

Toetsing in de huisartsgeneeskunde

Rapport van de Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap*

De Werkgroep Toetsing is in 1974 ingesteld door het Bestuur van het N.H.G., met als opdracht: 1) het formuleren van een aantal uitgangspunten voor toetsing in de huisartsgeneeskunde; 2) het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek op dit gebied; 3) het ontwikkelen en begeleiden van experimenten met toetsing en de rapportage daarover. Gezien het complexe karakter van het onderwerp heeft de Werkgroep zich bij de uitvoering van haar opdracht moeten beperken tot de eerste twee punten.

Inleiding

De omvangrijke discussie die de laatste jaren op gang gekomen is over het functioneren van de gezondheidszorg maakt tenminste duidelijk dat de betrokkenen – patiënten, artsen, overheid en de betalende instanties – vanuit zeer uiteenlopende gezichtspunten zeer uiteenlopende verwachtingen koesteren ten aanzien van elkaar. Hoe moeizaam deze discussie ook moge zijn, wij vinden haar noodzakelijk.

De discussie zou moeten gaan over de vraag: wat mogen en wat kunnen wij verwachten van de gezondheidszorg, gelet op de mogelijkheden qua kennis, mankracht en middelen. Hierbij moet aangetekend worden, dat onder gezondheidszorg tegenwoordig mede welzijnszorg wordt verstaan. Om deze discussie zinvol te kunnen voeren is het noodzakelijk te weten hoe en vanuit welke doelstellingen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg functioneren. De aandacht van de Werkgroep gaat in eerste instantie uit naar het huisartsgeneeskundig aandeel in de eerstelijns gezondheidszorg.

De steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg leiden tot druk op de overheid en de betalende instanties om te komen tot kostenbeheersing in de vorm van het maken van keuzen. Via budgettering kan een sterke politieke

invloed op de gezondheidszorg worden uitgeoefend. Vanuit de patiënt – voorzover daarover informatie beschikbaar is – komt de wens naar voren meer invloed te hebben op de wijze waarop met zijn gezondheidszorg gehandeld wordt; grotere algemene kennis, bijvoorbeeld verkregen via voorlichting en opvoeding, levert de patiënt meer inzicht en dus ook meer vragen op. Vanuit de beroepsgroep wordt de discussie over het functioneren van de gezondheidszorg gevoerd door onder meer onzekerheid over plaats en functie van de huisarts, conformisme aan tradities en de wens beter geïnformeerd te zijn over het eigen functioneren. Wil men een gesprek over het eigen functioneren kunnen voeren, dan moet er een mogelijkheid bestaan om dit functioneren zichtbaar te maken en vervolgens te vergelijken met een standaard of norm.

Onder toetsing wordt verstaan: beoordeling aan de hand van maatstaven of normen. Na toetsing kan onderzocht worden waar en hoe het functioneren van de huisarts kwalitatief verbeterd kan worden in de richting van het gewenste peil. Voor gerichte nascholing is toetsing vooraf een vereiste om zo de bestaande lacunes op te sporen.

De huisarts functioneert in samenhang met een groot aantal factoren die deels wel en deels niet binnen zijn persoonlijke of beroepsmatige invloedssfeer vallen. Volgens de Werkgroep is het van belang deze samenhang te beschrijven om een zo nauwkeurig beeld te krijgen van het functioneren van de huisarts. Het uiteindelijke doel van toetsing is het bevorderen van de kwaliteit van het

werk van de huisarts. Dit rapport handelt echter grotendeels over de achtergronden van toetsing: de geraadpleegde literatuur heeft voornamelijk betrekking op onderzoek naar de mogelijkheden en methoden van beoordeling en de daarop volgende stap naar verbetering van de kwaliteit is in de praktijk nog slechts zelden onderzocht. Overigens zal de integratie van de trias toetsing – opleiding/nascholing – kwaliteitsbevordering in Nederland een geheel eigen ontwikkeling moeten doormaken.

Toetsing in de huisartsgeneeskunde

De stand van zaken in de huisartsgeneeskunde

Mensen die ziek zijn of met vragen over hun gezondheid zitten, wenden zich voor hulp meestal eerst tot hun huisarts. Die huisarts kan de centrale figuur zijn in de gezondheidszorg van veel mensen, mits hij openstaat voor de verscheidenheid van hun problemen, makkelijk bereikbaar is en vertrouwd is met en voor de bevolking. Dat gold echter ook al meer dan honderd jaar geleden. Niettemin kan het vak van de huisarts pas de laatste jaren als een zelfstandige discipline beschouwd worden.

Aan de erkenning van het vak van de huisarts als een specifieke discipline is heel wat voorafgegaan. Eerst verenigden de huisartsen zich in een beroepsorganisatie, de Landelijke Huisartsen Vereniging. Daarna ontstond een eigen wetenschappelijke vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, met een eigen vakblad, *huisarts en wetenschap*. Vervolgens werd het Nederlands Huisartsen Instituut gesticht en werd de eerste universitaire leerstoel in de huisartsgeneeskunde gevestigd. Sindsdien zijn aan alle medische faculteiten universitaire huisartseninstituten verbonden, zodat nu een zelfstandige universitaire beroepsopleiding bestaat. Bovendien zijn door de Stichting Nascholing Huisartsen de voorwaarden geschapen voor de nascholing van gevestigde huisartsen.

De organisaties in de huisartsgeneeskunde zijn dus de laatste jaren sterk uitgegroeid en hebben van het vak een discipline gemaakt. Welke positie de huisarts inneemt in de gezondheidszorg, is inmiddels wel duidelijk geworden. Maar hoe staat het met de uitoefening van het beroep in de praktijk? Wat huisartsen wel of niet zelf behandelen, hoe zij dat doen en met welk resultaat, daarover bestaat géén duidelijkheid. Er is met andere woorden geen sprake van overeenstemming over het takenpak-

* C. W. Aakster (socioloog), P. Back-Westhoff (huisarts), P. V. M. Cromme (huisarts), R. Kluver (psycholoog), Th. J. van Stockum (huisarts), C. H. A. Westhoff (huisarts) en W. Zwanikken (psycholoog); bewerkt door K. Blanken (socioloog, medewerker N.H.G.).

ket, om nog maar te zwijgen over de geëigende werkvormen.

Het is thans tijd om keuzen te maken – voor ons, voor de collegae en voor onze organisaties – ten aanzien van wat wij onder huisartsgeneeskunde willen verstaan. We zullen eerst moeten weten wat we precies willen (de gewenste situatie), vervolgens kunnen we vaststellen in welke mate aan dit doel in de praktijk tegemoet wordt gekomen (de werkelijkheid) en tenslotte kunnen we gaan bouwen aan verbetering van de bestaande kwaliteit. De vergelijking van de gewenste situatie met de werkelijkheid zal ons de sterke kanten van de beroepsuitoefening tonen, maar ook de zwakke plekken aan het licht brengen. Eerst dan is gerichte nascholing mogelijk en kan de opleiding worden bijgestuurd. De effecten van al deze pogingen tot beschrijving en bevordering van de kwaliteit van het werk van de huisarts zullen moeten worden vastgelegd. Er bestaat dus in onze opvattingen een hechte relatie tussen toetsing, nascholing of opleiding en kwaliteit van de hulpverlening. Daarnaast onderschatten wij niet het belang van bepaalde voorwaarden, zoals normering van de praktijkgrootte. Zonder deze samenhang blijven activiteiten op deelgebieden, zoals nascholing, op zichzelf staan en verliezen zij daarmee aan waarde.

Verwachtingen van toetsing

Vanuit de beroepsgroep zelf worden zeer verschillende doelen, verwachtingen en motieven met betrekking tot toetsing geformuleerd. Ook de beoogde effecten lopen ver uiteen; zij zijn niet beperkt tot het handelen van de individuele arts, maar raken in principe de gehele gemeenschap. Door sommige auteurs in de vakbladen wordt beoogd een zo hoog mogelijke kwaliteit van de geleverde zorg te garanderen en daarmee de bevolking een gevoel van vertrouwen in de arts te geven. Voorts wordt erop gewezen, dat de artsen zich door toetsing een grotere zekerheid ten aanzien van hun eigen functioneren kunnen verwerven; ook de verwachting dat toetsing ertoe zal kunnen bijdragen, de arts uit zijn isolement te halen, speelt hierbij een rol. Vele auteurs zien in toetsing een middel voor de arts om het eigen werk te evalueren en op grond daarvan eventueel correcties aan te brengen. Tenslotte zou toetsing kunnen leiden tot een grotere betrokkenheid van de arts bij zijn werk en – niet het onbelangrijkste aspect – tot een toenemende tevredenheid bij de uitoefening van het beroep.

Hoofddoel en nevendoelen van toetsing

De opvattingen van de auteurs van dit rapport stemmen op één punt overeen met deze uiteenlopende verwachtingen: het gaat om bevordering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Sterker nog, dit laatste is het enige doel waarop wij de inhoud van ons rapport hebben afgestemd. Toetsing zal echter ook andere effecten hebben, die bijvoorbeeld voor het beleid (van de L.H.V. en andere organisaties) van belang zijn. Te denken valt dan aan kostenbeheersing. Kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing hoeven niet strijdig te zijn. Ze moeten echter wel onderscheiden worden.

Beschrijvingsvorm van de huisartsgeneeskunde

Inleiding

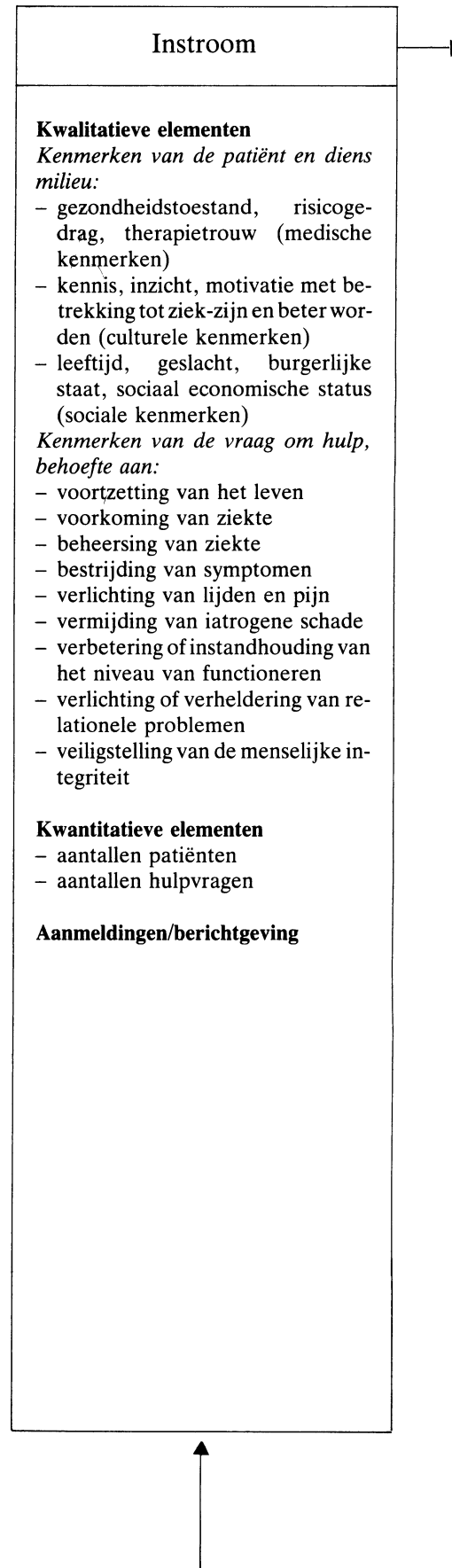
Het voorwerp van toetsing is het dagelijks werk van de huisarts. Wij onderscheiden hierin een aantal factoren, ontleend aan de systeemtheorie (*schema*). De eerste is: wat komt in de praktijk binnen? Dit zijn patiënten, klachten, meldingen en allerlei informaties. Wij noemen dit de *instroom*. Deze instroom ondergaat een behandeling. De middelen hiervoor – onder andere de deskundigheid van de huisarts en de organisatie van zijn praktijk – noemen wij *structuur*. De toepassing van de structuurmiddelen is een aparte factor, het *proces*.

