

zodat programmatische preventie (van hart- en vaatziekten) mogelijk wordt. Bij de invoering van de hierbij na te streven richtlijnen vervullen preventieconsulenten een sleutelrol.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in meer dan 90 praktijken. Hiervan ontvangen ± 30 praktijken, na een voormeting, gedurende anderhalf jaar intensieve ondersteuning van een preventieconsulente. Daarnaast ontvangen ± 30 praktijken, na een voormeting, feedback en schriftelijk instructiemateriaal. Er fungeren 30 praktijken als controle. In de eerste 30 praktijken vindt behalve een effectevaluatie tevens een procesevaluatie plaats.

De eerste interimanalyse in de door een consulente begeleide praktijken (n=33) levert de volgende resultaten op. Baseline findings tonen dat aan de meeste richtlijnen niet wordt voldaan. Zo ontbrak bijvoorbeeld vaak de specificatie van een doelgroep voor preventie van hart- en vaatziekten (93%), de systematische registratie van risicofactoren, de geprotocolleerde diagnostiek en begeleiding (85%) en het geven van leefstijladviezen door de assistente ($\geq 81\%$). Al na twaalf maanden is het beeld aanzienlijk veranderd. Uit de proces-data blijkt dat bijvoorbeeld in 84% van de praktijken nu preventieve spreekuren worden gehouden, meestal zelfstandig door de assistente uitgevoerd. Men beschikt over protocollen voor de uitvoering van preventie (94%) en risicofactoren worden herkenbaar en systematisch genoteerd (78%). De consulenten onderzochten problemen wat betreft de HAPP-richtlijn 'het invoeren van regulier werkoverleg waarin preventie een plaats heeft' en het stimuleren van het gebruik van een logboek om een populatieoverzicht te krijgen m.b.t. de voortgang.

Ook een aselecte steekproef van patiëntenkaarten toont aan dat na anderhalf jaar ondersteuning, in de door het project voorgestane leeftijdscategorie, het percentage patiënten met een herkenbare registratie van een risicofactor op de kaart significant is toegenomen. Deze toename is relatief het grootst bij voorgeschiedenis en familieanamnese, gevolgd door rook- en drinkgewoonten.

De conclusie luidt dan ook: de eerste resultaten van het invoeren van veranderingen m.b.v. consulenten zijn veelbelovend.

Correspondentieadres

M.E.J.L. Hulscher, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

17 Methodieken gezondheidszorg (onderzoek)

Procesevaluatie bestrijding polio-epidemie 1992-1993

Huurman J.G.J.

Tussen 17 september 1992 en 19 februari 1993 werden 68 gevallen van poliomyelitis anterior acuta gemeld aan de Geneeskundige Hoofddirectie. Het afkondigen van een omvangrijke (re)vaccinatiecampagne op 21 september 1992 veroorzaakte grote onrust en bijna paniek onder grote delen van de bevolking. Een deel van de betrokken GGD'en bezweek vrijwel onder de druk van het publiek. Het Ministerie van WVC verzocht Hurman Consult BV een procesevaluatie uit te voeren betreffende de aanpak van de bestrijding van de epidemie.

De procesevaluatie werd als volgt uitgevoerd. Op basis van deskresearch (wetenschappelijke literatuur en formele beleidsdocumenten) werd een half-open vragenlijst samengesteld. Aan de hand hiervan werden gesprekken gevoerd met 30 sleutelfiguren. De berichtgeving in de media werd eveneens op systematische wijze geanalyseerd. De aldus verzamelde informatie vormde de basis voor een reconstructie van gebeurtenissen, beslissingen en communicatie tijdens de epidemie.

