

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-product 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-

den verworpen. Het is echter onjuist om hiermee de huisartsen in kleine groepjes te laten worstelen. Deze zullen onmachtig zijn de problematiek te overzien en ten hoogste voor kleine en plaatselijke problemen mogelijkheden voor verbetering kunnen aangeven.

Er zal een open overleg moeten komen tussen overheid, ziekenfondsen, vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen, werkzaam in de welzijnszorg en van de beroepsopleidingen. In dat overleg zullen doelstellingen en prioriteiten moeten worden vastgesteld. Dit overleg kan zowel op landelijk, regionaal als plaatselijk niveau noodzakelijk zijn, afhankelijk van de aard van de problematiek (bijvoorbeeld samenwerking).

De uitwerking van de kwaliteitsbewaking en het zoeken naar methoden om tot normering te komen, moet echter aan de beroepsgroepen worden overgelaten. De zorgverlening van de individuele helper aan de individuele patiënt/cliënt is zo complex en zo afhankelijk van toevallige factoren dat strikte normering nooit mogelijk zal zijn. Het zal op dit niveau steeds om globale normen moeten gaan. Toetsing mag nooit worden geïnterpreteerd als een jacht op slechte artsen of foute beslissingen van overigens goede artsen. Hoofddoel zal moeten zijn het zoeken naar problemen in de zorgverlening en het aangeven van oplossingen.

Als een zeer belangrijk bijproduct van deze methode van probleembenadering kan iedere hulpverlener een beeld worden gegeven van zijn hulpverlening, waaraan hij zichzelf kan spiegelen. Naar mijn mening dient daarbij in eerste instantie de hulpverlener zelf uit te maken hoe hij hierop wil reageren. Wel is de consequentie voor de beroepsgroep, eventueel samen met de beroepsopleiding, dat mogelijkheden voor aanpassing moeten worden aangeboden. Hoe zijn deze gedachten toe te passen in de huisartsgeneeskunde?

TOETSING ALS METHODE VOOR KWALITEITSBEVORDERING IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Na de inschrijving in het huisartsenregister en het viseren van het diploma bij de geneeskundige inspectie kan de huisarts zich vestigen. Gedurende zijn gehele beroepsperiode behoeft hij geen enkele officiële proeve van bekwaamheid meer af te leggen. Door het veranderen van huisarts of het indienen van een klacht

bij een afdelingsraad of een tuchtcollege kan een patiënt van zijn ontevredenheid blijk geven, doch de huisarts blijft vrij – zij het gebonden aan zijn artseneed (belofte) – zijn praktijk vrijwel geheel naar eigen inzichten uit te oefenen.

De ziekenfondsen kennen wel bepalingen in de overeenkomsten met minimale eisen over hulpverlening, praktijkinrichting en spreekuurfrequentie. Soms geven zij inlichtingen over verwijzpercentages, receptuurkosten, te vergelijken met gemiddelde waarden. Veel praktische consequenties blijken daar niet aan verbonden.

Hierin gaat volgens de plannen verandering komen. Volgens het uitgelekte ontwerp voor een algemene wet gezondheidsverzekering zal aan de regionale verzekeringskantoren een afdeling worden verbonden, belast met het toezicht op aard, omvang, spreiding en kwaliteit van het aanbod van medische diensten. Welke omvang deze externe toetsing voor de huisarts zal krijgen is nog niet bekend.

De L.H.V. heeft in zijn blauwdruk praktijkverkleining en vestigingsbeleid een interne kwaliteitsbewaking beschreven in de vorm van een intercollegiale toetsing.

Invoering van veranderingen in de gezondheidszorg, met de nadruk op de zorg in het eerste echelon, zal een verschuiving van de kosten in de gezondheidszorg meebrengen. De huisartsgeneeskunde als geheel zal meer geld vragen met, hopelijk, afnemen of uitblijven van de groei van de kosten in de andere sectoren. Het is daarom begrijpelijk dat de overheid en de betalende instanties, als vertegenwoordigers van het patiëntencollectief, zekerheid willen hebben dat deze veranderingen ook een verbetering van de zorgverlening zullen opleveren.