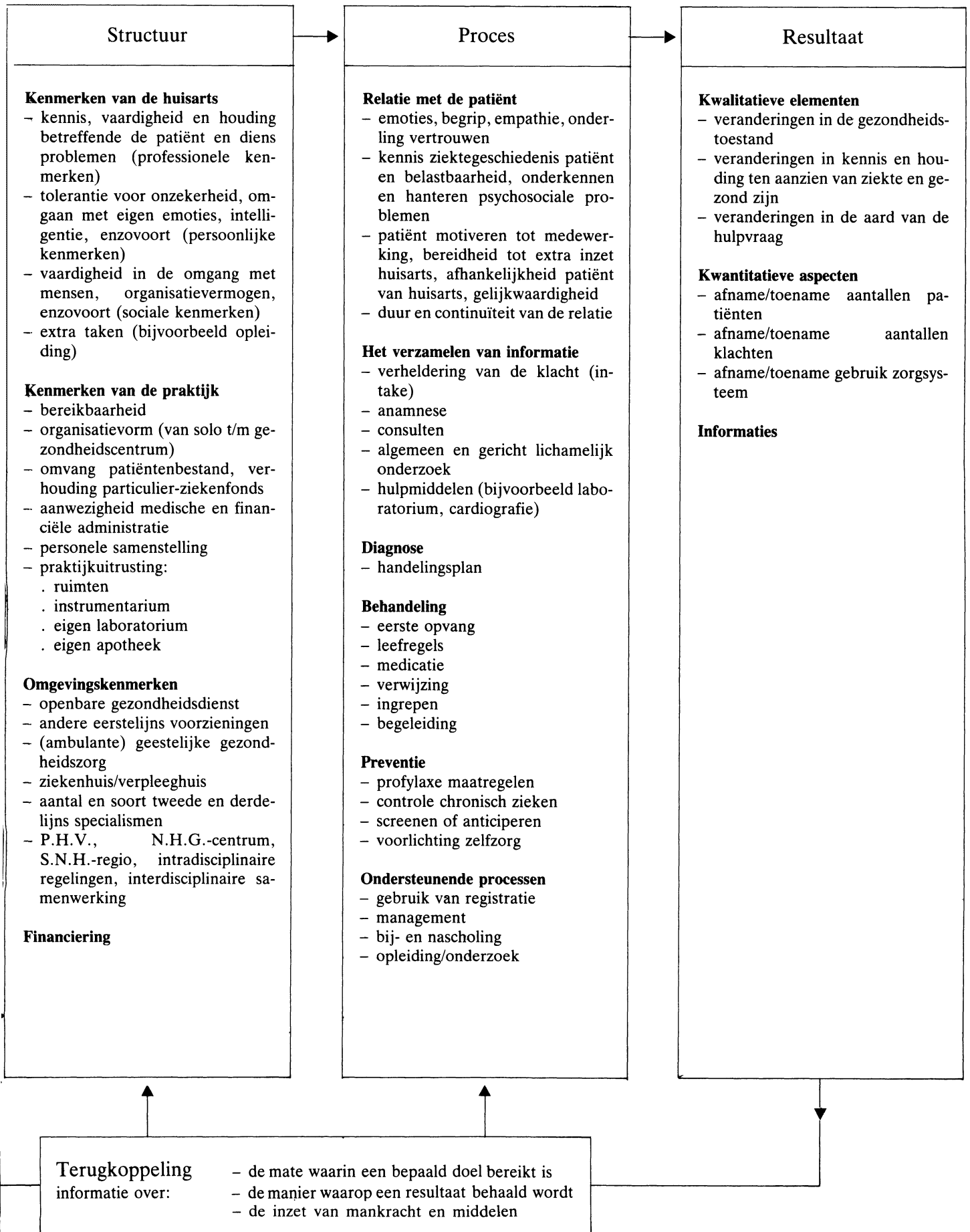
Structuur en proces veranderen de instroom; het verschil is het *resultaat*. Het resultaat kan beschreven worden als de mate waarin het doel van de patiënt en het doel van de arts bereikt wordt en de mate van beider tevredenheid over het verloop van het proces. Een deel van het resultaat bestaat uit kritiek op of bevestiging van de waarde van het resultaat en de wijze (structuur en proces) waarop het behaald wordt. In systeemtheoretische termen heet dit: *terugkoppeling*.

De instroom

De instroom is alles wat bij de huisarts in zijn praktijk binnenkomt: mensen met klachten, ziekten, gezondheidsproblemen en andere moeilijkheden; en verder meldingen en andere informaties. Wij onderscheiden kwalitatieve en kwantitatieve aspecten in de instroom. Onder de kwalitatieve aspecten ordenen wij kenmerken van de patiënt en kenmerken van zijn vraag om hulp. Onder de kwantitatieve aspecten verstaan wij de aantallen patiënten en de aantallen hulpvragen. Het gaat hierbij niet om

Schema. De factoren van het dagelijks wer





absolute grootheden, maar om gradueel sterk verschillende gegevens, zodat niet alleen de aard en de omvang van de hulpvraag bepalend zijn voor het resultaat van de zorg, maar ook de mate van ziek-zijn of hulpbehoefendheid.

In feite weten wij nog weinig van de instroom af. Wat is bijvoorbeeld de werkelijke behoefte aan gezondheidszorg bij de bevolking? Men hoort wel eens beweren dat het aanbod van gezondheidszorg de vraag stimuleert en dat de vraag niet overeenstemt met de werkelijke behoefte. Hoe dit ook zij, van het grootste belang is het bestaande verwachtingspatroon van de patiënt. Dit is het resultaat van een combinatie van medische, persoonlijke en sociale kenmerken en ervaringen uit vroegere contacten. Het verwachtingspatroon van de patiënt is medebepalend voor zijn houding tegenover zijn klacht en het tijdstip waarop hij besluit naar de dokter te gaan.

De structuur

Onder structuur verstaan wij alles wat aanwezig en beschikbaar is voor de opvang van de instroom. Het betreft dan niet alleen tastbaarheden zoals het instrumentarium, maar ook abstracta zoals de kennis, vaardigheid en houding van de huisarts, evenals andere voorzieningen in de omgeving waar de dokter zijn praktijk uitoefent. Tenslotte valt onder de structuur het heersende cultuurpatroon met betrekking tot leven, ziekte, dood en gezondheid. De structuur omvat dus:

- kenmerken van de huisarts;
 - kenmerken van zijn praktijk;
 - kenmerken van de totale omgeving.
- Hoewel het misschien wat kunstmatig aandoet, moet een onderscheid gemaakt worden tussen de aanwezigheid van een bepaald middel en het gebruik ervan. Dit laatste valt onder het proces. Zo is bijvoorbeeld „aanwezige administratieve systemen” een structurelement, terwijl de „wijze waarop daarvan gebruik wordt gemaakt” een proceselement is.

De kenmerken van de arts kunnen worden onderscheiden in professionele, sociale en persoonlijke kenmerken. Tot de professionele kenmerken rekenen wij: bedrevenheid in het verrichten van hulpverlenende handelingen, deskundigheid op dit gebied en houding ten aanzien van patiënten en ten aanzien van de mogelijkheden om te interveniëren in hun ziekten of problemen. Persoonlijke kenmerken zijn onder meer: tolerantie ten aanzien van onzekerheid, omgaan met eigen emoties, leider-

schapsbehoefte, kritische instelling, hulpvaardigheid, intelligentie, consistentie in gedrag en houding. Als sociale kenmerken noemen wij: sensitiviteit in relaties, vaardigheid in het omgaan met mensen, organisatievermogen, houding ten opzichte van lijden en dood, enzovoort.

De kenmerken van de praktijk vormen de volgende categorie structurelementen; het gaat hierbij om de bereikbaarheid van dokter en praktijk, de organisatievorm, de personele samenstelling, de taakverdeling, de aanwezigheid van administratieve systemen, de omvang van het patiëntenbestand, het praktijkpand en de uitrusting van de praktijk.

De kenmerken van de omgeving waarin de huisartspraktijk wordt uitgeoefend: hierbij denken wij aan het bestaan van bepaalde financieringswijzen, andere gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, de verscheidenheid van intra- en interdisciplinaire regelingen of structuren en de gezondheidscultuur in het algemeen. Toetsing van de structuur zou in eerste instantie gericht moeten zijn op de vraag: welke elementen zijn volstrekt onmisbaar voor de opvang van de instroom en wel in relatie tot een bepaald resultaat. Wij verwachten dat uit de beantwoording van deze vraag zal blijken dat verschillende patronen van structurelementen onderscheiden kunnen worden. Met behulp hiervan zouden huisartsen – al naar gelang hun persoonlijke instelling en mogelijkheden – kunnen streven naar optimalisering van het voor hen meest geschikte patroon.

Het proces

Hiertoe rekenen wij alles wat gebeurt met en voor de patiënt. Voor dit doel is de aanwezigheid van een bepaalde structuur noodzakelijk, evenals de toevoer van hulpvragen, informatie, etcetera (de instroom). Proces is dus: transformatie van de instroom met behulp van de structuur. In de meest beperkte zin omvat dit proces de feitelijke medische – en andere – hulp die de arts biedt. Wat ruimer gezien strekt het proces zich tevens uit over de patiënt-artsrelatie en in de meest uitgebreide betekenis vallen ook preventieve handelingen, ondersteunende processen (bijvoorbeeld het gebruik van een registratiesysteem) en nascholing eronder.

Opnieuw geldt, dat onderzoek bepaalde patronen aan het licht zou kunnen brengen, de zogenaamde subroutines in het handelen van de huisarts. Is hij zich eenmaal van deze patronen bewust, dan kan hij de sterke kanten meer uitbuiten, terwijl eventuele zwakke plekken kun-

nen worden bijgewerkt door gerichte nascholing.

Het resultaat

Het resultaat is de mate waarin het doel van de patiënt en het doel van de arts worden bereikt en de mate van tevredenheid over de gevolgde werkwijze. Men realiseert zich daarbij wel dat de huisarts en de patiënt niet altijd dezelfde doelstellingen zullen hebben bij de hulpverlening. Elders is men er gemakkelijk van uitgegaan, dat een verbetering van de omstandigheden (structuur) zou leiden tot een beter resultaat. Nadat was gebleken, dat meer factoren van invloed zijn op het resultaat, heeft men zich volledig geworpen op het handelen van de arts (het proces). Ook dit bleek echter niet doorslaggevend. Pas de laatste jaren is de behoefte ontstaan aan onderzoek naar het geheel van factoren die het resultaat kunnen beïnvloeden. Maatstaven ter beoordeling van het resultaat moeten dan ook nog ontwikkeld worden.

Terugkoppeling

Terugkoppeling is informatie over het resultaat en de wijze waarop dit wordt behaald. Deze informatie kan leiden tot bevestiging en versterking van de bestaande gang van zaken, of tot aanpassing en verandering. Terugkoppeling is niet hetzelfde als toetsing. Bij toetsing namelijk staat een vergelijking van het resultaat met maatstaven centraal. Toetsing is dus een bijzondere vorm van terugkoppeling.

Discussiepunten

Gebleken is, dat de invloed van de structuur en van het proces op het resultaat niet zo bijster groot is. Onderzoekingen (onder andere *Ronn*) tonen aan, dat 40 procent van de variantie in het resultaat wordt veroorzaakt door invloeden (met name patiëntfactoren) die losstaan van de structuur en van het proces. Het is dan ook van belang eerst vast te stellen welke factoren in wat voor omvang het verloop van de instroom beïnvloeden; pas dan kunnen de bijdragen van de structuur en het proces aan het resultaat worden vastgesteld en beoordeeld.

