

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
M. Hugenholtz, arts
Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
Dr. J.W.M. Muris
W.A. van Veen, arts
Prof. dr. C. van Weel
Prof. dr. J. De Maeseneer, adv.

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/Meditekst
Postbus 49, 8200 AA Lelystad
Telefoon 03200 – 41 891

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
Telefoon 030 – 881 700
Fax 030 – 870 668

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Lomanlaan 103,
3526 XD Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Telefoon 030 – 881 700
Fax 030 – 870 668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
Postbus 246, 3990 GA Houten
Telefoon 03403 – 95 763
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
2400 MA Alphen a/d Rijn
Telefoon 01720 – 66 811
Binnenland NLG 145,25 per jaar.
België BEF 3.341 per jaar.
Overig buitenland NLG 212,-
per jaar.
Studenten NLG 83,65 per jaar.
Losse nummers NLG 15,75.
Huisarts en Wetenschap verschijnt 13 x per jaar.
Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een kalenderjaar te worden gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau; overige abonnees aan Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de
Nederlandse
Organisatie van
Tijdschrift-
Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg

'Kwaliteit' is een begrip dat aan de orde van de dag is. Ook de zorgverlening ontkomt er niet aan: in de naam van kwaliteit worden normen en regels vastgelegd door de ene groep en verworpen door de andere; tegelijkertijd doet de afwezigheid van een inhoudelijk discussiekader het debat vaak afglijden naar een – met enige modewoorden geactualiseerde – belangentwist.

Binnen de context van de hulpverlening heeft het begrip kwaliteit betrekking op zaken als de 'gesteldheid, hoedanigheid, deugdelijkheid van produkten, processen of diensten'. Toegesplitst op de huisartsgeneeskunde impliceert deze omschrijving een consensus over de produkten, processen en diensten die door de huisarts worden geleverd – een minimaal gegarandeerd dienstenpakket waarop de huisarts aanspreekbaar is. Uit de bijdragen in dit nummer, die deels afkomstig zijn van het Wonda-congres 'Quality of care', blijkt dat er een internationale omschrijving van dit dienstenpakket aan het ontstaan is.

Dit takenpakket kan nader bekeken worden vanuit de drie velden die *Donabedian* heeft onderscheiden:

- de structuur van de huisartsgeneeskundige zorg;
- het proces van de zorg van de huisarts;
- het effect ('outcome') van de zorg van de huisarts.¹

We zien in de *figuur* dat het om een complex geheel gaat, met talrijke interacties, en dat het effect wordt bepaald door zowel structuur als proces.

Structuur

De structuur omvat drie componenten, die elkaar over en weer beïnvloeden:

- De *samenleving*: de gemeenschap waarbinnen de patiënt leeft. Daarbinnen kunnen onderscheiden worden (conform een ongepubliceerd *paper* van A.M. Weingarten):
 - de *epidemiologische* samenleving; daarbij gaat het niet alleen om morbiditeitsgegevens, maar ook om sociaal-economische kenmerken, gezien hun relevantie voor de gezondheid van een populatie;²
 - de *culturele* samenleving: mensen behoren tot culturele groepen op basis van bijvoorbeeld een gemeenschappelijke afkomst of religie;³
 - de *ondersteunende* samenleving: de professionele hulp aan patiënten vormt slechts een (soms zeer beperkt) deel van

De Maesenaar J. De zorg voor de kwaliteit en de kwaliteit van de zorg [Commentaar]. Huisarts Wet 1993; 36(13): 437-9.

de ondersteuning die zij krijgen bij het behouden of verbeteren van hun gezondheid; daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de mantelzorg binnen de thuiszorg.⁴

- Het *individu*. Kennis, vaardigheden en attitudes van de patiënt en in het bijzonder zijn 'gezondheidsopvattingen' bepalen mede de kwaliteit en het resultaat van de zorgverlening. Het is bijvoorbeeld bijzonder moeilijk een patiënt met magische of religieuze ziekte-opvattingen (zoals 'ziekte is een straf') tot actie te motiveren.

- Het *gezondheidszorgsysteem*. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid onderscheidt drie groepen kwaliteitsaspecten binnen de gezondheidszorg:

