NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

HET H U A N - PROJECT (herziene versie)

Onderzoeksprotocol

ingediend bij de Nederlandse Hartstichting

aanvrager: Prof.dr. F.J.A. Huygen

E. van de Lisdonk - projectleider (NUHI)

W. van den Bosch (NUHI)

J. Gabeler (NHI)

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT POSTBUS 2570 - 3500 GN UTRECHT
IJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT POSTBUS 9101 - 6500 HB NIJMEGEN

INHOUDSOPGAVE

pagina

Voorwoord 1

1. Inleiding 5

2. Doelstelling en probleemstelling 6

3. Vraagstellingen 10

4. Opzet en methoden 10
   4.1. Inleiding 10
   4.2. Opzet 11
   4.3. Onderzoeksmethoden 12
   4.3.1. Observatie van spreekuurconsulten 13
   4.3.2. Onderzoek van patiëntenkaarten 13
   4.3.3. Gestructureerde vragenlijsten 14
   4.3.4. De onderzoekstechnieken die gebruikt worden ter opsporing van de oorzaken van leemten 14
   4.4. De onderzoekssteekproef 16

5.

6. Werkwijze bij het onderzoek 17
   6.1. Inleiding 17
   6.2. Proefonderzoek 18
   6.3. Het trekken van de steekproef 18
   6.4. Dataverzameling ten behoeve van het meten van de feitelijke zorg en de verschillen tussen de geleverde zorg en de criteria 19
   6.4.1. Observaties van spreekuurcontacten 19
   6.4.2. Onderzoek van patiëntenkaarten 19
   6.4.3. Gestructureerde vragenlijsten 20
   6.5. Dataverzameling ten behoeve van het opsporen van mogelijke oorzaken van de gevonden verschillen

7. Nascholing 21
   7.1. Inleiding 21
   7.2. De ontwikkeling en uitvoering van de nascholing 22
   7.3. De evaluatie van de nascholing

8. Organisatiestructuur 24

9. Tijdsplanning 26

Voorwoord.

Voorgeschiedenis

Door de Nederlandse Hartstichting in het idee opgevat te komen tot een nascholingsproject voor huisartsen ter verbetering van de zorgverlening in het kader van de bestrijding van hart- en vaatziekten. In een coproductie tussen het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en het Nederlands Huisartsen Instituut wordt in dit protocol een voorstel gedaan om te komen tot een adequate opzet van het gevraagde nascholingsproject.

Doel

Het einddoel van het HUAN is dus een nascholingsproject.
Het is van wezenlijk belang een dergelijk nascholingsproject niet te baseren op veronderstelde interessen en behoeften,maar op wetenschappelijk aangetoonde gangbare tekorten in de zorgverlening voor deze patiënten en de oorzaken die voor deze tekorten zijn aan te wijzen.

Onderzoeksvoorstel

Het is deze grondgedachte die leidt tot het in dit protocol beschreven voorstel voor een onderzoek naar gangbare tekorten en de oorzaken daarvoor in de zorgverlening door huisartsen op het gebied van hart- en vaatziekten.

Opzet

De opzet van het onderzoek is zodanig dat in de praktijk van de huisarts zoveel mogelijk door observatie gegevens worden verzameld over de werkwijze van de huisarts ten aanzien van de preventie van hart- en vaatziekten en de diagnostiek, therapie en nazorg bij patiënten met klachten of aandoeningen van hart en vaten.
Deze gegevens worden getoetst aan tevoren opgestelde criteria die een minimaal noodzakelijk te achten zorgverlening op deze gebieden beschrijven. Het gaat daarbij om de verschillen tussen de feitelijk geleverde zorg en de criteria. Deze verschillen worden gerelateerd aan gegevens over mogelijke oorzaken voor deze tekorten.

Ook deze gegevens worden in de praktijk van de huisarts verzameld. De inhoud van het nascholingsproject wordt bepaald door de gevonden leemten in zorgverlening en de oorzaken die hiervoor mogelijk zijn aan te wijzen.

Methoden

De belangrijkste onderzoeksmethode is de praktijkobservatie: een observator woont de spreekuren van de huisarts bij en noteert wat hij hoort en ziet. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van door de huisarts op patiëntenkaarten geregistreerde gegevens en van vragenlijsten die in interviewvorm door de observator worden afgenomen bij de huisarts en zijn assistente.

Nascholing

Het HUAN-onderzoek vormt het begin van een cyclus waarin nascholing wordt gebaseerd op aangetoonde leemten in zorgverlening en oorzaken hiervoor. Evaluatie van de effecten van de nascholing en het opsporen van oorzaken voor eventueel onvoldoende effecten zijn toekomstige stappen in deze cyclus die buiten het huidige project vallen.

In het voorliggende protocol vindt U het onderzoeksvoorstel uitgewerkt. Frequent wordt hierin verwezen naar de apart gebundelde bijlagen.

Prof. Dr. F.J.A. Huygen

Hoofdstuk 1.

Inleiding

In de gezondheidszorg speelt de huisarts gezien zijn plaats en functie een belangrijk rol bij de opsporing en bestrijding van hart- en vaatziekten. De wijze waarop de huisarts deze rol vervult zal steeds veranderen en mogelijk te verbeteren zijn. Nascholing is daarbij een hulpmiddel, erop gericht huisartsen dusdanig te beïnvloeden dat de kwaliteit van hun werk wordt bevorderd.
Deze gedachten hebben in mei 1979 geleid tot een subsidie-aanvraag bij de Nederlandse Hartstichting voor een onderzoek met als titel:

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

vraagstelling:

a) wat zijn de leemten in kennis, vaardigheid en attitude van de huisarts wat betreft de preventie, opsporing, behandeling en nazorg van hart- en vaatziekten?

b) wat zijn de belemmerende of bevorderende factoren t.a.v. een optimale zorg van de huisarts op dit gebied?

c) hoe dient een nascholingsproject te worden opgezet om een optimaal effect op dit gebied te bereiken?

Aanvrager was Prof.Dr. F.J.A. Huygen. Het was voorzien dat bij het onderzoek zowel het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut(NUHI) als het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) werden betrokken.
Het NUHI gezien de aansluiting op de onderzoekslijnen "epidemiologie in de huisartspraktijk" en "toepassingen in de huisartspraktijk" van dit instituut, het reeds in uitvoering zijnde onderzoek "Nijmeegs Interventie Project", gericht op het testen van de uitvoerbaarheid en de effecten van opsporing en behandeling van risico-patiënten voor hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk en de vele contacten die dit instituut heeft met huisartsen, o.a. vanuit de specifieke beroepsopleiding voor huisartsen.

Het NHI, gezien de taak van het NHI, zoals het verrichten en stimuleren van onderzoek betreffende de praktijkvoering en nascholing van huisartsen en gezien de activiteiten en ervaring van dit instituut met name inzake de hypertensie.
De samenwerking tussen NUHI en NHI is in een samenwerkingsovereenkomst geregeld.

