

RY

UHP
745

september 1969

BEHOEFTE AAN REVALIDATIEMOGELIJKHEDEN VOOR PATIENTEN LIJDENDE AAN
ISCHAEMISCHE HARTZIEKTEN

Verslag van een vooronderzoek

J.G.J.E. Josten

GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST, AMSTERDAM
NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GENEESKUNDE TNO, LEIDEN

Samenstelling van de onderzoeksgroep:

D. van der Sande, cardioloog N.I.P.G./TNO

J.G.J.E. Josten, psycholoog N.I.P.G./TNO

Dr. J.A. Weyel, psychiater a.v.s. G.M.D.

A.A. Oostenbrink, arts s.v.g. G.M.D.

E.O. Weytingh, organisator N.I.P.G./TNO

I N H O U D

	blz.
1 KORTE SAMENVATTING	5
2 ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK	6
3 PROBLEEMSTELLING	8
4 OPZET VAN HET ONDERZOEK	9
5 DE ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK	10
6 KWALITEIT VAN DE ONDERZOEKSOPBRENGST	13
6.1 Het specialistenformulier	13
6.2 De patiënten-enquête	14
6.3 De psycho-sociale anamnese	15
7 RESULTATEN VAN HET VOORONDERZOEK	16
7.1 Overzicht van de medische gegevens	16
7.2 Overzicht van de patiënten-enquête	21
7.3 Overzicht van de psycho-sociale anamnese	25
8 CONSEQUENTIES VAN DE ERVARINGEN VAN HET VOORONDERZOEK	28

1 KORTE SAMENVATTING

Het onderzoek is gericht op de schatting van de behoefte aan revalidatievoorzieningen van hartpatiënten. De resultaten van het vooronderzoek wettigen de verwachting dat op grond van uitgebreider materiaal belangrijke conclusies over dit probleem zijn te trekken. Zowel de toestand, als de houding van de patiënt vanuit die toestand kan worden beschreven.

Daarnaast levert het onderzoek - voor de eerste maal in Nederland - een aantal gegevens op over het optreden van hart-vaat-aandoeningen in een welomschreven populatie van deze omvang nl. alle loontrekkenden.

Het onderzoek levert tenslotte een zeer bruikbaar inventarisatie-instrument op voor de psycho-sociale achtergronden van ziektegevallen. Deze inventarisatietechniek is zowel voor verder onderzoek als vooral ook in de verzekeringsgeneeskundige praktijk van groot belang.

Het vooronderzoek heeft aangetoond, dat de wijze waarop het verzamelen van de gegevens en de bewerking daarvan is georganiseerd, meer dan voldoende garantie biedt voor een vlot verloop van het hoofdonderzoek.

De samenwerking van G.M.D. en N.I.P.G./TNO verliep zeer soepel. De routine, opgedaan in het vooronderzoek, zal in het hoofdonderzoek zijn vruchten afwerpen. Een nauw contact met de periferie heeft daar de belangstelling voor het onderzoek wakker gemaakt.

2 ACHTERGROND VAN HET ONDERZOEK

De "Centrale Coördinatiecommissie voor Revalidatie" van de Nederlandse Hartstichting stelt zich ten doel mogelijkheden te scheppen voor de revalidatie van hartpatiënten. Zij was tevoren - toen nog als "Revalidatiecommissie" - tot de conclusie gekomen, dat revalidatie in deze sector mogelijk is en reële voordelen biedt (zie hiervoor: Arts en Soc. Verz., 5(1967) p. 58-9 en 7(1969) p. 3 e.v.).

De Commissie wil niet alleen tot aanbevelingen komen over de medische, psychologische en sociale aspecten van de revalidatie, maar ook inzicht trachten te geven in de behoefte aan revalidatiemogelijkheden voor hartpatiënten in Nederland.

De besprekingen hebben ertoe geleid, dat een kleine commissie zich onder leiding van Dr. F.H. Bonjer zou beraden over de mogelijkheden een onderzoek te doen naar de revalidatiebehoeften onder loontrekkenden lijdende aan ischaemische hartziekten. Het Hoofd Medische Sector van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, E.H. Scheyde, achtte het mogelijk om uit te gaan van de zogenaamde 13e-weeks meldingen: dit zijn de meldingen van de Bedrijfsverenigingen aan de G.M.D. van loontrekkenden die meer dan 13 weken arbeidsongeschikt zijn wegens ziekte. In de kleine commissie werden hierop introductiebrieven en vragenformulieren voor de behandelende specialist en de patiënt ontworpen. Bij het ontwerp van de patiënten-enquête werd ook de psycholoog Drs. J.G.J.E. Josten van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde TNO betrokken. Dr. J.A. Weyel stelde aan de commissie voor om ook een psycho-sociale anamnese te doen opnemen bij de patiënten en wel door de perifere verzekeringsgeneeskundigen van de G.M.D. Tenslotte werden de verschillende formulieren door Drs. Josten bewerkt, speciaal in verband met mechanische bewerking van gegevens.

Nadat de Coördinatiecommissie zich met de opzet accoord had verklaard, werd een regeling getroffen tussen de G.M.D. en het N.I.P.G./TNO voor de uitvoering van het onderzoek. Er werd besloten eerst een vooronderzoek te doen plaatsvinden.

Een driemanschap van onderzoekers nam de voorbereiding en de uitvoering van het vooronderzoek op zich, nl. een cardioloog, een psycholoog en een sociaal-psychiater.

De organisatorische taken werden verdeeld tussen de Heer A.A. Oostenbrink, arts verbonden aan de G.M.D. en de Heer E.O. Weytingh, research-organisator van het N.I.P.G./TNO.

