

# Hoe warm is uw dokter?

DOOR P. V. M. CROMME, HUISARTS TE TWELLO

*„Medical care of poor quality is worse than no care at all”*

Het bordje „Warme bakker” doet ons opgelucht ademhalen en vol vertrouwen stappen wij de winkel in; dit vertrouwen berust aan de ene kant op het idee dat de bakker een vakschool met examens heeft gevolgd, anderzijds weten wij dat de man wordt gecontroleerd op kwaliteit van zijn te gebruiken ingrediënten, hygiëne, enzovoort. Deze gegevens zeggen alleen niets over de kwaliteit en de smaak van zijn brood; de kwaliteit en smaak zijn afhankelijk van de inzet en fantasie van de bakker en onze papillen.

Deze bakker is voor een deel te vergelijken met een dokter; de dokter heeft „er voor geleerd” en een examen gedaan. Maar dan houdt de vergelijking op. Het vervolg van het verhaal hangt geheel en al af van de inzet en de motivatie van de dokter.

Uitgaande van de veronderstelling dat het werk van vrijwel iedere vakman is te verbeteren, lijkt het nuttig eerst te onderzoeken hoe de kwaliteit van zijn werk nú is; want misschien is de gemiddelde kwaliteit wel zodanig dat wij daarmee best tevreden kunnen zijn. Voordat met een onderzoek in deze richting wordt begonnen is er behoefte aan:

- 1 een duidelijke vraagstelling: wat wil ik onderzoeken of vaststellen?;
- 2 bepaling van het belang van de vraagstelling;
- 3 peiling van de welwillendheid de gevonden conclusies ten uitvoer te brengen.

## Ad 1: VRAAGSTELLING

Deze vraagstelling moet een heldere context hebben, het hoe en waarom van de vraag moet duidelijk zijn. De vraagstelling moet enerzijds ruim en anderzijds beperkt zijn, want anders vervalt het gehele proces in een oeverloos vergaren van gegevens, waarna achteraf wordt bezien of er iets mee kan worden gedaan en zo ja wat.

Is de vraagstelling zodanig geformuleerd, dat uit de conclusies een antwoord op de vraag kan worden verwacht? Deze vraagstelling zou kunnen luiden: „Op

welke onderdelen van het huisarts-werk heb ik nascholing nodig? Om dat aan de weet te kunnen komen, bestaat de noodzaak mijn werk te vergelijken met een standaard of norm.”

Deze norm kan verschillende niveaus hebben:

- 1 optimale norm: het hoogst bereikbare;
- 2 essentiële norm: minimum benodigde niveau om tot een basale gezondheidszorg te komen;
- 3 gemiddelde norm: het gemiddelde van het niveau van de huisartsen anno 1976.

Ter vergelijking biedt de laatste, de gemiddelde norm, ofwel Dokter Welzorg, zich aan als het meest werkbare type. Uitgaande van het niveau, zoals het nu is, kan ook het beste worden gezien of, en zo ja hoe, en tot welk niveau, moet worden gewerkt naar een hoger of zelfs optimaal niveau.

Om een antwoord te kunnen geven op de vraag moet eerst een profiel worden gevonden van De Nederlandse Huisarts; in onderdelen gesplitst waarin ook de huisartsgeneeskunde kan worden verdeeld:

„Structure”: praktijk technisch/organisatorisch functioneren: materiële deel;

„Process”: verwerking van de hulpvraag, rationeel en relationeel: immateriële deel;

„Outcome”: het resultaat na het ondergaan van de gezondheidszorg.

## „STRUCTURE”

Of het praktijk-technisch/organisatorisch functioneren een indicator is voor kwaliteit is aanvechtbaar, maar goed materiaal biedt wel een meer constante mogelijkheid om een kwaliteitsniveau te halen. Gesteld zou kunnen worden dat een minimum eisen-pakket voor wat betreft het praktijktechnisch/organisatorisch functioneren aanwezig moet zijn, wil er een gerede kans zijn dat hiermee een gemiddeld niveau wordt bereikt.

