

Patiënt, stoornis en zorg

Een onderzoek naar de prevalentie, het ziektebeloop en de herkenning van psychische stoornissen in Amsterdam Oost en Zuidoost. Van Limbeek J, Van den Berg JA, Sergeant JA, Geerlings PJ, Fransman JML, red. Amsterdam: GG&GD, 1994.

In de Filterstudie Amsterdam Oost en Zuidoost wordt een beschrijving gegeven van de prevalentie van psychische stoornissen en de gang van de patiënt met psychische stoornissen door de gezondheidszorg. Uitgangspunt is het 'filtermodel', dat door Goldberg & Huxley in de psychiatrische epidemiologie is geïntroduceerd en dat sindsdien in veel onderzoeksprojecten wordt nagevolgd.

De gedachte achter het filtermodel is dat er op bevolkingsniveau gezondheidsproblemen bestaan, die niet alle hun weg naar de professionele hulpverlening vinden, maar een aantal filters moeten passeren. Eerst moeten patiënten het besluit nemen de huisarts te consulteren (het eerste filter). Vervolgens moet de huisarts de problematiek in kwestie herkennen; dat wordt als het tweede filter beschouwd. Als de huisarts besluit de patiënt te verwijzen, passeert deze daarmee het derde filter en komt hij in behandeling bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg (meestal de Riagg). In de Nederlandse gezondheidszorg fungeert de Riagg tenslotte als filter voor opname in gespecialiseerde intramurale instellingen voor psychiatrische hulpverlening: het vierde filter.

In feite is het filtermodel een combinatie van het 'ijsbergfenomeen' en de voor huisartsen bekende poortwachterfunctie, die impliceert dat huisartsen een selectief beleid voeren ten aanzien van het verwijzen naar hogere echelons: het filter als semipermeabel membraan. Voor huisartsen is de rapportage over de Amsterdamse Filterstudie dan ook een belangrijk document.

De filterstudie is opgezet als een onderzoekprogramma dat bestaat uit drie samenhangende projecten:

- Een epidemiologische studie naar de prevalentie van psychische morbiditeit op alle niveaus van het hierboven beschreven filtermodel, inclusief de daarmee samenhangende zorgconsumptie.
- Een longitudinale studie naar het beloop van psychische stoornissen over een periode van één jaar, inclusief een analyse naar de determinanten daarvan. Met andere woorden: wie wordt er ziek en wie wordt er beter?

- Een studie naar de diagnostisering door huisartsen van psychische problematiek en de beslissingsstrategieën die daarbij worden gehanteerd.

Epidemiologische studie

De epidemiologische studie is opgezet volgens een in de psychiatrische epidemiologie beproefd recept: een grote steekproef uit de bevolking van Amsterdam Oost/Zuidoost werd benaderd voor deelname aan een psychiatrisch screeningsonderzoek met behulp van de General Health Questionnaire (GHQ). Bij 38 huisartsen werd in de wachtkamer aan alle spreekuurbezoekers eveneens gevraagd de GHQ in te vullen. Dezelfde procedure werd gevolgd in een aantal plaatselijke AGGZ-instellingen.

Met name in het bevolkingsonderzoek was de response laag (51 procent). Vervolgens werd in een tweede stap bij een willekeurige selectie van de deelnemers aan het onderzoek een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen (de DIS), dat aansluit bij de diagnostische categorieën van de DSM-III. De belangrijkste conclusies zijn dat zowel op bevolkingsniveau als in de huisartspraktijk ongeveer 23 procent van de mensen een psychische stoornis heeft. In de AGGZ geldt dit voor 68 procent van de patiënten. De doorlaatbaarheid van het eerste filter blijkt in de Nederlandse gezondheidszorg groot te zijn: 80 procent van de mensen met een psychische stoornis consulteert de huisarts voor enigerlei gezondheidsprobleem; de huisarts herkent hiervan ruim 40 procent als zijnde psychische problematiek. Uiteindelijk komt 25 procent bij de gespecialiseerde GGZ terecht. De onderzoekers concluderen dat de patiënt een veel actievere rol vervult dan in het filtermodel wordt gesuggereerd. Consultatie van professionele hulpverleners wordt, behalve door de psychische stoornis, ook door het ziektegedrag van de patiënt bepaald.

