

Health care and general practice across Europe

Boerema GWG, De Jong FAJM, Mulder PH. Utrecht: NHG/Nivel, 1993; 126 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISBN 90-6905-223-7.

Tijdens de voorbereidingsfase van het WONCA-SIMG-congres heeft het NHG-bestuur aan het Nivel verzocht een overzicht samen te stellen over de gezondheidszorgstructuren in de diverse Europese landen, met speciale aandacht voor de taak en de positie van de huisarts. Het resultaat daarvan is dit boekje, dat uitstekend beantwoordt aan de doelstelling. Over telkens vier pagina's tekst worden per land systematisch gegevens gepresenteerd over de volgende onderwerpen:

- The country;
- Statistical key figures;
- Organisation of health care;
- Health financing and insurance;
- Secondary care;
- Primary care;
- General practice;
- Payment and income of GPs;
- Training and education of GPs.

Vergelijking van Nederland met andere Europese landen leert al snel dat Nederland in vele opzichten een uitzonderlijke positie inneemt. Wij hebben de grootste praktijken in Europa en zien per dag de meeste patiënten. Wij hebben een zeer duidelijke taakomschrijving en plaatsbepaling in de zorgstructuur, inclusief een duidelijke taakafbakening tussen eerste en tweede lijn, met de verwijzing als *rite de passage*. Ons abonnementssysteem is zo plat als ons land zelf: geen differentiatie op basis van leeftijd van patiënten, landelijke of stedelijke gebieden, of kwalificaties van de dokter. Het systeem is ook niet gemengd; slechts een gering deel van het inkomen wordt verdient aan (ziekenfonds)verrichtingen. Samen met de Britten en de Denen hebben wij de best gestructureerde beroepsopleiding. En, *last but not least*, het gemiddelde inkomen behoort tot de hoogste in Europa, zeker indien de riante pensioenvoorziening (als vorm van uitgesteld loon) daarbij wordt betrokken. Alvorens veranderingen of verbeteringen in deze na te streven, is het wijs het adagium van Bismarck – aangehaald in de inleiding – te memoreren: het is wijs om uit je ervaringen te leren, het is echter wijzer om van andermans ervaringen te leren.

Het Nivel heeft een zeer interessant boekje samengesteld. Wie met huisartsen of de huisartsgeneeskunde elders te maken heeft, zal er veel profijt van hebben.

Fons Sips

Quality assurance in general practice.

The state of the art in Europe

Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R. 121 pagina's, prijs NLG 25,-. ISBN 90-71714-34-9

Op initiatief van Richard Grol heeft de European Working Party on Quality in Family Practice (EQuIP) als voorbereiding op het WONCA-SIMG-congres een onderzoek verricht naar de stand van zaken ten aanzien van *quality assurance* in 17 Europese landen. Het eerste exemplaar van het boekje werd tijdens het congres aangeboden aan de staatssecretaris, die ook een voorwoord schreef. Nagegaan werd of *quality assurance* in de betrokken landen op gang is gekomen, en in welke mate dat is gebeurd. Zijn er doelstellingen geformuleerd? Heeft *quality assurance* de steun van de overheid en de gezondheidsfinanciers? Is *quality assurance* ingebeteld in de beroepsgroep, en hoe actief en positief is die bij de ontwikkeling? Daarnaast worden andere belangrijke aspecten van de huisartsenzorg in die landen besproken, zoals de honoreringsstructuur en de positie van de huisarts in de gezondheidszorg.

De *quality assurance*-activiteiten in de diverse landen tonen een zeer gevarieerd beeld, van nagenoeg niets tot het sophisticated systeem dat bij ons functioneert. De conclusies van de onderzoekers zijn dan ook dat er nog zeer veel werk verricht moet worden, en dat daarbij intensief moet worden samengewerkt; het zou immers jammer zijn als het wiel telkens opnieuw zou moeten worden uitgevonden. Een opmerking die bij mij overigens de vraag oproept waarom je een ander niet de lol zou gunnen om zelf zijn eigen wiel uit te vinden.

De gegevens in het boekje laten ook andere, vergaande conclusies toe, die de auteurs niet zo nadrukkelijk trekken. Combineert men de gepresenteerde achtergrondgegevens over de ontwikkelingsfase van de huisartsgeneeskunde met de ontwikkelingssituatie van *quality assurance*, dan is mijns inziens de conclusie gerechtvaardigd dat *quality assurance* een aspect is van de ontwikkelingsgang van de huisartsgeneeskunde en geen apart staande ontwikkeling. Het verwondert dan ook niet dat Engeland en Nederland voorop lopen en de Scandinavische landen volgen. In landen als Duitsland, België en Frankrijk is *quality assurance* een theoretische exercitie van geïnteresseerde personen.

