

Standaarden, tevredenheid, probleemgeoriënteerde registratie

NHG-standaarden 4

In hun reactie op de beschouwing 'Tussen gouden standaard en gouden kalf' doen *De Melker & Kuyvenhoven* onder andere een beroep op het NHG-bestuur om duidelijkheid te verschaffen over de doelstellingen en de achtergronden van de NHG-standaarden om de vrijblijvendheid van het gebruik te doorbreken.^{1,2}

Standaarden zijn – zoveel mogelijk wetenschappelijk gefundeerde – richtlijnen, bedoeld om praktiserende huisartsen houvast te bieden in de dagelijkse praktijk. De NHG-standaarden zijn vanaf het begin bedoeld om als houvast en als normen en richtlijnen te functioneren in een veelomvattend kwaliteitsbeleid voor huisartsen. Het begrip norm kan daarbij tot verwarring leiden, omdat het direct ideeën over verplichtingen oproept. In de optiek van de 'toetsers' in een kwaliteitsbeleid betekent een norm niet meer dan de toetssteen waaraan kwaliteit wordt afgemeten, zoals *Schellevis* in zijn reactie terecht opmerkt.³ Een huisarts die volgens die vooraf gestelde norm handelt, levert 100 procent kwaliteit. Maar nooit is door het NHG gesteld dat 'kwaliteit' altijd 100 procent zou moeten zijn. Het is de zelfs de vraag of je in een beginnend kwaliteitsbeleid direct moet toetsen, en of de norm in dat geval hoger zou moeten zijn dan bijvoorbeeld 60-70 procent.

Toetsen blijkt veel moeilijker dan aanvankelijk werd gedacht. De kennistoets, een zogenaamde educatieve toets, is de enige vorm die op dit moment beschikbaar is. Deze toetst wel kennis maar niet het feitelijke gedrag in de spreekkamer. Het zal dus nog wel even duren voordat een selectieve toetsing waarbij er verplicht gestelde normen zijn, ook daadwerkelijk wordt ingevoerd. Het kwaliteitsbeleid van huisartsen is op volstrekt vrijwillige basis gevoerd, waardoor van het opleggen van normen en toetsen, en van het aangeven van de daarbij behorende slaagpercentages tot nu toe geen sprake was. Dit is een belangrijke reden waarom het kwaliteitsbeleid in ons land zo goed is geaccepteerd, anders dan bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, waar kwaliteitsinitiatieven met veel meer overheidsdwang werden geïntroduceerd en tot een houding van verzet bij de beroepsgroep leidden.

Het voordeel van onze Nederlandse aanpak is dat huisartsen het bestaan van de nieuwe kwaliteitsnormen gemakkelijk hebben aanvaard en inzien dat ze een belangrijke steun betekenen in het dagelijkse werk. Toch zullen we er ook in ons land niet onderuit komen om als beroepsorganisaties van huisartsen op termijn harde, getalsmatige garanties te geven

voor kwaliteit en niet alleen kunnen wijzen op de hoge acceptatiegraad. In de eerste onderzoeken naar de vraag of huisartsen volgens standaarden werken, bleek dat voor ongeveer 65 procent het geval te zijn en dat lijkt ons voor een beginnend kwaliteitsbeleid lang niet slecht.⁴

Een heel ander aspect van het publiceren van standaarden in het kader van een kwaliteitsbeleid wordt gevormd door het gebruik ervan in juridische kwesties. Daar dreigt inderdaad de situatie te ontstaan dat de norm op 100 procent wordt gesteld. Dit fenomeen kan niet aan de standaarden zelf worden geweten; iedere andere vorm van een gezaghebbende beschrijving van het vak (huisarts)geneeskunde zou in de rechtszaal tot norm kunnen worden verheven. Het is echter aan de geraadpleegde getuigen-deskundigen, in casu vooraanstaande mensen in huisartsenland, om de rechter de betrekkelijkheid van deze normstellende geschriften duidelijk te maken. Dat kan een wetenschappelijke vereniging niet doen. Dit blijkt onder meer uit het bij iedere standaard afgedrukte kader, waarin wordt gesteld dat individuele situaties kunnen nopen om – gemotiveerd – van de standaard af te wijken.