Longitudinale studie

In de longitudinale studie werden alle patiënten bij wie de DIS was afgenomen, anderhalf jaar gevolgd. Uiteindelijk heeft 64 procent van het oorspronkelijke cohort alle metingen voltooid. Er was sprake van selectieve uitval: degenen die relatief slecht functioneerden, vielen vaker uit gedurende de follow-up periode. Een klein deel (5,8 procent) van de mensen die op het moment dat de studie begon nog psychisch gezond waren, werd ziek gedurende de follow-up studie. Bepalend voor het ziek-worden zijn vooral: de voorgeschiedenis in termen van affectieve pathologie, de lijdensdruk en de mate van psychisch en fysiek dysfunctioneren. So-

ciale steun lijkt geen relatie te hebben met het al dan niet psychisch ziek worden. Ongeveer een kwart van de mensen met een affectieve stoornis herstelt binnen een jaar; een derde van de affectieve stoornissen kent echter een chronisch beloop. De psychiatrische voorgeschiedenis en de ernst van de stoornis zijn de beste voorspellers van herstel. Deze factoren lijken ook bepalend voor het maatschappelijk en persoonlijk functioneren.

De onderzoekers concluderen dat het gebrekkige sociale netwerk van chronisch psychiatrische patiënten waarschijnlijk eerder een gevolg dan een oorzaak is van de psychische stoornis.

Herkenning door de huisarts

Het laatste deel van de studie is gewijd aan de herkenning door de huisarts van de psychische problematiek van de patiënten die de huisarts consulteren, en de beslissingsstrategieën die de huisarts in zijn diagnostisch proces hanteert. In deze deelstudie hebben 18 huisartsen geparticipeerd van de 38 huisartsen die aan de filterstudie hebben deelgenomen.

De gegevens van het psychiatrisch screeningsinstrument (GHQ) en het psychiatrisch interview (DIS) werden vergeleken met de diagnose van de huisarts, zoals geclassificeerd met de ICPC. Het gaat dan om het diagnose-gedeelte van de hoofdstukken P ('psychisch') en Z ('sociaal'); alleen nieuwe gevallen telden mee. Vervolgens werd met behulp van een vignetstudie nagegaan welke beslissingsstrategieën huisartsen hanteren bij het stellen van een diagnose P en/of Z. De validiteit van de vignetstudie werd getest met behulp van video-opnamen.

Huisartsen blijken slechts ongeveer een derde deel van de psychische problematiek zoals die met behulp van de twee andere meetinstrumenten werd vastgesteld, te 'herkennen'. De totale overeenstemming tussen de drie meetmethoden varieert tussen 61 en 73 procent. Door de onderzoekers niet genoemd, maar uit de gegevens te reconstrueren is het feit dat GHQ en DIS ook slechts in 63 procent van de gevallen overeenkomen. De drie maten meten zichtbaar alle iets anders.

Huisartsen blijken twee soorten beslissingsstrategieën te hanteren: sommigen stellen een diagnose P en/of Z vooral wanneer geen lichamelijke oorzaak voor de klachten kon worden gevonden. Anderen voeren van meet af aan een tweesporenbeleid. Er is niet nagegaan welke strategie het meest succesvol is. Wel blijkt dat in de vignetstudie artsen zich door andere factoren laten leiden dan zij vooraf aangaven. Met name informatie over de psychiatrische voor-

geschiedenis telt in de praktijk van de vignette-studie nauwelijks mee, terwijl artsen tevoren zeggen dit wel belangrijk te vinden voor hun oordeelsvorming.

De onderzoekers zien deze resultaten bevestigen in de bestudering van 90 videobanden van huisarts-patiënt gesprekken.

Consequenties

Het rapport eindigt met een kort hoofdstuk over de huidige organisatie van de GGZ en de mogelijke consequenties van de resultaten van deze studie voor die organisatie. De onderzoekers concluderen dat deze studie aanleiding geeft de poortwachtersfunctie van de GGZ opnieuw te definiëren, en daarnaast te komen tot een 'verdunding' van psychiatrische expertise door deze expertise via consultatie naar de eerste lijn te brengen.

