

Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen

DR. H. LAMBERTS*

Interdoktervariatie lijkt op het eerste gezicht een struikelblok voor het vaststellen en bevorderen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. Bij nadere beschouwing gaat het echter om een onmisbare professionele prikkel tot meer bescheidenheid en minder geneigdheid om bepaalde waarden snel tot norm te verheffen en daar vervolgens strak aan vast te houden. Afwijkingen van de norm zijn soms een goede reden voor een kwaliteitsbevorderende maatregel; soms ook blijken zij gebaseerd op een alleszins acceptabele waarde.

Inleiding

I have six honest serving men
They taught me all I knew
Their names are What and Why and When
And How and Where and Who

R. Kipling

De afgelopen tien jaar hebben een snelle ontwikkeling met betrekking tot toetsing, nascholing en kwaliteitsbevordering te zien gegeven. Er is een basistenpakket opgesteld, er zijn kenmerken geformuleerd en huisartsen leveren een substantiële bijdrage aan beide fasen van de studie in de geneeskunde. De – binnenkort meerjarige – beroepsopleiding streeft naar een goede huisarts wiens kwaliteit niet slechts eenmaal, maar vele malen zal worden vastgesteld en bevorderd, gedurende zijn hele professionele leven.¹⁻⁵ En er zijn discussies over protocollen, voorwaardenbeleid en een normatieve benadering van de kennis, houding en vaardigheden van de huisarts, dat alles met de mogelijkheid tot sanctiëring.^{6,7}

Simultaan, maar allerminst synchroon, speelt zich een ontwikkeling af in het Angelsaksisch taalgebied, waarbij onze Noord Amerikaanse collegae uitgaan van een ander normen- en waardenpatroon dan de Engelse huisartsen. Dit resulteert in een heterogene verslaggeving, waarbij dezelfde terminologie

gebruikt wordt voor verschillende benaderingen.⁸⁻¹³ De literatuur wordt bovendien nog onoverzichtelijker door de hernieuwde belangstelling in de *health services research* en in de klinische epidemiologie voor het nut van geneeskundig handelen.¹⁴⁻¹⁸ In het kielzog hiervan richten politiek, publieke opinie en ziektekostenverzekeraars zich nadrukkelijk op een begrijpelijke selectie uit de stroom publikaties.

Ook in Nederland bestaat er grote belangstelling voor de kwaliteit van geneeskundig handelen – waarbij echter het leeuwedeel van de discussie aan verheldering van uitgangspunten moet worden gependend, zodat inzicht in het relatieve gewicht van de verschillende benaderingen uitblijft. In een *bijlage* heb ik daarom een aantal definities opgenomen, die naar mijn mening goed bruikbaar zijn, zonder dat daarmee voor de Nederlandse omstandigheden het laatste woord is gezegd. Daarom zijn deze definities ook niet vertaald.^{11, 19, 20}

Het is overigens niet op voorhand bezwaarlijk dat men over de hiërarchie en het relatieve belang van de verschillende aspecten van kwaliteitsbevordering van mening verschilt. Dit sluit immers goed aan op de uitkomsten van onderzoek met patiëntgebonden huisartsgeneeskundige informatie: huisartsen verschillen in vergelijkbare situaties vaak sterk in hun oordeel en handelen – interdoktervariatie – terwijl de onderliggende overwegingen toch acceptabel zijn voor allen die bij de toetsing zijn betrokken.

In deze beschouwing beperk ik mij tot de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen, voor zover daarover *gekwantificeerde patiëntgebonden* informatie beschikbaar is. Het aggregatieniveau van de informatie kan betrekkelijk hoog zijn – een hele huisartspraktijk of een groep praktijken – maar ook heel laag: één patiënt. De essentie is dat het gaat om de feitelijke effecten van de kennis, houding en vaardigheid van huisartsen, zoals deze in de praktijk worden vastge-

steld. Dat is dus een andere invalshoek dan de indirecte benadering met behulp van vragenlijsten en simulatie-onderzoek.²¹⁻²⁵ Die benadering is eveneens belangrijk, maar wezenlijk anders, omdat bij de verklaring van verschillen tussen huisartsen andere interpretatieproblemen bestaan dan in dit stuk aan de orde komen.

Schaakbord

In *figuur 1* zijn twee reeksen begrippen met betrekking tot het vaststellen en bevorderen van kwaliteit met elkaar in verband gebracht. Sommige velden van dit brede 'schaakbord' spelen geen enkele rol, andere wel, en de meeste frequent. Ook al is het niet eenvoudig om het hele bord te overzien, de relatieve betekenis van een vakje bij een bepaalde handeling is relatief gemakkelijk vast te stellen. Net als bij schaken kan worden aangegeven waar de stukken zich bevinden, maar het gewicht van een positie blijkt daar niet uit.

