastolische bloeddruk was na anderhalf jaar bij de vrouwen hoger dan bij mannen. Mannen uit de jongste leeftijdscategorie daalden vanaf het hoogste bloeddruk niveau bij basisonderzoek naar het laagste niveau na anderhalf jaar.

De subgroep die langer dan anderhalf jaar werd gecontroleerd had ook in de periode daarna een gemiddelde dat beneden de 95 mmHg lag.

Streefwaarde

Bijna de helft van de patiënten heeft na 1,5 jaar een waarde bereikt < 95 mmHg (dit betekende veelal \leq 90 mmHg). Als we de grens verleggen naar \leq 95 mmHg, bereikte ruim 70% van de groep

Tabel XIII-7a Het percentage patiënten (aantal patiënten), dat een diastolische bloeddruk < 95 mmHg heeft op de verschillende tijdstippen. Per subgroep. N=189

Behandeling- status Tijdstip	Nieuw opgespoorde patiënten N=42	"bekend", geen medicatie		Bij basis- onderzoek medicatie N=90	Totaal % (N) (189)
		geen controle N=24	wel controle N=33		
0,5 jaar	52	54	39	37	43 (81)
1 jaar	57	50	36	47	48 (89)
1,5 jaar	53	44	52	45	48 (87)

Tabel XIII-7b Het percentage patiënten (aantal patiënten), dat een diastolische bloeddruk \leq 95 mmHg heeft op de verschillende tijdstippen. Per subgroep N=189

Behandeling- status Tijdstip	Nieuw opgespoorde patiënten N=42	"bekend", geen medicatie		Bij basis- onderzoek medicatie N=90	Totaal % (N) (189)
		geen controle N=24	wel controle N=33		
0,5 jaar	69	71	52	66	65 (122)
1 jaar	71	63	49	65	63 (118)
1,5 jaar	73	61	76	71	71 (130)

de streefwaarde (tabel XIII 7a+b). De opnieuw onder de aandacht van de huisarts gebrachte "oude bekenden" bereikten minder vaak de streefwaarde.

Verschillen tussen praktijken

De gemiddelde bloeddrukdaling na 1,5 jaar verschilt sterk van praktijk tot praktijk en loopt van 4 tot 19 mmHg (kleine aantallen!; varieert van 6-58). In de 7 praktijken met meer dan 10 personen in de analysegroep varieert het percentage dat de streefwaarde bereikt (< 95 mmHg) van 38 tot 60 na 1 jaar en van 15-90 na 1,5 jaar. De verschillen worden in de loop dertijd groter (tabel XIII-8).

Tabel XIII-8 Het percentage patiënten per praktijk dat een diastolische bloeddruk heeft < 95 mmHg op de 3 tijdstippen. Per praktijk (N >10).

Praktijk nr.	N	0,5 jaar	1 jaar	1,5 jaar
6	13	40	60	90
13	15	33	53	15
17	32	70	56	58
18	22	44	47	40
19	13	10	44	40
20	58	41	38	43
21	21	29	53	59
Totaal der praktijken	189	43	48	48

Medicamenteuze behandeling

Na 1,5 jaar gebruikt viervijfde van de groep die nog onder controle is medicijnen, bij basisonderzoek was dit zo'n 40 procent.

Van de subgroep die bij basisonderzoek nog geen medicijnen gebruikte krijgt in de loop van 1,5 jaar 65% medicijnen. De subgroep, waarbij de huisarts in het begin het meest terughoudend is in deze krijgt uiteindelijk het meest frequent medicijnen (tabel XIII-9).

Een kleine tien procent van de in aanvang op medicijnen ingestelde groep gebruikt na een half jaar geen medicijnen meer. (Of de oorspronkelijke informatie was foutief; dit is echter niet waarschijnlijk aangezien hierop is gecontroleerd.)

Tabel XIII-9 Het percentage patiënten dat onder medicamenteuse behandeling is op de drie tijdstippen. Naar subgroep. N=255

Behandlings- status Tijdstip	Nieuw opgespoorde patiënten N=42	"bekend", geen medicatie		Bij basis- onderzoek medicatie N=90	Totaal % (N) (189)
		geen controle N=24	wel controle N=33		
0,5 jaar	43	46	36	93	66(125)
1 jaar	52	54	49	92	71(124)
1,5 jaar	64	67	70	93	79(150)

Beleid bij hoogrisicopatiënten

Om het beleid van de huisartsen bij hoog-risicopatiënten te evalueren, vergeleken we de groep met twee of meer extra risicofactoren naast hypertensie (roken, verhoogd cholesterolgehalte en overgewicht), met een controlegroep zonder extra risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Van de totale onderzoeksgroep bleken 28 patiënten in de hoogrisicogroep te vallen. Als gevolg van vroegtijdige controlebeëindiging kwamen de gegevens van 6 patiënten niet in aanmerking voor verdere analyse; 2 waren verhuisd, 2 waren onder behandeling van een specialist gekomen en van 2 patiënten was de reden van uitval onbekend.

Uitval om onbekende reden kwam in deze hoogrisicogroep dus duidelijk minder vaak voor dan in de totale groep (7% versus 27%). In vergelijking met een controlegroep werden de hoogrisicopatiënten iets vaker gecontroleerd en waren er aanwijzingen op de kaart dat er door de huisarts ook meer verrichtingen (diagnostiek, adviezen etc.) werden gedaan. Het lijkt er dus op dat de huisarts (of de patiënt zelf!) wel degelijk iets doet met de extra informatie over andere risicofactoren: zij ontleenden er prikkels aan, die zorgden voor een meer continue en uitgebreider begeleiding.

Verhoogde bloeddruk en interventie door assistente en huisarts

Voor de begeleiding van in het RIFOH-huisartsenproject opgespoorde hypertensiepatiënten is het eenmalige advies van de

doktersassistente een aanzet maar daar zal het meestal in principe niet bij (kunnen) blijven. Het is belangrijk dat de patiënt met hypertensie onder de (tijdelijke) hoede van de huisarts komt.

In het RIFOH-project voor 35-jarige mannen op het consultatiebureau zijn opsporing en latere begeleiding bij verschillende diensten ondergebracht. In het huisartsenprogramma berusten ze weliswaar in verschillende handen, maar vinden in dezelfde huisartspraktijk plaats.

Met behulp van vragenlijsten is bekeken in hoeverre het verschil in setting invloed heeft op de resultaten van interventie, zowel wat betreft de reikwijdte van de adviezen van de assistente als het percentage patiënten dat werkelijk onder de hoede van de huisarts komt.

De patiëntenvragenlijst werd ongeveer een jaar na het basisonderzoek per post verstuurd. Nadere bijzonderheden over selectiecriteria en -procedure zijn te vinden in bijlage 7. De vergelijkbaarheid van de twee groepen (CB + huisartspraktijk) is zoals al eerder gesignaleerd een probleem. Op meerdere punten trad in beide groepen (verschillende) patiëntselectie op, denk aan oproepen \longleftrightarrow invitatie, uitval bij heronderzoek: ongeveer 20 \longleftrightarrow 10%. Daarbij kwam nog dat het onmogelijk bleek met de noodzakelijke criteria een voldoende aantal mannen van ongeveer 36 jaar uit de huisartspraktijk in het onderzoek te betrekken. In de analysegroep moesten daardoor ook mannen tot 45 jaar worden opgenomen.