## „PROCESS”

Bij de kwaliteitsbeoordeling van de verwerking van de hulpvraag, zowel rationeel als relationeel, komen zoveel problemen aan de orde dat het zinvol

lijkt te bezien of dit immateriële deel van het huisarts-werk is te splitsen in verschillende stukken. Een mogelijke indeling is: A Het medisch handelen: hulpvraag – probleemontwikkeling – onderzoek – follow-up;

B De arts-patiënt relatie: wat speelt zich af, gedragswetenschappelijk gezien, tussen patiënt en arts en welke invloed heeft dit op het beloop van de vraag om hulp?

Ad A: Voor wat betreft het rationele handelen in de verwerking van de vraag om hulp lijkt het, dat iedere arts voor deze reeks gebeurtenissen een eigen weg heeft gevonden. Is deze rationele reeks te meten en te objectiveren? Bij dat, wat wordt gemeten, moet goed worden bedacht: 1e is dat wat ik meet, de variabele, een goede indicator?; 2e is de variabele betrouwbaar gemeten?; en 3e zou de uitslag hetzelfde zijn wanneer iemand anders de meting had verricht?

Om probleemontwikkeling van de vraag om hulp bij de huisarts te onderzoeken, staan in principe meer wegen open:

1 Observatie van de huisarts in zijn werkmilieu door een daartoe opgeleide kracht, die in staat is aan de hand van gegeven normen een indruk te krijgen over de probleemontwikkeling.

2 Praktijksimulatie in een proefopstelling tijdens een nascholingscursus. Het is mogelijk een reële praktijksimulatie op te bouwen op verschillende manieren; bijvoorbeeld zoals in ontwikkeling in Utrecht en Leiden in het kader van de huisartsopleiding.

3 Wanneer optimale schema’s bestaan voor probleemontwikkeling van bepaalde ziektebeelden, bestaat de mogelijkheid via het kaartsysteem, mits er sprake is van enige uniformiteit, een kwaliteitsbeoordeling te maken.

4 Schriftelijk door middel van probleem-patiënten.

Ad B: Beoordeling van de arts-patiënt relatie lijkt een zeer moeilijke zaak. Toch weet ieder van ons maar al te goed hoe het verloop van een gesprek kan afhangen van de instelling ten opzichte van de gesprekspartner, gebaseerd op een reeds bestaande relatie; maar ook afhankelijk van eigen karakter en van voor onszelf

verborgen factoren. Gezien de grote mate van afhankelijkheid voor wat betreft informatie, zowel op rationeel als relationeel gebied, lijkt een evaluatie van dit contact voor de arts van het grootste belang. Slechts een directe observatie of een rollenspel, beoordeeld door een in gedragswetenschappen geschoolde observator, biedt deze mogelijkheid. Dat een nascholing in gesprekstechniek niet alleen te maken heeft met psychosociale of psychosomatische problematiek, maar evenzeer behoort bij de somatische problematiek en begeleiding hierin, spreekt vanzelf.

„OUTCOME”

Om het resultaat na het ondergaan van de gezondheidszorg te kunnen beoordelen moeten er gegevens komen betreffende het verwachtingspatroon van de hulpvrager ten opzichte van de gezondheidszorg en tevens moeten de doelstellingen van de hulpverlener in deze beoordeling worden betrokken.

Bij de ontwikkeling van een industrie-produkt wordt eerst een marktanalyse gemaakt waarin onder meer wordt bekeken: wat wil het publiek? Over gegevens betreffende een verwachtingspatroon van de hulpvrager beschikken wij niet of nauwelijks, het woord inspraak is

hier nog niet zo sterk aanwezig. De mate van bevrediging van de hulpvrager zou mogelijk een indicator kunnen zijn evenals de mate van tevredenheid van de hulpverlener. Voordat onderzoek in deze richting begint is het nuttig te weten hoeveel procent van de adviezen of therapieën wordt opgevolgd. Wanneer dit niet bekend is meet men iets wat niet vaststaat.