Kort door de bocht

Deze hele complexe studie is in een boekje van 120 pagina's (exclusief bijlagen) beschreven. Dit is tegelijkertijd de sterkte en de zwakte van de studie: het boekje leest snel en gemakkelijk weg, maar de echte onderzoeker houdt veel vragen over. Het is erg 'kort door de bocht' geformuleerd, waarbij niet precies valt op te maken of dit alleen voor de publikatie of ook voor het onderzoek zelf geldt. Veel begrippen worden losjes gehanteerd. Zo wordt onder 'comorbiditeit' verstaan: gelijktijdige alcoholverslaving, terwijl in de huisartspraktijk comorbiditeit een veel ruimer begrip is, en ook alle gelijktijdig optredende lichamelijke gezondheidsproblemen omvat. Juist bij een studie als deze is dat erg belangrijk. Mensen kiezen immers meestal lichamelijke klachten als ingang bij huisartsbezoek, ook als ze psychische problemen hebben. Ook de definiëring van respectievelijk subjectief onwelbevinden (GHQ-score en medicijngebruik!) respectievelijk objectief dysfunctioneren (score op de Sickness Impact Profile) roept vraagtekens op. Waarom zou de ene door de patiënt zelf ingevulde vragenlijst objectiever zijn dan de andere? Waarom is het (toch objectief vast te stellen) gebruik van psychofarmaca een maat voor subjectief welbevinden?

Een ander punt dat serieuzere aandacht had verdiend, is het probleem van de grote uitval uit het onderzoek, die bovendien selectief blijkt te zijn. Het is ironisch dat een onderzoek dat gericht is op het opsporen van selectiemechanismen in de gezondheidszorg zelf zo weinig aandacht besteedt aan de selectieprocessen die in het eigen onderzoek hebben gespeeld. Weliswaar wordt in de bijlage een verantwoording

gegeven van de (aanzienlijke) non-respons, maar vrijwel nergens in de tekst wordt rekening gehouden met de consequenties daarvan voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten en daarmee voor de conclusies van het onderzoek.

Ook het feit dat verslavingsproblematiek expliciet onderdeel uitmaakt van het onderzoek, terwijl de dataverzameling niet heeft plaatsgevonden bij de categorale instellingen voor verslavingszorg, lijkt op een slordigheidje in de opzet van het onderzoek, dat nadien onvoldoende op zijn consequenties is doorgedacht.

Praktijksituatie huisarts

Het belangrijkste probleem is echter dat (ook) in deze psychiatrisch epidemiologische studie onvoldoende rekening wordt gehouden met de typische praktijksituatie van de huisarts, waarbij patiënten met een breed scala aan gezondheidsproblemen komen, zonder dat in elk consult alle problematiek expliciet aan de orde hoeft te worden gesteld: ook depressieve mensen kunnen hooikoorts hebben of een chronische aandoening die aandacht behoeft; hun depressiviteit zal lang niet in alle gevallen de reden zijn om de huisarts te consulteren; en evenmin zal het altijd opportuun zijn om in dergelijke gevallen een ICPC-diagnose P en/of Z te noteren. Het ontbreken van een ICPC-code P en/of Z betekent niet dat een huisarts onwetend is van de psychosociale problemen van de patiënt. Ook de typisch huisartsgeneeskundige wetenschap dat veel problemen een positief natuurlijk beloop hebben, waarbij geneeskundige interventies soms meer schade dan winst oplevert (denk bijvoorbeeld aan de gevolgen van medicalisering en etikettering), past niet erg bij de opvatting van veel specialisten dat elk probleem te allen tijde moet worden gediagnosticeerd. Tenslotte kan niet voorbijgegaan worden aan het feit dat mensen (ook mensen met psychische problemen) in eerste instantie lichamelijke klachten bij de huisarts presenteren, die zich niet onderscheiden van klachten van mensen met een perfecte geestelijke gezondheid. Voor huisartsen is de prior kans op een noodzakelijke verwijzing naar de GGZ (vergeleken met verwijzingen naar andere specialisten) veel lager dan de posterior kans, gezien vanuit de top van de piramide van Goldberg.

