

Preventie van hart- en vaatziekten

Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'

Bernard Frijling, Marlies Hulscher, Ton Drenthen, Lilian van Leest, Jozé Braspenning, Henk van den Hoogen, Richard Grol

Samenvatting

Frijling BD, Hulscher MEJL, Drenthen AJM, Van Leest LATM, Braspenning JCC, Van den Hoogen H, Grol RPTM. Preventie van hart- en vaatziekten. Resultaten van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk'. *Huisarts Wet* 2004;47(10):449-54.

Doel Het onderzoeken van het effect van een grootschalig project op de implementatie van richtlijnen voor preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk.

Methode Een gecontroleerd onderzoek met een voor- en nameting. De interventiegroep (316 huisartsen) kreeg intensieve ondersteuning in de vorm van nascholingsbijeenkomsten, een praktijkhandleiding en praktijkbezoeken door consultants. De controlegroep (301 huisartsen) kreeg geen ondersteuning. Acht uitkomstmaten hadden betrekking op de organisatie van het opstellen van cardiovasculaire risicoprofielen bij hoogrisicopatiënten en het opsporen van hypertensie. De overige 7 uitkomstmaten hadden betrekking op het medisch handelen, namelijk het nagaan van minstens 4 beïnvloedbare risicofactoren bij specifieke groepen hoogrisicopatiënten (5 uitkomstmaten), het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen (één uitkomstmaat) en het toepassen van de Minimale Interventie Strategie (MIS) voor stoppen met roken (één uitkomstmaat). De gegevens werden verzameld door middel van vragenlijsten die de huisartsen zelf invulden.

Resultaten De ondersteuning had een positief effect op alle uitkomstmaten voor de praktijkorganisatie. Ook was er een positief effect op het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen en het toepassen van de MIS. Er was geen effect op de uitkomstmaten voor het nagaan van risicofactoren bij hoogrisicopatiënten.

Conclusie De grootschalige ondersteuning bleek succesvol te zijn voor het implementeren van richtlijnen voor de praktijkorganisatie en deels voor het implementeren van richtlijnen voor het medisch handelen.

NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. B.D. Frijling, huisarts en dr. A.J.M. Drenthen, socioloog; Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen: dr. M.E.J.L. Hulscher, gezondheidswetenschapper; L.A.T.M. van Leest, gezondheidswetenschapper; dr. J.C.C. Braspenning, onderzoekspsycholoog; H.J.M. van den Hoogen, statisticus en prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg.
Correspondentie: t.drenthen@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstremgeling: BF en TD waren ten tijde van het onderzoek in dienst van het NHG als respectievelijk medewerker en projectleider van het HVZ-project.

Dit artikel is een aangepaste versie van het artikel 'Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice' in de *British Journal of General Practice* (2003;53:934-41). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

Huisartsen verlenen geen optimale preventie van hart- en vaatziekten (HVZ).¹⁻⁴ Daarom namen LHV en NHG in 1998 het initiatief om preventie van HVZ als nieuw project toe te voegen aan het landelijke implementatieprogramma *Preventie: maatwerk*. Het HVZ-project richtte zich op hoogrisicopatiënten en volgde daarmee de aanbevelingen van nationale en internationale richtlijnen.⁵⁻⁷

De deelnemende praktijken kregen intensieve ondersteuning in de vorm van praktijkbezoeken door consultants. Deze methode was al eerder toegepast in *Preventie: maatwerk* en bleek de cervixscreening en griepvaccinatie te verbeteren.^{8,9} Bovendien was in kleinschalige trials vastgesteld dat praktijkbezoeken door consultants ook de preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk ten goede komen.¹⁰⁻¹⁴ Om de effectiviteit en haalbaarheid van een dergelijk HVZ-programma ook op grote schaal uit te testen, startte het landelijke HVZ-project met 15% van alle Nederlandse huisartsen.

Tijdens het project waren er felle discussies over de effectiviteit, haalbaarheid en wenselijkheid van de activiteiten.¹⁵⁻¹⁸ Uiteindelijk besloot de LHV-ledenvergadering in 2000 om het project volledig te stoppen.

We beschrijven in dit artikel het effect van het landelijk HVZ-project op de implementatie van richtlijnen voor de praktijkorganisatie en het medisch handelen.

