Does competence predict performance? Standardized patient as a means to investigate the relationship between competence and performance of general practitioners *[Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg]. Rethans JJ. Amsterdam: Thesis, 1991; 109 pagina's, prijs: NLG 35,–. ISBN 90-5170-102-0.*

In de wereld van de universitaire huisartseninstituten komt 'Maastricht' de laatste jaren sterk opzetten. Dat is onder andere te danken aan de al vroeg gestarte onderzoekersopleiding. Rethans, die deze opleiding volgde, kreeg de originele ingeving simulatiepatiënten die al in het onderwijs van de vakgroep werden gebruikt, in te zetten bij onderzoek naar de kwaliteit van werken van de huisarts in de dagelijkse praktijk. Dat leidde tot een proefschrift dat op het eerste gezicht oogt als een 'klapper'. Het begint en eindigt met een artikel uit het *British Medical Journal*. Daartussen staan een drietal kruimels, gepubliceerd in minder geklasseerde Engelstalige tijdschriften en twee artikelen uit *Huisarts en Wetenschap*.

Als toetssteen maakte Rethans gebruik van de medisch-technische protocollen uit het boek 'Huisarts en onderlinge toetsing' van Grol & Mesker, waarin de diverse van een huisarts te verwachten handelingen zijn verdeeld in de categorieën 'obligaat', 'facultatief' en 'overbodig', met als nadere onderverdeling 'altijd' en 'conditioneel'. Deze belangrijke nadere onderverdeling is in het onderzoek weggelaten; waarom wordt helaas niet vermeld.

De kern van de dissertatie bestaat uit twee onderzoeken. In het eerste laat Rethans zien dat de simulatiepatiënten – die zich als 'vakantieganger' op het spreekuur meldden met mictieklachten – vrijwel nooit werden ontmaskerd. De huisartsen die voor analyse in aanmerking kwamen (een zeer sterke selectie), verrichtten gemiddeld 60 procent van de obligate handelingen uit het protocol. In het tweede onderzoek werd het handelen van huisartsen uitgebreider getoetst. Elke onderzochte huisarts kreeg thans vier verschillende simulatiepatiënten op het spreekuur, ieder met één contactreden: hoofdpijn, diarree, pijn in de schouder en controle bij diabetes type II. Deze patiënten waren tevoren met medewerking van het ziekenfonds bij de betreffende huisarts ingeschreven. Bij 34 huisartsen (opnieuw een sterke selectie) kon de inhoudelijke prestatie op het eigen spreekuur ('performance') worden vergeleken met een test die na vijf maanden op het skillslab van de universiteit werd afgenomen. In die test kregen de huisartsen dezelfde casus opnieuw ter beoordeling, maar nu gepresenteerd door andere personen dan de eerste keer. Daarbij werd ook gezegd dat het om simulatiepatiënten ging. In de instructie voor deze sessie werd uitdrukkelijk vermeld dat uitsluitend de kwaliteit van het handelen zou worden beoordeeld en beslist niet de daarvoor benodigde tijd. De aldus geleverde 'examenprestatie' noemt Rethans 'competence'.

De uitkomst was dat de huisartsen in de praktijk, gerekend over de vier klachten tezamen, gemiddeld 55 procent van de obligate items scoorden en op het examen 72 procent. Dit verschil tussen performance en competence deed zich voor bij alle vier de contactredenen, maar bij het diabetesconsult scoorden de huisartsen in de praktijksituatie gemiddeld slechts 34 procent van de obligate items tegen 58 procent op het examen.

Deze bevindingen kwamen overeen met de eerste hypothese van het onderzoek, die luidde dat de competence hoger zou scoren dan de performance. Een tweede hypothese was de veronderstelling dat er een correlatie zou zijn tussen performance en competence. Deze werd echter niet gevonden. Dat betekent dat voor deze groep artsen de examenprestaties absoluut niet voorspellend waren voor de prestaties in het dagelijkse werk. Voor onderzoekers uit een onderwijsinstelling een welhaast onverteerbare uitkomst. Dit leidde dan ook tot aanvullende analyses, waarbij de begrippen tijd en efficiëntie (percentage van het totaal aantal gescoorde obligate items) in de beschouwing werden betrokken. 'Tijd' scoorde significant: dokters die vlug waren op het spreekuur, waren dat in de examensituatie ook. Daarbij dient te worden aangetekend dat tijd een potentiële bron van bias was (zie boven). In dit geval voorspelde performance competence en niet omgekeerd (zoals de theorie eigenlijk wil). Maar is dit soort correlatie nu werkelijk zo relevant in het kader van toetsing van kwaliteit?