Het 'schaakbord' heeft twee assen:

- De Y-as beschrijft de *aard van de kwaliteit* met de begrippen 'werkzaamheid' (doeltreffendheid in vitro), 'doeltreffendheid' en 'doelmatigheid' en met het begrip 'geneeskundige context'.²⁶ Dit laatste heeft betrekking op het geheel van verwachtingen, rollen, functies en structuurkenmerken, waardoor de huisartspraktijk wordt gekarakteriseerd, los van het strikt geneeskundig proces.
- De X-as heeft betrekking op de *individuen en groepen* waarvoor het nut van geneeskundig handelen – en dus van kwaliteit – belangrijk is. Er is daarbij verschil tussen een individuele patiënt met een bepaalde ziekte en de groep patiënten met dezelfde afwijking. Dat geldt ook voor de individuele huisarts en de groep waarvan hij deel uitmaakt, bijvoorbeeld zijn waarnemingsgroep of zijn beroepsgroep. Tenslotte spelen de 'maatschappij' en de 'geneeskundige stand' een rol op het hoogste en dus meest abstracte aggregatieniveau.

In theorie spelen alle vakjes op het schaakbord een rol bij het vaststellen en bevorderen van kwaliteit. Het relatieve belang van de vakjes loopt echter uiteen, al naar gelang de interventie – door wie, voor wie? – waarvan men de kwaliteit aan de orde stelt. Twee vakjes vallen daarom direct uit.

De structuur van het 'schaakbord' wordt nader verduidelijkt met de voorbeelden A en B.

* Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

Verfijningen

Figuur 1 geeft verder een tweetal verfijningen bij het vaststellen en bevorderen van de kwaliteit: het onderscheid tussen normen en waarden, en het onderscheid tussen diagnostiek en therapie.

Normen en waarden

De twee voorbeelden illustreren dat bij het vaststellen van het *nut* van geneeskundig handelen, normen en waarden van elkaar kunnen verschillen.

Een norm is een richtsnoer, een regel, een voorschrift voor gedrag. Normen hebben betrekking op specifieke situaties en bieden daarbij algemeen geldende maatstaven waarmee feitelijk handelen beoordeeld kan worden.

Een waarde is geen norm. Waarden hebben te maken met de criteria op grond waarvan men normen accepteert of verwierpt: zij markeren de betekenis van iets in de ethische, religieuze, culturele, sociale en politieke betrekkingen tussen mensen. Waarden bieden een meer abstract uitgangspunt voor gedrag

dan de normen die er aan ontleend kunnen worden. Bij het vaststellen en bevorderen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen is het daarom belangrijk inzicht te krijgen in twee soorten waarden:

- de waarden die ten grondslag liggen aan het 'normenpakket' voor 'de' huisarts;
- de waarden die ertoe leiden, dat in bepaalde gevallen een norm toch niet als richtlijn voor feitelijk gedrag wordt aanvaard.

Wulff noemt in dit kader drie soorten geneeskundige waarden:

- dat wat goed is voor een bepaalde patiënt (*clinical act utilitarianism*); wat telt is het maximaliseren van het individuele nut en 'geluk';
- dat wat in geneeskundige zin goed is voor de gemeenschap (*clinical rule utilitarianism*); wat telt is het maximaliseren van het algemene nut van een bepaalde handeling, ervan uitgaand dat alle artsen onder dezelfde omstandigheden op dezelfde manier zullen handelen;
- dat wat los van het nut in het individu-

ele geval en in het algemeen, onze ethische plicht is (*clinical deontology*).²⁷

Hij wijst er op dat normen alleen – dus zonder de achterliggende waarden – onvoldoende houvast bieden voor het vaststellen van kwaliteit: 'The doctor has traditionally a special duty towards his patient, but at the same time he cannot ignore his duties towards future patients and society in general. Different doctors may well weigh these duties differently and nobody can be proved wrong, but it is essential that all doctors are able to analyse their value judgments and that they discuss this aspect of clinical practice with colleagues in order to reach greatest possible consensus within the profession.'²⁷

Het verloop van het Monitoringproject illustreert dat consensus kan ontstaan over het feit dat men belangrijk van elkaar verschilt.⁴ Na ruim drie jaar intensief werken aan de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen werd geconcludeerd dat verder blijven werken met de beschikbare soort informatie nauwelijks extra nut zou opleve-

Figuur 1. De twee groepen begrippen die bij het beoordelen en bevorderen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen van belang zijn.

		Kwaliteitsbeoordeling												
		Individuele patiënt		Groep patiënten		De maatschappij		Individuele huisarts		Groep huisartsen		De geneeskundige maatschappij		
		N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	N	W	
Kwaliteitsbevordering	Werkzaamheid	D												
		T												
	Doeltreffendheid	D												
		T												
	Doelmatigheid	D												
		T												
	Huisartsgeneeskundige context	D												
		T												

N = normen; W = waarden; D = diagnose; T = therapie.

ren. Het aanvankelijk effect was groot en enthousiasmerend, maar na enige jaren nam het af en accepteerde de groep de resterende interdoktervariatie als weloverwogen, en soms zelfs wenselijk.