In grote lijnen verzorgde de G.M.D. het verzenden van de diverse formulieren terwijl de controle op het verantwoord zijn van het betrekken van de patiënt bij het onderzoek werd verricht door A.D. Overdijk, cardioloog. Het N.I.P.G./TNO nam het ponsen en de overige bewerkingen van de gegevens voor zijn rekening. Interpretatie van de gegevens en de verslaggeving geschiedt door de drie onderzoekers en door de organisatoren.

3 PROBLEEMSTELLING

Dit onderzoek betekent dat voor het eerst in Nederland, voor een grote en welomschreven populatie, het optreden van ischaemische hart- en vaatziekten wordt vastgelegd.

Met de gegevens uit dit onderzoek en aan de hand van de ervaring die in Nederland en in het buitenland met de praktijk van de revalidatie reeds is verkregen, maakt het mogelijk om een redelijke schatting van voorzieningen voor revalidatie te maken, naar aard, omvang en regionale spreiding.

Deze schatting zou nog aan waarde winnen, indien het mogelijk zou zijn om in de opzet van het definitieve onderzoek een controle-groep op te nemen. Ook een vervolgonderzoek van de bij dit onderzoek betrokken patiënten zou van grote waarde zijn.

4 OPZET VAN HET ONDERZOEK

In de opzet van het onderzoek wordt er naar gestreefd om het probleem zo goed mogelijk in kaart te brengen. Daartoe worden een drietal benaderingswijzen gehanteerd:

- a) de behandelend specialist. Om de patiënt correct te kunnen plaatsen, zijn een aantal medische gegevens onontbeerlijk. Het vragenformulier dat aan de specialist wordt toegezonden bevat vragen over de cardiologische status van de patiënt en vragen naar de mening van de specialist over de mogelijkheden tot revalidatie en werkhervatting.

Als proef werd in het vooronderzoek verzocht om een ECG-fragment in te sluiten.

- b) de patiënt zelf. Aan de patiënt wordt een enquêteformulier toegezonden waarin wordt gevraagd naar zijn houding t.o.v. zijn werk vóór zijn ziekte, van werkhervatting en van zijn oordeel over zijn huidige toestand in algemene zin.
- c) een schets van de achtergronden en de omgeving van de patiënt. Een perifeer verzekeringsgeneeskundige (p.v.g.) van de G.M.D. benadert de patiënt met het verzoek om een psycho-sociale anamnese af te mogen nemen.

In het onderzoek zijn voldoende garanties ingebouwd om het medisch geheim en de anonimiteit van de patiënt te verzekeren.

5 DE ORGANISATIE VAN HET ONDERZOEK

In verband met dit vooronderzoek werd aan de Bedrijfvereniging voor de Bouwnijverheid en aan de bij het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (G.A.K.) aangesloten Bedrijfsverenigingen (B.V.) verzocht om met ingang van 19 mei 1969 de 13e-weeks meldingen voor de diagnose-nummers 031, 131 en 231 te voorzien van de volgende gegevens:

- a) resumé van de ziektegeschiedenis
- b) oordeel van de verzekeringsgeneeskundige omtrent het te verwachten ziekteverloop
- c) naam, adres en telefoonnummer van huisarts en specialist
- d) het beroep zodanig te omschrijven dat daaruit de aard van de werkzaamheden blijkt
- e) een rood kruis ter onderscheiding van de overige 13e-weeks meldingen.

Het lag in de bedoeling uit de van deze gegevens voorziene meldingen 200 gevallen te selekteren waarvan, gezien het ziekteverloop, mocht worden verwacht dat er sprake was van angina pectoris, een hartinfarct of beide. De selectie zou geschieden volgens een bepaalde verdeling (hartinfarcten en angina pectoris tot 55 jaar allemaal, van 55 - 65 jaar de hartinfarcten 1 op 8 en de angina pectoris 1 op 20) en te stoppen op het moment dat het aantal van 200 bereikt was.

In 1968 waren gedurende 6 maanden de hartmeldingen geteld. Op grond van deze telling werd geschat dat de voor dit vooronderzoek benodigde 200 patiënten in circa 3 weken te verkrijgen zouden zijn. De wervingsperiode werd echter 5 weken, hetgeen werd veroorzaakt door het niet altijd verstrekken van de onder a t/m d gevraagde gegevens.

Bij ongeveer eenderde van de meldingen van de bij het G.A.K. aangesloten B.V.-en ontbrak het adres van huisarts en/of specialist. Anderzijds werd bij eenzelfde aantal van de meldingen meer medische gegevens verstrekt dan gebruikelijk is bij 13e-weeks meldingen.

De meldingen van B.V. Bouwnijverheid misten voor eenderde van het aantal gevallen naam en adres van huisarts en/of specialist voor zover het hartinfarcten betrof.

Een ongeveer evengroot aantal misten uitvoeriger medische gegevens. Op de meldingen van de angina pectoris ontbraken, op twee uitzonderingen na, alle gegevens. Het niet altijd volledig ingevuld zijn van de meldingen had tot gevolg dat ongeveer 1 op de 3 potentiële proefpersonen niet in de steekproef konden worden opgenomen.

In de 5 weken werden 752 meldingsformulieren ontvangen. Daarvan hadden 131 geen betrekking op ischaemische hartziekten. Er resteerde zo 621 gevallen met ischaemische hartziekten.

Van alle 752 binnengekomen meldingsformulieren werd een pons-formulier gemaakt, waarop de gegevens in rode stonden vermeld. Deze gegevens kunnen later gebruikt worden voor een controle op de representativiteit van de steekproef en voor een eventueel vervolgonderzoek. Op een systeemkaart werden enige gegevens van de 752 meldingen genoteerd. Met behulp van de eerder genoemde 621 systeemkaarten werd de steekproef van 200 kaarten getrokken; op de 200 kaarten werden verder alle verrichte administratieve handelingen aangetekend.

