

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN

5 FEB. 1987

# FACULTEIT DER GENEESKUNDE EN TANDHEELKUNDE

 **NIVEL**  
bibliotheek

drieharingstraat 26  
postbus 1568  
3500 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.**

**bijlagen**

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.



## INHOUDSOPGAVE

### 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





Bijlage 1

## P R O T O C O L

### Risicofactoren opsporing Hart-/ Vaatziekten (RIFOH) - Huisartsenprojekt.

I	Beschrijving van het projekt.	1.2
II	Werkwijze.	1.6
III	Bijlagen.	1.11

Het RIFOH - protocol bestaat uit ongeveer 50 pagina's.  
Van dit protocol volgt een samenvatting. voor de volledige tekst wordt verwezen naar het originele RIFOH - Huisartsen - Protocol, uitgegeven door de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging Voor Tuberculose Bestrijding, Riouwstraat 7, 's Gravenhage.

## I BESCHRIJVING VAN HET PROJEKT.

### 1. Inleiding

Met verwijzing naar het rapport Vorst wordt het ontstaan van dit projekt toegelicht. De inhoud van de inleiding is terug te vinden in de inleiding van dit onderzoeksrapport.

### 2. Doelstelling

De doelstelling van het RIFOH-huisartsen-projects is na te gaan of in de huisartsenpraktijken opsporing van verhoogd risico voor hart- en vaatziekten met advisering, behandeling en begeleiding van de personen met hoog risico, gestandaardiseerd plaats kan vinden bij de 35-54 jarigen in de praktijkpopulatie.

### 3. Onderzoek en evaluatie

De begeleiding van voorbereiding, uitvoering en evaluatie van het RIFOH-programma is voorlopig opgedragen aan de "Interim-commissie RIFOH" die een voortzetting vormt van de "Stuurcommissie" van het CB-projects en waarvan het secretariaat is ondergebracht bij de Koninklijke Centrale Vereniging tot bestrijding van de tuberculose (K.N.C.V.), Riouwstraat 7 te 's Gravenhage.

De evaluatie van de onderzoek- en interventiegegevens wordt uitgevoerd door IWIS-TNO in 's Gravenhage. (Zie ook ad 11)

### 4. Uitgangspunten

De uitgangspunten bij RIFOH zijn dat:

- a. In verschillende onderzoeken is komen vast te staan dat de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren samengaat met een verhoogde kans op het krijgen van een hartinfarct of een andere vaatziekte bijvoorbeeld apoplexie.

- b. in diverse onderzoeken is aannemelijk geworden dat verlaging van te hoge risicofactoren (bijvoorbeeld het staken van het roken) ook verlaging van het risico tot gevolg heeft.

## 5. Risicofactoren

Algemeen wordt momenteel aangenomen dat de drie hoofd-risicofactoren zijn: te hoog serumcholesterol gehalte, te hoge bloeddruk en roken (vooral van sigaretten); als minder zwaarwegende risicofactoren gelden: te hoog lichaamsgewicht, suikerziekte en te geringe lichamelijke activiteit.

De eerste vijf worden in dit project bepaald en gehanteerd voor bepaling van het risico (zie 6). Aan de zesde wordt in bepaalde gevallen ook aandacht besteed.

Naast deze beïnvloedbare risicofactoren zijn er niet rechtstreeks te beïnvloeden risico-verhogende factoren, die aangeduid worden als "x-faktor", zoals doorgemaakt infarct, infarct op jonge leeftijd in de naaste familie, verhoogde bloeddruk die met medicijnen wordt behandeld en diabetes die met medicijnen wordt behandeld.

In de bepaling van het totale risico tellen deze mee (zie 6). Tenslotte wordt in het onderzoek gelet op aanwijzingen voor het reeds bestaan van een aandoening van de coronair vaten door te vragen naar borstklachten (angina pectoris).

## 6. Onderzoekgegevens, risicoprofiel en advisering

De onderzoekgegevens bestaan uit de antwoorden verkregen uit de vragenlijst (die betrokkene van te voren thuis invult) en de bij het onderzoek verkregen meetuitkomsten, die op het profielformulier worden genoteerd.

Teneinde de onderzochten te kunnen indelen in groepen van verschillend risico wordt voor de vijf risicofactoren gebruik gemaakt van scorecijfers zoals aangegeven in onderstaande tabel. Deze indeling in scores berust op de huidige stand van onze kennis en is niet onveranderlijk.

chol.	<3.5	3.5-4.4	4.5-4.9	5.0-5.4	5.5-5.9	6.0-6.4	6.5-6.9	7.0-7.9	8.0-8.9	≥9.0	mmol/l mm/Hg sigaretten
bloedd.	<60	60-69	70-79	80-84	85-89	90-94		95-104	105-114	≥115	
roken	n.g.	>5 jr	<5 jr	p/s	1-4	5-9	10-24	25-39	≥40		
R.G.		<80	80-89	90-99	100-109	110-124)	≥125				
score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Naast deze scores spelen de in 5 genoemde risico-verhogende factoren, aangeduid als X-faktor, een rol in de risicobepaling.

Door optelling van risicoscores en X-factoren wordt de risicogroep bepaald.

Anamnese:					X						
hartinfarct	ja	nee			inf	+					
hypertensie	ja	nee	med	—		+					
diabetes	ja	nee	med	—		+					
cholesterol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
bloeddruk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
roken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	-	
rel. gewicht		1	2	3	4	5	6	-	-	-	
I	<input type="checkbox"/>	≤ 4									
II	<input type="checkbox"/>	5 / 5+5 / 5+ X				<input type="checkbox"/>					
III	<input type="checkbox"/>	6 / 5+6 / 6+6 / 6+ X 5+5+5 / 5+5+ X				<input type="checkbox"/>					
IV	<input type="checkbox"/>	alle hogere combinaties				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Aan de hoogte van het risico is de wijze van advisering gekoppeld, zoals hieronder aangegeven.

- groep I géén verhoogd risico, géén advies  
 groep II iets verhoogd risico, schriftelijk advies  
 groep III licht verhoogd risico, schriftelijk of mondeling advies  
 groep IV verhoogd risico, mondeling advies en controle over 4 maanden.

## 7. Standaardisatie en kwaliteitscontrole

Voor vergelijkbaarheid met andere onderzoeken moet het onderzoek geheel gestandaardiseerd worden uitgevoerd.

- anamnese middels vragenlijst
- voorschriften voor wijze van meting risicofactoren
- gestandaardiseerd meetmateriaal
- cholestorolbepaling in één laboratorium met dubbelcontrole
- tussentijdse bijscholing medewerkers

## 8. Verwerking van gegevens

De gegevens worden gecodeerd, gecontroleerd door CB's en voor opslag en bewerking naar IWIS gezonden.

## 9. Uitvoerenden

Het RIFOH-onderzoek is zo opgezet dat het onder supervisie en verantwoordelijkheid van de arts kan worden uitgevoerd door dokters-assistenten of verpleegkundigen. De advisering betreft geen diëten maar aanwijzingen voor eenvoudige correcties van voedings- en/of leefgewoonten (roken); ook deze kunnen door genoemde praktijk-medewerksters worden gegeven. Over medicamenteuze behandeling van hoge bloeddruk zal uiteraard de arts zelf moeten beslissen.

## 10. Uitvoering van het onderzoek

(korte samenvatting van de in deel II beschreven werkwijze)

- a. Uitnodiging voor het onderzoek: tijdens het spreekuurbezoek wordt met personen die tot de aangegeven leeftijdsgroep behoren een afspraak voor het RIFOH-onderzoek gemaakt (op basis van vrijwilligheid). Bij deze afspraak wordt een vragenlijst, ter invulling thuis, meegegeven.

- b. Onderzoek: de mee te brengen urine wordt in ontvangst genomen, waarna de vragenlijst met betrokkene wordt doorgenomen en de antwoorden worden gecodeerd. Gewicht, lengte en bloeddruk worden gemeten, bloed afgenomen voor cholestorol, urine onderzocht op eiwit en suiker.
- c. Bloedverwerking: de bloedmonsters worden tot serum verwerkt, adequaat bewaard en éénmaal per week of veertien dagen via het CB naar Rotterdam verzonden.
- d. Verwerking van uitkomsten: na de ontvangst van de cholestorol-uitslagen wordt de indeling in risicogroepen gemaakt. De code-stroken worden via het CB naar IWIS gestuurd.
- e. Uitslag en advies: de personen van risicogroep IV worden voor mondeling advies opgeroepen. Bij deze advisering wordt een afspraak gemaakt voor heronderzoek over 4 maanden.  
Bij de personen uit de risicogroep III kunnen uitslag en advies naar keuze van de arts (praktijkassistente) mondeling of schriftelijk worden gegeven;  
Voor de risicogroepen I en II wordt de uitslag ( en bij II ook het advies) schriftelijk gegeven.  
Dit is de voorgeschreven minimum handelwijze, het staat de arts vrij desgewenst alle onderzochten voor de uitslag terug te laten komen.
- f. Evaluatie: het aantal onderzoeken per huisartsenpraktijk is klein en verdeeld over 20 leeftijdsjaren mannen en vrouwen.  
Om tot een evaluatie te komen zullen een aantal praktijken bij elkaar genomen moeten worden en over een periode van 2 à 3 jaar moeten worden beschouwd. Het programma voor de evaluatie moet nog worden opgesteld, maar zal in ieder geval de volgende vier punten omvatten:

- . Aantal mannen en vrouwen in de leeftijd van 37 resp. 35 t/m 54 jaar in het praktijkbestand en het aantal hiervan dat onderzocht is (in leeftijdsgroepen van vijf jaar)
- . uitkomsten van het eerste onderzoek naar afzonderlijke risicofactoren en indeling in risicogroepen.
- . aantal personen van risicogroep IV dat aan het heronderzoek heeft deel genomen en redenen van niet-verschijnen voor heronderzoek na 4 maanden
- . resultaten van de interventie bij groep IV door vergelijking van uitkomsten heronderzoek na 4 maanden met de uitkomsten van het eerste onderzoek.

## II WERKWIJZE

1. Vastleggen van onderzoeksgegevens vindt plaats middels:
  - vragenlijst
  - profielformulierBeide met codestroom voor invoer in computer.
2. Praktijkbestand  
Richtlijnen voor opmaken hiervan vóór de start van het project
3. Uitnodiging voor onderzoek.  
Praktische richtlijnen voor uitnodiging en afspraak
4. Doelpopulatie.  
Uit te nodigen geboortejaren:
  - mannen geboren in jaren 1929 t/m 1947\*
  - vrouwen geboren in jaren 1929 t/m 1949\*= indien CB geen onderzoek doet ook 1948 en 1949.
5. Onderzoeksvolgorde.  
Richtlijnen voor volgorde bij het onderzoek
6. Invullen en coderen van vragenlijst en meetgegevens.
  - richtlijnen voor invullen en coderen vragenlijst
  - richtlijnen voor invullen en coderen meetgegevens
7. Gewicht en lengte.
  - richtlijnen voor bepalen lengte en gewicht.
8. Bloeddruk.
  - gemeten wordt volgens het Meetvoorschrift, uitgewerkt in een bijlage (W-2)
  - richtlijnen voor handelwijze bij noodzaak van hermetingen
  - richtlijn voor verwijzing naar huisarts



## 9. Cholestorol

- Meetvoorschrift uitgewerkt in een bijlage (W-1)
- richtlijnen voor afnemen verwerking en verzending van bloedmonster

## 10. Verdere invulling profielformulier en codestrook.

## -a. tijdens of direkt na onderzoek

- overige gegevens CB

huisartspraktijk

gemeente/land

nummer

datum

geboortedatum

geslacht

urine

diabetes (met richtlijnen)

## -b. na ontvangst cholestorol uitslagen

waarde cholestorol

gegevens vragenlijst overbrengen op profiel-  
formulier volgens gegeven richtlijnen

scorecijfers van 4 risicofactoren omcirkelen

indeling in risicogroepen op basis van

gegeven richtlijnen

risicogroep op codestrook vermelden

onvolledigheid aangeven

te geven adviezen aankruisen

codestrook controleren en verzenden

(behalve groep IV)

## 11. Afwerking groep I, II en III.

- richtlijnen voor advies en administratie

## 12. Afwerking groep IV

- twee delen

## a. niet terug voor heronderzoek

- richtlijnen voor afwerking administratie en te geven advies

- b. terug voor heronderzoek na vier maanden
  - richtlijnen voor administratie inclusief voorbereiding heronderzoek
  - richtlijnen voor te geven advies
  
- 13. Heronderzoek na 4 maanden
  - richtlijnen voor werkwijze en volgorde
  - richtlijnen voor afwerking administratie
  - richtlijnen voor te geven advies
  - richtlijnen voor verwijzing naar huisarts of specialist
  
- 14. Mondelinge advisering
  - richtlijnen voor inhoud, en te gebruiken materiaal, uitgewerkt in een bijlage
  
- 15. Codestroken IWIS
  - richtlijnen voor verzending (én controle) naar CB.
  
- 16. Telling van de opkomst
  
- 17. Aanvulling op voorafgaande punten

## III BIJLAGEN (de aangekruiste nummers zijn bijgevoegd)

J	Afspraakformulier	
x	K Vragenlijst (2 pagina's)	1.12
x	L Profielformulieren (origineel is geel/groen, met codestrook en als	1.14
x	M Vervolg vragenlijst bij borstklachten	1.15
N	1. Codelijst gemeenten	
	2. Landencode	
O	Tabel relatief gewicht + risicoscore	
x	P Formulier heronderzoek (origineel is <u>groen</u> , met codestrook)	1.16
U	Adviezenlijst	
x	W 1. Meetvoorschrift cholestorol	1.17
x	2. Meetvoorschrift bloeddrukmeting	1.19
	3. Meetvoorschrift lengte en gewicht	
	4. Meetvoorschrift urineonderzoek	
X	1 t/m 6 Mondelinge advisering + foldermateriaal	
Y	Benodigheden voor het onderzoek en besteladressen	

**VRAGENLIJST – RISICOFACTORENONDERZOEK HART/VAATZIEKTEN (RIFOH)**

- K -1.12

RIS  
HA

**TOELICHTING:**

Alleen het gedeelte **binnen de zwarte omlijning** invullen. De vragen met "ja" of "nee" beantwoorden door in het betreffende hokje een kruisje te plaatsen. Als u een vraag met "ja" wilt beantwoorden zet u een kruisje in het linker hokje. Wanneer het antwoord "nee" is kruist u het rechter hokje aan.

Op

Voorbeeld van antwoord "ja"

ja      nee  
   

Voorbeeld van antwoord "nee"

ja      nee  
   

Hebt u moeilijkheden met de beantwoording van bepaalde vragen dan kunt u bij het onderzoek overleggen met de verpleegkundige die de vragenlijst met u doorneemt.

Naam en voorletters: .....

Adres: ..... Geb. datum: .....

Postcode: ..... Woonplaats: ..... Tel.: .....

Huisarts naam: .....

adres: .....

Burgerlijke staat:    Ongehuwd  1      Wed.  3  
                                   Gehuwd  2      Gescheiden  4

Nationaliteit: .....

Huidige beroep of functie: .....

**A. Borstklachten**

1. Hebt U wel eens pijn of een drukkend gevoel op de borst? (klachten bij verkoudheid niet meetellen)      ja    nee  
          -60 P

**B. Ziekten**

1. Hebt U ooit een beroerte (hersenbloeding, attaque, verlamming van een gedeelte van het lichaam) gehad?      ja    nee  
          -61 P

2. Krijgt U bloedverdunnende (antistollings-) middelen bijv. sintrom of marcoumar? Indien ja, voor welke aandoening krijgt u deze middelen? .....

                                  staat U in verband hiermee onder geregelde controle van een specialist of trombose dienst?                -62 P

3. Hebt U een hartinfarct gehad?                -63 P

4. Hebt U een hartoperatie ondergaan?                -64

5. Bent U voor klachten van het hart onder behandeling van Uw huisarts of een specialist?                -65

**C. Bloeddruk**

1. Is bij U ooit een verhoogde bloeddruk gevonden? (indien alleen tijdens zwangerschap „neen” aankruisen.)      ja    nee  
          -66 P

Zo ja, wanneer? ..... door wie? .....

**Indien "neen" op vraag C-1, doorgaan naar D.**

2. Houdt U hiervoor zoutarm dieet?                67

3. Gebruikt U hiervoor geneesmiddelen?                68  
 Zo ja welke? .....

-58 E.V.

-59

-60 P

-61 P

-62 P

-63 P

-64

-65

-66 P

67

68

**D. Suikerziekte**

1. Hebt U suikerziekte? (licht geval meetellen) (indien alleen tijdens zwangerschap „neen” aankruisen.)

ja neen

- 69 P

**Indien "neen" op vraag D-1, doorgaan naar E.**

2. Hoeveel jaren lijdt U hieraan?

ja neen

70

3. Houdt U hiervoor dieet?

4. Gebruikt U hiervoor

injecties?   tabletten en injecties?    
 tabletten?   géén geneesmiddelen?

71

**E. Roken**

1. Rookt U?

ja neen

- 72

**Indien "ja" op vraag E-1, doorgaan naar E-4.**

2. Hebt U vroeger gerookt?

73

**Indien "neen" op vraag E-2, doorgaan naar F.**

3. Hoe lang geleden hebt U het roken gestaakt?

langer dan 5 jaar geleden gestaakt  
 korter dan 5 jaar geleden gestaakt

1  
 2

74

**Na beantwoording vraag E-3, doorgaan naar F**

4. Wat rookt U:

a. Sigaren? (Indien nee: 0 invullen)  
 zo ja, hoeveel sigaren per dag? sigaren per dag

75

b. Pijp? (indien nee: 0 invullen)  
 zo ja, hoeveel pijpen per dag? pijpen per dag

76

c. Sigaretten? (indien nee: 0 invullen)  
 zo ja hoeveel sigaretten rookt U per dag? sigaretten per dag  
 (1 pakje shag 42 sigaretten)

77-78 P

**F. Bijzonderheden**

1. Hebt U klachten over Uw gezondheid die U bij het doornemen van deze vragenlijst niet bent tegengekomen?

ja neen

Zo ja, waaruit bestaan deze klachten?

2. Bent U onder controle bij Uw huisarts?

3. Bent U onder controle bij een specialist? Zo ja, bij wie?

Indien onder controle bij huisarts of specialist:

Waarvoor bent U onder controle?

ja neen

4. Gebruikt U geneesmiddelen?

Zo ja welke?

5. Heeft één van uw ouders broers of zusters beneden de leeftijd van 55 jaar een hartinfarct gehad?

ja neen

- 79 P

ja neen

1. Gebruikt U de pil?

- 80 P

**G. Alleen voor dames**

**RISICOFACTORENONDERZOEK  
HART/VAATZIEKTEN (RIFOH)  
IWIS PONSSTROOK**

K.S.  1  
 CB-code   2-2  
 Herkomst  4  
 Gemeente/land    5-8  
 Onderz.no.    9-13  
 Datum    14-19  
 Geb.dat.    20-25  
 Geslacht (M=1 V=2)  26

Naam

Onderzoekno. en datum:

chol.	<3.5	3.5-4.4	4.5-4.9	5.0-5.4	5.5-5.9	6.0-6.4	6.5-6.9	7.0-7.9	8.0-8.9	>
bloedd.	<60	60-69	70-79	80-84	85-89	90-94	-	95-104	105-114	>
roken	n.g.	>5 jr	<5 jr	p/s	1-4	5-9	10-24	25-39	≥40	>
R.G.	<80	80-89	90-99	100-109	110-124 <sup>1)</sup>	≥125				>
score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

<sup>1)</sup> indien lengte ≤ 150 cm is dit sc

Cholesterol   27-29  
 Bl.druk A    30-32  
                      33-35  
 Bloeddruk    36-38  
 A/B/C             39-41

Anamnese:  X  
 63/79 hartinfarct ja nee inf + 60 ang. pectoris ja nee atyp.  
 66 hypertensie ja nee med - + 61 apoplexie ja nee  
 69 diabetes ja nee med - + 62 antistolling ja nee

cholesterol	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Mondeling advies gegeven op:
bloeddruk	0	1	2	3	4	5	-	7	8	9	
roken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	-	
rel. gewicht	-	1	2	3	4	5	6	-	-	-	

77-78 Sigaretten per dag

Gewicht   42-45  
 Lengte   46-48

Relatief gewicht (= R.G.)  
 Urine alb.  49  
           gluc.  50  
 Diabetes  51  
 Risicogroep  52  
 Res./Blidr. D   53-57

Advies wordt gegeven t.a.v.:

Cholesterol  
 Bloeddruk  
 Roken  
 Gewicht

Bloeddrukmetingen

systol.	diastol.
.....	.....
.....	.....
.....	A. ....
.....	.....
.....	.....
.....	B. ....
.....	.....
.....	.....
.....	C. ....
.....	.....
.....	.....
.....	D. ....

Bijzonderheden:

## RISICOFACTORENONDERZOEK HART/VAATZIEKTEN

## Vervolg-vragenlijst

Naam :

Onderzoekno.:

Vervolg vragen na "ja" op vraag A-1

ja      nee

1. Treden de klachten op als U een helling of trap oploopt, tegen de wind fietst of loopt, of als U zich haast ?

Indien "neen" op vraag 1, doorgaan naar 3

2. Verdwijnen de klachten na rust binnen 10 minuten ?

3. Treden de klachten op als U van de warmte in de kou komt ?

      
Indien vraag 2 of 3 (of beide) "ja" is, dan is het mogelijk angina pectoris (profiel : 60 +)Indien vraag 2 blanco of "nee" en vraag 3 "nee" is, dan is het atypische angina pectoris (profiel: 60 atyp)

4. a. Zijn de klachten van pijn of drukkend gevoel op de borst pas in de laatste 3 maanden opgetreden ?

b. Komen de klachten steeds vaker voor ?

c. Worden deze klachten steeds erger ?

5. Bent U voor deze klachten al eens onderzocht ?

Zo ja, in welk jaar? ....., door wie? .....

en met welk resultaat ? .....

ja      nee

6. Staat U voor deze klachten onder controle bij huisarts of specialist ?

7. Gebruikt U voor deze klachten geneesmiddelen ?

Zo ja, welke ? .....

Indien één of meer van de vragen 4 met "ja" is beantwoord: patient naar huisarts verwijzen, tenzij vraag 6 ook "ja" is.Indien vraag 4a "nee" is :

8. a. Sinds wanneer hebt U deze klachten ? .....
- b. Wanneer hebt U ze het laatst gehad ? .....
- c. Hoe vaak treden ze op ? .....
- d. Onder welke omstandigheden treden ze op ? .....

RISICOFACTORENONDERZOEK HART/VAATZIEK  
Heronderzoek na 4 maanden

CB code   2-

Herkomst  4

Gemeente/land     5-

Onderzoeknr. (1e onderzoek)      9-

Onderzoekdatum (heronderzoek)       14-

Onderzoekdatum

Te onderzoeken: (aankruisen)

Cholesterol  Roken

Bloeddruk  Gewicht

HERONDERZOEK  
RISIKOFAKTOREN:

- Factoren volledig heronderzocht = 1
- Idem slechts gedeeltelijk heronderzocht = 2
- Niet** onderzocht wegens:
  - weigering tot verdere deelneming = 3
  - verhuizing buiten het district = 4
  - overlijden = 5
  - andere redenen = 6

Bijzonderheden

CHOLESTEROL

Heeft u zich kunnen houden aan onze adviezen?

ja nee ged.

1  2  3

Voeding .....

BLOEDDRUK

systol.	diastol.	systol.	diastol.
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
I.....	.....	II.....	.....

Bloeddruk I: (advies) syst.    2

diast.    2

Bloeddruk II: (evaluatie) syst.    3

diast.    3

1. Gebruikt u de geadviseerde zoutarme voeding?

ja nee ged.

1  2  3

2. Gebruikt u geneesmiddelen voor de bloeddruk?

1  2

Zo ja, welke? .....

ROKEN

1. Rookt u?

Indien nee, doorgaan naar: Gewicht

ja nee

1  2

2. Hoeveel sigaretten rookt u?

..... sigaretten per dag

3. Rookt u sigaren en/of pijp?

1  2

GEWICHT (kg)

Heeft u zich kunnen houden aan onze adviezen?

ja nee ged.

1  2  3



## MEETVOORSCHRIFT VOOR CHOLESTEROLBEPALING

1. Vorbereiding. De te onderzoeken personen behoeven niet nuchter te verschijnen. Bij voorkeur dient echter niet binnen enkele uren na een uitgebreide maaltijd geprikt te worden.
2. Afnemen van het bloed. Het bloedmonster wordt zonder, of met zeer geringe stuwning uit één der armvenen afgenomen, waarbij de onderzochte persoon op een stoel zit. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van het Terumo Venoject Systeem (Omnilabo, Breda), serumbuis type Auto-Sep met rode rubberstop (10 ml., bestel no. V.T.A.S. 109). De buisjes worden volgens de gebruiksaanwijzing gehanteerd. Desinfectie van de huid kan met chloorhexidine-digluconaat ½ % in ketonalcohol 70 % worden gedaan. Voor men gaat prikken zijn op de verzendlijst: onderzoeksnummer, naam en laboratorium volgnummer geschreven en op de Auto-Sep buis en het verzendbuisje: naam en laboratoriumvolgnummer.
3. Verwerking van de monsters. Na de bloedafname laat men de Auto-Sep buis staan gedurende minimaal 30 minuten en maximaal 60 minuten. De buizen worden dan 10 minuten gecentrifugeerd, waarbij de centrifuge op een hoge snelheid is gezet. De siliconenpasta in de buis zorgt nu voor een zeer goede afscheiding tussen het stolsel en het serum. Nadat alle stoppen van de gecentrifugeerde buizen zijn afgenomen moet men het serum overschenken in de plastic verzendbuisjes en deze afsluiten met een plastic stop. De verzendbuisjes worden in een polystyreenblok in de koelkast bewaard; wanneer ze langer dan 1 week worden bewaard, dan in een diepvrieskast.
4. Verzending van de monsters. Op het etiket van de verzendbuisjes staan: naam cliënt  
codeletter huisarts met lab.no. (per praktijk te beginnen bij no. 1) en afnamedatum  
plaatsnaam van het CB  
Op de verzendlijst (bijlage W-1b) zijn vermeld:  
datum bloedafname, onderzoeksnummer, naam cliënt en volgno.  
De serumbuisjes, verpakt in polystyreenblokken, worden met de verzendlijst eenmaal per week aan het CB verzonden, zodanig dat de buisjes niet tijdens het weekend bij de PTT staan. Het CB zorgt voor doorzending naar het Centraal Klinisch Chemisch Laboratorium van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt.
 

A.C. Modderman  
D-189/21-10-82  
CB Maastricht
5. Analysemethode. Het totale cholesterolgehalte van het serum wordt bepaald met een enzymatische methode. Met een esterase worden de cholesterol esters die 75 % van het totaalcholesterol uitmaken, gesplitst in cholesterol en vetzuur. Vervolgens wordt alle cholesterol met cholesteroloxidase (ChOD) geoxideerd, waarbij als nevenproduct peroxide ontstaat. Het peroxide vormt een gekleurde verbinding (PAP) waarvan de concentratie fotometrisch wordt bepaald (ChOD-PAP-methode). De procedure is deels geautomatiseerd met een LKB-Clinicon Ultralab instrument.
6. Kwaliteitsbewaking. In alle bepalingsseries worden commercieel verkrijgbare gevriesdroogde controlesera meebepaald, om de reproduceerbaarheid van de analyse na te gaan. Ook worden in alle series de calibratiesera van de Stichting K.C.A. gemeten. Verder bevatten alle zendingen van alle C.B.'s duplomonsters (+ 1:20) ter vaststelling van de analytische dupliciteitsbaarheid en met 3 weken tussentijd ter vaststelling van de reproduceerbaarheid op langere termijn. Deze buisjes zijn in het C.K.C.L. niet identificeerbaar als controles ("blinde controle"). Zie ook punt 9

7. Standaardisatie. De calibratie (ijking) van deze analyse geschiedt op zodanige wijze ( met menselijk serum) dat de meetwaarden gelijk zijn aan die, welke met de referentiemethode worden verkregen. Het C.K.C.L. neemt voorts deel aan de standaardisatie via de Stichting K.C.A., het W.H.O. Regional Lipid Reference Centre in Praag en het W.H.O. Lipid Standardization Laboratory van het C.D.C. te Atlanta, USA.
8. Referentielaboratorium. In het C.K.C.L. bevindt zich het Nederlandse Referentielaboratorium voor cholesterolbepalingen. Daarvoor is een samenwerkingscontract gesloten met het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te Bilthoven. In het referentielaboratorium wordt de manuele methode van Abell et.al uitgevoerd in de modificatie die in het C.D.C. is uitgewerkt. De ChOD-methode wordt hiermee regelmatig gecontroleerd.

9. Voorzorgen bij bloedafname en verwerking

Het omgaan met bloed houdt enig gevaar in, met name is dat de kans op besmetting met hepatitis virus dat voorkomt in het bloed van personen die deze ziekte doormaakten, maar ook in het bloed van gezonden. Men wordt van een dergelijke besmetting niet altijd ziek. De omgang met bloed eischt daarom enige voorzorgen en de zelfdiscipline om deze voorzorgen steeds in acht te nemen.

Deze voorzorgsmaatregelen zijn:

- Voorkom het aanraken van bloed met de vingers of met andere lichaamsdelen
- Nooit eten, drinken of roken in het bloedafname vertrek en evenmin hier voedingsmiddelen, snoep of rookartikelen bewaren
- Altijd (witte) schort dragen bij bloedafname en -verwerking
- Bloedafname alleen in ruimte waar wastafel bij de hand is
- Geen bloed morsen op werkblad, papieren of kleding; indien dit toch gebeurt, desinfecteren met Lyorthol 1% of met hypochloriet 0,1 %
- Indien men zich met een naald waaraan bloed zit prikt, met arts overleggen: controle van het bloed van de patient op hepatitis antigeen, indien positief toediening van gammaglobuline overwegen
- Handen wassen na bloedafname en -verwerking.
- Autosep buizen met bloed recht op wegzetten opdat er geen bloed aan de stop komt
- Centrifugeren altijd met de stop op de buis; na centrifugeren stop afnemen met stoplichter en niet met de vingers; op dezelfde wijze de stop weer op de buis zetten na het afschenken van het serum
- Wanneer na uittrekken van de naald uit de stop, enig bloed op de stop achter blijft, de stop joderen met een wattestokje met jodiumtinctuur  $\frac{1}{2}$  of 1 %
- Afgewerkte bloedbuizen, watjes, pleisters en naalden in plastic afvalzak verzamelen (de naalden apart in een plastic fles doen waarop schroefdop als de fles vol is).
- Bij voorkeur papieren handdoekjes gebruiken

## MEETVOORSCHRIFT VOOR BLOEDDRUKMETING

1. De bloeddruk wordt bij het CB RifoH-onderzoek gemeten met de Random Zero Sphygmomanometer (zie punt 7), in de huisartsenpraktijken met een gecontroleerde bloeddrukmeter (zie punt 7). De manchet van beide apparaten heeft een opblaasbare kamer van 12 x 28 cm.
2. Onderzochte en onderzoeker zitten op stoelen van normale hoogte aan een tafel van  $\pm$  75 cm hoog, waarop de bloeddrukmeter staat.
3. De manchet wordt zo hoog om de ontblote linker bovenarm gelegd dat de onderrand 3 cm boven de elleboogsplooi ligt. Er mogen geen kledinggedeelten tussen arm en manchet liggen en de kleding mag de arm boven de manchet niet knellen. De onderarm en de handrug liggen ontspannen op het tafelblad.
4. De manchet wordt snel opgepompt tot 240 mm bij de R.Z.S. of tot 180 mm bij de normale kwikmeter. Het ventiel wordt dan zover geopend dat het kwik met een snelheid van 2 mm per seconde ( $= \pm$  2 mm per hartslag) daalt.  
Hooft men na oppompen tot 240 resp. 180 mm nog tonen, dan is de systolische druk hoger en moet verder opgepompt worden tot men geen tonen meer hoort.  
Bij het aflezen en noteren van de systolische en diastolische druk wordt op mm 's afgerond (niet op 2 mm of 5 mm).
5. De systolische druk is het punt waarop tonen gehoord worden die ritmisch doorgaan.
  - a. Als de toon met een interval van 1 seconde of iets korter wordt gevolgd door een tweede toon van een zelfde karakter dan moet het moment van het horen van deze tweede toon als systolische druk worden genomen.  
Is er twijfel dan moet een derde toon worden afgewacht, die aan dezelfde eisen voldoet.
  - b. Soms volgt na enkele hartslagen (=tonen) een korte stilte. Als deze stilte na één toon valt dan moet deze toon worden genegeerd. Als de stilte valt na twee of drie slagen (tonen), dan wordt deze stilte-pauze buiten beschouwing gelaten.
  - c. Als na aanvankelijke notering van de systolische druk bij de eerste tonen, blijkt dat deze tonen toch niet de echte harttonen waren, dan wordt deze systolische waarde genegeerd en wordt uitgegaan van de later komende, als echte harttonen herkenbare slagen.
6. Als diastolische druk wordt de tweede diastolische waarde (einde phase 5) gebruikt.  
De 1ste diastolische waarde (einde van phase 4) is het punt waarop de tonen ophouden duidelijk tikkend (kloppend) van karakter te zijn.  
De 2e diastolische waarde (einde van phase 5) is het eerste punt na de 1ste diastolische waarde, waarop geen tonen meer hoorbaar zijn.  
Als er na de 1ste diastolische toon een interval komt zonder hoorbare tonen van de lengte van 2 (of meer) slagen dan ligt hier de 2de diastolische waarde, ook als U daarna nog weer enkele slagen zou horen.