In dit stuk probeer ik een aanzet te geven tot een nieuwe strategie voor het bevorderen van de kwaliteit.

Diagnostiek en therapie

In de tweede plaats heeft het zin om bij het beoordelen van de kwaliteit diagnostische en therapeutische handelingen van elkaar te onderscheiden.²⁸ Het nut van diagnostische handelingen hangt er immers van af of de uitslag de beslissing van de arts terecht beïnvloedt, hoeveel het uitmaakt voor de behandeling en tenslotte of deze bijdraagt aan een verbetering van de toestand van de patiënt – waar het tenslotte om begonnen is. Dan komen ook de verhouding tussen de kosten en het nut aan de orde. Er bestaat vaak twijfel of een interventie die werkzaam is onder optimale omstandigheden, in de dagelijkse praktijk doelmatiger is dan minder mooie onderzoeken of therapieën die goedkoper zijn en vaak ook redelijk doeltreffend.^{29 30}

De rol van waarden en normen c.q. diagnose en therapie wordt geïllustreerd door de voorbeelden C en D.

Een struikelblok?

Interdoktervariatie lijkt op het eerste gezicht een struikelblok voor het vaststellen en bevorderen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. Bij nadere beschouwing vormt het verschijnsel echter een onmisbare professionele prikkel tot meer bescheidenheid en minder geneigdheid om bepaalde waarden snel tot norm te verheffen en daaraan vervolgens strak vast te houden.

Huisartsen kunnen met elkaar op grond van waardeoordelen afspraken maken over wat zij – normatief – de grenzen van goed en slecht handelen vinden. Het terugkoppelen van normen naar feitelijk handelen levert echter veel interpretatieproblemen op. Klinische gegevens bieden immers zelden voldoende grond voor harde uitspraken over de doeltreffendheid van het handelen.

Een voorbeeld daarvan is de afspraak over de diastolische bloeddruk, die leidt tot het stellen van de diagnose hypertensie. Een dergelijke norm is gebaseerd op het vertrouwen dat wetenschappelijk onderzoek de waarde van die norm on dubbelzinnig vaststelt en daarmee ook in ethisch opzicht richting geeft aan het handelen. Wanneer eenmaal is afgesproken dat een 'goede huisarts' op

hypertensie anticipeert en zijn patiënten tot therapietrouw beweegt, dan is toetsing gemakkelijk. Deze toetsing kan echter voorbijgaan aan twijfels over de waarde van de epidemiologische steun voor interventie bij gezonde volwassenen met een marginaal verhoogde bloeddruk.

Het gevaar bestaat dat gerechtvaardigde scepsis over werkzaamheid, doeltreffendheid en doelmatigheid – zoals bij lichte hypertensie – resulteert in immobilisme. Dat is onjuist en doet ook geen recht aan het in het oog springende feit dat er in de structuur en het proces van de huisartsgeneeskunde talrijke elementen zijn die alleen al vanuit de *context* op kwaliteit beoordeeld kunnen worden. Een realistische benadering daarvan bieden de Engelse huisartsen, met *What sort of doctor?*, waarin zij aangeven hoe tijdens observatie van huisartsgeneeskundig handelen een aantal aspecten van kwaliteit kunnen worden vastgesteld.⁹

In *figuur 2* is de relatie tussen vier belangrijke onderdelen van het huisartsgeneeskundig handelen en zes informatiebronnen weergegeven. *Professionele waarden, toegankelijkheid* en het *vermogen om te communiceren* hebben vooral betrekking op de structuur en op dat deel van het proces dat besloten ligt

Voorbeeld A

Het geven van DKTP-inentingen, de screening van pasgeborenen op fenylketonurie en Rhesus-onderzoek als onderdeel van de prenatale zorg zijn stuk voor stuk *werkzame* geneeskundige maatregelen.

Het doel is steeds eenduidig en het nut is aangetoond. Er behoort dus praktisch geen discrepantie tussen werkzaamheid en *doeltreffendheid* te bestaan. Stel echter dat slechts 50 procent van alle kinderen respectievelijk zwangere vrouwen bereikt c.q. adequaat behandeld zou worden, dan waren de maatregelen voor deze groep onverminderd werkzaam, maar de doeltreffendheid voor de gehele populatie zou onacceptabel laag zijn.

Tenslotte zijn de maatregelen *doelmatig*, omdat het economisch nut opweegt tegen de kosten.

Het gaat hier om interventies die passen binnen de huisartsgeneeskundige *context*, maar niet alleen daar: ook jeugdartsen, verloskundigen en obstetrici weten zich, gesteund door een administratieve infrastructuur, verantwoordelijk voor de kwaliteit van iedere maatregel.

Geen huisarts kan zich onttrekken aan zijn – partiële – betrokkenheid bij deze maatregelen.

