

een eerder onderzoek bij Philips Medische Dienst en met hetgeen uit de literatuur bekend is. Voorts blijkt dat de huisartsen bij het aanvragen van röntgenmaagonderzoek gericht te werk zijn gegaan. Het artikel wordt besloten met een aantal suggesties en conclusies ten behoeve van de huisarts.

Summary. General practitioner and X-rays of the stomach.

In 1979 the Philips Medical Service at Eindhoven produced 729 gastroduodenal X-rays at the request of general practitioners associated with this service. The article presents an analysis of the available data. The results do not differ distinctly from those obtained in a previous study of the Philips Medical Service or from results reported in the literature. It was found that the general practitioners made specific requests for gastroduodenal roentgenography. Suggestions and conclusions with practical consequences for the general practitioner conclude the article.

Bonnevie, O. The incidence of gastric ulcer in Copenhagen County. (1975) *Scand. J. Gastroent.* **10**, 231-239.

Bonnevie, O. The incidence of duodenal ulcer in Copenhagen County. (1975) *Scand. J. Gastroent.* **10**, 385-393.

Dierick, M. C. I. M. en F. W. J. Puijlaert. Enquêtegegevens over gewenste relatie tussen huisartsen en radiodiagnosten. (1975) *Ned. T. Geneesk.* **119**, 1300.

Hardy, G. H. De waarde van het röntgenonderzoek. *Diss. Utrecht*, 1980.

Meschan, I. Roentgen signs in clinical practice. *Saunders, Philadelphia/London*, 1966.

Puijlaert, C. B. A. J. Röntgendiagnostiek en huisarts. In: Het medisch jaar 1977. *Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht*, 1977.

Stevenson, G. The distribution of gastric ulcers. (1977) *Clin. Radiol.* **28**, 617-624.

Nota bene

Door het geringe aantal publikaties van huisartsen over lage rugklachten wordt ten onrechte de indruk gewekt dat deze klacht vooral een specialistisch probleem is. (Stelling bij: G. R. Hoekstra. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk. *Diss. Groningen*, 1982).

Uit de universitaire huisartseninstituten*

L. KOLTHOFF-TAN EN H. L. VAN AMERONGEN

De invoering van toetsing – een literatuurstudie

Welke bijdrage kunnen de universitaire huisartseninstituten leveren aan de ontwikkeling van toetsing in de huisartsgeneeskunde? Deze vraag was het uitgangspunt voor een Amsterdams-Rotterdamse coproductie. De eerste auteur is als socioloog verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam; de tweede auteur is huisarts en wetenschappelijk medewerker aan het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut.

Inleiding

Wanneer men zich verdiept in de literatuur over de invoering van toetsing in de huisartsgeneeskunde, dreigt men alras te verdrinken in een groot aantal argumenten pro en contra en in verhandelingen over uiteenlopende aspecten van toetsing (de normering van het medisch handelen, het vaststellen van concrete aanknopingspunten voor toetsingsactiviteiten, de problematiek van de registratie van het hulpverleningsproces, methodologische problemen, enzovoort). Gepubliceerde verslagen van echte toetsingsactiviteiten blijken daarentegen zeer schaars.

In deze bijdrage wordt de literatuur over de invoering van toetsing besproken in een viertal hoofdstukken, waarin de volgende onderwerpen centraal staan:

- toetsing in het algemeen en aspecten van toetsing;
- concrete toetsingsactiviteiten in de huisartsgeneeskunde;
- de invoering van toetsing in Nederlandse ziekenhuizen;
- kwaliteitsbevordering van het medisch handelen, vanuit de optiek van het gezondheidszorgsysteem als geheel.