De gang van zaken is als volgt: aan de betreffende huisartsen wordt een brief gezonden dat hun patiënt bij het onderzoek zal worden betrokken. Indien zij dit niet wensen, kan dat aan de G.M.D. worden gemeld. Tevens ontvangen zij een toelichting betreffende het doel van dit onderzoek.

Daarna wordt aan de behandelende specialist (bekend via de B.V.) een introductiebrief, een toelichting op de bedoeling van het onderzoek en een vragenlijst gestuurd. De vragenlijst kan in een bijgevoegde antwoortenveloppe aan de G.M.D. worden gestuurd. Verzending en ontvangst worden op de systeemkaart aangetekend. Wanneer na 8 dagen niets is ontvangen, dan wordt vanuit de G.M.D. telefonisch gerappelleerd. Tijdens het vooronderzoek werd soms meerdere malen een specialist opgebeld wanneer deze langere tijd achtereen niet instuurde. In totaal werden dus 200 vragenformulieren verzonden aan de behandelende specialisten. In sommige gevallen gaf de specialist een andere diagnose op dan op het meldingsformulier was gegeven. Enigen gaven als reden van niet-retourzenden op, geen tijd te hebben. Twee specialisten wensten eerst meer uitgebreide gegevens te hebben over het onderzoek.

De ingevulde vragenlijst wordt vervolgens door de cardioloog van de G.M.D. beoordeelt of er volgens zijn opinie inderdaad sprake is van angina pectoris of hartinfarct en of het verantwoord was een vragenlijst te zenden en later een gesprek te hebben met een p.v.g..

Indien het niet wenselijk is verdere bemoeienissen met de patiënt te hebben, wordt de betrokken systeemkaart uit het bestand van 200 verwijderd.

De door de cardioloog gecontroleerde vragenlijsten worden ontdaan van persoonsaanduidingen en naar het N.I.P.G. gezonden (tezamen met de eventuele ECG's, die volgens de Minnesota-code worden gecodeerd).

De specialistenlijsten worden na controle op juiste invulling geponst en vervolgens in het archief geborgen.

Na de accoordverklaring door de G.M.D.-cardioloog wordt aan de patiënt een introductiebrief, vragenlijst en retourenveloppe toegezonden. De vragenlijst wordt retourgezonden aan het N.I.P.G. Op gezette tijden stuurt de G.M.D. een lijstje met de volgnummers van verstuurde lijsten naar het N.I.P.G. Op de G.M.D. wordt de verzending aangetekend op de systeemkaart, op het N.I.P.G. de ontvangst op een aparte lijst.

Wanneer na $\pm$ 14 dagen geen patiëntenvragenlijst op het N.I.P.G. ontvangen is, dan wordt daarvan bericht gestuurd naar de G.M.D. waarna aan de patiënt een rappel wordt toegezonden. De ingevulde patiëntenvragenlijsten worden op het N.I.P.G. geponst en daarna in het archief opgeborgen.

Tegelijk met het verzenden van de papieren aan de patiënt wordt de p.v.g. verwittigd. Deze maakt dan na enige dagen schriftelijk een afspraak met de patient om de psycho-sociale anamnese te komen opnemen. In een aantal gevallen moest de p.v.g. terugkomen omdat de patiënt niet thuis was op het afgesproken tijdstip. Er is één geval bekend waarin de patiënt weigerde mee te werken.

De psycho-sociale anamnesen worden op de G.M.D. verzameld. Daar worden zij op juiste invulling gecontroleerd en naar het N.I.P.G. gestuurd om geponst te worden. Van een en ander wordt weer aantekening gemaakt op de systeemkaart.

6 KWALITEIT VAN DE ONDERZOEKSOPBRENGST

6.1 Het specialistenformulier

Het specialistenformulier is tot stand gekomen in een aantal besprekingen van de "Centrale Coördinatiecommissie voor Revalidatie" van de Nederlandse Hartstichting. Op aandrang van enkele leden is het oorspronkelijk formulier, veel uitgebreider, gereduceerd. Zoals reeds vermeld, werd het formulier door het N.I.P.G./TNO geschikt gemaakt voor mechanische bewerking van de gegevens. De ervaring met het formulier is in het algemeen goed te noemen.

Van de 200 uitgezonden formulieren zijn er 155 ingevuld ontvangen vóór de datum waarop het onderzoek werd afgesloten. In 53 gevallen werd bovendien een electrocardiogram toegevoegd. Voor het specialistenformulier betekent dit dus een opbrengst van 77%.

Bij de bewerking werd niet beschikt over de informatie in het bovenste gedeelte van de eerste bladzijde (naam, geboortedatum, woonplaats en straat, beroep) wel was de leeftijd bekend. Het werd als bezwaar ondervonden bij de bewerking dat het geslacht niet bekend was.

In deze voorlopige rapportering is het niet goed mogelijk het geslacht, het beroep en de woonplaats vast te stellen en als variabele op te nemen. Hier zal uiteraard in kunnen worden voorzien bij de verwerking van het hoofdonderzoek, zonder aan de anonimiteit van de patiënt te tornen.

De eerste vraag is in het algemeen goed ingevuld, in enkele gevallen bleek de beantwoording in strijd met de beantwoording van vraag twee.

De derde vraag: hierbij zullen nog enkele complicaties worden opgenomen te weten: chronische bronchitis, asthma bronchiale of emphyseem, diabetes, andere complicaties (invulmogelijkheid doen vervallen ten behoeve van verwerkbaarheid).

De vierde vraag leverde tot op zekere hoogte wel moeilijkheden op voor de verwerking, al waren die in het kleine materiaal van het vooronderzoek zonder veel moeite op te lossen.

Een beschrijving van het ECG (4.4) is in een groot materiaal niet te bewerken.