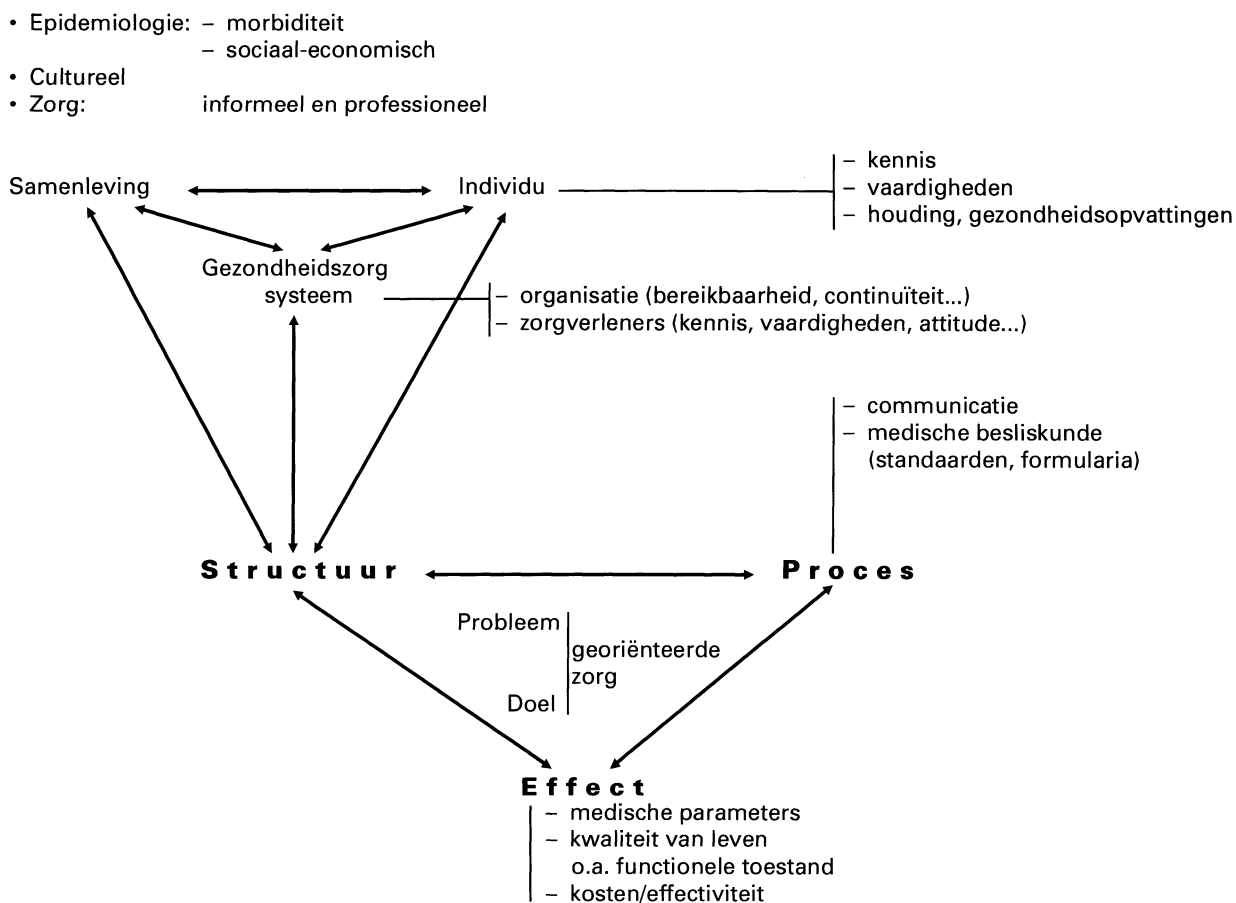
- *organisatiegebonden kwaliteitsaspecten*: beschikbaarheid en toegankelijkheid, continuïteit, integrale zorg en doelmatigheid;
- *persoonsgebonden kwaliteitsaspecten*: zowel de kwaliteit van het methodisch-technisch handelen (deskundigheid, zorgvuldigheid, geschiktheid, indicatiestelling, doeltreffendheid en veiligheid) als de kwaliteit (attitude) van de beroepsbeoefenaar (respectvolle benadering, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie, verantwoordelijkheid).⁵

Proces

Het proces omvat het geheel van interventies en interacties tussen hulpvrager en hulpverlener in het kader van een of meer ziekte-episoden.

De belangrijkste proceselementen met betrekking tot kwaliteit zijn de communicatie en het hanteren van de medische besliskunde. Om het met een stelling van *Bensing* te formuleren: 'Een goede huisarts is een vaardige huisarts én een aardige huisarts'.⁶ Over de criteria die van belang zijn om de kwaliteit van de communicatie te evalueren, is het debat nog volop aan de gang;⁷ de principes van medische besliskunde echter vinden steeds bredere acceptatie in de huisartsenwereld. Het nut van protocollen en standaarden wordt algemeen erkend; anderzijds leidt een te normatieve benadering binnen de complexiteit van de huisartsgeneeskundige context tot problemen.⁸ De door het Neder-

Figuur *Structuur, proces en effect*



lands Huisartsen Genootschap ontwikkelde standaarden vormen ongetwijfeld een belangrijke inspiratie bij de wetenschappelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen.⁹ Structuur en proces staan in een voortdurende wisselwerking. Zo wordt communicatie bepaald door de vaardigheden van de huisarts, maar ook door individuele patiëntkenmerken (zoals diens gezondheidsopvattingen) en door 'community'-kenmerken (bijvoorbeeld cultureel-antropologische elementen bij allochtonen). De medisch-besliskundige interventies kunnen mede worden bepaald door de verwachtingen van de patiënt (bijvoorbeeld grenzeloos vertrouwen in technologie).