Samenvattend:

- In de meeste vakjes in *figuur 1* komt de kwaliteit van het handelen aan de orde.
- Voor zover de huisarts betrokken is bij de gang van zaken, is in geen enkel vakje een acceptabele vorm van interdoktervariatie te vinden. Alleen afwijkende normen en waarden van *patiënten* kunnen nog tot variatie leiden.

Voorbeeld B

De huisarts verwijdert vaak cerumen bij zijn patiënten, maar de meeste patiënten ontdoen zelf hun gehoorgangen van overtollig oorsmeer (en misschien produceren de precieze reinigers juist wel extra veel cerumen). Hoe het ook zij, uitspuiten is *werkzaam*, met als criterium de aanwezigheid van cerumen. Ofschoon oorproppen soms veel last geven, gaat het om een onschuldige afwij-

king, die ook – hoe vaak? – klachtenvrij verloopt. De *doelmatigheid* van behandeling door de huisarts is onbekend, maar hoe een dergelijke berekening ook uitvalt, deze zal geen directe gevolgen hebben voor de gang van zaken, omdat het verwijderen van cerumen in Nederland typisch tot de huisartsgeneeskundige *context* behoort. Daarom mag men er in ons land van uitgaan dat iedere huisarts in staat is cerumen te verwijderen.

Samenvattend:

- Iedere huisarts kan bij zijn patiënten – al dan niet na 'druppelen' – doeltreffend, zonder beschadiging van de gehoorgang of perforatie van het trommelvlies, cerumen verwijderen. In dit opzicht is er geen ruimte voor interdoktervariatie.
- Dat geldt niet voor het tegemoet treden van het probleem: sommige huisartsen rekenen het niet tot hun taak bij iedere patiënt excessief oorsmeer te verwijderen: zij wijzen hun patiënten erop dat het tot de lichaamshygiëne behoort om – bijvoorbeeld met een wattenstokje – de gehoorgang te reinigen, zodat zijn hulp slechts zelden nodig is.

Figuur 2. De relatie tussen vier onderdelen van het huisartsgeneeskundig handelen en zes informatiebronnen.

<i>Source of information</i>	<i>Area of performance</i>			
	<i>1. Professional values</i>	<i>2. Accessibility</i>	<i>3. Clinical competence</i>	<i>4. Ability to communicate</i>
1. Practice profile	Audit, teaching, learning. Meetings with practice staff and health professionals. Mechanism for customer complaints. Evolution of the practice.	Adequate consulting hours. Undertakes home visiting. Personal availability. Shares in rota duty.	Record cards. Practice equipment. Special registers. Library. Attendance at courses. Access to laboratory, x-ray and beds.	Patients' groups. Hand-outs.
2. Observation of premises, equipment, organization	Helpful, discreet staff. Good morale. Decent waiting conditions.	Ancillary staff are helpful. Clear arrangements for obtaining the doctor or his deputy.	Adequate facilities for consulting and examining. Regular use of equipment.	Patients' enquiries handled effectively.
3. Discussion with ancillary staff (and other members of the health care team)	Appointments system applied flexibly. Staff contribute to the life of the practice. Discretion in revealing information to third parties.	Knowledge of procedures. Tolerant. Demonstrate their facilitative role. Have clear idea of the doctor's whereabouts.		Practice policies formulated in consultation with staff. Ready, informal access to the doctor.
4. Records	Records usable for teaching, audit, research. Confidentiality preserved.	Continuity of care by the individual doctor.	Adequate ordered entries. Retrievability. Special registers. Summary cards or special sheets for: drug treatment, diagnoses, repeat prescriptions.	Legible informative entries. Clear referral letters.
5. Video-taped consultations	Treats all patients with respect. Explores patient's ideas, concerns and expectations about the problem(s) and management. Supportively encourages patient to accept appropriate degree of responsibility for own health. Establishes or maintains relationship with patient which is helpful to the provision of care.	Makes appropriate use of time and resources in the consultation.	Adequately defines problems presented or revealed. Judicious use of relevant examinations and tests. Considers factors which may put patient at risk. Plans appropriate management of problem(s) with patient. Prescribes carefully and responsibly.	Informality, openness and involvement. True dialogue. Information given to patient in appropriate detail. Clear unambiguous follow-up arrangements.
6. Interview with doctor	Changes in the practice initiated by him. Plans for future development. How he has changed as doctor/teacher.	Confirms information from other sources.	Sound management plans for patient care. Conversant with current trends in general practice.	Articulate and coherent. Puts his case over well.

Bron: What sort of doctor?⁹

in de geneeskundige context. Zij zijn ook belangrijk voor kwaliteit, omdat zij – waarschijnlijk indirect – bijdragen aan de doeltreffendheid en de doelmatigheid. Dat geldt uiteraard in veel sterkere mate voor *klinische vaardigheden*.