Teneinde een doelmatig nascholingsproject op te zetten, dient de inhoud van zulk een project nauwkeurig vastgesteld te worden. We sluiten ons daartoe aan bij het door Miller (1976) opgestelde schema van te nemen stappen:

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

De stappen 1 en 2 zijn in de periode dat dit protocol tot stand kwam reeds doorlopen. De omlijning van het probleemgebied wordt hieronder beschreven; de ontwikkelde criteria vindt men na pagina 19 van dit protocol.

De stappen 3 en 4 vormen de fase van veldonderzoek van het project: omdat van wezenlijk belang wordt geacht zoveel mogelijk het werkelijke gedrag van een huisarts als maat te kunnen hanteren, zal het veldonderzoek in de praktijk en veelal tijdens de spreekuren van de huisarts plaatsvinden.

De stappen 5 en 6 hebben als object de nascholing gemeen. Men kan in het kader van nascholing in dit project drie momenten onderscheiden: het ontwikkelen van de vorm van de nascholing (de inhoud wordt gebaseerd op stap 1 t/m 4 voor het schema van Miller), de praktische uitvoering hiervan en een evaluatie. Tot stap 5 behoort een evaluatie van vorm en inhoud voor de nascholing in de zin van uitvoerbaarheid en satisfactie voor deelnemers en organisatoren.
Stap 6 beoogt een effectevaluatie in termen van tot stand gekomen gedragsverandering.

Wanneer we deze plannen op een tijdsschaal gaan uitzetten, gaat het project er in grote lijnen als volgt uitzien:

- het veldonderzoek: inclusief dataverwerking, analyse en rapportage zal dit 1 jaar een 6 à 9 maanden in beslag nemen;
- ontwikkelen en praktisch uitvoeren van de nascholing zal zeker 9 maanden duren (mede afhankelijk van de gekozen vorm);
- evaluatie van de nascholing: kort na de nascholing is het mogelijk om vorm en opzet van de nascholing te evalueren en bij te stellen; men heeft daar een maand of twee voor nodig.
  Effectevaluatie in de zin van gedragsverandering kan evenwel pas na vele maanden worden uitgevoerd en vereist een geheel eigen onderzoeksmatige opzet.

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

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

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

* De cijfers hebben betrekking op gegevens over 11.880 patiënten over de periode 1971-1978.
"Nieuw" geeft het cijfer voor het aantal patiënten bij wie de huisarts in 1 jaar het genoemde ziektebeeld voor het eerst vaststelt.
"Bekend" geeft het cijfer voor het aantal patiënten dat de huisarts in 1 jaar geconsulteerd heeft met een aan hem bekende ziekte.

Andere ziekten van de tractus circulatorius komen met geringere frequenties voor.
Varices en haemorrhoiden zullen in dit project niet aan de orde komen, omdat atherosclerose niet als belangrijkste oorzaak hieraan ten grondslag ligt.

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

De huisartsgeneeskundige benadering kent de volgende zorggebieden:

- preventie
- diagnostiek
- therapie en
- revalidatie.

Aangezien preventie, waaronder we die zorg verstaan, waardoor het optreden van ziekte werkelijk voorkómen wordt of in de tijd wordt uitgesteld, bij de bestrijding van hart- en vaatziekten de meest wezenlijke taak is, zullen we aan zogenaamde risico-indicatoren (roken, hypertensie en een verhoogd serumcholesterolgehalte als belangrijkste en verder een positieve familieanamnese inzake hart- en vaatziekten, overgewicht en diabetes mellitus) aandacht besteden.
De huisarts kan middels de bovengenoemde taken invloed uitoefenen op de genoemde hart- en vaatziekten. Dit geldt in mindere mate voor cerebrovasculaire aandoeningen, reden waarom dit ziektebeeld, afgezien van de aandacht voor preventie, verder niet in dit project in beschouwing wordt genomen.

Hoofdstuk 2.

Doelstelling en probleemstelling

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

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

Probleemstelling:

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

Hoofdstuk 3.

Vraagstellingen

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

1.1. welke leemten* vertoont de huisarts ten aanzien van preventie van hart- en vaatziekten?

1.2. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van het in een vroeg stadium diagnostiseren dan wel uitsluiten van belangrijke hart- en vaatziekten en ten aanzien van diagnostiek bij patiënten bekend met hart- en vaatziekten?

1.3. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van therapie-instelling bij patiënten bekend met hart- en vaatziekten?

1.4. welke leemten vertoont de huisarts ten aanzien van de revalidatie van post-infarct-patiënten?

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

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

3. Kan er een nascholingsprogramma worden ontwikkeld dat gericht is op het opheffen van de oorzaken van de verschillen tussen feitelijke zorg bij hart- en vaatziekten en de criteria die hiervoor zijn opgesteld.

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

Vraagstelling 1 kunnen we als volgt specificeren:

1.1. Ten aanzien van preventie:
- spoort de huisarts actief hypertensie op?
- heeft de huisarts aandacht voor roken?
- heeft de huisarts aandacht voor overgewicht?
- heeft de huisarts aandacht voor de familie-anamnese inzake hart- en vaatziekten?
- heeft de huisarts aandacht voor het serumcholesterolgehalte?

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

1.3. Ten aanzien van therapie/management:

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

1.4. Ten aanzien van revalidatie van postinfarct-patiënten:

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

Hoofdstuk 4.

Opzet en Methoden

4.1. Inleiding

Nu in hoofdstuk 1 is aangegeven welke probleemgebieden in het onderzoek betrokken worden en in de hoofdstukken 2 en 3 vanuit welke vraagstellingen we naar die probleemgebieden gaan kijken, kunnen we nu overgaan tot de beschrijving van de opzet van het onderzoek.
In dit hoofdstuk zullen we enkel de hoofdlijnen daarvan aangeven.
Een nadere detaillering volgt in de hoofdstukken 5 en 6. Zo wordt het mogelijk om eerst een globale indruk te krijgen van het soort onderzoek dat ons voor ogen staat, waarna minitieus bekeken kan worden hoe een en ander concreet in zijn werk zal gaan.

4.2. Opzet

Het onderzoek is vooral gericht op de fasen 3 en 4 van het Millerschema (zie pagina 2.): onderzocht zal worden in hoeverre de zorg die door de huisartsen geleverd wordt overeenkomt met de door ons hiervoor opgestelde criteria. Vervolgens zal worden bekeken wat de mogelijke oorzaken zijn voor de verschillen tussen de geleverde zorg en de ontwikkelde criteria.
Nadat de oorzaken van deze verschillen zijn opgespoord kan begonnen worden met de ontwikkeling van een nascholingsprogramma, dat speciaal gericht is op het wegnemen van deze oorzaken. Hierin zit het specifieke van het Millerschema: er wordt een nascholingsprogramma ontwikkeld dat rechtstreeks aansluit op de redenen waarom een arts anders handelt dan volgens objectieve normen van hem verwacht zou mogen worden.