Tot slot introduceert Rethans nog een tijd-efficiëntie correlatie, een samentrekking van een significante maar niet veelzeggende correlatie, via de tijd, met de niet significant bevonden correlatie 'efficiëntie'. Het resultaat is dan wel weer significant, maar ik ben niet in staat te bevatten wat dat dan in bovenstaand kader zou moeten betekenen.

Het proefschrift van Rethans is een fraaie proeve van bekwaamheid in het opzetten en uitwerken van oorspronkelijk onderzoek. De oplossing van het probleem om simulatiepatiënten ongemerkt aan huisartsen te presenteren, is een voorbeeld van inventiviteit. Het onderzoek leent zich echter ook uitstekend voor een cursus kritisch lezen. Als eerste stuit je dan op het probleem van de dubbelpublikaties. Een literatuuronderzoeker moet, als hij niet toevallig in het bezit is van een exemplaar van het proefschrift veel moeite doen om de verschillende deelpublikaties bijeen te krijgen. Daarna ziet hij zich voor de taak gesteld door zorgvuldige ontleding te achterhalen, welke informatie nieuw is en welke wordt herhaald. Een tweede punt van kritiek vormt de neiging van de auteur in zijn conclusies net iets verder te gaan dan zijn bevindingen wettigen. Een voorbeeld daarvan wordt gevormd door de uitspraken over de Nijmeegse protocollen, die door het weghalen van nuanceringen in het oorspronkelijke scoringssysteem in feite niet correct zijn beoordeeld. Een ander voorbeeld is de uitspraak dat als de efficiëntie in de analyse wordt betrokken, artsen het in de praktijksituatie beter doen dan op het examen. Dat lijkt een fraai schouderklopje, maar het zegt in feite niet meer dan dat de artsen in hun slechtere totaalprestatie op het spreekuur verhoudingsgewijs meer obligate dingen deden. Anders gezegd: als je een efficiënt samengestelde slechte score haalt, ben je voor mij geen kwalitatief betere arts dan iemand die op alle fronten (maar minder 'efficiënt' verdeeld) beter scoort.

Het gesignaleerde oprekken van de generaliseerbaarheid van de bevindingen blijft in Rethans' hoofdartikelen binnen redelijke perken. In het laatste hoofdstuk van het boek gaat hij zijn grenzen echter te buiten. Volkomen ongefundeerd schampert hij daarin vanuit de leunstoel op de standaarden van het NHG, die op het moment van zijn onderzoek nog niet eens waren verschenen. Zijn uitspraken daarover kunnen dan ook als gratuit worden beschouwd.

Siep Thomas

Persoonsgerichte preventie door een huisarts *[Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht]. Van Lidth de Jeude CP. Lelystad: Meditekst; 1991, 107 bladzijden, prijs NLG 24,50. ISBN 90-5070-012-8. Te bestellen bij de uitgever: Postbus 49, 8200 AA Lelystad.*

Met dit onderzoek volgt Van Lidth de Jeude een in de zeventiger jaren door Van den Dool ingezette ontwikkeling: het benutten van de geregelde contacten tussen huisartsen en hun patiënten voor preventiegerichte interventies. Het is intussen bekend dat zulke interventies veelal in de persoonlijke levensstijl ingrijpen, en dat dit een lastig terrein is waar slechts beperkte successen worden behaald. Persoonlijke, door de huisarts gegeven adviezen blijken daarbij relatief effectief. Dat is een extra argument om het onderwerp 'anticiperende geneeskunde' te blijven onderzoeken.