De geïnterviewde personen kregen een eerste concept van het evaluatieverslag voorgelegd voor correcties (betreffende de feiten) en commentaar (aangaande de conclusies). De reacties werden verwerkt in het definitieve rapport.¹

Analyse van de gegevens leert dat vier factoren verantwoordelijk waren voor de grote onrust tijdens deze epidemie. Allereerst bleken niet alle relevante wetenschappelijke vragen die openstonden sinds de vorige epidemie in 1978, te zijn beantwoord. Een tweede factor was het bestaan van twee verschillende draaiboeken bij uitbreken van de epidemie.^(2,3) De Hoofddirectie koos voor de nog onbeproefde strategie uit het nieuwste draaiboek. Tevens werd nagelaten deze strategie te toetsen op een aantal praktische randvoorwaarden. Ten slotte heeft meegespeeld dat de GGD'en op landelijk niveau onvoldoende sterk zijn georganiseerd en vertegenwoordigd.

Het onderzoek resulteerde in drie aanbevelingen:

- samenstellen van een nieuw polio-draaiboek;
- helder definiëren van de verantwoordelijkheden voor crisis- of outbreakmanagement public health;
- versterken van de landelijke coördinatie van GGD'en.

1 Hurman J.G.J. Bestrijding polio-epidemie 1992-1993: procesevaluatie. Wassenaar, 1993.

2 Bijkerk H, Landheer T. Poliomyelitis: maatregelen bij vermoeden of vaststellen van poliomyelitis. Leidschendam, 1982.

3 Wijngaarden JK van. Concept-draaiboek poliomyelitis 1992. Rijswijk, 1992.

Correspondentieadres

J.G.J. Hurman, Van Brienënlaan 16, 2244 BP Wassenaar, tel. 070-3282753, fax 070-3282023

48 Eerstelijnszorg

Criteria voor complexiteit van de verpleegsituatie binnen de wijkverpleging

Jansen P.G.M., A. Kerkstra

In het Verpleegkundig Beroepsprofiel¹ wordt de complexiteit van de verpleegsituatie als uitgangspunt genomen voor het toewijzen van cliënten binnen een verpleegkundig team. Binnen 91% van de kruisorganisaties in Nederland wordt 'complexiteit' inderdaad als een belangrijk kenmerk beschouwd om een cliënt aan een wijkverpleegkundige of een wijkziekenverzorgende toe te wijzen. Echter, door 67% van de organisaties wordt ook daadwerkelijk criteria voor complexiteit gebruikt om aan te geven wanneer welke functie is vereist.² Aangezien tijdens dit onderzoek bleek dat de bestaande criteria voor complexiteit in de praktijk niet eenduidig worden gehanteerd, onduidelijkheden opleveren en een theoretisch kader ontbreekt, is

een andere manier van complexiteits-bepaling onderzocht. Bij deze nieuwe methode wordt uitgegaan van het 'verplegingswetenschappelijk' model van Fawcett³ waarbij de criteria zijn ingedeeld in vier groepen: tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger, de ontvanger van het verpleegkundig handelen, de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt en het verpleegkundig handelen. Het doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre de ontwikkelde criteria valide zijn en betrouwbaar zijn te hanteren door wijkverpleegkundigen.

Voor het bepalen van de inhoudsvaliditeit zijn de criteria en vijf gevalsbeschrijvingen voorgelegd aan een groep van deskundigen. Vervolgens hebben 65 aselekt gekozen wijkverpleegkundigen met behulp van de criteria de complexiteit van de vijf gevalsbeschrijvingen beoordeeld. Op basis van de te verrichten verpleegkundige interventies wordt de complexiteit van de verpleegsituatie bepaald.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de interbeoordelaars-betrouwbaarheid van de wijkverpleegkundigen hoog (minimaal 80% overeenstemming) is met betrekking tot de criteria over de tekorten in de gezondheidstoestand van de zorgontvanger, de ontvanger van het verpleegkundig handelen en de omgeving waarin de zorgontvanger zich bevindt. Echter, verschil van mening bestaat over de verpleegkundige interventies die vervolgens moeten worden verricht: slechts over 6 van de 13 interventie-criteria is bij minimaal vier van de vijf gevalsbeschrijvingen een mate van overeenstemming van 80% of meer. Vervolgens blijkt, dat na gebruikmaking van de complexiteitscriteria de als complex bedoelde verpleegsituaties in grotere mate als complex worden beoordeeld. Momenteel worden de criteria nader uitgetest binnen bestaande cliëntsituaties.