In de respons op de vragenlijst zelf was slechts weinig verschil. De respons van 88% bij personen uit de huisartspraktijk was zeer goed, de 81% die bij de CB-gescreenden werd genoteerd was eveneens zeer bevredigend. Er werd één keer een reminder verstuurd.

Advies assistente

De partner (van de hoogrisicodrager) begeleidt de persoon in kwestie in de huisartspraktijk bijna vier maal vaker dan op het consultatiebureau. De adviezen blijken bij de hypertensieven die in de huisartspraktijk zijn onderzocht iets beter tot het

bewuste niveau door te dringen en/of in het geheugen te blijven. Ten aanzien van de ervaren duidelijkheid is er weinig verschil, beide zijn erg tevreden. Met de alledaagse toepassing van de gekregen adviezen hebben beide groepen nogal wat moeite. In de huisartspraktijk weet men er iets beter mee om te gaan. (tabel XIII-10).

Tabel XIII-10 Antwoorden van onderzochte mannen met hoge bloeddruk op vragen betreffende het door de assistente verstrekte advies na het basisonderzoek. Naar plaats van screening c.q. onderzoek.

	Mannen 35-36 jaar Consultatiebureau N=356	Mannen 36-45 jaar Huisartspraktijk N=55
Partner bij advies aanwezig	11%	42%
Advies gehad minder zout te eten (100%)	71%	82%
Adviezen waren (erg) duidelijk	88%	95%
Gekregen adviezen (heel) goed toepasbaar in dagelijks leven	34%	45%

Vervolgcontrole bij de huisarts

Verwijzing naar de huisarts is in het 35-jarigenprogramma geprotocolleerd, in de huisartspraktijk moesten daar eigen afspraken over worden gemaakt.

Ruim tweederde van de mannen bezocht naar aanleiding van de uitslag van het onderzoek de huisarts. Vanuit het consultatiebureau deden relatief meer mannen dit (tabel XIII-11). In ongeveer driekwart van de gevallen werd door de huisarts ook een verhoogde bloeddruk gemeten.

Van de mannen die vanuit het consultatiebureau de huisarts niet bezochten is bij bijna de helft de bloeddruk ook nooit meer hermeten. Van de onderzochte mannen uit de huisartspraktijk werd slechts tien procent niet meer opnieuw gemeten. Tweederde van de mannen die in de huisartspraktijk zijn onderzocht maar niet naar de huisarts gingen bleef onder controle van de assistente. Het bestaan van een tweede heronderzoek als evaluatiemeting is hierop waarschijnlijk van invloed.

Tabel XIII-11 Mate waarin de opgespoorde hypertensiepatiënten in het jaar na het basisonderzoek al dan niet hiervoor de huisarts bezochten.

	Consultatiebureau ♂ 35-36 jaar N=356	HA praktijk ♂ 36-45 jaar N=55
- Spreekuur bezocht naar aanleiding van de uitslag van Rifoh-onderzoek waarvan diagnose bevestigd	71%	62%
- Spreekuur <u>niet</u> bezocht Waarom niet?	29%	38%
* assistente controleert	6%	70%
* patiënt: niet nodig, niets van gekomen	70%	29%
* onbekend	24%	1%
----- Waarvan sindsdien bloeddruk <u>niet</u> meer gemeten	----- 43%	----- 10%

Van de personen, waarbij de huisarts de verhoogde bloeddruk bevestigde kreeg ongeveer de helft medicijnen (tabel XIII-11). In de groep onderzochten uit de huisartspraktijk was dit vaker het geval. Van de medicamenteus behandelde werd driekwart drie of meer keer in het eerste jaar na basisonderzoek gecontroleerd. Opvallend is de bevinding dat veel meer hypertensieven in de huisartspraktijk het advies kregen (en/of in zich opnamen) het zoutgebruik te beperken. Eenderde weet zich nog te herinneren dat zij gewezen werden op het belang van gewichtsvermindering.

Tabel XIII-11 Beleid van huisarts zoals ervaren door de onderzochte personen, nadat de verhoogde bloeddruk door de huisarts bevestigd werd. Naar plaats van screening c.q. onderzoek.

	Mannen 35-36 jaar Consultatiebureau N=245	Mannen 36-45 jaar Huisartspraktijk N=33
Medicijnen	45%	55%
waarvan 3 of meer controles	75%	78%
Advies zoutbeperking	47%	82%
Advies vermagering	29%	36%

XIV Financiële aspecten

In het Rapport Vorst was een kostenberekening opgenomen, op basis waarvan de huisarts per patiënt die werd onderzocht een vergoeding van f 42,= tegemoet kon zien (zie Bijlage 11). De berekeningen werden gedaan in 1980. Er vond in de loop der jaren geen indexering plaats.

Het grootste deel van de vergoeding bestond uit tegemoetkoming in salariskosten voor de assistente.

Honorering assistente

De vergoeding voor de te verrichten onderzoeken kwam ter sprake tijdens de introductiebijeenkomst in Utrecht, waar ook assistentes aanwezig waren. Nogal wat van hen namen ten onrechte aan dat het assistente-deel van deze vergoeding hen rechtstreeks ten goede kwam.

Naar de mening van de onderzoeker was dit reeds vroeg ontstane misverstand er de oorzaak van dat nogal wat assistentes voor de preventieve werkzaamheden per basisonderzoek betaald zouden gaan worden.

Veel logischer leek het immers dat de huisarts het bedrag van $f 42,= \times N$ aantal onderzoeken zou ontvangen en daar de assistente afhankelijk van beschikbare tijd en vereiste tijd voor het project voor meer of minder uren "extra" in dienst zou nemen. Sommige huisartsen hadden het project ook aangegrepen om dreigend gedeeltelijk ontslag van de assistente af te wenden. Zo gebeurde het dat er tijdens de cursus al rumoer ontstond over de verschillende bedragen die de assistentes kregen voor het verrichten van één basisonderzoek (+ e.v. advies en heronderzoek). Sommige huisartsen beloofden de assistente zelfs meer dan zij zelf als assistente-deel ontvingen.

Aanvankelijk leek het de onderzoeker ongepast zich te mengen in de financiële afwikkeling. In de loop der tijd werd het echter duidelijk dat de financiële perikelen ook invloed uitoefenden op het verloop van het project (stimulans \longleftrightarrow ontevredenheid). Daarom is in later fase toch een inventarisering gemaakt van de honorering van de assistente. Drie assistentes deden de preventieve werkzaamheden gewoon in hun werktijd en één assistente kreeg ten behoeve van het project drie uur werktijduitbreiding en besteedde die uren er ook voor. Drie andere assistentes

voerden de onderzoeken in principe uit in hun normale werktijd maar kregen daarenboven een bedrag per basisonderzoek dat varieerde van f 7,50 - f 20,=. Eén assistente voerde de Rifoh-activiteiten onder werktijd uit, maar ontving op jaarbasis een bedrag extra. In hoeverre deze laatste vier assistentes soms toch ook deels hun eigen vrije tijd investeerden is niet helemaal duidelijk geworden. Alle overige assistentes deden de preventieve onderzoeken in hun eigen tijd en ontvingen een bedrag per verricht basisonderzoek.