Methode

Onderzoekopzet en onderzoekspopulatie

We voerden een gecontroleerd onderzoek uit met een voor- en nameting waarbij we een groep huisartsen die deelnamen aan het HVZ-project vergeleken met een groep huisartsen die geen speciale ondersteuning kregen. De DHV's nodigden de praktijken in hun district uit om zich aan te melden voor het HVZ-project. Deze procedure leverde de beoogde 800 deelnemende praktijken met een evenwichtige spreiding over het land. Vervolgens trokken we uit deze 800 praktijken een steekproef van 420 praktijken voor verder onderzoek. Ook trokken we een steekproef van 600

Wat is bekend?

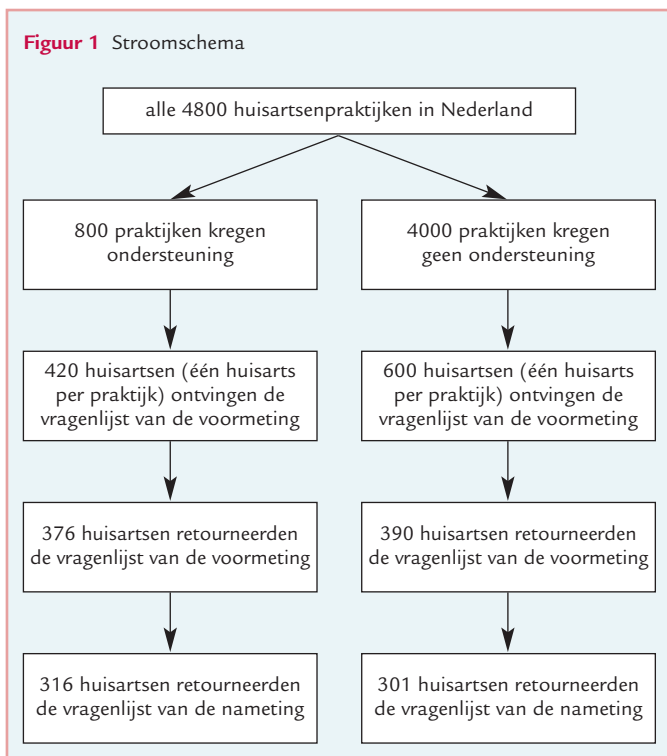
- ▶ Huisartsen verlenen geen optimale preventie van hart- en vaatziekten (HVZ).
- ▶ Uit kleinschalig onderzoek blijkt dat intensieve ondersteuning door consulenten de preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk kan verbeteren.

Wat is nieuw?

- ▶ In een landelijk HVZ-project bleek ondersteuning door consulenten een positief effect te hebben op de implementatie van richtlijnen voor de praktijkorganisatie. De implementatie van richtlijnen voor het medisch handelen was gedeeltelijk succesvol.

praktijken uit de overige 4000 Nederlandse praktijken. De steekproeven waren gestratificeerd naar type praktijk (wel of geen solopraktijk) en praktijklocatie (wel of niet in een plaats met >50.000 inwoners).

Aan het begin van de interventie (oktober 1998) stuurden we een vragenlijst naar de huisartsen die door het NIVEL waren aangewezen als contactpersonen van de 1020 geselecteerde praktijken. We stuurden tweemaal een herinnering aan de non-respondenten. In totaal 766 huisartsen (75%) retourneerden de vragenlijst (figuur 1).



Interventie

De deelnemers aan het HVZ-project kregen ondersteuning om stapsgewijs een protocol te implementeren. Het protocol was gebaseerd op richtlijnen van NHG-Standaarden (tabel 1).^{5,6} Het

hoofddoel was het opstellen van cardiovasculaire risicoprofielen bij al bekende hoogrisicopatiënten, te beginnen met de 60-jarigen. Bijkomende doelen waren het meten van de bloeddruk bij de overige 60-jarigen en het toepassen van de Minimale Interventie Strategie (MIS) voor stoppen met roken.^{19,20} De hoofdelementen van de ondersteuning waren nascholingsbijeenkomsten, een praktijkhandleiding en praktijkbezoeken door consulenten (tabel 2). De ondersteuning richtte zich op het verbeteren van de praktijkorganisatie en het medisch handelen van de praktijkmedewerkers. We veronderstelden dat een goede praktijkorganisatie een bijdrage levert aan adequaat medisch handelen.

Tabel 1 Het protocol van het HVZ-project

Stap 1:

- Maak een bestand van alle 60-jarigen in de praktijk.
- Selecteer de 60-jarige hoogrisicopatiënten.*
- Stel een cardiovasculair risicoprofiel† op bij de 60-jarige hoogrisicopatiënten.
- Meet de bloeddruk bij de overige 60-jarigen.