1 Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: Davis, 1984.

2 Jansen PGM, Kerkstra A. Functiedifferentiatie binnen de thuiszorg. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1993.

3 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Verpleegkundig Beroepsprofiel. Zoetermeer, 1988.

Correspondentieadres

P.G.M. Jansen, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946, fax 030-319290

41 'Nijmeegs' colloquium: Gezondheidsmeting

De beoordeling van afwijkend sociaal gedrag bij psychiatrische aandoeningen in het kader van de ICDH

Jong A. de, P.M. van der Lubbe

In 1980 publiceerde de Wereld Gezondheidsorganisatie de proefversie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH).¹ Dit instrument is bedoeld om niet de ziekte zelf, maar de gevolgen ervan te kunnen classificeren. De voornaamste doelstelling is het gebruik bij evaluatie van behandelingen.

Sinds het verschijnen is op de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen gewerkt aan de aanpassing aan de ICDH voor gebruik in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Als belangrijkste resultaat

verscheen in 1984 de Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB), een semi-gestructureerd interviewschema met behulp waarvan beperkingen in het sociale functioneren kunnen worden beoordeeld en vastgelegd.² Dit instrument is sindsdien met goed gevolg in een reeks van onderzoeken gebruikt. In 1990 volgde de tweede, verbeterde versie. Momenteel wordt gewerkt aan de Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GVSG), een zelfbeoordelingsschaal gebaseerd op de GSB.³

Aan de proefversie van de ICDH kleven problemen van vooral conceptuele aard. Daardoor sluit de GSB minder rechtstreeks aan op de classificatie dan gewenst. De relatie tussen de GSB en de GVSG wordt ten dele bepaald door methodische verschillen (interview versus vragenlijst). Desondanks blijkt uit de eerste analyses, dat de instrumenten aan de verwachtingen voldoen.

De GVSG zal in het eerste kwartaal van 1994 worden gepubliceerd. De ICDH verkeert momenteel in een proces van revisie.

1 World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva, 1980.

2 Jong A de, Ormel J, Wiersma D. De Groningse Sociale Beperkingenschaal: ontwikkeling, beschrijving van het instrument, betrouwbaarheid en de hiërarchie in sociale rollen. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1987;65:706-12.

3 Lubbe PM van der. De ontwikkeling van de Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GVSG) [proefschrift Rijksuniversiteit Groningen]. In voorbereiding.

Correspondentieadres

Dr A. de Jong, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Sociale Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen

24 NWO-colloquium

De ontwikkeling van een medische risico registrerende anamneselijst

Jong K.J.M. de

Een medische anamnese voorafgaand aan tandheelkundige behandeling is bij iedere patiënt essentieel. Aangezien het de tandarts vaak ontbreekt aan tijd en aan ervaring met medische zaken, zijn efficiëntie en effectiviteit van belang bij de ontwikkeling van een bruikbaar anamnese-systeem.

Een aantal vergelijkende 'pilotstudies' toonde aan dat de meest betrouwbare informatie verkregen werd m.b.v. een gezondheidsvragenlijst, door de patiënt in te vullen en door de tandarts mondeling te verifiëren. Een lijst werd ontworpen, gebaseerd op het risico-classificatiesysteem van de American Society of Anesthesiologists (ASA).¹ Met behulp hiervan kon iedere patiënt op basis van zijn medische gegevens ingedeeld worden in een bepaalde risicoklasse. In een validiteitsstudie bleek de sensitiviteit van de vragenlijst 92% te zijn en de specificiteit 98%.

Vijftig aselekt gekozen tandartsen in heel Nederland werd gevraagd de risico-gerichte anamneselijst in hun praktijk te gaan gebruiken. In principe zouden 100 aselekt gekozen patiënten gevraagd worden de lijst in te vullen. Er werden van ruim 4.000 patiënten gegevens verzameld. De gemiddelde leeftijd was 40 jaar; 14,8% van de patiënten had een allergie; 10,0% had een hartprobleem; 7,2%