Het begrip "criteria" is hiermee tot een centraal begrip geworden in de gehele opzet van het HUAN-project. Vandaar dat het goed is om even nader stil te staan bij de ontwikkeling van deze criteria.
Criteria voor een *"optimale"* zorg ten aanzien van hart- en vaatziekten zijn nauwelijks vast te stellen. Aangezien onder het optimum een aantal items reikend van wenselijk tot persé noodzakelijk valt, zouden criteria dienaangaande teveel subjectieve keuzen kunnen bevatten. Bovendien gaat het in dit project om gangbare tekorten bij huisartsen.
De criteria dienen veeleer als een obligaat minimum-pakket te worden beschouwd. Er is daarom gekozen voor een model waarin de zorg ten aanzien van hart- en vaatziekten omschreven is in criteria waaraan de huisarts *minimaal*

moet voldoen. Uitgaande van deze gedachte is er in eerste instantie een lijst van criteria opgesteld van elk van de 4 genoemde taakgebieden van de huisarts.
Aangezien het de bedoeling is dat het handelen van de huisarts getoetst wordt aan de hand van de criteria moeten deze niet alleen aan inhoudelijke, maar ook aan een aantal methodologische eisen voldoen.

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

Rekening houdend met bovenstaande punten is een lijst van criteria opgesteld. Deze lijst is een aantal malen intensief besproken in bijeenkomsten met 10 ervaren huisartsen.
De resultaten van deze besprekingen zijn voorgelegd aan een hoogleraar algemeen interne geneeskunde en een cardioloog met wie we al eerder in het project hebben kunnen overleggen. Na dit overleg is de definitieve lijst opgesteld (zie bijlage 1).

Teneinde te weten te komen of de huisarts voor zichzelf andere maatstaven hanteert dan die uit de door ons opgestelde criteria benaderen we de huisartsen ook met een lijst beleidsvragen (zie bijlage 5).
De feitelijk geleverde zorg door de huisarts kan op deze manier ook getoetst worden aan door hem zelf vernoemde maatstaven.
Zowel de door ons opgestelde criteria als de criteria die de arts voor zichzelf hanteert worden in het onderzoek gemeten. De onderzoeksmethoden waarmee dit gaat gebeuren staan in de volgende paragraaf.

4.3. Onderzoeksmethoden

Voor het onderzoek naar de verschillen tussen de feitelijk geleverde zorg en de hiervoor opgestelde criteria en de mogelijke oorzaken voor deze verschillen worden een aantal onderzoekstechnieken gebruikt.
Voor de eerste vraagstelling zal gebruik worden gemaakt van de volgende methoden:

- observatie van spreekuurcontacten
- onderzoek van een steekproef van patiëntenkaarten
- gestructureerde vragenlijsten.

Voor de opsporing van oorzaken van discrepanties zal gebruik worden gemaakt van:
- een interview met de huisarts (arts- en praktijkkenmerken)
- een interview met de doktersassistente
- observatie praktijkinrichting
- schriftelijke vragenlijsten voor de huisarts betreffende kennis, beleid en attitude.

Hieronder zullen de genoemde methoden kort worden toegelicht.

4.3.1. Observatie van spreekuurconsulten.

Voordeel van deze methode is, dat zo een aantal aspecten van het huisartsenhandelen bestudeerd kunnen worden in de praktijksituatie zelf.
Men meet gedrag. Hiermee voorkomt men het vaak voorkomende probleem, dat artsen zeggen anders te handelen dan zij in feite doen.
Wel is het in theorie mogelijk dat zij bewust of onbewust ander gedrag simuleren (het zgn. Hawthorne-effect). Wij menen echter dat dit effect wanneer men artsen in hun natuurlijke werkomgeving observeert gering zal zijn. De workload van een huisarts en zijn gewoonlijk hoge werktempo maken het hem niet mogelijk zich lang achter elkaar anders voor te doen dan normaal. Ook als hij dit zou nastreven blijkt dat hij snel weer terugvalt in zijn dagelijkse routine (Thomassen, 1979). En hoe dan ook is het altijd beter (dat wil zeggen betrouwbaarder) om gedrag te meten door naar gedrag te kijken dan door artsen te vragen hoe zij zich gedragen.
Er moet één kanttekening gezet worden bij de observatie als meetinstrument. Voor betrouwbare observaties is het noodzakelijk, dat het gedrag dat men wil vastleggen in voldoende mate voorkomt. Zeldzamer gevallen zullen op een andere wijze bestudeerd moeten worden.
Bij de hantering van dit meetinstrument gaat de observator als volgt te werk: gedurende een week woont hij de spreekuren bij en vult van elk consult een observatieformulier (zie bijlage 3) aan de hand van zijn waarnemingen en inspectie van de patiëntenkaart.

4.3.2. Onderzoek van patiëntenkaarten.

Het voordeel van deze methode is dat men zo een inzicht krijgt in het handelen van de arts ten aanzien van minder frequent optredende gevallen.
Het nadeel is dat het materiaal minder diepgaand en iets minder betrouwbaar is: men kan bijvoorbeeld afleiden welke medicatie is gegeven, of er verwezen is, maar niet altijd of de arts leefregels heeft gegeven en dergelijke.
Bovendien is men hierbij volledig afhankelijk van de nauwgezetheid waarmee de arts dergelijke zaken registreert. Ook bij deze methode is men echter afhankelijk van het feit of de huisarts betrouwbaar over zijn activiteiten rapporteert (het probleem bij interviews).
Voor dit onderdeel wordt de assistente gevraagd om samen met de observator (een deel van) het patiëntenbestand door te lopen en die patiënten aan te wijzen die met hart- en vaatziekten bekend zijn. Indien voor deze patiënten reeds kleurcoderingen gebruikt worden, kan de observator zelf deze groep vaststellen.

4.3.3. Gestructureerde vragenlijsten.

De vragenlijsten bestaan uit voorgeprogrammeerde vragen over uiteenlopende onderwerpen, hart- en vaatziekten betreffende, die in interview-vorm door de observator de huisarts worden voorgelegd.
De constructie van de vragenlijsten is zodanig dat de observator binnen een lijst voorgedrukte wenselijke en minder wenselijke antwoorden, de door de huisarts gegeven antwoorden slechts behoeft aan te kruisen. De methode vraagt om een geconcentreerd en serieus gesprek tussen huisarts en observator, waarbij de observator handelt volgens stringente richtlijnen. Deze richtlijnen behelsen onder andere maatregelen waardoor de observator zich strikt aan de gegeven teksten houdt en niet met de huisarts in discussie gaat. Aan een en ander wordt binnen de training,die de observatoren zullen ondergaan, aandacht gegeven.
Voordelen van deze methode zijn, dat men inzicht kan verwerven in aspecten die weinig frequent voorkomen, niet afhankelijk is van de mate van nauwkeurigheid waarmee de huisarts zijn registratie bijhoudt en van alle huisartsen betrokken bij het onderzoek op dezelfde items antwoord krijgt. Nadeel is dat de methode iets minder betrouwbaar is omdat het antwoord meer kan tenderen naar wat wenselijk is dan naar wat de huisarts feitelijk doet in de praktijk.
Dit laatste geldt met name voor die vragen die betrekking hebben op dusdanig zelden voorkomende aandoeningen dat de observator ze tijdens observatie van de spreekuren zelden of misschien zelfs helemaal niet zal zien. Om dit nadeel enigszins te ondervangen zal een deel van de vragen over weinig frequent voorkomende ziektebeelden en situaties gaan aan de hand van concrete patiënten wier kaarten uit het archief van de huisarts zijn getrokken.
Zo zal bijvoorbeeld over de nazorg van de hartinfarctpatiënt mede aan de hand van kaarten van patiënten die ooit een hartinfarct doormaakten de vragenlijst worden ingevuld.