Stap 2:

- Selecteer één of meer van de volgende groepen hoogrisicopatiënten: patiënten met hypertensie; patiënten met diabetes mellitus, patiënten met hypercholesterolemie en patiënten met hart- of vaatziekte in de voorgeschiedenis.
- Stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij de geselecteerde hoogrisicopatiënten.

Stap 3:

- Pas de Minimale Interventie Strategie voor stoppen met roken toe.

* hoogrisicopatiënten: patiënten die bij de huisarts bekend zijn met diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie, hart- of vaatziekte in de voorgeschiedenis of met een eerstegraadsfamilielid met coronaire hartziekte voor het zestigste levensjaar.

† cardiovasculair risicoprofiel: leeftijd, geslacht, bloeddruk, bloedglucose, lipiden, rookgewoonte, alcoholconsumptie, Quetelet-index, risicofactoren in de voorgeschiedenis (diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie, hart- en vaatziekten) en familieanamnese (eerstegraadsfamilieliden met coronaire hartziekte voor het zestigste levensjaar).

Tabel 2 De tweejarige ondersteuning

- 1 of 2 DHV-nascholingsbijeenkomsten voor de huisartsen en praktijkassistenten (maanden 1-3)
- beschikbaar stellen van een praktijkhandleiding over het project (maanden 1-3)
- ondersteuning door speciaal getrainde consulenten tijdens 4 praktijkbezoeken per praktijk:
 - eerste bezoek (maanden 4-6): advies over het selecteren van groepen 60-jarigen
 - tweede bezoek (maanden 5-11): advies over het opstellen en registreren van cardiovasculaire risicoprofielen
 - derde bezoek (maanden 12-19): advies over het selecteren van groepen hoogrisicopatiënten en nieuwe groepen 60-jarigen
 - vierde bezoek (maanden 20-24): advies over het toepassen van de Minimale Interventie Strategie voor stoppen met roken
- telefoongesprekken van de consulenten met de praktijkmedewerkers tussen de bezoeken
- brieven aan de praktijkmedewerkers over de eerste resultaten en voortgang van het project
- financiële vergoeding van € 450 per normpraktijk per kalenderjaar

Uitkomstmaten

We gebruikten vijftien kwaliteitsindicatoren als uitkomstmaten. Een indicator voor de kwaliteit van zorg in een groep huisartsen was het aantal huisartsen dat voldeed aan een specifiek kwali-

teitscriterium ten opzichte van alle huisartsen in die groep (uitgedrukt in een percentage). Acht indicatoren hadden betrekking op de organisatie van het opstellen van cardiovasculaire risicoprofielen en het opsporen van hypertensie. De overige zeven indicatoren hadden betrekking op het medisch handelen, namelijk het nagaan van minstens vier beïnvloedbare risicofactoren bij specifieke groepen hoogrisicopatiënten (vijf indicatoren), het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen (één indicator) en het toepassen van de MIS (één indicator).

Metingen

Na de interventie (september 2000) ontvingen de 766 huisartsen die de vragenlijst van de voormeting hadden teruggestuurd, eenzelfde vragenlijst voor de nameting. Ook nu stuurden we de huisartsen die niet reageerden, na twee weken en zondig nog eens na twee weken een herinnering. De huisartsen die na de herinneringen de vragenlijst van de nameting niet terugstuurden, ontvingen een verkorte versie van de vragenlijst. De vragen die de huisartsen voorgelegd kregen, hadden onder andere betrekking op het wel of niet voldoen aan de criteria van de 15 indicatoren van het huidige onderzoek. Visitatie van de praktijkorganisatie en observatie of registratie van consulten geven de actuele situatie beter weer dan schriftelijke vragenlijsten, maar waren voor het huidige onderzoek niet haalbaar.

We verzamelden ook informatie over een aantal praktijkkenmerken. Het NIVEL gaf de informatie over het type en de locatie van de praktijken. De vragenlijst van de voormeting bevatte vragen over de mate waarin de huisartsen bepaalde taken delegerden naar de praktijkassistenten. Vijf taken hadden betrekking op een gevalideerde delegatie-index²¹ en omvatten het verrichten van venapuncties, verwijderen van hechtingen, verwijderen van oorsmeer, aanstippen van wratten en controleren van patiënten met hypertensie.