Wil de huisarts zijn beroepsmatige vrijheid van handelen en onafhankelijkheid behouden dan zal tegenover de bevolking op enigerlei wijze verantwoording voor doen en laten moeten worden afgelegd. Het zou verstandig zijn deze verantwoording op een zodanige wijze te organiseren, dat de problematiek in de hulpverlening duidelijk wordt en er aldus gegevens worden verkregen over onvolkomenheden in de organisatie, de opleiding en de nascholing. In de blauwdruk „Beleid” wordt hiervoor het woord Toetsing gebruikt.

Zoals al eerder gezegd kan er geen

Samenvatting: De toepassing van de geneeskunde is voortdurend in ontwikkeling en wordt daarbij steeds kostbaarder. Het streven naar versterking van de eerstelijns geneeskunde in de hoop hierdoor beperking in de duurdere voorzieningen te bereiken, vraagt om een kritische begeleiding. Deze kan het beste vanuit de beroepsgroepen worden georganiseerd.

Intercollegiale toetsing in kleine groepen wordt als minder effectief gezien vanwege het ontbreken van normen en de moeilijkheid betrouwbare gegevens te verzamelen en deze te verwerken.

Een door de beroepsgroep geformeerde organisatie kan de voor kwaliteitsbewaking noodzakelijke objectieve gegevens verzamelen en verwerken. Hieraan kan de huisarts zijn eigen handelen spiegelen. De beroepsgroep kan gegevens krijgen voor het opstellen van een beleid. Op grond van de uitkomsten van het onderzoek dienen zodanige maatregelen te worden getroffen, dat huisartsen in staat zijn eventuele onvolkomenheden weg te werken.

Gegevens uit een dergelijke organisatie voor kwaliteitsbevordering, (aangevuld met die van externe kostenbewaking) kunnen bijdragen aan het overheidsbeleid.

sprake zijn van toetsing door gebrek aan normen. Deze normen zullen eerst moeten worden gevonden. Zij zouden wel theoretisch kunnen worden opgesteld, maar het is de vraag of zij in de praktijk zouden kloppen met wat onder de huidige omstandigheden reëel en realiseerbaar is. De normen moeten dan worden herzien of de omstandigheden moeten worden aangepast.

Hiertoe is onderzoek in de praktijk noodzakelijk. Een dergelijk onderzoek in de praktijk vraagt om veel inzicht en vaardigheid in observeren en registreren. Het is te betwijfelen of dit met enige kans op resultaat kan worden opgedragen aan kleine groepen huisartsen. Het verzamelen van gegevens over de praktijkuitoefening van de huisarts is niet eenvoudig. Dit kan beter worden toevertrouwd aan speciaal hiervoor opgeleide deskundigen. Voor veel observaties zullen dit ervaren huisartsen moeten zijn, maar er zijn onderwerpen waarbij dit niet noodzakelijk is en die zelfs beter door psychologen of sociologen kunnen worden geobserveerd. De beroepsgroep zal dus een organisatie moeten formeren die praktijkobservaties laat verrichten en die de uitkomsten kan verwerken. De resultaten zullen dan aan de beroepsgroep moeten worden bekend gemaakt als basis voor beslissingen ten aanzien van beleid

en overleg met overheid, ziekenfondsen, andere hulpverleners en de beroepsopleiding.

In het verleden hebben Van der Wiele, Querido, Cost Budde en Raupp onderzoeken gedaan naar het functioneren van de huisarts. Naar de invloed van een dergelijk onderzoek op het latere medisch handelen van de beoordeelden is nooit een onderzoek gedaan. Het is ook voor de beroepsgroep nooit aanleiding geweest voor nader onderzoek of voor pogingen tot verbetering van werk-omstandigheden. Het is daarom bijzonder moeilijk nu al aan te geven welke facetten van het handelen van de huisarts van zodanig belang zijn dat een observatie zich daarop vooreerst zou moeten richten.