Toetsing sluit aan bij de analyse van de relatie tussen het handelen van de huisarts en het resultaat: voor welk deel van het resultaat moet men het handelen van de huisarts en de structuur waarin dit handelen ligt ingebed, verantwoordelijk stellen en voor welk deel zijn andere factoren verantwoordelijk? Enkelvoudige relaties tussen bijvoorbeeld de kennis van de huisarts en het resul-

taat van zijn werk bestaan nauwelijks; hetzelfde geldt ten aanzien van proceselementen (bijvoorbeeld de diagnose) en het resultaat.

Het gaat er bij toetsing om, dat de samenhang van alle beïnvloedende factoren binnen het geheel van instroom, structuur en proces, wordt zichtbaar gemaakt. Het doel is om – terugredenerend vanuit een beoordeling van het resultaat – aan te wijzen in welke opzichten proces, structuur en instroom veranderd en verbeterd kunnen worden. Zodoende kan de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde geleidelijk aan toenemen: de verschillende beïnvloedende factoren en hun elementen worden beter op elkaar afgestemd.

Onderzoek naar kwaliteit

Inleiding

Wij rapporteren in dit hoofdstuk over ons literatuuronderzoek. Dit betreft de beschikbare, voornamelijk buitenlandse literatuur van 1965 tot 1977.*

Onderzoekingen naar de instroom hebben wij buiten beschouwing gelaten, niet omdat op dit gebied geen onderzoek verricht is (integendeel), maar omdat de relatie met structuur, proces en resultaat niet gelegd wordt. In het algemeen gesproken is weinig literatuur voorhanden over de samenhang van de factoren die de verleende zorg beïnvloeden. Wel is veel onderzoek gedaan naar structuur- en proceselementen. Onderzoek naar het resultaat van de zorg verkeert nog in de beginfase.

Bij het weergeven van het onderzoeksmateriaal zijn wij uitgegaan van het door ons gehanteerde onderscheid in structuur, proces, resultaat en terugkoppeling. Het hoofdstuk wordt besloten met een bespreking van de resultaten van onze discussie over het literatuuronderzoek.

Onderzoek naar structurelementen

Bereikbaarheid. Het is een probleem bereikbaarheid goed te definiëren, omdat het hierbij niet alleen om afstand en verkeersmogelijkheden gaat, maar ook om drempelvrees, barrières bij het realiseren van afspraken, telefoonontvangst, enzovoort. Dit blijkt onder meer uit een onderzoek van *Logerfo*, die de invloed van de bereikbaarheid van de dokter op de kwaliteit van de zorg voor hypertensiepatiënten heeft onderzocht. Verbete-

ring van de mogelijkheden voor de patiënt om medische hulp te verkrijgen leidde niet tot gunstiger behandelingsresultaten.

Taakverdeling van arts en hulpverleners. De delegatie van taken in de gezondheidszorg is in de Verenigde Staten een actueel gegeven door de opkomst van zogenaamde New Health Practitioners in een aantal praktijken en ziekenhuisafdelingen. *Steinwach e.a.* beschrijven een onderzoek naar de taakverschuivingen in het werk van artsen en New Health Practitioners in de loop van drie jaar. De resultaten zijn voor de Nederlandse situatie niet alle belangrijk; wel van belang is onder meer de uitkomst, dat het aan de New Health Practitioners toevertrouwde werk bij toetsing aan expliciete criteria kwalitatief niet onder bleek te doen voor het werk van artsen.

Beschikbaarheid registratiesysteem. Als door sommigen ideaal geachte vorm van registratie van het medisch handelen wordt de Problem Oriented Record vermeld (*Weed*, in *Bjorn and Cross*). Dit registratiesysteem is meer geformuleerd in termen van problemen dan van diagnoses. Het is een accurate en ordelijke vorm van registratie, zij het dat relatief weinig aandacht wordt besteed aan de prognose. *Linn and Linn* bepleiten als compensatie voor dit laatste het gebruik van de Individual Goal Attainment Scaling. Het te bereiken doel wordt in dit systeem duidelijk omschreven zodat het uiteindelijke resultaat hiermee vergeleken kan worden.

Onderzoek dat verschillende structuurelementen omvat. Het meest uitgebreide onderzoek naar structuurelementen dat wij kennen, is een exploratief onderzoek onder leiding van *Van Stockum*. Hij volgt daarmee een aanbeveling op van de Werkgroep Toetsing van het N.H.G. uit 1974. *Van Stockum* liet inventariseren welke voorzieningen aanwezig waren in ongeveer twintig huisartspraktijken te Den Haag. Enkele van de daarbij gevonden problemen waren: uitgebreid onderzoek is moeilijk in te passen in de dagelijkse routine van de huisarts; hoe vaak en op welke momenten moet de observatie plaatsvinden; hoe beoordeelt men de onderhoudsstaat van een bepaald apparaat of de adequaatheid van de wachtruimten; hoe kan men objectief stellen welk instrumentarium nuttig en noodzakelijk is?

Onderzoek naar proceselementen

Onderzoek naar de patiënt-artsrelatie. Vrijwel alle onderzoekers zijn het erover eens, dat in het werk van de huis-

arts de patiënt-artsrelatie een belangrijke plaats inneemt. De relatie is van zo groot belang omdat arts en patiënt er afhankelijk van zijn voor het geven en verkrijgen van informatie, het samenwerken aan de behandeling en de wederzijdse emotionele plaatsbepaling (*Cromme*). De meeste onderzoekers aarzelen echter om de relatie in het toetsingsproces op te nemen. Een voor de hand liggende reden hiervoor is dat de invloed van de relatie op het werk van de huisarts moeilijk zichtbaar te maken is.

Enkele belangrijke aspecten zijn de mate van gelijkheid van arts en patiënt, de wijze waarop de arts psychosociale problematiek signaleert, opvangt en behandelt en het motiveren van de patiënt tot medewerking aan de behandeling.

- De mate van gelijkheid tussen arts en patiënt. In de eerste plaats uit een oogpunt van kennis: *Van Giffen* zegt hierover: „Bekeken vanuit de gezichtshoek van de patiënt is het verdwijnen van de klacht of het symptoom het belangrijkste.” De arts hanteert echter nog andere uitgangspunten, dat wil zeggen, hij zal niet alleen de pijn trachten weg te nemen, maar hij gaat ook na of een ernstige ziekte uitgesloten kan worden. Aan dit laatste komt de kennis van de patiënt niet toe (maar wel zijn emoties).

In de tweede plaats vanuit een oogpunt van invloed op elkaar: van belang is de wederzijdse vrijheid; deze betreft de vrije artskeuze door de patiënt en de vrije patiëntkeuze door de arts. Beide partijen kunnen hier een wisselende mate van (on)vrijheid ervaren.

In de derde plaats de emotionele kant van de patiënt-artsrelatie: de hulpverlener behoort tot de „schaarse artikelen” en de hulpvrager verkeert vaak door zijn ziekte of probleem in een labiele toestand. Hierdoor kunnen wederzijds allerlei vertekeningen in de relatie binnensluipen. De emotionele aspecten van de patiënt-artsrelatie worden bij uitstek belangrijk als het gaat om het onderkennen en eventueel helpen oplossen van psychosociale problematiek.

- De wijze waarop de arts psychosociale problematiek signaleert, opvangt en behandelt. Zowel de houding van de arts tegenover deze problemen, als het besef niet voldoende toegerust te zijn voor de behandeling ervan, kunnen ertoe leiden dat een arts deze problematiek zoveel mogelijk negeert, somatisch behandelt, of verwijst naar psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker.
- De patiënt motiveren tot medewerking aan de behandeling. Onderzoekingen naar de wijze waarop de patiënt tot

* Zie voor een uitvoerig overzicht van de literatuur het rapport van *Zwankken*, te verkrijgen op het bureau van het N.H.G.

medewerking te motiveren is, zijn nog weinig verricht. Wij wijzen op een artikel van *Hertz e.a.* over een problem oriented system; dit houdt in, dat met de patiënt een zogenaamd Health Care Plan wordt opgesteld. Dit plan is bij nieuwe patiënten het sluitstuk van de intake en het medisch onderzoek. Het bestaat uit een lijst, ingevuld door de arts in aanwezigheid van de patiënt, waarop vermeld wordt welke medische en sociale problemen de patiënt heeft en op welke wijze daaraan gewerkt zal worden. Arts en patiënt tekenen het formulier en de patiënt krijgt een afschrift mee. De initiatiefnemers berichten, na zes maanden ervaring, over enthousiaste reacties bij de patiënten: zij voelen zich betrokken bij hun eigen gezondheidszorg.

Het verzamelen van informatie. Het lijkt weinig twijfel dat het verzamelen en verwerken van informatie een van de essentiële processen in het handelen van de arts is.

- De wijze van verslaglegging door de arts. Wat de arts noteert, dient gewoonlijk alleen als geheugensteun voor hemzelf en niet als grondmateriaal voor toetsing. *McWhinney* merkt op: „De praktijk van medische toetsing berust op twee aannames: dat medische dossiers een nauwkeurige afspiegeling zijn van het verloop van de patiëntenzorg en dat de kwaliteit van de zorg beoordeeld kan worden door bestudering van de dossiers. Beide aannames zijn van een vraagteken te voorzien. Men zegt dat goede zorg gegeven kan worden zonder goede verslaglegging in de dossiers en omgekeerd dat goede verslaglegging een misleidend beeld kan geven van de zorg”.

- Het verschil tussen norm en praktijk. Het meest indrukwekkende, op een patiëntenadministratie berustende onderzoek naar de geleverde zorg, is van de Joint Commission of Quality Assurance (*Thompson and Osborne*). De deelnemers aan dit onderzoek stelden 144 kwaliteitscriteria op. De commissie wilde nagaan of de gemiddelde patiëntenadministratie voldoende gegevens bevatte voor een beoordeling van het handelen op grond van deze criteria. Speciaal hiervoor getrainde reviewers (toetsers) bezochten zesenzestig huisartsen (family physicians) en honderd vrij gevestigde kinderartsen. In driekwart van de administraties werden slechts over vierentwintig van de 144 criteria informatie geleverd.

Het stellen van een diagnose. Door *Aakster* is een samenvattend overzicht gemaakt van de literatuur over het diag-

nostisch proces. Naar zijn mening is een diagnose een theorie over de ontstaanswijze van een bepaalde kwaal. Onderzoek wijst uit dat de mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars met betrekking tot de diagnose van somatische ziekten varieert van 57 tot 87 procent en met betrekking tot de psychische problematiek zelfs van 28 tot 70 procent. *Aaksters* conclusie is, dat in geval van „full blown somatic pathology” een definitieve diagnose doorgaans wel gesteld kan worden, maar dat dit in andere gevallen veel moeilijker is. Dit zijn dan met name beginnende gezondheidsproblemen, psychische problemen en problemen met verschillende achtergronden tegelijk.

Aakster bespreekt ook de bruikbaarheid van anamnestiche vragenlijsten ten behoeve van de diagnostiek. Indien de door de arts gestelde diagnose als criterium wordt genomen (wat dus niet steeds een valide maatstaf is) ligt de gemiddelde betrouwbaarheid van deze vragenlijsten omstreeks de 70 procent en de gemiddelde validiteit omstreeks de 60 procent.

De behandeling. Op grond van welke overwegingen komt een arts tot zijn beslissing om in een bepaalde situatie een bepaalde therapie toe te passen? Over dit therapeutische proces zijn slechts enkele verhelderende studies verschenen. *Crombie* laat de enorme verschillen zien tussen zes huisartsen inzake de soort en hoeveelheid voorgeschreven psychofarmaca. *Amidi and Solten* wijzen op de druk die patiënten kunnen uitoefenen om hun huisarts – onder het mom van helpen – tot een bepaald voorschrijfgedrag te brengen.