De conclusie zou dan ook kunnen zijn dat *quality assurance* pas echt tot ontwikkeling kan komen als andere factoren eveneens worden beïnvloed. Een Duitse collega die zijn inkomen verdient in een verrichtingensysteem in

een voortdurende concurrentie met specialisten die op dezelfde markt opereren, komt nog niet – of vanuit een heel ander vertrekpunt – toe aan *quality assurance*. Zijn Britse collega daarentegen, die een deel van zijn inkomen moet verdienen door taken uit te voeren die strak ingekaderd zijn in kwaliteitscriteria, wordt wel verplicht om rekening te houden met *quality assurance*-aspecten in zijn werk.

De in het boek geformuleerde aanbevelingen gaan hieraan grotendeels voorbij en beschouwen *quality assurance* kennelijk als een autonome ontwikkeling. Enige apostolische gedrevenheid is daar niet vreemd aan. Inzicht in de procesmatige betrokkenheid van *quality assurance* is echter wel van belang voor de werkers op dit terrein, en dat geldt voor internationale, nationale en lokale ontwikkelingen. Het heeft immers weinig zin om iemand die pas heeft leren zwemmen, voor te doen hoe je een dubbele salto met schroef van de drie-meterplank maakt.

Het boekje wordt ter lezing aanbevolen aan diegenen die betrokken zijn bij of geïnteresseerd zijn in kwaliteitsbevorderende systemen. Gezien de voorspoedige ontwikkeling waar de auteurs terecht op hopen, zal het echter snel gedateerd zijn en dan nog alleen historische waarde hebben.

Fons Sips

Basic cardiopulmonary resuscitation. Assessment of skills in training situations

Dissertatie Universiteit Utrecht. Berden BJM. Grave: HHS Uitgeverij, 1993; 161 pagina's. ISBN 90-70674-10-6.

Per jaar overlijden ongeveer 20.000 Nederlanders aan een acuut myocardinfarct. Cardiopulmonaire reanimatie, bestaande uit hartmassage en mond-op-mondademing, kan in een aantal gevallen levens redden. Daarmee moet snel worden gestart en de reanimatie moet op correcte wijze worden uitgevoerd. Alweer enige tijd geleden is daarom de Nederlandse Hartstichting gestart met een hierop gericht breed opgezet scholingsprogramma voor leken en (para)medische beroepsbeoefenaars. In Nederland zijn sinds midden jaren zeventig honderdduizenden leken ogenschijnlijk tot reanimisten opgeleid. De auteur merkt hierover op dat 'In een tijdperk waarin veel waarde wordt gehecht aan kwantificeren en kwalificeren het ontbreken van een meetlat of een meetinstrument voor het bepalen van reanimatievaardigheden bevreemd'. Hij heeft de uitdaging aangeno-

men in dit hiaat te voorzien. In dit proefschrift wordt het ontwikkelen van een dergelijk meetinstrument en het uittesten daarvan bij leken, ziekenhuisverpleegkundigen en huisartsen beschreven, zonder overigens de waarde van cardiopulmonaire reanimatie en de effecten daarvan op overleving en kwaliteit van leven ter discussie te stellen.

Uitgaande van de cardiopulmonaire reanimatie-richtlijnen van de Amerikaanse Hartstichting wordt een meetinstrument van zes onderdelen opgebouwd. De items zijn relatief eenvoudig te scoren door observatie en met behulp van de registratie wanneer deze reanimatiepoging wordt geoefend op het fantom met de prozaïsche naam: Recording Resuscitation Anne. De validiteit en betrouwbaarheid van deze metingen werd onderzocht bij 40 ambulance-verpleegkundigen. Het resultaat was beïnvloedend. Van deze specifieke groep scoorde 90 procent voldoende. Twintig leken werden vervolgens twee maal getest, achtereenvolgens direct voorafgaand aan een specifieke nascholing over deze vaardigheid en enkele weken daarna. Daarbij bleek dat het instrument ook in een tijdsrelatie daadwerkelijk een aan de oefening toegeschreven verbetering kon registreren. Ook bleek dat 80 stoten als registratie van 80 reanimatiepogingen op de voor het onderzoek gewenste wijze door verschillende observatoren alsmede door dezelfde observator op verschillende momenten vrijwel steeds hetzelfde werden beoordeeld.