Alleen wanneer de tonen hoorbaar blijven tot 0 mm of daar dichtbij wordt de 1ste diastolische waarde (phase 4) als diastolische druk genoteerd.

## 7. Controleren van de kwikbloeddrukmeter.

Alvorens het Rifoh onderzoek te beginnen wordt de te gebruiken kwikbloeddrukmeter gecontroleerd. Deze controle wordt telkens na een half jaar herhaald.

De controle gaat als volgt:

- a. Wanneer de meter met open ventiel "in rust" is, moet de kwikkolom op -0- staan.
- b. Voor de verdere controle wordt de manchet niet te los om een melkfles ( $\frac{1}{2}$  l.) gewikkeld.

Met gesloten ventiel wordt de druk snel tot 200 mm gebracht. De kwikkolom moet dan op de 200 streep blijven staan. Daalt het kwik dan is er lekkage in het opblaassysteem, meestal in ballon of ventiel, soms in de slangen of aansluitingen.

Eerst de ballon vervangen; helpt dit niet dan na oppompen de slang tussen manchet en ballon bij de manchet dichtknijpen en vervolgens de slang tussen manchet en kwikstijgbuis na oppompen afknijpen om de lek te localiseren. Zo nodig de betrokken slang vervangen.

Stijgt het kwik na oppompen tot 200 mm nog even door, dan wijst dit op het verstopt zijn van het ventiel boven de kwikstijgbuis, of op een bemoeilijkte doorgang ergens in het systeem.

Kan men de fout niet verhelpen dan meter naar leverancier voor herstel.

## BIJLAGE 2

VRAGENLIJSTEN VOOR HUISARTSEN EN ASSISTENTES

- vóór de cursus 2.2
- na de cursus 2.14
- na 6 maanden preventieve onderzoeken in de praktijk 2.28
- na 1½ - 2 jaar preventieve onderzoeken in de praktijk 2.37

## VRAGENLIJSTEN VÓÓR START VAN CURSUS

A	VOOR HUISARTSEN	2.3
B	VOOR ASSISTENTES	2.10
	+ BEGELEIDENDE BRIEVEN	

Deze vragenlijsten worden bij de introductiebijeenkomst op het Consultatiebureau uitgereikt of kort erna aan de betrokkenen toegestuurd. Zo nodig, wordt na twee weken aan de invulling van de vragenlijst herinnerd.



NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut  
Onderwijs vóór arts-examen  
Onderzoeksgroep  
Huisartsenopleiding G. Grooteplein 17

Tel. (080) 514411  
515249  
513315  
515300

uw referentie                      d.d.                                      onze referentie                                      Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-huisarts,

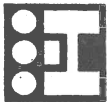
Hierbij ontvangt U de eerste vragenlijst, die deel uitmaakt van het NUHI-Evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrij korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoord-enveloppe is daartoe bijgevoegd.

Ten overvloede vermeld ik, dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen onafhankelijk van Uw RIFOH-assistente in. Er zijn geen 'foute' of 'goede' antwoorden. Probeer U, desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via via tel. nr. 080 - 51 63 38; bgg. 080 - 51 33 15, vragen naar L. van Gemert (secretaresse).

Met vriendelijke groet,

Denise Schraven,  
arts-onderzoeker.



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

9. Hoeveel doktersassistenten zijn in de praktijk in dienst?

(in posities weergeven, bijv. 2,0 of 1.5)

--	--

## A. VRAGENLIJST HUISARTSEN VÓÓR START CURSUS

--

Praktijkcode:  
Initialien huisarts:

--	--

- 1. Leeftijd: 

--	--

 jaar
- 2. Geslacht 1= man 2= vrouw 

--
- 3. Hoe lang bent U praktizerend huisarts? 

--	--

 jaar
- 4. Hoe oefent U Uw praktijk uit?

- 1= alleen
- 2= in samenwerking met andere huisartsen

Aantal collega's

--

- 5. Voor hoeveel tienden bent U in de praktijk werkzaam? (bijv. 10 of 5) 

--

- 6. Bent U huisarts-opleider?

- 1= ja 2= neen

--

- 7. Hebt U een nevenfunctie op medisch gebied?

- 1= ja 2= neen

--

Zo ja, welke?

- 8. Bekleedt U bestuursfuncties op medisch gebied?

- 1= ja 2= neen

--

Zo ja, waar?

- 10. Is Uw praktijk apotheekhoudend?  
1= ja 2= neen

ziekenfonds  
particulier

--	--	--

- 11. Kunt U een schatting geven van het totale aantal ingeschreven patiënten in de praktijk

- 1= stad
- 2= platteland
- 3= verstedelijkt platteland

--

- 12. Hoe typeert U Uw praktijk?

- 1= relatief jong
- 2= normaal
- 3= relatief oud

--

- 13. Hoe is de leeftijdsopbouw van Uw praktijk?

- 1= relatief laag
- 2= normaal
- 3= relatief hoog

--

- 14. Hoe is de verdeling naar sociale laag?

- 1= relatief laag
- 2= normaal
- 3= relatief hoog

- 15. Kunt U in het kort weergeven waarom U besloten heeft mee te doen aan het RIFOH-project?

Zo ja, waar?



16. Wie gaat het RIFOH-onderzoek in Uw praktijk doen?

1=eigen assistente, uitbreiding van haar taak  
 2= eigen assistente, uitbreiding van haar taak en werktijd  
 3= iemand anders, nl. ....  
 4= combinatie 1 en 3  
 5= combinatie 2 en 3

Voor het geval dit iemand anders is dan de assistente, beantwoordt U dan vraag 17 nog en gaat U dan verder met vraag 23.

17. Is het de bedoeling deze eventuele extrapersonale voorzieningen ook na afloop van het RIFOH-programma in de praktijk te handhaven?

1= ja  
 2= neen  
 3= weet niet  
 8= n.v.t.

18. Hoeveel tijd heeft Uw assistente nu per week beschikbaar om het RIFOH-onderzoek in uit te voeren?  uur

19. Als Uw assistente 3-4 uur per week\* werkt aan het RIFOH-project is het dan nodig dat andere mensen een deel van haar normale werkzaamheden overnemen?

- U kunt meerdere alternatieven aankunnen -

- neen  
 - ja, andere assistente  
 - ja, huisarts zelf  
 - iemand anders, nl. ....

20. Is er overleg geweest tussen U en de assistente over deelname aan het RIFOH-project?

1= ja  
 2= neen

21. Zo ja, is dat overleg intensief of (juist) niet intensief geweest?

zeer intensief	redelijk	matig	weinig	minimaal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Geschat in geval van nonpraktijk.

22. Is het in Uw praktijk te organiseren dat de RIFOH-assistente 3-4 uur per week\* ongestoord (telefoon!!) kan werken aan het RIFOH-project?

1= ja  
 2= neen  
 3= weet nog niet  
 8= n.v.t.

23. In welke ruimte zal de assistente het RIFOH-project gaan uitvoeren?

1= apart kamertje  
 2= spreekkamer als deze niet bezet is  
 3= ontvangstruimte patiënten  
 4= anders, nl. ....

24. Hoe geschikt acht U deze ruimte hiervoor?

zeer geschikt	redelijk geschikt	matig geschikt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Als Uw assistente het RIFOH-project gaat uitvoeren acht U haar dan in staat dit zelfstandig te doen?

zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Heeft er reeds eerder wetenschappelijk onderzoek plaatsgevonden in Uw praktijk?

1= geheel niet  
 2= op beperkte schaal  
 3= uitvoerig

27. Waar had dit wetenschappelijk onderzoek betrekking op?

1= .....  
 2= .....  
 3= .....

\* geschat in geval van nonpraktijk

28. Kunt U aangeven hoeveel extra uren per week het RIFOH-project U als huisarts gaat kosten?  uur

29. Hoe beoordeelt U Uw kennis over de rol van voeding bij ontstaan van hart- en vaatziekten?

zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht

30. Acht U zich in staat op voedingsgebied als supervisor van de RIFOH-assistente op te treden?

zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht

31. Acht U zich in staat binnen het kader van het RIFOH-project praktische voedingsadviezen aan patiënten te geven?

zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht

32. Zou U het, binnen het kader van het RIFOH-project, zinnig vinden aanvullend onderwijs in voedingsleer te krijgen?

zeer zinnig	zinnig	weet niet	niet zo zinnig	helemaal niet zinnig

33. Welke nadelen vindt U klevan aan een preventief programma als het RIFOH-project?

*Hieronder volgt een aantal risicoprakken. Wat vindt U van deze uittepraken?*

34. Preventie van hart- en vaatziekten is een belangrijke taak voor de huisarts.

helemaal mee eens	eens	deels eens, deels oneens	oneens	helemaal oneens

35. Advisering wat betreft rookgedrag of voedingsgewoonten is een taak voor de assistente.

	helemaal mee eens	eens	deels eens, deels oneens	oneens	helemaal oneens
rookgedrag					
voedingsgewoonten					

36. Advisering wat betreft rookgedrag of voedingsgewoonten is een taak voor de huisarts

	helemaal mee eens	eens	deels eens, deels oneens	oneens	helemaal oneens
rookgedrag					
voedingsgewoonten					

37. Opsporen en behandelen van risicopatiënten heeft een medicaliserend effect.

helemaal mee eens	eens	deels eens, deels oneens	oneens	helemaal oneens

38. Opsporen en behandelen van risicopatiënten roept angst op.

helemaal mee eens	eens	deels eens, deels oneens	oneens	helemaal oneens

39. Opsporen en behandelen van risicopatiënten heeft overbelasting van de huisarts tot gevolg

helemaal mee eens	eens	deels eens	deels oneens	oneens	helemaal oneens
-------------------	------	------------	--------------	--------	-----------------

40. Zelfstandig opsporen en behandelen van risico-patiënten door de praktijkassistente vermindert de autoriteit van de huisarts

helemaal mee eens	eens	deels eens	deels oneens	oneens	helemaal oneens
-------------------	------	------------	--------------	--------	-----------------

41. Vindt U dat patiënten al dan niet zelf verantwoordelijk zijn voor het nakomen van controles

zeker wel	wel	deels wel	niet	zeker niet
-----------	-----	-----------	------	------------

42. Ziet U het adviseren en controleren van risicopatiënten als een mogelijke taak van de assistente?

adviseren	hypertensie	hyperchol.	diabetes	adipositas
controleren				

43. Stel dat het adviseren en controleren van risicopatiënten tot het takenpakket van de assistente behoort. Zoudt U er dan veel of weinig vertrouwen in hebben dat het goed gaat?

adviseren	veel	redelijk veel	matig	weinig	geen
controleren					

Als U er weinig of geen vertrouwen in hebt, welke zijn dan de redenen daarvoor?

44. Hoeveel tijd besteedt U nu per week aan hypertensiecontroles?

uur	
-----	--

45. Bij welk percentage van de U bekende hypertensiepatiënten lukt het U deze te blijven controleren?

		%
--	--	---

46. Wat zijn volgens U de belangrijkste oorzaken dat patiënten die onder behandeling c.v.g. controle staan voor hypertensie, uit die controle vallen?

47. Verwijst U Uw patiënten die daarvoor in aanmerking komen wel eens naar een diëtiste?

zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit
-----------	------	------	--------	-------

Voor welke indicaties?

	zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit
diabetes					
adipositas					
hypertensie					
hyperchol.aemie > 7 mmol/l.					

48. Hoe is Uw spreekuur georganiseerd?

- 1= niet volgens afspraak
- 2= alleen volgens afspraak
- 3= combinatie van 1 en 2

49. Hoe komt bij U op dit moment een vervolgsconsult voor de onderstaande risicopatiënten tot stand?

- 1= patiënt neemt zelf contact op voor afspraak
- 2= bij consult wordt meteen afspraak voor volgende consult gemaakt en in afsprakenboek genoteerd
- 3= anders, nl. ....

hypertensie	hyperchol.	diabetes	adipositas

50. Bestaat er in Uw praktijk een systeem waarmee gecontroleerd kan worden of patiënten die onder geregelde controle dienen te blijven hun afspraak nakomen?

- 1= ja 2=neen

a) Zo ja, voor welke categorieën?

hypertensie	hyperchol.	diabetes mellitus	adipositas	pill-gebruik	andere, ....

b) Zo neen, waarom is er geen systeem?

U kunt meerdere alternatieven aankruisen.

- Patiënt is zelf verantwoordelijk
- Te grote belasting voor de assistente
- Geen idee
- Zoals het nu gaat, gaat het prima
- anders, nl. ....


51. Voor welke categorie(ën) is dit een stringent controle-systeem?

hypertensie	hyperchol.	diabetes	adipositas

52. Als er een controlesysteem bestaat, wie is dan verantwoordelijk voor het functioneren hiervan?

- 1= assistente
- 2= huisarts
- 3= beiden
- 8= n.v.t.

--

53. Controleert U of Uw assistente of controle-afpraak wordt nagekomen?

- 1= altijd
- 2= vaak
- 3= soms wel, soms niet
- 4= zelden
- 5= nooit

hypertensie	hyperchol.	diabetes	adipositas

54. Onderneemt U of Uw assistente actie als zo'n afspraak niet wordt nagekomen?

- 1= altijd
- 2= vaak
- 3= soms wel, soms niet
- 4= zelden
- 5= nooit

hypertensie	hyperchol.	diabetes	adipositas

55. Indien U of Uw assistente actie onderneemt, hoe gebeurt dit? Zo nodig kunnen meerdere alternatieven worden aangekruist.

- assistente meldt dit aan mij
- aantekening op kaart van patiënt
- patiënt wordt opgebeld of krijgt een briefje
- bespreek het met de patiënt, bij eerstvolgend consult
- anders, nl. ....
- n.v.t.


56. Indien er geen actie ondernomen wordt, waarom niet?

Een alternatief kiezen.

- 1= kom er niet aan toe
- 2= patiënt is zelf verantwoordelijk
- 3= geen beginnen aan
- 4= anders, nl. . . . .
- 8= n.v.t.

57. Heeft Uw assistente een taak in het controleren van chronische patiënten?

hypertensie	hyperchol.	diabetes mellitus	adipositas	andere, nl. ....
				.....

1= ja; 2= gedeeltelijk; 3= neen.

58. Vindt U dat zij daartoe goed in staat is of eventueel zou zijn?

1=goed; 2=matig; 3=slecht

hypertensie	hyperchol.	diabetes mellitus	adipositas	andere, nl. ....
				.....

- qua tijd
- qua kennis

59. Hoe is de taakverdeling tussen U en de assistente(s) wat betreft de controle van chronische patiënten?

hypertensie	hyperchol.	diabetes mellitus	adipositas

- 1= alleen assistente
- 2= het merendeel door assistente
- 3= alleen huisarts
- 4= het merendeel door huisarts
- 5= beiden
- 8= n.v.t.

60. Bent U aanwezig geweest bij de introductie-avond op het N.H.G.-bureau in Utrecht?

1= ja; 2= neen.

En Uw assistente?

1= ja; 2= neen.

61. Bent U toen naar Uw mening voldoende geïnformeerd over het RIFOH-project?

ruim voldoende	voldoende	matig	onvoldoende	ruim voldoende

62. Welke informatie hebt U toen gemist?

63. Had U na deze middag/avond twijfels over de haalbaarheid van het project in Uw praktijk?

heel veel	veel	nogal wat	enigszins	geenszins

70 ja, ten aanzien van welke punten?

64. Indien U de introductie-bijeenkomst niet hebt kunnen bijwonen, hebt U zelf dan nog aanvullende informatie over het RIFOH-project verzameld?

1= ja; 2= neen

Indien ja, op welke manier?

- Contacten met andere huisartsen
- Verslag introductie-bijeenkomst
- Contact met leden "Vatencub"
- Anders, nl. . . . .




NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 234 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut  
Onderwijs vóór arts-examen  
Onderzoeksgroep  
Huisartsenopleiding G. Grooteplein 17  
Tel. (080) 514411  
515249  
513315  
515300

uw referentie                      d.d.                                      onze referentie                                      Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-assistente,

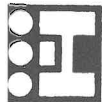
Hierbij ontvangt U de eerste vragenlijst, die deel uitmaakt van het NUHI-Evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrij korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoord-enveloppe is daartoe bijgevoegd.

Ten overvloedige vermeld ik, dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen in, onafhankelijk van de huisarts waarbij U werkt. Er zijn geen 'foute' of 'goede' antwoorden. Probeer U, desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via te. nr. 080 - 51 63 38; bgg. 080 - 51 33 15, vragen naar L. van Gemert (secretaresse).

Met vriendelijke groet,

Denise Schraven,  
arts-onderzoeker.



- 9. Hoe lang bent U al assistente in deze praktijk ?
- 10. Is er overleg geweest tussen de huisarts en U over deelname aan het RIFOH-project ?

11. Zo ja, is dat overleg voor Uw gevoel intensief of (juist) niet intensief geweest?

1 = ja    2 = neen

B. VRAGENLIJST ASSISTENTES VOOR START CURSUS

zeer redelijk	matig	weinig	minimaal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praktijkcode

Initialen assistente

- 1. Leeftijd
- 2. Gehuwd
- 3. Kinderen
- 4. Hoe lang hebt U al ervaring als doktersassistente ?
- 5. Wat is Uw schoolopleiding ?

1 = ja    2 = neen

aantal:

MAVO

HAVO/MMS

VWO

andere, nl. . . . .

JAAR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 6. Wat is Uw medische vooropleiding ?
- 7. Welke andere dan medische opleiding hebt U gevolgd ?
- 8. Komt U speciaal voor het RIFOH-project in de praktijk ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 = ja    2 = neen

Zoja, beantwoordt dan alleen de vragen 13, 14 en 15 nog.

- 12. Binnen het RIFOH-project krijgt de assistente de taak personen met verhoogde risicofactoren op te sporen en een gedeelte van hen te blijven controleren. Lijkt het U aantrekkelijk of (juist) niet aantrekkelijk deze patiëntgerichte taak grotendeels zelfstandig uit te voeren?

zeer aantrekkelijk	aantrekkelijk	weet niet	niet aantrekkelijk	helemaal niet aantrekkelijk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opsporen	blijven controleren			

- 13. (Niet voor praktijkassistenten)
- Hoe lang denkt U dit werk te gaan doen?

- 14. (Ook voor praktijkassistenten)
- Hoe schat U op dit moment Uw eigen kennis in wat betreft:

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
theoretische achtergronden hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
risicofactoren en risante leefgewoonten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voedingsleer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hoe schat U op dit moment Uw eigen kunnen in, wat betreft:

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
bloed prikken					
tensie meten					
administreren m.b.v. computerformulieren					
zelfstandige patiëntenbegeleiding					

16. Is er in de praktijk tijd vrij te maken, zodat U een paar uur ongestoord (telefoon) kunt werken aan het RIFOH-programma?

zeer gemakkelijk	gemakkelijk	moelijk	heel moeilijk	niet

17. Hebt U in het algemeen het gevoel dat de huisarts veel of (uist) niet veel aan U, als assistente, overlaat?

zeer veel	veel	normaal	weinig	zeer weinig

18. Hebt U een taak in het controleren van personen met hypertensie?   
1=j-a 2=neen

19. Waaruit bestaat deze taak?

*Zo nodig kunnen meerdere alternatieven aangekruist worden.*

- af en toe tensie meten bij mensen die dat plezierig vinden
- een gedeelte van de hypertensie-controle uitvoeren
- af en toe in opdracht van huisarts zelfstandig een hypertensie-controle uitvoeren en daarvan verslag uitbrengen
- over langere termijn zelfstandig mensen met hypertensie controleren.

20. Hoe komt gewoonlijk een controleconsult tot stand?

- 1= patiënt neemt zelf contact op voor afspraak
- 2= bij consult wordt meteen afspraak gemaakt voor volgende consult en in afsprakenboek genoteerd
- 3= anders, . . . . .

21. Bestaat er een systeem waarmee gecontroleerd kan worden of patiënten die onder geregelde controle dienen te blijven hun afspraak nakomen?   
1=j-a 2=neen

Zo ja, hoe ziet dat systeem eruit?

22. Als er een controlesysteem bestaat, wie is er dan verantwoordelijk voor het functioneren hiervan?

- 1= huisarts 2= assistente 3= beiden

23. Onderneemt U actie als een controle-afspraak niet wordt nagekomen?

- 1= altijd 2= vaak 3= soms 4= nooit

24. Zo ja, hoe?

*Zonodig kunnen meerdere alternatieven worden aangekruist.*

- ik meld dit aan de huisarts
- aantekening op kaart van patiënt
- patiënt wordt opgebeld of krijgt briefje
- bespreek het met patiënt bij eerstvolgende consult
- anders, nl. . . . .
- n.v.t.



25. Zo neen, waarom niet?

*Eén alternatief kiezen*

1= kom er niet aan toe

2= patiënt is zelf verantwoordelijk

3= geen beginnen aan

4= anders, nl. . . . .

8= niet van toepassing

--

26. Vindt U dat de patiënten zelf de verantwoordelijkheid moeten dragen voor controle?

helemaal	grotendeels	deels wel deels niet	grotendeels niet	niet

27. Ziet U het behandelen, adviseren en controleren van hypertensiepatiënten als een mogelijke taak voor de assistente?

	zeker wel	wel	weet niet	niet	zeker niet
behandelen					
adviseren					
controleren					

28. Geeft U voedingsadviezen aan patiënten ?

zeer vaak	vaak	af en toe	zelden	nooit

29. Wijst U patiënten op riskante leefgewoonten, bijvoorbeeld roken ?

zeer vaak	vaak	af en toe	zelden	nooit

## VRAGENLIJSTEN NA DE CURSUS

A VOOR HUISARTSEN

2.15

B VOOR ASSISTENTES

2.21

+ BEGELEIDENDE BRIEVEN.

Deze vragenlijsten worden na de cursus bij de start van het project gepresenteerd met het verzoek deze terug te zenden middels een bijgevoegde antwoordenveloppe.



NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut Tel. (080) 514411  
Onderwijs vóór arts-examen 515249  
Onderzoeksgroep 513315  
Huisartsenopleiding G. Groteplein 17 515300

uw referentie d.d. onze referentie Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-huisarts,

- ./.
- Hierbij stuur ik U de tweede vragenlijst toe, die deel uitmaakt van het NUHI-evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrije korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoordsenveloppe is daartoe bijgevoegd.
- ./.

Ten overvloede vermeld ik, dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen in onafhankelijk van Uw RIFOH-assistente. Er zijn geen "foute" of "goede" antwoorden. Probeer U, desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via tel. nr. 080-516338; bgg. 080-513315, vragen naar J. Veldhuijzen (secretaresse).

Met vriendelijke groet,

Denise Schraven,  
arts-onderzoeker.

./.

bijlagen



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

## A. VRAGENLIJST HUISARTSEN NA DE CURSUS

Praktijkcode


Initialen huisarts:

4. Hebben de voorbereidingen U, naast het volgen van de bijeenkomsten en de cursus, veel tijd gekost?  uur

5. Hebt U bij bepaalde voorbereidingen voor het project organisatorische steun gemist?

zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit

6. Hoe beoordeelt U nu de consequenties van het project voor Uw praktijk?

1. Is Uw houding ten opzichte van het RIFOH-project door de (cursus) bijeenkomsten anders geworden?

veel enthousiaster	beetje enthousiaster	hetzelfde gebleven	beetje minder enthousiast	veel minder enthousiast

2. Acht U het U aangeboden voorbereidingsprogramma samen met het protocol voldoende om het RIFOH-project te starten?

ruim voldoende	voldoende	matig	onvoldoende	ruim onvoldoende

3. Voor het opstarten van het RIFOH-huisartsen project in Uw praktijk zijn verschillende voorbereidingswerkzaamheden noodzakelijk geweest. Hoe is daarbij de taakverdeling geweest tussen huisarts en assistente?

	huisarts	grotendeels huisarts	deels huisarts deels ass.	grotendeels assistente	assistente
signalering van noodzaak van voorbereidingen					
organisatie van voorbereidingen					
praktische uitvoering van voorbereidingen					

veel ingrijpender dan aanvankelijk verwacht	ingrijpender, niet wezenlijk dan aanvankelijk verwacht	minder ingrijpend dan aanvankelijk verwacht

7. Kunt U enkele consequenties van het project aangeven die U verkeerd hebt ingeschat?

1. ....	ruim overschat	overschat	onderschat	ruim onderschat

8. Heeft het eventuele onderschatten van de consequenties van het project U in een later stadium van de voorbereidingen nog in moeilijkheden gebracht?

- 1=in het geheel niet  
 2=beetje  
 3=behoorlijk  
 4=n.v.t.

Zo ja, waaruit bestonden deze moeilijkheden?

11. In hoeverre is er naast de bijeenkomsten op het Consultatiebureau, binnen de praktijk overleg geweest over de planning en werkwijze ten aanzien van het RIFOH-project tussen U en de assistente(s)?

vaak	af en toe	zelden	nooit

12. Is dat overleg binnen de praktijk voor Uw gevoel voldoende geweest?

ruim voldoende	voordeende	onvoldoende	zeer onvoldoende

9. Is Uw houding ten opzichte van het project in de loop van de voorbereidingen anders geworden?

- 1=ja  
 2=neen

- Zo ja, hoe is deze veranderd?

- Zo ja, waar is deze houdingsverandering Uws inziens een gevolg van?

10. Is de praktijk nu voor Uw gevoel startklaar?

helemaal	grotendeels	deels wel deels niet	grotendeels niet	helemaal niet

Zo niet, wat moet er nog gebeuren?

13. Kunt U voor elk van de hieronder genoemde items aangeven in hoeverre deze volgens U een probleem zullen zijn bij de uitvoering van het RIFOH-project?

	dat wordt zeker een probleem	dat wordt waar- schijnlijk een probleem	geen idee	waar- schijnlijk geen probleem	dat levert geen enkel probleem op
benodigde tijd	- arts - assistente				
ongestoord moeten kunnen werken van assistente					
ruimte	- grootte - aard				
delegeren van taken door U aan assistente					
bijv.:	- onderzoek - advisering - hypertensie- controles				
uitnodigen/oproepen van de mensen					
plannen van de onderzoeken/adviezen					
uitvoeren van de onderzoeken/adviezen					
bijhouden van noodzakelijke administratie					
verzending van formulieren/bloed					
gestandaardiseerd werken					
contact huisartspraktijk/ Consultatiebureau					
overleg huisarts-assistente					
contact h.a.praktijk/Vaten-club					
andere, nl. . . . .					

14. Welke waardering geeft U aan de verschillende (cursus-)bijeekkomsten op het Consultatiebureau? (0 t/m 10)

- Introductiebijeekkomst
- Eerste gezamenlijke cursusmiddag met huisartsen en assistentes (over hart- en vaatziekten en risicofactoren daarvoor)
- Tweede gezamenlijke cursusmiddag met huisartsen en assistentes (over gang van zaken bij het onderzoek)
- Slotmiddag

15. Wat had U graag anders gezien in de cursus?

a) Wat hebt U gemist?

b) Wat vond U overbodig?

c) Andere opmerkingen:

16. Hebt U de middagen gevolgd waarop voedingsleer/voedingsadviezen gegeven werden door de diëtiste?

1 = ja

2 = neen

Aantal?

17. Hoe stond Uw (RIFOH-)assistente in het algemeen tegenover de cursus?

positief	overwegend positief	soms positief soms negatief	overwegend negatief	negatief
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Heeft de afwezigheid van Uw assistente voor de RIFOH-cursus problemen gegeven in de praktijk?

heel vaak	vaak	soms	bijna nooit	nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Wie heeft de alfabetische lijst van de doelpopulatie vervaardigd?

- 1=huisarts
- 2=assistente
- 3=speciale RIFOHassistente
- 4=samen
- 5=iemand anders, nl. . . . .

20. Hoeveel tijd heeft het vervaardigen van de alfabetische lijst van ziekenfonds- en particuliere patiënten (rode bloc) in totaal gekost?

uur

21. Hoe groot schat U de volledigheid van de lijst? (S.v.p. in percentages aangeven)

%

22. In het RIFOH-huisartsenproject is aan de RIFOH-assistente een omvankrijke taak toebedacht. In hoeverre acht U haar in staat deze zelfstandig uit te voeren, wat betreft de volgende onderdelen:

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
doelmatig plannen van de van haar verwachte activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
praktisch uitvoeren van basis- en heronderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adviseren van hoog-risicodragers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uitvoeren van deel van de hypertensiecontroles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organiseren van praktische en administratieve activiteiten t.b.v. RIFOH binnen de praktijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestandaardiseerd werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. In hoeverre denkt U dat het in Uw praktijk haalbaar zal zijn geheel volgens het protocol te werken wat betreft de volgende onderdelen?

	helemaal	grotendeels	deels wel deels niet	grotendeels niet	helemaal niet
uitnodiging doelgroep volgens uitsluitingscriteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uitvoering van de onderzoeken door assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
advisering door de assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het ongestoord moeten kunnen werken van assistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Er ligt een voorstel van de "Vatencclub-N.H.G." om de personen met hypertensie uit het RIFOH-project voor een deel door de assistente te laten controleren.

In hoeverre denkt U dat dat zal lukken in Uw praktijk?

heel goed	goed	geen idee	matig	slecht

25. Welke zijn de eventueel te verwachten moeilijkheden naar Uw mening, hierbij?

26. Ook zijn er voorstellen om de controles van hypertensiepatiënten uit het RIFOH-project te bewaken middels een speciale RIFOH-controlekaart. Bij elke controle moet dan een concrete nieuwe afspraak worden gemaakt en bij eventueel niet nakomen van deze afspraak neemt de assistente contact op met de patiënt.

In hoeverre acht U dit haalbaar in Uw praktijk?

helemaal	grotendeels	deels wel	grotendeels	helemaal
		deels niet	niet	niet

Zo nee, waarom acht U het niet haalbaar?





KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN  
**FACULTEIT DER GENEESKUNDE EN  
 TANDHEELKUNDE**



**NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT**  
 Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
 Instituut  
 Onderwijs voor arts-examen  
 Onderzoeksgroep  
 Huisartsenopleiding G. Grootplein 17

Tel. (080) 514411  
 515249  
 513315  
 515300

uw referentie

d.d.

onze referentie

Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-assistente,

./.