Interdoktervariatie en kwaliteit

De *figuren 1* en *2* bieden samen een goed handvat om interdoktervariatie in verband te brengen met de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen, wan-

neer een bepaalde groep huisartsen een norm heeft geformuleerd en vervolgens onderzoekt hoe deze zich tot de praktijk verhoudt. Afwijkingen van de norm blijken soms een goede reden voor een kwaliteitsbevorderende maatregel,

Voorbeeld C

Er bestaat bij het voorschrijven van 'minor tranquillizers' veel interdoktervariatie, die voor een deel kan worden teruggedrongen: sommige huisartsen schrijven dan iets meer voor, andere veel minder.^{31, 32}

Waarom is het goed om weinig tranquillizers voor te schrijven? Het dilemma blijkt uit het verschil tussen de normen en de waarden, inherent aan begrippen als probleemgedrag, methodisch werken en preventie van somatische fixatie.

De huisarts die een patiënt voor een kort bestaand inslaapprobleem langdurig zoveel voorschrijft, dat de sufheid overdag meer stoort dan het oorspronkelijke probleem, handelt volgens iedere norm verkeerd. De therapie is op deze manier niet *doeltreffend*, ook al is het middel zeer *werkzaam*. De diagnostische interpretatie van het probleem van de patiënt als uitgangspunt voor het handelen sluit niet aan op de normen en waarden van de beroepsgroep.

In de huisartsgeneeskundige context kan een patiënt die, ondanks alle bezwaren tranquillizers meent nodig te hebben (zijn waardeoordeel), de huisarts er niettemin toe brengen daaraan tegemoet te komen, bijvoorbeeld uit defensieve overwegingen.

Wanneer tranquillizers gedurende een bepaalde periode worden voorgeschreven aan patiënten met surmenageklachten als reactie op manifeste sociale problematiek, ligt de zaak echter anders. Sommige huisartsen doen dit in beginsel altijd bij dergelijke patiënten, anderen nooit of alleen in uitzonderingsgevallen. Sommige huisartsen vinden dat het altijd de voorkeur verdient zelf tot een gesprekstherapeutische benadering te komen, andere streven naar een verwijzing voor psychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Waardeoordelen en normen lopen hier uiteen en zelfs al zou er binnen de huisartsgroep consensus bestaan over de voorkeursbehandeling, dan nog zouden de argumenten daarvoor in de geneeskundige context gelokaliseerd zijn, omdat zij niet berusten op gekwantificeerd inzicht in de *doeltreffendheid* en *doelmatigheid* van de verschillende handelwijzen en onvoldoende rekening houden met de wens van patiënten om meer autonoom te kunnen beslissen over al dan niet slikken.³³

Samenvattend:

- Interdoktervariatie bij het voorschrijven van minor tranquillizers is acceptabel en nuttig.
- Het vaststellen en bevorderen van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen wordt niet bijzonder bemoeilijkt, indien duidelijk wordt aangegeven in welke gevallen (patiënt, hulpvraag, diagnostische interpretatie, verdere overwegingen) een recept wordt gegeven, al dan niet in combinatie met andere therapeutische strategieën.

Voorbeeld D

Het verwijzen van patiënten naar specialisten vormt een notoire bron van interdoktervariatie.³⁴ Na voorbeeld C is het duidelijk dat het toetsen van globale verwijscijfers – ook als die voor de leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijk zijn gecorrigeerd – vooral een beoordelingsgrond vindt in de *maatschappelijke normen* met betrekking tot de geneeskundige context en slechts ten dele in de *doelmatigheid*. Alleen extreme gevallen – de huisarts die bijna nooit en de huisarts die bijna iedereen verwijst – komen zo voor kwaliteitsbevorderende maatregelen in aanmerking.

De discussie verandert, wanneer bijvoorbeeld wordt gekeken naar het verwijzen naar de cardioloog van patiënten met een mogelijk of zeker ischemisch hartlijden. Een norm is dat bij de behandeling van een patiënt met een infarct in het eerste uur (in verband met het gevaar voor ventrikelfibrilleren) acute hulp door de huisarts en vervolgens onverwijld opname met een goed geëquipeerde ambulance op een hartbewakingsafdeling *doeltreffend* en waarschijnlijk *doelmatig* is. Dat sluit niet uit dat sommige patiënten liever thuis willen blijven – een waardeoordeel – c.q. beter thuis kunnen blijven.

Bij de mogelijkheid van een dreigend infarct wordt het vaststellen van de kwaliteit extra bemoeilijkt door de diagnostische en prognostische twijfel. Cardiologen hebben te maken met de groep patiënten die de kliniek tenslotte bereiken, en zij zullen opvattingen hanteren (en propageren) over de doeltreffendheid van diagnostisch en therapeutisch handelen, die afwijken van de opvattingen van huisartsen. De voorspellende waarde van het klinisch oordeel van een huisarts in de heterogeen samengestelde groep pa-

tiënten met een mogelijke coronairischemie, wordt vooral gekarakteriseerd door het aantal keren dat hij terecht besluit dat iemand niet aan een aandoening van de kransslagaders lijdt. De populaties waarmee huisartsen en specialisten te maken hebben, verschillen zo sterk van elkaar (verschillen in prevalentie en de verschillende fase van de ziekte-episode), dat daardoor een moeilijk overbrugbare kloof tussen hen kan bestaan.