Toetsing in het algemeen/aspecten van toetsing

In 1979 verscheen een lijvig literatuuroverzicht van de Werkgroep Toetsing NHG, waarin ruim honderd artikelen,

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

rapporten en nota's uit binnen- en buitenland werden besproken (*Zwanikken*). Dat gebeurde aan de hand van vijf vragen: wat wordt getoetst, hoe wordt getoetst, op grond van welke criteria wordt getoetst, wie wordt door wie getoetst, en op welk tijdstip wordt getoetst? Met betrekking tot de invoering van toetsing werd geconstateerd, dat geen onderzoek bekend is, waarin systematisch wordt nagegaan hoe huisartsen denken over toetsing. Wél kent men de meningen pro en contra van een aantal commissies van LHV en NHG en van individuele betrokkenen.

Het is moeilijk op grond van dergelijke uitingen een schatting te maken van de opvattingen onder huisartsen over toetsing van hun medische arbeid. Vast staat dat er weerstanden zijn en de schrijver concludeert op pagina 22: „Gelet op de argumenten pro en contra toetsing lijkt een doel op korte termijn: het verhelderen en eventueel overwinnen van de weerstanden bij artsen tegen het zichtbaar maken van hun methoden en resultaten van arbeid...”. Verder wordt de noodzaak van geleidelijkheid bij de invoering van toetsing benadrukt: „In Nederland, waar individuele huisartsen zo'n belangrijke plaats innemen, dient rekening gehouden te worden met afstemming op individuele motivatie, drempelvrees, individuele praktijksituatie en stijl van werken” (p. 102). De Werkgroep Toetsing produceerde voorts de studie *Over de methodologie van het toetsen* en het rapport *Toetsing in de huisartsgeneeskunde*. In het rapport wordt aan de hand van vijf begrip-

pen – instroom, structuur, proces, resultaat en terugkoppeling – een instrument ontwikkeld om het dagelijks werk van de huisarts te kunnen analyseren. Vormen van toetsing, criteria voor de beoordeling van de kwaliteit en methodologische aspecten passeren op vrij afstandelijke wijze de revue.

Inmiddels werd in 1981 via een enquête enige inzicht verkregen in de huidige stand van zaken met betrekking tot toetsing onder huisartsen. In een in opdracht van de LHV door Berenschot BV uitgevoerd onderzoek naar de functieomschrijving van de Nederlandse huisarts werden onder meer gegevens verzameld over intercollegiale toetsing. In het rapport, *De functie-omschrijving van de huisarts*, wordt onder meer geconstateerd: „Intercollegiale toetsing vervult sommigen met verbazing, anderen met verslagenheid en vrijwel niemand herkent het” en: „Op grond van onze observatie durven wij het voorkomen van systematische, intercollegiale toetsing als uiterst sporadisch te beoordelen”.

In dit licht zijn de opinies over onderlinge praktijkobservatie, afkomstig van huisartsopleiders uit de regio Nijmegen (*Grol*), mogelijk een lichtpunt. In het kader van een enquête onder de Nijmeegse huisartsopleiders over de „taak van huisartsopleider” antwoordde 70 procent van de in totaal 85 huisartsopleiders in de regio Nijmegen, geen bezwaar te hebben tegen „onderlinge praktijkobservatie door een collega-opleider”. Men moet wel bedenken dat het hier gaat om de opinie van een specifieke groep huisartsen uit een bepaald deel van Nederland, met betrekking tot een specifieke vorm van „onderling uitwisselen”.

Het invoeren van toetsing wordt ook opgevat als een begeleid veranderingsproces (*Van der Voort 1980^a*), waarin een aantal stadia wordt doorlopen. In het artikel worden vooralsnog alleen de eerste fasen van belang geacht, met name het motiveren van degenen voor wie de toetsing bestemd is, om tot toetsing te komen, en de ontwikkeling van een goede en functionele relatie tussen degenen die verandering willen teweegbrengen, en degenen die de verandering „afnemen”. Bij een geleide verandering wordt rekening gehouden met de krachten die bevorderend en belemmerend werken.

Bevorderende krachten zijn onder meer: eigen behoefte aan persoonlijke groei en aan verbetering van de verleen-

de zorg, druk van buitenaf, druk van binnenuit door delen van het eigen systeem, onder meer uit de behoefte andere, ongewenste, ontwikkelingen voor te zijn. Als belemmerende krachten worden onder meer genoemd: weerstand tegen veranderen in het algemeen, weerstand tegen speciale verandering, verwijzen naar het falen van anderen, en weerstand als onderdeel van een machtsstrijd.