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

Het interview met de huisarts en met de doktersassistente zal bestaan uit een serie vragen met grotendeels gesloten antwoordmogelijkheden.
De lijst "observatie praktijkinrichting" houdt in, dat de observator met eigen ogen bepaalde praktijkenmerken observeert en beoordeelt.
Wat de schriftelijke vragenlijsten voor de huisarts over kennis en beleid betreft, deze zijn ingesloten in de onder 4.3.3. genoemde "gestructureerde vragenlijsten". Wat daar beschreven staat voor gedrag in de praktijk geldt evenzeer voor kennis en beleid. De kennisvragen bieden de mogelijkheid het eventueel ontbreken van kennis aan te merken als oorzaak voor leemten. De beleidsvragen bieden daarenboven de mogelijkheid het feitelijk handelen van de huisarts te toetsen aan de normen die hij zelf heeft met betrekking tot diverse aspecten van zorgverlening op het gebied van hart- en vaatziekten. Ten eerste kan dus per criterium de discrepantie tussen "officieel" criterium en persoonlijke norm als oorzaak gezien worden van bepaalde leemtes: de arts doet bepaalde handelingen niet, omdat hij vindt dat hij ze niet hoeft te doen. Ten tweede biedt deze persoonlijke norm een handvat voor de nascholing: in een aantal gevallen kan het zinvoller zijn om de leemte tussen persoonlijke norm en feitelijk handelen te verkleinen, dan om meteen aan een blijkbaar te hoog gegrepen ideaalbeeld te gaan werken.
De vragenlijst betreffende attitude wordt door de huisarts zelf ingevuld. Hij dient zijn mening over de gegeven uitspraken weer te geven op een vijfpuntsschaal.
Er zij nu reeds op gewezen dat de hier besproken vragenlijsten (de gestructureerde vragenlijsten, interview met huisarts en assistente, vragenlijst betreffende attitude en de observatie praktijkinrichting) in voorlopig concept in bijlage 5 zijn opgenomen. Na een proefonderzoek met deze instrumenten (en na factoranalyse wat de attitude betreft) zal een definitieve vorm geconstrueerd worden.

4.4. De onderzoeksteekproef.

Om een nascholingsproject te kunnen ontwikkelen volgens het Millermodel moeten we kunnen vaststellen wat voor zorg er op het gebied van hart- en vaatziekten geleverd wordt, wat het verschil is tussen deze feitelijk geleverde zorg en de opgestelde criteria hiervoor en wat de mogelijke oorzaken zijn voor de verschillen die men gevonden heeft.
Om dit te realiseren is een onderzoeksteekproef nodig van ongeveer 100 huisartsen. Bij een groep van deze omvang kan men er op rekenen dat men enerzijds voldoende spreiding aantreft van het te onderzoeken gedrag (te weten de zorg voor hart- en vaatziekten) en dat er anderzijds een voldoende spreiding is in arts- en praktijkkenmerken om de gevonden verschillen in gedrag te verklaren.
Ten behoeve van dit laatste is het eveneens raadzaam om de onderzoeksteekproef niet geheel ad random (op basis van toeval) te trekken maar om, rekening houdend met de factoren die naar alle waarschijnlijkheid van invloed zijn, een gestratificeerde steekproef te trekken.

Hoewel er weinig theorievorming op dit gebied voorhanden is, is het wel mogelijk om twee van deze factoren op voorhand aan te wijzen.
Dat zijn:

a. urbanisatiegraad van de gemeente waarin de huisarts praktiseert (ook uitgedrukt in: afstand tot het meest nabije ziekenhuis). Deze variabelen blijkt in nagenoeg alle onderzoekingen naar het gedrag van huisartsen een belangrijk deel van de variantie te verklaren;
b. het al dan niet gevolgd hebben van de huisartsopleiding. Sinds enkele jaren is er een beroepsopleiding van huisartsen, die voordien niet bestond. Het is redelijk te veronderstellen dat het al of niet gevolgd hebben van deze beroepsopleiding zichtbaar moet zijn in het gedrag van de praktiserende huisarts.

Eerstgenoemde factor blijkt evenwichtig verdeeld te zijn onder de Nederlandse huisartsen. Als men een random steekproef trekt zullen er naar alle waarschijnlijkheid ongeveer evenveel huisartsen uit de stad, het verstedelijkt platteland en het platteland bij zijn. Hiervoor is het dus niet nodig om te stratificeren. Anders is dit van de andere genoemde variabele: aangezien de huisartsopleiding pas enkele jaren bestaat zijn er momenteel veel minder huisartsen die deze opleiding wel gevolgd hebben dan artsen zonder huisartsopleiding (namelijk ± 800 tegen 4400). Voor deze variabele is het dus wel zinnig om te stratificeren.
Samenvattend betekent dit dat we streven naar een onderzoekssteekproef van 100 huisartsen, die onderverdeeld is in 50 huisartsen met en 50 huisartsen zonder beroepsopleiding.

Hoofdstuk 5.

Meting van de feitelijke zorg en de discrepanties tussen de feitelijke zorg en de criteria en het opsporen van oorzaken voor de discrepanties.

In hoofdstuk 4 is aangegeven welke onderzoeksmethoden gebruikt worden om de feitelijke zorg van de huisartsen te meten en welke onderzoeksmethoden gehanteerd worden ter opsporing van oorzaken van discrepanties tussen de feitelijke zorg en de criteria.
Met behulp van deze onderzoeksmethoden worden veel gegevens verzameld. Deze gegevens zijn in te delen in gegevens ten behoeve van het vaststellen van de feitelijke zorg (de afhankelijke variabelen) en gegevens ten behoeve van de opsporing van oorzaken van discrepanties tussen de feitelijke zorg en de criteria (de onafhankelijke of verklarende variabelen).
T.a.v. de onafhankelijke variabelen valt op te merken dat er weinig theorievorming op dit gebied voor handen is en dat het onderzoek in zekere zin dus een exploratief karakter heeft.
T.a.v. de afhankelijke variabelen is het van belang op te merken dat de veelvoud aan variabelen te groeperen is naar de vier zorggebieden, te weten preventie, diagnostiek, therapie en nazorg. Deze groepering sluit aan bij de in hoofdstuk 3 uitgewerkte vraagstellingen en bij de opgestelde criteria zoals deze in bijlage 1 staan weergegeven.
Met deze systematiek is een lijst opgesteld van de te verzamelen afhankelijke variabelen. In deze lijst is per variabele aan te geven welke onderzoeksmethode voor deze variabele wordt gebruikt: observatie tijdens de spreekuren, onderzoek van de geregistreerde gegevens op de kaart van de patiënt die het spreekuur bezocht, onderzoek van geregistreerde gegevens op een patiëntenkaart die aselect uit het archief van de huisarts is getrokken. Tevens is per variabele aan te geven op welk criterium (of criteria) deze variabele betrekking heeft.
Een dergelijke lijst, waarin de te verzamelen afhankelijke variabelen naar zorggebied staan beschreven en gecorreleerd zijn aan de gebruikte onderzoeksmethode en het criterium (de criteria) waarop deze van toepassing zijn, biedt de mogelijkheid te komen tot een constructie van maten waarin de feitelijke zorgverlening voor preventie, diagnostiek, therapie en nazorg is uit te drukken. De constructie van deze maten zal vrijwel meteen na de feitelijke start van het onderzoek plaatsvinden (zie fase 3 van de tijdsplanning in hoofdstuk 9).
In bijlage 2 is de bovenbedoelde lijst die een aanzet is tot de constructie van maten weergegeven. De cijfers die tussen haakjes achter de te verzamelen afhankelijke variabele en de gebruikte onderzoeksmethode staan weergegeven, verwijzen naar de nummers van de criteria zoals deze in bijlage 1 staan.