Van Lidth de Jeude onderzocht in de eigen praktijk de mogelijkheden om patiënten een 'stop met roken'-advies te geven, en overgewicht, hypertensie, en carcinomen van de mam-

ma en de cervix uteri op te sporen. Daarnaast werd de opinie van de patiënt over deze ongevraagde preventieve activiteiten onderzocht.

Recent zijn de resultaten in grote lijnen in dit tijdschrift gepubliceerd (Huisarts Wet 1991; 34: 546-50) en de lezer wordt hiernaar verwezen voor de details van het onderzoek. De in het spreekuur vervlochten werkwijze leidde ertoe, dat een groot aantal patiënten werd bereikt: 90 procent van degenen die naar leeftijd voor deze preventie in aanmerking kwamen, bezocht het spreekuur in de betreffende periode. Dit onderstreept de ratio van de anticiperende werkwijze, wanneer het om het bedrijven van zinvolle preventie gaat. Deze werkwijze leidde er vervolgens toe dat meer dan 80 procent van de 'opgespoorde' groep als 'beschermd' kon worden aangemerkt: de preventieve interventie had plaatsgevonden, of er was vastgesteld dat dit niet nodig was, omdat de patiënt reeds bekend was c.q. onder behandeling stond voor de betreffende ziekte. Alleen met betrekking tot cervixcarcinoom was de beschermingsgraad lager (ruim 70 procent). In het algemeen bleken patiënten de anticiperende werkwijze te waarderen, al is het misschien een teken aan de wand dat rokers de ongevraagde adviezen tot het stoppen met roken minder waardeerden dan de niet-rokers, voor wie dit in feite een loos advies was.

Over preventie en anticiperende geneeskunde bestaat inmiddels veel Nederlandse en Engelse literatuur. Men kan zich dan ook afvragen wat dit onderzoek daaraan toevoegt. Het gaat hier om een onderzoek dat beperkt bleef tot één praktijk, waar de onderzoeker tevens, en vooral ook, de huisarts was. En er wordt geen informatie geboden over de uiteindelijke opbrengst: hoeveel rokers stopten en hoeveel hypertensieven kregen door behandeling een normale bloeddruk, hoe was het gesteld met de verbeterde overleving van opgespoorden met borst- en baarmoederhalskanker? Uiteindelijk dienen de validiteit en effectiviteit van preventie, en de diverse effectueringsstrategieën hieraan te worden afgemeten.

De onderzoeker blijkt zich van deze tekorten goed bewust. Er zijn daarnaast enkele punten waarop dit onderzoek een waardevolle aanvulling levert op de bestaande literatuur. In de eerste plaats richt dit onderzoek zich op anticiperen in het algemeen, waar anderen zich concentreerden op een enkel, of een beperkt aantal aspecten van preventie. Gebleken is dat het mogelijk is een preventief pakket via een anticiperende werkwijze aan de patiënt te brengen. Daarbij komt dat de patiënt zich kan vinden in deze werkwijze en niet vindt dat de oorspronkelijke reden van zijn komst naar het spreekuur daardoor in het gedrang is gekomen. Bezorgdheid over de vraag of het ongevraagde advies ten koste gaat van de gevraagde hulp en raad, lijkt dus ongegrond. Terzijde kan hierbij nog worden opgemerkt dat aangetoonde kosten en baten voor het welzijn van de patiënt, en niet diens instemming of waardering de zin en toelaatbaarheid van preventie dienen te bepalen.

Van Lidth de Jeude heeft in een charmant onderzoek een waardevolle bijdrage aan het thema 'anticiperende geneeskunde' geleverd.

C. van Weel

Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen *[Dissertatie]. Springer MP. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991; 175 bladzijden.*

In een retrospectief onderzoek in 13 huisartspraktijken zijn de gegevens van alle (1841) zwangeren in de jaren 1980-1985 verzameld om de kwaliteit van het verloskundige handelen van de huisarts te onderzoeken. De onderzochte groep komt obstetrisch bezien overeen met de gemiddelde Nederlandse populatie. Vergeleken met de landelijke cijfers werden weinig kunstverlossingen en een laag percentage klinische en poliklinische bevallingen (respectievelijk 23 en 5 procent) gevonden. De sensitiviteit van de prenatale surveillance blijkt goed voor wat betreft meerlingen, vroeggeboorte, stuitligging en serotiniteit. Voor groei-achterstand blijkt de sensitiviteit minder, reden waarom gepleit wordt voor onderzoek naar doeltreffender screeningsmethoden die ook voor de eerste lijn bruikbare zijn.