Aan de vergoeding per basisonderzoek zaten nogal wat haken en ogen, zoals bleek in de loop van het project: er was onduidelijkheid over premies en belastingen. Een assistente meldde de onderzoeker dat een nagekomen aanslag inkomstenbelasting de animo om na een bevalling het project weer op te pakken wel degelijk had verminderd. Omdat er geen uren voor waren vastgelegd hing het voor een groot deel van de assistente af hoeveel uren (van haar vrije tijd) zij aan het project wilde besteden. De hoogte van de financiële prikkel heeft hier begrijpelijkerwijs weer invloed op. Assistentes vonden veel adviezen met heronderzoeken natuurlijk niet zo leuk, het had een remmende invloed op het aantal basisonderzoeken.

In de honorering van de assistente was ook rekening gehouden met nascholing. Omdat velen per basisonderzoek werden gehonoreerd ging men ook tijd voor nascholing of bijeenkomsten als eigen vrije tijd beschouwen hoewel dit niet zo was.

Deze wijze van honorering zoals die door veel huisartsen werd gekozen moet als zeer ongelukkig worden betiteld. Afgezien van de opgetreden moeilijkheden en eventuele mindere aandacht van de assistente voor bepaalde onderdelen van het project, versterkte de honorering per onderzochte de idee dat het preventieve programma een los van de praktijk staand gebeuren was.

Declaratie huisartspraktijk bij BAGD/consultatiebureau

In de beginfase van het project verliepen de declaraties van de praktijken bij de subsidiërende instanties moeizaam. De afwikkeling liep via vele stations die in aanvang niet goed op de hoogte waren van hun verplichtingen in deze. Enkele praktijken moesten meerdere kwartalen op hun vergoeding wachten. In de

loop van het project werd het veel beter en deden zich geen moeilijkheden meer voor. Wel moest er door de praktijken veel worden geadmistriseerd (per patiënt) om de vergoeding in huis te krijgen.

Vergoeding reëel gezien de werkelijk bestede tijd?

Teneinde een indruk over de werkelijk aan het project bestede tijd te krijgen is in de logboeken een tijdsregistratie bijgehouden. Per onderdeel (basis-/heronderzoek, advies en administratie) vulde de assistente de door haar gespendeerde tijd in. De tijd werd globaal geschat. Voor assistentes die het werk geheel los van het overige praktijkwerk deden, en dus met name de echtgenotes, was dit gemakkelijker dan voor de assistentes die nogal eens wat tussendoor deden. Er werd gedurende bijna 2 jaar geregistreerd. Onderrapportage ligt bij deze vorm van zelfregistratie veel meer voor de hand dan overrapportage. Niet alleen zal men regelmatig iets gewoon vergeten te noteren, heel vaak ook kosten activiteiten veel meer tijd dan men denkt. "Overhead"-tijd wordt vaak niet als zodanig herkend en is moeilijk te schatten.

De cijfers werden bewerkt in zoverre dat als er geen tijd was ingevuld bij bepaalde activiteiten er het eigen gemiddelde werd gesubstitueerd. Met onderrapportage van adviezen en heronderzoeken die kon worden achterhaald met behulp van cijfers van de IWIS patiënten-onderzoeksgegevens werd tevens rekening gehouden bij bepaling van de totale tijd per basisonderzoek.

De vergoeding per onderzochte patiënt werd door de cie. Vorst o.a. vastgesteld aan de hand van de door de assistente te besteden tijd. De calculaties uit het rapport Vorst geven een besteding van 20 + 20 minuten voor het basisonderzoek plus nog eens 20 + 20 + 20 minuten voor één op de vier patiënten (hoogrisico) en 5 minuten voor de drie anderen (rest) →

20 + 20 (basisonderzoek + administratie)	= 40
1/4 x 60 (advies, heronderzoek + administratie)	= 15
3/4 x 5 (= schriftelijk advies)	= <u>4</u>
	59

De gegevens uit de logboeken laten zien dat men gemiddeld meer tijd dan gepland geeft aan de advisering: 23 minuten versus 20 minuten. Aan de andere twee onderdelen lijkt men minder tijd te besteden met name aan de administratie (en bloedverwerking) (tabel XIV-1).

Tabel XIV-1 Vergelijking geplande en geregistreeerde tijd (in minuten per patiënt) in RIFOH-project. Naar onderdeel

Tijd (minuten) Onderdeel	GEPLAND	GEREGISTREERD	
		gemiddelde	spreiding
<u>Onderzoek</u> Basis + één op de vier heronderzoek	$20 + \frac{20}{4} = 25$	20	13-36
<u>Advies: één op de vier</u>	$\frac{20}{4} = 5$	6	3-11
<u>Administratie e.d.</u> Basis- + één op de vier heronderzoek + drie op de vier schriftelijke uitslag	$20 + \frac{5 \times 3}{4} = 29$	14	7-34
Totaal	59	39	23-78

Bron: Logboek

Het aantal volgens de registratie bestede minuten per onderzochte patiënt loopt tussen de praktijken zeer sterk uiteen, zo ook voor de verschillende onderdelen. Verschillen in de interpretatie (alle activiteiten \longleftrightarrow alleen meest tijdrovende) en in de nauwkeurigheid van registratie (er telkens aan denken) zullen hierbij om te beginnen al een rol spelen.

In hoeverre het werktempo -al dan niet op basis van routine- een rol speelt is bekeken in tabel XIV-2 waar de assistentes zijn ingedeeld naar meer of minder dan 500 verrichtte basisonderzoeken.

Tabel XIV-2 Indeling praktijken naar aantal geregistreeerde minuten per patiënt, naar totaal aantal onderzochte patiënten

Bestede Aantal tijd onderz. pat.					Totaal
	≤30 min.	31-40	41-50	>50 min.	
≥500 patiënten	2	5		1	8
<500 patiënten		6	6	1	13
Totaal	2	11	6	2	21

Méer onderzochte patiënten lijkt samen te gaan met minder geregistreeerde tijd per patiënt of andersom. In hoeverre er werkelijk sneller werd gewerkt danwel dat door het snelle werken het logboek minder zorgvuldig werd ingevuld blijft een vraag. Mogelijk versterken beide fenomenen elkaar.

De echtgenotes voeren het RIFOH-project veelal uit als een geheel op zichzelf staand gebeuren. Zij zullen beter dan assistentes, die wel eens wat tussen ander werk door doen, in staat zijn de tijd die zij aan het project besteden te schatten. In hoeverre dit een rol zou kunnen spelen is bekeken in tabel XIV-3. De cijfers spreken de veronderstelling niet tegen. Het zou ook best zo kunnen zijn dat de echtgenotes, die veelal niet onder tijdsdruk werken, er gewoon meer tijd voor uittrekken.

Assistentes kunnen mogelijk ook economischer werken omdat ze tussendoor andere werkzaamheden ter hand kunnen nemen, terwijl echtgenotes moeten wachten op patiënten, die niet of te laat komen danwel op bloedmonsters, die drie kwartier moeten staan alvorens ze gecentrifugeerd kunnen worden.

Tabel XIV-3 Indeling praktijken naar aantal bestede minuten per patiënt, naar persoon die het project uitvoert. N=21.

Bestede tijd minuten Uitvoeder					Totaal
	≤30 min.	31-40	41-50	>50 min.	
Echtgenote		6	1	2	9
Assistente	2	5	5		12

De persoonlijke invulling van het onderzoek door de assistente maakt grote verschillen in tijdsbesteding mogelijk. Toch moet grote spreiding tussen de verschillende praktijken aangaande de bestede tijd ook twijfels doen rijzen ten aanzien van de gebruikte zelfregistratie-methode. Conclusies zijn gevaarlijk maar de tijd nodig voor onderzoek en advies lijkt tamelijk reëel gepland lijkt te zijn. Voor de administratie lijkt wat minder tijd nodig dan vooraf verwacht.