Het is te betreuren dat de onderzoekers zo weinig acht slaan op hetgeen over dit onderwerp vanuit het perspectief van de huisarts is geschreven. Doordat alleen selectief uit de psychiatrisch epidemiologische literatuur wordt geciteerd, blijft de discussie steken, en lijkt de kloof tussen de huisartsgeneeskundige visie en

de psychiatrische visie onoverbrugbaar. Dat is in mijn ogen een gemiste kans.

Niettemin bevat de Filterstudie meer dan voldoende gegevens die ook voor huisartsen interessant zullen zijn. De studie geeft een goed overzicht uit literatuur en empirie van de prevalentie van (verschillende soorten) psychische stoornissen in de bevolking en op de verschillende lagen van het gezondheidszorgsysteem, waarbij de 23 procent psychische stoornissen op populatieniveau even interessant is als het ontbreken van psychische morbiditeit bij 32 procent van de AGGZ-populatie. De conclusie dat niet alleen de aard en ernst van de ziekte, maar juist ook het ziektegedrag van patiënten van belang is in studies als deze, is belangrijk, en sluit aan op de huidige discussie over competentie en autonomie van de patiënt. Het onderscheid in beslissingsstrategieën (een psychische diagnose per exclusionem versus een gericht tweesporenbeleid) zal praktiserende huisartsen bekend voorkomen en kan tot nadenken stemmen. En huisartsen zullen in ieder geval ook moeten nadenken over de vraag wat de beste reactie is ten opzichte van specialisten (in dit geval GGZ-specialisten) die, op de top van de ijsberg gezeten, zich niet realiseren dat van beneden af het landschap eerder op de Alpen dan op een simpele piramide lijkt.

J.M. Bensing

Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts

Van Suijlekom-Smit LWA, Crone-Kraaijeveld E. Dissertatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994; 256 bladzijden. ISBN 90-74494-03-X.

In de diverse Nederlandse en Engelse huisartsgeneeskundige registratieprojecten is de zorg die de huisarts levert aan kinderen goed omschreven, zowel wat betreft epidemiologie als wat betreft het huisartsgeneeskundig handelen. Wat betreft de specialistische geneeskunde is dat veel minder het geval, met name waar het de poliklinische zorg betreft. Over de overgang van de eerste naar de tweede lijn is weliswaar veel gepubliceerd, maar over het algemeen betreft dat onderzoek naar huisarts- en/of structurele kenmerken van de zorg. Slechts enkele studies zijn patiënt- en/of diagnose-gebonden uitgevoerd.

In dit dubbelproefschrift wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de zorg voor zieke kinderen, zoals die door huisarts en kinderarts wordt geboden, naar knelpunten daarin en naar

mogelijkheden om die knelpunten weg te nemen.

Opzet

Het onderzoek verliep volgens een helder stramien: in de eerste plaats werd een registratieproject simultaan uitgevoerd in de huisartspraktijk en op de polikliniek kindergeneeskunde met als doel inzicht te verkrijgen in de aangeboden morbiditeit, de door beide disciplines verrichte zorg en in het verwijzen door huisartsen en terugverwijzen door kinderartsen. Met behulp van de verzamelde gegevens konden vervolgens knelpunten in die zorg worden opgespoord. Tenslotte werd in een interventiestudie een poging gedaan de opgespoorde knelpunten op te heffen en werd het effect van de interventie zo goed mogelijk geanalyseerd.

Het onderzoek vond plaats in alle huisartspraktijken in Krimpen aan den IJssel en op de polikliniek kindergeneeskunde van het Sofiaziekenhuis te Rotterdam. Gedurende vier maanden werd door de huisartsen een consultregistratie bijgehouden van alle contacten met kinderen jonger dan 14 jaar; gelijktijdig registreerden de kinderartsen op de polikliniek alle contacten bij patiënten, afkomstig uit de betreffende huisartspraktijken.