Een aantal te onderkennen punten is:

- 1 plaats van vestiging en werkgebied;
- 2 organisatie van de praktijkuitoefening;
- 3 aanwezigheid van hulppersoneel;
- 4 bereikbaarheid van de praktijk en van de huisarts „en route”;
- 5 inrichting van de praktijk;
- 6 instrumentarium en gebruik daarvan;
- 7 medische en financiële administratie (kaartsysteem, archief);
- 8 gebruik van eigen laboratorium en van externe laboratoria;
- 9 gebruik van röntgendiagnostiek;
- 10 kennis en vaardigheid van de huisarts;
- 11 samenwerking met andere huisartsen, specialisten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, enzovoort;
- 12 kosten aan de uitoefening van de praktijk verbonden;
- 13 kosten door de praktijkuitoefening voor de gezondheidszorg mede ontstaan door:

- a verwijzing naar specialist;
 - b opname in ziekenhuis, verpleeghuis enzovoort;
 - c kosten externe laboratoria;
 - d kosten röntgenologie;
 - e kosten fysiotherapie;
 - f kosten vervoer patiënten;
 - g kosten receptuur;
 - h kosten aantal ziektedagen.
- 14 aantal consulten en visites;
 - 15 morbiditeitspatroon:
 - a frequentie ziektebeelden;
 - b daarbij behorende aantal visites en consulten;
 - c diagnostische hulpmiddelen;
 - d therapie en begeleiding;
 - e aantal ziektedagen;
 - f prognose.
 - 16 verloskunde van diagnostiek gravidite-

it via prenatale zorg tot postnatale zorg inclusief samenwerking met verloskundige;

- 17 gezondheidsvoorlichting;
- 18 preventieve geneeskunde;
- 19 attitude van de huisarts:
 - a patiënt-arts relatie;
 - b rol van praktijk in gezin van de huisarts;
 - c nascholing:
 - zelfwerkzaamheid zoals bijhouden lectuur, wetenschappelijk werk, georganiseerde nascholing, zoals band en dia, teleac-cursussen en congressen;
 - d geven van nascholing voor collegae, co-assistenten, aanstaande huisartsen, praktijkassistenten, eerste hulp-cursussen;
 - e functioneren in beroepsorganisatie of wetenschappelijke vereniging;
 - f functioneren in maatschappelijke verbanden.

Hoe zou dit nu kunnen worden uitgevoerd? Via proefonderzoeken zou de waarde van bepaalde observaties kunnen worden vastgesteld. Elk facet kan op verschillende wijzen worden bekeken. De meer materiële en in maat en getal uit te drukken factoren kunnen via vragenlijsten of eenvoudige observatieschema's in korte tijd worden vastgelegd (de punten 1 tot en met 9). Hierover wordt momenteel een proefonderzoek in Den Haag gedaan met medewerking van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde; daarover zal zo spoedig mogelijk verslag worden gedaan.

Het periodiek testen van de kennis en vaardigheid door examens zou een revolutionaire omwenteling zijn. Toch zou naar methoden kunnen worden gezocht waarbij ieder de kans krijgt inzicht in parate kennis en vaardigheid te verwerven in het kader van nascholingsactiviteiten. Hierbij kan vooral aandacht worden gegeven aan methoden van zelfstudie zoals deze de laatste tijd zijn ontwikkeld in de vorm van band- en diareeksen, papieren patiënten enzovoort.

De diverse vormen van samenwerking (11) zullen zeker een multidisciplinaire aanpak van de observatie vragen.

De kosten, verbonden aan de gezondheidszorg (13), vormen een typisch voorbeeld van een onderwerp dat voor externe bewaking in aanmerking komt. Een goede terugkoppeling aan de huisarts is van groot belang.

Andere zeer belangrijke punten zijn de arts-patiënt relatie, de wijze van opvang en het verloop van de behandeling (13

tot en met 19). Hierover zijn nog veel te weinig gegevens bekend om tot richtlijnen te komen. Hieraan zal zeer veel aandacht moeten worden besteed. Dit zal multidisciplinair moeten worden aangepakt. Voor de ernstiger ziektebeelden zal de samenwerking van de verschillende hulpverleners van grote betekenis zijn.