De auteur concludeert dan ook terecht dat er sprake is van een voor zijn onderzoek valide en betrouwbaar meetinstrument dat, zoals uit deze eerste fase bleek, ook hanteerbaar en bruikbaar was.

Terecht deed zich de vraag voor hoe lang de reanimatiepoging moet duren om conclusies toe te laten. Leken kunnen een reanimatiepoging 15 minuten volhouden. De eerste twee minuten daarvan zijn maatgevend voor de prestaties en een afspiegeling van de daarop volgende 13 minuten. Terloops werd ook een einde gemaakt aan een slepende discussie over de noodzakelijke frequentie van de massage. In 1986 gaf de Amerikaans Hartstichting namelijk het advies de compressie-frequentie te verhogen van 80 naar 100 per minuut. De wenselijkheid hiervan werd in ons land betwijfeld omdat Nederlandse instructeurs bij een frequentie van 100 meer technische fouten constateerden (insufficiënte compressie, slechte plaatsing van de handen, verminderde ventilatie en snelle vermoeibaarheid) dan bij een oefening waarbij 80 compressies per minuut werden toegepast. In dit onderzoek kon worden aangetoond dat de

twee toegepaste massagefrequenties eenzelfde invloed hadden op de overige aspecten van de reanimatiepoging. Een verhoging van het aantal compressies van 80 naar 100 maal leidt dan ook niet tot kwaliteitsverlies.

Nadat aldus zowel de instructie, de oefening en het meetinstrument waren gestandaardiseerd, werden de primaire reanimatievaardigheden van getrainde leken, van algemeen verpleegkundigen in een ziekenhuis en van huisartsen gemeten. De resultaten zijn weinig beïnvloedend. Volgens gegevens van de Nederlandse Hartstichting zijn inmiddels meer dan 1,7 miljoen Nederlanders opgeleid tot leken-reanimisten. In totaal 151 van degenen die de afgelopen twee jaar twee instructiebijeenkomsten hadden gevuld, waarvan de laatste acht tot twaalf maanden geleden, werden geobserveerd en hun reanimatiepoging werd vastgelegd. Hierbij bleek dat tweederde deel een voldoende niveau van reanimatievaardigheden bezit. Van de 141 verpleegkundigen die aan de studie deelnamen, haalde maar 6,4 procent een voldoende eindbeoordeling. Dit is een verontrustende conclusie als men beseft dat 30 à 40 procent van alle gevallen van adem- en/of hartstilstand in het ziekenhuis optreedt en dat in 60 procent van deze gevallen de verpleegkundige de eerst aangewezen hulpverlener is. De score was sterk gerelateerd aan het aantal maanden dat was verstrekken sinds de laatste reanimatie-instructie: hoe langer geleden des te slechter.

Tijd is een belangrijke factor voor de prognose van een reanimatiepoging. Hoewel buiten het ziekenhuis wat dit betreft leken de belangrijkste rol hebben, dienen toch ook huisartsen deze techniek te beheersen. Dit bleek slechts bij 18 procent van de 92 aangezochte huisartsen het geval. Ook hier weer is een direct verband aan te tonen tussen de resultaten en de tijd die is verstrekken sinds de laatste instructie. Een trainingsinterval van 6 maanden bleek voldoende om het vaardigheidsniveau op voldoende peil te houden.

Door middel van dit fraai opgezet en helder beschreven onderzoek wordt een nieuw licht geworpen op een belangrijke activiteit van de Nederlandse Hartstichting. Zonder een discussie aan te gaan over het nut en de waarde van cardiopulmonaire reanimatie wordt aangegeven dat indien men aan een instructie een graad van bekwaamheid wil ontlenen men dit regelmatig zal moeten herhalen. Voor verpleegkundigen en toch ook voor huisartsen die beroepsmatig met adem- en hartstilstand kunnen worden geconfronteerd is dit absoluut noodzakelijk. Het spreekt vanzelf dat dit onmogelijk is voor de grote groep Nederlanders die zich

thans nog deskundig achten. Het geld dat aan hen wordt besteed, kan beter worden gestoken in herhalingsoefeningen voor mensen die beroepsshalve met hartpatiënten te maken hebben. Of een dergelijke training noodzakelijk is voor familieleden van hartpatiënten dient nader te worden onderzocht.