#### AD 2: BEPALING VAN HET BELANG VAN DE VRAAGSTELLING

Alleen door middel van een kwaliteitsbeoordeling van het werk van de huisarts is het mogelijk de opleiding te evalueren en de nascholing gericht te geven. Ook langs een andere weg kan het belang van kwaliteitsevaluatie worden benaderd:

— een deel van de verantwoordelijkheid voor het functioneren van de mens ligt binnen de invloedssfeer van de arts. Wanneer wordt vastgehouden aan de gezondheidsdefinitie van de World Health Organization (W.H.O.): „een toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden”, dan legt dit een enorme verantwoordelijkheid op de schouders van alle medewerkers in de gezondheidszorg. Tevens houdt deze definitie een stimulans in, dat iedere me-

dewerker zal trachten kwalitatief te blijven groeien;

— als wetenschappelijk aspect kan worden gesteld dat de huisartsgeneeskunde nog geen entiteit is; hiermee bedoel ik, dat de huisartsgeneeskunde niet iets is dat wezenlijk bestaat als welomschreven deelgebied in de geneeskunde;

— economisch gezien kan niet worden voorbij gegaan aan het grote en steeds groter wordende bedrag, dat jaarlijks wordt uitgegeven aan de gezondheidszorg; het is vanzelfsprekend dat dit feit voor de beroepsgroepering een stimulans is om te willen werken met een zo hoog mogelijke kwaliteit.

#### AD 3: PEILING VAN DE WELWILLENDHEID DE GEVONDEN CONCLUSIES TEN UITVOER BRENGEN

Wanneer uit onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde blijkt dat deze kwaliteit verbetering behoeft, of individueel lacunes vertoont, dan bestaat de mogelijkheid om:

- 1 de opleiding tot huisarts bij te sturen;
- 2 de nascholing gericht te geven.

Of de Nederlandse huisarts deze uitdaging zelf aandurft en dus ook zelf zijn stempel op dit proces kan drukken, of afwacht tot hij wordt gedwongen, is een nog niet beantwoorde vraag.

---

## Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol?

DOOR TH. J. VAN STOCKUM, HUISARTS TE 's-GRAVENHAGE

Toetsing is voor de huisarts eigenlijk niets nieuws. Dagelijks toetst hij bij elk vervolcontact met zijn patiënt de diagnose en de therapie. Mogelijk ook de eigen reactie op de patiënt en zijn problematiek, alsmede de houding van de patiënt ten opzichte van zijn problematiek. Dit is een toetsing op een persoonlijk niveau en met zeer persoonlijke en meer aangevoelde dan omschreven normen.

Toetsing moet nu echter worden gezien als een methode om alle problemen in de gezondheidszorg op te lossen. Volgens het gedeelte van de „algemene wet gezondheidszorgverzekering” dat bekend is geworden, zullen de regionale verzekeringskantoren afdelingen krijgen, die de hulpverlening zullen moeten gaan toetsen. De Koninklijke Neder-

landsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) spreekt over intercollegiale toetsing en de Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) stelde in de beleidsnota een systeem van intercollegiale toetsing in kleine groepen ter discussie.

Maar is toetsing wel de beste manier om te komen tot oplossingen voor de problemen in de gezondheidszorg?

Het zou kunnen als de gezondheidszorg wordt aangepakt zoals de huisarts zijn patiënt tegemoet komt. De Gezondheidszorg is de patiënt. De genezer zal dan de klachten moeten aanhoren, de problemen moeten onderkennen, de diagnose proberen te formuleren en de therapie aangeven; om uiteindelijk te toetsen of de patiënt heeft gedaan wat was voorgeschreven, of de diagnose juist

blijkt, de therapie doelmatig en of het nagestreefde doel is benaderd of bereikt. Maar hoe komt de genezer aan de wijsheid dat hij diagnosen kan stellen, laat staan de therapie voor de na te streven genezing?

Wij kennen wel symptomen: te hoge kosten, veel werkverzuim, ontevredenheid, iatrogene ziekten, gedesillusioneerde artsen, om maar enkele te noemen. Maar wie onderkent de ziekmakende agentia, wie bepaalt de genezende maatregelen? Om over profylaxe nog maar niet te spreken.

Kortom, er is nog zo weinig houvast dat op dit moment toetsing, dat wil zeggen beoordelen aan de hand van normen, niet mogelijk is. Hiermede wil ik zeker niet hebben gezegd dat het onmogelijk is en dat deze methode moet wor-