Statistische analyse

We gebruikten voor iedere indicator een multivariate logistische regressieanalyse om het effect van de interventie te bepalen. De huisarts was de eenheid van analyse. De afhankelijke variabele was het wel of niet voldoen aan het kwaliteitscriterium van de indicator bij de nameting. De onafhankelijke variabelen waren de indeling in de interventie- of controlegroep en het wel of niet voldoen aan het criterium bij de voormeting. De analyses vonden plaats met het statistische programma SAS.

Resultaten

Interventie- en controlegroep

In totaal 617 van de 766 huisartsen (81%) stuurden de vragenlijst van de nameting terug. Hiervan namen 316 huisartsen deel aan het HVZ-project en zij vormden de interventiegroep van ons onderzoek. De overige 301 huisartsen kregen geen speciale ondersteuning en vormden de controlegroep (figuur 1). In totaal 37 huisartsen in de interventiegroep (12%) en 74 huisartsen in de controlegroep (25%) retourneerden de korte versie van de

vragenlijst van de nameting. De praktijken van de huisartsen in de interventie- en controlegroep waren representatief voor alle Nederlandse huisartsenpraktijken wat betreft type praktijk en praktijklocatie. De interventiegroep had hogere scores voor hoge taakdelegatie naar de praktijkassistenten in vergelijking met de controlegroep (65% versus 49%) (tabel 3). Bij de voormeting scoorde de controlegroep lager dan de interventiegroep wat betreft de kwaliteit van de praktijkorganisatie en in het algemeen iets hoger wat betreft het medisch handelen (tabel 4).

Tabel 3 Kenmerken van de praktijken van de huisartsen in de onderzoeksgroepen en in Nederland (%)

| Praktijkkenmerk | Interventie-groep (n=316) | Controle-groep (n=301) | Alle Nederlandse praktijken (n=4800) |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------|---|
| Solopraktijk | 68 | 70 | 67 |
| Stadspraktijk* | 41 | 39 | 41 |
| Hoge delegatie-index† | 65 | 49‡ | niet bekend |

* >50.000 inwoners

† Minimaal 3 van de 5 taken van de index werden meestal/altijd verricht door de praktijkassistenten.

‡ $p < 0,001$ voor de vergelijking van de interventiegroep met de controlegroep, chi-kwadraattest.

Uitkomstmaten

De interventie had een positief effect voor 10 van de 15 indicatoren (tabel 4). Er bleek een positief effect voor de 8 indicatoren voor de praktijkorganisatie en voor de indicatoren voor het bepalen van de bloeddruk bij 60-jarigen en het toepassen van de MIS. Er werd geen effect gevonden voor de 5 indicatoren voor het nagaan van minstens 4 beïnvloedbare risicofactoren bij specifieke groepen hoogrisicopatiënten.

Beschouwing

De grootschalige ondersteuning had een positief effect op de implementatie van de organisatorische richtlijnen en deels op de implementatie van de richtlijnen voor het medisch handelen. De praktijkorganisatie en het meten van de bloeddruk bij 60-jarigen verbeterden aanzienlijk. Het effect op het toepassen van de MIS was beperkt en er was geen vooruitgang in het nagaan van minstens vier beïnvloedbare risicofactoren bij hoogrisicopatiënten. Deze laatste uitkomstmaat betrof niet specifiek de 60-jarigen en had betrekking op implementatieactiviteiten in het laatste jaar van de interventie. Mogelijk is een langer durende interventie nodig om verbetering te bereiken.

Het huidige implementatieonderzoek was niet opgezet om na te gaan in hoeverre de interventie invloed heeft op de gezondheid van patiënten. Het project was gebaseerd op de aanname dat implementatie van *evidence-based* richtlijnen uiteindelijk tot gezondheidswinst leidt. Uit een aantal trials blijkt dat het verbeteren van de eerstelijnszorg voor patiënten met een hoog risico op HVZ inderdaad een positieve en relevante invloed kan hebben op de morbiditeit, mortaliteit en kwaliteit van leven van die patiënten.²²⁻²⁵ Overigens is het niet uitgesloten dat een HVZ-project pas leidt tot gezondheidswinst als niet alleen het nagaan