De ervaring van de onderzoeker was dat men in het begin nogal wat moeite had met de vele administratie, er werd bij voortdurende spontaan over geklaagd. In latere fasen leek men het allemaal veel gemakkelijker af te kunnen. Het feit dat in bijna alle praktijken veel meer onderzoeken per jaar werden verricht dan de 140 waarvan men uitging in het Rapport Vorst, kan er wel eens oorzaak van zijn dat men door de veel grotere routine de administratie sneller kon afwerken.

De planning van 20 minuten voor het heronderzoek en nog eens 20 minuten voor de bijbehorende administratie is naar de mening van de onderzoeker te ruim. Gegevens uit het logboek wekken de indruk dat men hier vaak niet meer dan de helft van de geplande tijd aan besteedde. De persoonlijke invulling van het contact maakt ook hier grote verschillen mogelijk: praat men lang of kort over de in het verleden gegeven (voedings)adviezen, probeert de assistente alsnog de patiënt van het roken af te helpen etc.

Kosten-Baten analyse

Een verantwoorde kosten-baten analyse is in de gekozen onderzoeksopzet onmogelijk. De kosten zijn bekend. Voor het onderzoeken van 12.000 patiënten werd ongeveer f 720.000 besteed. De baten zijn niet exact te berekenen, maar een niet onaanzienlijk aantal relatief jonge mensen stopte met roken, verbeterde hun voedingsgewoonten danwel kwam onder behandeling voor hun verhoogde bloeddruk.

XV Conclusies en Beschouwing

Conclusies

Teruggeregpen wordt op de drie hoofdvraagstellingen. Daarbij is aan de meeste maar niet aan alle facetten uit de deelvraagstellingen opnieuw aandacht geschonken.

De eerste vraagstelling van dit onderzoek luidde: **in hoeverre leidt invoering van een nader te omschrijven pakket van maatregelen in de huisartspraktijk tot het onder controle brengen en houden van patiënten met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten?** Hierop kan geantwoord worden dat dit in ruime mate mogelijk bleek, maar dat er wat dit betreft vrij grote verschillen tussen de diverse deelnemende praktijken optraden.

Van de oorspronkelijke totale doelgroep werd ruim de helft -ongeveer 12.500 personen- onderzocht, echter met een variatie tussen de verschillende praktijken van 5-78%. Van de 22 gestarte praktijken onderzochten er 7 meer dan 75% van de doelpopulatie en nog eens 7 tussen de 50 en 75%. Van de onderzochte patiënten met een protocollair verhoogd risico (28%) werd na 4 maanden 90% en na 1 jaar 70% nogmaals gecontroleerd. Het percentage uitvallers bij het heronderzoek na 4 maanden in het Rifoh-consultatiebureau project was ongeveer twee keer zo groot.

De onderzochte populatie bestaat voor 55% uit vrouwen en voor 45% uit mannen.

Van de patiënten met een in het Rifoh-onderzoek geconstateerde verhoogde bloeddruk (diastolisch ≥ 95 mmHg) staat 1,5 jaar na dit onderzoek nog tweederde onder regelmatige controle van de huisarts. Van degenen die niet meer door de huisarts worden gecontroleerd had de helft bij de laatste (vervolg)controle een diastolische bloeddruk < 95 mmHg. Eénzesde deel van de totale groep met een verhoogde bloeddruk is ten onrechte uit het zicht van de huisarts verdwenen. Patiënten met additionele risicofactoren blijven relatief beter onder regelmatige controle. Mannen van 36-45 jaar met een verhoogde bloeddruk, die in het kader van het huisartsenproject zijn onderzocht, komen vaker onder de zorg van de huisarts of assistente (90%) dan mannen die in het kader van het 35-jarigen-Rifoh-programma op het consultatiebureau zijn onderzocht en een verhoogde bloeddruk hadden (70%).

Bij de advisering door de assistente in de huisartspraktijk worden deze mannen in ruim 40% vergezeld door hun partner. Op het consultatiebureau was dit slechts in 10% van de gevallen.

De tweede vraagstelling betrof de **belemmerende en bevorderende factoren**. In dit verband heeft het onderzoek zich vooral gericht op factoren en omstandigheden betreffende de praktijk en op de huisarts en zijn assistente. Ontwikkelingen zoals die zich voordeden binnen het project hadden grote invloed op de uitwerking van dit onderdeel van het evaluatie-onderzoek. In hoofdstuk XI (blz 91) kwam dit reeds ter sprake, en in de beschouwing wordt er nog nader op teruggekomen. Quantitatieve praktijkvergelijking bleek slechts beperkt mogelijk, met als gevolg dat exacte en algemeen geldige uitspraken op grond van dit onderzoek niet te doen zijn. Ondanks deze beperkingen en soms dankzij de noodzaak tot alternatieve exploratie is echter een duidelijk beeld verkregen van de beïnvloedende factoren.

Bevorderende factoren

- Ondersteuning

Het feit dat het project in nagenoeg alle praktijken van de grond kwam, was voor een niet onaanzienlijk deel het resultaat van de complete voorbereiding van de assistente op de uitvoering van de preventieve onderzoeken. De huisartsen en assistentes waren achteraf (zeer) positief over de ondersteuning van de praktijk van buitenaf, met name waar het de beginfase betrof.

De ondersteuning werd door de deelnemende praktijken gewaardeerd en deze had met name een gunstige uitwerking op de start van het preventieve project.

- Rol van de assistente

De uitvoering van de onderzoeken was na de cursus voor de assistente en de soms ter vervanging van de assistente ingeschakelde echtgenote van de huisarts geen enkel probleem. Met name de praktijkassistentes hadden veel voldoening van de zelfstandige patiëntencontacten en hun inzet was groot.

Conclusie: het inschakelen van goed opgeleide praktijkassistentes voor preventieve taken lijkt een prima keuze te zijn.

- Ervaringen van de huisarts

Door de ver strekkende consequenties die de uitvoering van het project voor de praktijken had, waren veel huisartsen in de beginfase nogal terughoudend met hun oordeel over het preventieve programma. Naarmate het project vorderde veranderde dit. Men zag hoe de assistente haar taak prima vervulde en bovendien erg enthousiast was. De animo bij patiënten voor het onderzoek en hun reacties daarna stemden hen tevreden. Van medicalisering of angst was in (veel) mindere mate sprake dan men vooraf had verwacht.

Het is gebleken dat het bieden van mogelijkheden aan de huisarts voor het verrichten van systematische preventieve activiteiten een positieve uitwerking heeft op de houding van de huisarts ten aanzien van preventie.

- Financiële stimulus

De belasting van de praktijk door het project was groot. Het project zou ook niet uitvoerbaar geweest zijn zonder financiële tegemoetkoming. Zowel huisartsen als assistentes werden erdoor gestimuleerd.

De wijze waarop de vergoeding in de praktijken werd gehanteerd was niet altijd gelukkig: continuïteit en kwaliteit kwamen er soms door in gevaar. Gebrek aan aandacht voor dit facet in de beginfase was hiervan de oorzaak.

Desalniettemin kan geconcludeerd worden dat de financiële steun een zeer belangrijke bevorderende factor was voor het welslagen van dit preventieve programma.