Ook het verwijsbeleid – getoetst aan de oorspronkelijke Kloostermanlijst – blijkt goed, behalve bij vroeggeboorte en serotiniteit. Aangezien het bij deze twee laatste afwijkingen voornamelijk om borderline situaties ging, kan het verwijsbeleid hier echter evenmin onvoldoende genoemd worden.

Wegens de lage prevalentie van complicaties en afwijkingen wordt aanbevolen in verloskundige toetsingsgroepen elkaars ervaringen te delen om het niveau van het verloskundig handelen van de huisarts nog verder te verbeteren.

Om niet zuiver verloskundige redenen is de rol van de huisarts in de verloskunde steeds verder teruggedrongen. Dit proefschrift vormt een krachtig argument voor het voorkómen van verdere afbraak en het begin van wederopbouw.

De auteur merkt op dat de retrospectieve onderzoeksopzet noopt tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de uitkomsten. Voorts wijst hij op de sterke selectie van de praktijken, die nodig was in vervand met de vereiste volledigheid van de documentatie, bereidheid tot tijdsinvestering, voldoende bevallingen per jaar en toetsingsbereidheid. Aangenomen mag worden dat door deze selectie de 'bovenlaag' van de beroepsgroep is onderzocht. Kwaliteitsbeoordeling van deze bovenlaag is relevant, omdat hierdoor een beeld wordt verkregen van het te bereiken niveau.

De auteur doet zijn onderzoek met deze defensief gekleurde kanttekeningen onrecht aan. In de geneeskunde lijkt langzamerhand alleen een prospectieve, gerandomiseerde, dubbelblinde, vergelijkende opzet te kunnen leiden tot acceptabel onderzoek. De geneeskunde onderscheidt zich daarmee van alle andere wetenschappen. Aan de verschillende vormen van onderzoek zijn verschillende voorwaarden verbonden; als aan die voorwaarden is voldaan, is het onderzoek valide, punt. Juist in de huisartsgeneeskunde is de retrospectieve toetsing als belangrijk instrument ontwikkeld. Laten we daar dan ook voor staan en deze methode als voorbeeld stellen. Laten we verder vaststellen dat het algemene beleid moet uitgaan van het te bereiken niveau, en dat een meer individueel beleid erop gericht moet zijn dat dit niveau wordt bereikt door de individuele huisarts.

Een prima proefschrift.

Pieter Wibaut

Changing the payment system of general practitioners *[Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht]. Flierman HA. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1991; 127 bladzijden.ISBN 90-6905-161-3.*

Contracteervrijheid voor zorgaanbieders en verzekeraars zal in de nabije toekomst het nieuwe principe zijn in het gezondheidszorgbestel. Om chaos en willekeur te voorkomen pleit de Landelijke Huisartsen Vereniging voor een uniform stelsel van vergoeding, deels per abonnement en deels per verrichting. Deze studie behandelt de te verwachten effecten van invoering van zo'n vergoedingsstelsel voor huisartsen. Er is met name gekeken naar effecten op het gebied van de aantallen verrichtingen en verwijzingen.

Het ontwerp van dit onderzoek ziet er, sterk vereenvoudigd, als volgt uit. De effecten van invoering van een dergelijk vergoedingssysteem in Kopenhagen zijn onderzocht en beschreven. Deze effecten zijn vergeleken met (veranderingen in) verrichtingen in een controlegroep bestaande uit praktijken buiten Kopenhagen, waar zo'n vergoedingssysteem al eerder was ingevoerd. Hierdoor kon worden nagegaan in hoeverre de veranderingen in Kopenhagen samenhingen met de invoering van een ander vergoedingsstelsel. Vervolgens is op basis van samenhangen en verschillen tussen de Deense en de Nederlandse situatie voorspeld hoe het aantal verrichtingen in Nederland zich zou kunnen ge-

dragen bij invoering van een verrichtingenvergoeding.