Ter voorkoming van misverstand zal duidelijk gemaakt moeten worden, dat de vragen over het ECG betrekking hebben op het acute stadium van de ziekte. Ten aanzien van vraag 5 en 6 kan worden gesteld, dat het toch als bezwaarlijk wordt gevoeld, dat hier een ander systeem van invullen wordt gevraagd dan in de eerste 4 vragen. In feite waren dit geen vragen, maar "statements" die wel of niet van toepassing worden geacht.

De vraag 5.2 is niet optimaal geredigeerd en zou hebben moeten luiden: "Zou betrokkene naar uw mening in aanmerking zijn gekomen voor medische revalidatie, indien er daarvoor een geschikte gelegenheid zou hebben bestaan"?

De vraag is overigens in een verheugend groot aantal gevallen in positieve zin beantwoord. Ten aanzien van vraag 6 kan worden opgemerkt dat er behoefte is gebleken aan de mogelijkheid te vermelden of patiënt inmiddels zijn werk heeft hervat, dan wel lichter werk heeft aanvaard.

6.2 De patiënten-enquête

Van de 200 patiënten in de oorspronkelijke steekproef, hebben 124 personen een ingevuld enquête-formulier teruggezonden. Dit is dus 62% van de oorspronkelijke steekproef. Aangezien de patiënten-enquête eerst verzonden werd, nadat het specialistenformulier van de desbetreffende patiënt was geretourneerd, ligt het meer voor de hand om de opbrengst aan patiëntenformulieren te relateren aan de daaraan voorafgaande opbrengst aan specialistenformulieren. Op deze wijze is er een uiteindelijke opbrengst van 80%.

Het resultaat had ongetwijfeld beter kunnen zijn, indien niet de vakantieperiode stagnatie had opgeleverd. Na datum van afsluiting van het vooronderzoek kwam er nog een aantal formulieren binnen. Overigens is de termijn tussen verzenden en ontvangen van de enquêtes - zelfs met rappél in voorkomende gevallen - langer dan was voorzien. Met dit verschijnsel zal in het hoofdonderzoek rekening gehouden moeten worden.

In de voorbereidende fase van het onderzoek heeft de patiënten-enquête nogal wat wijzigingen ondergaan. De eindredactie van het formulier is nu dusdanig, dat er een bijzonder gering aantal oncodeerbare antwoorden zijn gegeven. Dit betekent dat het patiëntenformulier, in ieder geval qua redactie, ongewijzigd in het hoofdonderzoek kan worden gebruikt.

Wellicht zal er iets aan de lay-out veranderd moeten worden.

6.3 De psycho-sociale anamnese

Ook de response op de psycho-sociale anamnese heeft weerslag gevonden van de vacaties, van de patienten als van de p.v.g.-en. In totaal werden 110 anamnesen ontvangen, dat wil zeggen 55% van de oorspronkelijke steekproef.

Maar ook hier is het resultaat feitelijk afhankelijk van de geretourneerde specialistenformulieren. Daarvan uitgaande is de uiteindelijke opbrengst 71%.

De bedoeling van het toevoegen van de psycho-sociale anamnese aan het onderzoek betreffende de ischaemische hartziekten was drieërlei:

- 1) om de vraag te beantwoorden of de ischaemische hartziekten ziekten zijn die bij een bepaald type mensen of bij bepaalde sociale omstandigheden voorkomen
- 2) om een begin te maken met het kwalitatief onderzoek van de omstandigheden waarin en waaronder patiënten leven die uitkeringen krijgen vanwege ZW en WAO, en
- 3) om de p.v.g.-en een psycho-sociale "stethoscoop" in handen te geven en er ervaring mee op te doen. Zodoende zouden zij de grenzen van het alleen lichamelijk beoordelen kunnen overschrijden.

Het eerste punt komt bij de bespreking van de resultaten nader aan de orde. Overigens zal het hoofdonderzoek pas goed gefundeerde uitspraken mogelijk maken.

Wat de punten 2 en 3 betreft kan men stellen dat de psycho-sociale anamnese in deze vorm en op deze wijze afgenomen zeer uitvoerbaar is. Een aantal redactiewijzigingen zal moeten worden aangebracht, maar aangezien dit stuk in het vooronderzoek zijn vuurdoop onderging, was dat niet anders dan te verwachten. Tegen deze achtergrond gezien mag het aantal oncodeerbare antwoorden als zeer gering worden gekwalificeerd.

Het is duidelijk dat de psycho-sociale anamnese een zeer waardevolle bijdrage aan het hoofonderzoek zal leveren en dat op deze wijze een zeer nuttig inventarisatie-instrument kan ontstaan, zowel voor toekomstig onderzoek als voor de verzekeringsgeneeskundige praktijk.

7 RESULTATEN VAN HET VOORONDERZOEK

7.1 Overzicht van de medische gegevens

Van de 200 uitgezonden formulieren kwamen 150 formulieren van de betreffende specialisten terug voor de afsluitdatum van het vooronderzoek (30 augustus 1969). Teneinde een indruk te krijgen van de verdeling over de diagnose angina pectoris, hartinfarct en hartinfarct met resterende angina pectoris (vraag 1^{*}) is een schema (zie tabel 7.1.1) opgesteld, waarin bovendien is aangegeven in hoeveel gevallen de diagnose hartinfarct of angina pectoris twijfelachtig was en in hoeveel gevallen de specialist geen hartinfarct of angina pectoris meende te mogen aannemen.

Uit hetzelfde schema moge blijken welk deel van de hartinfarcten voor de eerste maal optrad en in hoeveel gevallen van een recidief hartinfarct sprake was (vraag 2).

Het al of niet bestaan van complicaties (vraag 3) is eveneens zichtbaar gemaakt in het blokschema. Tenslotte is een deel van vraag 5, nl. de mening van de specialist over de gewenstheid van revalidatie, voor ieder der genoemde categorieën weergegeven. Hoewel het materiaal te klein moet worden geacht om zwaarwegende conclusies toe te laten, kan worden opgemerkt, dat een positieve instelling ten opzichte van revalidatie bij de specialisten bestond bij de angina pectoris en bij het hartinfarct. Dit is vaker het geval bij infarcten die voor de eerste maal voorkomen bij de recidieven, terwijl ook de verhouding revalidatie/geen revalidatie gunstiger ligt voor revalidatie in de gevallen waarin geen complicaties zijn opgetreden dan waarin dit wel het geval is.