Los daarvan kan op klinische gronden – waarden in de zin van *clinical act utilitarianism* – interdoktervariatie bestaan, bijvoorbeeld bij het behandelen van oudere mensen met een infarct of bij mensen onder bijzondere en complicerende omstandigheden.

En tenslotte kunnen de waarden en normen van de patiënt en zijn omgeving het defensief handelen van een huisarts aanwakkeren, zodat tot opname wordt overgegaan, ook al kan die niet als doeltreffend en zeker niet als doelmatig worden beschouwd.

Grosso modo is er bij een reële verdenking op een (dreigend) infarct een wel omschreven, zij het beperkte plaats voor interdoktervariatie. De redenen om in bepaalde gevallen van de norm af te wijken, verdienen collegiaal overleg in de waarneemgroep. Deze vormt immers de belangrijkste huisartsgeneeskundige context waarbinnen afspraken worden gemaakt over de mogelijke en de gewenste gang van zaken van mensen met een acuut of een dreigend infarct, gelet de beschikbaarheid van de huisarts, zijn snelheid van handelen, het toepassen van middelen als lidocaïne en pijnstillers, en met betrekking tot het bewaken van de patiënt tot de ambulance is gearriveerd. De deontologische waarde, dat acute nood de arts tot bijstand verplicht, los van twijfels over doeltreffendheid of doelmatigheid, is in dit kader ook tot een juridische norm verheven (wat kan blijken als een huisarts deze norm niet volgt en door een tuchtcollege beoordeeld en bestraft wordt).

Samenvattend:

- Interdoktervariatie bij therapie, beleid en begeleiding van patiënten met een infarct is mogelijk, maar beperkt.
- Uitgangspunt bij het beoordelen en bevorderen van de kwaliteit is dat daarover consensus bereikt wordt, zodat in de meerderheid der gevallen een uniforme en afdwingbare gedragslijn bestaat.

soms illustreren zij een alleszins acceptabele waarde om van de norm af te wijken.

Deze gang van zaken komt overeen met die in het Monitoringproject. Onze Engelse collegae kiezen ook als uitgangspunt dat de huisarts die wil toetsen, zijn werk gekwantificeerd moet kunnen beschrijven en daarbij aangeven, wat hij wil verbeteren en hoe hij kan vaststellen of hij daarin slaagt. Men kan bijvoorbeeld als norm aanvaarden dat het aandeel van het huisbezoek op het totale aantal huisarts-patiënt contacten groter dient te zijn, of dat de wachttijden door een beter georganiseerd afspraakspreekuur korter dienen te worden, of dat frequenter naar de maatschappelijk werker verwezen moet worden.⁴ Meer gericht op het volume zijn afspraken om te streven naar meer cervixuitstrijken, of naar een ruimere toepassing van bacteriologisch en patholoog-anatomisch onderzoek, of naar meer gastroscopie op verzoek van de huisarts, als alternatief voor röntgenfoto's van maag en duodenum.

Dergelijke globale afspraken berusten niet op de verwachting dat de doeltreffendheid en doelmatigheid aantoonbaar zullen verbeteren door de beoogde toename. Maar dat geldt ook voor globale afspraken om het volume van bepaalde interventies te laten dalen.

De functie van het voorgestelde schema is om bij het vaststellen en vervolgens bevorderen van de kwaliteit van geneeskundig handelen oneigenlijke argumenten te weren, het grote belang van het klinisch oordeel bij het handelen in de dagelijkse praktijk te onderstrepen en de bewijslast voor een beslissing om interdoktervariatie als ongewenst te betitelen en tegen te gaan, te leggen waar hij hoort.

¹ Crebolder HFJM. Intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde. Nieuw kompas voor de huisarts 1985 (dec); II/14: 1-17.

² Van Es JC, De Melker RA, Goosmann FCL. Kenmerken van de huisarts - II. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

³ Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Univesitair Huisartseninstituut, 1984.

⁴ Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 371-8, 424-30.

⁵ Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

⁶ Sips AJBI. Protocolen voor de huisarts. Med Contact 1986; 41: 277-80.

⁷ Lamberts H. Protocolen, normen en waarden [Redactioneel commentaar].

Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 122-4.

⁸ Morrell DC, Roland MO. Measuring the outcome of general practitioner care. Family Practice 1985; 2: 182-8.

⁹ Anonymous. What sort of doctor? Report from General Practice 23. London: Royal College of General Practitioners, 1985.

¹⁰ Anonymous. Quality in general practice. Policy Statement 2. London: Royal College of General Practitioners, 1985.

¹¹ Brook RH, Lohr KN. Efficacy, effectiveness, variations and quality. Med Care 1985; 23: 710-22.

¹² Williamson JW. Assessing and improving health care outcomes. Cambridge (Ma.): Ballinger, 1978.

¹³ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor (Mi.): Health Administration Press, 1982.