Tabel 4 Percentages huisartsen die voldeden aan kwaliteitscriteria bij de voormeting en de veranderingen in de percentages na de interventie

| Kwaliteitscriterium | Interventiegroep | | | Controlegroep | | | Odds-ratio | (95%-BI) |
|---|------------------|--------|-------|---------------|--------|-------|------------|-------------|
| | n | T0 (%) | Δ (%) | n | T0 (%) | Δ (%) | | |
| <i>Praktijkorganisatie</i> | | | | | | | | |
| De huisarts wordt bij (bepaalde) hoogrisicopatiënten* via een speciale signalering eraan herinnerd om het cardiovasculaire risicoprofiel op te stellen. | 279 | 29,7 | 12,5 | 227 | 18,5 | 3,5 | 2,4 | (1,6-3,6) |
| De huisarts wordt bij 60-jarigen via een speciale signalering eraan herinnerd om de bloeddruk te meten. | 272 | 12,1 | 39,3 | 215 | 7,4 | -3,7 | 27,1 | (12,9-57,2) |
| De huisarts gebruikt een elektronisch risicoprofiel voor het registreren van (potentiële) cardiovasculaire risicofactoren. | 279 | 41,6 | 35,5 | 227 | 30,4 | 13,2 | 4,3 | (2,9-6,4) |
| De huisarts gebruikt een elektronisch meetwaardebestand of risicoprofiel voor het registreren van bloeddrukwaarden. | 316 | 49,1 | 21,5 | 301 | 36,9 | 6,6 | 3,4 | (2,3-5,2) |
| De huisarts heeft schriftelijke werkafspraken met de praktijkassistente(n) over het: | | | | | | | | |
| - opstellen van cardiovasculaire risicoprofielen; | 259 | 5,8 | 25,9 | 190 | 2,6 | 2,6 | 8,4 | (4,1-16,9) |
| - opsporen van hypertensie. | 261 | 8,8 | 18,0 | 193 | 2,1 | 2,1 | 7,6 | (3,5-16,4) |
| De huisarts heeft in haar praktijk aparte spreekuren voor het: | | | | | | | | |
| - opstellen van cardiovasculaire risicoprofielen; | 272 | 8,5 | 23,2 | 216 | 3,7 | 2,3 | 7,1 | (3,8-13,4) |
| - opsporen van hypertensie. | 268 | 11,9 | 22,8 | 215 | 2,8 | 1,4 | 10,9 | (5,3-22,4) |
| <i>Medisch handelen</i> | | | | | | | | |
| De huisarts gaat minstens 4 beïnvloedbare risicofactoren† na als zij een cardiovasculair risicoprofiel opstelt bij patiënten met: | | | | | | | | |
| - diabetes mellitus; | 316 | 80,4 | 0,0 | 301 | 79,1 | -2,7 | 1,3 | (0,9-1,9) |
| - hypertensie; | 316 | 54,7 | 18,4 | 301 | 58,5 | 15,6 | 1,0 | (0,7-1,4) |
| - hypercholesterolemie; | 316 | 57,9 | 12,7 | 301 | 60,8 | 7,3 | 1,2 | (0,8-1,7) |
| - hart- of vaatziekte; | 316 | 50,0 | 13,0 | 301 | 55,8 | 10,0 | 0,9 | (0,7-1,3) |
| - een eerstegraads familielid met coronaire hartziekte voor het zestigste levensjaar. | 316 | 37,7 | 11,4 | 301 | 45,8 | 7,0 | 0,9 | (0,7-1,3) |
| De huisarts bepaalt de bloeddruk bij (bijna) alle 60-jarige spreekuurbezoekers. | 300 | 34,3 | 35,3 | 289 | 36,7 | 4,2 | 4,3 | (2,9-6,2) |
| In de praktijk van de huisarts wordt de MIS voor stoppen met roken toegepast. | 308 | 27,3 | 9,7 | 297 | 23,2 | 5,1 | 1,5 | (1,02-2,1) |
| T0 = voormeting; Δ = verandering na de interventie | | | | | | | | |
| * patiënten met diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie, hart- of vaatziekte in de voorgeschiedenis of met een eerstegraadsfamilielid met coronaire hartziekte voor het zestigste levensjaar | | | | | | | | |
| † minstens 4 van de volgende 5 potentiële risicofactoren: bloeddruk, cholesterol, bloedsuiker, rookgewoonte en Quetelet-index | | | | | | | | |

van risicofactoren verbetert, maar bijvoorbeeld ook het voorschrijven van preventieve medicatie en het bevorderen van therapietrouw.¹⁸