De schrijver bepleit een systematische aanpak bij de invoering van toetsing. Een dergelijk ingrijpend en vernieuwend project roept weerstanden op: „... of het verzet nu gericht is tegen controle, tegen verlies aan privileges, tegen het onbekende of wat dan ook, dit verzet moet ernstig genomen worden”. Verder stelt hij dat het actief invoeren van de gewenste nieuwe toestand allerlei experimenten en vormen van scholing nodig zullen maken om toetsing feitelijk in te voeren.

In de vorm van een draaiboek met praktische oefeningen in zelftoetsing levert hij voorts een concrete bijdrage aan het rijp maken van het klimaat voor toetsing (*Van der Voort 1980^b*).

Het artikel van *Bensing e.a.*, bedoeld als vervolg op de literatuurstudie van *Zwanikken*, bevat geen informatie over de invoering van toetsing. We vermelden het hier omdat het een overzicht geeft van bij het NHI geregistreerd onderzoek vanaf 1978 met betrekking tot een voor toetsing essentieel, maar moeilijk toegankelijk terrein: het handelen van de huisarts. Verder wordt gesteld dat onderzoek belangrijk kan bijdragen aan de ontwikkeling van toetsing in de vorm van onder meer registratie van het handelen van de „modale” huisarts, bepaling van de interdokter variatie en de oorzaken daarvan, en instrumentontwikkeling ten behoeve van toetsing. Het ligt voor de hand dat de pogingen om het handelen van de huisarts via onderzoek te ontsluiten, in belangrijke mate op de universiteiten zijn ondernomen.

In een redactioneel artikel van januari 1982 in de *Journal of the Royal College of General Practitioners (Audit)* wordt bepleit wetenschappelijk verantwoord te werk te gaan bij toetsing. Vermeldenswaard is verder dat in 1981 in Engeland een studie verscheen, waarin de Engelstalige literatuur met betrekking tot het meten van de kwaliteit van verleende zorg door de huisarts besproken wordt aan de hand van respectievelijk structuur-, proces- en „outcome”-studies. (*Watkins*). De invoering van toet-

sing wordt niet als apart thema besproken.

Recent werd de noodzaak om tot verheldering van het begrip toetsing te komen, in *Huisarts en Wetenschap* geïllustreerd aan het inconsistente gebruik van de term in recente Nederlandse publikaties (*Kolthoff-Tan*). Voorgesteld wordt toetsing te omschrijven als het vergelijken van de werkelijkheid met expliciete normen op zodanige wijze dat de werkelijkheid meer in overeenstemming met de normen kan worden gebracht. Als kenmerkende elementen van toetsing worden onderscheiden: expliciete normen, registratie van werkelijkheid en vergelijking van de werkelijkheid met de normen. Het kweken van een positieve instelling ten opzichte van toetsing bij diegenen die de toetsingsgegevens moeten leveren, wordt beschouwd als een belangrijke voorafse. Het bijstellen van de werkelijkheid in de richting van de normen wordt als noodzakelijk gevolg van toetsing gezien.

Concrete toetsingsactiviteiten in de huisartsgeneeskunde

Aan het huisartseninstituut te Groningen wordt de beginfase van de invoering van toetsing, „het motiveren van degenen, voor wie toetsing bestemd is, om tot toetsing te komen”, als volgt vorm gegeven: opleiders voor de beroepsopleiding tot huisarts oefenen in een cursus *Intercollegiale toetsing* het uitwisselen van ervaringen tussen collega's, aan de hand van onderling praktijkbezoek met begeleide nabespreking (*Nijhuis*). In dit voorbeeld is toetsing in eigenlijke zin niet aan de orde: normen noch (objectieve) registratie van de werkelijkheid komen hierbij aan bod.