Hierbij stuur ik U de tweede vragenlijst toe, die deel uitmaakt van het NUHI-evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrij korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoortenveloppe is daartoe bijgevoegd.

./.

Ten overvloede vermeld ik, dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen in, onafhankelijk van de huisarts waarbij U werkt. Er zijn geen "foute" of "goede" antwoorden. Probeert U, desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via telefoonnr. 080-516338; bgg. 080-513315, vragen naar J. Veldhuijzen (secretaresse).

Met vriendelijke groet,

Denise Schraven,  
 arts-onderzoeker.

./.

bijlagen



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

## B. VRAGENLIJST VOOR ASSISTENTES NA DE CURSUS

--	--

Praktijknummer:  
Initialen assistente:

1. Is Uw houding t.o.v. het RIFOH-project door de cursus anders geworden ?

veel enthousiaster	beetje enthousiaster	hetzelfde gebleven	beetje minder enthousiast	veel minder enthousiast

2. Wat is hiervan de reden ?

3. Denkt U, dat U na deze cursus in staat bent de taak, die U hebt in het RIFOH-project, zelfstandig te volbrengen ?

	zeker wel	waarschijnlijk wel	twijfelachtig	waarschijnlijk niet	zeker niet
- qua werkbelasting					
- qua kennis/kunnen					
- qua omgang met patienten					

4. Hebt U de cursus met plezier gevolgd ?

	meestal wel	soms wel/soms niet	meestal niet	nooit
altijd				

5. Wat vond U van de lengte van de cursus ?

te lang	rijkelijk lang	precies goed	nogal kort	te kort

6. Wat vond U van de cursus als geheel ?

interessant	boeiend	aardig	saai	vervelend

7. Wat is Uw mening over de moeilijkheidsgraad van de cursus als geheel ?

vaak erg moeilijk	pittig	goed te doen/volgen	redelijk gemakkelijk	vaak erg gemakkelijk

8. Hoeveel van de 13 cursusmiddagen hebt U gemist ?

Reden(en) :

12. Hoe lang was U gemiddeld niet beschikbaar voor de praktijk op cursusmiddagen?  uur

13. Op welke manier is hiervoor een oplossing gevonden?

14. Aan welke hieronder genoemde onderdelen zou U in deze cursus meer of minder tijd besteed willen zien?

9. Welke waardering geeft U aan de verschillende cursus-bijeenkomsten op het consultatiebureau? (0 t/m 10)

- Introductiebijeenkomst
- eerste gezamenlijke cursusmiddag met huisartsen en assistentes
- tweede gezamenlijke cursusmiddag met huisartsen en assistentes
- theoriemiddag assistentes alleen
- praktijkmiddagen assistentes alleen
- voedingsleer-(mid)dagen
- slotbijeenkomst

10. Gaf Uw afwezigheid door de cursus problemen in de praktijk ?

erg veel	nogal wat	soms	nauwelijks	geen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. Wat voor problemen waren dit meestal ?

	veel meer	meer	het-zelfde	minder	veel minder
achtergronden preventie hart/vaatziekten					
betekenis risicofactoren					
uitleg werkwijze bij onderzoek					
theorie					
bloeddrukmeting					
cholesterol					
lichamelijke activiteit					
roken					
praktijk					
bloeddrukmeting					
lengte + gewicht					
venapunctie + bloedverwerking					
administreren					
voedingsadviezen					
onderzoek en advies bijwonen					
onderzoek en advies zelf doen onder supervisie					
op C.B.					
in huisartsen praktijk					

15. Welke hieronder genoemde aspecten hebt U aan de cursus als goed/prettig en minder goed/prettig ervaren?

goed / prettig	minder goed / prettig

Inhoud:

Commentaar:

goed / prettig	minder goed / prettig

Vorm:

Commentaar:

goed / prettig	minder goed / prettig

Presentatie:

Commentaar:

16. Wat zou U in ieder geval in een volgende cursus veranderd willen zien?

17. Hoe schat U, na deze cursus, Uw eigen kennis in wat betreft:

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
theoretische achtergronden hart- en vaatziekten					
risicofactoren en riskante leefgewoonten					
voedingsleer					

18. Hoe schat U, na deze cursus, Uw eigen kunnen in wat betreft:

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
bloed prikken					
tensie meten					
administreren m.b.v. computerformulieren					
zelfstandig patiënten begeleiden					

19. Voor het opstarten van het RIFOM-huisartsenproject in de praktijk waar U werkt zijn verschillende voorbereidingswerkzaamheden noodzakelijk geweest.

In hoeverre zijn deze door U, de huisarts of gezamenlijk verricht?

	huisarts	grotendeels huisarts	deels huisarts deels assistente	grotendeels assistente	assistente
signalering van noodzaak van voorbereidingen					
organisatie van voorbereidingen					
praktische uitvoering van voorbereidingen					

20. Zou U kunnen aangeven hoeveel tijd de voorbereidingen voor het RIFOH-project U, naast het volgen van de cursus, globaal hebben gekost?

- overleg binnen de praktijk  uur
- in orde maken van administratie  uur
- in orde maken van de praktijkorganisatie t.b.v. het RIFOH-project  uur

21. Waren deze voorbereidingen voor U een zware belasting?

zeer zware belasting	matig zware belasting	geen zware belasting
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Hebt U bij bepaalde voorbereidingen voor het project organisatorische steun gemist?

zeer vaak	vaak	soms	zelden	nooit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zo ja, aan welke dingen denkt U dan?

Zo ja, van wie had U bij deze voorbereidingen meer steun verwacht?

23. In hoeverre is er naast de bijeenkomsten op het Consultatiebureau, binnen de praktijk overleg geweest over de planning en werkwijze ten aanzien van het RIFOH-project tussen de huisarts(en) en U?

vaak	af en toe	zelden	nooit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24. Is dat overleg binnen de praktijk voor Uw gevoel voldoende geweest?

ruim voldoende	voldoende	onvoldoende	zeer onvoldoende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

25. Kunt U voor elk van de hieronder genoemde items aangeven in hoeverre deze volgens U, een probleem zullen zijn bij de uitvoering van het RIFOH-project?

	dat wordt zeker een probleem	dat wordt waar-schijnlijk een probleem	geen idee	waar-schijnlijk geen probleem	dat levert geen enkel probleem op
benodigde tijd	- arts				
	- assistente				
ongestoord moeten kunnen werken					
ruimte	- grootte				
	- aard				
delegeren van taken door de huisarts aan U bijv.	- onderzoek				
	- advisering				
	- hypertensie-controles				
uitnodigen/oproepen van de mensen					
plannen van de onderzoeken/adviezen					
uitvoeren van de onderzoeken/adviezen					
bijhouden van noodzakelijke administratie					
verzending van formulieren/bloed					
gestandaardiseerd werken					
contact huisartspraktijk/ Consultatiebureau					
overleg huisarts-assistente					
andere, nl. ....					
.....					

26. In het RIFOH-huisartsen project is aan U, als assistente een omvangrijke taak toebedacht. In hoeverre acht U uzelf na deze cursus in staat deze zelfstandig uit te voeren, voor wat betreft de volgende onderdelen.

	zeer goed	goed	redelijk	matig	slecht
doelmatig plannen van de van u verwachte activiteiten					
praktische uitvoering van basis- en heronderzoek					
adviseren van hoog-risico-dragers					
uitvoeren van hypertensie-contrôles					
organiseren van praktische en administratieve activiteiten t.b.v. RIFOH binnen de praktijk					
gestandaardiseerd werken					

27. In hoeverre denkt U dat het in de praktijk waar U werkt haalbaar is geheel volgens het protocol te werken, wat betreft de volgende onderdelen ?

	helemaal	grotendeels	deels wel deels niet	grotendeels niet	helemaal niet
uitnodiging doelgroep volgens uitsluitingscriteria					
uitvoering van onderzoeken door de assistente					
adviezingen door de assistente					
het geheel ongestoord moeten kunnen werken van assistente					

28. Er ligt een voorstel van de "Vatenclub N.H.G." om de personen met hypertensie uit het RIFOH-project voor een deel door de assistente te laten controleren.

In hoeverre denkt U dat dat zal lukken in de praktijk waar U werkt?

heel goed	goed	geen idee	matig	slecht

29. Ook zijn er voorstellen om de controles van hypertensiepatiënten uit het RIFOH-project te bewaken middels een speciale RIFOH-controlekaart. Bij elke controle moet dan een concrete nieuwe afspraak worden gemaakt en bij eventueel niet nakomen van deze afspraak neemt de assistente opnieuw contact op met de patiënt.

In hoeverre acht U dit haalbaar in de praktijk waar U werkt?

helemaal	grotendeels	deels wel, deels niet	grotendeels niet	helemaal niet

30. Is de praktijk voor Uw gevoel startklaar?

helemaal	grotendeels	deels wel, deels niet	grotendeels niet	helemaal niet

Wat moet er eventueel nog gebeuren?

## VRAGENLIJSTEN NA 6 MAANDEN PREVENTIEVE ONDERZOEKEN IN DE PRAKTIJK

A VOOR HUISARTSEN	2.29
B VOOR ASSISTENTES	2.33
+ BEGELEIDENDE BRIEVEN	

Deze lijsten zullen aan de betreffende personen worden toegezonden met het verzoek om invulling en terugzending middels een bijgesloten antwoordenvolpette.





NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut  
Onderwijs vóór arts-examen  
Onderzoeksgroep  
Huisartsenopleiding G. Grootplein 17  
Tel. (080) 514411  
515249  
513315  
515300

uw referentie                      d.d.                                      onze referentie                                      Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-huisarts,

Hierbij ontvangt U de derde vragenlijst, die deel uitmaakt van het NUHI-Evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrij korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoordenveloppe is daartoe bijgevoegd.

Ten overvloede vermeld ik dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen onafhankelijk van uw assistente in. Er zijn geen "foute" of "goede" antwoorden. Probeert U desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via tel.nr. 080 - 51 63 38; bgg. 080 - 51 33 15, vragen naar Mej. L. van Gemert (secretaresse).

Met vriendelijke groeten,

Denise Schraven  
arts-onderzoeker.



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

A Vragenlijst voor huisartsen, na zes maanden uitvoering van het RIFOH-huisartsenproject in de praktijk.

Praktijkcode: 

--	--

  
 Initialen huisarts: 

--	--

1. Hoe vindt u dat de start van het RIFOH-huisartsenproject in uw praktijk is verlopen?

zeer gemakkelijk	gemakkelijk	niet zo gemakkelijk	moeizaam	zeer moeizaam

2. Bent u tevreden over de manier waarop het project op dit moment loopt in uw praktijk?

erg tevreden	tevreden	redelijk tevreden	niet zo tevreden	on- tevreden

3. Hoe oordeelt u achteraf over de getroffen voorbereidingen ten behoeve van het opstarten van het project in uw praktijk?

ruim voldoende	voldoende	matig	onvoldoende	ruim on- voldoende

4. Hoe denkt u over het functioneren van uw assistente met betrekking tot haar zelfstandige taak in het RIFOH-huisartsenproject?

kan taak heel goed aan	kan taak goed aan	kan taak door- gaans goed aan	kan taak door- gaans niet aan	kan taak niet aan

5. Hoe oordeelt u over de mate van voldoening die uw assistente, naar uw idee ervaart met betrekking tot haar werkzaamheden voor het RIFOH-project?

erg veel voldoening	aanzienlijk veel vol- doening	redelijk veel voldoening	tamelijk weinig voldoening	weinig voldoening

6. Is, naar uw mening, een doorsnede doktersassistente berekend op een taak, zoals zij die in het RIFOH-project toebedeeld zou krijgen?

zeker wel	waarschijn- lijk wel	twijfelachtig	waarschijnlijk niet	zeker niet

7. Hebt u de indruk dat de samenwerking tussen u en uw assistente(s) door deel-  
name aan het RIFOH-huisartsenproject anders is geworden?

ja, veel beter geworden	ja, beter geworden	niet anders geworden	ja, slechter geworden	ja, veel slechter geworden

8. Is er, in de loop van de eerste zes maanden van de uitvoering van het RIFOH-programma, in uw praktijk op een van de onderstaande moeilijkheden gestoten?

	in overduidelijke mate	in behoorlijke mate	in lichte mate	nee
te weinig tijd beschikbaar voor RIFOH				
onvoldoende werkruimte				
organisatie van verschillende RIFOH-taken geeft problemen				
onvoldoende kennis en vaardigheid voor RIFOH-werkzaamheden bij de assistente				
botsing RIFOH-taken en praktijktaken van assistente				
meningsverschillen tussen huisarts en assistente m.b.t. RIFOH-project				
stagnatie samenwerking met het CB				
normale gang van zaken door RIFOH hinderlijk verstoord				

9. Hoe oordeelt u over de vruchtbaarheid van de samenwerking met de medewerkers van het Consultatie Bureau?

	erg vruchtbaar	vruchtbaar	niet zo vruchtbaar	helemaal niet vruchtbaar
in de aanloopfase				
op dit moment				

10. Wat is, gezien uw ervaringen met het RIFOH-project, uw mening over het mogelijke nut van toekomstige inschakeling van Basisgezondheidsdiensten, zoals het C.B., bij de ondersteuning van preventieve programma's in de huisartspraktijk?

erg groot	groot	matig	gering	nihil

11. In welke mate bent u betrokken bij datgene wat de assistente doet in het kader van het RIFOH-project?

heel erg betrokken	redelijk betrokken	niet zo betrokken	nauwelijks betrokken	in het geheel niet betrokken

12. Op wiens schouders rust(te) de organisatie van het RIFOH-project in uw praktijk?

geheel op die van de huisarts	grotendeels op die van de huisarts	deels op die van assistente, deels op die van huisarts	grotendeels op die van assistente	geheel op die van de assistente

13. Wat zijn naar uw mening in zijn algemeenheid de ervaringen van de onderstaande betrokkenen met het RIFOH-huisartsenproject?

	erg positief	positief	deels positief, deels negatief	negatief	erg negatief
patiënten					
huisarts(en)					
assistente(s)					

14. Hoe is de inschakeling van de assistente, zoals in het RIFOH-project - met een ruimer (patiëntengericht) takenpakket - u bevalen?

heel goed	goed	deels goed, deels slecht	niet zo goed	slecht

15. Hoe denkt u, na uw ervaringen met het RIFOH-project, over preventie in de huisartspraktijk en de mogelijkheden daarvan in de toekomst?

veel positiever	positiever	iets positiever	hetzelfde	negatiever

16. Hoe vindt u dat in uw praktijk het RIFOH-huisartsenproject in de verschillende fasen is verlopen?

	prima	goed	redelijk goed	niet zo goed	slecht
fase van voorbereidingen					
fase van eerste basisonderzoeken					
fase daarna					

17. Welke aspecten zijn, uws inziens, belangrijk bij het slagen van preventieve programma's in de huisartsenpraktijk met inschakeling van de assistente?

	heel belangrijk	belangrijk	tamelijk belangrijk	niet zo belangrijk	onbelangrijk
praktische en theoretische voorbereiding assistente					
bereidheid om de bestaande praktijkorganisatie aan te passen					
bijeenkomsten met andere assistentes die hetzelfde doen					
goede financiële voorwaarden					
begeleiding van assistente van buiten de praktijk					
coördinatie door huisartsenorganisaties					

18. Kunt u hieronder in het kort uw ervaringen met het RIFOH-huisartsenproject weergeven, waarbij de meest prettige en de meest onprettige kanten belicht worden?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut  
Onderwijs vóór arts-examen  
Onderzoeksgroep  
Huisartsenopleiding G. Grootplein 17  
Tel. (080) 514411  
515249  
513315  
515300

uw referentie                      d.d.                                      onze referentie                                      Nijmegen, datum

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-assistente,

Hierbij ontvangt U de derde vragenlijst, die deel uitmaakt van het NUHI-Evaluatieonderzoek. Ik verzoek U deze met zorg in te vullen en op vrij korte termijn terug te sturen naar Nijmegen. Een antwoordenvolpette is daartoe bijgevoegd.

Ten overvloede vermeld ik, dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Vult U de vragen in, onafhankelijk van de huisarts waarbij U werkt. Er zijn geen "foute" of "goede" antwoorden. Probeert U, desgevraagd, zo nauwkeurig mogelijke schattingen te geven.

Indien U vragen hebt wil ik die graag beantwoorden. Ik ben bereikbaar via tel.nr. 080 - 51 63 38; bgg. 080 - 51 33 15, vragen naar Mej. L. van Gemert (secretaresse).

Met vriendelijke groeten,

Denise Schraven,  
arts-onderzoeker.



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

B Vragenlijst voor assistentes, na 6 maanden uitvoering van het RIFOH-huisartsenproject in de praktijk.

Praktijkcode: 

--	--

  
 Initialen assistente: 

--	--

1. Hoe oordeelt u achteraf over de afstemming van de inhoud van de voorbereidingscursus gegeven op het C.B., op de vereisten die de uitvoering van het RIFOH-project in de praktijk stelt?

heel goed afgestemd	goed afgestemd	matig afgestemd	niet goed afgestemd	helemaal niet goed afgestemd

2. Wat vindt u van de werkbaarheid van het RIFOH-huisartsenprotocol?

heel goed	goed	redelijk	matig	slecht

3. In hoeverre kunt u terugvallen op het RIFOH-huisartsenprotocol, in geval u iets niet duidelijk is betreffende de uitvoering?

heel goed	goed	redelijk	matig	slecht

4. Hoe is de start van het project in de praktijk, waar u werkt, verlopen?

zeer gemakkelijk	gemakkelijk	niet zo gemakkelijk	moeizaam	zeer moeizaam

5. Hoe oordeelt u achteraf over de getroffen voorbereidingen ten behoeve van het opstarten van het project in de praktijk waar u werkt?

ruim voldoende	voldoende	matig	onvoldoende	ruim onvoldoende

6. In welke mate moet u beroep doen op anderen voor de uitvoering van het onderzoek?

	heel vaak	vaak	niet zo vaak	zelden	nooit
huisarts					
personeel Consultatie Bureau					

Kunt u de door u aangekruiste categorie konkretiseren in aantal keren per week

huisarts : ..... keer per week.  
personeel Consultatie Bureau : ..... keer per week.

7. Vindt u de zelfstandige taak die u hebt in het RIFOH-project plezierig?

heel plezierig	plezierig	niet plezierig, niet onplezierig	niet zo plezierig	helemaal niet plezierig

8. Hoe oordeelt u over de verantwoording die u hebt voor de gang van zaken binnen het RIFOH-project?

te zwaar	zwaar	niet zo zwaar	helemaal niet zwaar

9. Is er, in de loop van de eerste zes maanden van de uitvoering van het RIFOH-programma, in de praktijk waar u werkt op een van de hieronderstaande problemen gestoten?

	in overduidelijke mate	in behoorlijke mate	in lichte mate	nee
te weinig tijd beschikbaar voor RIFOH				
onvoldoende werkruimte				
organisatie van verschillende RIFOH-taken geeft problemen				
onvoldoende kennis en vaardigheid voor RIFOH-werkzaamheden				
toetsing RIFOH-taken en praktijktaken van assistente				
meningsverschillen tussen huisarts en assistente m.b.t. RIFOH-project				
stagnatie samenwerking met het C.S.				

10. Hoe oordeelt u over de vruchtbaarheid van de samenwerking met de medewerkers van het Consultatie Bureau?

	erg vruchtbaar	vruchtbaar	niet zo vruchtbaar	helemaal niet vruchtbaar
in de aanloopfase				
op dit moment				

11. In welke mate is (zijn) de huisarts(en) waarbij u werkt betrokken bij datgene wat u doet in het kader van het RIFOH-project?

erg betrokken	redelijk betrokken	niet zo betrokken	nauwelijks betrokken	in het geheel niet betrokken

12. Op wiens schouders rust(te) de organisatie van het RIFOH-project in de praktijk waar u werkt?

geheel op die van huisarts	grotendeels op die van huisarts	deels op die van assistente, deels op die van huisarts	grotendeels op die van assistente	geheel op die van assistente

13. Hebt u de indruk dat de samenwerking tussen u en de huisarts(en) door deelname aan het RIFOH-huisartsenproject anders is geworden?

ja, veel beter geworden	ja, beter geworden	niet veranderd	ja, slechter geworden	ja, veel slechter geworden

14. Wat zijn naar uw mening in zijn algemeenheid de ervaringen van de onderstaande betrokkenen met het RIFOH-huisartsenproject?

	positief	overwegend positief	deels positief, deels negatief	overwegend negatief	negatief
patiënten					
huisarts(en)					
assistente(s)					

15. Hoe vindt u dat in de praktijk, waar u werkt, het RIFOH-huisartsen-  
 project in de verschillende fasen is verlopen?

	prima	goed	redelijk goed	niet zo goed	slecht
fase van voor- bereidingen					
fase van eerste basisonderzoeken					
fase daarna					

16. Kunt u hieronder in het kort uw ervaringen met het RIFOH-huisartsenproject  
 weergeven, waarbij de meest prettige en de meest onprettige kanten belicht  
 worden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



VRAGENLIJSTEN NA 1½ TOT 2 JAAR PREVENTIEVE ONDERZOEKEN IN DE  
PRAKTIJK

A VOOR HUISARTSEN	2.38
B VOOR ASSISTENTES	2.43
+ BEGELEIDENDE BRIEVEN	



NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Aan alle RIFOH-huisartsen

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut Tel. (080) 514411  
Onderwijs vóór arts-examen 515249  
Onderzoeksgroep 513315  
Huisartsenopleiding G. Grooteplein 17 515300

uw referentie

d.d.

onze referentie

Nijmegen, datum

85.R.DS/1vg

6 maart 1985

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-huisarts,

Bij deze treft U de laatste van de 4 vragenlijsten voor RIFOH huisartsen aan, die in het kader van het NUHI-Evaluatieonderzoek zijn ontwikkeld. Gezien het belang van de door U verstrekte gegevens voor de toekomst van het RIFOH-huisartsenproject, verzoek ik U vriendelijk de vragenlijst met zorg in te vullen. De verstrekte gegevens zullen met de grootst mogelijke zorg en vertrouwelijkheid worden verwerkt. Wij verzoeken U de vragenlijst zo spoedig mogelijk ingevuld retour te zenden, in ieder geval vóór 22 maart a.s. Een antwoordenveloppe is bijgevoegd. In het geval het RIFOH-huisartsenproject in Uw praktijk vroegtijdig is beëindigd, zouden wij het toch op prijs stellen de vragen, voor zover van toepassing, zo goed mogelijk in te vullen.

Wij vertrouwen op Uw medewerking en zeggen U hiervoor bij voorbaat dank,

Werkgroep  
NUHI-Evaluatieonderzoek

Denise Schraven.

A. VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN

Praktijkcode	
Initialen	

1. Na ongeveer twee van de drie jaren, dat het RIFOH-project duurt, is in Uw praktijk ... procent van de doelpopulatie onderzocht. Is dit percentage in overeenstemming met Uw verwachtingen aan het begin van het project?

nee, het overtreft deze ruim	nee, het overtreft deze iets	ja, ongeveer	nee, het valt wat tegen	nee, het valt erg tegen

2. Welk percentage van de doelpopulatie denkt U na 3 jaar onderzocht te hebben?

+ .... procent.

3. Bent U van plan, nadat het RIFOH-project in Uw praktijk is geëindigd, een eventuele rest van de doelpopulatie alsnog te onderzoeken?

zeker wel	waarschijnlijk wel	nog te bezien	waarschijnlijk niet	zeker niet

4. Bent U van plan ook in de toekomst (een bepaalde groep) patiënten systematisch te onderzoeken op risicofactoren voor hart- en vaatziekten?

--	--	--	--	--

- ja, projectgewijs bv. elke 5 jaar de 35-40 jarigen
- ja, continue, geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden
- ik weet het niet
- nee, ik acht het niet zo zinnig
- nee, het is economisch niet haalbaar
- nee, een goede organisatie ontbreekt
- anders, nl. ....

5. Hoe wordt het RIFOH-project in Uw praktijk uitgevoerd?

--	--	--	--

- geheel geïntegreerd in het totale praktijkgebeuren
- project is min of meer ingebed in het totale praktijkgebeuren
- project staat min of meer los van het normale praktijkgebeuren
- project gaat geheel buiten het normale praktijkgebeuren om.

6. Hoe oordeelt U over de methode van "case-finding" als benaderingswijze van de 'patiënt' voor systematische preventieve werkzaamheden?

zeer geschikt	geschikt	niet geschikt niet ongeschikt	niet erg geschikt	ongeschikt

7. Wat vindt U van de animo van patiënten om aan het onderzoek deel te nemen?

overweldigend	zeer groot	groot	redelijk	matig

8. Uw werklust is door deelname aan het RIFOH-huisartsenproject waarschijnlijk toegenomen. Kunt U aangeven, waarin de extra tijd voornamelijk is gaan zitten? (Naar onderdeel, het percentage van de totale extra bestede tijd.)

- coaching/begeleiding assistente ..... %
- notitie nemen van uitslagen van basisonderzoek ..... %
- adviserend/interventie t.a.v. personen uit groep IV (hoogrisico) ..... %
- extra spreekuurcontacten als gevolg van de behoefte bij 'patiënten' om de uitslag van het onderzoek met de huisarts te bespreken. .... %
- samenkomsten, verband houdend met het project. .... %

Totaal 100 %

9. Hoe komen personen uit groep IV op het spreekuur van de huisarts terecht?

- huisarts selecteert deze zelf op basis van de onderzoeksuitslagen die hij ziet
- assistente stuurt door op eigen inzicht
- assistente selecteert aan de hand van gemaakte afspraken (Inhoud afspraken .....
- anders, nl. ....

10. Zijn er speciale maatregelen in de praktijk getroffen om eventueel noodzakelijke begeleiding van de opgespoorde hoogrisicodragers over langere tijd, te garanderen?

- nee, het gevoerde beleid in de praktijk is voldoende
- nee, er zijn wel plannen, maar er is nog niets concreets gebeurd
- ja, er wordt geprobeert d.m.v. goede registratie de patiënt 'in het oog' te houden.

Zo ja, hoe heeft dit gestalte gekregen? .....

11. U hebt inmiddels ruim anderhalf jaar ervaring opgedaan met het RIFOH-huisartsenproject. Zoudt U, met de kennis die U nu hebt, het project in Uw praktijk weer op dezelfde wijze opzetten of juist anders? Kunt U het antwoord kort toelichten?

12. Hoe oordeelt U over de ondersteunende functie van de gezondheidsdienst (i.c. het C.B. of de GGD) in het RIFOH-huisartsenproject ten aanzien van de volgende deeltaken?

	zeer zinvol	zinvol	geen mening	niet zo zinvol	zinloos
Begeleiding/controle onderzoeksadministratie					
Verzending/controle bloedmonsters					
Vorbereidingscursus assistente					
Tussentijdse nascholing assistente					
Toelevering materialen					
Vraagbaakfunctie voor de assistente					
Met elkaar in contact brengen van meerdere praktijken					

13. Welke (belangrijke) effecten heeft naar Uw mening het RIFOH-project in Uw praktijk gehad?

- In positieve zin 1 ...
- 2 .....
- 3 .....
- In negatieve zin 1 ...
- 2 .....
- 3 .....

14. Heeft het project aan Uw verwachtingen voldaan?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	grotendeels wel
<input type="checkbox"/>	nee

Welke verwachtingen zijn niet bewaarheid? .....

15. Hoe denkt U, na Uw ervaringen met het RIFOH-project, over preventie in de huisartspraktijk en de mogelijkheden daarvan in de toekomst?

veel positiever	positiever	hetzelfde	negatiever	veel negatiever
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wat denkt U van de volgende uitspraken?

	helemaal mee eens	mee eens	niet eens niet oneens	mee oneens	helemaal mee oneens
a. Mijn indruk is dat de angst voor hart- en vaatziekten bij patiënten onder invloed van het RIFOH-project toeneemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De assistente werkt te zelfstandig waardoor ik te weinig controle heb over de gang van zaken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Veel patiënten die hypertensie blijken te hebben zou ik bij mijn normale praktijkvoering nooit ontdekken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik zou in de toekomst niet meer meedoen aan een onderzoek als het RIFOH-project.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Door het RIFOH-project ben ik positiever gaan denken over het delegeren van taken aan de doktersassistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

a. Informatie over project vooraf

<input type="checkbox"/>	was zo goed
<input type="checkbox"/>	concreter beeld geven van project bv. met videoband/boekjes enz.
<input type="checkbox"/>	individuele voorlichting geven over consequenties voor de praktijkvoering
<input type="checkbox"/>	verbeteren door toekomstige deelnemers te laten leren van ex-deelnemers door onderlinge besprekingen
<input type="checkbox"/>	andere suggestie

b. Wijze van uitvoering

<input type="checkbox"/>	is zo goed
<input type="checkbox"/>	uitvoering door de huisarts zelf
<input type="checkbox"/>	geen ondersteuning vanuit de basisgezondheidszorg
<input type="checkbox"/>	uitvoering met behulp van mobiele teams
<input type="checkbox"/>	project over langere periode uitsmeren
<input type="checkbox"/>	financiering veranderen. Hoe? .....
<input type="checkbox"/>	andere suggestie .....

c. Inhoud

<input type="checkbox"/>	is zo goed
<input type="checkbox"/>	uitbreiden met andere items op preventief gebied
<input type="checkbox"/>	afslanken. Wat zou U willen weglaten? .....
<input type="checkbox"/>	vereenvoudigen
<input type="checkbox"/>	alleen notatie op patiëntenkaart
<input type="checkbox"/>	combineren met automatisering van praktijkadministratie
<input type="checkbox"/>	andere suggestie .....

d. Administratie onderzoeksgegevens

<input type="checkbox"/>	vereenvoudigen
<input type="checkbox"/>	alleen notatie op patiëntenkaart
<input type="checkbox"/>	combineren met automatisering van praktijkadministratie
<input type="checkbox"/>	andere suggestie .....

e. Scholing assistente

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

centraliseren: grotere groep

korter maken

periodieke bijscholing structureren

in beginfase coaching in eigen praktijk

assistentie meteen opleiden voor follow-up c.q. begeleiding risicopatiënten

<input type="checkbox"/>
--------------------------

deskundige op gebied huisartspraktijkvoering erbij betrekken

<input type="checkbox"/>
--------------------------

andere suggestie .....

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP ENIGE FINANCIËLE ASPECTEN VAN HET PROJECT. NAAR DE MENING VAN DE ONDERZOEKERS HEBBEN DEZE OOK INVLOED OP DE UITVOERING VAN HET PROJECT IN DE VERSCHILLENDE PRAKTIJKEN. TEN-ENDE HIER ZICHT OP TE KRIJGEN VERZOEKEN WIJ U VRIENDELIJK DE GEVRAAGDE GEGEVENS TE VERSTREKKEN. INDIEN DE ECHTGENOTE(S) VAN (een van) DE HUISARTS(en) HET PROJECT UITVOERT, VULT U DAN ALLEEN VRAAG 22 IN.

18. Is Uw assistente, teneinde de uitvoering van het RIFOH-project mogelijk te maken, langer gaan werken?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee

19. Is zij er door de uitvoering van het project, financieel op vooruit gegaan?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee; U BENT KLAAR, DANK U VOOR DE MOEITE.

20. Zo ja, op welke wijze

<input type="checkbox"/>	meer arbeidsuren via (tijdelijke) uitbreiding contract
<input type="checkbox"/>	meer arbeidsuren, uitbetaald via vergoeding per basisonderzoek
<input type="checkbox"/>	normale werktijd, premie per basisonderzoek
<input type="checkbox"/>	anders nl. ....

21. Hoeveel uur is de assistente langer gaan werken?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1-2 uur

3-4 uur

5-6 uur

niet van toepassing.

22. Welk bedrag ontvangt zij per basisonderzoek?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

f 5,=

f 10,=

f 15,=

anders nl. ....

niet van toepassing.



NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT  
Sint Annastraat 284 - Postbus 9101 - 6500 HB Nijmegen

Aan alle RIFOH-assistentes

Hoofd: Prof. Dr. F.J.A. Huygen  
Instituut Tel. (080) 514411  
Onderwijs vóór arts-examen 515249  
Onderzoeksgroep 513315  
Huisartsenopleiding G. Grooteplein 17 515300

uw referentie d.d.

onze referentie  
85.R.DS/1vg

Nijmegen, datum  
6 maart 1985

onderwerp/betreft

Geachte RIFOH-assistentes,

Bij deze treft U de laatste van de 4 vragenlijsten voor RIFOH-assistentes aan, die in het kader van het NUHI-Evaluatieonderzoek zijn ontwikkeld. Gezien het belang van de door U verstrekte gegevens voor de toekomst van het RIFOH-huisartsenproject, verzoek ik U vriendelijk de vragenlijst met zorg in te vullen. De verstrekte gegevens zullen met de grootst mogelijke zorg en vertrouwelijkheid worden verwerkt. Wij verzoeken U de vragenlijst zo spoedig mogelijk ingevuld retour te zenden, in ieder geval vóór 22 maart a.s. Een antwoordenvolp is bijgevoegd. In het geval het RIFOH-huisartsenproject in Uw praktijk vroegtijdig is beëindigd, zouden wij het toch op prijs stellen de vragen, voor zover van toepassing, zo goed mogelijk in te vullen.

Wij vertrouwen op Uw medewerking en zeggen U hiervoor bij voorbaat dank,

Werggroep  
NUHI-Evaluatieonderzoek

  
Denise Schraven.



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

B VRAGENLIJST VOOR ASSISTENTES

Praktijkcode		
Initialen		

1. Welk patiëntcontact en onderdeel van het RIFOH-project gaf U doorgaans het meeste voldoening?

basisonderzoek	
advies hoortrisicodragers	
heronderzoek	

2. Heeft het project aan Uw verwachtingen voldaan?

ja	
grotendeels wel	
nee	

Welke verwachtingen zijn niet bewaarheid? .....

3. Hoe denkt U, na Uw ervaringen met het RIFOH-project, over preventie in de huisartspraktijk en de mogelijkheden daarvan in de toekomst?

veel positiever	positiever	hetzelfde	negatiever	veel negatiever

4. Bent U tevreden over de in de praktijk waar U werkt gekozen wijze van uitvoering (tussendoor; aparte middag) van het RIFOH-project?

zeer tevreden	tevreden	niet tevreden niet ontevreden	ontevreden	zeer ontevreden

Als U niet (helemaal) tevreden bent, kunt U dan aangeven hoe het u. i. (mogelijk) beter had gekund? .....

5. Denkt U dat het RIFOH-project ten koste gaat van andere werkzaamheden in de praktijk, of heeft het daar juist misschien een positieve invloed op?


- gaat in hoge mate ten koste van andere werkzaamheden
- gaat ten koste van andere werkzaamheden
- geen speciale invloed merkbaar
- heeft enige positieve uitwerking op andere werkzaamheden
- heeft duidelijk positieve uitwerking op andere werkzaamheden.

Kunt U uw antwoord kort toelichten? .....

6. De taak van de praktijkassistente in het RIFOH-project vereist vergaand zelfstandig werken. Heeft dit invloed gehad op uw opstelling ten aanzien van andere werkzaamheden?

nee	
nauwelijks	
ja, ik probeer ook andere dingen naar me toe te trekken	
ja, ik doe veel meer dingen (zelf) dan vroeger.	

Zo ja, aan welke werkzaamheden denkt U dan? .....



9. Hoe komen personen uit groep IV op het spreekuur van de huisarts terecht? huisarts selecteert deze zelf op basis van de onderzoeksuitslagen die hij ziet

<input type="checkbox"/>	assistente stuurt ze door op eigen inzicht
<input type="checkbox"/>	assistente selecteert aan de hand van gemaakte afspraken (Inhoud afspraken .....
<input type="checkbox"/>	.....)
<input type="checkbox"/>	anders nl. ....
<input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/>	.....

10. Zijn er speciale maatregelen in de praktijk getroffen om eventuele noodzakelijke begeleiding van de opgespoorde hoogrisicodragers over langere tijd, te garanderen?

<input type="checkbox"/>	nee, het gevoerde beleid in de praktijk is voldoende
<input type="checkbox"/>	nee, er zijn wel plannen, maar er is nog niets concreets gebeurd
<input type="checkbox"/>	ja, er wordt geprobeerd d.m.v. goede registratie de patiënt "in het oog" te houden.

Zo ja, hoe heeft dit gestalte gekregen?

7. Hoe oordeelt U over de ondersteunende functie van de basisgezondheidsdienst (i.c. het C.B. of GGD) in het RIFOH-huisartsenproject ten aanzien van de volgende deeltaken?

	zeer zinvol	zinvol	geen mening	niet zo zinvol	zinloos
Begeleiding/controler onderzoeksadministratie					
Verzending/controler bloedmonsters					
Vorbereidingscursus assistente					
Tussentijdse nascholing assistente					
Toelevering materialen					
Vraagbaakfunctie voor de assistente					
Met elkaar in contact brengen van meerdere praktijken					

8. Welke (belangrijke) effecten heeft naar Uw mening het RIFOH-project in de praktijk waar U werkt?

In positieve zin 1 ...  
 2 .....  
 3 .....

In negatieve zin 1 ...  
 2 .....  
 3 .....

11. Hoe denkt U over de volgende uitspraken?

	helemaal mee eens	mee eens	niet eens niet oneens	oneens	helemaal oneens
1. Het was moeilijk patiënten te motiveren om aan het onderzoek deel te nemen.					
2. Ik vond de medewerking van patiënten met verhoogd risico teleurstellend.					
3. Ik had de indruk dat de patiënten meer vertrouwen hadden in de begeleiding van de huisarts dan in de mijne.					

Vervolg vraag 11.

helemaal mee eens	me e eens	niet eens niet oneens	oneens	helemaal oneens

4. Mijn huisarts laat nu veel meer aan mij over dan voor het RIFOH-project
5. Met de C.B.-training kan elke assistente een screeningsprogramma als het RIFOH-project uitvoeren.
6. Mijn indruk is, dat door het onderzoek de patiënten banger zijn geworden dat ze het aan het hart hebben.
7. De verantwoording die ik had voor de gang van zaken binnen het RIFOH-project was te groot voor mij.
8. Ik heb de indruk dat de patiënten het prettig vonden, dat ze door mij werden onderzocht en geadviseerd en niet door de huisarts.
9. Mijn huisarts heeft me te veel aan mijn lot overgelaten.
10. Ik kon de hele gang van zaken in het RIFOH-project goed aan.
11. Ik vond het RIFOH-project zoals het opgezet was, moeilijk uit te voeren.
12. De patiënten vertelden mij nogal eens dingen die ze niet aan de huisarts durfden zeggen.
13. Ik had de indruk, dat het RIFOH-project helemaal los van de normale praktijk stond.
14. Ik heb vaak met mijn handen in het haar gezeten, omdat ik de uitvoering van het RIFOH-programma niet aankon.

Vervolg vraag 11

helemaal mee eens	me e eens	niet eens niet oneens	oneens	helemaal oneens

15. Ik heb mijn werk binnen het RIFOH geheel zelfstandig kunnen uitvoeren.
16. Ik had de indruk, dat de patiënten niet begrepen waarom zij bepaalde adviezen kregen.
17. De huisarts doet heel vaak dingen die de assistente net zo goed zou kunnen doen.
18. De uitvoering van het RIFOH-project vormde een ernstige inbreuk op het normale praktijkgeden.
19. Ik zou graag ook ná het 3e jaar met het RIFOH-project doorgaan.
20. Als ik de hele organisatie niet had bewaakt zou het onderzoek de mist in zijn gegaan.
21. Door het RIFOH-programma hebben de patiënten meer verantwoordelijkheidsgevoel gekregen voor hun eigen gezondheid.
22. Ik vind het eigenlijk niet verantwoord om de begeleiding van patiënten met verhoogd risico aan de assistente over te laten.
23. Omdat ik zo zelfstandig kon werken binnen het RIFOH-project heb ik met veel plezier gewerkt.
24. De cursus bij de start van het onderzoek was onvoldoende om het programma uit te kunnen voeren.
25. De samenwerking tussen mij en de huisarts in het RIFOH-project was erg goed.

Vervolg vraag 11

helemaal mee eens	mee eens	niet eens niet oneens	oneens	helemaal oneens

- 26. De aanwezigheid van de partner vormde voor de patiënten een stimulans om zich aan de gegeven adviezen te houden.
- 27. Ik vond het prettig resultaten te zien van mijn advisering.
- 28. Ik vond het wat intensievere contact met de patiënten prettig.
- 29. Ik werd vaak door de huisarts gecontroleerd of ik het werk goed deed.
- 30. Mijn werk binnen het RIFOH-project had tot gevolg, dat andere werkzaamheden in het gedrang kwamen.
- 31. Ik vond het erg moeilijk om patiënten met verhoogd risico te motiveren om zich aan de gegeven adviezen te houden.
- 32. Ik ben blij als het RIFOH-project na 3 jaar afgelopen is.

DE VOLGENDE VRAGEN HEBBEN BETREKKING OP ENIGE FINANCIËLE ASPECTEN VAN HET PROJECT. NAAR DE MENING VAN DE ONDERZOEKERS HEBBEN DEZE OOK INVLOED OP DE UITVOERING VAN HET PROJECT IN DE VERSCHILLENDE PRAKTIJKEN. TENEINDE HIER ENIG ZICHT OP TE KRIJGEN VERZOEKEN WIJ U VRIENDELIJK DE GEVRAAGDE GEGEVENS TE VERSTREKKEN.

12. Bent U, teneinde de uitvoering van het RIFOH-project mogelijk te maken, langer gaan werken?

ja

nee

13. Bent U door de uitvoering van het RIFOH-project in de praktijk waar U werkt er financieel op vooruit gegaan?

ja

nee

ALS U NEE HEBT INGEVULD BENT U KLAAR, HARTELIJK DANK VOOR DE MOEITE.

14. Zo ja, op welke wijze?

méér arbeidsuren via (tijdelijke) uitbreiding arbeidscontract

méér arbeidsuren, uitbetaald via vergoeding per basisonderzoek

normale werktijd, premie per basisonderzoek

anders nl. ....

15. Hoeveel uur per week bent U meer gaan werken?

1 - 2

3 - 4

5 - 6

niet van toepassing.

16. Welk bedrag krijgt U per basisonderzoek?

f 5,=

f 10,=

f 15,=

anders nl. ....

niet van toepassing.

17. Hoe oordeelt U over de regeling voor het bijwonen van regionale nascholingsbijeenkomsten en landelijke bijeenkomsten, die in het kader van het RIF0H-project worden georganiseerd, in de praktijk waar U werkt?

	heel goed	goed	redelijk	matig	slecht
t.a.v. reiskosten					
t.a.v. afwezigheid uit de praktijk					

## BIJLAGE 3

Logboek

- specimen (unit van 2 pagina's) 3.2  
gepresenteerde block bestaat uit 50 units
- richtlijnen voor wijze van gebruik en invulling 3.4

Verstrekt aan huisartsen en assistentes vóór de start van het project.

- schema van controle op invulling en wijze van 3.6  
gegevensverwerking door NUHI
- formulier bestemd voor verdere bewerking 3.7  
= verzamelstaat

Per 1-6-'84 is het logboek vereenvoudigd.

- specimen ( 1 pagina) 3.8
- richtlijnen voor wijze van gebruik en invulling 3.9
- formulier bestemd voor verdere bewerking 3.10  
= verzamelstaat

Per 1985 zijn de gegevens niet meer per week, maar per maand verzameld.

- specimen 3.11



<p>BLOEDVERWERKING + ADMINISTRATIE incl. oproepen en afspraken maken.</p>	<p>MANIER WAAROP <i>cluster/tussendoor/gedeeltelijk vooraf/achteraf</i> PROBLEMEN:  Tijdsduur . . . min.</p>
<p>OVERLEG met Consultatiebureau</p>	<p>Contact tussen . . . . . en . . . . . over <input type="checkbox"/> verzending formulieren <input type="checkbox"/> verzending bloed <input type="checkbox"/> advies <input type="checkbox"/> . . . . . Tijdsduur . . . min. naar tevredenheid: <i>ja/nee</i></p>
<p>OVERLEG met huisarts</p>	<p>over <input type="checkbox"/> project-planning <input type="checkbox"/> problemen bij onderzoek <input type="checkbox"/> problemen bij advisering <input type="checkbox"/> beslissing over langduriger controle <input type="checkbox"/> botsing RIFOH-taken en praktijk-taken <input type="checkbox"/> taakverdeling huisarts-assistente <input type="checkbox"/> aanpak hypertensie patiënten <input type="checkbox"/> . . . . . <input type="checkbox"/> . . . . . Tijdsduur . . . min. voldoende: <i>ja/nee</i></p>
<p>INPASBAARHEID RIFOH-programma vandaag te kampen gehad met:</p>	<p><i>goed/redelijk/matig/slecht</i>  <input type="checkbox"/> grote drukte in de praktijk <input type="checkbox"/> telefoon onbemand <input type="checkbox"/> ziekte ander personeel <input type="checkbox"/> coöperatie RIFOH-personen slecht <input type="checkbox"/> RIFOH-programma te vol gepland <input type="checkbox"/> praktische problemen bij uitvoer RIFOH programma <input type="checkbox"/> . . . . . <input type="checkbox"/> . . . . .</p>
<p>VOLDOENING bij uitvoer RIFOH:</p>	<p><i>veel/rede lijk/matig/weinig</i></p>

### HET LOGBOEK

Het logboek bestaat uit een verzameling van dagstaten. Eén dagstaat bestaat uit 2 opeenvolgende pagina's.

Het logboek komt voor de dag op het moment dat de assistentie een onderdeel van het RIFOH-project gaat uitvoeren, dit kan zijn een onderzoek (of meer) of een advisering (of meerdere), eventueel ook alleen overleg of administratie.

Vóór de uitvoering van de werkzaamheden noteert zij in het logboek, welke personen er die dag op het programma staan voor basisonderzoek, heronderzoek of advisering.

Tussen de onderzoeken door vult zij enkele gevraagde gegevens in:

- RIFOH-vervolgnummer
- of onderzoekspersoon mogelijk niet verschenen is
- wie het onderzoek heeft uitgevoerd; huisarts, assistente (zoals gepland) of de assistente met hulp van de huisarts
- waarom de huisarts eventueel het onderzoek heeft gedaan of erbij geholpen heeft
- hoe lang het onderzoek heeft geduurd. Begin- en eindtijd van elk onderzoek worden genoteerd. Onder het onderzoek wordt verstaan, dat gedeelte waarbij men met de patiënt/cliënt bezig is
- of er aan het eind van het onderzoek een rookadvies is gegeven

Naast de tijd die de assistente besteedt aan het onderzoek met de te onderzoeken persoon zal zij ook nog tijd nodig hebben om het bloed te verwerken en de administratie af te werken. Op welke manier dit wordt aangepakt wordt genoteerd. De hiervoor benodigde tijd schat zij aan het eind van de werkzaamheden zo nauwkeurig mogelijk en noteert dit eveneens in het logboek. Eventuele problemen die bij deze werkzaamheden optreden legt zij eveneens vast. Zie hiervoor pagina 2.

N.B.: de voor het evaluatieonderzoek benodigde administratie (i.e. logboek en alfabetische lijst van de doelpopulatie) staat helemaal apart en wordt nooit in de tijdsregistratie opgenomen!



Aangaande de adviezen die aan de personen uit de risicogroep IV mondeling worden gegeven, worden ook enkele aanvullende gegevens genoteerd:

- of het eerste advies is of een vervolgadvis
- of de te adviseren persoon mogelijk niet is komen opdagen
- t.a.v. welke risicofactoren werd geadviseerd
- door wie het advies is gegeven
- waarom de huisarts eventueel dit zelf heeft gedaan
- hoeveel tijd het advies in beslag nam
- of de partner aanwezig was
- of de assistente een eigen controlekaart van geadviseerde persoon heeft aangelegd (hierover later uitgebreide informatie)

Naast de verslaggeving van deze praktische onderdelen van het RIFOH-project is er in het logboek ruimte gereserveerd voor belangrijke aanvullende informatie die de assistente kan verstrekken. Zie pagina 2.

Er wordt verslag gedaan van de contacten die de huisartspraktijk met het consultatiebureau heeft gehad waarbij bijv. wordt vermeld:

- wie uit de praktijk met wie van het CB-personeel contact heeft gehad
- waarover het handelde. Dit door een of meer voorgedrukte mogelijkheden aan te kruisen. Voor niet vermelde mogelijkheden is ruimte opengelaten
- of het contact naar tevredenheid werd afgerond
- tijdsduur

Ook enige notities over het RIFOH-overleg binnen de praktijk worden hier vastgelegd:

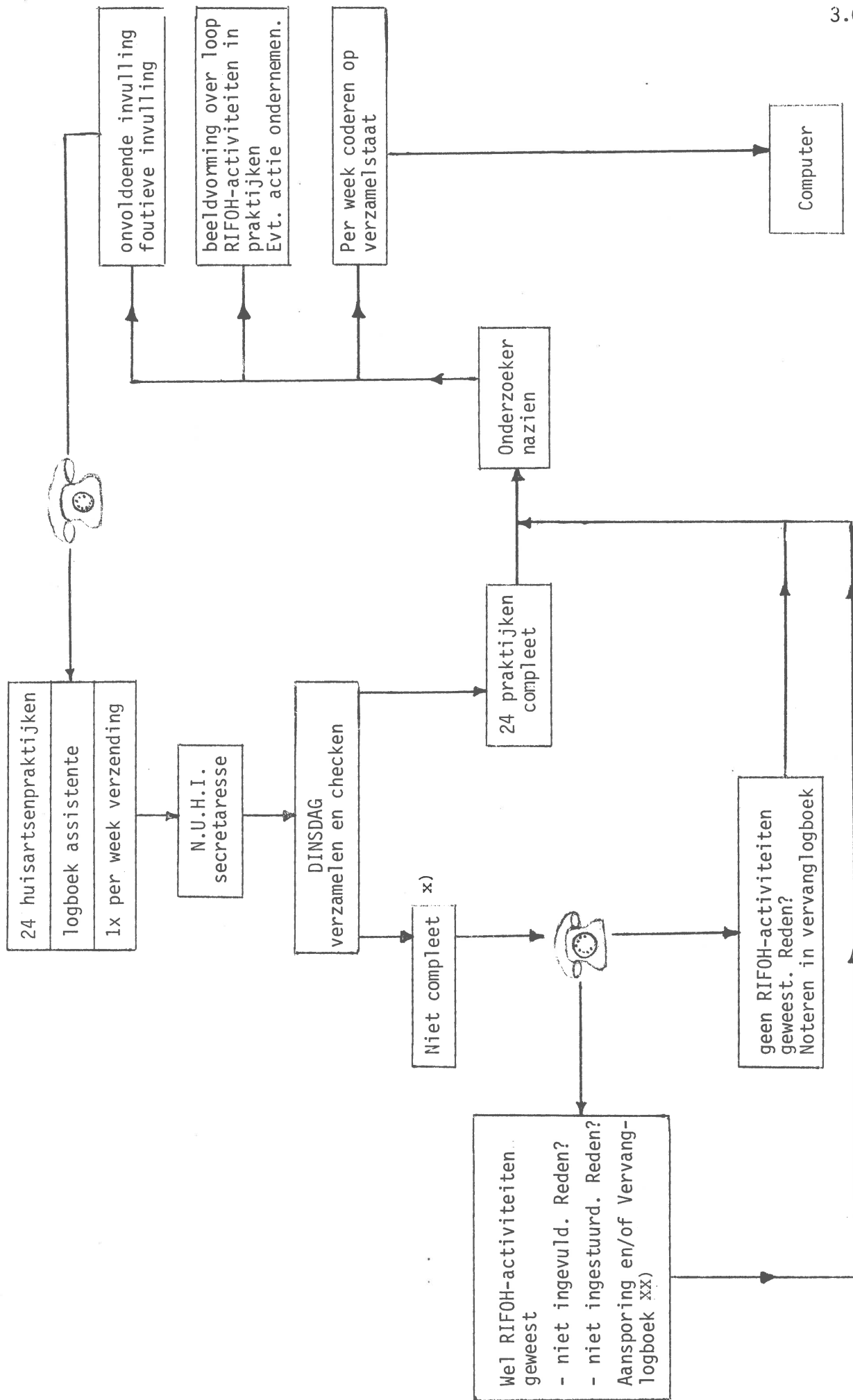
- inhoud van overleg. Voorgedrukte mogelijkheden kunnen worden aangekruist
- tijdsduur (geschat in minuten)
- of het overleg als voldoende ervaren is

Eveneens wordt genoteerd hoe het RIFOH-programma die dag inpasbaar was in het hele praktijkgebeuren. Enkele mogelijkheden die de inpasbaarheid negatief beïnvloeden kunnen zonodig worden aangekruist.

Als laatste vult de assistente in, in hoeverre zij bij de uitvoer van het RIFOH-werk voldoening heeft ervaren.

N.B.: Per dag dat de assistente werkzaamheden verricht met betrekking tot het RIFOH-project maakt zij gebruik van een (nieuwe) dagstaat uit het logboek.

De logboekformulieren worden per week naar Nijmegen verzonden.

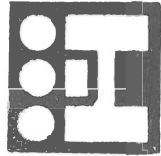


x) niet van alle praktijken logboeken ontvangen  
 xx) vervanglogboek: secretaresse doet verslag van het tel. contact met praktijk

					WEEK
					aantal dagen
					basisonderzoek
					heronderzoek
					niet verschenen
					assistente
					huisarts
					assistente + huisarts
					reden huisarts
					TIJD
					rookadvies
					ADVIES basisonderzoek
					ADVIES heronderzoek
					niet verschenen
					assistente
					huisarts
					reden huisarts
					cholesterol
					roken
					bloeddruk
					gewicht
					TIJD
					partner
					controlekaart
					I frequentie
					manier
					TIJD
					problemen
					II frequentie
					contact
					over
					TIJD
					III frequentie
					over
					TIJD
					voldoende
					IV inpasbaarheid
					reden
					V voldoening
					VI verminderde activiteit

PRAKTIJKCODE:

WEEKVERZAMELSTAAT LOGBOEKEN



Datum:
Praktijkcode:

LOGBOEK

ONDERZOEK

RIFOH.nr. basis her. 4 mnd her. 1 jr

Tijdsduur onderzoek van tot

Bloedverwerking Tijdsduur .....min.

Administratie

Afspraken maken

Uitslagen verwerken

Contact gehad met de huisarts n.a.v. RIFOH-activiteiten.

ja/nee

Zo ja, reden? Tijdsduur..... min.

0 hulp bij uitvoering RIFOH

0 overleg n.a.v. gevonden waarden

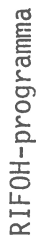
0 patient heeft naar jouw inzicht

verontrustende klachten gepresenteerd

0 anders, nl. ....

Uitvoerbaarheid

goed/matig/slecht



Inpasbaarheid

Indien matig of slecht, reden?

.....

Voldoening bij uitvoering RIFOH

veel/redelijk/matig

Mededelingen / Vragen:

.....

A D V I E S na basisonderzoek

RIFOH.nr. chol. roken bloeddr. gewicht

Tijdsduur advies van tot

partner aanwezig

Personen niet op komen dagen? Aantal .....

### Het logboek

Het logboek is een bloc, bestaande uit dagstaten die één pagina beslaan. Het komt voor de dag op het moment dat de assistente een of meer onderdelen van het projekt gaat uitvoeren, dit kan zijn een onderzoek (of meer) of een advisering (of meerdere), eventueel ook alleen overleg of administratie.

De assistente noteert vooraf:

- datum
- praktijkcode

tijdens de patientenkontakten:

- rifoh-volgnummer
- aard van het kontakt
  - basisonderzoek
  - heronderzoek 4 maanden
  - heronderzoek 1 jaar
  - advies
- t.a.v. welke risicofactoren eventueel werd geadviseerd
- tijdsduur van het kontakt
- of de partner bij eventueel advies aanwezig is
- het aantal personen dat zonder bericht, niet gekomen is.

achteraf wordt genoteerd:

- hoeveel tijdbijkomende activiteiten hebben gekost, zoals administratie e.d.
- of er in verband met de RIFOH-activiteiten overleg is geweest met de huisarts, de reden waarom en de tijdsduur
- hoe het RIFOH-programma die dag verlopen is
- eventuele moeilijkheden daarbij
- mate van voldoening bij de uitvoering van de RIFOH-activiteiten
- opmerkingen en/of vragen m.b.t. het projekt of het evaluatieonderzoek.

N.B. \* per werkdag één pagina gebruiken

\* elke week een (of meer) logboek(en) opsturen naar Nijmegen.

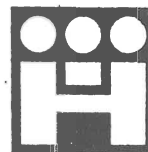
\* voorkom dat je voor een onderdeel op twee plaatsen tijdschrijft.

\* leg alle RIFOH-activiteiten vast in het logboek, inclusief het tijdsbeslag.

					1 2	Praktijk
					3 4	Jaar
					5 6	Week
					7 8	aantal dagen
					9	Basisonderzoek
						4 mnd. Heronderz. 1 jaar
					10 11	Heronderz. Totaal
					13 14	TIJD
					15 18	Advies
					19 20	Cholesterol
					21 22	Roken
					23 24	Bloeddruk
					25 26	Gewicht
					27 28	TIJD
						Partner aanwezig
						Niet opgekomen
						Administratie
					29 30 31	TIJD
						Contact huisarts
						REDEN
						TIJD
						Uitvoerbaarheid
						REDEN
						Voldoening
						COMMENTAAR

WEEKVERZAMELSTAAT

LOGBOEK



## LOGBOEK RIFOH

DATUM:

PRAKTIJKCODE:

RIFOH-NUMMER LAATSTE ONDERZOEK DEZE MAAND : 00.. ...

AANTAL MALEN AAN RIFOH GEWERKT DEZE MAAND

<input type="checkbox"/>	0- 5
<input type="checkbox"/>	6-10
<input type="checkbox"/>	>10

WERVING NIEUWE PERSONEN VOOR BASISONDERZOEK

: GEMAKKELIJK / NIET ZO GEMAKKELIJK /  
TAMELIJK MOELIJK / HEEL MOELIJK

WIJZE VAN BENADERING

<input type="checkbox"/>	UITNODIGEN ASSISTENTE/HUISARTS
<input type="checkbox"/>	BORD IN WACHTKAMER
<input type="checkbox"/>	UITNODIGINGSFOLDERS
<input type="checkbox"/>	OPBELLEN
<input type="checkbox"/>	KAARTJE STUREN

VERLOOP HERONDERZOEKEN: NA 4 MAANDEN  
: NA 1 JAAR: PRIMA / GOED / MOEIZAAM / SLECHT  
: PRIMA / GOED / MOEIZAAM / SLECHTAANTAL MALEN OVERLEG MET HUISARTS DEZE MAAND  
N.A.V. RIFOH-AKTIVITEITEN

<input type="checkbox"/>	0- 5
<input type="checkbox"/>	6-10
<input type="checkbox"/>	>10

BOTSING RIFOH-TAKEN MET NORMALE PRAKTIJKTAKEN : VAAK / SOMS / ZELDEN / NOOIT

CONTACT MET RIFOH-MEDEWERKSTERS  
VAN CB/GGD DEZE MAAND

<input type="checkbox"/>	TELEFONISCH .... KEER.
<input type="checkbox"/>	PERSOONLIJK .... KEER.

VOLDOENING BIJ UITVOERING RIFOH  
VEEL / REDELIJK / MATIG / WEINIG

"VERZENDING" BLOEDMONSTERS

<input type="checkbox"/>	PER POST
<input type="checkbox"/>	GEBRACHT ASSISTENTE/HUISARTS
<input type="checkbox"/>	GEBRACHT TUSSENPERSOON

VRAGEN/ MEDEDELINGEN:

AANTAL "VERZENDINGEN" DEZE MAAND : .... KEER

"VERZENDING" ADMINISTRATIE

<input type="checkbox"/>	COMPLETE FORMULIEREN.
<input type="checkbox"/>	ALLEEN CODESTROKEN.

AANTAL "VERZENDINGEN" DEZE MAAND : .... KEER





## BIJLAGE 4

Alfabetische lijst van de doelgroep

- specimen (gepresenteerde lijst bevat 25-100 van deze pagina's). 4.2
- uitleg en vervaardiging 4.3
- richtlijnen voor werkwijze met lijst 4.3
- handleiding voor invulling van gegevens op de lijst 4.5

Verstrekt aan huisartsen en assistentes vóór de start van het projekt

	NAAM en VOORLETTERS	GEBORTE- DATUM dag mnd jr	M/V	ZF/P	WIL MEE DOEN	DOET NIET MEE REDEN ?	INITIATIEF ha./ass./pat.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
MUTATIES							



## NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

RIFOH-PROJECT

### ALFABETISCHE LIJST van de DOELGROEP

Van de doelpopulatie (zoals vastgelegd op pagina 6 van het protocol) moet een alfabetische lijst worden aangelegd voor het evaluatieonderzoek.

Deze lijst moet worden samengesteld in de weken voor de start van het project. Voor het ziekenfondsgedeelte kan evt. gebruik gemaakt worden van door het ziekenfonds ter beschikking gestelde ziekenfondslijsten. Particuliere patiënten die behoren tot de doelgroep moeten met behulp van de patiëntenkaarten worden uitgezocht. Op deze lijst zullen voor een normpraktijk van 2600 patiënten ongeveer 570 personen voorkomen. Bij mutaties in de twee jaar dat het project loopt, moet vertrek van een persoon uit de doelgroep op de lijst worden vermeld, nieuwe personen onder aan de lijst noteren onder "mutaties". Op de lijst wordt bij het aanleggen ervan genoteerd: naam + voorletters, geboortedatum, geslacht en hoe patiënt is verzekerd (ziekenfonds of particulier).

Vóór de start van het project moet alles voor de dubbele lijn dus al ingevuld zijn.

De lijst geeft bij zorgvuldige invulling gedurende het project, nadien antwoord op vragen zoals: welk deel van de doelpopulatie is bereikt, welke groep personen is relatief onder- dan wel oververtegenwoordigd, waarom willen personen niet deelnemen en hoe komt deelname tot stand.

Bovendien is de lijst voor de assistente een hulpmiddel om te zien wie van de personen uit de doelgroep wel en wie niet reeds is uitgenodigd.

Voor de werkwijze met de lijst in de praktijk zijn richtlijnen bijgevoegd, evenals een handleiding voor de juiste invulling.

### Richtlijnen voor de werkwijze met de alfabetische lijst van de doelgroep in de praktijk.

De lijst moet op een centrale plaats in de praktijk liggen; meestal zal dit de assistente-balie zijn.

Telkens als iemand van de doelgroep wordt uitgenodigd of als iemand zichzelf komt aanmelden, moeten er enkele gegevens genoteerd worden in de alfabetische lijst. Dit vereist grote nauwgezetheid van de betrokkenen. Door te werken op een bepaalde wijze wordt een goede invulling van de lijst vergemakkelijkt. De

hieronder aangegeven werkwijze is als zeer praktisch ervaren in de RIFOH-study.

Ik schets de werkwijze voor twee verschillende situaties:

- 1) RIFOH-assistente is nooit(zelden) in de praktijk
- 2) RIFOH-assistente is wel(gedeeltelijk) in de praktijk aanwezig.

Ad 1.: in dit geval zal de RIFOH-assistente een bepaald aantal personen per week kunnen onderzoeken. De RIFOH-assistente geeftaan de altijd aanwezige assistente elke week door hoeveel personen zij voor de volgende week moet werven. Tijdens het spreekuur merkt de praktijkassistente (bijv. met papiertje + paperclips) enkele kaarten van personen die in aanmerking komen voor het RIFOH-project. De huisarts weet zo dat hij deze mensen moet(mag) inviteren. Na het consult vraagt de assistente aan arts of patiënt of de persoon uitgenodigd is en wat het resultaat daarvan was. Dit wordt genoteerd in de alfabetische lijst van de doelgroep; er wordt evt. een afspraak gemaakt en de persoon krijgt deze op een kaartje mee naar huis.