De adjunct-directeur van het Nederlandse Huisartsen Genootschap heeft met succes het moeilijke pad van evaluatie van vaardigheids-onderwijs afgelopen. Hij heeft het niet geschuwd een bij het publiek aansprekende vorm van hulpverlening kritisch te bezien. Delen van dit onderzoek zijn zowel in nationaal als internationaal erkende medische tijdschriften gepubliceerd. Het is dan ook terecht dat dit proefschrift met een cum laude is gewaardeerd. Juist gezien de positie van de onderzoeker ga ik ervan uit dat de resultaten van zijn onderzoek naar de deskundigheidsbevordering van huisartsen zal worden vertaald. Vaardigheids-onderwijs verheugt zich in een toenemende belangstelling, sterk gebaseerd op wensen van de cursusdeelnemer. Dit onderzoek toont de noodzaak van verplichting aan.

Dit proefschrift verdient een brede bekendheid. Het is zeker van belang voor organisatoren en docenten van de deskundigheidsbevordering-activiteiten van vrijwel alle medische beroepsgroepen. De instructeurs van de Nederlandse Hartstichting en EHBO-docenten kunnen er hun voordeel mee doen. Naast deze directe doelgroep wordt het van harte aanbevolen als een voorbeeld van resultaat-evaluatie aan eenieder die zich beroepsshalve of als een zelf opgelegde taak bezighoudt met onderwijs en training.

E. Schadé

En..., wat zei de dokter? Een beschrijvend onderzoek naar het gedrag van huisartsen en de achtergronden daarvan

Dissertatie. Braams FM. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 1993, 133 bladzijden. ISBN 90-9006169-X

Dit proefschrift past in een lange reeks van dissertaties over de interactie van huisartsen en patiënten. Braams wil licht werpen op het belang van de persoonlijkheid, of althans de persoonlijkheidskenmerken van de dokter. Het belang van dit onderwerp wordt op een aantal manieren aangetoond. Uit onderzoek van Bensing werd duidelijk dat er drie componenten in de communicatie met patiënten kunnen worden onderscheiden: affectief gedrag, methodisch

werken en patiëntgericht gedrag. Haar conclusie was dat affectief gedrag doorslaggevend is voor de kwaliteit van de zorg. De affectieve component zou, door de houding of emoties van de dokter, belemmerend kunnen werken op de interactie met de patiënt. In Balintgroepen worden precies deze aspecten van het functioneren van huisartsen besproken. Uit onderzoek aan de Erasmus Universiteit kwam naar voren dat een aantal persoonlijkheidskenmerken voor de interactie met de patiënt van belang zijn: 'geen fouten durven maken', 'moeite hebben met het hanteren van boosheid', 'graag aardig gevonden willen worden', en 'het vervelend vinden te worden afgewezen door patiënten'.

Braams heeft onderzocht of inter-doktervariatie (gedeeltelijk) verklaard kan worden op grond van verschillen in persoonlijkheid. De literatuurstudie (hoofdstuk 1) over de stand van zaken in het onderzoek op dit gebied is mager. Er is kennelijk niet veel onderzoek gedaan. Wat persoonlijkheid is, en hoe persoonlijkheid bijdraagt aan verschillen in gedrag van dokters, wordt niet besproken. Een oriëntatie daaromtrent had duidelijk kunnen maken dat persoonlijkheidskenmerken zwakke voorspellers zijn van gedrag. Het gedrag van de huisarts wordt door veel zaken beïnvloed, maar wellicht het meest door de specifieke taak en de situaties waarin de huisarts die taak moet uitvoeren. Een andere moeilijkheid is dat naast de inter-doktervariatie ook de intra-doktervariatie een rol speelt. De studie van de rol van de persoonlijkheid gaat er wellicht iets te gemakkelijk van uit dat het gedrag van één dokter bij verschillende patiënten en bij verschillende problemen in belangrijke mate dezelfde kenmerken vertoont. In hoofdstuk 2 wordt een eerste verkenning van het onderzoeksgebied gepresenteerd. Er werden aan dertig huisartsen vragen voorgelegd in de vorm van vragenlijsten en in een interview. De vragen gingen over:

A de aard van de sociale problematiek waarmee de huisarts wordt geconfronteerd;

B de doelen die zij voor ogen hebben in gesprekken met patiënten;

C de gesprekstechnieken die zij gebruiken;

D hun attitude en functioneren als huisarts.

In de vragen onder A kon de huisarts voor 26 problemen aangeven of deze in de praktijk voorkomen. De antwoorden werden gebruikt om de 26 problemen te verdelen over vijf categorieën van psychosociale problematiek. De auteur onderscheidt vijf categorieën omdat wordt verwacht dat zij overeenkomen met verschillen in behandelingsplan. Er wordt echter geen uitleg verschafft over deze werkwijze. Volgens werd het voorkomen van de vijf psy-

chosociale problemen vergeleken (gekruist) met de vragen die onder B, C en D werden genoemd. Zo konden verschillen aan het licht komen in handelwijze en attitude bij verschillende problemen. De gegevens zijn in tabellen weergegeven en laten meer overeenstemming tussen de dertig huisartsen zien dan verschillen. De aantallen per cel zijn echter zo klein dat geen zinnige conclusies kunnen worden getrokken.