Van belang werd geacht ook een inzicht te krijgen in de invloed van de leeftijd van de patiënt op de beantwoording van de vraag of de specialist revalidatie wenselijk acht, ja dan nee. Hiertoe zijn de gevallen van een definitieve en een dubieuze diagnose angina pectoris, hartinfarct of combinatie samengebracht in 4 leeftijdsgroepen. Beziat men tabel 7.1.2, dan blijkt de voorkeur voor revalidatie niet duidelijk te worden beïnvloed door de leeftijd van de patiënt.

^{*}) De vragen verwijzen naar de vragen in het specialistenformulier.

Op deze plaats moge worden herhaald dat geen andere betekenis aan de hier genoemde cijfers mag worden gegeven, dan dat er uit blijken kan, welk soort informatie te zijner tijd uit het hoofdonderzoek zal kunnen voortkomen.

Tenslotte moge hier worden vermeld waartoe de bewerking van de 53 ingezonden ECG's heeft geleid. In tabel 7.1.3 is een onderscheid gemaakt tussen de diagnoses van de specialist en de resultaten van de codering der ingezonden ECG's volgens de Minnesota code. Ter verduidelijking is aangegeven welke coderingen er voorkomen bij een infarct of mogelijke ischaemie. De codering I_0 wordt gegeven indien geen bijzonderheden aan het electrocardiogram worden opgemerkt. In de categorie van 33 gevallen van angina pectoris waren 12 ECG's beschikbaar. Volgens de Minnesota codering waren er in 7 gevallen aanwijzingen voor ischaemie en in 4 gevallen aanwijzingen voor een hartinfarct, terwijl één ECG geen duidelijke afwijking vertoonde.

Van de 19 ECG's beschikbaar in de groep van 51 infarcten waren er 16 die volgens de Minnesota codering op een hartinfarct wezen. Bij de overige 3 bestonden slechts aanwijzingen voor ischaemie. In de 17 ECG's van de groep hartinfarct + angina pectoris werden 10 maal aanwijzingen voor een infarct, 5 maal aanwijzingen voor ischaemie en 2 maal geen afwijkingen gevonden. Opgemerkt dient te worden dat enerzijds de specialisten in het zeer beknopte formulier weinig mogelijkheden hebben voor een gedetailleerd verslag van ieder ziektegeval en dat hun diagnoses veelal moeten worden gezien als een zo goed mogelijke benadering ten tijde van het onderzoek en dat anderzijds de betekenis van een codering van electrocardiogrammen volgens de Minnesota code niet mag worden overschat.

Hoewel een deel van de specialisten gehoor heeft willen geven aan het verzoek een ECG toe te sturen en het mogelijk is gebleken de ECG-bevindingen in code vast te leggen, wordt een dergelijke bewerking van ECG's tijdens het hoofdonderzoek niet geheel gerechtvaardigd geacht. Er bestaat een redelijk goede overeenstemming tussen de klinische diagnoses en de ECG-codering, zodat betrekkelijk weinig informatieverruiming optreedt als gevolg van een zeer arbeidsintensieve bewerkingsprocedure.

Het aantal gevallen waarin een ECG werd toegestuurd bedraagt slechts eenderde van de ingekomen specialistenformulieren, zodat het moeilijk valt de correlatie vast te stellen tussen formulier en ECG, vooral omdat de ernst van de ECG-afwijking vaak een aanleiding zal zijn om het ECG wel op te sturen, terwijl de ECG's zonder afwijking waarschijnlijk minder vaak opgestuurd werden. Een systematische coördinatie van electrocardiogrammen lijkt daarom zinvoller bij een groep patiënten die ter revalidatie komen en meer of minder baat blijken te vinden bij de revalidatie. Een dergelijke follow-up valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