Als iemand zich op eigen initiatief meldt voor het onderzoek wordt dit door de assistente in de alfabetische lijst genoteerd en krijgt deze persoon een afspraak bij de RIFOH-assistente.

ad 2.: in dit geval zal de RIFOH-assistente zelf de door haar gewenste toevloed regelen door een bepaald aantal patiëntenkaarten te merken, opdat de huisarts weet dat die mensen geinviteerd moeten(mogen) worden. De assistente vult het resultaat van de uitnodiging in op de alfabetische lijst en maakt de afspraken. Desgewenst kan de assistente ook zelf inviteren. Als de RIFOH-assistente niet altijd aanwezig is instrueert zij de dan dienstdoende assistente hoe te handelen ten aanzien van de alfabetische lijst en het maken van afspraken, als personen zich spontaan komen melden voor het onderzoek.

NB 1.: als de afspraken wegens grote toeloop te ver vooruit gepland moeten worden, bijv. > 3 weken, moet de assistente ertoe overgaan een wachtlijst aan te leggen. Zij kan deze mensen, als zij weer meer ruimte heeft, telefonisch of per post oproepen voor het onderzoek.

NB 2.: in het begin komen veel mensen in aanmerking voor invitatie voor het project. Probeer die mensen er dan uit te pikken die slechts weinig of sporadisch het spreekuur bezoeken.

HANDLEIDING voor INVULLING ALFABETISCHE LIJST van de DOELGROEP

1. Iemand bezoekt toevallig het spreekuur

A. - Patiënt wordt uitgenodigd door de assistente of de huisarts

- Patiënt besluit mee te doen aan het project

Invullen: - onder "wil meedoen": +

- in laatste kolom bij "initiatief" noteren wie patiënt heeft uitgenodigd, dus òf h.a. (huisarts)  
òf ass. (assistente)

B. - Patiënt wordt uitgenodigd door de assistente of de huisarts

- Patiënt weigert deelname

Invullen: - onder "wil meedoen": —

- onder "doet niet mee. Reden?": de reden waarom patiënt weigert.

- In laatste kolom onder "initiatief" noteren: ha. óf ass.

C. - Naar de mening van de huisarts is het niet zinvol patiënt aan het project te laten deelnemen.

Invullen: - onder "wil meedoen": —

- onder "doet niet mee. Reden?": de reden waarom patiënt wordt uitgesloten: bijv. prognose <1 jaar, geestelijk onvolwaardig

- In laatste kolom bij "initiatief" noteren: h.a.

2. Iemand komt speciaal naar de praktijk om te vragen of hij(zij) mee kan doen of belt om die reden op.

Invullen: - onder "wil meedoen": +

- In laatste kolom onder "initiatief" invullen: pat.

NB.: Indien bericht ontvangen is dat iemand van de doelgroep in de twee jaar dat het onderzoek loopt om enigerlei reden uit de praktijk vertrekt, dit noteren achter de betreffende naam op de alfabetische lijst van de doelgroep.



## BIJLAGE 5

Vragenlijsten voor personen die in aanmerking zijn  
gekomen voor heronderzoek na 4 maanden

## A. in de huisartspraktijk

- richtlijnen voor terhandstelling van deze vragenlijsten 5.2  
aan de betreffende personen
- vragenlijst met begeleidende brief 5.3

## B. op het Consultatie Bureau

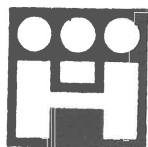
- richtlijnen voor terhandstelling van deze vragenlijsten 5.7  
aan de betreffende personen
- vragenlijst met begeleidende brief 5.8

## A HUISARTSPRAKTIJK

### Richtlijnen voor uitdelen van enquêtes aan personen die in aanmerking zijn gekomen voor heronderzoek na 4 maanden.

- iedereen die komt voor heronderzoek krijgt na afloop een enquête voorgelegd
- vraag de persoon, deze in de wachtkamer in te vullen
- spreek een plaats af waar ze de enveloppe kunnen neerleggen of afgeven wanneer ze met de enquête klaar zijn
- in hoge uitzonderingsgevallen een antwoordenvolpette meegeven en de mogelijkheid geven de enquête thuis in te vullen
- bij geen enkele persoon denken: "die geef ik er maar geen". De onderzoeksresultaten worden hierdoor erg onbetrouwbaar.
- probeer niemand te vergeten.





# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

## Vragenlijst A.

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

U hebt meegedaan aan het onderzoek op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Wij willen graag weten hoe U dit onderzoek gevonden hebt. Daarom vragen wij Uw medewerking voor het invullen van een korte vragenlijst.

Wij verzekeren U dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Bedenk dat er geen "goede" of "foute" antwoorden zijn.

Wilt U zo vriendelijk zijn datum, leeftijd en geslacht te vermelden en bij de vragen het hokje bij dat antwoord aan te kruisen, wat volgens U het meest van toepassing is.

Als U de vragenlijst hebt ingevuld kunt U deze in bijgaande enveloppe sluiten, en afgeven bij de assistente.

Wij danken U vriendelijk voor Uw medewerking.

RIFOH-Werkgroep  
Nijmeegs Universitair  
Huisartsen Instituut.



# NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

Datum: .....-.....-19... Praktijkcode:  
 Leeftijd: .....jaar  
 Geslacht: man/vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

1. U hebt meegedaan aan het onderzoek voor risicofactoren voor hart- en vaatziekten.  
 Vindt U het voor U zelf nuttig om aan dit onderzoek meegedaan te hebben?

erg nuttig	nuttig	niet nuttig/ niet onnuttig	niet zo nuttig	helemaal niet nuttig	

2. Waren de adviezen, die U tot nu toe van de assistente gekregen hebt, duidelijk voor U?

zeer duidelijk	redelijk duidelijk	deels duidelijk/ deels onduidelijk	nogal onduidelijk	zeer onduidelijk	

3. In hoeverre was het mogelijk met de assistente te overleggen over de gekregen adviezen (bijv. als U iets niet begreep)?

heel goed	goed	redelijk	niet zo goed	slecht	overleg was niet nodig

4. Wat vond U van de voorlichtingsfolders die de assistente U de vorige keer heeft meegegeven?

	niet gelezen	zeer duidelijk	duidelijk	niet zo duidelijk	onduidelijk
ten aanzien van duidelijkheid					

	niet gelezen	zeer bruikbaar	bruikbaar	niet zo bruikbaar	onbruikbaar
ten aanzien van bruikbaarheid					

5. Is er direct na het eerste onderzoek in Uw gezin gesproken over de adviezen die U toen gekregen hebt?

	erg veel	veel	niet zo veel	weinig	in het geheel niet
niet van toepassing; U woont alleen					

6. Zijn de andere gezinsleden daar toen ook rekening mee gaan houden?

	erg veel	veel	niet zo veel	weinig	geen	niet van toepassing
bij het boodschappen doen (bv. minder snacks)						
door hun houding (bv. stimuleren, zelf ook meedoen) m.b.t. minder roken, meer lichaamsbeweging						
bij het koken (bv. minder zout, minder vet, kleinere porties)						

7. Hebt U nog met andere personen (dan Uw eigen gezinsleden), die aan dit onderzoek hebben meegedaan, over de uitslag ervan gesproken?

heel veel personen	veel personen	enkele personen	niemand

8. Kunt U aangeven, in hoeverre U nu nog rekening houdt met de 4 maanden geleden gegeven adviezen?

	geen advies gekregen	heel veel	veel	niet zo veel	weinig	geen
rookgewoonten						
voedingsgewoonten						
lichaamsbeweging						

9. Wordt er op het ogenblik in Uw gezin nog wel eens over de toen gegeven adviezen gesproken?

niet van toepassing; U woont alleen	heel veel	veel	niet zo veel	weinig	in het geheel niet

10. Als U minder rekening bent gaan houden met de gegeven adviezen, hoe komt dat dan, volgens U?

U kunt meerdere hokjes aan kruisen.

- langzamerhand in oude gewoonte vervallen
- doordat er veel verwarrende informatie op radio en TV was
- ik voelde me eigenlijk niet zo goed als vóór die tijd
- moeilijk vol te houden in ons gezin
- andere reden
- niet van toepassing

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Bent U door dit onderzoek bang geworden voor Uw gezondheid?

heel erg	nogal wat	beetje	niet	helemaal niet

12. Vindt U, dat U zelf veel aan Uw gezondheid kunt doen?

zeer veel	veel	nogal wat	weinig	niets

13. Als U in de toekomst in verband met de uitslag van dit onderzoek regelmatig gecontroleerd zou moeten worden, hebt U er dan bezwaar tegen, dat de assistente deze controles uitvoert?

heel veel bezwaar	veel bezwaar	nogal wat bezwaar	klein beetje bezwaar	geen bezwaar

14. In hoeverre hebt U, naar aanleiding van de uitslag van het eerste onderzoek, behoefte gevoeld hierover contact op te nemen met Uw huisarts?

heel veel	veel	weinig	nauwelijks	geen

Zo ja, hebt U inderdaad met Uw huisarts gesproken over de uitslag van het onderzoek?

ja	
nee	

15. Zou U anderen aanraden aan dit onderzoek deel te nemen?

zeker wel	waarschijnlijk wel	waarschijnlijk niet	zeker niet

## B CONSULTATIE BUREAU

### Richtlijnen voor het uitdelen van enquêtes aan personen die in aanmerking zijn gekomen voor heronderzoek.

- de enquêtes worden uitgereikt in vier perioden, het totaal aantal gelijk-  
lijk hierover verdelen.

1 <sup>e</sup> periode	start	1 oktober	1983
2 <sup>e</sup> periode	"	1 januari	1984
3 <sup>e</sup> periode	"	1 april	1984
4 <sup>e</sup> periode	"	1 juli	1984

- vanaf deze data iedereen, die voor heronderzoek komt na afloop een enquête ter hand stellen, totdat het aantal voor die periode is afgewerkt.
- werk consequent, vergeet niemand
- vraag de onderzochte personen de vragenlijst in de wachtkamer in te vullen
- spreek een plaats af waar de ingevulde lijsten kunnen worden gedeponerd, of afgegeven
- help niemand met de invulling
- bij geen enkele persoon denken: "die geeft ik er maar geen". De onderzoeksresultaten worden hierdoor erg onbetrouwbaar.

## Vragenlijst B.

Geachte Mijnheer,

U hebt meegedaan aan het onderzoek op risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Wij willen graag weten hoe U dit onderzoek gevonden hebt. Daarom vragen wij Uw medewerking voor het invullen van een korte vragenlijst.

Wij verzekeren U dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld. Bedenk dat er geen "goede" of "foute" antwoorden zijn.

Wilt U zo vriendelijk zijn de datum te vermelden en bij de vragen het hokje bij dát antwoord aan te kruisen, wat volgens U het meest van toepassing is.

Als U de vragenlijst hebt ingevuld kunt U deze in bijgaande enveloppe sluiten, en afgeven bij de consultatiebureau-medewerkster.

Wij danken U vriendelijk voor Uw medewerking.

RIFOH-Werkgroep  
Evaluatie onderzoek

Datum: ....., 19...

C.B. - CODE:

4. Wat vond U van de voorlichtingsfolders die de verpleegkundige U de vorige keer heeft meegegeven?

	niet gelezen	zeer duidelijk	duidelijk	niet zo duidelijk	onduidelijk
ten aanzien van duidelijkheid					

1. U hebt meegedaan aan het onderzoek voor risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Vindt U het voor U zelf nuttig om aan dit onderzoek meegedaan te hebben?

erg nuttig	nuttig	niet nuttig/ niet onnuttig	niet zo nuttig	helemaal niet nuttig

2. Waren de adviezen, die U tot nu toe van de verpleegkundige gekregen hebt, duidelijk voor U?

zeer duidelijk	redelijk duidelijk	deels duidelijk/ deels onduidelijk	nogal onduidelijk	zeer onduidelijk

3. In hoeverre was het mogelijk met de verpleegkundige te overleggen over de gekregen adviezen (bijv. als U iets niet begreep)?

heel goed	goed	redelijk	niet zo goed	slecht	overleg was niet nodig

	niet gelezen	zeer bruikbaar	bruikbaar	niet zo bruikbaar	onbruikbaar
ten aanzien van bruikbaarheid					

5. Is er direkt na het eerste onderzoek in uw gezin gesproken over de adviezen die U toen gekregen hebt?

	niet van toepassing; U woont alleen	erg veel	veel	niet zo veel	weinig	in het geheel niet

6. Zijn de andere gezinsleden daar toen ook rekening mee gaan houden?

	erg veel	veel	niet zo veel	weinig	geen	niet van toepassing
bij het boodschappen doen (bv. minder snacks)						
door hun houding (bv. stimuleren, zelf ook meedoen) m.b.t. minder roken, meer lichaamsbeweging						
bij het koken (bv. minder zout, minder vet, kleinere porties)						

7. Hebt U nog met andere personen (dan uw eigen gezinsleden), die aan dit onderzoek hebben meegedaan, over de uitslag ervan gesproken?

heel veel personen	veel personen	enkele personen	niemand

8. Kunt U aangeven, in hoeverre U nu nog rekening houdt met de 4 maanden geleden gegeven adviezen?

	geen advies gekregen	heel veel	veel	niet zo veel	weinig	geen
rookgewoonten						
voedingsgewoonten						
lichaamsbeweging						

9. Wordt er op het ogenblik in uw gezin nog wel eens over de toen gegeven adviezen gesproken?

	heel veel	veel	niet zo veel	weinig	in het geheel niet
niet van toepassing; U woont alleen					

10. Als U minder rekening bent gaan houden met de gegeven adviezen, hoe komt dat dan, volgens U?

U kunt meerdere hokjes aanvullen.

- langzamerhand in oude gewoonte vervallen;
- doordat er veel verwarrende informatie op radio en TV was
- ik voelde me eigenlijk niet zo goed als vóór die tijd
- moeilijk vol te houden in ons gezin
- andere reden
- niet van toepassing

--	--	--	--	--	--	--	--



11. Bent U door dit onderzoek bang geworden voor Uw gezondheid?

heel erg	nogal wat	beetje	niet	helemaal niet

12. Vindt U, dat U zelf veel aan Uw gezondheid kunt doen?

zeer veel	veel	nogal wat	weinig	niets

13. In hoeverre hebt U, naar aanleiding van de uitslag van het eerste onderzoek, behoefte gevoeld hierover contact op te nemen met Uw huisarts?

heel veel	veel	weinig	nauwlijks	geen

Zo ja, hebt U inderdaad met Uw huisarts gesproken over de uitslag van het onderzoek?

ja	
nee	

14. Zou U anderen aanraden aan dit onderzoek deel te nemen?

zeker wel	waarschijnlijk wel	weet niet	waarschijnlijk niet	zeker niet



Bijlage 6

Extra heronderzoek na 1 jaar

- Richtlijnen voor de werkwijze bij het extra heronderzoek 6.2
  
- Heronderzoek-formulier 1 jaar (origineel is blauw, met  
codestrook 6.4

## EXTRA-HERONDERZOEK NA 1 JAAR

Alle personen die in aanmerking kwamen voor het heronderzoek na 4 maanden komen hiervoor in aanmerking. Dezelfde factoren worden hermeten. De voorbereidingen voor dit extra heronderzoek beginnen al bij heronderzoek na 4 maanden.

Wat dan te doen:

- meteen afspraak maken voor over  $\pm$  8 maanden (datum tweede heronderzoek moet minimaal 12 maanden en maximaal 13 maanden na datum basisonderzoek vallen) en noteren in agenda.
- afspraakkaartje meegeven.
- blauw heronderzoek-formulier aanleggen, bekende gegevens reeds zo veel mogelijk invullen, met name welke factoren moeten worden onderzocht en codenummers 2 t/m 13. Formulier wegzetten in aparte map op onderzoeksnummer.
- heronderzoek (na 4 maanden) verder geheel afwerken zoals vermeld op pagina 12 van het RIFOH-huisartsenprotocol.

### Werkwijze Heronderzoek na 1 jaar

- eventueel 2 weken voor afspraakdatum reminder sturen.
- hermeten worden alleen de bij het basisonderzoek te hoge risicofactoren en ten aanzien van deze factoren wordt naar de adviesopvolging geïnformeerd, strikt volgens de vragen op het heronderzoek-formulier
- de bloeddruk wordt tweemaal gemeten met enkele minuten tussenruimte waarbij de manchet (leeg) om de arm blijft.  
De eerste meting wordt op het heronderzoek-formulier genoteerd bij I en op de IWIS-strook gecodeerd bij 25-30. De tweede meting wordt bij II genoteerd en gecodeerd op 31-36.  
De eerste waarde dient voor de advisering, de tweede wordt later bij de evaluatie gebruikt.
- volgorde onderzoek: eerst wordt gewogen, dan bloeddrukmeting en het laatst de bloedafname voor cholesterol; na de metingen worden de vragen van het heronderzoek-formulier gesteld en wordt zonodig advies gegeven.

- absenten worden gebeld of aangeschreven. Het heronderzoek moet minimaal 12 maanden en maximaal 13 maanden na de datum van het basisonderzoek gedaan zijn om in de evaluatie te worden meegenomen
- de cholesterol-uitslagen worden na ontvangst verwerkt en telefonisch of mondeling medegedeeld, het laatste als er geen daling is en een nieuw advies-gesprek wenselijk is.
- wanneer het heronderzoek volledig is afgewerkt wordt de IWIS-strook naar het CB verzonden.
- het formulier wordt opgeborgen in het dossier nadat de uitslagen op de patiëntenkaart genoteerd zijn.

P.S. Vergeet niet, iedereen na het 1<sup>e</sup> heronderzoek een enquête in te laten vullen in de wachtkamer!

RISICOFACTORENONDERZOEK HART/VAATZIEKT  
Extra heronderzoek na 1 jaar

CB code   2-3

Herkomst  4

Gemeente/land     5-8

Onderzoeknr. (1e onderzoek)      9-1

Onderzoekdatum (heronderzoek)       14-

Onderzoekdatum

Te onderzoeken: (aankruisen)

- Cholesterol  Roken  
 Bloeddruk  Gewicht

**TWEEDE  
HERONDERZOEK  
RISIKOFAKTOREN:**

- Factoren volledig heronderzocht = 1
- Idem slechts gedeeltelijk heronderzocht = 2
- Niet onderzocht wegens:**
- weigering tot verdere deelneming = 3
- verhuizing buiten het district = 4
- overlijden = 5
- andere redenen = 6

Bijzonderheden

20

**CHOLESTEROL**

,  21

Heeft u zich kunnen houden aan onze adviezen?

ja nee ged.  
 1  2  3

24

Voeding .....

**BLOEDDRUK**

systol.	diastol.	systol.	diastol.
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
I.....	.....	II.....	.....

Bloeddruk I: (advies) syst.    25

diast.    28

Bloeddruk II: (evaluatie) syst.    31

diast.    34

ja nee ged.  
 1  2  3

37

Gebruikt u de geadviseerde zoutarme voeding?

2. Gebruikt u geneesmiddelen voor de bloeddruk?

1  2

38

Zo ja, welke? .....

**ROKEN**

1. Rookt u?  
Indien nee, doorgaan naar: Gewicht

ja nee  
 1  2

39

2. Hoeveel sigaretten rookt u?

..... sigaretten per dag

40

3. Rookt u sigaren en/of pijp?

1  2

41

**GEWICHT (kg)**

,  42

Heeft u zich kunnen houden aan onze adviezen?

ja nee ged.  
 1  2  3

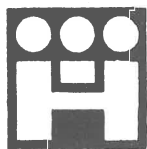
43

## Bijlage 7

## FACULTATIEF FOLLOW-UP PROGRAMMA

Richtlijnen voor de follow-up van risicopatiënten

- Inleidend schrijven, uitgereikt bij begin van project 7.2
- Aanbevelingen voor controle van hypertensiepatiënten, warming-up bij de presentatie van het complete follow-up programma 7.4
- Richtlijnen voor controle van hypertensiepatiënten + SCHEMA, opgesteld in samenwerking met "Vatenclub-NHG" 7.6
- Richtlijnen voor de medicamenteuze behandeling van hypertensiepatiënten, opgesteld in samenwerking met "Vatenclub-NHG" 7.10
- RIFOH-controlekaart
  - \* specimen 7.11
  - \* richtlijnen voor invulling en gebruik 7.12



## NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

RIFOH-PROJECT

Het RIFOH-project is een door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ingesteld opsporings- en interventieprogramma van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Enkele huisartsen krijgen hierdoor de kans om een groot gedeelte van hun praktijkpopulatie door te lichten op deze risicofactoren.

Het effect van de leef- en voedingsadviezen die de hoogrisicodragers krijgen van de speciaal hiervoor opgeleide praktijkassistentes, wordt na 4 maanden gemeten. Afhankelijk van de uitslag hiervan volgt hierna nogmaals een gericht advies. Men gaat ervan uit, dat hierna de huisarts de verdere follow-up, als zijnde zijn taak als huisarts, voor zijn rekening neemt. Deze follow-up is echter vaak moeizaam. De motivatie van de patiënten is niet altijd optimaal, bovendien hebben veel huisartsen weerstanden tegen het 'waken' over hun patiënten.

De Vatenclub-NHG heeft gemeend met betrekking tot het RIFOH-project de deelnemende huisartsen bij deze noodzakelijke follow-up te steunen, door hiervoor een programma aan te bieden.

Hierin krijgt de assistente, evenals in het RIFOH-project, een belangrijke taak toebedeeld. Een assistente die in staat is het RIFOH-project uit te voeren, moet ook in staat zijn hoogrisicodragers te begeleiden en te controleren, in overleg met de huisarts.

De Vatenclub staat voor deze follow-up vooral toe te spitsen op de risicofactor hypertensie. Ondersteund door een speciaal daarvoor ontworpen controlekaart en richtlijnen voor hypertensiecontroles zal de assistente bepaalde hoogrisicodragers kunnen blijven controleren.

In het kader van het NUHI-evaluatieonderzoek zal met behulp van deze controlekaart en de evaluatiemeting (van hoogte van risicofactoren) 1 jaar na het RIFOH-basisonderzoek, bekeken worden in hoeverre het aangeboden programma voor de follow-up door huisarts en assistente uitvoerbaar en succesvol is geweest. Uit de ervaringen en resultaten kunnen mogelijk nuttige aanbevelingen voortvloeien die voor een bredere kring bruikbaar zijn.

De Vatenclub-NHG vraagt de deelnemende huisartsen in het kader van het RIFOH-project mee te werken aan de hierboven geschetste opzet.



De werkwijze is als volgt:

Van alle hypertensiepatiënten die de assistente bij de uitvoering van het RIFOH-project tegenkomt legt zij een controlekaart aan bij de advisering; d.w.z.:

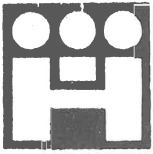
- 1) van alle reeds onder medicamenteuze behandeling staande personen met hypertensie
- 2) alle personen met tensie  $\geq 90$  bij basisonderzoek.

Met behulp van deze kaart blijven, bij goed gebruik, alle hypertensiepatiënten binnen het zicht van de huisarts.

Voorwaarde is dat er voor een volgende controle steeds een concrete afspraak wordt gemaakt (bijv. 16 april 14.30 uur).

Volgens de richtlijnen voor controle van hypertensiepatiënten vervolgt de assistente borderline- en niet medicamenteus behandelde tensies. Goed ingestelde medicamenteus behandelde hypertensies kan zij, in overleg met de huisarts, eventueel ook zelfstandig controleren. Zij gebruikt hiervoor de RIFOH-controlekaart.

Het delegeren van hypertensiecontroles aan de assistente moet duidelijk aan de patiënt worden meegedeeld. Uit het Nijmeegs Interventieproject blijkt dat dit voor de patiënt zeer acceptabel is.

Aanbevelingen voor contrôle van hypertensiepatienten.

Nu de huisarts door het RIFOH-project in zijn praktijk de mogelijkheid geboden wordt de bloeddrukken van een belangrijk deel van zijn praktijkpopulatie op verantwoorde wijze te inventariseren, is het wenselijk deze informatie niet verloren te laten gaan. Bij verschillende onderzoeken in de huisartspraktijk waarbij gescreend werd op hypertensie moest na 1 jaar geconstateerd worden dat ongeveer de helft van de selekteerde personen weer uit het zicht van de huisarts verdwenen was. Dit is te voorkomen m.b.v. een bewakingssysteem. Bewaken is mogelijk door elke nieuwe afspraak voor een hypertensiecontrole vast te leggen op een kaart\* en van tijd tot tijd te controleren welke afspraken niet zijn nagekomen en daarop actie ondernemen.

De beste manier om dit te realiseren is voor elke nieuwe controle-afspraak een concrete datum vast te leggen (bv. 3-11-'84), het systeem kan echter ook werken als volstaan wordt met het geven van richtafspraken (bv. over drie maanden, eind april).

Voorwaarden voor dit systeem zijn:

- van elke patient moet naast de patientenkaart een aparte kaart zijn, waarop de afspraakdata worden genoteerd.
- er moet een kaartenbak zijn waarin de kaarten op datum worden opgeborgen. De bak wordt daartoe met ruiters verdeeld in 12 vakken.
- de assistente, die het systeem beheert moet op de hoogte worden gesteld van elke uitgevoerde hypertensiecontrole en maakt notitie van de nieuwe afspraak op de bewakingskaart. Zij verplaatst deze naar de bewuste maand.
- elke maand/2 maanden controleert zij de bak op niet nagekomen afspraken en onderneemt actie. Dit kan op verschillende manieren.

Het bewakingssysteem vereist aanpassing van bepaalde gewoonten in de praktijk. Door nu met een dergelijk systeem te starten parallel aan het RIFOH-project, is een geleidelijke invoering van patienten mogelijk.

\* Dit kan een simpele briefkaart zijn, echter ook de blauwe NHG-hypertensiekaart of de speciaal ontworpen RIFOH-controlekaart, waarover later meer.

Als de werkwijze eigen is gemaakt en het systeem in de praktijk voldoet, kunnen ook andere (reeds bekende) hypertensiepatiënten in het systeem worden opgenomen. Ook personen met andere ziektebeelden, waarvoor regelmatige controle van groot belang is, zoals diabetes, kunnen worden ingevoerd.

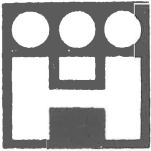
Gezien de literatuur op het gebied van hypertensie van de laatste jaren komen de volgende personen die meegedaan hebben aan het RIFOH project, in aanmerking voor een bewakingskaart.

1. Personen, bekend met hypertensie die daarvoor medicamenten ontvangen, ongeacht de hoogte van de tensie.
2. Personen die bij het basisonderzoek een diastolische tensie hebben  $\geq 90$ mmHg. Deze waarde wordt afgelezen in hokje 39-41 van het profielformulier.

Waarschijnlijk is dat door het RIFOH-onderzoek en het in te voeren bewakings-systeem, meer personen (met hypertensie) regelmatige aandacht van de huisarts vragen. Dit betekent een verzwaring van de workload van de huisarts. Dit kan ondervangen worden door de assistente bij de controle van (een deel van) hypertensiepatiënten in te schakelen. Gezien de omvang van het hypertensieprobleem in een gemiddelde huisartspraktijk is delegeren naar de assistente in deze, zeker de moeite waard. Zeker nu de assistente door deelname aan het RIFOH-project meer vertrouwd is geraakt met de materie van risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Met het oog hierop is door de onderzoekers van het Evaluatieonderzoek in samenwerking met de Vatenclub-NHG een speciale RIFOH-controlekaart samengesteld, met behulp waarvan de assistente zelfstandig een deel der hypertensiecontroles kan verrichten en alle hypertensiecontroles (voorlopig van RIFOH-personen) kan bewaken.

Voor het zelfstandig verrichten van hypertensiecontroles door de RIFOH-assistente zijn richtlijnen opgesteld die hieronder worden belicht, zowel in tekst als in schema. Voor de wijze van gebruik van de RIFOH-controlekaart wordt verwezen naar een apart schrijven waarin ook het functioneren van het bewakingsstelsel aan de orde komt.



Richtlijnen voor controle van hypertensiepatiënten.

Er is een onderverdeling gemaakt voor de volgende patiënten-categorieën:

- patiënten die reeds onder medicamenteuze behandeling staan
- patiënten die niet onder medicamenteuze behandeling staan.

Aan de hand van de risicobepalende waarde voor de diastolische bloeddruk van het RIFOH-basis- en heronderzoek kan men in het bijgevoegde schema het aanbevolen beleid terugzoeken.

De assistente gebruikt bij de controles de RIFOH-controlekaart, de invulling geschiedt volgens de handleiding hiervoor.

A. Patiënten die reeds onder medicamenteuze behandeling staan.

Basisonderzoek

Groep I: diastolische tensie  $< 95$  (maximaal 2 metingen).

In principe kan de assistente deze bloeddruk blijven controleren.

De assistente spreekt een controle af voor over drie maanden.

Als bij de uitslag van het basisonderzoek echter blijkt dat de patient in aanmerking komt voor een advies, dan wordt hiervoor een afspraak gemaakt en komt de bovengenoemde hypertensiecontrole te vervallen.

Bij de advisering wordt een datum afgesproken voor het heronderzoek bij welke gelegenheid ook de tensie wordt gecontroleerd.

Zolang de tensie  $< 95$  controleert de assistente de patiënt om 3-4 maanden.

Overleg met de huisarts over deze controles en de beschikbaarstelling van het recept voor de antihypertensiva moet per praktijk naar eigen inzicht worden geregeld.

Groep II: diastolische tensie  $\geq 95$  (maximaal 2 metingen).

De assistente meldt deze tensie aan de huisarts.

In principe vervolgt deze patiënt dan de hypertensiecontroles bij de huisarts. Als de tensie goed is ingesteld kan de assistente de controle overnemen. Controle van een goed ingestelde tensie om de 3-4 maanden.

## B. Patiënten die niet onder medicamenteuze behandeling staan.

### I. Basisonderzoek

Groep III: diastolische tensie  $<95$  maar  $\geq 90$ . (maximaal 4 metingen)

Deze mensen komen w.b. de bloeddruk niet terug voor heronderzoek. Indien deze mensen voor andere verhoogde risicofactoren voor het onderzoek komen wordt meteen de tensie gecontroleerd. Als geen heronderzoek volgt: controle van deze borderline tensie door de assistente 1x6 maanden (eventueel 12 maanden).

Groep IV: diastolische tensie  $<105$  maar  $\geq 95$  (maximaal 4 metingen in 2 zittingen)

Bij deze patiënten wordt het resultaat van de advisering afgewacht.

Groep V: diastolische tensie  $\geq 105$  (maximaal 4 metingen in 2 zittingen).

Deze bloeddruk wordt aan de huisarts gemeld.

Deze beslist of het effect van de advisering afwachten verantwoord is.

Zo niet, dan zal hij besluiten tot medicamenteuze behandeling.

Zo dit laatste het geval is moet overlegd worden wie bij deze patiënt de advisering op zich neemt ten aanzien van deze en eventuele andere risicofactor(en).

N.B.: in twijfelgevallen kan hermeting van de bloeddruk bij de advisering gewenst zijn.

Vervolg van controles van groep IV en V, uit te stippelen naar aanleiding van de resultaten bij heronderzoek.

### II Heronderzoek

Groep IVa: diastolische tensie  $\geq 90$  maar  $<100$ .

Controle van deze tensie door de assistente elke 3-4 (evt. 6) maanden.

Groep IVb: diastolische tensie  $\geq 100$  maar  $<105$ .

Deze tensie melden aan de huisarts. De beslissing over wenselijkheid van medicamenteuze behandeling zal voornamelijk afhankelijk zijn van andere risicofactoren en de leeftijd van de patiënt.

Groep V: diastolische tensie  $\geq 105$ .

Deze bloeddruk melden aan de huisarts. Deze zal doorgaans behandeling in willen stellen.