Preventieve activiteiten. *Henk and From* beschrijven een experiment over „outreaching”: „een medische interventie, geïnitieerd door de hulpverlener om aan een door hem bij de patiëntenpopulatie gesignaleerde gezondheidsbehoefte te voldoen; het vereist dat de artsen zelf contact opnemen met hun patiënten met de bedoeling hen medische hulp te bieden”. De auteurs beschrijven vooral de technische aspecten van het experiment, maar andere invalshoeken (de noodzaak en de wenselijkheid van deze preventieve activiteiten) worden niet belicht.

Tracer-cases. Met behulp van tracer-cases kan men zowel het medisch handelen, als de resultaten toetsen, alsook het handelen en de resultaten in combinatie. Volgens *Burdette e.a.* is een tracer- of indicator-case „een voorbeeld van gezondheidszorg, dat statistisch gesproken veelvuldig voorkomt, dat voor uit-

eenlopende zorgsystemen kan worden gegeven, waarover algemene overeenstemming bestaat wat betreft de juiste aanpak en waarbij handhaving of verbetering van de gezondheidstoestand van de betreffende persoon objectief gemeten kan worden”.

Volgens *Kessner e.a.* is het werken met tracers geschikt voor het bepalen van globale maatstaven voor de kwaliteit van de zorg voor populaties als geheel, en ongeschikt voor het evalueren van individuele handelingen. Zij achten het werken met tracers zinvol, wanneer tevens criteria voor de behandeling worden bepaald. Deze criteria hebben betrekking op de minimale (of „baseline”) zorg; ze zijn pragmatisch, dat wil zeggen aangepast aan het normale potentieel van de behandelaar en moeten regelmatig bijgesteld en aangepast worden.

Novick e.a. onderzochten de volgende tracers in een poliklinische voorziening voor zuigelingen- en kindercare: streptokokkenfaringitis, asthma bronchiale en bloedarmoede door ijzergebrek. Van de honderd patiënten haalden slechts vijftientig alle stadia van de behandeling.

Onderzoek naar het resultaat

Het resultaat van de gezondheidszorg kan vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken. In de eerste plaats dringt zich de vraag op naar de objectieve gezondheidstoestand van de patiënt. Hoe kan deze toestand worden vastgesteld en hoe kunnen de optredende veranderingen worden gemeten? In de tweede plaats kan de zorg beoordeeld worden vanuit het perspectief van de dokter. Tenslotte, maar niet het onbelangrijkste, is er het gezichtspunt van de patiënt: hoe ervaart deze zijn gezondheidstoestand en is hij tevreden over het resultaat en de manier waarop dit behaald wordt?

Bepaling van de graad van dysfuncties. *Pollard e.a.* beschrijven de Sickness Impact Profile, die bestaat uit veertien categorieën van dysfuncties. De lijst belooft enige bruikbaarheid voor het meten van dysfuncties ten gevolge van een ziekte en ook voor het meten van de veranderingen in die toestand.

In Nederland kennen wij op het gebied van de functieniveau-meting de VOEG-lijst (Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand; *Dirken*), de ABV (Amsterdamse Biografische Vragenlijst, *Wilde*), de door *Aakster* gebezigde Anamnestiche Vragenlijst en de variaties daarop. Er wordt in

deze lijsten uitgegaan van de gedachte, dat een bepaalde ziekte zich doorgaans zal manifesteren in uiterlijke verschijnselen, de symptomen of klachten. Terugredenerend zou men dan kunnen verwachten dat een persoon met een bepaald patroon van klachten dat doorgaans bij een bepaald ziektebeeld (of groep van ziektebeelden) wordt gezien, mogelijk lijdende is aan dat ziektebeeld.

Sentinel Health Events. Rutstein e.a. houden een pleidooi voor een methode van kwaliteitsbewaking die bestaat uit het toetsen en analyseren van zogenaamde negatieve gezondheidsgebeurtenissen (onnodige ziekte; onnodige invaliditeit en voortijdige dood): „sentinel health events”. Wij vinden dat het meten van negatieve gezondheidssignalen inderdaad een nuttige aanvulling op andere indicatoren van het effect van de gezondheidszorg kan geven.

Het „fasenconcept”. Gonella e.a. gaan uit van een indeling in fasen („staging concept”). De ernst van de aandoening in een bepaalde fase van de behandeling kan gelden als een maat voor het resultaat van de voorgaande behandeling en als uitgangspunt voor de beoogde gezondheidstoestand. Wij merken hierbij op, dat dit alleen mogelijk is indien de invloed van externe of toevallige factoren uitgesloten kan worden. Bij iedere ziekte of aandoening kan men verschillende graden van ernst onderscheiden. Men gaat ervan uit, dat een bevolking met een goede medische zorg in een minder vergevorderd stadium van ziekte zijn verkeert dan een medisch minder goed verzorgde bevolking. Overigens beweert Illich het tegendeel.

Subjectieve evaluaties door patiënten. Barr and Rashidian ontwikkelden de Patient Problem Status als een hulpmiddel voor effecttoetsing. In deze lijst worden de baten van de hulpverlening vertaald in de beleving door de patiënt van zijn gezondheidsprobleem. Gezien het subjectieve karakter van een dergelijke benadering heeft deze lijst slechts een beperkte betekenis. Roghmann and Haggerty beschrijven een dag- of logboek als hulpmiddel bij de evaluatie van resultaten van de gezondheidszorg. Ook hier vindt de effectbepaling dus plaats op grond van de subjectieve overwegingen van de patiënt zelf. Bovendien is de interpretatie moeilijk vanwege de kwalitatieve aard van de gegevens.

Satisfactie. Tevredenheid van de consument over de behandeling begint als criterium voor het resultaat langzaam maar zeker in de belangstelling te ko-

men. Tevredenheid lijkt niet duidelijk en rechtstreeks te correleren met de kwaliteit van de behandeling in medisch opzicht. Behalve vragenlijsten zou men bij het meten van de satisfactie andere (niet opdringerige) methoden kunnen gebruiken, bijvoorbeeld het verzamelen van indrukken uit de omgeving van de patiënt.

Ontevredenheid van de patiënt heeft overwegend betrekking op een gevoeld gebrek aan voorlichting. Tevredenheid over de behandeling heeft vaak betrekking op een prettige arts-patiëntrelatie, geïnteresseerdheid van de arts en gemakkelijke bereikbaarheid van de gezondheidszorg (Linn and Linn).

Therapietrouw (compliance). Linn and Linn noemen compliance de mate waarin de patiënt de voorschriften van de arts opvolgt (het innemen van medicijnen, het navolgen van leefregels, het op de afgesproken tijd terugkomen, enzovoort). Een samenvatting van compliance-literatuur – alsmede van enkele theoretische beschouwingen over het verschijnsel in Nederland – is te vinden in Van Veen. Hij noemt als voorwaarden voor adviezen van artsen aan patiënten: duidelijkheid met betrekking tot de vraag- en probleemstelling, inhoudelijke deskundigheid van de arts, een methodische werkwijze, motivering van het advies, begrijpelijkheid, haalbaarheid en controle op de uitvoering van het advies, medische ondersteuning van de patiënt en vertrouwen in de adviezen van de zijde van de patiënt.

Onderzoek naar interrelaties tussen structuur, proces en resultaat

Lane and Kelman wijzen er terecht op, dat in een fundamentele studie aandacht moet worden besteed aan zowel resultaat, als structuur, alsook proces-elementen. De door Donabedian opgesomde interrelaties tussen structuur, proces en resultaat zijn echter bij lange na nog niet onderzocht. Voorbeelden van onderzoeken op dit gebied zijn: *Interrelatie tussen systematische registratie van ziektegegevens en behandeling.* Grimm e.a. gingen na of de invoering van een „symptom oriented protocol” (voor acute keelontsteking) leidde tot een andere werkwijze dan tevoren. Zij stelden een algoritme samen voor de behandeling van keelpijn en lieten de medewerkers aan het onderzoek daarop commentaar leveren. Dit commentaar werd verwerkt en vervolgens werd een registratiesysteem van protocollen ingevoerd. Bij vergelijking van de patiëntenkaarten (van voor de invoering) met de protocollen (na de invoering van

het systeem) bleek bij alle deelnemers een verbetering op te treden wat betreft de registratie van gegevens, het doen verrichten van laboratoriumproeven en de dosering van de voorgeschreven geneesmiddelen (antibiotica). Bij dit laatste dient opgemerkt te worden dat niet veel meer dan 40 procent van de medewerkers aan het onderzoek de antibiotica voorschreven volgens de normen van het protocol. Toch is de conclusie gerechtvaardigd dat het gebruik van protocollen kan leiden tot verbeteringen in het handelen van de huisarts, vooral wanneer deze protocollen in samenwerking met de deelnemers aan het onderzoek opgesteld worden.

Interrelaties tussen structuur-, proces- en resultaatselementen inzake tevredenheid. Hulka e.a. deden een onderzoek naar de kwaliteit van de patiënt-artsrelatie. De bevinding was, dat de tevredenheid van de patiënt verband hield met zowel arts- als patiëntkenmerken. De variabele „besef van de zorgen van de patiënt” leek vooral bepaald door de persoonlijkheid van de arts en niet door opleiding of specialisme.

Discussiepunten

• Van alle invloeden op de huisartsgeneeskunde zijn naar onze mening het minst onderzocht:

- de instroom;
- het resultaat;
- de terugkoppeling.

De ontbrekende kennis op deze gebieden kan voor een deel worden aangevuld door te rade te gaan bij disciplines als:

- de epidemiologie en de sociale geneeskunde (voor onderzoek van de instroom en het resultaat);
- de onderwijskunde en eventueel de andragologie (voor onderzoek naar de effectiviteit van verschillende vormen van terugkoppeling, al dan niet via nascholing).

• Bestaand onderzoek in Nederland is niet zonder meer bruikbaar bij toetsing. Eerst dient te worden onderzocht, in hoeverre deze studies kunnen bijdragen tot onze kennis van variabelen als frequentie, spreiding en resultaat, zowel na behandeling als zonder behandeling. Verder zou nagegaan moeten worden wat de meest voorkomende huisartsgeneeskundige verrichtingen zijn en welke fouten daarbij het meest worden gemaakt.

• Huisartsen die willen deelnemen aan toetsing, zouden geselecteerd moeten worden aan de hand van de volgende criteria:

– adequate en gelijke kennis van het te toetsen aspect;

– het gebruik van een pluriform registratiesysteem dat geschikt is gemaakt voor toetsing;

– gelijke beschikking over de benodigde apparatuur en andere hulpmiddelen;

– een gemeenschappelijke taakopvatting ten aanzien van het te toetsen onderwerp;

– overeenstemming over de maatstaven voor een adequate behandeling van het te toetsen onderwerp.

Alleen onder deze voorwaarden kan blijken, in hoeverre factoren als praktijkomvang, bereikbaarheid en aard van de patiëntenpopulatie van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg en in hoeverre dit het geval is met factoren als het handelen van de arts.

● De relatie van de patiënt met de huisarts lijkt een van de belangrijkste onderwerpen waaraan bij toetsing aandacht zou moeten worden geschonken en wel om de volgende redenen:

– gegevens over de therapietrouw van patiënten zijn onmisbaar voor het onderzoek van het verloop van klachten mét en zonder behandeling; therapietrouw blijkt in hoge mate samen te hangen met de relatie;

– de relatie lijkt bepalend voor de mate waarin en de wijze waarop patiënten ook allerlei niet strikt somatische problemen aan hun huisarts voorleggen.

● Wij stellen voor dat bij toetsing wordt uitgegaan van een vergelijking van de resultaten met gegevens over de instroom. De uitkomst van deze vergelijking moet vervolgens worden verklaard in termen van proces en structuur.

Methodologische aspecten van toetsing

Inleiding*
Dit rapport is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

– het gaat om de Nederlandse huisarts in de Nederlandse maatschappelijke constellatie;

– wij accepteren dat een wetenschap van de huisartsgeneeskunde eigenlijk (nog) niet bestaat. Wat weten we bijvoorbeeld van het natuurlijk verloop van ziekten en psychosociale problemen? Wat weten we van de mogelijkheden om in dergelijke processen te interveniëren? Wat weten we van de invloed van de leefwijze op ziekten en van het zelfherstellend vermogen van de mens?

