

Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet)

In de negentiger jaren staat de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen centraal. Het is dan ook niet toevallig dat het eerste nummer van de 34e jaargang van *Huisarts en Wetenschap* vier artikelen bevat, die handelen over kwaliteitsbeoordeling.¹⁻⁴ De andere zijde van de kwaliteitsmedaille, de kwaliteitsbevordering, blijft buiten beschouwing.⁵

Bij kwaliteitsbeoordeling wordt onderscheid gemaakt tussen 'competence' – datgene waartoe huisartsen potentieel in staat zijn – en 'performance' – het feitelijke handelen in de praktijk.⁶ Dit onderscheid heeft consequenties voor de te gebruiken beoordelingsinstrumenten. Zo is het bijvoorbeeld principieel onmogelijk 'performance' te beoordelen met post-enquêtes.

Bij kwaliteitsbeoordeling van het huisartsgeneeskundig handelen duiken belangrijke vragen op, niet alleen met betrekking tot de methode van informatie verzamelen, maar ook met betrekking tot de interpretatie van de uitkomsten.

Methoden

In grote lijnen worden drie methoden van informatieverzamelen gebruikt: vragen, registreren en observeren.⁷ Naast de indirecte vormen van ondervraging zoals het raadplegen van databanken, wordt vaak gebruik gemaakt van directe ondervraging van huisartsen via enquêtes of het voorleggen van papieren-patiënten-problemen. Deze methoden roepen belangrijke vragen op met betrekking tot de validiteit van de informatie en lijken dus weinig geschikt voor gebruik bij toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen.⁸ *Morrell & Roland* toonden aan dat er geen correlatie bestond tussen de reacties van huisartsen op 'simulated case histories' en hun feitelijke handelen met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar het ziekenhuis.⁹ *Rethans & Van Boven* concludeerden dat huisartsen in de praktijk meer conform afspraken handelden dan op papier.¹⁰

Meer valide informatie geeft contactregistratie door huisartsen in de praktijk. Hierbij heeft prospectieve, longitudinale, episode-georiënteerde registratie met perifere codering, zoals in het Transitieproject en de CMR, de voorkeur boven retrospectieve dossieranalyse of transversale, contactgebonden registratie. Bij een voor huisartsen korte registratieperiode van drie maanden, zoals in de Nationale Studie, verkrijgt men slechts informatie over gedeelten van ziekte-episoden en heeft men minder zicht op eventuele wijzigingen van de diagnose tijdens de episode, op mogelijke recidieven en op consequenties op langere termijn. Omdat continuïteit een wezenlijk kenmerk vormt van de huisartsgeneeskunde, is een registratieperiode van een jaar een minimum en doet een kortere registratieperiode afbreuk aan dit essentiële element van de huisartsgeneeskunde.

Bij participerende observatie, zoals via simulatie-patiënten en intercollegiale spreekuurobservatie, en niet-participerende observatie bij analyse van audio- en videobanden, zijn in principe de beste mogelijkheden aanwezig om een glimp op te vangen van contextuele informatie. Het blijkt immers dat

probleem-oplossend gedrag van huisartsen in belangrijke mate context-specifiek is.^{11 12}

Niveau

Het niveau waarop informatie verzameld wordt, verdient ook onze aandacht. De relatief eenvoudig toegankelijke gegevens van ziekenfondsen, zoals globale prescriptie- en verwijscijfers, leiden nogal eens tot uitspraken over de kwaliteit van de zorgverlening door de huisarts. Deze cijfers worden echter indirect en met een ander doel verzameld: bij specialisten voor de declaratie van verwijskaarten en bij apothekers wegens het in rekening brengen van geneesmiddelen. Dat zijn wezenlijk andere doelstellingen dan het beoordelen van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. Het is dan ook een riskante onderneming om op basis van deze geaggregeerde gegevens stellingen te plegen over de kwaliteit van wat zich in de 'black box' van het huisarts-patiënt contact afspeelt.