N.B.: voor de geplande controles moet steeds een concrete datum worden afgesproken (= bv. 16 maart, 09.45 uur.)

BASISonderzoek		BELEID
GROEP I MEDICIJNEN	Diastolische tensie < 95 mmHg.	Controle van deze medicamenteus ingestelde tensie door huisarts of <u>assistente</u>
GROEP II MEDICIJNEN	≥ 95 mmHg.	Melden aan huisarts. Deze onderneemt actie naar eigen inzicht. Controle van de goed ingestelde tensie door huisarts of <u>assistente</u>
GROEP III	≥ 90 mmHg. maar < 95 mmHg.	Controle door <u>assistente</u> 1 x 6 (12) maanden
GROEP IV	≥ 95 mmHg. maar < 105 mmHg.	HERonderzoek
	Afwachten effect van advisering	GROEP IV a. diastolische tensie ≥ 90 mmHg. < 100 mmHg.
		GROEP IV b. ≥ 100 mmHg. < 105 mmHg.
		GROEP V ≥ 105 mmHg.
GROEP V.	≥ 105 mmHg.	Melden aan huisarts. Mogelijkheden: 1) effect advisering afwachten 2) huisarts gaat behandelen NB.: evt. hermeten bij advisering.
		Controle door <u>assistente</u> 1 x 3 (6) maanden
		Melden aan huisarts. Al dan niet behandelen, afhankelijk van andere risicofactoren en leeftijd. Melden aan huisarts. Deze zal doorgaans behandeling instellen.

## MEDICAMENTEUZE BEHANDELING VAN HYPERTENSIE

### Richtlijnen voor medicamenteuze behandeling van hypertensie

Streefwaarde: 95 mmHg diastolisch.

De indicatiestelling voor medicamenteuze behandeling is de diastolische bloeddruk, gemeten bij het basisonderzoek van 110 mmHg of hoger. Op latere tijdstippen na herhaalde metingen moet/kan ook bij een lagere diastolische tensie besloten worden tot medicamenteuze behandeling. Zie hiervoor de richtlijnen voor hypertensiecontroles (RIFOH-appendix 12).

De behandeling van de hypertensie gebeurt door de huisarts. Beslissingen over veranderingen in medicatie worden door de huisarts genomen en kunnen eventueel door de assistente worden uitgevoerd.

De wijze van behandeling staat in principe vrij. Voor de keuze van antihypertensie-farmaca is geen algemeen geldend voorschrift te geven.

Terwille van de uniformiteit van de behandeling in dit project worden de huisartsen echter dringend verzocht de hieronder volgende adviezen als richtlijnen voor de behandeling te hanteren.

#### Wijze van medicamenteuze behandeling:

Patiënten die medicamenteus behandeld worden wegens hypertensie moeten behandeld worden met de onderstaande medicamenten, waarbij de keuze van medicament en de keuze van eventuele combinaties en hoogte van dosering van deze medicamenten afhankelijk is van de speciale situatie van deze patiënt.

1e - B-blokker

2e - salureticum

3e - combinatie van B-blokker en salureticum.

Bij uitblijven van verlaging van de bloeddruk kan de medicatie worden uitgebreid met:

4e - hydralisine (Apresoline<sup>®</sup>)







### RIFOH-controlekaart

Het doel van de controlekaart is:

1. Bewaking van het nakomen van afspraken door patienten, die langdurig onder controle moeten blijven.
2. Hulpmiddel voor de assistente bij het zelfstandig begeleiden en controleren van personen met een verhoogd risico voor hart- en vaatziekten, m.n. hypertensiepatienten.

De assistente gebruikt en beheert de controlekaart.

De Vatenclub-NHG is van mening, dat zij met deze kaart als steun goed in staat is hypertensiepatienten te begeleiden en het nakomen van controle-afspraken te bewaken.

### Werkwijze

Bij de advisering/uitslag van het basisonderzoek maakt de assistente een controlekaart voor bepaalde personen volgens de hieronderstaande richtlijnen.

Er wordt een kaart aangelegd van personen die:

1. langdurige begeleiding en controle nodig hebben voor hun gevonden hypertensie, d.w.z. een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg gemeten bij basisonderzoek (te vinden hokje 39-41 profielformulier).
2. personen die in het kader van het RIFOH zijn onderzocht en reeds onder medicamenteuze behandeling staan voor hypertensie bij huisarts.

Bij het aanleggen van een controlekaart van een bepaald persoon worden de volgende gegevens vastgelegd.

- zij noteert op de controlekaart van de langdurig te begeleiden persoon:

- \* naam en voornaam
- \* geboortedatum
- \* RIFOH-nummer
- \* adres en telefoon
- \* beroep
- \* manier van verzekering: ziekenfonds of particulier
- \* gegevens van RIFOH-onderzoek(en)

- zij noteert, of de persoon naar aanleiding van het RIFOH-onderzoek is verwezen naar externe deskundige volgens de hieronderstaande richtlijnen.\*

#### -Verwezen naar-

Deze rubriek wordt alleen ingevuld als naar aanleiding van de uitslagen van het RIFOH basis- (of her-) onderzoek de persoon naar een deskundige buiten de praktijk wordt verwezen.

Hiertoe wordt de specialist en de diëtiste gerekend.

- Genoteerd wordt dus de soort specialist, meestal cardioloog, internist of diëtiste, de datum waarop het besluit tot verwijzing is genomen en de reden van de verwijzing.
- Ook als de huisarts in een later stadium van de begeleiding beslist, een andere deskundige in consult te roepen, wordt dit genoteerd.

- Zij noteert of van de persoon de verhoogde bloeddruk reeds bekend was. Deze informatie wordt verkregen van de patientenkaart volgens de volgende richtlijnen.

#### -Verhoogde bloeddruk bekend-

Voor het bekend zijn van de verhoogde bloeddruk worden de volgende criteria aangehouden:

- "Ja" wordt ingevuld als op de patientenkaart de volgende gegevens kunnen worden teruggevonden:
  1. ooit verhoogde bloeddruk is vastgesteld ( $\geq 90$  diastolisch)
  2. onder behandeling staat voor hypertensie.
- Als er een verhoogde bloeddruk bekend is vult zij in of de persoon hiervoor ook onder regelmatige controle stond.

#### -Onder regelmatige controle-

Hier moet genoteerd worden of de patient in verband met zijn verhoogde bloeddruk regelmatig door de huisarts gecontroleerd wordt.

- "Ja" antwoorden:
  1. indien persoon minstens 1-2 keer per jaar (mede) gecontroleerd wordt in verband met zijn bekende verhoogde bloeddruk.
  2. als patient medicijnen gebruikt voor zijn verhoogde bloeddruk ook "med" omcirkelen.

- "Nee" antwoorden:

1. Indien de bekende verhoogde bloeddruk ongestructureerd of helemaal niet (meer) aan de orde komt bij toevallig tot stand komende consulten.

Niet invullen als verhoogde bloeddruk niet bekend was.

Indien de patient in verband met zijn verhoogde bloeddruk alleen door een specialist regelmatig wordt gecontroleerd dan slechts "spec" omcirkelen.

- Zij noteert evt. aanvullende gegevens, verkregen d.m.v. (familie)anamnese, lichamelijk- of laboratoriumonderzoek, op de achterzijde.

Bij het basis- evt. heronderzoek of de advisering wordt de eerste controle-afspraken gemaakt en de datum wordt genoteerd in de laatste kolom onder datum-revisie. De assistente noteert dit op de door haar aangelegde controlekaart, onafhankelijk of zijzelf of haar huisarts het eerste consult zal doen.

De assistente bergt de kaart op in een kaartenbak, waarbij de revisie-datum als plaatswijzer fungeert. De kaartenbak wordt daartoe voorzien van 12 wijzers met de maanden van het jaar.

Overeenkomstig de richtlijnen voor controle van hypertensiepatiënten zal òf de huisarts, òf de assistente de begeleiding van de risicopatienten op zich nemen.

I. Assistentie verwijst patiënt na onderzoek of advisering naar de huisarts:

- als patiënt voor controle komt noteert de huisarts de gevonden waarden, andere bevindingen en het te volgen beleid op de gewone patiëntenkaart
- hij bepaalt nauwkeurig de tijd die hij voor het controleconsult nodig heeft ( in minuten ) en legt dit vast.
- de huisarts of assistente maakt een nauwkeurige nieuwe afspraak en de assistente noteert deze in het afsprakenboek en op de RIFOH-contrôlekaart
- de assistente neemt op de RIFOH-contrôlekaart de gegevens over die de huisarts bij de controle op de patiëntenkaart heeft genoteerd, alsmede de tijd die nodig was
- zij bergt de RIFOH-contrôlekaart weer op, op revisiedatum.

N.b. De huisarts kan voor de hypertensie-contrôles ook de RIFOH-contrôlekaart gebruiken. Een nadeel is dat de hypertensie-gegevens dan niet op de patiëntenkaart komen. Deze werkwijze bespaart schrijfwerk voor de assistente.

II. Assistente begeleidt en controleert patiënt (voorlopig) verder.

- de assistente noteert bij de controle de door haar gevonden waarden en bevindingen, evenals het te volgen beleid op de RIFOH-contrôlekaart
- zij bepaalt nauwkeurig de tijd die voor de controle nodig was in minuten en legt dit vast
- zij maakt een nieuwe afspraak en noteert deze in het afsprakenboek en op de RIFOH-contrôlekaart.
- de assistente noteert de door haar geregistreerde bevindingen ook (evt. verkort) op de patiëntenkaart. Eventueel kan zij (in overleg met de huisarts) ook volstaan met alleen belangrijke veranderingen op de patiëntenkaart over te nemen
- zij bergt de controlekaart in de door haar beheerde bak op met de revisie-datum als plaatswijzer

Als de assistente er in slaagt deze werkwijze aan te houden, kan zij aan het einde van de maand zien, welke patiënten niet voor de afgesproken controle zijn verschenen. De kaarten zijn nl. achtergebleven in het vakje van de reeds afgesloten maand.

Wat dan te doen:

- een kruis aanbrengen in een vakje, rechts boven op de kaart.  
Dit om aan te geven dat een controle is genegeerd.
- Contact opnemen met betrokkene, op korte termijn een nieuwe afspraak maken en deze op de kaart noteren.
- Bij dit contact trachten te achterhalen waarom patiënt verstek heeft laten gaan en dit noteren onder opmerkingen vóór de oude revisiedatum.
- Kaart opnieuw opbergen op geleide van nieuwe revisiedatum
- Als de reden van het niet nakomen van de afspraak nog niet is achterhaald, dit bij de nieuw afgesproken controle alsnog proberen te weten te komen en noteren.

Het is mogelijk, dat de patiënten niet (verder) willen meewerken aan langdurige controle. De volgende handswijze wordt dan aanbevolen:

- indien de patiënt te kennen geeft niet bereid te zijn op controle te komen, deze uitnodigen voor een gesprek (eventueel met de huisarts) om de wenselijkheid van langdurige controle duidelijk te maken en zo te stimuleren. Dit gesprek en het resultaat ervan wordt op de kaart genoteerd.

- Als de patiënt hieraan geen gehoor geeft wordt de reden van zijn verzet tegen langdurige controle zo mogelijk achterhaald en in de linkerbovenhoek van de kaart genoteerd. De kaart wordt achter in de bak opgeborgen en aan de patiënt wordt medegedeeld, dat hij altijd op zijn beslissing kan terugkomen,
- Indien een patiënt 3 keer verstek heeft laten gaan is het eveneens raadzaam, de wenselijkheid van regelmatige controle te bespreken. Het resultaat van dit gesprek wordt op de kaart genoteerd.

## Bijlage 8

PATIËNTENKAART-ONDERZOEK TER EVALUATIE VAN DE BEGELEIDING VAN HYPERTENSIEPATIËNTEN DOOR HUISARTS EN ASSISTENTE	8.1
- Gegevens onderzoek	8.2
- Registratieformulier bloeddrukcontrole(s) patiënt	8.3
- Bijbehorend codeboek	8.4
- Registratieformulier kenmerken praktijkvoering	8.5
- Bijbehorend codeboek	8.6

Patiëntenkaart onderzoek-hypertensie onderzoekspopulatiee.a. gegevens

- Patiënten die bij basisonderzoek een diastolische tensie hebben  
     $\geq 95$  mmHg (2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting)
  
- Basisonderzoek op moment van patiëntenkaart onderzoek minimaal 1½  
    jaar tevoren verricht
  
- Registratie gegevens hypertensiepatiënten
  - \* tijdstip bloeddrukcontrole
  - \* bloeddrukniveau
  - \* (verandering) medicatiegebruik
  - \* diagnostiek, adviesa.h.v. Rifoh-controlekaart  
    en/of patiëntenkaart
  
- Registratie kenmerken praktijkvoering
  - \* verwerking Rifoh-gegevens in praktijk
  - \* registratie hypertensiepatiënten
  - \* afspraakcontrolesysteem
  - \* taak assistente hypertensiebegeleidinga.h.v. gestructureerd interview
  
- Koppeling geregistreerde gegevens met gegevens van basis-  
    (en her-)onderzoek van Rifoh-huisartsen project (IWIS-TNO)

Dit onderdeel van het evaluatieonderzoek werd uitgevoerd met de hulp van 3 medisch studenten in september 1985.



Praktijknr. / RIFOH-nr. 1 6  
 Geboortedatum (dag/mnd/jr) 7 12  
 Datum basisonderzoek ..... 13 14  
 Heronderzoek I / Heronderzoek II 15 16  
 Verzekeringsvorm 17 21  
 Beschikbaarheid gegevens 22 23  
 Controle vroegtijdig beëindigd / Reden 24 25  
 Anamnese hypertensie / Medicatiegebruik 25 27  
 Discrepantie medicatiegebruik 28 31  
 1 Aantal metingen in laatste jaar 32 33  
 1 Hoogste diastolische bloeddruk dat jaar 34 35  
 1 Zo niet, meting op patientenkaart + hoog(s)te 36 37  
 1 Medicijnen in verleden / Reden stoppen 37 41  
 0-1-9 Hypertensie op probleemlijst of blauwe kaart 38 42  
 9 Start medicamenteuze behandeling 39 46  
 9 Aantal controles laatste jaar  
 Aantal controles per half jaar  
 Aantal acties per half jaar

Controlennummer/datum (mnd, jr) 47 52  
 Bloeddruk: systolisch/diastolisch 53 58  
 gewicht (kg) .....  
 Advies .....  
 Diagnostiek .....  
 Verwijzing ..... 59  
 Compliance .....  
 Medicatie .....  
 Gebruik moment consult/verandering  
 Aantal acties 60 61 62

Controlennummer/datum (mnd, jr) 63 68  
 Bloeddruk: systolisch/diastolisch 69 74  
 gewicht (kg) .....  
 Advies .....  
 Diagnostiek .....  
 Verwijzing ..... 75  
 Compliance .....  
 Medicatie .....  
 Gebruik moment consult/verandering  
 Aantal acties 76 77 78

Controlennummer/datum (mnd, jr) 85 90  
 Bloeddruk: systolisch/diastolisch  
 gewicht (kg) .....  
 Advies .....  
 Diagnostiek .....  
 Verwijzing ..... 91  
 Compliance .....  
 Medicatie .....  
 Gebruik moment consult/verandering  
 Aantal acties 92 93 94

Controlennummer/datum (mnd, jr) 111 116  
 Bloeddruk: systolisch/diastolisch 117 122  
 gewicht (kg) .....  
 Advies .....  
 Diagnostiek .....  
 Verwijzing .....  
 Compliance .....  
 Medicatie .....  
 Gebruik moment consult/verandering  
 Aantal acties 108 109 110

Controlennummer/datum (mnd, jr) 127 132  
 Bloeddruk: systolisch/diastolisch 133 138  
 gewicht (kg) .....  
 Advies .....  
 Diagnostiek .....  
 Verwijzing .....  
 Compliance .....  
 Medicatie .....  
 Gebruik moment consult/verandering  
 Aantal acties 140 141 142



Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 143 148  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 149 154  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 155  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 156 157  
158

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 159 164  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 165 170  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 171  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 172 173  
174

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 175 180  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 181 186  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 187  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 188 189  
190

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 191 196  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 197 202  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 203  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 204 205  
206

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 207 212  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 213 218  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 219  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 220 221  
222

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 223 228  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 229 234  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 235  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 236 237  
238

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 239 244  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 245 250  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 251  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 252 253  
254

Controlnummer/datum (mnd, jr) 


 255 260  
Bloeddruk: systolisch/diastolisch 


 261 266  
gewicht (kg) .....  
Advies .....  
Diagnostiek .....  
Verwijzing ..... 267  
Compliance .....  
Medicatie .....  
Gebruik moment consult/verandering .....  
Aantal akties 


 268 269  
270

## CODEBOEK RIFOH HYPERTENSIE PATIËNTENKAARTONDERZOEK

VARIABELE IWIS	POSITIE	CODE	
2	1	1-6	CB-code
3	2	1-4	HA-code
6	3-6		Onderzoeksnummer
10-11-12	7-12		Geboortedatum: Dag Maand Jaar
	13	1-2	Heronderzoek 1: 0=niet nodig 1=uitgevoerd 2=niet uitgevoerd
	14	1-2	Heronderzoek 2: idem
	15	1-2	Verzekeringsvorm 1=Ziekenfonds 2=Particulier
	16	1-2	Beschikbaarheid gegevens blanco= 1=ja 2=nee
	17-20		Datum vroegtijdige controlebeeindiging (laatste ½
	21	1-9	Reden " " " " " " jaar geen controle) 1=overleden 2=uit praktijk 3=initiatief patiënt 4=initiatief arts 5=naar specialist 6=onbekend blanco=n.v.t.
18	22	0-1-9	Hypertensie anamnese Basisonderzoek Med - / Med + 0=negatieve anamnese 1=positieve anamnese Med - 9= " " " " Med +
	23	1	Blanco=nee 1=ja
	24	0-9	1 Aantal metingen laatste jaar
	25-27		1 Hoogste diastolische bloeddruk dat jaar
	28	1	1 Indien 24=0 ; Meting op patiëntenkaart 1=ja 2=nee
	29-31	1	1 Indien 28=1 ; Hoog(s)te diast. tensie
	32	1	1 Medicijnen in verleden 1=ja 2=nee 3=niet te achterhalen
	33	1	1 Reden stoppen 1=op basis van BD-niveau 2=andere redenen
	34	0-1-9	Hypertensie op probleemlijst of NHG-kaart 1=ja 2=nee
	35	9	9 Start medicamenteuze behandeling 1=meer dan 5 jaar geleden 2=minder " " " 9=onbekend
	36	9	9 Aantal controles laatste jaar vóór BO.
	37-41	0-9	Aantal controles per ½ jaar (5 intervallen)
	42-46	0-9	Aantal "acties" " " " " " " "
	47-48	0-99	Controlevolgnummer
	49-52		Datum controle (mnd/jr)
	53-58		Werkbloeddruk huisarts (syst/diast)
	59	1-2	Verwijzing 1=Specialist 2=Diëtist
	60	1-2	Medicatie tot nu toe 1=ja 2=nee
	61	1-2	Verandering medicatie 1=ja 2=nee
	62	0-9	Aantal "acties" per consult.
	63-78		Repetitio 47-62 etc.

## RIFOH-HYPERTENSIE PRAKTIJKVOERING

Registratieformulier

CB nummer/praktijkcode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1- 2
Notatie gegevens Basisonderzoek op patiëntenkaart	<input type="checkbox"/>	3
datum Basisonderzoek op patiëntenkaart	<input type="checkbox"/>	4
gegevens HER-onderzoek I + II patiëntenkaart	<input type="checkbox"/>	5
Rifoh-CB 35 j. <del>30</del> in Regio	<input type="checkbox"/>	6
gegevens op kaart?	<input type="checkbox"/>	7
Toegankelijkheid Rifoh-archief	<input type="checkbox"/>	8
Gebruik speciale HYPERTENSIE kaarten	<input type="checkbox"/>	9
Markering patiëntenkaart m.b.v. ruiter e.d.	<input type="checkbox"/>	10
Afspraken vervolgcontrole: concrete datum	<input type="checkbox"/>	11
Controle op nakomen afspraken	<input type="checkbox"/>	12
Verandering laatste 2½ jaar	<input type="checkbox"/>	13
Taak assistente bij hypertensiecontroles/verandering	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14-15
Verandering hypertensiecontrole zelf (huisarts)	<input type="checkbox"/>	16
Tekent huisarts Rifoh-profiel formulieren/ziet uitslagen	<input type="checkbox"/>	17
Regels voor doorsturen n.a.v. gevonden waarden Basisonderzoek	<input type="checkbox"/>	18
HYPERTENSIE	<input type="checkbox"/>	19

<u>CODEBOEK</u>		<u>RIFOH HYPERTENSIE</u>
Variabele	Positie	<u>PRAKTIJKVOERING</u>
1	1-6	CB-code (=IWIS)
2	1-4	Praktijkcode (=IWIS)
3		Basisgegevens 1=risicogroep 2=groep + alle risicofactoren 3=groep + verhoogde R.F. 4=groep + .. 5=alle R.F. 6=verhoogde R.F. 7=niets
4	1-2	Datum basis 1=ja 2=neen
5	1,2,3,8	Gegevens Heronderzoek 1=4 mnd 2=1 jr. 3=comb. 4=inconsistent 8=n.v.t. 7=niets
6	1-2	Rifoh-CB in regio 1=ja 2=nee
7	1-2	Rifoh-CB gegevens op kaart 1=ja 2=neen 8=n.v.t. 0=niet
8		Toegankelijkheid Rifoh-archief 1=ruimte assistente 2=andere ruimte dichtbij 3=verdieping hoger/lager 4=elders
9		Speciale Hypertensiekaarten 0=neen 1=NHG blauw 2=Rifoh geel 3=anders ....
10	1-2	Markering patiëntenkaart 1=ja 2=neen
11		Controle concrete datum 1=altijd 2=>75% 3= 25-75% 4=<25% 5=zelden/nooit
12		Controlebewaking 1=systematisch 2=meestal 3=soms 4=niet
13		Verandering 2½ jr. 1=ja 2=neen 3=enigszins

- 14 Taak assistente hypertensiecontrole 0=geen taak  
 1=systematisch deel  
 2=zelfst. controles  
 3=zelfst. metingen  
 4=af en toe wat  
 5=comb....
- 15 Verandering 2½ jr. 1=ja 2=neen
- 16 Verandering inhoud controle huisarts 0=geen verandering  
 1=adviesbeh.  
 2=meting 1→2  
 3=concrete afspraak  
 4=compliance/bewaking
- 17 Uitslagen basis→huisarts 1=ja 2=neen 3=alleen cholesterol
- 18 Regels doorsturen 1=strak systeem  
 2=variabel  
 3=geen systeem
- 19 Hypertensie 1=idem 2= 3=





## Bijlage 9:

## VRAGENLIJSTEN HYPERTENSIEPATIENTEN

- procedure	9.2
- specimen,	
bestemd voor patiënten onderzocht in huisartspraktijk	9.3
geschreend op consultatiebureau	9.6

- Selectie patiënten uit Rifoh-bestand (IWIS)  
criteria: diastolische tensie bij basisonderzoek  
     $\geq 105$  mmHg (3<sup>e</sup> van 4 metingen)  
    of  $\geq 95$  mmHg (2<sup>e</sup> meting) bij  
        medicijngebruik  
  
    en tevens diastolische tensie bij heronderzoek  
         $\geq 95$  mmHg 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> meting  
        ongeacht medicijngebruik
  
- Met behulp van de Rifoh-nummers uit het bestand en de inzet van de assistentes op het Consultatiebureau en in de huisartspraktijk werden etiketten (in tweevoud) vervaardigd.
  
- Op verzoek van de onderzoekers werden ongeveer één jaar na het basisonderzoek de vragenlijsten vanuit de verschillende locaties per PTT verzonden. Na vier weken ging indien nodig opnieuw een verzoek uit naar de praktijken/CB's voor de verzending van reminders aan bepaalde nummers/patiënten.
  
- Tot drie keer toe werd tussentijds het IWIS-bestand op in aanmerking komende personen gescreend en werd er actie ondernomen voor tijdige verzending van de vragenlijsten.



## NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

Geachte Mevrouw/Mijnheer,

Omdat het voor ons moeilijk is om iedereen persoonlijk te bezoeken, proberen we via deze vragenlijst enkele antwoorden te krijgen. Het gaat over het onderzoek bij Uw huisarts in de praktijk, vorig jaar. Daar bent U toen door de assistente onderzocht op risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Wilt U zo vriendelijk zijn geboortedatum, datum en geslacht te vermelden en bij de vragen het hokje bij dát antwoord aan te kruisen, wat volgens U het meest van toepassing is. Alleen als het uitdrukkelijk bij de vraag vermeld is, mag u meerdere hokjes aankruisen.

Wij verzekeren U dat de gegevens geheel anoniem en vertrouwelijk zullen worden behandeld. Bedenk dat er geen "goede" of "foute" antwoorden zijn. Het gaat om Uw persoonlijke mening.

Als U de vragenlijst hebt ingevuld kunt U hem in de bijgaande enveloppe sluiten en ongefrankeerd verzenden.

Wij danken U vriendelijk voor Uw medewerking.

RIFOH-werkgroep  
Nijmeegs Universitair  
Huisartsen Instituut


1. Datum : ..-.-19..  
 Geboortedatum: ..-.-19..  
 Geslacht : man/vrouw (doorhalen wat niet van toepassing is)

2. Welke adviezen hebt u naar aanleiding van het onderzoek gekregen?

- u kunt één of meerdere mogelijkheden aankruisen.

- . met roken stoppen
- . minder eten
- . minder vet eten
- . minder zout eten
- . ander, nl. ....

--	--	--	--	--	--

3. Was uw partner ook aanwezig, toen u de adviezen kreeg?

- ja
- nee
- niet van toepassing, ik heb geen partner

--	--	--

4. Waren de adviezen die u kreeg duidelijk?

erg duidelijk	duidelijk	deels duidelijk deels onduidelijk	nogal onduidelijk	erg onduidelijk

5. Hebt U deze adviezen ook kunnen toepassen in Uw dagelijks leven?

heel goed	goed	redelijk	niet zo goed	slecht

6. Bent U naar aanleiding van de uitslag van het onderzoek bij de huisarts op het spreekuur geweest?

- ja, op aanraden van de assistente die het onderzoek deed
- ja, uit mezelf
- nee

--	--	--

ALS U NIET BENT GEWEEST, BEANTWOORDT DAN ALLEEN VRAAG 7 EN 8 NOG ALS U WEL GEWEEST BENT, GAAT U DAN VERDER MET VRAAG 9.

7. Waarom bent U niet bij Uw huisarts geweest?

- ik vond het niet nodig, want ik voelde me prima gekomen.
- ik was het wel steeds van plan, maar er is niets van gekomen.
- ik durfde niet, ik was bang
- de assistente heeft de controle voortgezet
- andere reden, nl. ....

--	--	--	--	--

8. Is nadien Uw bloeddruk nog eens gemeten?

- nee
- één keer
- meerdere keren

Door wie? .....

--	--	--

9. Is uw bloeddruk bij het bezoek aan de huisarts gemeten?

ja  
nee

- Als u nee hebt ingevuld bent u klaar, wij danken u harte-  
lijk voor de moeite.

10. Zo ja, was die bij de huisarts toen ook te hoog?

ja  
nee  
ik weet het niet

11. Welke behandeling hebt u toen van uw huisarts gekregen?

- u kunt één of meerdere mogelijkheden aankruisen.

- medicijnen tegen hoge bloeddruk
- advies gekregen om minder zout te gebruiken
- advies gekregen om te vermageren
- anders, nl. ....

ALS U MEDICIJNEN HEBT GEKREGEN, GA DAN VERDER MET VRAAG 3

ALS U GEEN MEDICIJNEN HEBT GEKREGEN, BEANTWOORDT DAN ALLEEN  
VRAAG 2 NOG.

12. Is nadien uw bloeddruk nog eens gemeten?

- nee  
- één keer  
- meerdere keren

Door wie? .....

13. Hoe vaak bent u in het laatste jaar voor controle van de  
bloeddruk bij de huisarts geweest?

- geen enkele keer
- een of twee keer
- drie of vier keer
- meer dan vier keer

14. Gebruikt u de medicijnen die u hebt gekregen nu nog regel-  
matig?

ja  
nee

Als u ja hebt ingevuld, bent u klaar, wij danken u harte-  
lijk voor de moeite.

15. Zo nee, waarom bent u gestopt met deze medicijnen?

- u kunt één of meerdere mogelijkheden aankruisen.

- ik voelde me goed, ik had geen klachten
- ik had klachten van medicijnen
- welke? .....

.....

- bloeddruk was normaal geworden

- ik had geen zin/tijd om steeds weer op het spreek-  
uur te komen

- ik ben het gewoon vergeten

- ik vind dat pillenslikken ongezond

- mijn bloeddruk behandel ik nu anders,

nl. met .....

- ik kon door mijn werk niet steeds op het spreekuur  
komen

- andere reden: .....

Geachte mijnheer,

Omdat het voor ons moeilijk is om iedereen persoonlijk te bezoeken, proberen we via deze vragenlijst enkele antwoorden te verkrijgen. Het gaat over het onderzoek op het Consultatiebureau, vorig jaar. Daar bent u toen onderzocht op risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Wilt u zo vriendelijk zijn datum en geboortedatum te vermelden en bij de vragen het hokje bij dát antwoord aan te kruisen, wat volgens u het meest van toepassing is. Alleen als het uitdrukkelijk bij de vraag vermeld is, mag u meerdere hokjes aankruisen.

Wij verzekeren u dat de gegevens geheel anoniem en vertrouwelijk zullen worden behandeld. Bedenk dat er geen "goede" of "foute" antwoorden zijn. Het gaat om uw persoonlijke mening.

Als u de vragenlijst hebt ingevuld kunt u hem in de bijgaande enveloppe sluiten en ongefrankeerd verzenden.

Wij danken u vriendelijk voor uw medewerking.

Rifoh-werkgroep  
Nijmeegs Universitair  
Huisartsen Instituut.

1. Datum : ...-...-19..  
 Geboortedatum: ...-...-19..

2. Welke adviezen hebt u naar aanleiding van het onderzoek gekregen?

- u kunt een of meerdere mogelijkheden aankruisen.
- . met roken stoppen
- . minder eten
- . minder vet eten
- . minder zout eten
- . ander, nl. ....

--	--	--	--	--

3. Was uw partner ook aanwezig, toen u de adviezen kreeg?

- ja
- nee
- niet van toepassing, ik heb geen partner

--	--	--

4. Waren de adviezen die u kreeg duidelijk?

erg duidelijk	duidelijk	deels duidelijk	nogal onduidelijk	erg onduidelijk

5. Hebt U deze adviezen ook kunnen toepassen in Uw dagelijks leven?

heel goed	goed	redelijk	niet zo goed	slecht

6. Bent u naar uw huisarts gegaan naar aanleiding van de uitslag van het onderzoek op het Consultatiebureau?

- ja, op aanraden van de medewerkers van het consultatiebureau
- ja, uit mezelf
- nee

--	--	--

ALS U NIET BENT GEWEEST, BEANTWOORDT DAN ALLEEN VRAAG 7 EN 8 NOG  
 ALS U WEL GEWEEST BENT, GAAT U DAN VERDER MET VRAAG 9.

7. Waarom bent U niet bij Uw huisarts geweest?

- ik vond het niet nodig, want ik voelde me prima
- ik was het wel steeds van plan, maar er is niets van gekomen.
- ik durfde niet, ik was bang
- de assistente heeft de controle voortgezet
- andere reden, nl. ....

--	--	--	--	--

8. Is nadien Uw bloeddruk nog eens gemeten?

- nee
- één keer
- meerdere keren

--	--	--

Door wie? .....

9. Is uw bloeddruk bij het bezoek aan de huisarts gemeten?

ja  
nee

- Als u nee hebt ingevuld bent u klaar, wij danken u harte-  
lijk voor de moeite.