Door *Lamberts* wordt melding gemaakt van een andere invalshoek. Door middel van een uniform zelfregistratiesysteem voor aangeboden problemen, beleid, verwijzingen, verrichtingen en dergelijke, werden de praktijkgegevens van een groep van twaalf huisartsen onderling vergelijkbaar gemaakt (het monitoringproject). De geaggregeerde gegevens (groepsgemiddelden en gemiddelden per huisarts) werden onderling besproken, waarop streefgemiddelden voor groep en individu werden overeengekomen. Opnieuw geregistreerde en geaggregeerde praktijkgegevens werden daarmee vergeleken.

Het hoofddaccent bij deze vorm van toetsing ligt op het bruikbaar registreren van de werkelijkheid. Daarnaast wordt het feitelijk gemiddelde van de deelne-

mende huisarts vergeleken met een individueel streefgetal en met het groeps-gemiddelde.

In het speciale nummer over *Medical audit* van de *Journal of the Royal College of General Practitioners* wordt melding gemaakt van activiteiten waarin, evenals bij het Monitoringproject, geregistreerde praktijkgegevens als uitgangspunt worden genomen. Er worden geen conclusies, bijvoorbeeld aan de hand van tevoren opgestelde criteria, aan verbonden.

Het meest uitgewerkte voorbeeld van een concreet toetsingsproject – waarin zich vanzelfsprekend vele problemen voordoen die nog om een oplossing vragen – is dat van *Watkins* (1981). Zowel het vooraf formuleren van normen als het registreren van de werkelijkheid komen aan de orde.

Een chronisch hartlijden (decompensatio cordis) werd als uitgangspunt genomen. Een panel van acht huisartsen formuleerde criteria voor de kwaliteit van

de verleende zorg („process”) en voor het effect van die zorg („outcome”). Als criteria werden gehanteerd: een toename in notering van door het panel relevant geachte klinische variabelen („process”), gekoppeld aan een positief effect voor de patiënt, gemeten aan een afname van genoteerde symptomen („outcome”). In twee groepspraktijken werd, onafhankelijk van de panelleden, een nieuw registratiesysteem geïntroduceerd („flow sheets”). De geregistreerde gegevens werden bekeken op de door het panel voorgestelde criteria.

De hoofdproblemen waarop men bij dit toetsingsonderzoek stuitte, waren:

– het vaststellen van minimumcriteria voor verleende zorg door een groep van huisartsen verloopt moeizaam; een minimumstandaard voor beleid is een simplificatie van een complexe situatie; persoonlijke en omgevingsfactoren van de patiënt zullen een afwijking van de standaard noodzakelijk kunnen maken, zonder dat daarmee sprake hoeft te zijn van inadequate zorg;

– in hoeverre geven praktijkgegevens, geregistreerd door middel van de gestructureerde patiëntenkaart, inzicht in het feitelijk handelen en beslissen van de huisarts?

– wat zijn de variabelen waaraan het resultaat van de zorg voor de individuele patiënt kan worden gemeten?

Invoering van toetsing in ziekenhuizen

In 1980 vond in Leiden een Boerhaave-cursus plaats, die onder meer was gericht op informatie-overdracht over toetsing, als bijdrage aan het bewustwordingsproces dat toetsing noodzakelijk is, „vrijwillig, doch niet vrijblijvend en intraprofessioneel”. Twee van de in *Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen* gepubliceerde inleidingen bevatten voor ons doel bruikbare informatie.

Simons onderscheidt bij de invoering van toetsing in de Nederlandse ziekenhuizen twee voorfasen:

- een „opvoedingsfase” (vanaf 1970) onder leiding van de Landelijke Specialististen Vereniging, bestaande uit een bewustwordingsproces dat toetsing niet inhoudt „een ongepaste bemoeizucht met de eigen praktijkvoering” en een organisatorische aanzet in 1979, uitmondend in de instelling van het Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing van de LSV;
- een „indraaifase”, bestaande uit experimenten en proefprojecten, vanaf 1977.