Hoofdstuk 6.

Werkwijze bij het onderzoek

6.1. Inleiding

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

6.2. Proefonderzoek

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

6.3. Het trekken van de steekproef.

Het trekken van de steekproef gaat als volgt in zijn werk: uit het N.H.I.-Registratiesysteem van Gevestigde Huisartsen wordt een aselecte steekproef getrokken van 150 huisartsen uit de groep huisartsen die de beroepsopleiding gevolgd heeft èn een aselecte steekproef van 150 huisartsen uit de groep die de beroepsopleiding niet gevolgd heeft. Beide groepen huisartsen moeten zich voor 01-01-1977 gevestigd hebben.
De 300 huisartsen die op deze manier geselecteerd zijn worden aangeschreven met het verzoek om aan het onderhavige project mee te werken.
In de wervingsbrief wordt kort en in neutrale termen de doelstelling en inhoud van het project aangegeven; de huisarts wordt vooraf geen diepgaand inzicht in het protocol gegeven, teneinde de selectieve uitval te beperken (vgl. Mabeck en Vejlsgaard, 1980). In deze brief worden tevens de volgende gegevens van de artsen gevraagd:
* of de arts gebruik maakt van een patiëntenregistratiesysteem, en
* of de praktijk van de arts meer dan 1500 patiënten telt.

Artsen die negatief op een van deze beide vragen antwoorden vallen (in verband met de gekozen onderzoeksmethode) af van het onderzoek.
Voorts vallen uiteraard de artsen af die geen interesse hebben in het project, dan wel niet op onze uitnodiging reageren.
Wij hebben het aanvangs-aantal zodanig gekozen dat maximaal tweederde van de artsen om een van bovengenoemde redenen mag uitvallen om toch een voldoende aantal over te houden. Bij een grotere belangstelling voor het project zal uit de positieve reacties wederom een aselecte steekproef getrokken worden zodat er per subgroep 50 huisartsen overblijven. De huisartsen die uiteindelijk niet meedoen met het project zullen benaderd worden met een korte vragenlijst om te bezien in hoeverre er sprake is van een selectieve uitval.

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

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

6.4.1. Observaties van spreekuurcontacten.

De observator woont gedurende 5 dagen de spreekuren van de huisarts bij. Hij vult per patiënt één observatieformulier in (zie bijlage 3) en registreert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen datgene wat hij hoort en ziet. Daartoe volgt de observator patiënt en huisarts ook in de onderzoekskamer.
T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we naar bijlage 4.

6.4.2. Onderzoek van patiëntenkaarten.

Uit het archief van de huisarts wordt een steekproef van patiëntenkaarten getrokken. De observator vult per patiëntenkaart, waarvan uit de kaartgegevens enige relatie met het probleemgebied blijkt, een observatieformulier in (bijlage 3) en registreert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen het eventueel vóórkomen van deze variabelen op de kaart.
T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we weer naar bijlage 4.

6.4.3. Gestructureerde vragenlijsten.

Uit de onder 6.4.2. beschreven methode, eventueel aangevuld met kaarten die de observator op aanwijzing van de assistente uit het archief trekt (veelal zal de assistente de patiënten met chronische medicatie in de zin van antihypertensiva, digitalis, anticoagulantia e.d. kennen) houdt de observator ten aanzien van enige weinig frequent voorkomende aandoeningen een aantal kaarten van patiënten achter. Hij heeft deze nodig bij het afnemen van de gestructureerde vragenlijsten.
In de loop van de observatieweek zal de observator, gewapend met de gestructureerde vragenlijsten en bovengenoemde kaarten, in een gesprek onder vier ogen met de huisarts deze vragenlijsten invullen. Hij doet dat volgens strikte, in de training voor de observator, gegeven richtlijnen; het is de observator die de vragen stelt en de door de huisarts gegeven antwoorden noteert.
T.a.v. de hierbij te gebruiken kaarten van patiënten valt op te merken dat wanneer deze door de assistente zijn aangewezen bias kan optreden in de richting van meer uitgesproken of ernstige gevallen en in de richting van zeer goede compliance met gegeven chronische medicatie. Aangezien we leemten in zorgverlening opsporen speelt deze bias hooguit een wat te geflatteerd beeld; de gevonden leemten krijgen er alleen maar meer gewicht door.

Uit een beperkt vooronderzoekje met de voorlopige vragenlijsten zoals in bijlage 5 weergegeven blijkt dat een half uur of iets meer voldoende is om de vijf gestructureerde vragenlijsten in te vullen.

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

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe de observator te werk gaat bij het verzamelen van deze gegevens.
In de loop van de observatieweek zal de observator in een persoonlijk gesprek met de huisarts vragen stellen t.a.v. een aantal arts- en praktijkkenmerken.
De antwoorden van de huisarts worden door de observator geregistreerd op een formulier als in bijlage 7.
Na afloop van het consult vraagt de observator de huisarts naar zijn (waarschijnlijkheids)diagnose(n), tenminste na die consulten waarbij uit de klachtpresentatie, de anamnese en/of het onderzoek enige relatie met het probleemgebied blijkt.
De observator registreert de genoemde (waarschijnlijkheids)diagnose(n) op het observatieformulier.

De kaarten van alle patiënten die op het spreekuur zijn geweest worden op volgorde bewaard en na afloop van het spreekuur bestudeerd door de observator. Hij vult per patiëntenkaart één observatieformulier in (zie bijlage 3) en noteert daarop t.a.v. de voorgedrukte variabelen het eventueel vóórkomen van deze variabelen op de kaart.
T.a.v. een omschrijving en definiëring van een aantal te registreren variabelen verwijzen we weer naar bijlage 4.

Op het eind van de observatieweek zal de observator de huisarts 2 vragenlijsten voorleggen en hem vragen deze in zijn bijzijn in te vullen. Dit betreft ten eerste de gestructureerde vragenlijsten waarvan in paragraaf 6.4.3. sprake was met vragen betreffende kennis en beleid. Daarnaast de vragenlijst betreffende attitude (zie bijlage 6).