10. Zo ja, was die bij de huisarts ook te hoog?

ja  
nee  
ik weet het niet

11. Welke behandeling hebt u toen van uw huisarts gekregen?

- u kunt één of meerdere mogelijkheden aankruisen.
- medicijnen tegen hoge bloeddruk
- advies gekregen om minder zout te gebruiken
- advies gekregen om te vermageren
- anders, nl. ....

ALS U MEDICIJNEN HEBT GEKREGEN, GA DAN VERDER MET VRAAG 13.  
ALS U GEEN MEDICIJNEN HEBT GEKREGEN, BEANTWOORDT DAN ALLEEN  
VRAAG 12 NOG.

12. Is nadien uw bloeddruk nog eens gemeten?

nee  
één keer  
meerdere keren

13. Hoe vaak bent u in het laatste jaar voor controle van de  
bloeddruk bij de huisarts geweest?

- geen enkele keer
- een of twee keer
- drie of vier keer
- meer dan vier keer

14. Gebruikt u de medicijnen die u hebt gekregen nu nog regel-  
matig?

ja  
nee

Als u ja hebt ingevuld, bent u klaar, wij danken u harte-  
lijk voor de moeite.

15. Zo nee, waarom bent u gestopt met deze medicijnen?

- u kunt één of meerdere mogelijkheden aankruisen.
- ik voelde me goed, ik had geen klachten
- ik had klachten van medicijnen
- welke? .....
- .....

- bloeddruk was normaal geworden

- ik had geen zin/tijd om steeds weer op het spreek-  
uur te komen

- ik ben het gewoon vergeten

- ik vind dat pillenslikken ongezond

- mijn bloeddruk behandel ik nu anders,

nl. met .....

- ik kon door mijn werk niet steeds op het spreekuur  
komen

- andere reden: .....



## Bijlage 10

Tekst

- Informatiefolder RIFOH-huisartsenproject.  
Brochure uitgegeven door de "Vatenclub" van het Nederlands  
Huisartsen Genootschap en de Interimcommissie RIFOH,  
februari 1982. 10.2
  
- Inschrijfformulier RIFOH-huisartsenproject 10.6

## PREVENTIE VAN HART- VAATZIEKTEH IN HUISARTSPRAKTIJKEN.

### Inleiding

In het jaar 1972 ging het z.g. "Consultatiebureauproject Hartziekten" van start. In het kader van dit project werden door de consultatiebureaus te Doetinchem, Rotterdam en Hilbury personen, behorend tot een bepaalde leeftijdsgroep, uitgenodigd op het bureau te verschijnen teneinde te worden onderzocht op eventuele aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Personen met verhoogd risico werden geadviseerd en werden uitgenodigd voor hercontrole te verschijnen na 4, 8, 12 maanden en na 3 jaar.

Het project had tot doel de uitvoerbaarheid van gestandaardiseerd onderzoek op risicofactoren door consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding te exploreren. Bovendien was het de bedoeling antwoorden te kunnen geven op de vraag of bij de uit te nodigen bevolkingsgroepen voldoende belangstelling voor een dergelijk onderzoek zou bestaan. Een derde vraagstelling was in welke mate onderzoek en advisering bij verhoogd risico zouden leiden tot blijvende verlagings van de risicofactoren.

In het jaar 1976 werden ook de consultatiebureaus te Amsterdam, Leiden en Maastricht in het CB-project opgenomen.

Beëindiging van het project vond plaats op 31 december 1980.

### De werkgroep

#### Vorst

In het jaar 1980 stelde de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een werkgroep in onder voorzitterschap van dr. F.A.

Vorst, hoofd-directeur Gezondheidszorg van het betreffende Ministerie. Deze werkgroep kreeg als opdracht het uitbrengen van advies inzake de ontwikkeling van een extra-murale voorziening ten behoeve van de preventie van hart- vaatziekten.

De werkgroep kwam tot twee aanbevelingen, n.l.:

- a) Gestandaardiseerd onderzoek op risicofactoren voor hart- vaatziekten van 35- (en evt. 36) jarige mannen met aansluitend advisering van de hoog-risicogroep.
- b) Gestandaardiseerd onderzoek op risicofactoren voor hart- vaatziekten van 37-55 jarige mannen en vrouwen met aansluitend advisering van de hoog-risicogroep.

Voor de activiteiten sub a) denkt men aan de basisgezondheidsdiensten als uitvoerende instantie. In eerste instantie zal het onderzoek uitgevoerd worden door vijf van de zes consultatiebureaus van het inmiddels beëindigde "CB-project Hartziekten". In een later stadium zullen ook andere bureaus c.q. basisgezondheidsdiensten deze activiteiten kunnen gaan verrichten.

Ten aanzien van de activiteiten van sub b) stelt de werkgroep voor de uitvoering in huisartspraktijken te situeren, zij het in samenwerking met een sub a) ingeschakeld consultatiebureau.

Hier toe zal door het Ministerie een Stuurgroep Risicofactoren-onderzoek hart- en vaatziekten (Stuurgroep RIFOH) in het leven geroepen worden. De Stuurgroep wordt ondersteund door 3 werkgroepen:

- a) de werkgroep eerstelijns, voornamelijk bemand door huisartsen;
- b) de werkgroep C.B.'s., waarin de consultatiebureaus vertegenwoordigd zijn; en
- c) de werkgroep epidemiologie en statistiek, waarin de deskundigen op dit terrein zitting hebben.

Het Ministerie heeft inmiddels een begin gemaakt met de uitvoering van het advies van de werkgroep Vorst en in het voorjaar 1981 zijn de reeds genoemde consultatiebureaus (excl. Rotterdam) gestart met de uitvoering van het Risicofactorenonderzoek Hart- Vaatziekten (R.I.F.O.H.)-programma.

### Huisarts en

#### preventie

Preventieve werkzaamheden komen in een huisartspraktijk veelal moerlijk van de grond. Gezien de aanwezigheid van allerlei remmende factoren is dit niet onbegrijpelijk. Huisartspraktijken zijn door hun overwegend curatieve gerichtheid in het algemeen wat outillage en administratieve voorzieningen betreft onvoldoende toegerust voor preventieve werkzaamheden. Bovendien werkt het door de ziekenfondsen gehanteerde abonnementshonorariumsysteem in dit opzicht weinig stimulerend. Dit is een te betreuren situatie, want op grond van de bestaande huisarts-patiëntrelatie en de mogelijkheid curatieve hulp te benutten als entree tot preventieve gerichte activiteiten zou de huisarts op preventief terrein een goede partner kunnen zijn.

Het is dan ook verheugend, dat via dit R.I.F.O.H.-huisartsproject huisartsen in de gelegenheid worden gesteld op gelijkwaardige basis actief mee te werken aan preventie van hart- vaatziekten.

Wij hopen, dat vele huisartsen van deze gelegenheid gebruik zullen maken. In deze geest sprak ook de hoofdredacteur van Medisch Contact zich uit (zie Medisch Contact 1980, nr. 48, pag. 1483).

### 2.

#### Werkwijze

#### Eerstelijns

Opsporing en interventie met betrekking tot risicofactoren in huis-

- public health benadering. In tegenstelling tot de laatste genoemde aanpak wordt de eerstelijns benadering gekenmerkt door:
  - Het streven de opsporing en interventie zo veel mogelijk te integreren binnen de reeds bestaande zorgverlening.
  - Het streven de interventie zo veel mogelijk te individualiseren en af te stemmen op de reeds bestaande huisarts-patiënt relatie.
  - Een grote vrijblijvendheid, te karakteriseren als "gelegenheid bieden tot"; het oproepen van personen zal dan ook veelal achterwege blijven.
  - Weliswaar het streven zo veel mogelijk personen te bereiken, maar zonder nadrukkelijke gerichtheid op 100% bereik.
- De hierna te beschrijven beleidslijnen moeten dan ook in samenhang met deze kenmerken worden beschouwd.

**Uitgangspunten**

- De doelgroep omvat de leeftijdsgroep 37-55 jaar binnen de betreffende huisartspraktijk; het samenstellen van een leeftijd-geslacht register, hetzij van deze groep, hetzij van de totale praktijkpopulatie is dus vereist.
- De opsporing en interventie geschiedt volgens een nader aan te geven schema en tijdsplanning; de huisarts kan echter in het kader van de interventie desgewenst aanvullende maatregelen treffen.
- Opsporing, risico-scoring en gegevensverwerking geschieden overeenkomstig het z.g. R.I.F.O.H.-Huisartsproject protocol.
- Bij de advisering maakt de huisarts gebruik van voorlichtingsmateriaal, dat ook door de consultatiebureaus wordt gebruikt.
- Jaarlijks vindt rapportage plaats op nader aan te geven wijze.
- De huisarts neemt de zorg resp. follow-up van de verhoogd risico-groep op zich zonder extra financiële vergoeding.
- Elke medewerker van het project (huisarts, doktersassistente) volgt een door het consultatiebureau te organiseren, kort voorbereidingsprogramma.
- Het opsporingsprogramma wordt uitgevoerd in 2 of 3 jaar.

**Het gestandaardiseerde onderzoek**

- Het te verrichten onderzoek omvat:
  - Anamnese, gericht op rookgewoonten, voedingswijze en gebruik van medicamenten.

- Bloeddrukbepalng.
- Cholesterolbepalng.
- Gewicht/lengtebepalng.
- Urine-onderzoek op eiwit en reductie.

Details met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek zijn vermeld in het z.g. R.I.F.O.H.-Huisartsproject protocol.

**Het interventiebeleid**

De praktische uitvoering van de interventie zal als volgt geschieden. Alle onderzoeken ontvangen schriftelijk uitslag van het onderzoek met vermelding van o.m. de gevonden waarden van bloeddruk en cholesterol en vermelding van wat normaal en wat verhoogd is. Wanneer een licht verhoogd risico is vastgesteld wordt hieraan een schriftelijk advies gekoppeld.

De als hoog risico dragers geïdentificeerde personen worden uitgenodigd voor een mondeling advies.

Wanneer uitgebreid voedingsadvies is geboden, kan huisbezoek wenselijk zijn teneinde ook de echtgenote over de uitvoering hiervan te adviseren.

Deze hoog risico groep komt na 4 maanden voor controle terug en wordt dan zonodig opnieuw geadviseerd. Tussentijdse advisering is uiteraard eveneens mogelijk.

Aan rokers wordt reeds tijdens het onderzoek een mondeling advies gegeven. Wanneer bij hen verder geen verhoogd risico bestaat wordt het advies bij de uitslag nog eens schriftelijk herhaald.

Personen met duidelijk verhoogde bloeddruk komen vanzelfsprekend onder controle en eventueel behandeling van de huisarts.

De mondelinge advisering zal allereerst een bespreking inhouden van de uitkomsten van de onderzochte punten en de betekenis ervan. Het spelen op de angstgevoelens wordt zorgvuldig vermeden; er wordt gestreefd naar het ontwikkelen van voldoende motivatie van de deelnemer tot het volgen van de adviezen. Op de voorgrond staat het vrijwillig karakter van de gewenste verandering in leefstijl.

Ter aanvulling van de mondelinge informatie en bij de schriftelijke adviezen wordt in het programma gebruik gemaakt van up to date schriftelijk voorlichtingsmateriaal.

Het bovenstaande is te beschouwen als een standaardpakket van maat-

Uitslag en advies bij de groepen I, II en III kan naar keuze mondeling of schriftelijk worden gegeven.

f) Spreekuur arts: de huisarts geeft aan welke personen hij zelf wil zien op grond van de onderzoekuitkomsten en bij wie hij voortgezette spreekuur controle gewenst vindt.

#### Samenwerking met het consultatiebureau

Zoals reeds vermeld, is samenwerking met een consultatiebureau geboden. Deze voorwaarde ligt voor de hand gegeven het feit, dat vijf bureaus wat betreft ervaring en outillage voor deze preventieve taakvervulling goed zijn toegerust. Aanpassing aan de CB werkwijze biedt bovendien een unieke gelegenheid tot vergelijking van opsporings- en interventieresultaten.

De samenwerking zal in concreto gestalte krijgen, doordat het CB:

- Het voorbereidingsprogramma organiseert.
- Zich beschikbaar stelt voor advies en steun bij eventueel zich voordoende problemen.
- Het benodigde materiaal voor de administratie, de bloedopvang en de te geven voorlichting levert.
- De registratiegegevens in ontvangst neemt en doorstuurt.
- De bloedmonsters in ontvangst neemt en doorzendt.

#### De financiële vergoeding

Per persoon, onderzocht en eventueel heronderzocht in het kader van het hier beschreven R.I.F.O.H.-Huisartsproject ontvangt de huisarts een bedrag van f 42,-.

Dit bedrag is te beschouwen als vergoeding voor de werktijd van de praktijkassistente, voor het gebruik van ruimten en instrumentarium en voor de verzendkosten.

#### De evaluatie

Het aantal onderzoeken per huisartspraktijk is klein en bovendien verdeeld over 20 leeftijdsjaren mannen en vrouwen.

Om tot een evaluatie te komen zullen een aantal praktijken bij elkaar genomen moeten worden en over een periode van 2 à 3 jaar moeten worden beschouwd. Het programma moet nog worden opgesteld, maar zal in gelede

regelen. Vanzelfsprekend behoudt de huisarts te allen tijde de vrijheid deze aanpak aan te vullen met adviezen en voorschriften, die hij noodzakelijk acht. Verslaglegging van deze aanvullende maatregelen is dan echter wel geboden.

Het is bovendien aan de huisarts om te beoordelen in hoeverre hij de hierbeschreven advisering zelf verricht of deze delegeert aan de doktersassistente. De mogelijkheden van delegatie aan de doktersassistente zijn onlangs duidelijk beschreven door de huisarts J. van Ree <sup>1)</sup>.

#### Werkschema

In concreto komt de uitvoering van het onderzoek neer op het achter-eenvolgens verrichten van de volgende werkzaamheden:

a) Uitnodiging voor het onderzoek. Tijdens het spreekuurbezoek wordt met personen die tot de aangegeven leeftijdsgroep behoren een afspraak voor het R.I.F.O.H.-onderzoek gemaakt (op basis van vrijwilligheid). Deze afspraken worden bijgehouden in een R.I.F.O.H.-onderzoek register.

Bij deze afspraak wordt een vragenlijst ter invulling thuis meegegeven.

b) Onderzoek: de mee te nemen urine wordt in ontvangst genomen, waarna de vragenlijst met betrokkene wordt doorgenomen en de antwoorden worden gecodeerd. Gewicht, lengte en bloeddruk worden gemeten, bloed afgenomen voor cholesterol, urine onderzocht op eiwit en suiker.

c) Bloedverwerking: de bloedmonsters worden tot serum verwerkt, in de diepvries bewaard en éénmaal per week of veertien dagen via het CB naar Rotterdam verzonden; eventueel kan een andere werkwijze met het CB worden overeengekomen.

d) Verwerking van uitkomsten: na ontvangst van de cholesteroluitslagen wordt de indeling in risicogroepen gemaakt. De codestroken worden via het CB naar IWIS gezonden.

e) Uitslag en advies: de personen van risicogroep IV worden voor mondeling advies opgeroepen. Bij de advisering wordt een afspraak gemaakt voor heronderzoek over 4 maanden.

1) van Ree, J.W., Het Nijmeegs Interventie Project, Nijmegen, dissertatie 1981.

geval de volgende vier punten omvatten:

- a) Aantal mannen en vrouwen in de leeftijd van 37 tot 55 jaar in het praktisch bestand en het aantal dat hiervan onderzocht is, in leeftijdsgroepen van 5 jaar.
- b) Uitkomsten van het eerste onderzoek naar afzonderlijke risicofactoren en indeling in risicogroepen.
- c) Aantal personen van risicogroep IV dat aan het heronderzoek heeft deelgenomen en redenen van niet-verschijnen voor heronderzoek na 4 maanden.
- d) Resultaten van de interventie bij groep IV door vergelijking van uitkomsten heronderzoek na 4 maanden met de uitkomsten van het eerste onderzoek.
- e) Medio 1982 zal door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut een begin worden gemaakt met een evaluatie-onderzoek in opdracht van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Deelname aan het R.I.F.O.H.-Huisartsen project

Aangezien het project zich thans nog in een aanloopfase bevindt, dienen geïnteresseerde huisartsen er rekening mee te houden, dat er in 1982 slechts 24 praktijken kunnen deelnemen.

Tot slot:

Voor nadere informatie:

Nederlands Huisartsen Genootschap,  
t.a.v. Mevrouw P.M.J. Thomassen-Claessen,  
Burg. Relgerstraat 87,  
3581 KP UTRECHT.  
Telefoon: 030 - 516741. (dagelijks van 9-14.30 u.)

Brochure uitgegeven door de  
"Vatclub" van het  
Nederlands Huisartsen Genootschap en  
de Stuurgroep R.I.F.O.H.

februari 1982

KISICCIACTOEFONDERZOLK HART-VAATZIEKTEN (R.I.F.O.H.).  
 HUISARTSENPROJECT.

Praktijkgegevens.

1. Naam:
2. Praktijkadres:  
Telefoon:
3. Welke van de hier vermelde C.B.'s is voor u het dichtstbijzijnd? C.B. Amsterdam  
(s.v.p. het betreffende C.B. omcirkelen). C.B. Leiden  
C.B. Rotterdam  
C.B. Tilburg  
C.B. Doetinchem  
C.B. Maastricht
4. Hoe groot is de afstand van uw praktijk naar dat C.B.? ca. ....km
5. Praktijkvorm? solo-praktijk  
(s.v.p. de betreffende praktijkvorm omcirkelen en bij de duo -praktijk  
laatste twee voorbeelden s.v.p. aantal artsen vermelden).  groepspraktijk  
 gezondheidscentrum
6. Hoe groot is de praktijk per arts ongeveer? ca. ....patienten  
(ziekenfonds+particulier)?
7. In hoeverre is in uw praktijk een praktijkassistente fulltime / parttime  
werkzaam? niet
8. Heeft uw praktijkassistente de mogelijkheid in het kader ja / nee  
van het R.I.F.O.H.-huisartsen-project, patiënten apart te  
ontvangen gedurende  $\pm$  2 uur per week?
9. a. Is uw registratie geschikt om een praktijk-populatie ja / nee  
samen te stellen?
- b. Zo nee, bent u in staat of bereid in het kader van het ja / nee  
R.I.F.O.H.-huisartsen-project een dergelijke registratie  
samen te stellen of te laten samen stellen?

Datum:

Handtekening:

n.b.: Dit formulier s.v.p. na invulling retourneren met gebruik van  
 bijgaande antwoordenvolpette.

## Bijlage 11

## DIVERSEN

- Verantwoording bewerking patiënt-  
onderzoekgegevens 11.2
- Verantwoording vragenlijst A+B 11.3
- Uitsprakenlijst assistentes uit  
vragenlijst 1,5-2 jaar na de start 11.4
- Verantwoording IWIS-gegevens 11.7
- Kostenspecificatie uit Rapport cie. Vorst 11.9

Registratieperiode oktober '82 t/m december '84. Het tijdstip van start verschilde per praktijk. Daarnaast stopten drie praktijk vroegtijdig.

De registratieperiode varieert daardoor van 59 tot 118 weken. Door organisatorische misverstanden en registratie-ontrouw werden er in gemiddeld 5% van de weken geen activiteiten genoteerd, terwijl deze er wel waren. Dit laatste was te controleren aan de hand van de opeenvolgende onderzoeksnummers. De registratie-ontrouw kwam voornamelijk op rekening van 4 praktijken.

Aan de hand van de door IWIS-TNO\* verstrekte gegevens over de patiëntenonderzoeken werd gekeken in hoeverre er discrepantie was tussen het aantal genoteerde basisonderzoeken in de logboeken en de werkelijk in de computer ingevoerde aantallen. De onderregistratie in de logboeken bedroeg 11%. Na correctie voor de weken met non-registratie zoals boven genoemd echter gemiddeld 5%, met een spreiding van 0-21 procent.

De betrouwbaarheid van de invulling van de andere items in het merendeels voorgedrukte logboek zullen hiermee ongeveer in overeenstemming zijn.

\* Instituut voor Wiskunde, Informatieverwerking en Statistiek van TNO. Via de Consultatiebureaus belandden daar alle patiëntenonderzoeksgegevens.



## VERANTWOORDING VRAGENLIJST A

Deze is uitgedeeld door de assistente van de huisarts aan hoogrisicodragers bij het heronderzoek na 4 maanden. Getracht is een hoge respons te bereiken door de vragenlijst in de praktijk te laten invullen; dit laatste is echter niet overal gebeurd. In wisselende mate is hij mee naar huis gegeven (leesbril!).

Aan 20 praktijken zijn 960 vragenlijsten ter hand gesteld, per praktijk was het aantal afhankelijk van het aantal deelnemers aan het onderzoek. Sommige praktijken kregen -achteraf gezien- te veel vragenlijsten. In totaal werden 148 vragenlijsten oningevuld retour genomen, d.w.z. 15%. Van het resterende deel kwam 83% (674) ingevuld retour, het overige deel is naar huis meegegeven en niet terug gekomen, of zoekgeraakt in de praktijk.

De responsgroep blijkt geen afspiegeling van de totale groep hoogrisicodragers te zijn. Jonge vrouwen zijn oververtegenwoordigd, ouderen ondervertegenwoordigd (toch die leesbril?).

## VRAGENLIJST B

Deze is op het consultatiebureau uitgedeeld aan hoogrisicodragers bij het heronderzoek na 4 maanden.

Aan 5 CB's werden 490 vragenlijsten ter hand gesteld. 485 Exemplaren werden retour ontvangen waarvan 474 konden worden bewerkt (97%).

	onbekend of n.v.t.	(helemaal) mee eens	niet eens, niet oneens	(helemaal) mee oneens
1. Het was moeilijk patiënten te motiveren om aan het onderzoek deel te nemen.			1 3	8 11
2. Ik vond de medewerking van patiënten met verhoogd risico teleurstellend.		0 3	2 3	7 8
3. Ik had de indruk dat de patiënten meer vertrouwen hadden in de begeleiding van de huisarts dan in de mijne.			3 1	6 13
4. Mijn huisarts laat nu veel meer aan mij over dan voor het RIFOH-project.	7 0	0 2	2 3	0 9
5. Met de C.B.-training kan elke assistente een screeningsprogramma als het RIFOH-programma uitvoeren.	0 1	8 12	1 1	
6. Mijn indruk is, dat door het onderzoek de patiënten bangere zijn geworden dat ze het aan het hart hebben.		0 3	2 2	7 9
7. De verantwoording die ik had voor de gang van zaken binnen het RIFOH-project was te groot voor mij.			0 1	9 13
8. Ik heb de indruk dat de patiënten het prettig vonden, dat ze door mij werden onderzocht en geadviseerd en niet door de huisarts.	2 0	3 5	3 8	1 1
9. Mijn huisarts heeft me teveel aan mijn lot overgelaten.	3 1	0 3	0 1	6 9
10. Ik kon de hele gang van zaken in het RIFOH-project goed aan.	0 1	9 11	0 2	
11. Ik vond het RIFOH-project zoals het opgezet was, moeilijk uit te voeren.		0 1	1 0	8 13
12. De patiënten vertelden mij nogal eens dingen die ze niet aan de huisarts durfden zeggen.		4 10	2 3	3 1

	onbekend of n.v.t.	(helemaal) mee eens	niet eens, niet oneens	(helemaal) mee oneens
13. Ik had de indruk, dat het RIFO-project helemaal los van de normale praktijk stond.		3 5	1 4	5 5
14. Ik heb vaak met mijn handen in het haar gezeten, omdat ik de uitvoering van het RIFOH-programma niet aankon.				9 14
15. Ik heb mijn werk binnen het RIFOH geheel zelfstandig kunnen uitvoeren.		9 14		
16. Ik had de indruk, dat de patiënten niet begrepen waarom zij bepaalde adviezen kregen.		0 1	0 1	9 12
17. De huisarts doet heel vaak dingen die de assistente net zo goed zou kunnen doen.	3 0	2 9	3 1	1 4
18. De uitvoering van het RIFOH-project vormde een ernstige inbreuk op het normale praktijkgebeuren.	4 0	0 1	0 4	5 9
19. Ik zou graag ook ná het 3 <sup>e</sup> jaar met het RIFOH-project doorgaan.	1 1	5 4	1 3	2 6
20. Als ik de hele organisatie niet had bewaakt zou het onderzoek de mist in zijn gegaan.	2 2	7 6	0 2	0 4
21. Door het RIFOH-programma hebben de patiënten meer verantwoordelijkheidsgevoel gekregen voor hun eigen gezondheid.		9 8	0 6	
22. Ik vind het eigenlijk niet verantwoord om de begeleiding van patiënten met verhoogd risico aan de assistente over te laten.		3 0	3 4	3 10
23. Omdat ik zo zelfstandig kon werken binnen het RIFOH-project heb ik met veel plezier gewerkt.		7 12	2 2	
24. De cursus bij de start van het onderzoek was onvolgende om het programma uit te kunnen voeren.	0 1	3 3	1 2	5 8

	onbekend of n.v.t.	(helemaal) mee eens	niet eens, niet oneens	(helemaal) mee oneens
25. De samenwerking tussen mij en de huisarts in het RIFOH-project was erg goed.	2 0	7 5	0 5	0 4
26. De aanwezigheid van de partner vormde voor de patiënten een stimulans om zich aan de gegeven adviezen te houden.		6 10	2 4	1 0
27. Ik vond het prettig resultaten te zien van mijn advisering.	0 1	9 12		
28. Ik vond het wat intensievere contact met de patiënten prettig.	1 0	7 13	1 1	
29. Ik werd vaak door de huisarts gecontroleerd of ik het werk goed deed.	1 0		1 1	7 13
30. Mijn werk binnen het RIFOH-project had tot gevolg, dat andere werkzaamheden in het gedrang kwamen.	7 0	0 3	0 1	2 10
31. Ik vond het erg moeilijk om patiënten met verhoogd risico te motiveren om zich aan de gegeven adviezen te houden.	1 0	1 2	1 2	6 10
32. Ik ben blij als het RIFOH-project na 3 jaar afgelopen is.	0 1	2 3	2 5	5 5

Verantwoording bij patiëntenonderzoeksgegevens zoals verzameld door  
IWIS-TNO via de 6 ondersteunende basisgezondheidsdiensten.

Per 1-1-'86 waren 11489 records opgenomen in het bestand, terwijl er volgens de logboekgegevens 12201 basisonderzoeken waren verricht. De discrepantie is verklaarbaar op grond van de volgende gegevens:

- 1) Tijdsperiode tussen datum basisonderzoek en invoeren van de gegevens in de computer;
- 2) Gegevens van personen die na 4 maanden heronderzocht moeten worden, bereiken IWIS-TNO pas na afhandeling van dit heronderzoek;
- 3) Fouten in records worden gecorrigeerd en verblijven enige tijd op de z.g. foutenlijst. Indien de praktijk niet in staat is tot correctie zal het onderzoek niet worden opgenomen;
- 4) Onvolledige records (vnl. heronderzoek groep) kunnen ontstaan door het plotseling stoppen van de Rifoh-activiteiten, zoals dit een enkele maal is voorgekomen.

Per 1-1-'86	12201	basisonderzoeken verricht
1-1-'86	11489	basisonderzoeken ingevoerd
Verskil	<u>712</u>	
In foutenlijst	<u>241</u>	
	471	records (nog) niet ingevoerd.

Het later invoeren van de hoogrisicodragers die voor heronderzoek in aanmerking komen geeft een afwijkende verdeling van het bestand. Om dit effect te elimineren zijn alleen de records met basisonderzoeken vóór 1-7-'86 voor analyse gebruikt (N=10885). Voor vroegtijdig gestopte praktijken is er een controle uitgevoerd op de aanwezigheid van personen uit de heronderzoeksgroep. Op basis van deze controle zijn van één praktijk alle records van patiënten en van een andere allen die later dan 1 jaar na de start zijn onderzocht niet gebruikt (N=10460).

Correctie voor de 88 records (< 1%) die nog steeds op de foutenlijst staan en voor het overgrote deel personen uit de (twee) hoogste risicogroep(en) vertegenwoordigen (langere procedure, veel gegevens → meer fouten) is niet mogelijk.

162 records werden er uitgelaten omdat ze verwerking niet toelieten, nl. bij voorbaat al gekenmerkt als epidemiologisch niet verwerkbaar of onvolledigheid basisonderzoek.

Kostenspecificatie zoals opgenomen in het Rapport van de Commissie Vorst.

4. Kostenopbouw

Uitgegaan wordt van 140 onderzoeken per jaar; hiervan komen in aanmerking voor mondeling advies en heronderzoek na 4 maanden 23%, dit zijn 32 personen. Totaal aantal onderzoeken: 172. Bij de heronderzoeken krijgt niet iedereen een cholesterolbepaling; in verband hiermee wordt het totaal aantal cholesterolbepalingen op 160 gesteld.

4.1. Werktijd praktijkassistentes

- onderzoektijd eerste onderzoek per persoon			20 min.
administratie en bloedverwerking			20 min.
			<hr/>
op jaarbasis	140	x	40 min.
			40 min. = 93.3 uur
- heronderzoek na 4 maanden			20 min.
administratie en bloedverwerking			20 min.
			<hr/>
op jaarbasis	32	x	40 min.
			40 min. = 21.3 uur
- verzending schriftelijke uitslagen aan niet-hoog risico personen = 77% x 140 x 5 min.			9.00 uur
- scholing, bijscholing, besprekingen 4 dagen per jaar			32.00 uur
			<hr/>
			155.60 uur
- vakantie en feestdagen (31 dagen) = 12% koffie-thee 30 minuten per 8 uur = 6,25% totaal 18,25% van 155.6 uur =			28.40 uur
			<hr/>
			184.00 uur

4.2. Kosten voor de huisarts.

- salaris praktijkassistente			
$\frac{184}{2080} \times f 41.500,--$	=	f	3.671,--
- reiskosten voor scholing assistente	=	f	120,--
- gebruik ruimten, schoonhouden, gas elektr., telefoon etc. 124 uur à f 8,--	=	f	992,--
- gebruik centrifuge, meetlat, weegschaal, bloeddrukmeter; bloedbuizen, naalden, urinestrookjes <sup>†</sup> 160 x f 5,--	=	f	800,--
- porti, verzendkosten bloed	=	f	300,--
			<hr/>
		f	5.883,--
(per deelnemer is dit f 5883,-- : 140 = f 42,--)			

4.3. Verdere kosten

- cholesterolbepaling 160 x f 8,--	=	f	1.280,--
- onderzoekformulieren, enveloppen etc. 172 x f 1,--	=	f	172,--
- voorlichtings-folders	=	f	140,--
- werkzaamheden CB-staf voor controle-gegevens ter computer verwerking 140 x 5 min. à f 21,-- per uur	=	f	245,--
- computerverwerking') $\frac{172}{90000} \times f 150.000$	=	f	287,--
- evaluatiekosten') $\frac{172}{90000} \times f 196.840$	=	f	376,--
- aandeel CB-staf in scholing en bijscholing		P.M.	
			<hr/>
		f	2.500,--
(per deelnemer is dit f 2.500,-- : 140 = f 17,86)			



## Bijlage 12

## TABELLEN

- Inhoud	12.2
- 1- 4 behorend bij hoofdstuk XI	12.5
- 5-20 behorend bij hoofdstuk XII	12.7
- 21-31 behorend bij hoofdstuk XIII	12.20

**Bijlage 12 Tabellen**

1. Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie in 19 praktijken naar geslacht en geboortejaar. Tevens onderzochte populatie in 21 praktijken.
2. Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie naar geslacht, per praktijk.
3. Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie naar geboortejaar, per praktijk.
4. Vergelijking van de leeftijds-, geslachtsverdeling en het percentage hoogrisicodragers bij de onderzochte personen in de zeven nader bestudeerde praktijken met de rest en het totaal der praktijken.
5. Verdeling van de onderzochte populatie naar risicogroep, per leeftijds- en per geslachtscategorie.
6. Verdeling van de onderzochte populatie naar risicogroep, per praktijk.
7. Percentage personen uit de onderzochte populatie per praktijk met een waarde boven de grens voor de vier afzonderlijke risicofactoren. Tevens anamnesegegevens diabetes en hartinfarct.
8. Verdeling van de cholesterolwaarden bij de onderzochte mannen en vrouwen en gemiddelde waarden.
9. Verdeling van de diastolische bloeddrukwaarden in de onderzochte populatie bij eerste meting en gemiddelde waarde, per praktijk.
10. Indeling van de onderzochte populatie naar de diastolische bloeddrukwaarde van de meting, die gehanteerd werd voor de risicotokenning (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting), per praktijk.
11. Verdeling van de onderzochte mannen en vrouwen naar rookgedrag.