¹⁴ Chassin MR, Brook RH, Park RE, et al. Variations in the use of medical and surgical services by the medicare population. N Engl J Med 1986; 314: 285-90.

¹⁵ Anonymous. CCC bibliography on regional variations in health care. Copenhagen: Copenhagen Collaborating Center for the Study of Regional Variations in Health Care, 1985.

¹⁶ Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: Saunders, 1985.

¹⁷ Health services research 1984. Planning for the third decade of health services research [Special issue]. Med Care 1985; 23: 377-750.

¹⁸ Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term 'cost effective' in medicine. N Engl J Med 1986; 314: 253-6.

¹⁹ Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszawianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. Med Care 1982; 20: 975-92.

²⁰ Last JM, ed. A dictionary of epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 1983.

²¹ Norman GR, Neyfeld VR, Walsh A, et al. Measuring physicians' performances by using simulated patients. J Med Educ 1985; 60: 925-34.

²² Norman GR, Tugwell P, Feightner JW, et al. Knowledge and clinical problem-solving. Med Education 1985; 19: 344-56.

²³ Grol R, Van Eijk J, Mesker P, Schellevis F. Audit: a project on peer review in general practice. Family Practice, 1985, 2, 219-224.

²⁴ Kuyvenhoven MM, Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, Van Es JC. Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 65-71.

²⁵ Mookink HGA, Tielens VCL, Smits AJA, Grol RPTM. Werkstijlen van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 72-6.

²⁶ Sturmans F. Via gezondheidszorgonderzoek van maximale naar optimale zorg. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1985; 63: 1045-6.

²⁷ Wulff HR. Probabilities and value judgments in clinical decision-making. Evaluation of efficacy of medical action. Amster-

dam: North-Holland Publishing Comp., 1979.

²⁸ Bally Y, Haan G, Starmans R. Evaluatie medische technologie. Problemen en mogelijkheden bij diagnostiek. Med Contact 1985; 49: 1521-3.

²⁹ Williamson JW, et al. Teaching quality assurance and cost containment in health care. Washington (DC): Association of American Medical Colleges, 1982.

³⁰ Williamson JW, Hudson JJ, Nevins MM. Principles of quality assurance and cost containment in health care. Washington (DC): Association of American Medical Colleges, 1982.

³¹ Lamberts H, Wolgast NL. Huisarts en voorschrijfgedrag. Een onderzoek naar het voorschrijven van geneesmiddelen. Huisarts en Wetenschap 1975; 18: 321-33.

³² Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 333-42, 376-88.

³³ Clements CD, Sider RC. Medical ethics' assault upon medical values. JAMA 1983; 15: 2011-5.

³⁴ Rop HJ, Lamberts H, Van Weel C. Huisarts en verwijsgedrag. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 306-12.

Bijlage. Definities en termen

Cost-benefit analysis. An economic analysis in which the costs of medical care and the loss of net earnings due to death or disability are considered. The general rule for allocation of funds in a cost-benefit analysis is that the ratio of marginal benefit (the benefit of preventing an additional case) should be equal to or greater than 1.

Cost-effectiveness analysis. This form of analysis seeks to determine the costs and effectiveness of an activity, or to compare similar alternative activities to determine the relative degree to which they will obtain the desired objectives or outcomes. The preferred action or alternative is one that requires the least cost to produce a given level of effectiveness, or provides the greatest effectiveness for a given level of cost. In the health care field, outcomes are measured in terms of health status.

Cost-utility analysis. An economic analysis in which outcomes are measured in terms of their social value.

Effectiveness. The extent to which a specific intervention, procedure, regimen, or service, when deployed in the field, does what it is intended to do for a defined population.

Efficacy. The extent to which a specific intervention, procedure, regimen or service produces a beneficial result under ideal conditions. Ideally, the determination of efficacy is based on the results of a randomized controlled trial.

Efficiency. The effects or end-results achieved in relation to the effort expended in terms of money, resources, and time. The extent to which the resources used to provide a specific intervention, procedure, regimen, or service of known efficacy and effectiveness are minimized. A measure of the economy (or cost in resources) with which a procedure of known efficacy and effectiveness is carried out.

Norm. This term has two quite distinct meanings:

1. The first is 'what is usual'. e.g., the range into which blood pressure values usually fall in a population group, the dietary or infant feeding practices that are usual in a given culture, or the way that a given illness is usually treated in a given health care system.
2. The second sense is 'what is desirable'. e.g., the range of blood pressures that a given authority regards as being indicative of present good health or as predisposing to future good health, the dietary or infant practices that are valued in a given culture, or the health care procedures or facilities for health care that a given authority regards as desirable.

Quality of care. A level of performance or accomplishment that characterizes the health care provided. Ultimately, measures of the quality of care always depend upon value judgments, but there are ingredients and determinants of quality that can be measured objectively. These ingredients and determinants have been classified by Donabedian into measures of structure (e.g., manpower, facilities), process (e.g., diagnostic and therapeutic procedures), and outcome (e.g., case fatality rates, disability rates, and levels of patient satisfaction with the service).