Simons verwoordt duidelijk dat via het onderwijs een bijdrage kan worden geleverd aan het bevorderen van toetsingsactiviteiten. De voor toetsing onmisbare medewerking van medische specialisten kan volgens hem verkregen worden door het geven van informatie over toetsing in Nederland en in het buitenland, en van inzicht in het hoe en waarom van toetsing.

Reerink benadrukt in zijn bijdrage de noodzaak van de systematische aanpak bij de invoering van kwaliteitsbevorderende activiteiten. Hij geeft een opsomming van de huidige, niet systematisch toegepaste, uiteenlopende activiteiten, waaronder necrologiebesprekingen, multidisciplinaire stafbesprekingen, de grote visite, consultaties, geneesmiddelencommissies, zelfevaluatie, nascholing, klachten van patiënten, visitatie door Specialististen Registratie Commissie, verwijzing door huisartsen, Inspecteur van de Volksgezondheid, intercol-



legiale toetsing. Gesteld wordt dat „het nogal wat voeten in de aarde heeft alvorens men van gestructureerde kwaliteitsbevordering kan spreken, die tegelijk acceptabel is en functioneert”.

Reerink geeft vijftien basiseisen waaraan een programma voor invoering van systematische kwaliteitsbevordering in Nederlandse ziekenhuizen moet voldoen om kans van slagen te hebben:

1. gericht op handhaven en zonedig verbeteren van de kwaliteit van zorg;
2. acceptatie door de professie;
3. vrijwillige deelname;
4. duidelijke doelstellingen;
5. valide en betrouwbare methoden;
6. mag niet verstorend werken op de zorgverlening;
7. moet aan zorgverleners voldoening geven;
8. goede klinische en poliklinische verslaglegging;
9. minimale bureaucratie;
10. samenwerking met – en geen controle door – de overheid;
11. mag niet te veel tijd kosten;
12. aantoonbare opbrengsten;
13. moet educatief zijn en niet veroordelend-betraffend;
14. vrij van procesdreiging;
15. moet los staan van sensationele publiciteit.

Verder zijn de volgende door hem genoemde problemen bij de invoering van toetsing interessant in het licht van onze vraagstelling: relatieve onbekendheid met de bijbehorende terminologie (vakjargon); het ziekenhuis is slechts één segment van het gezondheidszorgsysteem; er bestaat angst voor misbruik van gegevens; over kwaliteit en doelstellingen van medische hulpverlening bestaat geen overeenstemming; in de opleiding ontbreekt scholing in kwaliteitsbevorderende activiteiten; ondersteunend gezondheidszorgonderzoek ontbreekt (vergelijk Health services research in de Verenigde Staten, Engeland en Zweden).

Vermeldenswaard is verder de tweemaandelijks *Nieuwsbrief* van het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing (sinds 1980). Deze refereert literatuur, bespreekt algemene aspecten van toetsingsmethodieken en geeft verslagen van (ziekenhuis)toetsingsactiviteiten.

Kwaliteitsbevordering en het gezondheidszorgsysteem als geheel

Zowel huisartsen als ziekenhuizen maken deel uit van het gezondheidszorgsysteem. Bij de invoering van kwaliteits-

teitsbevorderende activiteiten bij een deel van het systeem, bijvoorbeeld intercollegiale toetsing onder huisartsen, moet de samenhang met het grote geheel niet uit het oog worden verloren.

Leenen stelt dat men bij de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg van de gedachte moet uitgaan dat „het ‘product’ van de gezondheidszorg tot stand komt door de werking van een geheel van professionele, relationele en institutionele factoren. Vanwege de interferentie van deze factoren moeten deze in de toetsing worden betrokken, dat wil zeggen in één ‘audit’-kader worden gezien. Het ligt dan ook geenszins voor de hand... bij de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg uitsluitend uit te gaan van de idee van de ‘medical audit’ en de intercollegiale toetsing. Daarvoor is te meer geen reden, omdat er naast de eigen verantwoordelijkheid van de onderscheiden beroeps categorieën voor het professionele handelen van de beroepsgeenoten ook een tussenprofessionele verantwoordelijkheid bestaat, alsmede een verantwoordelijkheid van de instituten, waarin of van waaruit de gezondheidszorg wordt bedreven, en de Overheid. Bovendien zijn de consumenten en de financiers van de gezondheidszorg bij de kwaliteit van de zorg betrokken”.