12. Verdeling van de onderzochte mannen en vrouwen naar de waarde voor het relatief gewicht.
- 13a. Verdeling van de onderzochte **mannen** met een diastolische bloeddrukwaarde (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting) onder en boven de 90 mmHg naar bloeddrukanamnese.
  - b. Idem **vrouwen**.
- 14a. Idem 13a, **mannen** met een diastolische bloeddrukwaarde boven en onder 95 mmHg.
  - b. Idem 14a. **Vrouwen**.
- 15a. Indeling van de onderzochte **mannen** met een negatieve dan wel positieve bloeddrukanamnese naar de waarde voor de diastolische bloeddruk (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting).
  - b. Idem. **Vrouwen**.
16. Percentage en aantal personen van de onderzochte populatie met een bloeddrukwaarde boven de grens, percentage medicatiegebruikers en het deel van hen met een waarde  $\geq 90$  resp.  $\geq 95$  mmHg en het percentage met een positieve anamnese zonder medicatie en het deel van hen met een waarde  $\geq 90$  resp.  $\geq 100$  mmHg. Per praktijk.
17. Het percentueel voorkomen van additionele risicofactoren bij mannen en vrouwen met een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddruk-medicatie.
18. Het percentueel voorkomen van een of meer additionele risicofactoren bij mannen en vrouwen met een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddruk-medicatie.
19. Idem 18. Naar vier subgroepen betreffende bloeddrukanamnese.
20. Idem 18. Vergelijking van de subgroep met een positieve anamnese betreffende hartinfarct met de totale groep.

21. Percentage personen met een verhoogde bloeddruk, al dan niet met medicatie, dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte en gemiddelde waarden bij basis- en heronderzoek, totaal en naar subcategorie.
22. Percentage personen met een verhoogd cholesterolgehalte, dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte en gemiddelde waarden bij basis en heronderzoek, per praktijk.
23. Idem. DIASTOLISCHE BLOEDDRUK.
24. Percentage van één- en tweemaal heronderzochte personen dat met ROKEN gestopt is dan wel minder rookt dan 5 sigaretten/dag na 4 maanden en 1 jaar, per praktijk.
25. Idem. Streefwaarde RELATIEF GEWICHT.
26. Percentage personen met een verhoogd cholesterolgehalte, dat de streefwaarde bereikte na 4 maanden en 1 jaar en gemiddelde waarden, per praktijk.
27. Idem. DIASTOLISCHE BLOEDDRUK.
28. Mate waarin de praktijken erin slaagden hoogerisicodragers voor het tweede heronderzoek te zien.
29. Percentage mannen en vrouwen dat na 4 maanden en 1 jaar de streefwaarde bereikte voor de verschillende risicofactoren naar leeftijd. N=1603.
30. Gemiddelde waarden van de verschillende risicofactoren op de drie verschillende tijdstippen, totaal en per subcategorie.
31. Percentage personen dat na 4 maanden en 1 jaar de streefwaarde bereikte voor de diastolische bloeddruk en gemiddelde waarden op de drie tijdstippen, totaal en per subcategorie. Beide naar medicijngebruik bij basisonderzoek.

Tabel 1 Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie in 19 praktijken naar geslacht en geboorteaar. Tevens onderzochte populatie in 21 praktijken.

	Mannen	Vrouwen	1928-1939	1940-1949
Doelpopulatie 19 praktijken N=20165	49	51	50	50
Onderzochte populatie 19 praktijken N=10025	45	55	49	51
Onderzochte populatie 21 praktijken N=10460	45	55	50	50

Tabel 2 Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie naar geslacht, per praktijk.

Praktijk nr.	Doelpopulatie		Onderzochte populatie	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
1	49	51	43	57
2	51	49	43	57
3	45	55	35	65
5	44	56	37	63
6	51	49	47	53
7	54	46	44	56
8	53	47	52	48
9	-	-	39	61
10	-	-	44	56
11	47	53	43	57
12	47	53	40	60
13	50	50	44	56
14	52	48	49	51
15	50	50	43	57
16	46	54	46	54
17	48	52	45	55
18	54	46	51	49
19	47	53	42	58
20	51	49	47	53
21	48	52	42	58
22	48	52	45	55
Totaal	49 (9938)	51 (10227)	45 (4681)	55 (5779)

Tabel 3 Samenstelling doelpopulatie en onderzochte populatie naar geboorteaar, per praktijk.

Praktijk	Doelpopulatie				Onderzochte populatie			
	1928-1939		1940-1949		1928-1939		1940-1949	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
1	51		49		50		50	
2	52		48		45		55	
3	46		54		44		56	
5	62		38		68		32	
6	50		50		49		51	
7	49		51		47		53	
8	38		62		44		56	
9					53		47	
10					57		43	
11	49		51		55		45	
12	58		42		56		44	
13	56		44		58		42	
14	42		58		39		61	
15	53		47		51		49	
16	40		60		41		59	
17	44		56		48		52	
18	45		55		46		54	
19	58		42		54		46	
20	46		54		39		61	
21	56		44		61		39	
22	55		45		57		43	
Totaal	50	(10047)	50	(10118)	50	(5271)	50	(5189)

Tabel 4 Vergelijking van de leeftijds-, geslachtsverdeling en het percentage hoogrisicodragers bij de onderzochte personen in de zeven nader bestudeerde praktijken (nr. 1,5,6,12,13,18, 20) met de rest en het totaal der praktijken.

	Zeven praktijken N=4872	Rest N=5588	Totaal N=10460
<u>Geslacht</u>			
Mannen	45	44	45
Vrouwen	55	56	55
<u>Geboorteaar</u>			
1928-1939	48	49	48
1940-1949	52	51	52
Percentage hoogrisicodragers	29	29	29

Tabel 5 Verdeling van de onderzochte populatie naar risicogroep, per leeftijds- en geslachtscategorie.

	≤ 45 jaar		> 45 jaar		Mannen		Vrouwen		Totaal	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Geen verhoogd risico	33	(1741)	20	(1000)	22	(993)	31	(1748)	27	(2741)
Iets verhoogd risico	18	(965)	19	(961)	18	(819)	19	(1107)	19	(1926)
Licht verhoogd risico	27	(1461)	25	(1258)	27	(1256)	26	(1463)	26	(2719)
Verhoogd risico	21	(1161)	35	(1751)	33	(1531)	24	(1381)	28	(2912)
Totaal	100	(5328)	100	(4970)	100	(4599)	100	(5699)	100	(10298)

Tabel 6 Verdeling van de onderzochte populatie naar risicogroep, per praktijk.

Praktijk nummer	Geen verhoogd risico	Iets verhoogd risico	Licht verhoogd risico	Verhoogd risico	Totaal	
					%	(N)
1	25	21	31	23	100	(370)
2	19	14	36	31	100	(113)
3	20	17	28	35	100	(273)
5	17	22	23	38	100	(428)
6	22	16	30	32	100	(482)
7	29	21	22	28	100	(257)
8	38	20	24	17	100	(315)
9	28	23	29	20	100	(162)
10	20	23	25	32	100	(253)
11	34	17	27	22	100	(261)
12	21	19	31	30	100	(573)
13	23	19	29	29	100	(688)
14	34	17	26	23	100	(681)
15	15	15	28	41	100	(396)
16	42	19	26	13	100	(196)
17	25	17	23	35	100	(627)
18	27	20	30	22	100	(999)
19	22	19	24	36	100	(245)
20	29	18	25	29	100	(1276)
21	32	19	22	27	100	(1236)
22	26	19	26	29	100	(467)
Totaal	27	19	26	28	100	(10298)



Tabel 7 Percentage personen uit de onderzochte populatie per praktijk met een waarde boven de grens voor de vier afzonderlijke risicofactoren. Tevens anamnesegegevens diabetes en hartinfarct.

Praktijk nummer	N=	Cholesterol $\geq 6.0$ mmol/l	Diastolische tensie $\geq 90$ mmHg	Roken $\geq 5$ sigaretten/dag	Relatief gewicht $\geq 110$	Diabetes	Hartinfarct; zelf of 1 <sup>e</sup> graad familie 55 j.
1	370	34	5	38	35	2	10
2	113	43	34	39	29	1	9
3	273	43	4	48	30	2	6
5	428	50	12	42	30	1	9
6	482	34	8	46	32	3	11
7	257	39	13	37	31	0	13
8	315	31	7	29	18	1	11
9	162	25	11	36	43	2	7
10	253	48	11	36	40	2	12
11	261	35	2	39	23	2	8
12	573	42	19	39	42	1	8
13	688	43	17	36	35	2	12
14	681	31	4	38	23	1	12
15	396	45	10	51	41	2	14
16	196	28	3	27	24	1	9
17	627	41	18	36	29	1	10
18	999	32	9	37	35	1	7
19	245	49	9	38	36	1	9
20	1276	34	19	36	30	1	11
21	1236	41	13	27	26	1	9
22	467	38	11	39	33	2	12
Totaal	10298	38	12	37	31	1	10

Tabel 8 Verdeling van de cholesterolwaarden bij de onderzochte mannen en vrouwen en gemiddelde waarden.

Cholesterolgehalte mmol/l	Mannen	Vrouwen	Totaal
<5	21	29	26 (2632)
5-5.9	35	38	37 (3771)
6-6.9	28	22	24 (2525)
7-8.9	15	10	12 (1269)
≥9	1	1	1 (101)
Totaal	100 (4599)	100 (5699)	100 (10298)
Gemiddelde waarde	5,8 mmol/l	5,6 mmol/l	5,7 mmol/l

Tabel 9 Verdeling van de diastolische bloeddrukwaarden in de onderzochte populatie bij eerste meting en gemiddelde waarde, per praktijk.

Praktijk nr.	Diastolische bloeddruk mmHg							Totaal		Gem. waarde
	<80	80-84	85-89	90-94	95-99	100-104	≥105	% (N)		
1	43	40	7	4	1	4	1	100 (370)	79	
2	5	9	28	12	12	18	16	100 (113)	94	
3	52	26	15	4	2	1	0	100 (273)	78	
5	37	30	13	8	3	6	2	100 (428)	81	
6	43	20	17	7	6	4	3	100 (482)	82	
7	25	41	8	17	1	4	3	100 (257)	83	
8	50	21	15	8	4	4	2	100 (315)	80	
9	27	28	26	12	5	1	1	100 (162)	82	
10	35	38	10	10	2	3	2	100 (253)	81	
11	86	9	3	1	0	0	1	100 (261)	71	
12	29	27	19	15	6	3	2	100 (573)	84	
13	23	26	24	15	6	3	4	100 (688)	85	
14	59	24	8	4	3	1	1	100 (681)	77	
15	38	25	22	6	4	3	3	100 (396)	81	
16	52	30	13	3	1	2	0	100 (196)	79	
17	24	28	17	12	5	8	6	100 (627)	85	
18	40	27	18	7	3	3	2	100 (999)	81	
19	39	25	24	5	1	5	2	100 (245)	80	
20	29	20	20	12	7	7	5	100 (1276)	85	
21	40	21	19	12	4	3	2	100 (1236)	82	
22	30	49	5	11	0	5	1	100 (467)	80	
<b>Totaal</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>100 (10298)</b>	<b>82</b>	

Tabel 10 Indeling van de onderzochte populatie naar de diastolische bloeddrukwaarde van de meting die gehanteerd werd voor de risicotokenning (dit kan de eerste, tweede of derde meting zijn geweest), per praktijk.

Diastolische bloeddruk mmHg Praktijk nr.	<80	80-84	85-89	90-94	95-99	100-104	≥105	Totaal	
								%	(N)
1	43	44	9	1	1	1	1	100	(370)
2	7	12	48	12	8	4	9	100	(113)
3	52	27	17	3	1	1	0	100	(273)
5	37	31	19	5	3	3	1	100	(428)
6	44	24	24	2	3	1	2	100	(482)
7	25	47	14	11	0	2	1	100	(257)
8	50	23	21	4	1	1	1	100	(315)
9	27	30	33	6	3	1	1	100	(162)
10	35	38	16	7	1	2	1	100	(253)
11	86	9	3	1	0	0	1	100	(261)
12	29	29	23	12	3	3	1	100	(573)
13	23	29	32	9	3	2	3	100	(688)
14	59	25	12	1	2	1	0	100	(681)
15	38	27	25	3	3	2	2	100	(396)
16	52	30	15	1	2	1	0	100	(196)
17	25	32	24	7	3	4	4	100	(627)
18	40	27	24	5	2	1	1	100	(999)
19	39	26	27	4	1	2	1	100	(245)
20	30	25	27	9	3	5	2	100	(1276)
21	40	23	24	6	4	2	2	100	(1236)
22	30	51	8	6	0	4	1	100	(467)
Totaal	38	28	22	6	2	2	2	100	(10298)

Tabel 11 Verdeling van de onderzochte mannen en vrouwen naar rookgedrag.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Rookgedrag			
Nooit gerookt	16	44	32 (3275)
> 5 j. gestopt	21	12	16 (1669)
< 5 j. gestopt	11	7	9 (890)
Pijp en/of sigaren	7	1	3 (314)
1- 4 sigaretten/dag	2	4	3 (353)
5- 9 sigaretten/dag	4	5	5 (484)
10-24 sigaretten/dag	28	20	24 (2465)
24-39 sigaretten/dag	9	6	7 (725)
> 39 sigaretten/dag	2	1	1 (123)
Totaal	100 (4599)	100 (5699)	100 (10298)

Tabel 12 Verdeling van de onderzochte mannen en vrouwen naar de waarde voor het relatief gewicht.

Relatief gewicht	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 90	10	15	13 (1319)
90-99	26	27	27 (2757)
100-109 en 110-124 en kleiner dan 1.50 m	34	25	29 (3006)
110-124	24	21	22 (2271)
> 124	6	12	9 (945)
Totaal	100 (4599)	100 (5699)	100 (10298)

Tabel 13-a Verdeling van de onderzochte **mannen** met een diastolische bloeddrukwaarde (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting) onder en boven de 90 mmHg naar bloeddrukanamnese.

	Diastolische tensie < 90 mmHg	Diastolische tensie ≥ 90 mmHg	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	84	41	78 (3573)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	13	37	16 (759)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	3	22	6 (267)
Totaal	100 (3926)	100 (673)	100 (4599)

Tabel 13-b Idem **Vrouwen**

	Diastolische tensie < 90 mmHg	Diastolische tensie ≥ 90 mmHg	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	83	32	78 (4435)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	13	33	15 (835)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	4	35	7 (411)
Totaal	100 (5138)	100 (561)	100 (5699)

Tabel 14-a Verdeling van de onderzochte mannen met een diastolische bloeddrukwaarde (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting) onder en boven de 95 mmHg naar bloeddrukanamnese.

	Diastolische tensie < 95 mmHg	Diastolische tensie ≥ 95 mmHg	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	81	38	78 (3573)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	15	37	16 (759)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	4	25	6 (267)
Totaal	100 (4238)	100 (361)	100 (4599)

Tabel 14-b Idem Vrouwen

	Diastolische tensie < 95 mmHg	Diastolische tensie ≥ 95 mmHg	Totaal
Negatieve anamnese bloeddruk	81	26	78 (4435)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	14	31	15 (853)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	5	43	7 (411)
Totaal	100 (5311)	100 (388)	100 (5699)

Tabel 15-a Indeling van de onderzochte **mannen** met een negatieve dan wel positieve bloeddrukanamnese naar de waarde van de diastolische bloeddruk (1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> meting).

Anamnese \ Diastolische tensie	Diastolische tensie					Totaal
	<90	90-94	95-99	100-104	>104	
Negatieve anamnese bloeddruk	92	4	2	1	1	100 (3573)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	68	15	5	8	5	100 (759)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	44	22	12	11	11	100 (267)
<b>Totaal</b>	<b>85</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>100 (4599)</b>

Tabel 15b Idem **Vrouwen**

Anamnese \ Diastolische tensie	Diastolische tensie					Totaal
	<90	90-94	95-99	100-104	>104	
Negatieve anamnese bloeddruk	96	2	1	1	1	100 (4435)
Positieve anamnese bloeddruk Geen medicatie	78	12	4	4	3	100 (853)
Positieve anamnese bloeddruk Wel medicatie	52	18	13	11	6	100 (411)
<b>Totaal</b>	<b>90</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>100 (5699)</b>



Tabel 16 Percentage en aantal personen van de onderzochte populatie met een waarde boven de grens, percentage medicatiegebruikers en het deel van hen met een waarde  $\geq 90$  resp.  $\geq 95$  mmHg en het percentage met een positieve anamnese zonder medicatie en het deel van hen met een waarde  $\geq 90$  resp.  $\geq 100$  mmHg. Per praktijk N=10298

Praktijk Nr.	Diastolische tensie $\geq 90$ mmHg		Percentage Medicatie gebruikers	Percentage met positieve anamnese		Geen medicatie	Percentage met positieve anamnese	
	%	N		Waarvan $\geq 90$ mmHg	Waarvan $\geq 95$ mmHg		Waarvan $\geq 90$ mmHg	Waarvan $\geq 100$ mmHg
1	5	(18)	7,8	28	24 (7)	15,9	12	7 (4)
2	34	(38)	5,3	67	50 (3)	14,2	62	19 (3)
3	4	(11)	7,7	38	14 (3)	11,0	0	0
5	12	(53)	7,9	73	51 (18)	15,4	17	9 (2)
6	8	(40)	4,8	39	26 (6)	11,6	29	14 (8)
7	13	(34)	4,3	82	27 (3)	17,1	23	5 (2)
8	7	(22)	1,3	100	50 (2)	13,3	21	7 (3)
9	11	(17)	10,5	35	23 (4)	24,7	17	3 (1)
10	11	(28)	8,7	50	27 (6)	15,0	32	11 (4)
11	2	(5)	5,0	8	0	11,1	10	3 (1)
12	19	(107)	3,8	59	27 (6)	14,7	44	14 (12)
13	17	(115)	8,3	60	39 (22)	14,0	40	14 (10)
14	4	(25)	4,4	40	33 (10)	11,9	7	5 (3)
15	10	(39)	5,8	48	39 (9)	19,9	24	6 (5)
16	3	(6)	2,6	40	40 (2)	17,3	12	3 (1)
17	18	(114)	4,9	84	55 (17)	13,6	45	26 (22)
18	9	(86)	7,1	39	22 (16)	12,7	25	10 (8)
19	9	(21)	5,3	23	23 (3)	15,5	34	11 (4)
20	19	(236)	6,6	61	42 (35)	21,4	34	14 (37)
21	13	(166)	10,8	48	25 (33)	18,9	22	6 (14)
22	11	(53)	6,0	57	32 (9)	13,1	29	13 (8)
Totaal	12,0	(1234)	6,6	51	32 (214)	15,7	27	9 (152)

NB. Tweede (medicatie) of derde meting

Tabel 17 Het percentueel voorkomen van additionele risicofactoren bij mannen en vrouwen met een bloeddruk  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddrukmedicatie.

	N	M tot - V	Cholesterol- gehalte $\geq 6.0$ mmol/l		Roken $\geq 5$ sigaret- ten/dag		Relatief gewicht $\geq 110$		Zelf hartin- farct 1 <sup>e</sup> graads familie 55jr.	
Diastolische bloeddruk $\geq 90$ mmHg met of zonder medicatie	1234	561 ----- 673	52	57 ----- 46	33	40 ----- 25	51	47 ----- 55	12	
Medicatiege- bruikers met diastolische bloeddruk $< 90$ mmHg	333	118 ----- 215	48	56 ----- 44	28	34 ----- 25	50	38 ----- 56	17	17 ----- 18
Totaal										
M		679		57		39		45		
V		888	51	46	32	25	50	56	13	

Tabel 18 Het percentueel voorkomen van een of meer additionele risicofactoren bij mannen en vrouwen met een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddruk-medicatie.  
N=1567

	N	M tot - V	Additionele risicofactoren			
			geen	één	twee	drie
Diastolische bloeddruk $\geq 90$ mmHg			17	35	35	13
			19	37	35	10
			21	38	34	7
Medicijnen gebruik en diastolische bloeddruk $< 90$ mmHg			21	39	31	9
			19	43	30	7
			18	44	30	6
Totale groep			18	35	34	13
			19	38	34	10
			20	40	33	7

Tabel 19 Het percentueel voorkomen van een of meer additionele risicofactoren bij personen met een diastolische bloeddruk  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddrukmedicatie, naar 4 subgroepen.

		N	Additionele risicofactoren			
			geen	één	twee	drie
Diastolische bloeddruk $\geq 90$ mmHg	bloeddrukanamnese negatief	456	19	38	32	11
	bloeddrukanamnese positief med. (-)	433	19	34	36	10
	bloeddrukanamnese positief med. (+)	345	19	35	37	10
Diastolische bloeddruk $< 90$ mmHg	bloeddrukanamnese positief med. (+)	333	19	43	30	7
Totaal		1567	19	38	34	10

Tabel 20 Het percentueel voorkomen van een of meer additionele risicofactoren bij personen met een diastolische tensie  $\geq 90$  mmHg en/of bloeddrukmedicatie én een positieve infarct anamnese, in vergelijking met de totale groep.

	N	Additionele risicofactoren			
		geen	één	twee	drie
Totale groep	1567	19	38	34	10
Subgroep met positieve anamnese hartinfarct	211	14	39	35	13

Tabel 21 Percentage personen met een verhoogde bloeddruk, al dan niet met medicatie, dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte en gemiddelde waarden bij basis- en heronderzoek, totaal en naar subcategorie.

Diastolische bloeddruk mmHg	N	Streefwaarde bereikt %	Uitgangswaarde Basis-onderzoek	Gemiddelde waarde	
				Basis-onderzoek	Her-onderzoek
Geen medicijngebruik bij basis-onderzoek	589	28	<b>Totaal</b>	<b>98</b>	<b>94</b>
			90- 99	94	92
			≥ 100	105	97
Medicijngebruik bij basisonderzoek	205	27	<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>94</b>
			90- 99	95	91
			≥ 100	106	97
<b>Totaal</b>	<b>794</b>	<b>28</b>	<b>Totaal</b>	<b>99</b>	<b>94</b>
			90- 99	94	92
			≥ 100	105	97

Tabel 22 Percentage personen met een verhoogd cholesterolgehalte, dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte, gemiddelde waarde bij basisonderzoek en heronderzoek na 4 maanden, per praktijk\*.

Praktijk nr.	N	Streefwaarde bereikt %	Gemiddelde waarden mmol/l	
			Basisonderzoek	Heronderzoek 4 mnd
1	44	25	7,2	6,6
3	29	14	7,4	6,8
5	99	8	7,7	7,0
6	83	31	7,1	6,5
7	48	27	7,3	6,6
8	40	20	7,4	6,7
10	52	10	7,5	6,8
11	35	9	7,7	7,2
12	127	21	7,4	6,8
13	162	19	7,3	6,8
14	95	25	7,3	6,6
15	104	21	7,2	6,7
17	131	16	7,3	6,8
18	163	25	7,2	6,6
19	52	17	7,5	7,0
20	247	19	7,2	6,7
21	230	15	7,3	6,9
22	85	22	7,3	6,7
Alle praktijken	1884	20	7,3	6,8

\* indien  $N \geq 25$

Tabel 23 Percentage personen met een verhoogde bloeddruk, dat na 4 maanden de streefwaarde bereikte en gemiddelde waarde bij basis- en heronderzoek, per praktijk\*.

Praktijk nr.	N	Streefwaarde bereikt %	Gemiddelde waarden mmHg	
			Basisonderzoek	Heronderzoek 4 mnd
1	12	33	99	92
2	27	15	101	96
5	24	33	96	93
6	33	24	100	95
7	17	29	95	92
8	12	25	100	93
10	10	30	101	93
12	62	42	97	92
13	77	21	99	95
14	13	23	99	91
15	25	24	99	98
17	76	18	101	96
18	65	32	98	93
19	11	55	97	89
20	163	25	98	96
21	113	26	99	94
22	38	40	97	90
Alle praktijken	794	28	99	94

\*  $N \geq 10$

Tabel 24 Percentage van één- en tweemaal heronderzochte personen, dat met ROKEN gestopt is, dan wel minder rookt dan 5 sigaretten/dag na 4 maanden en 1 jaar, per praktijk\*.

Praktijk nr.	N	4 maanden gestopt <5 sig./dag		N	4 maanden gestopt <5 sig./dag		1 jaar gestopt <5 sig./dag	
		%	%		%	%	%	%
		1	31		7	10	25	4
2	14	7	0					
3	24	8	0					
5	52	2	2	29	3	0	7	0
6	72	11	3	58	10	3	24	2
7	35	3	6	24	0	4	4	0
8	18	17	6	11	18	9	36	0
9	13	0	0					
10	27	7	0	18	11	0	6	0
11	21	10	4					
12	81	10	15	56	13	16	13	11
13	101	7	5	71	9	6	13	7
14	65	5	5	55	4	6	7	7
15	80	5	3	54	7	2	11	2
17	82	7	5	55	6	7	11	0
18	96	3	5	90	2	6	7	8
19	30	20	0					
20	155	9	1	122	9	2	16	3
21	122	11	4	80	11	3	11	6
22	58	5	3	42	2	2	0	2
Alle praktijken	1186	8	4	822	7	5	11	4

\* N ≥ 10

Tabel 25 Percentage van één en tweemaal heronderzochte personen, dat streefwaarde bereikt, na 4 maanden en 1 jaar. Per praktijk.  
RELATIEF GEWICHT

Praktijk nr.	N	Streefwaarde bereikt %		Streefwaarde bereikt %	
		4 mnd	N	4 mnd	1 jaar
1	30	17	22	18	14
2	14	21			
3	15	13			
5	43	23	28	20	11
6	52	12	41	7	32
7	27	15	17	18	18
8	15	27	13	31	31
9	22	36			
10	31	16	20	25	25
11	17	35			
12	89	9	56	11	7
13	111	19	80	20	15
14	41	15	31	13	23
15	71	6	50	6	12
17	78	18	58	21	17
18	121	8	113	8	13
19	28	21	11	18	18
20	150	19	121	16	16
21	132	15	83	17	21
22	61	21	42	24	21
Alle praktijken	1157	16	808	16	17

$N \geq 10$



Tabel 26 Percentage personen met een verhoogd cholesterolgehalte, dat streefwaarde bereikt, gemiddelde waarde bij basisonderzoeken na 4 maanden en 1 jaar. Per praktijk\*

Praktijk nr.	N	Streefwaarde bereikt %		Gemiddelde waarde in mmol/l		
		4 mnd.	1 jaar	Basisonderzoek	4 mnd.	1 jaar
1	35	26	14	7,1	6,5	6,8
5	62	5	3	7,5	7,0	7,3
6	65	29	22	7,1	6,5	6,7
7	27	30	33	7,1	6,5	6,5
8	27	26	22	7,4	6,5	6,6
10	34	9	18	7,6	6,8	6,9
12	90	21	17	7,4	6,7	6,9
13	117	18	18	7,3	6,7	6,8
14	84	25	12	7,3	6,6	6,9
15	69	17	23	7,2	6,8	6,9
17	92	19	17	7,2	6,7	6,8
18	153	25	22	7,2	6,6	6,7
20	189	20	25	7,1	6,6	6,6
21	162	15	17	7,2	6,8	6,7
22	63	21	14	7,4	6,7	6,8
Alle praktijken	1330	20	18	7,3	6,7	6,8

\*  $N \geq 25$

Tabel 27 Percentage personen met een verhoogde diastolische bloeddruk, dat streefwaarde bereikte, na 4 maanden en 1 jaar en gemiddelde waarde, per praktijk\*.

Praktijk nr.	N	Streefwaarde bereikt %		Gemiddelde waarde in mmHg		
		4 mnd.	1 jaar	Basisonderzoek	4 mnd.	1 jaar
1	10	40	20	99	90	97
2	14	21	29	101	96	94
5	17	24	29	96	95	94
6	25	20	48	99	96	92
7	11	18	18	94	93	92
8	11	18	36	100	94	95
12	37	46	35	97	91	91
13	58	24	31	99	95	95
15	20	20	5	102	99	100
17	56	14	23	100	95	94
18	63	32	30	98	93	94
20	124	25	20	98	95	97
21	26	42	42	97	89	91
22	71	27	30	99	93	94
Alle praktijken	558	27	28	99	94	95

\*  $N \geq 10$

Tabel 28 Mate waarin de praktijken erin slaagden hoogrisicodragers voor het tweede heronderzoek te zien. N=21

Heronderzoek 1 jaar	Aantal praktijken	Praktijknummer
≥ 95%	1	18
85-94	2	13, 20
75-84	3	6, 14, 21
65-74	6	5, 8, 12, 15, 17, 22
50-65	4	1, 7, 2, 10
< 50	5	3, 11, 16, 19, 9

Tabel 29 Percentage mannen en vrouwen dat na 4 maanden en 1 jaar de streefwaarde bereikte voor de verschillende risicofactoren naar leeftijd. N=1603

Risicofactor	N	Mannen		Vrouwen		Totaal
		< 45 jr.	≥ 45 jr.	< 45 jr.	≥ 45 jr.	
* Cholesterol ≥ 6.0 mmol/l	1330					
- 4 maanden		24	20	28	15	20
- 1 jaar		24	17	28	13	18
* Diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg	558					
- 4 maanden		23	27	24	29	27
- 1 jaar		26	27	32	29	28
* roken gestopt	822					
- 4 maanden		9	7	3	8	7
- 1 jaar		5	12	7	10	11
≥ 5 sigaretten/dag						
- 4 maanden		2	5	5	7	5
- 1 jaar		3	14	4	6	4
* Relatief gewicht ≥ 110	808					
- 4 maanden		17	20	8	14	16
- 1 jaar		18	22	11	15	17

Tabel 30 Gemiddelde waarden van de verschillende risicofactoren op de drie verschillende tijdstippen, totaal en per subcategorie

		6.0-6.9	≥ 7.0	Totaal
N		451	879	1330
Cholesterolgehalte mmol/l	Uitgangswaarde	6,4	7,7	7,3
	4 maanden	6,2	7,0	7,1
	1 jaar	6,2	7,1	6,8
		90-99	≥ 100	Totaal
N		313	245	558
Diastolische bloeddruk mmHg	Uitgangswaarde	94	104	99
	4 maanden	92	97	94
	1 jaar	93	97	95
		110-124	≥ 125	Totaal
N		536	272	808
Relatief gewicht	Uitgangswaarde	116	139	124
	4 maanden	113	135	121
	1 jaar	114	137	122

Tabel 31 Percentage personen dat na 4 maanden en 1 jaar de streefwaarde bereikte voor de diastolische bloeddruk en gemiddelde waarden op de drie tijdstippen, totaal en per subcategorie. Beide naar medicijngebruik bij basisonderzoek.

	Streefwaarde bereikt %		Uitgangswaarde Basisonderzoek mmHg	Gemiddelde waarde mmHg			N
	4 mnd	1 jaar		Basis- onderzoek	4 mnd	1 jaar	
Geen medicijn- gebruik bij basisonderzoek	27	29	Totaal	98	94	94	403
			90- 99	94	92	92	
			≥ 100	104	97	97	
Wel medicijn- gebruik bij basisonderzoek	27	26	Totaal	99	94	96	155
			90- 99	94	92	94	
			≥ 100	105	97	99	