- Reacties van patiënten

Het enthousiasme van patiënten om aan het onderzoek deel te nemen was groot. Ongeveer tien procent bedankte, de helft hiervan omdat men elders al was onderzocht of omdat men al onder (specialistische) controle stond. De onderzochte patiënten accepteerden de assistente/echtgenote volledig als onderzoeker en adviseur. Patiënten bleken met de assistente vaak vertrouwelijker te zijn dan met de huisarts. Het feit dat zowel de man als de vrouw aan het onderzoek kon deelnemen en dat men er in de buurt over hoorde spreken leek stimulerend te werken.

Het enthousiasme van patiënten in het algemeen en het feit dat ook vrouwen konden deelnemen, hebben een belangrijk positieve invloed gehad op de resultaten van het project, zowel wat het bereik betreft als ook ten aanzien van de interventieresultaten.

Belemmerende factoren

- Omvang van het programma

Door personele- en ruimtebelemmeringen bleek het nergens haalbaar het preventieve onderzoek meteen na invitatie van de patiënt te verrichten (zuivere case-finding). In alle praktijken moesten er voor de onderzoeken speciale tijden worden gereserveerd, meestal buiten de normale assistente-uren om. Slechts in twee praktijken bleek het mogelijk het programma met de bestaande (relatief ruime) assistente bezetting in volle omvang tot een goed einde te brengen, en dat mét financiële stimulering van de assistente. In alle andere praktijken slaagde het project alleen dankzij extra aanpassingen en uitbreiding van voorzieningen. Negen praktijken -overwegend apotheekhoudend- vonden in de inschakeling van de echtgenote van de huisarts een oplossing voor dit probleem.

Kortom, de intensiteit en de omvang van het programma vroegen in deze praktijken met deze personele bezetting om een aanzienlijke aanpassing van de praktijkvoering.

- Continuïteit van de uitvoerende assistente.

De kwetsbaarheid van de huisartspraktijk werd duidelijk bij tussentijdse veranderingen in de werksituatie van de uitvoerende assistente. Deze veranderingen bleken vaak grote consequenties voor de voortgang van het project te hebben, een aantal praktijken echter liet zien dat voor de optredende problemen oplossingen gevonden konden worden.

Het gebrek aan continue inzetbaarheid van op preventief gebied deskundige assistentie belemmerde de voortgang.

- "Bezint eer gij begint"

Om begrotingstechnische redenen is het Rifoh-huisartsenproject geforceerd van start gegaan. Zowel voor de begeleidende "Vatenclub" als voor de deelnemende huisartsen zelf was het

moeilijk vooraf de implicaties van het project goed in te schatten. Zo bleken in nogal wat praktijken enkele basale voorwaarden niet aanwezig, zoals ruimte, een assistente en een patiëntenkaartsysteem. Aan de andere kant moesten beslissingen over de wijze van inpassing van het programma in de praktijken zelf snel genomen worden, veelal vóórdát de omvang van de doelgroep, dus de belasting voor de praktijk, bekend was. Deze doelgroep bleek echter gemiddeld 20 procent groter te zijn dan vooraf op theoretische gronden berekend was. In een aantal praktijken was het al heel snel duidelijk dat met de gekozen uitvoeringswijze het onderzoeken van zo'n drie kwart van de doelpopulatie in 3 jaar onmogelijk zou zijn. Aanpassingen in de praktijk-situatie werden na de start nog in een klein aantal praktijken doorgevoerd en dan nog met wisselend succes. Vaak echter bleef men (noodgedwongen) op dezelfde voet voortgaan.

Gesteld kan worden dat de gebrekkige voorbereiding vanaf het begin het resultaat van het project ongunstig beïnvloedde.

- Doelstelling van de huisarts

De optie van het project in het Rapport Vorst was het onderzoeken van ongeveer driekwart van de doelpopulatie. Het is de praktijken echter nooit duidelijk gezegd dat dit ook voor hen de doelstelling zou moeten zijn, met als resultaat dat een zeer vrijblijvende opstelling van de praktijken mogelijk was. Op kritieke momenten in het project heeft dit een negatieve rol gespeeld d.w.z. het heeft het leveren van extra inspanningen geblokkeerd.

Aldus is gebleken dat onduidelijke afspraken en regels een belemmering vormden voor het bereiken van een zo groot mogelijk deel van de doelpopulatie.

- Doelgroepadministratie en uitnodiging

Onderzoek van patiënten vond plaats na uitnodiging via de case-finding methode. In de beginfase betekende de geringe onderzoekscapaciteit van de assistente een rem op het inviteren van patiënten, ook later was een afstemming steeds nodig. De persoonlijke benadering van patiënten leek op eenvoudige wijze een groot patiëntenbereik voor praktijkassistenten mogelijk te maken. Het niet (altijd) aanwezig zijn van

de uitvoerende assistente in de praktijk (echtgenote/parttime assistente) maakte de organisatie rondom het uitnodigen moeilijker. Temeer gold dit omdat in deze praktijken vaker òf geen alfabetische lijst van de doelgroep was vervaardigd, óf de continue registratie van deelnemers erin moeilijk, zo niet onmogelijk was gebleken. Inzicht in de doelgroep was belangrijk in het streven naar het bereiken van een zo groot mogelijk deel van de doelgroep, vooral in de latere fase van het project.

Het gebrek aan aandacht voor de patiëntenadministratie in de praktijken, zowel in de voorbereidingsfase als in sommige praktijken tijdens het project was in velerlei opzicht een belemmerende factor.

- Ondersteuning

De inpassing van het omvangrijke programma in de bestaande praktijkorganisatie was een ingrijpend proces. Terwijl assistente en huisarts zich het programma inhoudelijk eigen moesten maken -hetgeen nogal wat afwezigheid uit de praktijk betekende- moesten er allerlei praktische voorbereidingen worden getroffen: tijd en ruimte voor de uitvoering moesten worden gevonden, de doelpopulatie moest worden geïnventariseerd en materialen worden aangeschaft. De praktijken waren voor het oplossen van deze zaken grotendeels op zichzelf aangewezen. De inbreng vanuit de ondersteunende basisgezondheidsdienst in deze was zeer beperkt.

In de fase ná de start kwam de samenwerking van de huisartspraktijk met CB/BAGD op een nog lager pitje te staan. Van feed-back naar de praktijken toe, bijvoorbeeld ten aanzien van voortgangs- en kwaliteitsbewaking, was geen sprake. Het is zeer waarschijnlijk dat de magere invulling van de ondersteuning na de startperiode direct verband houdt met de summiere uitwerking ervan in het rapport Vorst en het uitblijven van inbreng vanuit de "coördinerende" Rifoh-commissie.

Al met al werden door de geringe inbreng ten aanzien van praktijkorganisatorische facetten van het project vanuit de ondersteunende dienst in de beginfase en het uitblijven van ondersteunende contacten in latere fase de verwachtingen betreffende de samenwerking tussen huisartspraktijk en BAGD/CB niet geheel waargemaakt.

- Betrokkenheid van de huisarts

Eenmaal "ingepast" in de praktijk werd het Rifoh-programma nagenoeg geheel uitgevoerd door de assistente. Dit had veel positieve kanten: voldoening met de grote eigen zelfstandigheid van de assistente, alsmede het feit dat de huisarts, afgezien van de startperiode, nauwelijks extra werd belast. Echter het had ook een duidelijk negatieve kant. De betrokkenheid van de huisarts bij het project was, met name als de praktijkassistente het project uitvoerde, nogal eens gering. Assistentes uitten hun teleurstelling hierover. Achteraf bleken (veel) huisartsen spijt te hebben zich niet beter op de hoogte te hebben gehouden van voortgang en resultaten.