Analyse specialisten-formulieren
proefonderzoek 1969

AP = angina pectoris

HI = hartinfarct

1^{ste} = 1^{ste} infarct

> 1 = recidief

C = complicaties

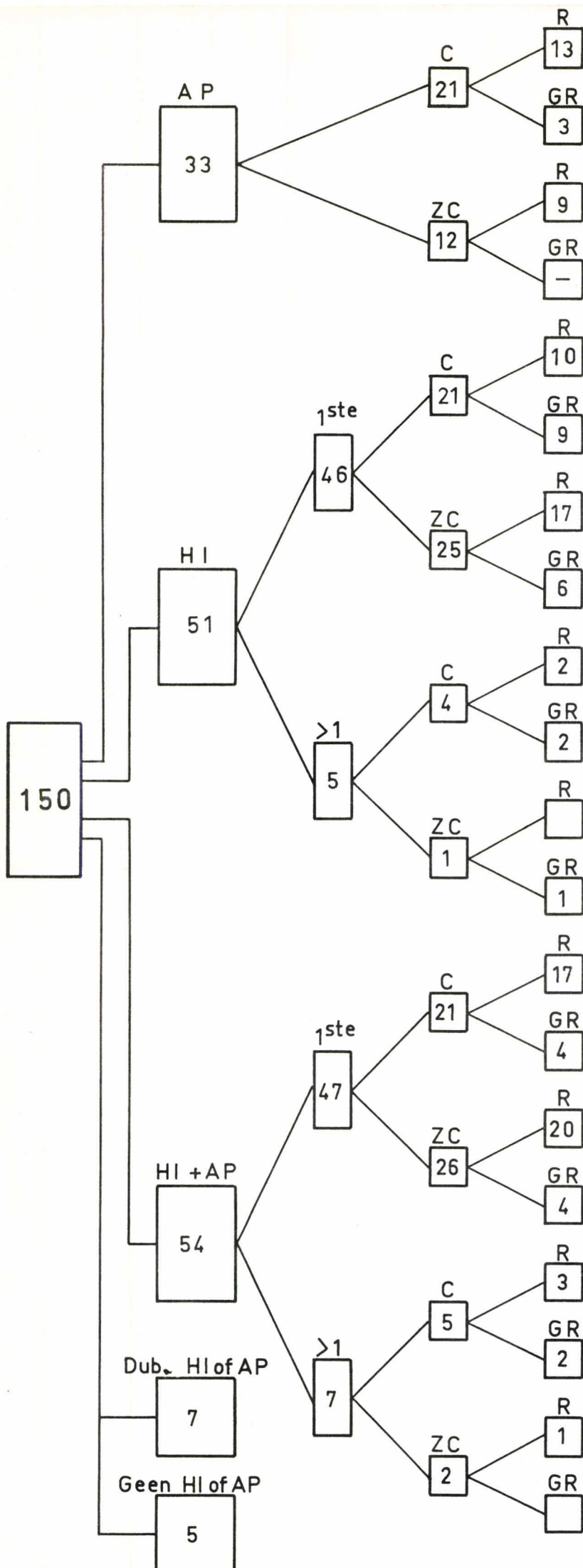
ZC = zonder complicaties

R = revalidatie aanbevolen

GR = geen revalidatie aanbevolen

Dub. = diagnose dubieus

geen = geen AP of HI aangetoond



Tabel 7.1.1.2

Mening van de specialist over revalidatie

	30 - 39		40 - 49		50 - 59		60		Totaal	
	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen	ja	neen
<u>Definitief</u>										
Angina pectoris	3	-	7	1	9	1	2	1	21	3
Hartinfarct	-	1	11	13	16	4	2	-	29	18
Hartinfarct + A.P.	2	-	16	2	19	4	4	2	41	10
<u>Dubieus</u>										
Angina pectoris	1	1	1	1	1	1	-	-	3	3
Hartinfarct	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hartinfarct + A.P.	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Totaal	6	2	35	17	45	10	9	3	95	34
niet ingevuld	1		4		9			2	16	
geen hartinfarct of A.P.	-		3		2			-	5	

Tabel 7.1.3

ECG-codering volgens de Minnesota-code

Diagnose van specialisten	E.C.G.-codering																			To- taal ECG's		
	g.b.	hartinfarct	m o g e l i j k e i s c h a e m i e																			
			I ₀	I ₁	I ₂	I ₃	II ₁	II ₁	VII ₂	III ₁	IV ₁	VIII ₃	IV ₁	V ₂	IV ₃	IV ₄	IV _{4r}	V ₁	V ₂		V ₂	V ₃
<u>Definitief</u>																						
Angina pectoris	33	1		4			1							1			2			2		12
Hartinfarct	51			16					1							1				1		19
Hartinfarct + A.P.	54	2		10										1		3		1				17
<u>Dubieus</u>																						
Angina pectoris	5	1							1					1								3
Hartinfarct	1																					
Hartinfarct + A.P.	--																					
Geen hartinfarct of A.P.	4					1														1		2
Dubieus hartinfarct of A.P.	1																					
Formulier niet ingevuld	1																					
Totaal	150	4		30		1	1		1	1	1	2	1	2	4	1	2	2				53

7.2 Overzicht van de patiënten-enquête

Het vooronderzoek heeft eveneens een aantal indrukken opgeleverd over de attitude van de hartpatiënt ten aanzien van werk en werkhervatting. Een centrale vraag is die omtrent de werkhervatting. In tabel 7.2.1 worden deze vraag en de wijze van beantwoording gezamenlijk weergegeven.

Tabel 7.2.1

Houding t.a.v. werkhervatting hartpatiënten

	aantal personen	percentage
Denkt u dat u straks:		
- terug kunt naar uw oude werk	56	46%
- lichter werk moet vinden	11	9%
- niet meer zult kunnen werken	11	9%
- ik heb daarover nog geen idee	43	36%
	121	100%

Er zijn twee duidelijke categorieën te onderscheiden:

- zij die van mening zijn zonder meer terug te kunnen gaan naar de vroegere werkzaamheden
- zij die nog onzeker zijn over hun arbeidstoekomst.

Het is interessant om na te gaan hoe de personen uit deze beide categorieën gegroepeerd worden in hun antwoorden op een aantal andere vragen. Daarbij kan men zich allereerst afvragen of de wijze waarop het werk wordt beoordeeld dat men vroeger heeft uitgeoefend, van invloed is op de attitude ten aanzien van werkhervatting. In de tabellen 7.2.2 en 7.2.3 worden twee aspecten van dat vroegere werk belicht.

Tabel 7.2.2

Oordeel over fysieke eisen van het vroegere werk en de houding ten aanzien van werkhervatting

	werkhervatting		
	oude werk	geen idee	
oordeel oude werk: zwaar	12	22	34
matig of licht	44	21	65
	56	43	99

Tabel 7.2.3

Oordeel over regelmaat en tempo van het vroegere werk en de houding ten aanzien van werkhervatting

	werkhervatting		
	oude werk	geen idee	
oordeel oude werk: jachtig	32	28	60
normaal of rustig	24	15	39
	56	43	99

Uit tabel 7.2.2 komt duidelijk naar voren, dat wanneer het werk als zwaar wordt aangemerkt, men zelden overtuigd is het oude werk te kunnen hervatten.

De invloed van regelmaat en tempo op de werkhervattingsattitude is minder duidelijk.