Knottnerus kon met behulp van retrospectief dossieronderzoek geen verschil in kwaliteit van de verwijzingen naar internisten aantonen tussen twee huisartsen met hoge verwijscijfers en twee huisartsen met gemiddelde verwijscijfers.¹³ Op deze wijze kon echter geen defensief handelen worden vastgesteld, noch de diagnostische *shift*, waarbij huisartsen hun diagnostische labels aanpassen aan hun diagnostische en therapeutische interventies, zoals *Howie* reeds in 1972 heeft aangetoond: 'Diagnoses will tend to be a justification for treatment, rather than the reason for it.'¹⁴

Voorzichtigheid is dus geboden bij de kwalitatieve interpretatie van geaggregeerde kwantitatieve gegevens.

Onderzoek

In dit nummer beschrijft *Hofmans-Okkes* een literatuuronderzoek naar het verband tussen kwaliteit en consultlengte, waarbij zowel het oordeel van de patiënt en het oordeel van de arts, als een reeks van andere process- en outcome-maten voor kwaliteitsbeoordeling werden gehanteerd.¹ In haar eigen onderzoek mat zij de kwaliteit van een consult af aan de overeenstemming tussen huisarts en patiënt over de contacttreden en aan het oordeel van de patiënt over de communicatie – een en ander conform haar opvatting dat het oordeel van de patiënt een prominentere plaats toekomt bij de kwaliteitsbeoordeling. Praktisch alle patiënten vonden de consultlengte goed. Een lang consult bleek niet per definitie beter, er werd zelfs een negatieve samenhang gevonden tussen lengte en kwaliteit van een consult.

Bensing vergeleek de beoordelingen van 103 hypertensieconsulten door respectievelijk psychologen, de betrokken patiënten en twaalf ervaren collega-huisartsen. Daarbij bleek – niet onverwacht – dat de tevredenheid van de patiënten samenhang met de aard van de arts-patiënt relatie, terwijl een positief oordeel van de huisartsen over het consult samenhang met non-verbaal, affectief gedrag en een 'huisartsgeneeskundige oriëntatie'.² De kwaliteit van het feitelijke

medisch-technisch handelen bleek het minst verklaard te kunnen worden. Een belangrijke bevinding was voorts dat het kwaliteitsoordeel bij nieuwe en bij vervolggconsulten werd beïnvloed door verschillende aspecten.

Grol et al. analyseerden 1366 episoden uit de Nationale Studie van het Nivel met de diagnose enkeldistorsie, en *Lamberts* bericht uit het Transitieproject over de episoden met als contactreden 'enkelklachten' en als diagnoses 'enkel-distorsie', 'enkelklachten' en 'fractuur tibia, fibula'.^{3,4} Beide onderzoeken komen tot vergelijkbare conclusies: in respectievelijk 17 en 10 procent van de episoden 'enkeldistorsie' wordt een röntgenfoto gemaakt, en in respectievelijk 9 en 6 procent van de episoden wordt naar de specialist verwezen. In beide onderzoeken werd 12 procent van de patiënten naar de fysiotherapeut verwezen.

Interpretatie

De interpretatie van deze uitkomsten door *Grol et al.* en door *Lamberts* is echter fundamenteel verschillend. Tegen deze achtergrond dient ten principale de vraag naar de beoordeling van het huisartsgeneeskundig functioneren aan de hand van standaarden aan de orde te worden gesteld.

Grol et al. – geen van allen huisarts – spreken van 'waarschijnlijk veel onnodige foto's' en 'uitbesteding' van diagnostiek en behandeling aan andere hulpverleners. *Lamberts* daarentegen wijst op de klinische rijkdom en de complexe overwegingen van huisartsen. Wat de diagnostiek van de enkeldistorsie betreft, behoeft men zich in Nederland overigens niet zo druk te maken: uit beperkte gegevens in Vlaanderen bleek dat daar in 33 procent van de contacten met de diagnose 'enkeldistorsie' röntgenfoto's werden aangevraagd.¹⁵