Gesteld kan worden dat de grote zelfstandigheid van de assistente in het project gemakkelijk een ongunstige uitwerking kan hebben op de betrokkenheid van de huisarts bij de preventieve activiteiten, hetgeen weer zijn invloed heeft op de motivatie van de assistente om het project tot een goed einde te brengen.

De derde en laatste vraagstelling luidde: in hoeverre leidt invoering van dit programma ook daadwerkelijk tot een terugdringen van het niveau van de risicofactoren en welke van de hierboven genoemde factoren zijn hierbij van invloed?

Een duidelijke verlaging van de waarden voor de risicofactoren kan worden vastgesteld. Door het ontbreken van een controlegroep kan het exacte interventie-effect echter niet zichtbaar worden gemaakt. De interventieresultaten die na 4 maanden worden bereikt blijven in de acht maanden daarna nagenoeg gehandhaafd, wat roken betreft worden de resultaten zelfs nog beter. Er kan van een gunstig effect op langere termijn worden gesproken. Vergelijking van de resultaten met die van het 35-jarigen programma op de consultatiebureau's (BAGD-en) is niet mogelijk omdat de gegevens daarvan niet (op tijd) beschikbaar waren. Vergelijking van praktijken onderling wordt bemoeilijkt door patiëntselectie bij basis- en heronderzoek. Desondanks wordt duidelijk dat praktijken die in staat bleken het overgrote deel van de doelpopulatie te onderzoeken en daarbij ook nog ruim 90% voor een tweede keer zagen, globaal ook de beste interventiere-

sultaten boekten. Binnen deze laatste groep zijn de verschillen gering, de ene praktijk scoort wat beter op deze risicofactor, de andere wat beter op die. Inzet en motivatie lijkt ook hier een belangrijke factor voor het bereiken van goede resultaten.

Beschouwing

Welke betekenis kan gehecht worden aan de opgesomde uitkomsten van dit evaluatie-onderzoek?

Allereerst is het belangrijk zich te realiseren dat de uitkomsten van dit onderzoek niet zonder meer kunnen worden generaliseerd naar de huisartspraktijk in Nederland. Er is sprake geweest van een selectie, daar de praktijken zichzelf aanmeldden voor deelname aan het project. Echter de motieven die hierbij een rol speelden waren zeer divers: enthousiasme voor het onderwerp, zin om eens iets erbij te doen of een assistente die er wat voor voelde. Bij sommige huisartsen speelden ook financiële motieven een belangrijke rol. Wat organisatievorm betreft waren alle soorten praktijken vertegenwoordigd. Generaliseerbaar zijn de resultaten dus niet zonder meer. Er is echter geen reden om aan te nemen dat de in dit onderzoek naar voren gekomen belemmerende en bevorderende factoren niet -in meer of mindere mate- hun geldingswaarde voor dé Nederlandse huisartspraktijk zouden hebben.

Tevens kan gezegd worden dat een procesevaluatie op een dergelijke schaal als in dit project tot nu toe in Nederland nog niet heeft plaats gevonden. Er zijn in het verleden wel andere preventieve projecten geweest, maar de bestudering van de uitvoerbaarheid van deze projecten was daarbij beperkt, doordat er slechts één of enkele huisartsen bij betrokken waren, of -zoals in het Nijmeegs Interventieproject- omdat de praktijken een sterke selectie vormden, en de omstandigheden in de praktijken waren geoptimaliseerd.^{9 12 13 14}

De ervaringen uit deze evaluatiestudie van het Rifoh-huisartsenproject, gevoegd bij de gegevens van de juist genoemde projecten en ander onderzoek ^{15 16}, kunnen van grote betekenis worden geacht voor de benadering van het probleem van opsporen en onder controle brengen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk.

Het is (opnieuw) gebleken dat de huisartspraktijk hiervoor in principe een zeer goede invalshoek biedt: de huisartsen en de assistentes waren in grote lijn zeer ingenomen met het project en voelden zich hierin duidelijk gesteund door het enthousiasme bij de patiënten. De positie dicht bij de bevolking en het contact met voor de patiënt vertrouwde mensen maakt het bereiken van een groot gedeelte van de doelgroep mogelijk. Dat vrouwen zelf aan het onderzoek deelnemen en zij ook vaak hun met risicofactoren belaste man bij de advisering vergezellen zijn belangrijke bevorderende factoren voor de gewenste gezinsmatige aanpak van minder gezonde leefgewoonten. Daarnaast is er in de huisartspraktijk het voordeel van opsporing en follow-up in één hand. Veel betekenend in dit verband is bijvoorbeeld het feit dat in de huisartspraktijken de doorverwijzing van hypertensiepatiënten beter leek te verlopen en de opkomst voor het heronderzoek groter was dan op de consultatiebureau's, waar een analoog-project voor 35-jarige mannen liep.

In de mate, waarin de deelnemende huisartsen erin slaagden patiënten uit de doelgroep bij het programma te betrekken traden vrij grote verschillen op. Hoewel dit in de evaluatiestudie aanvankelijk niet de bedoeling was, is de bestudering van de beïnvloedende factoren globaal gehouden. Reden hiervoor was dat de variatie in omstandigheden, kenmerken en gekozen oplossingen voor de uitvoering in de 22 praktijken zo groot was dat clustering van praktijken voor vergelijking nauwelijks mogelijk bleek. Daarbij was onderlinge afhankelijkheid van factoren vaak aanwezig, zelfs in die mate dat één factor (bijv. gebrek aan ruimte) alle andere factoren geheel ondergeschikt kon maken. Ook belangrijke veranderingen van factoren in de loop van 3 jaar en het feit dat er in elke regio toch weer een iets andere aanpak bij de start was, maakte het overzicht niet gemakkelijker.

Een tweede complicatie was dat de ontwikkelingen binnen het project soms anders verliepen dan vooraf verwacht was. Factoren waarmee bij de opzet van het evaluatie-onderzoek niet of slechts beperkt rekening was gehouden bleken in de loop van het project onverwacht belangrijk. Systematische aandacht daarvoor kwam dan pas in latere instantie en veelal ook op andere wijze dan geschiedde voor de bestudering van de oorspronkelijke

items. Voorbeelden hiervan waren bijvoorbeeld de inschakeling van de vele echtgenotes, de honorering van de assistentes en de soms afwijkende doelstellingen die huisartsen aan "hun" project gaven.

Deze omstandigheden, gevoegd bij het feit dat er van de 22 in de loop der tijd ook nog een aantal praktijken moesten afhaken, maakten kwantitatieve analyse van beïnvloedende praktijkenmerken onmogelijk. Naar de mening van de onderzoekers betekent dit echter in het geheel geen devaluatie van het onderzoek. Het was juist goed dat allerlei variaties en "complicaties" optraden, dit maakte de evaluatie huns inziens alleen maar waardevoller.