In de meningspeiling werd verder gevraagd of de werkgever al of niet contact met de patiënt had opgenomen sinds de ziekmelding. In tabel 7.2.4 wordt het duidelijk dat van belangstelling van de zijde van de werkgever een duidelijk motiverende invloed kan uitgaan:

Tabel 7.2.4

Contact met de werkgever sinds de ziekte en de houding ten aanzien van werkhervatting

		werkhervatting		
		oude werk	geen idee	
werkgevers:	contact	43	28	61
	geen contact	10	10	20
niet van toepassing		3	5	8
		56	43	99

Vervolgens kan men zich afvragen wat de invloed van ziektesymptomen is op de werkhervattingsattitude en op de toekomstverwachting in het algemeen.

Bij de specialistische beoordeling werden de patiënten verdeeld in drie hoofdgroepen: angina, infarct, angina plus infarct. Het infarct als zodanig onttrekt zich aan de directe waarneming van de patiënt. In ons attitude-onderzoek zijn wij daarom geïnteresseerd in de tweedeling: mét en zonder angineuze klachten.

Tabel 7.2.5

Angina pectoris en attitude ten aanzien van werkhervatting

		werkhervatting		
		oude werk	geen idee	
angina		22	35	57
geen angina		27	5	32
onbekend		7	3	10
		56	43	99

De tabel geeft aanleiding tot de conclusie dat patiënten met angineuze klachten meer onzekerheid over hun arbeidstoekomst kennen, dan de patiënten met een infarct maar zonder pijnklachten.

De toekomstverwachting in meer algemene zin blijkt, zoals men zou kunnen verwachten, samen te hangen met de verwachtingen over de arbeidstoekomst; maar eveneens met de categorisering in patiënten mét en zonder angina pectoris.

Tabel 7.2.6

Toekomstverwachting van de hartpatiënt en houding ten aanzien van werkhervatting

		werkhervatting		
		oude werk	geen idee	
Toekomst:	hoopvol	25	7	32
	gewoon	25	21	46
	somber	6	14	20
	onbekend	-	1	1
		56	43	99

Een toekomst die hoopvol tegemoet wordt gezien gaat duidelijk gepaard met de verwachting het oude werk te kunnen hervatten.

Tabel 7.2.7

Toekomstverwachting van de hartpatiënt en het al of niet aanwezig zijn van angina pectoris

		angina	geen angina	
Toekomst:	hoopvol	16	19	35
	gewoon	35	16	51
	somber	22	4	26
		73	39	112

Angina pectoris kleurt de toekomstverwachting van de hartpatiënt in negatieve zin. Van de 26 patiënten met een sombere toekomstverwachting zijn er maar liefst 22 met angineuze klachten!

Korte samenvatting van de resultaten van de meningspeiling ziekten en werk.

In de groep patienten, die bij het vooronderzoek werd betrokken, kunnen twee categorieën worden onderscheiden: zij die overtuigd zijn dat zij de vroegere werkzaamheden kunnen hervatten en de categorie met onzekere verwachtingen ten aanzien van de arbeidstoekomst.

De verdeling over deze beide categorieën wordt mede beïnvloed door:

- de visie op de fysieke eisen van het werk
- contacten tussen werkgever en werknemer na de ziekte
- het al of niet vertonen van angineuze klachten
- het toekomstbeeld van de patient in meer algemene zin.

Dit toekomstbeeld blijkt op zijn beurt weer de invloed van angineuze klachten te ondergaan en wel in negatieve zin.

7.3 Overzicht van de psycho-sociale anamnese

Uit de beantwoording van de in de psycho-sociale anamnese (p.s.a.) gestelde vragen zijn een aantal conclusies te trekken:

Gebleken is dat deze patiënten behoren, zowel wat de handarbeid als de hoofdarbeid betreft, tot de wat beter geschoolde beroepen en dus een grotere verantwoordelijkheid dragen.

Tabel 7.3.1

<u>Handarbeid:</u>	<u>Hoofdarbeid:</u>
ongeschoold: 17	eenvoudig: 6
half geschoold: 18	middelbaar: 24
geschoold: 31	hoger: 9
hoog geschoold: 8	

Ze maken gemiddeld langere dagen; inclusief de reizen komt meer dan 40% boven de 50 uur per week. Ze zijn gemiddeld 20 jaar bij één baas geweest en de verstandhoudingen op het werk zijn goed te noemen.

Tabel 7.3.2

<u>Werktijden:</u>		<u>Het werk:</u>		
vaste werktijden:	75	erg plezierig:	33	
wisselende werktijden:	35	plezierig:	48	
		gewoon:	17	
		onprettig:	9	
		zeer onprettig:	2	
<u>Vervolgopleiding:</u>		<u>Beroepsopleiding:</u>		
onvoltooid:	7	onvoltooid:	8	
voltooid:	33	voltooid:	48	
<u>Conflict op het werk:</u>				
<u>met superieuren:</u>	ja:	5	<u>met collega's:</u> ja:	5
	soms:	19	soms:	13
	neen:	81	neen:	88

Het is gebleken dat het levenspatroon van lijders aan ischaemische hartziekten afwijkt van de norm. De analyse van de ontvangen gegevens wijst er namelijk op dat we te maken hebben met de wat meer serieuze, plichtsgetrouwe mens die tracht vooruit te komen en dus mogelijk op een bepaalde wijze hiervoor de rekening krijgt gepresenteerd.

Er blijkt een tendens te zijn dat met de mate van scholing de ernst van de aandoening toeneemt.

		Scholing	
		wel	niet
Infarct	wel	32	21
	niet	10	10
		42	31

Opvallend, doch geheel onverklaarbaar, is dat de gemiddelde grootte van het ouderlijk gezin tweemaal groter dan de norm is. Het maakt de indruk dat men wat later het ouderlijk huis verlaat en ook wat later gaat huwen, hetgeen er op zou kunnen wijzen dat ze zowel huwelijk als gezinsvorming beter voorbereiden. De verstandhoudingen in het gezin blijken goed te zijn. De contacten met de omgeving schijnen door de ziekte te verbeteren. De meerderheid der vrouwen vindt het wel plezierig dat de echtgenoot nu thuis is; mogelijk hangt dit samen met de gevorderde leeftijd, waardoor de kinderen gemeenlijk uit huis zijn. Uiteraard dient men de gegevens uit dit vooronderzoek met de nodige reserve te beschouwen.