In de loop van de observatieweek zal de observator in een persoonlijk gesprek met de assistente(s) (en niet in het bijzijn van de huisarts) een aantal vragen stellen a.h.v. het formulier in bijlage 8.

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

Hoofdstuk 7.

Nascholing

7.1. Inleiding

In hoofdstuk 1 is het algemene kader aangegeven, waarin de nascholing is geplaatst. Nascholing maakt deel uit van een onderzoeks- en ontwikkelingsproces, zoals beschreven in het Millerschema. Dit heeft als gevolg dat pas na analyse van de gegevens van het veldonderzoek (fase 3 en 4) het moment aanbreekt om de onderwerpen en elementen van de nascholing te bepalen. Zowel op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut als op het Nederlands Huisartsen Instituut is echter al enige ervaring opgebouwd op het gebied van scholing, respectievelijk nascholing van huisartsen.
Het hypertensieproject dat in 1978 door de afdeling Nascholing van het NHI werd uitgevoerd en een video-observatieonderzoek van het NHI uit 1979 hebben al tot globale inzichten geleid over probleemgebieden waarop nascholing zich zou kunnen richten.
Daarnaast zijn er ook algemene theorieën bekend die inzicht geven in het verloop van innovatie- of veranderingsprocessen.
Eerder is al aangegeven dat de projectgroep in dit kader de voorkeur geeft aan het geven van nascholing in een gestructureerd iets, de waarneemgroep.

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

7.2. De ontwikkeling en uitvoering van de nascholing

Wanneer we in het HUAN-project het Millerschema op de voet zouden volgen, dan dienen we de resultaten van het veldonderzoek af te wachten, alvorens ook maar iets over de ontwikkeling van de nascholing te schrijven. Dit zou een afwachtende houding impliceren tot begin 1982. Dit is echter niet noodzakelijk.
Reeds in de loop van de analysefase kan een start gemaakt worden met het inventariseren van elementen voor nascholing. Deze oriëntatie zal leiden tot een voorlopig voorstel voor het nascholingsprogramma: een schets van de vorm en inhoud van het programma met daarbij een voorlopige tijdsplanning en begroting. Dit voorlopige voorstel zal dan met de Begeleidingscommissie worden doorgesproken. Indien deze geen onoverkomelijke bezwaren heeft tegen dit voorstel, wordt het vervolgens nader uitgewerkt. Dan kunnen ook evaluatiepunten worden opgesteld waarop het programma na afloop kort geëvalueerd kan worden met de deelnemers.

Vervolgens dient het materiaal voor de nascholing te worden verzameld of ontwikkeld en komt het organisatorische deel aan bod (accomodatie, begeleiders en inleiders, deelnemers).
Wat de opzet van het nascholings- c.q. interventieprogramma qua vorm en duur betreft, kunnen wij op dit moment enkel globaal iets meedelen.
In de vorm van het programma zal tot uitdrukking komen dat zelfwerkzaamheid en actieve betrokkenheid onmisbare elementen zijn van een goed programma.
Over de duur van het programma valt te melden dat gedacht wordt over meerdere onderdelen welke in de tijd uiteen liggen. Een mogelijke planning met een drietal programma-onderdelen die in tweemaal twee parallel groepen worden gegeven (in de tijdsplanning A en B genoemd) ziet er als volgt uit:

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

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

7.3. De evaluatie van de nascholing

De evaluatie van nascholing is een ingewikkelde zaak: de vraag is namelijk hoe geëvalueerd moet worden. Het is mogelijk het effect van een programma te beoordelen in termen van toegenomen kennis en vaardigheden en veranderde attitude. Een en ander is afhankelijk van de doelstellingen van het programma. De vraag is echter waar dit gemeten moet worden: in de "laboratorium situatie" van het nascholingscentrum of in de praktijk van de huisarts? Onze voorkeur gaat uit naar deze laatste mogelijkheid de nascholing c.q. interventie te evalueren in de alledaagse situatie van de huisarts.
Uit literatuur blijkt dat er enige tijd dient te liggen tussen nascholing en effectmeting, wanneer men blijvende resultaten wil kunnen vaststellen. Vaak wacht men een half jaar of langer, alvorens een effectmeting te verrichten na al dan niet direct na afloop van de nascholing een meting gehouden te hebben.

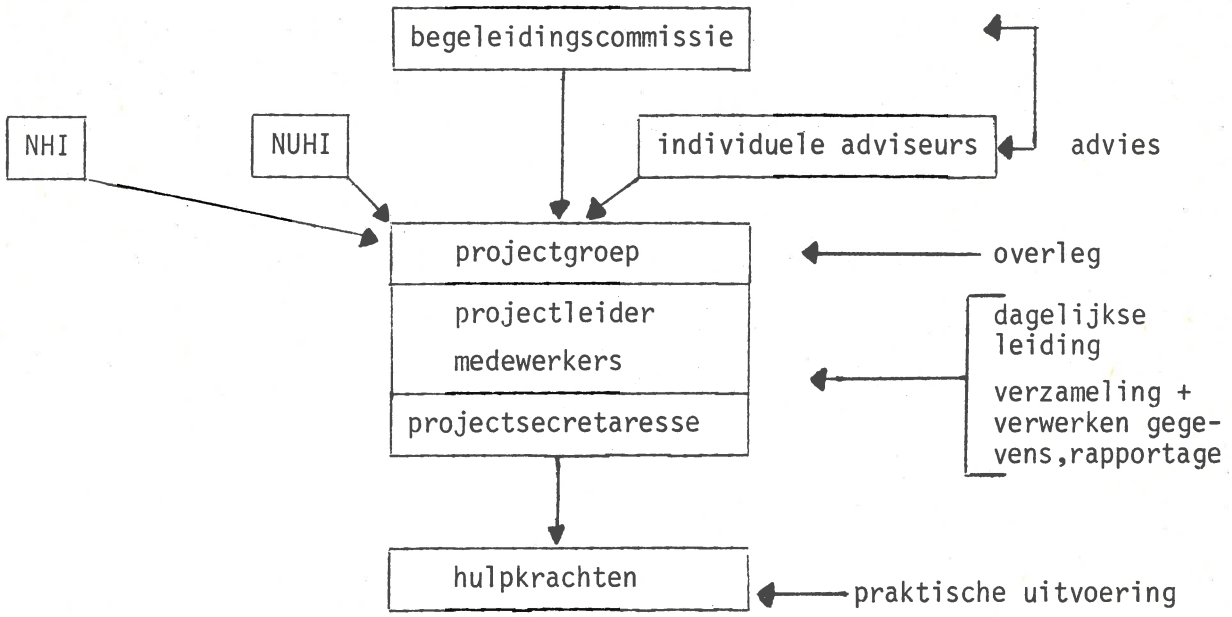
Voor het HUAN-project willen wij deze periode voorlopig op zes maanden stellen. Gezien de duur van het HUAN-project (2½ jaar) zal een werkelijke effectmeting daarom niet kunnen plaatsvinden binnen het huidige project. Bijstelling van het programma op grond van gesprekken met de deelnemers (de korte evaluatie) zal echter wel mogelijk zijn.
Pas wanneer er duidelijkheid verkregen is over de uiteindelijke vorm van de nascholingscursus zal het mogelijk zijn de meetinstrumenten aan te passen of uit te breiden met zaken die specifiek op de cursus van toepassing zijn. Voor een groot deel zullen hiervoor dezelfde instrumenten worden gebruikt als in het veldonderzoek (vooronderzoek). Het is echter ook denkbaar dan aan het begin van de nascholing deels nieuwe meetinstrumenten worden gebruikt die ook voor de effectmeting worden gebruikt.
In ieder geval kan pas in de loop van fase 5 duidelijkheid verkregen worden over het budget dat nodig is om de nascholing te kunnen evalueren.
In 1983 zal dan ook opnieuw een subsidie-aanvraag worden ingediend met een bijbehorende begroting en tijdsplanning.