In hoofdstuk 3 wordt literatuur besproken over de interactie tussen huisartsen en moeilijke patiënten. Deze verkenning levert niet veel op. Wel wordt duidelijk dat er op grond van de bestudeerde literatuur niet veel kan worden voorspeld over de relatie tussen opvattingen en denkbeelden van de huisarts en 'concreet gedrag naar de patiënt toe' (p. 43). De onderzoeker kiest nu vier probleemgebieden voor het hoofdonderzoek, dat zijn: patiënten met seksuele problematiek, ontevreden patiënten, patiënten waarbij fouten zijn gemaakt, en terminale kankerpatiënten. Vanaf hoofdstuk 4 volgt een rapportage van het hoofdonderzoek. De kern van het hoofdonderzoek bestaat uit reacties van huisartsen op video-vignetten van (frustrerende) problemen en het achteraf, door diezelfde huisartsen, toekennen van oorzaken aan deze problemen. De reacties van de huisartsen worden geïnterpreteerd naar analogie van Rozenzweig's Picture Frustration Study (een persoonlijkheidstest). In zijn psychoanalytische frustratie-theorie onderscheidt Rozenzweig agressierichting (in dit geval: de huisarts richt zijn agressieve gevoelens op zichzelf, of op de patiënt, of de gevoelens worden ontkend), en reactie-type (de huisarts vindt de situatie frustrerend, of geeft aan wie verantwoordelijk is, of suggereert een oplossing voor het probleem). Met deze methode wordt een schatting gemaakt van het persoonsgebonden reageren van de huisarts. Agressierichting en reactie-type zijn hier interpretaties van de persoonlijkheid op grond van het gedrag van de huisarts. Deze kenmerken kunnen in dit onderzoek uiteraard niet bijdragen aan het voorspellen van het gedrag van de huisarts.

Bij het toekennen van oorzaken aan problemen kunnen ook kenmerken van persoonsgebonden reageren worden vastgesteld. De auteur gebruikt daarvoor de Attributional Style Questionnaire van Seligman. Volgens werden enkele van de Seksualiteitsbelevingsschalen (SBS) van Frenken afgenoemd als voorspeller van het omgaan met seksuele problemen. En tenslotte de Zelfwaarderingsschaal uit de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) van Luteijn en een verkorte Balint-lijst die ook

in het eerste onderzoek werd gebruikt. De opzet is duidelijk: er zijn problemen, reacties van huisartsen op die problemen en op een aantal manieren worden persoonskenmerken van de huisartsen vastgesteld. Dat zou mogelijk een antwoord kunnen opleveren op de vraag of persoonskenmerken iets voorspellen van de wijze waarop huisartsen op problemen van patiënten reageren. De onderzoeker heeft zich met deze originele aanpak een hoop werk op de hals gehaald. Helaas, de mooie opzet wordt niet waargemaakt in het verslag. De presentatie van het onderzoek is op veel punten onvolledig en vaak moeilijk te volgen. De beschrijving van het persoonsgebonden reageren en het voorspellen daarvan wordt op een verwarrende manier gepresenteerd. De conclusie is voorzichtig: 'Het antwoord op de vraag of persoonlijkheidskenmerken van de huisartsen van invloed zijn op de manier van reageren laat een beperkt aantal conclusies toe' (p. 85). Vervolgens blijkt dat vooral bij seksuele problemen, op grond van sekse van de huisarts, inter-doktervariatie werd gevonden die mogelijk ook samenhangt met persoonlijkheidskenmerken.

W.Th.A.M. Everaerd

NOTA BENE

Van een huisarts verwachten dat deze adequaat psychologische klachten kan diagnostiseren is even onterecht als van een psycholoog verwachten dat deze somatisch onderzoek verricht. Om die reden dient in de eerste lijn naast de huisarts een huispsycholoog aanwezig te zijn.

Stelling bij: Scholing A. Social phobia: cognitive and behavioural treatment [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.

De gewoonte om in medische en sociaal-wetenschappelijke artikelen te verwijzen naar boeken, zonder hoofdstuk- of paginanummers te vermelden, komt voort uit luiheid en resulteert in oncontroleerbaarheid.

Stelling bij: Van der Wouden JC. Taakopvattingsonderzoek bij huisartsen [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.