Kwaliteitsbewaking heeft volgens *Leenen* een tweeledig doel: het bevorderen van een professionele standaard van zorgverlening en het verwezenlijken van het recht van de individuele patiënt op goede zorg. Verder stelt hij dat het bij de professionele standaard niet primair gaat „om toetsing op wetenschappelijke objectiviteit en causaliteit, maar om met andere artsen in vergelijkbare hulpverleningssituatie te beoordelen bekwaamheid en zorgvuldigheid (‘redelijkheidscriterium’). De normen zijn normen voor het handelen en deze worden op grond van wetenschap en ervaring opgesteld (...). Professionele standaard betekent niet ‘standaardbehandeling’. Individualisering van de zorg moet binnen het ‘audit’-systeem mogelijk zijn.”

Verder merkt *Leenen* op dat bij het formuleren van normen alle aspecten van de hulpverlening moeten worden betrokken. Dit vraagt om een multi-methodenbenadering.

Conclusie

Over het thema toetsing wordt wel veel geschreven, maar aan de invoering van toetsing in de huisartsgeneeskunde is

nauwelijks systematisch aandacht besteed. In de literatuur over de invoering van toetsing in Nederlandse ziekenhuizen kunnen echter aanknopingspunten worden gevonden voor de invoering van toetsing in de eerstelijns gezondheidszorg. Wel moet daarbij in het oog gehouden worden dat de wijze waarop de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland georganiseerd is (voor het merendeel solistisch werkende huisartsen met onderlinge contacten naar eigen behoefte in waarnemings- of nascholingsgroep), bij de invoering van toetsingsactiviteiten specifieke problemen met zich mee zal brengen. Bekijkt men de verslaglegging van concrete toetsingsactiviteiten in de huisartsgeneeskunde, dan vindt men daarin een bevestiging van de opvatting van auteurs als *Zwanikken*, *Van der Voort* (1980^a), *Simons* en *Reerink*, dat „het rijp maken van het klimaat voor toetsing” prioriteit verdient.

Voor de toekomst betekent dit, dat voortgegaan moet worden op de ingeslagen weg door het bieden van oefening in onderlinge praktijkobservatie (*Nijhuis*; *Van der Voort*), het bieden van oefening in betrouwbaar en valide registreren (*Lamberts*), het bevorderen van heldere begripshantering (*Kolthoff-Tan*), het bevorderen van discussie over huisartsgeneeskundig handelen als voorfase van het expliciteren van normen (*Lamberts*), het bevorderen van verslaglegging van concrete toetsingsactiviteiten en tenslotte het verruimen van de kijk van huisartsen op het verschijnsel toetsing, door toetsing in een breder verband te plaatsen. De eerstelijns gezondheidszorg is immers slechts een deel van het gezondheidszorgsysteem en het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg houdt meer in dan de intercollegiale toetsing.

Verder zou het aanbeveling verdienen na te gaan of meer kennis over veranderingsprocessen uit de sociaal-psychologische literatuur bruikbaar is voor het invoeren van toetsing in de huisartsgeneeskunde (vergelijk *Van der Voort*).

Tegelijkertijd zal gewerkt moeten worden aan het expliciteren van normen (normontwikkeling) en aan het ontwikkelen van betrouwbare en valide registratie-instrumenten. Ten aanzien van het moeilijk toegankelijke, maar essentiële terrein van het handelen van de huisarts (inclusief zijn beslissingsstrategieën) betekent dit dat primair wetenschappelijk onderzoek nodig is om meer kennis over dit onderwerp te verwerven.