Resultaten

De registratie leverde een schat aan gegevens op. Gedurende vier maanden bezocht 37 procent van alle 5600 kinderen de huisarts, die het grootste deel van de problemen zelf oploste door middel van voorlichting, geruuststelling en in 50 procent van de contacten prescriptie. Aanvullende diagnostiek werd verricht in 199 (7 procent) contacten. Slechts 182 maal werd verwezen (3 procent van de totale populatie), waarvan 26 maal naar de kinderarts; het betrof met name aandoeningen van het maag-darmkanaal en de luchtwegen, endocriene en meer algemene problemen. In het totaal der verwijzingen neemt de kinderarts dus slechts een bescheiden positie in.

Bij 86 procent van de verwijzingen bestond overeenstemming tussen huisarts en specialist over de diagnose. De verwijzingen waren volgens de huisarts slechts zelden op aandrang van de ouders (de kinderarts schatte de invloed van de ouders veel sterker in, zoals ook in eerder onderzoek al werd gevonden), jonge kinderen werden vaker verwezen dan oudere en de huisarts zag een groot deel (18/28) van de verwezen kinderen nog binnen vier maanden terug op het spreekuur met al dan niet gerelateerde klachten. Verwezen is dus zeker niet uit het zicht.

Uit de door de kinderartsen gevoerde zes maanden durende registratie bleek de invloed van de gynaecoloog op het totale aantal verwezen kinderen (17 procent van de nieuwgeborenen kwam zonder tussenkomst van de huisarts onder pediatrie zorg). Acht van de 49 kinderen met een nieuw probleem kwamen op eigen initiatief van de ouders – zonder tussenkomst van de huisarts – voor een consult op de polikliniek. Ongeveer een kwart van de nieuwe verwijzingen werd door de behandelend specialist als weinig zinvol ervaren; dat was met name het geval als de ouders zelf het initiatief tot specialistische consultatie hadden genomen. De kleine aantallen maken generalisatie niet mogelijk, maar een zelfde relatie werd ook in eerder onderzoek naar verwijzingen naar de internist al aangetroffen.

Bij kinderen die al langer bij de kinderarts onder controle waren, bleek de huisarts in een kwart van de gevallen niet op de hoogte. In het algemeen was er bijzonder weinig overleg, terwijl juist deze kinderen tevens relatief frequent gebruik maakten van de diensten van de huisarts. Er bestond bij deze groep een verschil van visie tussen huisarts en kinderarts wat betreft de taakafbakening.

Knelpunten

Als belangrijkste knelpunten in de zorg kwamen naar voren: gebrek aan overleg en taakafstemming bij de kinderen die langdurig onder pediatrie behandeling waren, en twijfel bij de kinderarts over de noodzaak van specialistische behandeling bij een klein deel van de nieuw verwezen patiënten. Omdat het klacht-aanbod in de huisartspraktijk zo divers was, veronderstelden de onderzoeksters tevens een gebrek aan expertise bij de huisartsen ten aanzien van minder frequent voorkomende problemen.

Om het probleem ten aanzien van de expertise en de mogelijk ten onrechte verwezen patiënten op te lossen, vervulde vervolgens een kinderarts een jaar lang wekelijks een consultantschap in het gezondheidscentrum en werden twee nascholingsbijeenkomsten belegd.

Het eerstelijnsconsult was gebonden aan strikte voorwaarden: geen aanvullende diagnostiek, terugverwijzen naar de huisarts en de huisarts kon bij het consult aanwezig zijn. De huisartsen maakten in een jaar tijd 51 maal gebruik van deze mogelijkheid.

Over het algemeen werd dit consultantschap zowel door huisartsen als door de betrokken ouders zeer positief beoordeeld. Patiënten verwezen voor een eenmalig consult waren gemiddeld ouder en hadden (veel) meer contacten

met hun huisarts gehad dan de naar de polikliniek verwezen patiënten. Het consult vond vaker plaats op aandrang van de ouders en betrof vaker leer- en gedragsproblemen, bezorgdheid van de ouders en functionele klachten. Opvallend was dat het aantal verwijzingen naar de polikliniek kindergeneeskunde niet veranderde, dat de huisartsen geen gebruik maakten van de mogelijkheid het consult (of een gedeelte daarvan) bij te wonen, en dat de door de kinderarts verstrekte adviezen vaak geen huisartsgeneeskundig vervolg kregen (op dit laatste punt schiet de onderzoeksmethodologie mogelijk echter te kort). Het effect van het consult kon door het ontbreken van een huisartsgeneeskundige vervolgregistratie niet goed worden geëvalueerd. Het eenmalige consult bleek in dit onderzoek geen vervanging voor een verwijzing, maar werd gebruikt als een extra mogelijkheid.