Een goed registratiesysteem (7) zal de basis van nader onderzoek kunnen vormen.

Zetten wij nu nog eens de plannen van de L.H.V. en het hierboven beschrevene tegenover elkaar. In het blauwdruk-beleid van de L.H.V. is voorgesteld de onderlinge toetsing in waarneemgroepen of speciaal te formeren groepen van zes tot zeven huisartsen in te voeren. Uit deze groep zal één huisarts voor de tijd van twee jaar worden benoemd tot coördinator. In een periode van twee jaar zal ieder lid van de groep als toetsers tenminste een halve dag, waaronder één spreekuur, bij ieder ander lid van de groep in de praktijk meelopen. Aan de hand van een controle-lijst zal een verslag van zijn bevindingen worden opgemaakt, dat met de betrokkenen zal worden besproken. Als voornaamste punten van de observatie zullen gelden: de bereikbaarheid, de registratie, de praktijkinrichting en de patiënt-arts relatie. Na afloop van elke periode zullen deze rapporten in zijn geheel en in detail met alle deelnemers van de groep worden besproken. Alle persoonlijke gegevens blijven strikt vertrouwelijk in de groep. Uit de bespreking van de rapporten zal een zekere normstelling moeten worden gemaakt.

Ontdaan van alle gegevens van persoonlijke aard (zowel van arts als van patiënt) zullen deze normstellingen naar de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.H.V.) moeten worden verzonden. Eenmaal per jaar moeten de ingediende normstellingen worden besproken in een P.H.V.-vergadering, waarbij tenminste de coördinatoren aanwezig moeten zijn. De daaruit voortvloeiende voorstellen tot normering worden naar het Centraal Bestuur (C.B.) der L.H.V. verzonden. De P.H.V. registreert wie niet en wie wel heeft deelgenomen aan de intercollegiale toetsing en geeft dit door aan het C.B. Het C.B. der L.H.V. doet voorstellen terzake van landelijke normen aan de ledenvergadering. Indien de ledenvergadering deze normen accepteert, dienen deze te worden gebezigd in alle toetsingsgroepen.

De L.H.V. meent dat de praktijkver-

kleining ruimte zal geven voor deze activiteiten en dat het bedreigende van de toetsing in deze kleine groepen minimaal zal zijn. Dit betekent dat ongeveer 700 groepen aan 75 P.H.V.'s moeten rapporteren, waarna de L.H.V. uit 75 adviezen tot normen moet zien te komen. De kosten voor deze organisatie zijn niet te begroten, doch het apparaat van de P.H.V. en van de L.H.V. zal danig moeten worden vergroot.

Een alternatief is een organisatie voor kwaliteitsbevordering onder verantwoordelijkheid van de beroepsorganisaties. Al eerder is gesteld dat beoordeling door speciaal opgeleide observatoren een veel duidelijker resultaat kan opleveren. Ook het bedreigende van een beoordeling door een speciale waarnemer zou wel eens minder kunnen zijn dan het zich bloot moeten geven aan omwonende collega's. Een observator met een absolute zwijgplicht zou de voorkeur kunnen hebben. Bovendien is het eenvoudiger een kleine groep waarnemers te instrueren waarop in een bepaald onderzoek speciaal moet worden gelet. De organisatie zou kunnen bestaan uit 30 tot 40 waarnemers met een bureau voor het uitwerken van de gegevens onder controle van L.H.V. N.H.G. en N.H.I. De waarnemers zouden wekelijks gedurende twee (niet noodzakelijk aaneengesloten) dagen twee huisartsen kunnen observeren. De vijfde werkdag zou ruimte kunnen geven voor het opmaken van rapporten.