Hoewel de onderzoeksvragen interessant en beleidsmatig van groot belang zijn, kleven er dermate veel methodische bezwaren aan deze studieopzet, dat het de vraag is wat we voor de Nederlandse situatie aan de resultaten hebben. In 72 huisartspraktijken in Kopenhagen zijn alle consulten gedurende drie perioden van ten hoogste één week geregistreerd, zes maanden vóór, en zes en twaalf maanden na de verandering van het vergoedingssysteem. Van de controlepraktijken werden alleen regionaal geaggregeerde ziekenfondscijfers over aantallen verrichtingen en verwijzingen gebruikt. In beide gevallen werd teruggerekend naar gemiddelde aantallen verrichtingen per 1000 patiënten per week.

Er was in Kopenhagen over de hele linie een toename in het aantal verrichtingen en een afname in het aantal verwijzingen naar specialisten. De toename in het aantal verrichtingen was aanzienlijk groter dan de afname in het aantal verwijzingen. Het begrip 'diagnose-gebondenheid' wordt geïntroduceerd als verklaring voor de variantie in deze toe- en afname. Als ik het goed begrepen heb, is dit een maat voor de diagnostische of therapeutische zekerheid waarmee de arts een verrichting uitvoert. De wijze waarop deze maat is vastgesteld, is echter gehuld in een dichte mist van regressie-analyses en correlatiecoëfficiënten, en als deze mist tenslotte oplost, blijkt aan de maat weinig of geen inhoudsvaliditeit te kunnen worden toegeschreven. Niettemin speelt hij een centrale rol in de voorspellingen voor de Nederlandse situatie. Geconcludeerd wordt dat de 'diagnosegebondenheid' van Nederlandse huisartsen over het algemeen groter is dan die van Kopenhagense huisartsen, hoewel dat uit het materiaal niet goed kan worden verklaard. Wel wordt op deze 'conclusie' de verwachting gebaseerd dat, na invoering van het nieuwe vergoedingssysteem, de afname van verwijzingen in Nederland minder dan in Kopenhagen zal achterblijven bij de toename van verrichtingen. Geopperd wordt dat deze voorspelde 'winst' ten opzichte van Kopenhagen weer zou kunnen verdwijnen, als de diagnosegebondenheid afneemt ten koste van een toename van verrichtingen louter om inkomensredenen. Anderzijds zou, volgens de auteur, een sterk kwaliteitsbeleid onder de Nederlandse huisartsen (standaarden) dit dreigende materialisme misschien nog kunnen keren.

Kortom: een interessante probleemstelling, een erg ingewikkeld design met veel aannames, en derhalve resultaten die vooral de situatie in Denemarken aardig karakteriseren, maar nauwelijks bruikbare conclusies opleveren voor de situatie in Nederland.

Lode Wigersma

Influenza, Jan van Es-prijs

Influenza-vaccinatiegraad

Op verzoek van WVC is najaar 1991 een rapport verschenen met voorstellen en suggesties ter verhoging van de influenza-vaccinatiegraad in Nederland. Dit naar aanleiding van signalen uit het veld dat de vaccinatiegraad bij risicogroepen, zoals vastgesteld door de Geneeskundige Hoofdinspectie, te laag zou zijn (30 à 50 procent).[1] In de begeleidingscommissie die bij de totstandkoming van dit rapport betrokken was, nam namens het NHG een lid van het Algemeen Bestuur deel.

Uitgangspunten in het rapport zijn:
- het beleid dient (vooralsnog) gericht te zijn op verhoging van de vaccinatiegraad bij risicogroepen en niet bij alle personen ouder dan 65 jaar;
- de vaccinatie tegen influenza is primair een taak van de huisarts.

In het rapport wordt geconstateerd dat de omvang van de risicogroepen niet goed bekend is. Allereerst dienen de risicogroepen strakker gedefinieerd te worden aan de hand van scherpere criteria. Een verdergaande automatisering in de huisartspraktijk zou voorts voor de identificatie behulpzaam kunnen zijn. Enkele experimenten op dit terrein zijn inmiddels gaande.