– wij erkennen dat het tijdstip waarop de patiënt zich bij de huisarts meldt met een hulpvraag zeer belangrijk kan zijn voor het mogelijke resultaat;

– we beschouwen een diagnose en een therapie niet als puur objectief bepaalde feiten of handelingen, maar als uitkomsten van een complex interactieproces tussen patiënt en arts.

Voor veel toetsingsonderzoek wordt een „handige” opzet gekozen: op tijdstippen dat het de arts schikt, met goed diagnoseerbare aandoeningen en met gemakkelijk te bereiken groepen patiënten. Als echter onregelmatigheid en tijdsdruk belangrijke kenmerken zijn van het werk van de huisarts, moet de opzet van de toetsing zodanig worden gekozen, dat deze kenmerken daarin juist verdisconteerd zijn.

De beïnvloedende factoren

In het tweede hoofdstuk, *Beschrijvingsvorm van de huisartsgeneeskunde*, is beschreven dat de instroom in belangrijke mate wordt gevormd door de patiënten en dat deze stroom binnen het kader van de structuur in de vorm van processen wordt getransformeerd tot een resultaat. Vandaar wordt informatie teruggekoppeld naar de instroom, de structuur en het proces. We stellen dat het resultaat wordt bepaald door de instroom, de structuur en het proces. Daarnaast spelen externe factoren een grote rol. Willen we het resultaat kunnen verklaren, dan zullen we de genoemde factoren in hun onderlinge relaties nader moeten analyseren. Vooral het analyseren van de onderlinge samenhang van het geheel stelt de onderzoeker voor een zware opgave; dit vereist een denken in patronen waarvoor op dit moment nog geen pasklare methoden zijn. Zulke methoden zullen dus ontwikkeld moeten worden.

Wij verwachten dat uiteindelijk zal blijken dat een bepaald resultaat kan worden bereikt met uiteenlopende combinaties van instroom, structuur en proces; verder zal waarschijnlijk blijken dat iedere huisarts werkt met een unieke combinatie van deze factoren. We mogen dus niet verwachten – wat volgens ons nog te vaak wél wordt verwacht – dat het resultaat van toetsing zal wijzen in de richting van bijvoorbeeld het gebruik van bepaalde instrumenten, een bepaalde indeling van het praktijkgebouw, of een bepaalde manier van omgaan met de patiënt. Iedere huisarts werkt op de wijze die het beste bij hem en zijn omgeving past. Toetsing kan ertoe bijdragen dat ieder voor zich leert een beter gebruik te maken van de

mogelijkheden waarover hij beschikt. Een ander belangrijk probleem is de operationalisering van begrippen als gezondheid, ziekte en probleem. Volgens sommigen kan het beste gezocht worden naar een uitwerking van het begrip „functional impairment” (waarbij het ontwikkelen van een klachten- of symptomenlijst wellicht kan helpen). Het gaat hierbij dus om de vraag door welk samenspel van krachten een bepaald resultaat wordt behaald: welke betekenis moet worden toegekend aan de invloed van het geneesmiddel, de therapietrouw van de patiënt, het geloof van de arts in wat hij doet, een niet voorziene verandering in de leefsituatie van de patiënt en de kwaliteit van de diagnose?

Een ontwerp voor toetsing

Voordat een toetsingsopzet kan worden gemaakt, zal men eerst enkele beslissingen moeten nemen. Deze betreffen in de eerste plaats het niveau waarop gegevens worden verzameld (individuen, groepen, praktijken, gemeenten) en de vraag of toetsing moet plaatsvinden op een bepaald tijdstip dan wel gedurende een bepaalde periode. In de tweede plaats zal men het veld, huisartsen én patiënten, zo goed mogelijk bij toetsing moeten betrekken: hoe eerder en intensiever, hoe beter. In de derde plaats moet de reikwijdte van de toetsing worden bepaald: welke vragen of aspecten van de hulpverlening worden in het onderzoek betrokken? Ook zal men zich af moeten vragen in hoeverre kunstmatigheid een rol kan of mag spelen. Waarschijnlijk is toetsing onder zo natuurlijk mogelijke omstandigheden het beste. Soms doet zich echter de mogelijkheid voor met bepaalde aspecten van het werk te „spelen”, waardoor interessante vergelijkingsmogelijkheden ontstaan. Een te kunstmatige opzet belemmert echter het terugvertalen naar de dagelijkse praktijk.

Van belang is voorts de keuze tussen een serie kleine onderzoeken en een eenmalig, grootscheeps opgezet onderzoek. Dit laatste zou veel voorbereiding vergen, zou misschien wat meer generaliseren toelaten, maar zou ook een rigide structuur vertonen. Een serie kleinere onderzoeken heeft het voordeel dat hiermee het ontwikkelingskarakter van toetsing wordt bevordert: er zijn meer mogelijkheden tot wisselwerking tussen enerzijds de eisen van de theorie en de onderzoeksmethodiek en anderzijds de voorwaarden voor werkelijke praktijkverbetering. Men kan hierbij denken aan cycli van onderzoeken, bestaande uit observatie,

* Zie ook het rapport van Aakster, te verkrijgen op het bureau van het N.H.G.

evaluatie, het aanbrengen van veranderingen en opnieuw observatie, evaluatie enzovoort... tot men een bevredigende werksituatie of kwaliteit van de hulpverlening heeft bereikt.

De vraag of met een controlegroep moet worden gewerkt, is ons inziens vooral afhankelijk van het antwoord op de vraag of met zo'n groep gewerkt kan worden. Een belangrijke voorwaarde hierbij is namelijk, dat onderzoeksgroep en controlegroep nagenoeg identiek zijn en dat er slechts één variabel aspect is. In de huisartspraktijk zal aan die voorwaarde zelden kunnen worden voldaan. Een alternatief zou kunnen zijn het werken met steeds twee momentopnamen van dezelfde patiënt; de patiënt is dan zijn eigen controle. Ook lijkt het mogelijk binnen een onderzoeksgroep gaandeweg subcategorieën te onderscheiden, bijvoorbeeld de patiënten die niet profiteren van een bepaalde behandeling. Men kan dan onderzoeken onder welke voorwaarden verschillen tot stand komen.

Voorts zal men moeten besluiten of toetsing retrospectief dan wel prospectief moet worden opgezet. Is er nog weinig voorkennis, dan is een retrospectief onderzoek geïndiceerd. Bij voorkeur dient daar dan een prospectieve opzet aan gekoppeld te worden, zodat gevonden verbanden of verworven inzichten nader getest kunnen worden. Tot slot moet nog het probleem van kwalitatieve versus kwantitatieve gegevens worden genoemd. Veelal wordt te veel betekenis toegekend aan het werken met cijfers, terwijl men zich niet afvraagt hoe geldig deze gegevens zijn. Feit is, dat in de huisartspraktijk overwegend met kwalitatieve gegevens moet worden gewerkt (kwaliteit van de zorg, hoop op herstel, vermoedelijke diagnose, tevredenheid over de hulp, vertrouwen in een techniek, enzovoort).

De keuze van middelen en methoden

De ideale toetsingsmethode bestaat niet; ongetwijfeld verdient een combinatie van methoden de voorkeur. Men kan de verschillende methoden als volgt indelen:

- schriftelijke vastlegging van gegevens: registratie, beoordelingsschalen, vragenlijsten, checklists, dagboeken, enzovoort;
- directe waarneming/evaluatie: zelftoetsing, video-recording, directe observatie door derden, peer-review en het nagesprek tussen arts en patiënt;
- gestructureerde leermodellen: simulatie, experimenten en de delphi-schattingmethode.

Aan elke methode zijn voor- en nadelen verbonden. Registratie zegt vaak meer over de arts dan over de kwaliteit van de door hem verleende zorg. Voor simulatie geldt dat deze methode meer geschikt lijkt voor het aanleren van nieuw gedrag dan voor het analyseren van de feitelijke werkwijze. Als nadeel van peer-review kan worden genoemd dat men vaak in een werkrelatie met de „peers” staat, wat doorgaans niet bevorderlijk is voor het uiten van kritiek op elkaar.

Bewerking en analyse

Hoe maken wij de uit toetsingsonderzoek verkregen gegevens geschikt voor verdere bewerking? Deze vraag doet zich niet zozeer voor bij peer-review, omdat daarbij directe terugkoppeling plaatsvindt, als wel bij het werken met vragenlijsten of registratiegegevens. Een eerste probleem is de ordening van de observaties in categorieën. Een tweede probleem wordt gevormd door de vraag hoe een en ander statistisch verantwoord moet worden bewerkt: welke analysemodellen worden gehanteerd; wordt voldaan aan de methodologische vooronderstellingen (bijvoorbeeld ten aanzien van normaal verdeelde variabelen), etcetera? In de derde plaats is de interpretatie van de gegevens van de toetsing een probleem: welke betekenis kan aan deze gegevens worden toegekend en kunnen alternatieve verklaringen voldoende worden uitgesloten? Dan is er het probleem van de terugkoppeling: hoe kunnen wij de gegevens en de interpretaties daarvan terugkoppelen en naar wie moet dat gebeuren? Naar de getoetste huisartsen of ook naar een ruimer publiek? Tenslotte: hoe toetsen wij de toetsing? Als toetsing niet leidt tot kwaliteitsverbetering, vervalt immers de zin ervan.

Discussiepunten

Wij hebben behoefte aan nieuwe methoden en strategieën voor onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Deze methoden en strategieën zouden aan de volgende voorwaarden moeten voldoen:

- rekening moet worden gehouden met de samenhang van alle factoren;
- het resultaat moet uitgangspunt zijn, het proces dient centraal te staan;
- het gaat om de dagelijkse praktijk;
- zowel de arts als de patiënt worden betrokken bij toetsing;
- er moet gekozen worden voor een prospectieve opzet;
- er moet gekozen worden voor kleine, samenhangende toetsingsprojecten met

een duidelijk ontwikkelingskarakter. Er zou dan met voorrang gewerkt moeten worden aan het ontwikkelen van beoordelingscriteria, aan analysemethoden voor prospectieve onderzoeksopzetten en aan het leren werken met interrelaties in plaats van met enkelvoudige verbanden.

Criteria voor de beoordeling van kwaliteit

Inleiding

Onder criteria verstaan wij hier zo objectief mogelijk vastgestelde maatstaven voor het handelen van de huisarts. Het nut van criteria wordt bepaald door hun relatie met het resultaat. Criteria dienen betrouwbaar en valide te zijn; zij mogen nooit leiden tot een verstarring van het hulpverleningsproces. Tenslotte dienen criteria zoveel mogelijk expliciet gemaakt te worden.

Impliciete en expliciete criteria

Onder impliciete criteria verstaan wij criteria die niet duidelijk zijn omschreven, maar hooguit globaal worden aangeduid en tijdens het onderzoek worden vastgesteld. Expliciete criteria zijn criteria die duidelijk zijn omschreven en meestal vóór het onderzoek zijn opgesteld.

Met expliciete criteria krijgt men een kritischer beeld van de geëvalueerde medische zorg; deze criteria zijn echter moeilijker op te stellen. Voor zover ons bekend, zijn slechts in één onderzoek (*Brook and Apple*) kwaliteitsbeoordelingen volgens impliciete en expliciete criteria met elkaar vergeleken. De uitkomsten bleken grote verschillen te vertonen.

Voorwaarden voor expliciete criteria

Expliciete criteria moeten voldoen aan formele, inhoudelijke en operationele voorwaarden.

In formeel - methodologisch - opzicht zijn de voorwaarden: objectiviteit, betrouwbaarheid, verifieerbaarheid, uniformiteit en specificiteit.