De nascholingsbijeenkomsten werden op verzoek van de deelnemende huisartsen gehouden in het gezondheidscentrum en waren gewijd aan veel voorkomende problematiek, waarbij als doel het verbeteren van het prescriptiebeleid werd gesteld. Zoals de onderzoeksters zelf ook terecht opmerken, is zowel het aantal nascholingen als de gehanteerde evaluatiemethode (het tellen van door de apotheek afgeleverde medicamenten) onvoldoende om een oordeel over nascholing als methode voor verandering te kunnen geven.

Complementariteit

Ten aanzien van de 'complementariteitsproblematiek' bij de patiënten die langdurig onder begeleiding van de kinderarts waren, werden besprekingen met de consulent-kinderarts georganiseerd, waarbij de huisartsen patiënten konden inbrengen aan de hand van door de polikliniek verstrekte contactoverzichten. Gedurende een jaar werden door de huisartsen 57 patiënten aangemeld. Er waren in dat jaar 141 patiënten onder langdurige behandeling op de polikliniek. De meest voorkomende reden voor aanmelding was de vraag van de huisarts om het ziektebeeld en/of het beleid van de specialist toe te lichten, overleg over coördinatie van hulpverlening en de wens van de huisarts psychosociale achtergronden te verduidelijken. Onderwerp van bespreking was slechts zelden ergernis van de kant van de huisarts. Verschillen met betrekking tot de onderzochte taakafbakeningsaspecten tussen patiënten uit de besprekingen en patiënten van de polikliniek werden niet aangetroffen. Een eventueel effect op de gesignaleerde taakafbakeningsproblemen werd helaas niet onderzocht.

Commentaar

Ondanks de grote hoeveelheid werk die is besteed aan dit onderzoek, blijft helaas twijfel bestaan over de validiteit van de beschreven resultaten. De huisartsgeneeskundige en specialistische zorg zijn goed en helder beschreven en voor zover mogelijk voldoende ingebed in met name huisartsgeneeskundige epidemiologische kennis; ten aanzien van de verwijz- en samenwerkingsproblematiek blijft het probleem van de kleine aantallen. Verwijzingen door huisartsen naar beschouwend specialisten komen nu eenmaal niet zo vaak voor, zodat een kwantitatieve analyse op problemen stuit.

In kwalitatieve zin bevat het proefschrift echter een schat aan informatie, waaruit in deze bespreking slechts een klein gedeelte aan bod kon komen. Ten aanzien van de evaluatie van de resultaten van de interventies ontbreekt een afdoende evaluatie-instrument, als gevolg van het feit dat de huisartsen na de interventies niet nogmaals een omvangrijke consultregistratie ter hand wilden nemen. Gezien de grote werkbelasting is dat begrijpelijk. De onderzoeksters hebben dit probleem echter intelligent opgelost.

Deze dissertatie is geschreven door een huisarts en een specialist gezamenlijk; beide disciplines hebben een duidelijke en herkenbare inbreng gehad, met als resultaat een fraai en helder geschreven boekwerk. Het boek bevat een grote hoeveelheid gegevens en is een aanrader voor iedereen die zich interesseert voor verwijz- en taakafbakeningsproblematiek. Er blijven voldoende vragen liggen voor verder onderzoek.

H. van Weert

Making sense of audit

Irvine D, Irvine S, eds. Oxford, New York: Radcliffe, 1994; 162 bladzijden, prijs GBP 12.50. ISBN 1-870905-12-1.

Voor 'medical audit' bestaat in het Nederlands eigenlijk geen term. Donald en Sally Irvine beschrijven in dit boek audit als een proces waarmee professionals in de gezondheidszorg op een systematische wijze de zorg aan patiënten toetsen, evalueren en verbeteren, met het doel de gezondheidstoestand en de kwaliteit van het leven van die patiënten te verbeteren. Aan de hand van deze beschrijving kan de term kwaliteitsbevordering waarschijnlijk het beste dienen als Nederlandse vertaling. In het eerste deel van dit boek worden de theoretische achtergrond en de opzet van audit beschreven. In het tweede deel wordt op casuïstische wijze

verslag gedaan van een aantal in de praktijk uitgevoerde audits.