Zoals gezegd traden er vrij grote verschillen op in de mate, waarin de deelnemende huisartsen erin slaagden patiënten uit de doelgroep bij het preventieve programma te betrekken. De basis voor deze grote interpraktijkverschillen lag voor een groot gedeelte al bij de start. Veel huisartsen realiseerden zich de consequenties van deelname aan het project pas ten volle toen men er daadwerkelijk mee bezig was. De opleiding van de assistente door de ondersteunende dienst betekende een goede aanzet tot een voorspoedig begin, maar er viel rondom de onderzoeken in de praktijken nog veel meer te organiseren en dat moesten de praktijken zelf opknappen. De omstandigheden in de praktijken waren verschillend (o.a. ruimte, tijd), de keuzen die gemaakt werden voor de inpassing van het project eveneens. Deze factoren beïnvloedden vanaf het begin het tempo van werken. Voor het uiteindelijke welslagen van het project waren echter ook nog andere factoren van belang. Eén daarvan was bijvoorbeeld het tijdelijk wegvallen van de uitvoerende assistente. De stagnatie die als gevolg daarvan nogal eens optrad geeft aan dat de huisartspraktijk op dit punt kwetsbaar is. Aan de andere kant bewezen vele praktijken ook dat dergelijke problemen in principe wél oplosbaar zijn.

Een goede patiëntenadministratie is in het Rifoh-project wezenlijk gebleken: om te weten waar men aan begint, hoe ver men met de uitvoering staat, als hulpmiddel om een restgroep alsnog te bereiken en ter evaluatie achteraf. De meeste praktijken hebben in het begin veel energie gestoken in het vervaardigen van een

overzicht van de doelpopulatie. Continue gegevensregistratie in dat kader (b.v. mutaties) bleek echter moeilijk, met name daar waar de verantwoordelijkheid voor het bijhouden was gedeeld (assistente/echtgenote) en/of onduidelijk bleef. Belangrijk is het zich nu reeds te realiseren dat in dit opzicht de komst van de personal computer grote perspectieven gaat bieden.

Na twee jaar liet tweederde van de huisartsen zich positief uit over het persoonlijk uitnodigen van patiënten op het spreekuur. De praktijkassistenten leken zich zelfs heel goed te vinden in de directe benadering van patiënten. In het derde jaar, toen de restgroep van de patiënten kon worden opgeroepen verkozen zij benadering via de telefoon boven schriftelijke uitnodiging. Vooralsnog lijkt directe uitnodiging door de assistente de voorkeur te hebben boven het gebruik van een oproepsysteem.

In de bestudeerde praktijken bleek er weinig speelruimte te zijn voor extra activiteiten naast de bestaande patiëntenzorg. Immers slechts in een drietal praktijken was het project mogelijk met de op het moment van start aanwezige assistentie. Opmerkelijk in het Rifoh-project was dan ook de veelvuldige inschakeling van echtgenotes van huisartsen. Evenals de praktijkassistenten bleken zij prima in staat tot zelfstandige uitvoering van het project. Zij bereikten vergelijkbare resultaten. Het project, dat door zijn uitgebreidheid toch al moeilijk in de overige werkzaamheden integreerbaar was, kwam bij uitvoering door de echtgenote (nog) verder van het normale dagelijkse praktijkgebeuren te staan. Wil preventie een integraal deel van het praktijkgebeuren worden en een continue activiteit dan lijkt het ad-hoc inschakelen van echtgenotes een werkwijze die geen aanmoediging verdient. Het terugtreden van de echtgenotes na beëindiging van het project was ook betreurenswaardig omdat opgebouwde deskundigheid voor de praktijk verloren ging.

De deelnemende huisartsen zijn in grote lijn erg ingenomen met het project. Zij zijn enthousiast over de activiteiten van de assistente en de positieve reacties van patiënten daarop. De vooraf geuite bezwaren tegen preventie (angst, afhankelijkheid) werden in latere fasen veel minder naar voren gebracht en het feit dat patiënten op een constructieve manier wordt gezien op hun eigen verantwoordelijkheden ten aanzien van gezondheid ervaren zij als zeer positief. Naast de positieve ervaringen met de inhoudelijke kanten van het project is men ook blij

met de opzet van ondersteuning van buitenaf. Door unaniem ondersteuning als uitgangspunt te kiezen voor een vervolgproject, erkennen zij dat het in de huidige situatie niet lukt om geheel alléén een dergelijk project te volbrengen. In de toekomst zal samenwerking nodig zijn en het lijkt verstandig ontwikkelingen op dit terrein zoals die zich in het Verenigd Koninkrijk voltrekken te volgen. Ook daar helpen regionale diensten huisartsen bij de uitvoering van preventieve taken.¹⁷
¹⁸ ¹⁹ ²⁰ Door gebruik te maken van consultants die de huisartspraktijken bezoeken kan daar echter beter geanticipeerd worden op de specifieke praktijkomstandigheden.

Het bleek dat de deelnemende huisartsen graag antwoord hadden gekregen op een regelmatig opborrelende vraag: wegen de geleverde inspanningen op tegen de uiteindelijk behaalde gezondheidswinst? Het antwoord hierop kan het evaluatie-onderzoek niet geven, daarvoor is het niet opgezet. Wel kunnen we zeggen dat de assistente, bijgestaan door de huisarts, erin slaagde de risicofactoren aanzienlijk te verlagen. Door het ontbreken van een controlegroep weten we niet precies hoeveel, maar belangrijk is dat de behaalde resultaten na één jaar nog steeds aanwezig waren. Niet duidelijk zijn de effecten van de geleverde inspanningen geworden die niet gemeten of te meten zijn: de resultaten van de vele niet geëvalueerde anti-rook adviezen, het uitstralende effect van de adviezen op het hele gezin en op de praktijk(bevolking) als geheel.

Hoewel de patiëntgebonden activiteiten binnen het Rifoh-project zelf kortdurend zijn (heronderzoek volgt 4 maanden na basisonderzoek en advies), is in het Evaluatie-onderzoek aandacht geschonken aan de begeleiding van opgespoorde risicopatiënten in de periode na de vierde maand. Dit vanwege het belang dat men algemeen hecht aan een verantwoorde follow-up na opsporing²¹ ²², maar ook omdat gebleken is dat de follow-up in de huisartspraktijk vaak te wensen overlaat, terwijl deze te verbeteren valt met aanpassingen in de praktijkvoering.⁵ De nadruk kwam daarbij te liggen op verhoogde bloeddruk. Er zijn aanwijzingen dat de aandacht voor de langdurige begeleiding van hypertensiepatiënten bij de deelnemende huisartsen in de loop van het project is toegenomen, maar de aanpak is voor verbetering vatbaar: het is nog steeds mogelijk dat patiënten met een

bij herhaling verhoogde bloeddruk ongemerkt uit de controle verdwijnen. Opsporingsprogramma's als het Rifoh-project zouden veel aan kracht winnen als de met veel inspanning verzamelde gegevens over de risicofactoren op een eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier ter direkte beschikking van de huisarts blijven, zoals mogelijk wordt bij gebruik van computersystemen. Het anticiperen op bepaalde risicogroepen kan dan door relatief gemakkelijke administratieve maatregelen veel beter worden gerealiseerd.

Tenslotte ligt er nog een interessante vraag: hoe zou het project zich hebben ontwikkeld als er in het geheel geen evaluatie-onderzoek zou hebben plaatsgehad? Het is ondenkbaar dat het feit dat er naar de praktijken werd gekeken, het feit dat men zelf voortgangs-registratie uitvoerde, de praktijkbezoeken van de onderzoeker e.a. geen positieve bijdrage hebben geleverd aan het welslagen van het project. Niet moet worden onderschat wat voor invloed continue prikkeling (in welke vorm dan ook) heeft op een proces. Voor een eventueel vervolg project zou het goed zijn hiermee terdege rekening te houden.