Inhoudelijk moeten de criteria in de eerste plaats voldoen aan de eis van „pertinentie”, dat wil zeggen ze moeten ter zake zijn. Verder dienen voor het hele scala van beïnvloedende factoren criteria beschikbaar te zijn; deze criteria moeten betrekking hebben op de somatische, psychische en psychosociale gezondheidszorg van de patiënt, zowel in groot- als in kleinschalig opzicht.

In de derde plaats moeten criteria voldoen aan een aantal praktische, operationele eisen. Ze moeten als relevant

worden ervaren door de beroepsgenoten en liefst openbaar zijn. Ze mogen niet te star zijn en dienen van tijd tot tijd aangepast te worden aan veranderende omstandigheden. Bovendien moeten ze aanvaardbaar zijn voor de betrokkenen; om dit te bevorderen kunnen criteria dan ook het beste worden opgesteld door – of althans in overleg met – de betrokkenen. Tenslotte moeten criteria hanteerbaar zijn en mag de toepassing niet te veel tijd kosten.

De waarnemingen die aan criteria getoetst worden, zullen ook moeten voldoen aan bepaalde eisen. Ze mogen niet afhankelijk zijn van de persoon van de waarnemer, maar moeten door iemand anders net zo kunnen worden gedaan (intersubjectiviteit). De waarnemingen moeten verder net zo gemeten kunnen worden met een andere methode (consistentie) en geldig en betrouwbaar zijn. Ook moeten de waarnemingen relevant zijn in het kader van de vraagstelling van het onderzoek.

Vervolgens moet in onderling overleg bepaald worden op welk niveau een criterium gesteld wordt: minimum, gemiddelde of optimum. Tenslotte moet bij het toetsen van prestaties of situaties rekening worden gehouden met bijzondere omstandigheden.

De ontwikkeling van criteria

Uit de literatuur blijkt dat de meeste criteria worden opgesteld voor de factor proces. Met *Rosenberg* menen wij dat men beter het resultaat als uitgangspunt kan nemen. Hierbij wordt exact omschreven welk doel moet worden bereikt, terwijl voor de wijze waarop dit gebeurt de grootst mogelijke ruimte wordt gelaten. *Rosenberg* vermijdt waslijsten met procescriteria en tracht de arts meer inzicht te geven in het waarom en hoe van zijn handelen.

Hierbij is echter wel uiterste voorzichtigheid geboden. In sommige gevallen voldoet bij deze opzet het medisch handelen aan de gestelde criteria, terwijl als gevolg van het weinig bindende karakter van dit handelen kwalen onontdekt blijven of verkeerde resultaten van de behandeling pas na verloop van tijd zichtbaar worden.

Discussiepunten

Er zijn grofweg twee mogelijkheden om criteria te ontwikkelen. De ene manier is gericht op theoretische idealen, veelal geconcentreerd door panels van deskundigen. Bij de andere manier wordt doelbewust rekening gehouden met de praktijk. Wij geven hiervan een paar voorbeelden:

- onderzoek met een groep huisartsen, waarbij stap voor stap wordt onderzocht hoe allerlei klachten, symptomen en aandoeningen worden aangepakt;
- onderzoek naar de essentiële criteria voor elke factor (of element daarvan), dit onderbouwd door de mening van een groep deelnemers, literatuuronderzoek, of overleg met specialisten op het betreffende gebied;
- onderzoek naar het realiteitsgehalte van de ontwikkelde criteria. Deze werkwijze wordt in het *Projectenplan* van het N.H.G. verder uitgewerkt.

In de recente literatuur wordt aanbevolen om per ziektebeeld, klacht of symptoom (of combinatie hiervan) te beginnen met het ontwikkelen van criteria voor het resultaat; vervolgens kunnen criteria ontwikkeld worden voor het proces, de structuur en de instroom.

Vormen van toetsing

Inleiding

Toetsing kan verplicht zijn of vrijwillig, direct of indirect, symmetrisch of asymmetrisch en extern of intern.

Wil men het beoogde doel – kwaliteitsverbetering – bereiken, dan is het verplicht stellen van toetsing op den duur wenselijk. Als toetsing alleen op vrijwillige basis plaatsvindt, kan dit leiden tot vrijblijvendheid en wegen de eventuele voordelen mogelijk niet op tegen de inspanningen en te maken kosten. Toetsing kan direct zijn – via observatie – maar ook indirect, via registratiesystemen, ziekenfondsmateriaal en enquête-resultaten. Onder symmetrische toetsing verstaan we, dat bij het onderzoek niet alleen de arts maar ook de patiënt wordt betrokken. Veel pleit voor dit soort toetsingsonderzoek; bij de beoordeling van het resultaat van de gezondheidszorg is immers ook de invalshoek van de patiënt van belang. Interne toetsing wil zeggen, dat de toetsing plaatsvindt volgens criteria die door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld; bij externe toetsing worden de criteria mede door anderen ontwikkeld. Zowel interne als externe toetsing kunnen door de beroepsgroep zelf worden uitgevoerd, of door c.q. in overleg met anderen.

Interne en externe toetsing

Over de keuze tussen interne en externe toetsing kunnen twee opmerkingen worden gemaakt:

- in de eerste plaats doet men het vaak voorkomen alsof het zou gaan om een keuze voor het gehele toetsingsgebied; veeleer zou de vraag moeten zijn, welke

aspecten door artsen zelf moeten worden getoetst en welke aspecten ook (of beter) extern getoetst kunnen worden; – in de tweede plaats valt op, dat in deze discussie niet alleen zakelijke, maar ook emotionele argumenten worden gebruikt; de meeste schrijvers achten toetsing in eerste instantie een taak voor de medische professie, zij het dat zij een marginale controle willen toestaan aan besturen en directies van ziekenhuizen en aan vertegenwoordigers van ziekenfondsen en ministeries.

Acheson pleit voor kwaliteitsbeheersing door de artsen zelf; gebeurt dat niet, dan ziet hij als verwerpelijke alternatief, dat de overheid het initiatief neemt. *Acheson* vreest dat de criteria dan zeer rigide zullen uitvallen en dat de nadruk zal komen te liggen op de kostenbeheersing. *Burkens* pleit voor interne toetsing; deze toetsing vergt een klein administratief apparaat, geringe kosten, is overal haalbaar, is continu en zal een maximum aan motivatie, medewerking en verantwoordelijkheidsgevoel bij de medische staven oproepen. *Van Giffen* stelt ook dat toetsing van het medisch handelen dient te geschieden door de medici zelf: zij kennen immers de materie en zij kunnen op grond van de resultaten heldere adviezen geven. *Reerink* stelt dat de arts zelf actief in het toetsingsproces moet meewerken en niet teveel moet delegeren. *Roelink* stelt het volgende:

- intercollegiale toetsing kan binnen de staf slechts deskundig gebeuren door collegae van hetzelfde specialisme;
- de stafleden die tot een zelfde specialisme behoren, vormen echter veelal een samenwerkingsverband; zij zijn althans vaak op elkaar aangewezen;
- de stafleden die tot een ander specialisme behoren, missen de deskundigheid die nodig is voor toetsing van andere specialisten; bovendien zijn zij voor hun functioneren – en in materiële zin – gebonden aan die andere specialismen;
- de algemene ontwikkeling in het gezondheidsbeleid vraagt zowel van de overheid als van de consument steeds meer om openbare verantwoordelijkheidsplicht van het medisch handelen in het algemeen.

Vormen van interne toetsing

Zelftoetsing of zelfevaluatie (self-auditing). Men mag verwachten, dat de huisarts hier spontaan zelf aan werkt. „Het evalueren van medische zorg met betrekking tot kwaliteitsverbetering is een onverbreekelijk onderdeel van de taak van iedere arts” (*Reerink*). In formele zin kan pas van zelftoetsing ge-

spraken worden, wanneer de huisarts gebruik maakt van speciaal voor dit doel ontwikkelde procedures en daar apart tijd aan besteed.

Zelftoetsing is op vele manieren te realiseren: door het „overhoren” van de eigen kennis door middel van een geschreven geval of door het analyseren van een band, film of videotape van het eigen optreden. Men kan zichzelf individueel, maar ook in groepsverband toetsen (*Van der Voort*). Voor individuele zelftoetsing zijn tal van „audit-kits” verschenen, terwijl de Boots Company in Nederland een schriftelijke vorm van zelftoetsing sponsort. Daarmee vergelijkbaar is de zogenaamde Quality Assurance Monitor, gesponsord door de Kenlog Foundation en uitgegeven door de Commission on Professional and Hospital Activities.

Een groot voordeel van zelftoetsing is volgens *Acheson* het feit, dat deze vorm van toetsing minder traumatisch is voor de arts dan toetsing door een ander. Een nadeel is dat zelfbeoordeling steeds onderhevig is aan een systematische vertekening. Zelftoetsing is een goed begin voor wie aan het idee van toetsing wil wennen, maar ook niet meer dan dat. Verder kan zelftoetsing dienstig zijn bij het opsporen van criteria in de beginfase van een onderzoek.

Het peer-review. Het peer-review wordt door *Crombie* gedefinieerd als „toetsingsarbeid van en door een individuele arts als lid van een kleine werkgroep van gelijkwaardige vakgenoten (allemaal chirurgen of allemaal huisartsen) waarbinnen een samenwerkingsverband bestaat”. Het peer-review is een vorm van intercollegiale toetsing; de term peer-review wordt ook wel als zodanig vertaald.

Crombie noemt als model voor het peer-review de „case conference”. Mits goed gedocumenteerd is deze vorm een geschikte vervanger voor het zogenaamde „moeilijke geval”. Voor toetsingsarbeid in kleinere groepen artsen die op de een of andere manier bij elkaars werk zijn betrokken via een weekend- of waarnemingsregeling, de plaatselijke huisartsenvereniging of het N.H.G., lijkt het peer-review een aantrekkelijke vorm. Naast de case conference is de necrologiebespreking een vorm van peer-review.

Onderlinge praktijkobservatie. *Bergsma* geeft een voorbeeld van onderlinge praktijkobservatie door huisartsen: vijf huisartsen bezochten elkaar steeds gedurende één dag, observeerden en be-

spraken dit vervolgens met elkaar. De deelnemers ervoeren deze praktijkbezoeken als zeer positief en stimulerend. De auteur noemt een aantal theoretische voordelen en bezwaren. Als voordelen noemt hij:

- het onderzoek geschiedt geheel door huisartsen, die met betrekking tot dit onderwerp het best tot oordelen in staat zijn;
- het onderzoek doorbreekt – zij het tijdelijk – het isolement waarin de huisarts verkeert;
- de bezoeker zal nieuwe ideeën kunnen opdoen en trachten deze geschikt te maken voor toepassing in de eigen praktijk;
- de bezoeker ervaart dat zijn gastheer met dezelfde problemen en moeilijkheden worstelt als hijzelf;
- de bezoeker krijgt een indruk van de integratie van het gezin en de praktijk van zijn gastheer;
- meedoen aan dit onderzoek stimuleert de huisarts zijn beroep zo goed mogelijk uit te oefenen en de accommodatie en uitrusting van zijn praktijk in zo goed mogelijke staat te houden;
- het kritische verslag van de bezoeker (bijvoorbeeld ten aanzien van de blinde vlekken van de huisarts) kan bijdragen tot een verbetering van de praktijkvoering.

Als bezwaren ziet hij:

- de collega-bezoeker lijdt mogelijk aan dezelfde blinde vlekken als de te toetsen huisarts;
- de bezoeker ziet momentopnamen en kent geen voorgeschiedenis; hij kan dus slechts onder veel voorbehoud commentaar leveren;
- de mogelijkheid bestaat dat de gastheer zich in zijn wijze van praktijk uitoefenen laat beïnvloeden door de bezoeker;
- de patiënt-artsrelatie zou door de bezoeker kunnen worden gestoord;
- men dient gedurende een bepaalde tijd zijn praktijk eenmaal in de week een dag te verlaten.