Het is niet alleen van belang te weten of het project effectief is, maar ook in hoeverre de werklast toeneemt. Uit vragenlijsten van de procesevaluatie van het HVZ-project bleek de werklast tijdens de tweejarige interventie zowel voor de huisarts als voor de praktijkassistente gemiddeld 15 uur te zijn.²⁶ Deze uren omvatten zowel de tijd voor de implementatieactiviteiten, zoals het bijwonen van nascholingsbijeenkomsten en praktijkbezoeken, als de tijd voor het uitvoeren van de preventieve activiteiten. Uit de procesevaluatie bleek verder dat 26% van de deelnemende huisartsen hun werklast ten gevolge van het project een belangrijk knelpunt vond en eveneens 26% vond de extra werklast voor de praktijkassistente een belangrijk knelpunt. Daarnaast vond 26% van de huisartsen de financiële vergoeding duidelijk onvoldoende.²⁶ Ander onderzoek laat zien dat veel huisartsenpraktijken een aanzienlijke taakverzwaring krijgen, als zij er toe overgaan om bij alle hoogrisicopatiënten systematisch een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen.²⁷

De intensieve en meervoudige ondersteuning van het HVZ-project was niet goedkoop. De kosten van het huidige driejarige project bedroegen € 6000 per praktijk.²⁸ Dit bedrag is inclusief de vergoeding aan de deelnemende praktijken van € 450 per normpraktijk per kalenderjaar. De kosten nemen mogelijk af als meer praktijken meedoen en er meer routine ontstaat in het uitvoeren van een dergelijk project. Enkelvoudige interventies, zoals groepsbijeenkomsten of het verspreiden van richtlijnen en onderwijsmaterialen, zijn goedkoper en volgens een recent systematisch literatuuroverzicht niet per se minder effectief dan meervoudige interventies.²⁹

Beperkingen

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Het ging om een niet-gerandomiseerde trial en de deelnemers aan de interventie hadden zichzelf aangemeld. Deze factoren kunnen hebben geleid tot een overschatting van het effect van de interventie.³⁰ De beperking dat de deelnemers in een dergelijk implementatie-onderzoek weten of zij wel of niet tot de interventiegroep behoren, is nauwelijks te voorkomen. Verder zijn schriftelijke vragen-

lijsten meestal geen valide instrumenten voor het meten van het medisch handelen.³¹ Bovendien is het onduidelijk hoe valide dergelijke vragenlijsten veranderingen in de zorg meten.

Stopzetten van het project

Aan het eind van het project wilden de subsidiegever Zorg-Onderzoek Nederland en de besturen van LHV en NHG het HVZ-project graag voortzetten. Het plan was om meer praktijken mee te laten doen en bovendien meer doelstellingen na te streven dan in het huidige project. Zo zou er meer aandacht moeten komen voor het geven van leefstijladviezen en het voorschrijven van preventieve medicatie. De ledenvergadering van de LHV besloot echter in september 2000 om alle projectactiviteiten per 1 januari 2001 stop te zetten. De argumenten voor dit besluit waren dat er twijfels bestonden over de wetenschappelijke onderbouwing van de gezondheidswinst voor laagrisicopatiënten, dat de financiële vergoeding te laag was en de werklust te groot werd.

Conclusies en implicaties

De kwaliteit van de preventieve zorg bleek in ons onderzoek niet optimaal te zijn en deze waarneming ondersteunt het belang van verbeteractiviteiten. Praktijkbezoeken door getrainde consulenten zijn een effectieve methode om ondersteuning te geven voor het verbeteren van de organisatie van de preventie van HVZ. Het effect op het medisch handelen is echter niet optimaal. Mogelijk neemt het effect op het medisch handelen toe als de opleiding van de consulenten wordt uitgebreid en meer aandacht besteed wordt aan hun kennis op medisch-inhoudelijk gebied.

Gezien de bezwaren van de LHV-ledenvergadering dienen toekomstige initiatieven voor het verbeteren van preventie van HVZ in de huisartsenpraktijk zich te richten op een vrij kleine groep patiënten. Voorkomen dient te worden dat de werkbelasting voor de praktijkmedewerkers te veel toeneemt. Prioriteit verdienen de patiënten met de hoogste risico's voor HVZ, omdat zij het meest profijt hebben van preventieve maatregelen.⁷ De aandacht zou dan bijvoorbeeld uit moeten gaan naar patiënten die in het verleden een hartinfarct of CVA hebben gehad, of naar diabetespatiënten en niet naar patiënten van een bepaalde leeftijdsgroep. Preventie van HVZ leent zich overigens uitstekend voor taakdelegatie. Als huisartsen over voldoende praktijkassistenten en praktijkondersteuners beschikken, kunnen grotere groepen patiënten worden bereikt.