Hoofdstuk 8

Organisatiestructuur.

Beslissingen te nemen binnen het project worden in eerste instantie genomen door de projectleider samen met de andere medewerkers zonodig in overleg met de projectgroep.
De projectgroep vergadert tenminste eenmaal per maand.
Zonodig kan de projectgroep advies vragen aan de begeleidingscommissie of aan andere adviseurs waarbij te onderscheiden zijn: personen werkzaam op het NUHI, personen werkzaam op het NHI en andere individuele adviseurs van buitenaf.
De projectgroep komt tweemaal per jaar samen met de begeleidingscommissie bijeen.
Het secretariaat is gevestigd op het NUHI te Nijmegen en heeft als taak de in- en uitgaande correspondentie te verzorgen en de contacten met de hulpkrachten te onderhouden.
De statistische verwerking van de onderzoeksgegevens wordt verzorgd door het NHI.

Voor verduidelijking zie figuur:



Lijst van medewerkers aan het HUAN-project.

Projectgroep

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

Begeleidingscommissie

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

Medewerkers

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

Hoofdstuk 9

Tijdsplanning

De taken die in het HUAN-project verricht moeten worden, zijn in schema gebracht op pagina Er wordt een schema weergegeven, uitgaande van een totale projectduur van 2½ jaar.
De stippen geven begin en eind aan van de verschillende activiteiten.
De cijfers worden hieronder toegelicht:

Bijstellen van de onderzoeksopzet

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

Trekken van de steekproef

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

Gebruiksklaar maken van meetinstrumenten

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

Werven van hulpkrachten (observatoren)

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

Opstellen trainingsprogramma voor hulpkrachten

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

Proefonderzoek

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

Benaderen huisartsen veldonderzoek*

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

Werving van werkstudenten

19. Werven en contracteren van werkstudenten (codeurs)

Training hulpkrachten

20. Geven van training aan de hulpkrachten.

Veldonderzoek

21. Praktijkbezoek aan de deelnemende huisartsen
22. Coördinatie veldonderzoek

Opstellen van codeboek en computerprogramma's

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

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

Dataverwerking en -analyse; rapportage

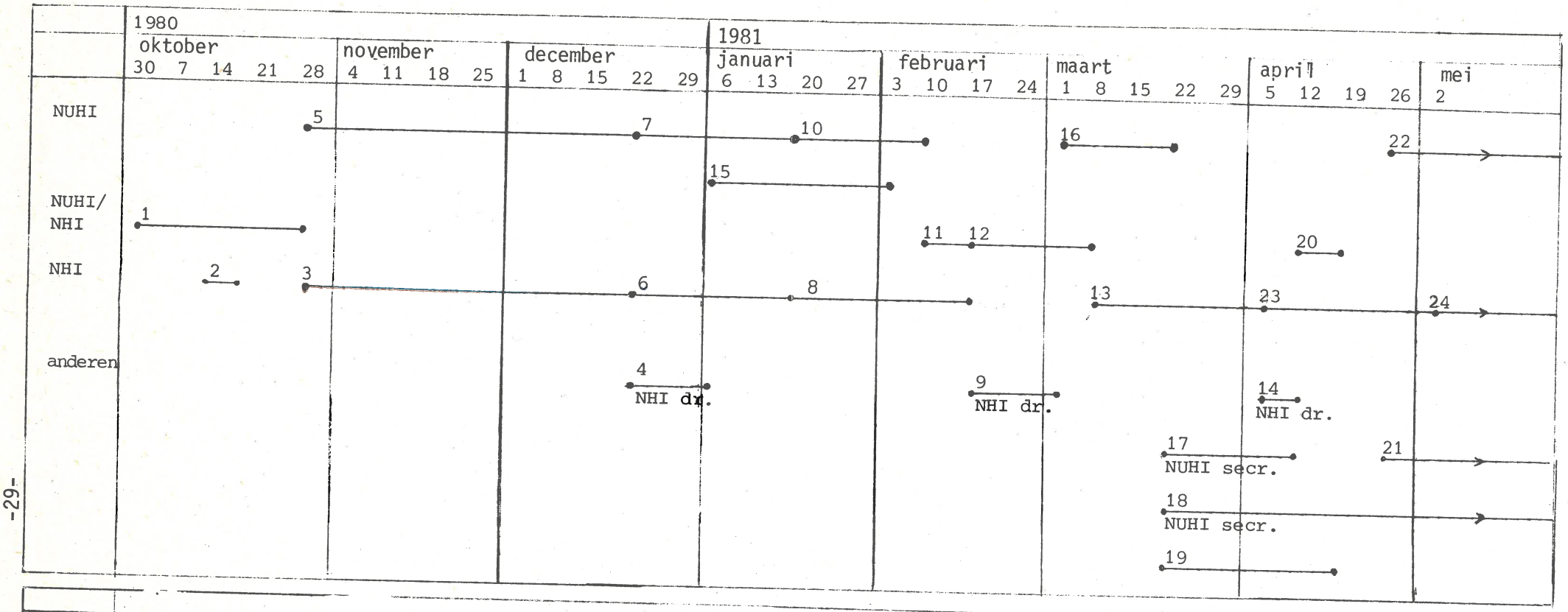
25. Coderen van de gegevens
26. Ponsen
27. Opbouw en controle van ruw databestand (eerste helft)
28. Opbouw en controle van ruw databestand (tweede helft)
29. Rapportage over het onderzoek zelf
30. Analyse van de verschillen tussen feitelijke zorg en de criteria
31. Rapportage over de verschillen tussen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