De door *Grol et al.* geformuleerde conclusies gaan voorbij aan de complexiteit van de diagnostische en therapeutische strategieën die huisartsen hanteren en steken schril af tegen de genuanceerde beschouwingen van *Hofmans-Okkes* en *Bensing*. Voor het soort oordelen waar *Grol et al.* zich aan wagen, bestaat geen feitelijke basis. Het klinisch handelen van de huisarts wordt beïnvloed door vele arts- en patiëntgebonden factoren: de 'geschiedenis' van een arts met een bepaalde patiënt, recente nascholingsactiviteiten, gesprekken met collega's, lectuur van artikelen, defensief handelen, bijvoorbeeld door een recent gemiste fractuur of een tuchtzaak, de 'diagnose' van het probleem zoals de patiënt het formuleert, en administratieve regels in verband met verzekering. *Lamberts* wijst bovendien op de belangrijke co-morbiditeit waarin een episode als enkeldistorsie ligt ingebed. Dit alles speelt steeds een rol wanneer huisarts X geconfronteerd wordt met het probleem enkeldistorsie bij patiënt Y. Daar een ander dan de huisarts zelf nauwelijks zicht heeft op de complexe context waarin een bepaald huisarts-patiënt contact zich afspeelt, moet ook gewaarschuwd worden voor juridische en financiële consequenties die uit ongenueanceerde beoordelingen kunnen voortvloeien.

Een standaard mag niet geabstraheerd worden van de individuele situatie bij toetsing, maar biedt huisartsen een wetenschappelijk verantwoord hulpmiddel waarvan zij beargumenteerd kunnen afwijken. Standaarden zijn dan ook buitengewoon bruikbaar bij intercollegiale toetsing en kwaliteitsbevordering in huisartsgroepen, waarbij individuele huisartsen de vele aspecten die tot diagnostische en therapeutische interventies leiden, kunnen verduidelijken en hun motieven om van de standaard af te wijken, ter discussie kunnen stellen. Tijdens de beroepsopleiding kan hiermee veel ervaring worden opgedaan.

Kwaliteit is tot vandaag een slecht gedefinieerd, multi-interpretable begrip dat op verschillende manieren met verschillende instrumenten door verschillende beoordelaars verschillend wordt beoordeeld. Als in de vorm van een standaard een expliciete norm voor het huisartsgeneeskundig handelen aanwezig is, kunnen afwijkingen van die norm soms een goede reden voor kwaliteitsbevorderende maatregelen vormen. Soms ook blijken ze gebaseerd op alleszins acceptabele waarden.⁵

J. De Maeseneer
B. Meyboom-de Jong

- ¹ Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 6-20.
- ² Bensing JM. Wie zegt dat dit een goed consult is? *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 21-9.
- ³ Grol R, Claessens A, Van der Velden J, Heerdink H. Kwaliteit van zorg bij enkeldistorsie: invoering van een standaard. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 30-4.
- ⁴ Lamberts H. Huisartsgeneeskundig handelen bij enkelklachten. Een beschouwing uit het Transitieproject. *Huisarts Wet* 1991; 34(1): 35-9.
- ⁵ Lamberts H. Interdoktervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 146-51.
- ⁶ Rethans JJE, Van Leeuwen Y, Drop R, Van der Vleuten C, Steermans F. Competence and performance: two different concepts in the assessment of quality of medical care. *Fam Pract* 1990; 7: 168-74.
- ⁷ De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Een exploratief onderzoek bij huisartsen-stagebegeleiders aan de R.U. Gent [Dissertatie]. Gent: Centrum voor Huisartsopleiding, 1989: 12-4.
- ⁸ Meyboom-de Jong B. Papier en huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1987; 30: 206.
- ⁹ Morrell DC, Roland MD. Analysis of referral behaviour responses to simulated case histories may not reflect real clinical behaviour. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 182-5.
- ¹⁰ Rethans JJE, Van Boven CPA. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Br Med J* 1987; 294: 809-12.

Vervolg op pag. 5.

Meer dan 200 artikelen verschenen van zijn hand – al dan niet in samenwerking met anderen – waarvan 75 in dit tijdschrift. De onderwerpen bestrijken de gehele breedte van het vak en onderstrepen tezelfder tijd het integrale karakter. Met terugkerende regelmaat komen aan de orde: de opleiding, de wetenschap, het gezin, preventie, samenwerking, anticiperen en delegeren. De benoeming van inmiddels geheel ingeburgerde begrippen als ‘hometeam’ en ‘extramuraal’ is van zijn hand.