Dankbetuiging

Wij danken alle deelnemende huisartsen, praktijkassistenten, consulenten en stafleden van LHV en NHG. Ook danken wij Jan Mulder voor het uitvoeren van de statistische analyses voor dit onderzoek.

Literatuur

- 1 Hulscher MEJL, Van Drenth BB, Mokkink HGA, Van der Wouden JC, Grol RPTM. Barriers to preventive care in general practice: the role of organizational and attitudinal factors. *Br J Gen Pract* 1997;47:711-4.
- 2 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Implementatie van een stan-

- daard. Kenmerken van huisarts, praktijk en organisatie van de diabeteszorg die samenhangen met het al dan niet volgen van de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II. *Huisarts Wet* 1996;39:560-3.
- 3 Konings GPJM, Wijkel D, Rutten GEHM. Lukt het werken volgens de NHG-Standaard Diabetes Mellitus Type II? *Huisarts Wet* 1995;38:10-4.
- 4 Foss FA, Dickinson E, Hills M, Thomson A, Wilson V, Ebrahim S. Missed opportunities for the prevention of cardiovascular disease among British hypertensives in primary care. *Br J Gen Pract* 1996;46:571-5.
- 5 Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaarden voor de huisarts. Vol 2. Utrecht: NHG, 1996.
- 6 Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma Tj, Rosmalen CFH, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Vol 1. Utrecht: NHG, 1999.
- 7 Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *J Hypertens* 1998;16:1407-14.
- 8 Hermens RPMG, Tacken MAJB, Hulscher MEJL, Braspenning JCC, Grol RPTM. Attendance to cervical cancer screening in family practices in The Netherlands. *Prev Med* 2000;30:35-42.
- 9 Hak E, Hermens RP, Hoes AW, Verheij TJ, Kuyvenhoven MM, Van Essen GA. Effectiveness of a co-ordinated nation-wide programme to improve influenza immunisation rates in The Netherlands. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:237-41.
- 10 Feder G, Griffiths C, Highton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomised controlled trial in general practices in east London. *BMJ* 1995;311:1473-8.
- 11 Hulscher MEJL, Van Drenth BB, Van der Wouden JC, Mokkink HGA, Van Weel C, Grol RPTM. Changing preventive practice: a controlled trial on the effects of outreach visits to organise prevention of cardiovascular disease. *Qual Health Care* 1997;6:19-24.
- 12 Lobo CM, Frijling BD, Hulscher MEJL, Bernsen RMD, Braspenning JCC, Grol RPTM, et al. Improving quality of organizing cardiovascular preventive care in general practice by outreach visitors: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2002;35:422-9.
- 13 Frijling BD, Lobo CM, Hulscher MEJL, Akkermans RP, Braspenning JCC, Prins A, et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diab Med* 2002;19:836-42.
- 14 Frijling BD, Lobo CM, Hulscher MEJL, Akkermans RP, Van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual Saf Health Care* 2003;12:181-7.
- 15 Boot CPM, Meijman FJ. Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk is niet zinvol. *Huisarts Wet* 1999;42:341-6.
- 16 Frijling BD, Drenthen AJM, Van Lidth de Jeude CP, Boomsma LJ, Appelman CLM. Systematische preventie van hart- en vaatziekten bij hoog-risicogroepen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1999;42:466-8.
- 17 Boot CPM, Meijman FJ. Naschrift. *Huisarts en Wet* 1999;42:468-9.
- 18 Frijling BD, Grol R, Hoes AW, Van Lidth de Jeude CP, Drenthen AJM. De strijd om de bloeddrukmeting. Systematische preventie van hart- en vaatziekten moet doorgaan. *Med Contact* 2000;24:889-92.
- 19 Frijling BD, Van Lidth de Jeude CP, Drenthen AJM, Smulders BM, Boomsma LJ, Appelman CLM. Maatwerk in preventie van hart- en vaatziekten. Huisartsen krijgen praktijkgerichte ondersteuning. *Med Contact* 1998;53:1504-6.
- 20 Pieterse ME, Seydel ER, De Vries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001;32:182-90.
- 21 Nijland A, Groenier K, Meyboom-de Jong B, De Haan J, Van der Velde J. Determinanten van het delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistent. *Huisarts Wet* 1991;34:484-7.
- 22 Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. Persistence of reduction in blood pressure and mortality of participants in the Hypertension Detection and Follow-up Program. *JAMA* 1988;259:2113-22.