Kwaliteitsbevordering in de huisartspraktijk kan volgens de auteurs een belangrijke factor zijn die bijdraagt aan een verbeterde gezondheidstoestand van de bevolking. Daarnaast kan kwaliteitsbevordering ertoe leiden dat patiënten meer tevreden zijn over de dienstverlening, en dat hulpverleners hun professionele kwaliteiten verbeteren. Systematische kwaliteitsbevordering is bovendien een belangrijk instrument voor praktijkmanagement.

Om de processen van kwaliteitsbevordering, maar ook van management en onderwijs te beschrijven, wordt in het algemeen gebruik gemaakt van een cirkel om het cyclische karakter van dit proces weer te geven. De een gebruikt hiervoor twaalf kleine stappen, de ander vier grote, het principe is in alle gevallen hetzelfde. De Irvines zetten de opzet van een audit uiteen aan de hand van een cirkel in vier stappen: opstellen van criteria, verzameling van gegevens over het handelen, vergelijken van het handelen met de richtlijnen, vaststellen van de gewenste verbetering, opstellen van criteria, etc.

De verschillende stappen worden gedetailleerd beschreven met gebruikmaking van praktische voorbeelden. Terecht wordt uitgebreid stilgestaan bij de start van een audit: waaraan moet een onderwerp voldoen om in aanmerking te komen, hoe wordt de prioriteitsvolgorde vastgesteld en hoe is de planning. Voor deze drie activiteiten, die voorafgaan aan de audit, worden praktische richtlijnen gegeven. Het in acht nemen van deze richtlijnen kan bij de uitvoering veel frustratie bij de betrokkenen voorkomen.

In het tweede deel wordt een aantal voorbeelden van audit in de praktijk gegeven, zoals de effectiviteit van een screeningsprogramma voor 75-plussers, een screeningsprogramma voor bloeddrukcontrole, een rubellavaccinatieprogramma, de diabeteszorg en het voorschrijven van H2-antagonisten.

Britse huisartsen bevinden zich in een andere situatie dan hun Nederlandse collega's, als het gaat om de organisatie van de zorg en de wet- en regelgeving. Het 'New Contract', fund holding en de Family Health Authorities (FHSAs) stellen andere eisen aan het kwaliteitsbeleid van de Britse huisarts. Medical Audit Advisory Groups (MAAGs) geven praktische ondersteuning bij de uitvoering. Dit maakt dat de voorbeelden uit dit boek niet altijd direct stimulerend zullen zijn voor de Nederlandse huisarts. Te verwachten is echter dat in ons land patiënten, verzekeraars en overheid in toene-

mende mate eisen gaan stellen aan het kwaliteitsbeleid van de huisarts. Wetgeving waarin ook aan huisartsen kwaliteitseisen worden gesteld, is of wordt binnenkort ingevoerd (BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen). Het kan geen kwaad voorbereid te zijn op eisen die van buitenaf zullen worden gesteld. Belangrijker is echter nog dat een systematisch kwaliteitsbeleid in de eigen praktijk meer inzicht geeft in het eigen handelen en het mogelijk maakt gewenste veranderingen in de praktijk in te voeren. Zo beschouwd is het een stimulerende en bevredigende activiteit die burn out helpt te voorkomen. Dit boek kan enig inzicht in de theoretische achtergrond van kwaliteitsbevordering geven, maar zeker ook voldoende praktische tips.

A.E. Timmermans

NOTA BENE

Bij een volwassen patiënt met acute bronchitis dient de huisarts alleen dan een ander antibioticum dan doxycycline te overwegen, indien er sprake is van zwangerschap of gebleken intolerantie voor tetracyclines.

Verzamelwoede en behoefte aan papier om de kachel aan te maken zijn de enige geldige redenen om medische tijdschriften langer dan vier weken te bewaren.

Stellingen bij: Verheij TJM. Acute bronchitis in general practice [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1995.