Slotconclusie

Het beloop van het Rifoh-huisartsenproject toont aan dat er in huisartspraktijken goede mogelijkheden liggen voor preventie van hart- en vaatziekten, maar dat de realisering ervan niet vanzelf gaat. Naast een duidelijk beleid, gericht op stimulering van de preventieve activiteiten in de huisartspraktijk, zijn belangrijke concrete voorwaarden: ondersteuning van buitenaf (in ieder geval aanvankelijk), voldoende (goed geoefende) assistentie, beschikbaarheid van voldoende ruimte in de praktijk en een goede patiëntenadministratie. Alle betrokkenen hebben positieve ervaringen met het project. Samen met het behaalde resultaat rechtvaardigt dit verder voortgaan in de ingeslagen richting.

Aan de oorspronkelijke opzet van dit project -service verlening aan de bevolking- lijkt grotendeels te zijn voldaan. Voor een systematische bestrijding van hart- en vaatziekten in de gehele Nederlandse bevolking is meer continuïteit nodig. De preventieve benadering vraagt om verandering van werkwijzen in de huis-

artspraktijk. Algemene realisering hiervan kan slechts stapsgewijs. Belangrijk lijkt dat de schreden van de koplopers steeds worden geëvalueerd, om de weg voor de volgers gemakkelijk begaanbaar te maken.

XVI Aanbevelingen

Wij willen dit rapport afsluiten met een aantal aanbevelingen, gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek. Korthedshalve zijn deze aanbevelingen in de vorm van stellingen gegoten.

- Gezien de gebleken vergaande consequenties van een multifactorieel opgezet opsporingsprogramma is het aan te bevelen, in overeenstemming met eerder uitgebrachte adviezen van de gezondheidsraad^{21 22}, een vervolgproject vooralsnog toe te spitsen op de opsporing én behandeling van verhoogde bloeddruk. Bij personen met verhoogde bloeddruk zou een aanvullend risicoprofiel moeten worden bepaald.
- Om dit systematische opsporen van risicofactoren in de praktijk mogelijk te maken moet er een beleid komen dat erop gericht is in de huisartspraktijken betere omstandigheden te scheppen. Zo zal het aantrekken van voldoende en op preventief gebied geschoolde assistentie moeten worden gestimuleerd. Financiële prikkels kunnen dit beleid ondersteunen en hierdoor kunnen huisartsen ertoe gebracht worden de aangewezen belemmerende factoren zoals ruimtegebrek op te heffen.
- Als de keuze wordt gemaakt dat andere instanties zoals basisgezondheidsdiensten de huisartspraktijken gaan ondersteunen bij de opzet en uitvoering van een preventief gericht programma, dan is een voorwaarde dat de uitvoerende personen inzicht hebben in het functioneren van een huisartspraktijk. Naast een regionale coördinatie op het niveau van de huisartspraktijken en ondersteunende dienst is een beleidsmatige landelijke coördinatie van belang.
- Huisartspraktijken moeten goed worden voorbereid op een te starten preventief programma: de bedrijfsvoering, administratie en registratie verdienen daarbij veel aandacht. Het gebruik van een personal computer kan daarbij een grote steun betekenen voor het overzicht van (bepaalde) patiëntengroepen.

- Als we willen bereiken dat opgespoorde hoogrisicodragers voor hart- en vaatziekten een zorg van de huisarts krijgen waarbij ook continuïteit gewaarborgd is, verdient administratieve versterking van de praktijken aanbeveling. Ondersteuning zou kunnen geschieden met -op huisartseninstituten ontwikkelde- monitoringssystemen. Met of zonder eigen computer is het dan mogelijk risicogroepen te "surveilleren".

- In een eventueel vervolgproject moet kwaliteitscontrole ingebouwd worden om de bruikbaarheid van de meetgegevens te garanderen en om al te grote vrijblijvendheid van praktijken bij de uitvoering te voorkomen. Vastlegging van afspraken en regels in een contract lijkt aanbevelenswaardig.

- Het doorvoeren van nieuwe modellen en werkwijzen in de huisartspraktijk is een complex gebeuren. Het zou goed zijn als nieuwe ontwikkelingen in de toekomst wederom vergezeld gaan van een (proces)evaluatie. Daarbij kan mogelijk meer aandacht ingeruimd worden voor het onderwerp in hoeverre eenmaal ingevoerde veranderingen ook in verloop van tijd stand houden.

Literatuur

1. Vorst FA. Interimnota van de werkgroep inzake de ontwikkeling van een extramurale voorziening ten behoeve van de preventie van hart- en vaatziekten. 's Gravenhage, 1980.
2. Vorst FA. Eindrapport van de werkgroep inzake de ontwikkeling van een extramurale voorziening ten behoeve van de preventie van hart- en vaatziekten. 's Gravenhage, 1980.
3. Bol F. Redactioneel commentaar. Medisch Contact 1980; 48: 1483.
4. Albinski M. Onderzoek en Actie. Van Gorcum, Assen; 1978.
5. Ree JW van. Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten I en II. H en W 1985; 1; 21-24, 2; 53-58.
6. De regionale spreiding van enige kenmerken van huisartsen en het aantal inwoners per huisarts per regio, in januari 1982. NHI Utrecht, 1982.
7. Bonjer FH. Eindrapport van de commissie opsporing en preventie van ischaemische hartziekten (COPIH). NVAB, Leiden, 1983.
8. Styblo K e.a. C.B. Heart Project - Interventionsresults Hartbulletin 1977; 8: 2: 33-70.
9. Boot CPM. Risicofactoren voor coronaire hartziekten. Proefschrift Leiden, 1979.
10. Bekker JP. Hypertensie Interventie analyse te Krimpen aan de IJssel. Proefschrift Rotterdam, 1983.
11. Konings I, Jenniskens W, Wijnhoven P. Hypertensie: kwaliteit van behandeling keuzestage verslag. NUHI, 1985.
12. Feen JAE van der. Hypertensie, een uitdaging aan de huis arts. Proefschrift Rotterdam, 1977.
13. Weel C van. Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Proefschrift Rotterdam, 1981.
14. Ree JW van. Het Nijmeegs Interventie Project Proefschrift Nijmegen, 1981.
15. Kasl SV. A social-psychological perspective on succesfull community control of high blood pressure: a review. Journal of Behavioural Medicine 1978; 4: 347-381.
16. Boerma WGW. Preventieve zorg in gezondheidscentra en Groepspraktijken. NIVEL, Utrecht 1985.

17. Fullard E. The Oxford prevention of heart attack and stroke project. *Allgemeinmedizin* 1985; 14: 3-6.
18. Fullard E, Fowler G, Gray M. Facilitating prevention in primary care. *Br Med J* 1984; 289: 1585-7.
19. Brown AM, Walters F, Jachuck SJ, Zwanenberg TD van. The future of general practice in Newcastle upon TYNE. *The Lancet* 1986; 370-371.
20. General Practice: Still Waiting for Green-paper. Redactioneel commentaar. *The Lancet* 1986: 361-362.
21. Advies inzake Hypertensie Gezondheidsraad, 's Gravenhage 1983.
22. Advies inzake Epidemiologie en Preventie van Ischaemische Hartziekten Gezondheidsraad, 's Gravenhage 1984.