Zowel 'structuur' als 'proces' beïnvloeden het uiteindelijke resultaat. Op de achtergrond van de driehoek 'structuur-proces-effect' figureert het gehanteerde paradigma

binnen het geneeskundig handelen: dit is de 'bril' waarvoor men naar ziekte en gezondheid kijkt. De laatste jaren is er – met name bij de zorg voor bejaarden en chronisch zieken – een duidelijke paradigma-*shift* van een 'probleemgeoriënteerde' naar een 'doelgeoriënteerde' zorg.¹⁰

Effect

De uitkomst van de zorg dient op minstens vier niveaus te worden gemeten: de klachten en symptomen, de objectieve medische gegevens, de functionele toestand en de kwaliteit van leven c.q. het subjectief welzijn.¹¹ Deze benadering past in de paradigma-*shift*: naast biomedische 'outcome'-parameters (bloeddrukregeling, regeling 'peak-flow', glycemie) wordt steeds meer aandacht geschonken aan aspecten van levenskwaliteit en functionele toestand.

Instrumenten worden getest om deze functionele toestand adequaat te evalueren.¹² Dankzij deze benadering wordt ook het perspectief van de patiënt (zijn ideeën, wensen en opvattingen met betrekking tot het effect van de zorg) in de evaluatie betrokken.

Gezien de beperktheid van de middelen in de gezondheidszorg kan niemand nog om de *doelmatigheid* heen: kosten-effectiviteits- en kosten-utiliteitsanalyses worden steeds belangrijker bij de onderbouwing van het beleid.

De zorg voor de kwaliteit...

In verschillende bijdragen in dit nummer wordt verslag uitgebracht van kwaliteitsbevorderende interventies in de huisartsgeneeskunde. *Grol* schetst een globaal plan voor de toekomstige ontwikkelingen en *Axt-Adam et al.* rapporteren over het effect van nascholingsbijeenkomsten op het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door de huisarts.^{13,14} De meeste van deze interventies grijpen in op het niveau van het 'proces' in het arts-patiënt contact. *Hutchinson* kijkt naar het belang van 'structuur'-componenten ('the external quality environment').¹⁵ In het artikel van *Wilm & Götz* wordt duidelijk wat het belang van gezondheidszorgorganisatie en -financiering op de kwaliteit van het handelen van huisartsen is.¹⁶ Dat 'Doppler-sonography' het hoogst scoort bij de diagnostische interventies bij diabetespatiënten, heeft wellicht hoofdzakelijk te maken met het Duitse systeem van betaling per verrichting, waarin vooral de technische prestaties hoog gehonoreerd worden. Overigens gaan we daarbij maar even voorbij aan de beperkte waarde van dit onderzoek, dat bij diabetespatiënten vaak fout-negatieve resultaten oplevert.

... en de kwaliteit van de zorg

Uit de *figuur* blijkt duidelijk dat een louter pedagogische benadering, hoe zorgvuldig uitgebouwd ook, slechts een beperkte invloed kan hebben op het effect van de zorg. Eén van de oorzaken hiervan is dat zo'n benadering de structurele componenten ongemoeid laat. Dat is wellicht een troost voor enthousiaste 'deskundigheidsbevorderaars' die weinig zien veranderen, maar vestigt tevens de aandacht op de noodzaak van een meer globale benadering.¹⁴ Goed bedoelde nascholing en adequate implementatie van standaarden kunnen bijvoorbeeld sociale verschillen ten aanzien van gezondheid en ziekte niet corrigeren.

Wellicht vraagt een globale kwaliteitszorg dat de huisartsgeneeskunde in de toekomst dwarsverbindingen legt met andere disciplines, zoals gezondheidspromotie en sociale geneeskunde, en met andere maatschappelijke sectoren. Zoals *Hutchinson* het stelt: '(...) bridges being built between primary care and other sectors of the health services, to the benefit of patients'.¹⁵

Een nieuwe uitdaging?

Prof. dr. J. De Maeseneer

- 1 Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
- 2 Carstairs V, Morris R. Deprivation and health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press, 1991.
- 3 Helman CG. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1990.
- 4 De Grande L. Thuiszorg: de stem van het thuismilieu. *Huisarts Nu* 1992; 21: 6-11.
- 5 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1986.
- 6 Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Utrecht: Nivel, 1991.
- 7 Hofmans-Okkes IM. Op het spreekuur. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 8 De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet) [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1991; 34: 2-3.
- 9 Rutten GEHM, Thomas S. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge, 1993.
- 10 Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991; 23: 46-51.
- 11 Meyboom-De Jong B. De oudere patiënt in beeld. *Huisarts Wet* 1991; 34: 82-8.
- 12 Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family medicine. Lelystad: Meditekst, 1992.
- 13 Grol R. Quality of care in general practice: into the next century. *Huisarts Wet* 1993; 36(13): 467-72.
- 14 Axt-Adam P, Van der Wouden JC, Hoek H, et al. Het effect van nascholing op het aanvragen van laboratoriumdiagnostiek door huisartsen. *Huisarts Wet* 1993; 36(13): 451-4.
- 15 Hutchinson A. Primary care quality improvement: a positive response to external factors. *Huisarts Wet* 1993; 36(13): 458-62.
- 16 Wilm S, Götz C. Patients with a diabetic foot. *Huisarts Wet* 1994; 37(1): ter perse.