- 23 Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998;316:1434-7.
- 24 Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2003;326:84-7.
- 25 Lobo CM, Frijling BD, Hulscher MEJL, Bernsen RMD, Grol RPTM, Prins A, et al. Effect of a comprehensive intervention program targeting general practice staff on quality of life in patients at high cardiovascular risk: A randomized controlled trial. *Qual Lif Res* 2004;14:73-80.
- 26 Van Leest LATM, Schattenberg G, Mulder J, Van Doremalen JHM, Tiersma W, Tsang S, et al. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten. Evaluatie van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2001.
- 27 Hippisley-Cox J, Pringle M. General practice workload implications of the national service framework for coronary heart disease: cross-sectional study. *BMJ* 2001;323:269-70.
- 28 Frijling BD, Hulscher MEJL, Van Leest ATM, Braspenning ICC, Van den Hoogen H, Drenthen AJM, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:934-41.
- 29 Grimshaw J, Thomas RE, Maclennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004; 8:1-80.
- 30 Kunz R, Oxman AD. The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. *BMJ* 1998;317:1185-90.
- 31 Eccles M, Ford GA, Duggan S, Steen N. Are postal questionnaire surveys of reported activity valid? An exploration using general practitioner management of hypertension in older people. *Br J Gen Pract* 1999;49:35-8.

Methodologie van kwalitatief onderzoek

Kwalitatief onderzoek: nuttig, onmisbaar en uitdagend

Hans Philipsen, Myrra Verwooy-Dassen

Kwalitatief onderzoek is geschikt om de aard en de context van verschijnselen te bestuderen. Niet meer en niet minder. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek kunnen niet zonder elkaar. Wel lijkt zowel de wetenschapsbeoefening als de toepassing ervan schade indien, zoals nu nog wel het geval is, de kwalitatieve aanpak onderbelicht blijft. Hieronder geven we een korte inleiding over de methoden van kwalitatief onderzoek en bespreken we enkele risico's daarvan voor de praktijk van de gezondheidszorg. Dit artikel is het eerste van een serie van vier artikelen over kwalitatief onderzoek.

Een voorbeeld

Indische Nederlanders vormen de oudste allochtone bevolkingsgroep. In de vijftiger jaren stroomde, gedwongen door de politieke ontwikkelingen in het pas kort onafhankelijke Indonesië, een

Auteursgegevens

prof.dr. H. Philipsen, emeritus hoogleraar Medisch Sociologie, Universiteit Maastricht, Faculteitsbureau Gezondheidswetenschappen, 6200 MD Maastricht; UMC St Radboud, WOK, Alzheimer Centrum Nijmegen: mw.dr. M. Verwooy-Dassen, coördinator.

Correspondentie: h.philipsen@facburfdgw.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

kwart miljoen mensen van Indo-Europese herkomst Nederland binnen. Hun integratie verliep in de eerste jaren verre van gemakkelijk. De voorzieningen waren matig; er trad – zij het met mate – gettovorming op. De ontvangst in de samenleving was niet altijd prettig. Lang is in steden als Den Haag de aanduiding 'blauwe' een alledaags scheldwoord gebleven. Uiteindelijk is hun integratie in veel opzichten geslaagd. Toch bestaan er verschillen die vooral in de oudere generaties tot uiting komen in de gezondheidszorg en in de omgang met ziekte en gezondheid. Zo is men gesteld op voorzieningen in de zorg die in de eigen kring worden verschaft. Zo'n vijftien jaar geleden bleek in een grote stad dat Indische ouderen nauwelijks gebruikmaakten van voorzieningen in gewone zorg- en welzijnsinstellingen. Tevens was van individuele hulpverleners bekend dat zich ook in deze groep de gewone problemen rond veroudering voordeden. Wat is hier aan de hand? Met deze vraag kwam een overkoepelende Indische servicevereniging na enig zoeken terecht bij de Faculteit Gezondheidswetenschappen in Maastricht. Na uitvoerig overleg is toen gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Een doctoraalstudente, zelf van Indische komaf, heeft met elf ouderen en een handvol hulpverleners een lang gesprek gevoerd.¹ Deze gesprekken waren niet streng gestructureerd, maar vonden wel plaats aan de hand van een lijst met onderwerpen. De onderwerpen waren geordend in drie thema's: opvattingen over ziekte en gezondheid, contacten