8 CONSEQUENTIES VAN DE ERVARINGEN VAN HET VOORONDERZOEK

De belangrijkste vraag is de wenselijkheid van een breder opgezet hoofdonderzoek. De conclusie van het vooronderzoek luidt dat het materiaal een mogelijkheid biedt om een antwoord te geven op de vraag naar de schatting van de behoefte aan revalidatievoorzieningen van hartpatiënten.

Men zie hiervoor met name de tabel over het al of niet wenselijk zijn van revalidatie voor de onderzochte patiënten (7.1.1). Uit deze tabel blijkt tevens de positieve houding die de specialisten tegenover revalidatie van de aan hun zorg toevertrouwde hartpatiënten innemen. Daarnaast kan tevens meer inzicht worden verkregen over de wijze waarop de houding ten opzichte van werk en werkhervatting wordt bepaald (7.2). Het zou in dit verband wenselijk zijn, vast te stellen wie van de patiënten op het tijdstip van onderzoek weer geheel of gedeeltelijk aan het werk is gegaan en sinds wanneer. Dan zou nl. de revalidatie werkhouding en werkhervatting kunnen worden gezien.

Tenslotte maken de ervaringen met de psycho-sociale anamnese duidelijk, dat een voorgecodeerde inventarisatie-methode van psycho-sociale achtergronden in de verzekeringsgeneeskunde zeer hanteerbaar en zeer nuttig kan zijn (7.3).

Van alle gevallen, voordat de steekproef getrokken wordt, wordt een ponskaart vervaardigd met daarop vermeld: leeftijd, diagnose-categorie, sexe, beroep en plaats van herkomst. Dit maakt het mogelijk om een bijdrage te geven aan het morbiditeitsonderzoek van ischaemische hartziekten.

De organisatorische procedure verloopt zonder stoornis. De samenwerking tussen G.M.D. en N.I.P.G./TNO is bijzonder goed. Artsen en specialisten in den lande geven, over het algemeen, alle medewerking. In het hoofdonderzoek behoeft aan de organisatie dan ook geen wijziging van betekenis plaats te vinden.

De vragenformulieren - specialistenformulier, patiëntenenquête en psycho-sociale anamnese - behoeven enkele aanpassingen. Het vooronderzoek heeft hier zijn nut bewezen door deze tekortkomingen tijdig te registreren.

Tenslotte heeft de bewerking van de resultaten van het voor-
onderzoek nog eens de wenselijkheid geïllustreerd van een controle-
groep (bv. 200 longpatiënten), waardoor de interpretatie van de
uitkomsten aan waarde zou winnen.

1. 13e-weeks meldingen van de B.V.-en worden gestuurd naar G.M.D.
2. Controle op invulling van de meldingen.
3. Onvolledig ingevulde meldingen worden verwijderd.
4. De onvolledig ingevulde meldingen worden opgeslagen op de G.M.D.
5. Volledig ingevulde meldingen.
6. Codering van de gegevens op de meldingsformulieren.
7. Trekking van de steekproef.
8. Meldingen die niet in de steekproef zijn opgenomen naar archief G.M.D.
9. Gegevens van meldingen die in steekproef zijn opgenomen worden op systeemkaart gezet.
10. Versturing brief aan huisarts met overdruk artikel Medisch Contact.
11. Versturing brief aan specialist met overdruk artikel Medisch Contact en vragenlijst.
12. Ontvangst van ingevulde specialistenvragenlijst op G.M.D.
13. G.M.D.-cardioloog beoordeelt specialistenvragenlijst om na te gaan of het wenselijk is dat de patiënt een vragenlijst krijgt toegestuurd.
14. Niet bruikbare specialistenvragenlijsten worden opgeborgen in archief G.M.D.
15. Na 8 dagen wordt de specialist gerappelleerd indien geen vragenlijst is ontvangen.
16. Ingevulde specialistenvragenlijsten worden naar N.I.P.G. gestuurd.
17. Specialistenvragenlijsten worden door cardioloog gecodeerd.
18. Gecodeerde specialistenvragenlijsten worden geponst.
19. Specialistenvragenlijsten opgeslagen in archief N.I.P.G.
20. Goedgekeurde patiënten die vragenlijst toegestuurd kunnen krijgen.
21. Verzending introductiebrief en vragenlijst aan patient.
22. Ontvangst patiëntenvragenlijst op N.I.P.G.
23. Ingevulde patiëntenvragenlijst wordt gecodeerd.
24. Patiëntenvragenlijsten worden geponst.
25. Patiëntenvragenlijsten naar archief N.I.P.G.
26. Wanneer na 8 dagen nog geen ingevulde patiëntenvragenlijst is ontvangen, meldt N.I.P.G. dit aan G.M.D. G.M.D. stuurt rappel aan patiënt.
27. Bericht vanuit G.M.D. aan de p.v.g. welke patiënt bezocht kan worden.
28. P.v.g. maakt schriftelijke afspraak voor bezoek aan patiënt.
29. P.v.g. neemt bij patiënt thuis psycho-sociale anamnese op.
30. P.v.g. stuurt ingevulde p.s.a. op naar G.M.D.
31. Psychiater G.M.D. codeert p.s.a.
32. Gecodeerde p.s.a. wordt naar N.I.P.G. verstuurd.
33. Op N.I.P.G. wordt p.s.a. geponst.
34. P.s.a. wordt opgeslagen in archief N.I.P.G.

ORGANISATIE - SCHEMA