Analyse van geregistreerde gegevens. Men gaat hierbij af op door de arts zelf vastgelegde gegevens. Hierbij valt moeilijk te achterhalen of dit essentiële gegevens zijn en of de registratie voldoende objectief is geweest. Wanneer tijdens de evaluatie zou blijken dat de registratie bepaalde tekortkomingen vertoont en de arts zou ertoe overgaan deze direct te corrigeren, dan zou het ontwikkelingskarakter van deze opzet heel motiverend en leerzaam kunnen zijn.

Toch plaatsen wij enkele vraagtekens

bij het directe nut van deze benadering. Een belangrijke voorwaarde zou moeten zijn dat alle noodzakelijke gegevens vastgelegd zijn. Dit lijkt moeilijk te realiseren. Een tweede voorwaarde zou moeten zijn dat de vastgelegde gegevens ook betrouwbaar en valide zijn. Ook dit is in de praktijk niet eenvoudig te bereiken. Een derde probleem is dat van de analyse zelf. Hiervoor zullen vaak grote aantallen gegevens nodig zijn uit verschillende praktijken. Dat betekent in elk geval een aanzienlijk tijdsverloop tussen het moment van registratie en het moment van terugkoppeling naar de arts.

Beoordelingsschalen, vragenlijsten en checklists. Deze – onderling wat verschillende – methoden van toetsing zijn gemakkelijk toe te passen wanneer eenmaal criteria zijn ontwikkeld en wanneer vaststaat dat men meet wat men wil meten. In dat laatste zit een extra probleem: men kan bijvoorbeeld vragen naar de aanwezigheid van bepaalde structuurelementen, zoals instrumentarium; de aanwezigheid daarvan zegt echter niets over het gebruik dat ervan gemaakt wordt.

Een interessante vorm van toetsing aan de hand van schalen of lijsten is die waarbij ook de patiënt betrokken wordt. Dit geldt vooral wanneer arts en patiënt gelijktijdig dezelfde aspecten beoordelen en de uitkomsten met elkaar vergelijken.

Analyse dagboek patiënt. Hiervoor geldt hetzelfde als is opgemerkt ten aanzien van de analyse van geregistreerde gegevens. Wat wordt vastgelegd, hoe volledig is dit en hoe valide? Toch kan het zeer nuttig zijn voor de arts te weten hoe de patiënt de hulpverlening heeft ervaren. Mogelijk is een gestructureerde vragenlijst hierbij een handzamer middel dan een dagboek.

Mondeling nagesprek arts-patiënt. Dit is een interessante maar nog weinig beproefde methode. Wanneer het gesprek alleen tussen de arts en de patiënt plaatsvindt, bestaat overigens het gevaar dat wederzijdse gevoeligheden zo worden ontzien dat het niet tot een eerlijke evaluatie komt. Een oplossing hiervoor is wellicht de hulp van een derde – getrainde – persoon die patiënt en arts helpt meningen en gevoelens open op tafel te leggen. Een voordeel is dat deze methode betrekkelijk eenvoudig gerealiseerd kan worden en direct na voltooiing van de behandeling kan plaatsvinden. De patiënten zouden

in eerste instantie geselecteerd kunnen worden: bijvoorbeeld patiënten die frequent terugkomen of die in opvallende mate zijn afgeweken van de aanbevolen therapie of die sterke gevoelens van irritatie oproepen bij de arts.

Terugkoppeling van normgegevens. Tot slot willen wij nog de mogelijkheid noemen van rapportage aan de arts van bepaalde verzamelgegevens betreffende de zijn handelen en de uitkomsten daarvan. Hierbij valt te denken aan gegevens van de ziekenfondsen over kosten, aantallen verwijzingen, werkverzuim en dergelijke; de arts zou daarnaast ter vergelijking gemiddelde waarden betreffende het handelen van zijn collega's moeten ontvangen. Hoewel voor de verschillen tussen individuele en gemiddelde waarden vele verklaringen kunnen worden aangevoerd (leeftijd van de praktijkbevolking, omvang van de praktijk, de aanwezigheid van een bedrijf met een slecht personeelsbeleid in het werkgebied), kan de terugkoppeling van deze gegevens toch aanleiding zijn voor bezinning op – en veranderingen in – de gebruikelijke manier van werken.

Wie toetst wie?

Het zal duidelijk zijn dat de getoetste persoon in het algemeen de huisarts is. Maar wie zijn de toetsers? Naar volgorde van belangrijkheid vinden wij dat voor toetsers de volgende personen in aanmerking komen:

1. de huisarts zelf;
2. collegae huisartsen;
3. arts-specialisten;
4. anderen, onder wie sociale wetenschappers, economen, farmaceuten, getrainde leken en patiënten.

In veel gevallen zal niet met één toetsers kunnen worden volstaan en moet gedacht worden aan een combinatie van bijvoorbeeld arts en onderwijsdeskundige (voor het opzetten van tests) of arts en sociale wetenschapper (voor de formulering van enquêtevragen en dergelijke). Het is van belang dat patiënten op formele wijze hun invloed op het toetsingsproces kunnen doen gelden. Wie toetsers zal zijn, hangt ook samen met de gebruikte methode.

Discussiepunten

Onze invalshoek bij de beoordeling van de geleverde zorg is de analyse van de relatie tussen het resultaat, het medisch handelen (proces) en de beschikbare voorzieningen en andere structurelementen. De nodige criteria worden opgesteld door:

– met patiënten en arts samen vast te

Tabel. Toetsingsvormen, de bruikbaarheid van de verschillende methoden en de gewenste hoedanigheid van de toetsers.

Methoden	Factoren	Instroom	Structuur	Proces	Resultaat	Terugkoppeling	Toetsers
Registratiesystemen		+	++	+	+		2, 4
Beoordelingsschalen			+	++	++	+	2, 4
Vragenlijsten	++			+	++		4
Checklists	+		++	++	+		4, 2
Dagboekanalyse	+			+	+		4, 2
Terugkoppeling normgegevens					+	+	2, 3, 4
Praktijkobservatie				++			2, 4
Peer-review				++	+	++	2, 4
Nagesprek				+	++		2, 4

+ In theorie bruikbare methode waaraan vaak bepaalde condities verbonden zijn.
++ Door de werkgroep als zeer bruikbare methode voor dat onderdeel bevonden.

stellen welke doelen gewenst zijn en welke resultaten daarmee overeenstemmen;

– in projectgroepen van huisartsen na te gaan welke resultaten werkelijk behaald worden en welke combinaties van proces, structuur en instroom daartoe leiden.

De criteria kunnen vervolgens gebruikt worden in een of meer van de beschreven toetsingsvormen.

Wij menen dat niet één methode met kop en schouders boven de andere uitsteekt. Sommige methoden zijn alleen maar geschikt om de werking van bepaalde elementen van factoren mee te toetsen. In de praktijk zou naar combinaties van methoden gezocht kunnen worden.

De in het voorafgaande besproken toetsingsvormen zijn nog eens bijeengebracht in een *tabel*; tevens is hierin weergegeven wat ons oordeel is over de bruikbaarheid van de verschillende methoden en over de gewenste hoedanigheid van de toetsers.

Samenvatting en besluit

Voorwaarden voor toetsing

Toetsing heeft als einddoel bevordering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Wil men dit doel bereiken, dan moet aan een tweetal voorwaarden worden voldaan.

De eerste voorwaarde is, dat de beroepsgroep komt tot een duidelijke keuze van wat zij onder huisartsgeneeskunde wil verstaan. Er bestaat geen verschil van mening over de opvatting dat de huisarts een bijzondere positie inneemt in de gezondheidszorg. Ook over de kenmerken van die positie lopen de meningen niet uiteen: de huisarts staat open voor het aanbod van een grote verscheidenheid van problemen, hij is makkelijk bereikbaar en vertrouwd met en voor de bevolking. De consequenties echter die

hieruit in de praktijk getrokken worden, zijn zeer verschillend, zodat van de huisartsgeneeskunde eigenlijk geen sprake is.

De tweede voorwaarde is, dat men komt tot een beschrijving van de praktijk. Wat is naast het ideaaltype (de eerste voorwaarde) het fenotype van de huisartsgeneeskunde? Dat wil zeggen, in welke verschijningsvormen wordt huisartsgeneeskunde tot uitdrukking gebracht? Wat doen huisartsen, hoe is hun werkwijze en wat is het resultaat van hun werk?

Er bestaat volgens ons een nauwe samenhang tussen toetsing, gerichte nascholing, opleiding en bevordering van de kwaliteit van het werk van de huisarts.

Weerstand tegen toetsing

Wanneer toetsing wordt gezien als een methode waarmee niet alleen de positieve kanten van het beroep worden benadrukt, maar ook lacunes in kennis, vaardigheden en houding kunnen worden gevonden, mag men aannemen, dat hiertegen weerstanden zullen bestaan. Die weerstanden zullen des te groter zijn, naarmate de geconstateerde tekortkomingen in functie en structuur meer ingrijpende, persoonlijke consequenties hebben. De huisarts komt ter discussie te staan. Omdat hij niet alleen met zijn beroepsmatige eigenschappen maar met de inzet van zijn gehele persoonlijkheid zijn werk verricht, kan toetsing bedreigend zijn.

Al zijn de structurele mogelijkheden voor de invoering van toetsing in de huisartsgeneeskunde thans optimaal, het resultaat ervan staat of valt met de bereidwilligheid van de huisarts om een gedeelte van zichzelf zichtbaar en bespreekbaar te maken voor anderen. Dat gedeelte betreft in de eerste plaats zijn vakmanschap en in de tweede plaats ook dat stuk van zijn persoonlijk functioneren dat bij de uitoefening van zijn

beroep betrokken is. De invoering van toetsing in de huisartsgeneeskunde zal daarom behoedzaam en geleidelijk moeten verlopen. Het kan niet vaak genoeg worden gezegd, dat het doel van toetsing niet alleen bestaat uit het opsporen van lacunes, maar ook uit het versterken van positief functioneren. Voor het realiseren van een evenwicht tussen deze beide aspecten vinden wij het dan ook noodzakelijk dat toetsing door de beroepsgroep zelf wordt ontwikkeld.

Alles hangt met alles samen

„Alles hangt met alles samen” is voor ons niet zo maar een kreet, maar de kortste uitdrukking voor een zienswijze die inhoudt, dat het werk van de huisarts bepaald wordt door een groot aantal processen en structuren waarin de huisarts zelf niet meer dan een – soms machteloos – onderdeel is. Wij hebben getracht de factoren die van invloed zijn op het functioneren van de huisarts te beschrijven en wel in vijf categorieën: instroom, structuur, proces, resultaat en terugkoppeling. Wij hebben de nadruk gelegd op beoordeling van het resultaat, als uitgangspunt voor toetsing. Dat houdt in, dat het toetsen en verbeteren van structuur- en proceselementen op zichzelf niet voldoende is voor de bevordering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Beide factoren moeten steeds gerelateerd worden aan het behaalde resultaat.

Conclusies uit de literatuur

Uit de door ons bestudeerde literatuur blijkt dat het (buitenlandse) toetsingsonderzoek bijna geheel gericht is op de factoren structuur en proces. Er wordt dus weinig aandacht besteed aan de samenhang van deze factoren met de instroom, het resultaat en de terugkoppeling. Het feit dat veel onderzoek is gedaan naar structuur en proces, wil niet zeggen dat daarover nu het belangrijkste bekend is. Het tegendeel is waar: er blijft veel te onderzoeken over, met name de huisartsgeneeskundige kenmerken van de verschillende factoren. Wat wel onderzocht is, wordt lang niet altijd gerelateerd aan het resultaat. Bovendien is niet bekend in hoeverre de verichte onderzoeken invloed hebben op de werkwijze van de huisarts. Tenslotte stellen wij vast dat op het gebied van de resultaatmetingen nog belangrijke operationaliseringsproblemen liggen.