De gedachte is dan verder dat de huisarts een afschrift krijgt van dit rapport. Zodra dit mogelijk blijkt te zijn wordt dit rapport tevens voorzien van commentaar en achtergrondinformatie over de gemiddelde bevindingen, tijdens de onderzoeksrondte. Periodiek zullen de observatoren bijeenkomen om de verkregen – van alle persoonlijke gegevens ondane – rapporten te bespreken. Ook zullen aanbevelingen moeten worden gedaan over speciale onderzoekobjecten voor een volgende periode. Jaarlijks moeten overzichten over de bevindingen worden opgemaakt en voorlopige of de-

finitieve aanbevelingen moeten worden gedaan voor het vaststellen van normen, voor acties voor het opheffen van belemmeringen, enzovoort.

Aangenomen mag worden dat jaarlijks zeker veertig weken voor observatie beschikbaar zullen zijn, zodat tachtig artsen per waarnemer per jaar kunnen worden bezocht. Op deze basis zullen bij het huidige artsenbestand dertig waarnemers in twee jaar tijds alle huisartsen kunnen hebben bezocht. Hiermee zal, met inbegrip van een bureau voor het verwerken van de gegevens, volgens zeer ruime schatting, een bedrag van zes miljoen gulden per jaar zijn gemoeid. Gezien echter het grote belang van een dergelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde voor de organisatie van de gezondheidszorg en voor de opleiding en nascholing zou het dragen van de kosten door de overheid (Volksgezondheid zowel als Onderwijs en Wetenschappen) en door de ziekenfondsen niet onredelijk zijn.

WAT TE DOEN MET DE RESULTATEN VAN DE WAARNEMINGEN

De L.H.V. zal de voorgestelde normen aan de algemene vergadering moeten voorleggen en na acceptering als zwaarwegend advies aan de leden presenteren. Het formeren van kleine groepen en het onderling bespreken van deze adviezen zal van groot belang zijn voor het motiveren van de huisartsen. Bovendien zullen de afgevaardigden naar de algemene vergadering dan duidelijk de stem van de periferie kunnen laten horen.

Wat de consequenties zullen kunnen zijn van blijvend te kort schieten, zal ernstig beraad eisen in de algemene vergadering, aler deze tot zwaarwegend advies verheven normen worden aanvaard. Mogelijk dat hier de stem van de commissie voor huisartsgeneeskunde ook dient te worden gehoord.

Uit het voorgaande is duidelijk dat voor mij de in de titel gestelde vraag „Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol?” in de zin van intercollegiale toetsing in kleine groepen ont-

kennend wordt beantwoord. Mijn twijfel aan de mogelijkheid betrouwbare gegevens van voldoende omvang te verkrijgen is te groot. Intercollegiale toetsing, opgevat als toetsingsactiviteit van de beroepsgroep door een daartoe opgericht instituut, is zeker zinvol.

Nogmaals wil ik het belang onderstrepen van het bespreken van de verkregen gegevens in kleine groepen. Hierdoor kan het isolement, waarin velen nog werken, worden doorbroken en kan tot betere samenwerking en beter begrip worden gekomen.

Ik verwacht dat, op basis van de verkregen gegevens, een beter overleg met de overheid mogelijk kan worden opdat onvolkomenheden in organisatie en honorering kunnen worden weggenomen. Overleg met de medische faculteiten kan leiden tot verbeteringen in de opleiding. Tenslotte zullen de beroepsorganisaties de verantwoordelijkheid op zich moeten nemen voor het aanbieden van dusdanige nascholingsmogelijkheden, dat de huisartsen in staat worden gesteld hun aangetoonde tekortkomingen weg te werken.

Summary. Does intercollegial testing make sense in general practice? The practice of medicine is constantly developing and becoming increasingly expensive. Efforts to enhance first-line medicine in order to achieve a reduction of more expensive facilities requires critical guidance. This is best organized by the professional groups. Intercollegial testing in small groups is regarded as less effective due to the absence of standards and the difficulty of collecting and analysing reliable data. An organization established by the professional group can collect and analyse the objective data required for quality control. The general practitioner can test his own activities against these data. The professional group can obtain data required for planning a policy. On the basis of the results of the study, measures should be taken which enable general practitioners to correct possible imperfections. Data supplied by such an organization for quality promotion (supplemented by those of external cost control) can contribute to government policy.