(Donabedian: 'Specifically we define the highest quality of care as that which yields the greatest expected improvement in health status, health being defined broadly to include physical, physiological and psychological dimensions'.¹⁹)

Ontleend aan: Last JM, ed. A dictionary of epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 1983.

Quality of medical care is that component of the difference between efficacy and effectiveness that can be attributed to care providers, taking account of the environment in which they work.

Quality assessment is the act of detecting and measuring the difference between efficacy and effectiveness that can be attributed to care, including variations across regions and peoples. In practical terms, it is the measurement of the technical and interpersonal aspects of medical care.

Quality assurance is the formal and systematic exercise of identifying problems in medical care delivery, designing activities to over-

come the problems, and carrying out follow-up steps to ensure that no new problems have been introduced and that corrective actions have been effective.

Ontleend aan: Brook RH, Lohr KM. Efficacy, effectiveness, variations and quality. *Med Care* 1985; 23: 710-22. ■

Vervolg literatuur pag. 145

- ¹⁸ Casparie A. Gestructureerde samenwerking. Gezamenlijke protocollen en één toetsingsmethodiek voor huisartsen en specialisten: hoe is het mogelijk? *Med Contact* 1985; 40: 97-100.
- ¹⁹ Stott N, Davis R. Clinical and administrative review in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1975; 25: 888-96.
1019. Jones R, Monkhouse C, Edmonds R, Harman R. Out patient referrals. *Update* 1984; 1 nov.: 771-7.
- ²¹ Ter Braak E, Van der Werf G. Verwijzen of niet? Kijken naar interdoktersverschillen als methode van toetsing. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 334-7.
- ²² Harris C, Fry J, Jarman B, Woodman E. Prescribing - a case for prolonged treatment. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 284-7.
- ²³ Eisenberg J. Physician utilization. The state of research about physicians practice patterns. *Med Care* 1983; 23: 461-83.
- ²⁴ Sanazaro P. Determining physicians performance. Continuing medical education and other interacting variables. *Evaluation and the health professions*. 1983; 2: 197-210.
- ²⁵ Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1981; 24: 371-8; 424-30.

Nota bene

De beste manier om het interdoktervariantie-effect bij epidemiologisch onderzoek uit te schakelen, is periodieke deelname van alle huisartsen aan dit soort onderzoek.

Stelling bij: Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam]. Utrecht: NIVEL, 1986.

Een verplichte verzekering voor 60 procent van de bevolking en vrijheid van verzekeringsvorm voor 40 procent lijkt mij geen lang leven beschoren.

I. P. M. Hendriks, voorzitter Nationale Raad voor de Volksgezondheid, in zijn Jaarrede 1986.

Cursus onderzoek

Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut organiseert van 25 t/m 29 augustus van dit jaar een vijfdaagse cursus medisch-wetenschappelijk onderzoek, bedoeld als introductie in de principes van het wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde. De cursus is bestemd voor (huis)artsen die van plan zijn om zelf wetenschappelijk onderzoek te gaan verrichten.*

De vijf ochtenden zijn gewijd aan een aantal capita selecta: epidemiologie, beslistkunde, principes van klinisch handelen en methodologie. De cursisten ontvangen vóór de cursus een syllabus waarin deze onderwerpen worden behandeld. De ochtenden vormen tevens een voorbereiding voor het praktische gedeelte.

's Middags worden de cursisten geconfronteerd met de simulatie van een groot hypertensie-onderzoek, waarin op vereenvoudigde wijze alle belangrijke aspecten van een medisch-wetenschappelijk onderzoek aan de orde komen. Hierbij doorlopen de cursisten in kleine groepen de opeenvolgende stappen van het onderzoeksproces, van het formuleren van een vraagstelling tot en met het analyseren van de statistisch verwerkte onderzoeksgegevens.

De cursus wordt gegeven door stafleden van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (o.a. Dr. J. van Eijk en Prof. dr. C. van Weel) en een aantal gastdocenten (Prof. dr. J. Lubsen, Dr. H. Wulff, Prof. dr. H. Valkenburg, Prof. dr. A. van 't Laar en Prof. dr. R. Koene).

De kosten van de cursus bedragen f 600,- per persoon.

Inlichtingen en aanmelding: Bureau Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde, Johannes Wierlaan 1, 6500 HG Nijmegen; telefoon 080-51 70 51.

Gezien het karakter van de cursus zal het aantal deelnemers beperkt worden tot 40.

* Het is zinvol deze cursus duidelijk af te grenzen van de CWO-cursussen *Opzetten van wetenschappelijk onderzoek* en *Ontwikkeling vraagstelling en analyse* (zie pagina 162 van dit nummer en pagina 94 van het maartnummer). De NUHI-cursus is bedoeld als brede introductie, terwijl de CWO-cursussen dieper ingaan op een beperkt aantal aspecten van wetenschappelijk onderzoek.