Het is nog onduidelijk hoe de universitaire huisartsinstituten hun taak zien bij de ontwikkeling van toetsing in de huisartsgeneeskunde. Voor de hand ligt, dat zij een rol zullen spelen bij het onderzoek: begripsverheldering, normontwikkeling en instrumentontwikkeling. In het onderwijs hebben zij een taak bij het rijp maken van het klimaat: arts-assistenten moeten opgeleid worden tot huisartsen die toetsing tot de normale aspecten van hun dagelijkse werk rekenen. En tenslotte hebben de instituten een vaste relatie met huisartsopleiders en huisartsgastheren in hun regio. Deze relatie kan de grondslag vormen voor een samenwerking op het gebied van toetsing.

Samenvatting. In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de beschikbare literatuur over de invoering van toetsing in de huisartsgeneeskunde. Over de invoering van concrete toetsingsactiviteiten is nog betrekkelijk weinig geschreven, terwijl de literatuur over de invoering van toetsing in een aantal Nederlandse ziekenhuizen weinig aanknopingspunten biedt voor de huisartsgeneeskunde. De auteurs pleiten voor een brede visie, waarbij de kwaliteitsbevordering van het medisch handelen wordt bekeken vanuit het gezondheidszorgsysteem als geheel. Tenslotte wordt kort ingegaan op de rol die de universitaire huisartseninstituten kunnen gaan spelen bij de invoering van toetsing.

Summary. The introduction of medical audit – a review of literature. A review is presented of the available literature on the introduction of medical audit in general practice. Relatively little has been published about the introduction of actual audit activities, and the literature on the introduction of audit in a number of Dutch hospitals contains little that is of relevance to general practice. The authors advocate an approach which regards promotion of the quality of medical performance in the broader context of the medical care system. The role which university departments of general practice can play in the introduction of medical audit, is briefly discussed.

Audit: the need for regulation. Editorial. (1982) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 32, 3-4.
Bensing, J., J. de Groot en J. Zaat. Kijken naar onderzoek. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 143-149.

- Functie-omschrijving, De — van de huisarts. *Berenschot, Utrecht*, 1981.
- Grol, R. Een nieuwe taak voor de huisartsopleider. (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 384-389.
- Kolthoff-Tan, L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde – een nadere begripsbepaling. (1982). *Huisarts en Wetenschap* 25, 234-236.
- Lamberts, H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 371-378.
- Leenen, H. J. J. Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. (1976) *Med. Contact* 31, 276-280.
- Medical audit (themanummer) (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 29, 699-000.
- Over de methodologie van het toetsen. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1979.
- Nijhuis, H. J. Intercollegiale toetsing. (1981) *Med. Contact* 36, 875-877.
- Reerink, H. J. Gestructureerde kwaliteitsbevordering in algemene ziekenhuizen in Nederland. In: Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen. *Stafleu, Alphen a/d Rijn*, 1980.
- Simons, A. J. Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen. In: Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen. *Stafleu, Alphen a/d Rijn*, 1980.
- Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Rapport van de Werkgroep Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 127-140.
- Voort, H. van der. De invoering van toetsing. Een zaak van moed, beleid en trouw. (1980^a) *Huisarts en Wetenschap* 23, 150-159.
- Voort, H. van der. Zelftoetsing door huisartsen. Draaiboek voor groepen. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*. 1980^b.
- Watkins, C. J. Medical audit in general practice, fact or fantasy? (1981) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 31, 141-145. (Verkorte Nederlandse versie, Intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde, realiteit of illusie?, in: Consult voor de huisarts, december 1981, 365-367).
- Zwanikken, W. Toetsing in de huisartsenpraktijk. Een literatuuroverzicht. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1979.

Nota bene

Het grootste probleem van het alleenstaan is het alleen liggen. (Stelling bij: L. Klieb. Impulse approximation versus elementary particle method. *Diss. Groningen*, 1982).

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

- Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.
- Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.
- Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.
- Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.
- Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.
- The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.
- Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.
- The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.
- The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.
- Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.
- New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.
- Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.
- Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.
- Philippino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Philippijnen.
- Le Médecin du Québec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Québec. H3G 1R8 Canada.
- Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.
- Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.
- Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.
- American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.