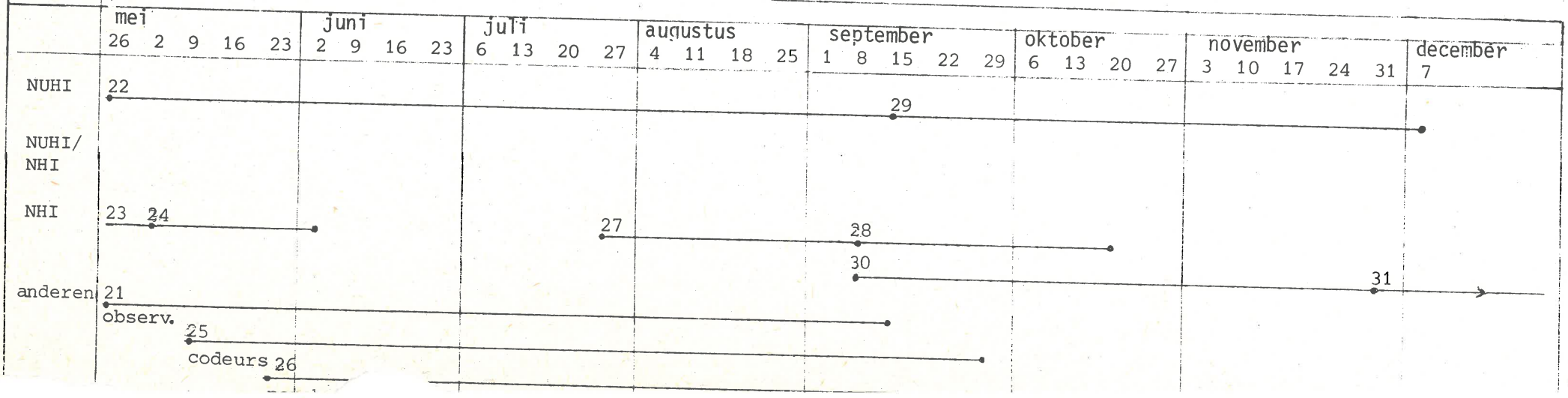
Ontwikkelen nascholingsprogramma

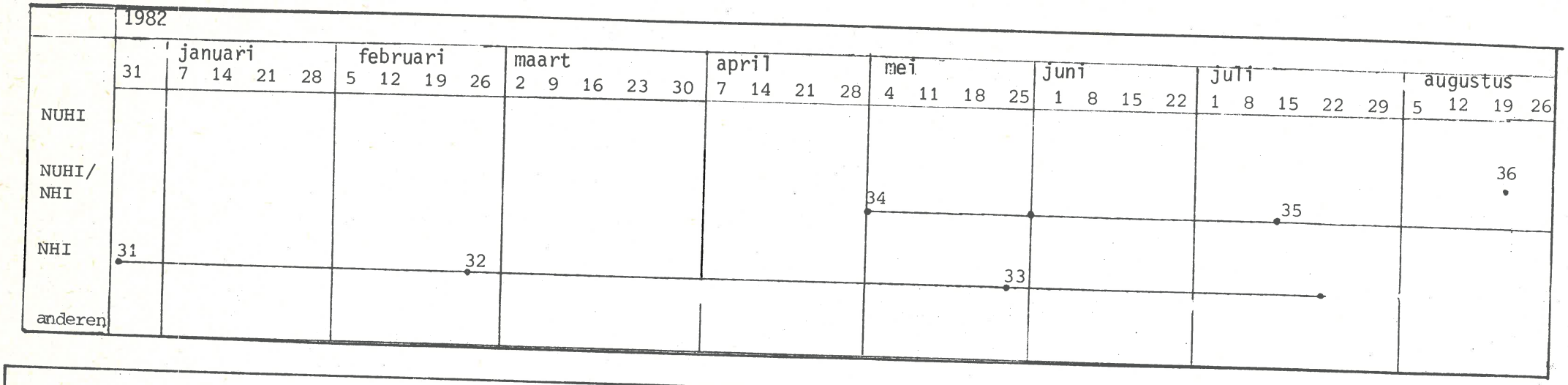
34. Nagaan van de mogelijkheden voor nascholing; advies inwinnen van nascholings- en onderwijsdeskundigen
35. Nascholingsprogramma
36. Bespreking met de Begeleidingscommissie over de nascholing
37. Opstellen evaluatiepunten (voor korte evaluatie in 42.)
38. Verzamelen en ontwikkelen van materiaal voor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

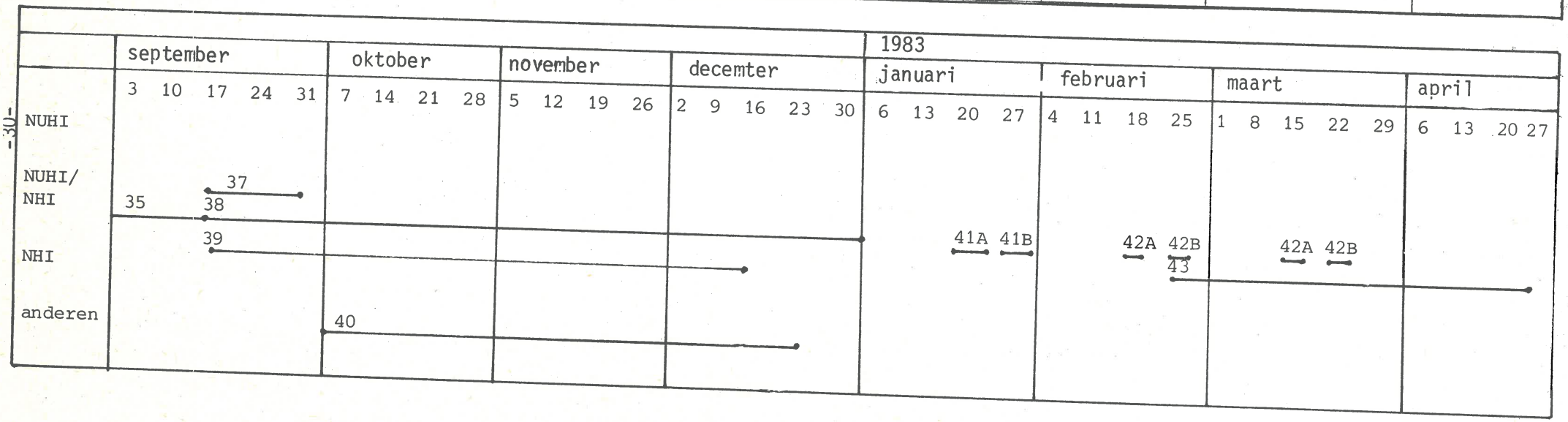
Uitvoeren nascholingsprogramma

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


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


mei
26 2 9 16 23
juni
2 9 16 23
juli
6 13 20 27
augustus
4 11 18 25
september
1 8 15 22 29
oktober
6 13 20 27
november
3 10 17 24 31
december
7
NUHI
NUHI/ NHI
NHI
anderen
22
23
24
21
observ.
25
codeurs
26
27
28
29
30
31


1982
januari
februari
maart
april
mei
juni
juli
augustus
31 7 14 21 28 5 12 19 26 2 9 16 23 30 7 14 21 28 4 11 18 25 1 8 15 22 1 8 15 22 29 5 12 19 26
NUHI
NUHI/ NHI
NHI
anderen
31
32
33
34
35
36


1983
september
oktober
november
decemter
januari
februari
maart
april
3 10 17 24 31 7 14 21 28 5 12 19 26 2 9 16 23 30 6 13 20 27 4 11 18 25 1 8 15 22 29 6 13 20 27
NUHI
NUHI/ NHI
NHI
anderen
35
37
38
39
40
41A
41B
42A
42B
43