Methodologie

Toetsing vereist een methodologie die rekening houdt met de samenhang tus-

sen de verschillende factoren en het resultaat van de huisartsgeneeskunde. Verder dient toetsing geworteld te zijn in de dagelijkse praktijk en moeten arts én patiënten er in hoge mate bij betrokken worden. Er zullen expliciete criteria moeten worden ontwikkeld, waaraan de te toetsen elementen gemeten kunnen worden.

Vormen van toetsing

Wij vinden dat toetsing in de huisartsgeneeskunde uiteindelijk zal moeten berusten op bindende afspraken tussen de leden van de beroepsgroep. Dat betekent dat wij er voorstanders van zijn dat toetsing op den duur verplicht wordt; verder, dat intern opgestelde criteria voor het proces een grote rol spelen. Daarnaast achten wij ook het gebruik van externe criteria belangrijk, bijvoorbeeld ziekenfondsgegevens. Als de beste garantie tegen eenzijdige beïnvloeding van de toetsing door huisartsen, onderzoekers of andere betrokkenen, beschouwen wij symmetrisch onderzoek, dat wil zeggen, onderzoek waarbij de patiënt ten volle wordt ingeschakeld. Alle door ons onderzochte toetsingsmethoden hebben zowel voor- als nadelen. Van het grootste belang is dat het registreren wordt onderzocht op bruikbaarheid voor toetsing. De ontwikkeling van het peer-review en van de onderlinge praktijkobservatie lijkt in de Nederlandse situatie eveneens de hoogste prioriteit te verdienen.

Besluit

Toetsing kan bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Hopelijk hebben wij deze stelling in ons rapport aannemelijk gemaakt, maar bewezen is zij daarmee niet. Dit bewijs kan ook niet geleverd worden vooraleer toetsing is ingevoerd als een onderdeel van het takenpakket van de Nederlandse huisarts.

De overgang van de huidige toestand naar een situatie waarin toetsing algemeen wordt geaccepteerd, vergt een ontwikkeling in verschillende fasen. Het is in de eerste plaats nodig dat de beroepsgroep zelf kiest wat huisartsgeneeskunde wel inhoudt en wat niet. Met andere woorden: wat is de functie van de huisarts en welk pakket taken hoort bij die functie? Gelukkig gebeurt er al veel op dit gebied, zodat de overeenstemming over tenminste een minimumtakenpakket niet ver meer kan zijn.

Vaststelling van de functie van de huisarts en van zijn takenpakket is echter niet voldoende. Het gaat er in de tweede

plaats om te onderzoeken hoe de beroepsbeoefening in de dagelijkse praktijk verloopt. Ook op dit gebied worden de laatste tijd vorderingen gemaakt. Het eigenlijke toetsen begint bij de beoordeling van het resultaat van de geleverde zorg. Hiervoor moeten criteria opgesteld worden. Wat is ideaal, wat is minimaal noodzakelijk? Met de beoordeling van het resultaat als uitgangspunt worden criteria gemaakt voor de proces- en structuurelementen die van invloed zijn op het resultaat. Het Projectenplan van het N.H.G. kan hierbij uitkomst bieden. Vervolgens wordt gemeten in hoeverre de praktijk afwijkt van de criteria en waarom?

In aansluiting op toetsing volgt een gerichte bij- en nascholing. Ook van deze activiteiten zijn de resultaten te onderzoeken, waardoor de cirkel „toetsing, bij- en nascholing, bevordering van de kwaliteit” wordt gesloten.

Aakster, C. W. Social cultural variables and the etiology of health disturbances, A sociological approach. *Dissertatie Groningen*, 1972.

Aakster, C. W. Over de methodologie van het toetsen. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1979. Te verkrijgen bij het bureau van het N.H.G.

Acheson, H. W. K. Medical audit and general practice. (1975) *Lancet I*, 511-513.

Amidi, S. and S. Solten. Antibiotic use and abuse among physicians in private practice in Shiraz-Iran. (1975) *Med. Care* **13**, 341-345.

Barr, D. and B. Rashidian. Patient problem status as a measure of outcome in health services. *John Hopkins University Center for Health Services Research and Development, etc., Baltimore (Md), etc., z.j.*

Bergsma, J. J. Onderlinge observatie der praktijkvoering door huisartsen. (1966) *huisarts en wetenschap* **9**, 83-87.

Bjorn, J. C. and H. D. Cross. The problem oriented private practice of medicine: a system for comprehensive health care. *Modern Hospital Press, Chicago*, 1970.

Brook, R. H. and F. A. Apple. Quality of care assessment: choosing a method for peer review. (1973) *New Engl. J. Med.* **288**, 1323-1329.

Burdette, J. A., R. A. Babineau, F. Mayo e.a. Primary medical care evaluation. (1974) *J. Amer. med. Ass.* **230**, 1668-1673.

Burkens, J. C. J. Medical audit: extern of intern? (1975) *Medisch Contact* **30**, 1243-1246.

Crombie, D. L. Clinical auditing and adverse reactions. (1975) *J. roy. Coll. gen. Practit.* **25**, 341-343.

Cromme, P. V. M. Toetsing in de eerstelijns gezondheidszorg. (1975) *Medisch Contact* **30**, 1117-1120.

Visies op toetsing in de huisartsgeneeskunde

Op verzoek van het Bestuur van het N.H.G. geven Dr. H. Roelink, Dr. A. F. Casparie en Prof. Dr. F. J. A. Huygen commentaar op het rapport *Toetsing in de huisartsgeneeskunde*.

Dr. H. Roelink*

Intercollegiale toetsing als wezenlijk onderdeel van het functioneren van huisartsen is al enige jaren onderwerp van discussie in huisartsenkringen. In dit kader moet het verschijnen van het N.H.G.-rapport *Toetsing in de huisartsgeneeskunde* als een belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland worden gezien. Het kan een positieve bijdrage leveren aan de discussie hoe een en ander verder moet worden uitgebouwd. Wel komt de vraag op, of de werkgroep niet wat al te hard loopt, omdat zij de intercollegiale toetsing van huisartsen toch eigenlijk al ziet als iets wat niet alleen door de werkgroep, maar ook al door de „modale” huisarts is geaccepteerd. Dit is mijns inziens nog zeker niet het geval.

Na lezing van het rapport is de eerste vraag die bij mij opkomt: hoe operationaliseren wij nu het een en ander? Dat wil voor mij zeggen dat de vele informatie die het rapport biedt, op beleidsniveau zodanig zal moeten worden vertaald dat voor de achterban het „hoe, wat en waarom” concreter wordt.

Het gegeven dat het takenpakket van de huisarts niet scherp omljnd is, mag hiervoor geen belemmering zijn. Wel kan een belemmering ontstaan wanneer bij de verdere ontwikkeling onvoldoende typische deskundigheid ingeschakeld wordt. Daarbij denk ik niet zozeer aan gedragswetenschappers, maar aan personen, die de toetsingsproblematiek duidelijk en overzichtelijk kunnen analyseren ten behoeve van het beleid. Dan kunnen de beleidsinstanties aan hun achterban uitleggen wat kan en, eigenlijk ook, wat moet.

De vraag rijst daarbij of men voor de operationalisering niet duidelijker dan in het rapport is geschied, moet attenderen op de noodzaak van een evaluatie met cyclisch en sturend karakter, zoals

*Secretaris der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

- Dirken, J. M. Arbeid en stress. Het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties (VOEG-schaal). *Wolters-Noordhoff, Groningen*, 1967.
- Donabedian, A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. (1968) *Med. Care* **6**, 181-202.
- Giffen, H. van. Medical audit; toetsing; Kema. (1976) *Metamedica* **55**, 72-84.
- Gonella, J. S., D.Z. Louis and J. J. McCord. The staging concept – an approach to the assessment of outcome of ambulatory care. (1976) *Med. Care* **14**, 13-21.
- Grimm, R.H., K. Shimoni, W. R. Harlan e.a. Evaluation of patient-care protocol use by various providers. (1975) *New Engl. J. Med.* **192**, 507-511.
- Handleiding voor huisartsenprojectgroepen. Discussie, literatuurstudie, rapportage en onderzoek, door groepen huisartsen over huisartsgeneeskundige onderwerpen. [Door de Werkgroep Projecten.] *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1980.
- Henk, M. and J. Froom. Outreach by primary care physicians. (1975) *J. Amer. med. Ass.* **233**, 256-259.
- Hertz, Ch. G., J. W. Bernheim and Th. N. Berloff. Patient participation in the problem oriented system: a health care plan. (1976) *Med. Care* **14**, 77-79.
- Hulka, B. S., L. L. Kupper, J. C. Cassel e.a. Practice characteristics and quality of primary medical care: the doctor-patient relationship. (1975) *Med. Care* **13**, 808-820.
- Illich, I. Het menselijk bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid? *Het Wereldvenster, Baarn*, 1975.
- Kessner, D. M., C. E. Kalk and J. Singer. Assessing health quality – the case for tracers. (1973) *New Engl. J. Med.* **288**, 189-194.
- Lane, D. S. and H. R. Kelman. Assessment of maternal health care quality conceptual and methodologic issues. (1975) *Med. Care* **13**, 791-807.
- Linn, M. W. and B. S. Linn. Narrowing the gap between medical and mental health evaluation. (1975) *Med. Care* **13**, 607-614.
- Logerfo, J. P. Management in a prepaid health care project, (1975) *J. Amer. med. Ass.* **233**, 245-248.
- McWhinney, I. R. Medical audit in North America. (1972) *Brit. med. J.* **1**, 277-279.
- Novick, L. F., K. Dickinson, R. Asnes e.a. Assessment of ambulatory care: application of the tracer methodology. (1976) *Med. Care* **14**, 1-12.
- Pollard, W. E., R. A. Bobbitt, M. Bergner e.a. The sickness impact profile: reliability of a health status measure. (1976) *Med. Care* **14**, 146.
- Reerink, E. De praktische problemen samenhangend met de verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. (1976) *Medisch Contact* **31**, 276-280.
- Roelink, H. De noodzaak van systematiek en methodiek bij de toetsing van het medisch handelen. (1976) *Medisch Contact* **31**, 271-276.
- Roghamann, K. J. and R. J. Haggerty. The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior: experiences with a random sample of young families. (1972) *Med. Care* **10**, 143.
- Ronn, F.J. (1976) *Med. Care* **14**, 765.
- Rosenberg, F.J. What kind of criteria. (1975) *Med. Care* **13**, 966-975.
- Rutstein, D. D., W. Berenberg, Th. C. Chalmers e.a. Measuring the quality of medical care (a clinical method). (1976) *New Engl. J. Med.* **294**, 582-588.
- Steinwachs, D. M., S. Shapiro, R. Jaffe e.a. The role of new health practitioners in a prepaid group practice. (1976) *Med. Care* **14**, 95-120.
- Stockum, Th. J. van. Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol? (1976) *huisarts en wetenschap* **19**, 288-291.
- Thompson, H. C. and C. E. Osborne. Quality assurance of ambulatory child health care; opinions of practicing physicians about proposed criteria. (1976) *Med. Care* **14**, 22-28.
- Veen, W. A. van. Compliance. (1977) *huisarts & praktijk* **2**, 31.
- Voort, H. van der. Zelftoetsing door huisartsen. Draaiboek voor groepen. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1980.
- Weed, L. L. Medical records, medical education and patient care: the problem oriented record as a basic tool. *Case Western Reserve University, Cleveland*, 1969.
- Wilde, G. J. S. Neurotische labiliteit, gemeenten volgens de vragenlijstmethode. *Van Rossen, Amsterdam*, 1963.
- Zwanikken, W. Toetsing in de huisartsenpraktijk. Een literatuuroverzicht. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1979. Te verkrijgen bij het bureau van het N.H.G.

Nota Bene

The word „audit” is unfortunate. Its meaning is not yet universally agreed among doctors and its connotations, both financial and external, cause problems.

In surveys of structure and process there is always room for argument about whether any particular part of the structure or part of the process is really necessary, or can or cannot be scientifically justified.

(Uit: Medical audit in general practice. Editorial. (1979) *J. roy. Coll. gen. Pract.* **29**, 699-700.