Zijn meest oorspronkelijke publikatie is ‘Family medicine. The medical life history of families’.⁵ Veertien gezinnen, die hij 35 jaar in zijn eigen praktijk had gevolgd, worden nauwgezet en met grote liefde getekend en opgetekend. Want Huygen is een begaafd beeldend kunstenaar en beproefd essayist. Die individuele ziektegeschiedenissen, de interacties in de gezinssystemen en de epidemiologische inzichten vormen die unieke integratie die wij huisartsgeneeskunde noemen.

Na zijn benoeming tot hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Nijmegen in 1968 heeft hij het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut tot grote bloei gebracht. Binnen de Medische Faculteit was hij onder andere geruime tijd voorzitter van de Facultaire Onderwijscommissie en gaf hij zo leiding aan de herstructurering van het onderwijsprogramma voor medische studenten. Met de tweede lijn bouwde hij een vruchtbare wetenschappelijke samenwerking op.

Verscheidene grote onderzoekprojecten – zoals het project Preventie van Somatische Fixatie – werden door hem opgezet en/of uitgevoerd. Vijfentwintig dissertaties kwamen onder zijn leiding tot stand, terwijl nog andere in voorbereiding zijn. Zeven van zijn medewerkers-promovendi zijn thans hoogleraar. Internationale erkenning viel hem te beurt in de vorm van de Hippokrates-medaille van de ‘Societas Internationalis

Medicinae Generalis’ en het ‘Fellowship of the Royal College of General Practitioners’.

Opmerkelijk is het dat hij tot enkele jaren voor zijn emeritaat in 1984, werkzaam is gebleven in zijn eigen praktijk. In zijn afscheidsrede zegt hij: ‘men mag slechts onderwijzen wat men zelf doet en dat ik het daarom een essentiële voorwaarde voor een huisarts-hoogleraar acht om zelf verantwoordelijkheid te blijven dragen voor patiëntenzorg’.⁶ Die huisartsgeneeskundige kliniek blijkt steeds de inspiratiebron te zijn geweest voor zijn denken en doen. En het is juist die kliniek die begin en eindpunt moet zijn voor onderwijs en onderzoek.

Huisartsgeneeskundig Nederland mag terecht verheugd zijn met dit eredoctoraat, toegekend wegens zeer uitzonderlijke verdiensten voor de professie en wegens wetenschapsbeoefening van uitzonderlijke betekenis.

H.F.J.M. Crebolder

¹ Anoniem. Het Woudschoten-rapport, Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1959.

² Huygen FJA. NHG Quo vadis? Huisarts Wet 1958/59; 2: 187-91; 1960; 3: 12-4; 1960; 3: 54-8.

³ Tielens VCL. Onderzoek en ontwikkeling in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1990; 33: 497-8.

⁴ Huygen FJA. Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Een studie uit de algemene praktijk [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1948.

⁵ Huygen FJA. Family medicine. The medical life history of families. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978; New York: Brunner Mazel, 1984.

⁶ Huygen FJA. Levensloop en ziekte [Afscheidscollege]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984. ■

Niets is standaard in de huisartsgeneeskunde (en zelfs dat niet)

Vervolg van pag. 3

¹¹ Norman GR, Tugwell P. A comparison of resident performance on real and simulated patients. J Med Educ 1982; 57: 708-15.

¹² Hobus PPM, et al. De context van de klacht als diagnosticum. Huisarts Wet 1988; 31: 261-3.

¹³ Knotterus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. Br J Gen Pract 1990; 40: 178-81.

¹⁴ Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. J R Coll Gen Pract 1972; 22: 310.

¹⁵ De Maeseneer J. Diagnostische strategieën in de huisartsgeneeskunde. In: Blondeel L, red. De eerste lijn op spoor gezet: omtrent René De Smet. Gent: Centrum voor Huisartsopleiding, 1990: 311. ■