Als rol van de GGD (of BGD) wordt beschreven het mede organiseren van een campagne op lokaal niveau. Tegen het oproepen van personen door GGD-en is van NHG-zijde uit privacyoverwegingen weerstand geboden. Dit wordt dan ook niet genoemd als aan te bevelen strategie. Wel zouden ziektekostenverzekeraars een oproepsysteem tot stand kunnen brengen. Actief oproepen door huisartsen zelf wordt wel genoemd, maar wordt vooralsnog niet op grote schaal mogelijk geacht. Iets voor de toekomst?

Anderzijds is het geven van informatie aan een patiënt uit een risicogroep door de huisarts van belang: wat is het risico van influenza, wat zijn de eventuele nadelen bij vaccinatie? Daartoe dienen artsen, praktijkassistenten en verpleegkundigen over exacte gegevens te beschikken. Gerichte nascholing op dit terrein dient te worden gestimuleerd. Persoonlijke advisering en het jaarlijks memoreren spelen hierbij een belangrijke rol.[1] Tevens zou de Geneeskundige Hoofdinspectie in haar jaarlijkse advies ook epidemiologische gegevens kunnen vermelden, zodat feedback ontstaat ten aanzien van het gevoerde beleid.

Vooralsnog is vastgesteld dat de nadruk zal dienen te liggen op meer (algemene) voorlichting en publiciteit, zowel door de overheid, zorgverzekeraars als patiëntenorganisaties en farmaceutische industrieën, uiteraard goed gecoördineerd. Enkele regio's voeren reeds experimenten uit. Op andere plaatsen zal men proberen op lokaal niveau tot afspraken te komen. Eén ding is zeker: in 1992 zal de campagne niet onopgemerkt blijven, met mogelijk een grotere toeloop op de huisarts.

Carien Dagnelie

[1] Meynaar IA, Van 't Wout JW, Vandenbroucke JP, Van Furth R. Use of influenza vaccine in The Netherlands. Br Med J 1991; 303: 508.

NHG-'Jan van Es/Haio-scriptie-prijs' 1992

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een 'Jan van Es-prijs' ingesteld, mede mogelijk gemaakt door de giften van de familie van Prof. dr. J. van Es, ter gelegenheid van diens zeventigste verjaardag. Ieder jaar wordt deze prijs toegekend aan de beste scriptie, geschreven door een huisarts in opleiding. Onderstaand het reglement voor deze prijs.

1. De scriptie dient geschreven te zijn door een huisarts-in-opleiding, in het kader van de opleiding.
2. De scriptie dient ruime huisartsgeneeskundige relevantie te hebben.
3. Het behandelde onderwerp is niet eerder (op min of meer vergelijkbare wijze) elders behandeld en/of gepubliceerd.
4. De scriptie is door de staf van het Huisartsen Instituut als 'zeer goed' beoordeeld.
5. Bij de scriptie is een heldere samenvatting van ten hoogte 1 pagina A4 gevoegd.
6. Inzendingen worden elk jaar ingewacht in de maanden maart t/m mei.
7. Een scriptie kan uitsluitend worden ingezonden door de staf van een huisartseninstituut.
8. Per huisartseninstituut kunnen maximaal twee scripties worden ingediend, zodat het aantal aangeboden scripties per jaar maximaal 16 zal bedragen.
9. Het NHG draagt zorg voor een Selectie-Commissie, bestaande uit: één lid van het Algemeen Bestuur, één lid van de Commissie Medische Psychologie en één lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek.
10. De Selectie-Commissie staat onder voorzitterschap van het NHG-bestuurslid.
11. De Selectie-Commissie selecteert de twee beste scripties, die zij naar kwaliteit een rangorde geeft.
12. De schrijver van de beste scriptie ontvangt een prijs van NLG 1.000,–, de tweede prijs bedraagt NLG 500,–. De prijzen worden uitgereikt tijdens de jaarlijkse NHG-referatendag.