Momenteel loopt een zorgvuldige procedure om de tot nu toe verschenen standaarden indien nodig aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen. In 1996 zal een Standaardenboek deel 2 verschijnen en in 1997 een herdruk van het Standaardenboek deel 1, waarin de herziene versie van de eerdere standaarden zijn opgenomen. De Melker en Kuyvenhoven worden, zoals vele anderen, bij deze grote herzieningsronde betrokken.

Namens het NHG-bestuur,
J. Zaat
S. Thomas

- 1 De Melker RA, Kuyvenhoven MM. NHG-standaarden 3 [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1995; 38(6): 273-4.
- 2 Van Duijn NP, Meyboom-de Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. *Functie en toepassing van NHG-standaarden* [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1995; 38(1): 3-6.
- 3 Schellevis FG. NHG-standaarden 1 [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1995; 38(6): 272.
- 4 Dalhuysen J, Zwaard A, Grol R, Mookink H. Richtlijnenproject. De effectiviteit en bruikbaarheid van methoden van toetsing van het medisch handelen in de huisartspraktijk. Nijmegen: WOK, 1994.

Tevredenheid

Van Duijn stelt dat satisfactie 'de kameleon onder de uitkomstmaten van kwaliteit van zorg' is, 'een wazig, slecht gefundeerd begrip'.¹ Inderdaad geven auteurs aan 'satisfactie' heel uiteenlopende betekenissen, zodat kan worden gesproken van een containerbegrip. In plaats van het te laten bij deze constatering, stellen wij voor om te streven naar grotere helderheid van begrippen. Misschien kan het begrip 'satisfactie' maar beter worden vermeden en kan voortaan beter worden gesproken van oordelen, verwachtingen, prioriteiten, feitelijke ervaringen e.d. om aan te geven waar het op een bepaald moment precies om gaat.

Terecht wordt geconstateerd dat de relatie tussen satisfactie en wat patiënten verwachten of belangrijk vinden, problematisch is. Soms hebben patiënten geen of alleen globale verwachtingen of wensen, die zich in de loop van de tijd ontwikkelen. Niet altijd worden alle ervaringen en verwachtingen tegen elkaar afgewogen om tot een oordeel te komen. Ook hebben mensen vaak de neiging om verwachtingen bij te stellen als de ervaringen tegenvallen. *Van Duijn* verzucht dan ook: 'Tevredenheid is niet iets wat er gewoon is, geduldigheid wachtend op een indrukwekkende vragenlijst'.

Nu kan van veel begrippen hetzelfde worden gezegd, zonder dat zij daardoor per se onbruikbaar zijn. Een voorbeeld is 'bloeddruk'. Ook hierbij is het meestal onduidelijk wat de determinanten ervan zijn. Bovendien is ook de bloeddruk niet iets 'wat er gewoon is': je kunt die niet zien of voelen. Toch is de hoogte van de bloeddruk wel degelijk van belang, omdat deze een voorspellende waarde heeft voor een aantal gezondheidsproblemen. Nagegaan zou moeten worden of iets soortgelijks geldt voor de verwachtingen, oordelen of voorkeuren van patiënten. Geven deze aanwijzingen over de kwaliteit en uitkomsten van de zorg en de knelpunten daarin? Of hebben deze alleen casuïstische betekenis, zoals in de samenvatting van de beschouwing wordt gesteld?

Van Duijn stelt dat het object waarover een waardering wordt uitgesproken, voldoende toegespitst en concreet moet zijn om iets met de uitkomsten te kunnen doen. Hiermee zijn wij het eens. Bovendien zouden wij willen stellen dat voor de selectie van deze concrete aspecten van zorg een zorgvuldige procedure moet worden gevolgd. Uit een literatuuranalyse bleek, dat veel aspecten van zorg slechts zelden aan bod kwamen in patiëntssatisfactiestudies en dat patiënten slechts zelden werden betrokken bij het selecteren van aspecten.² Aspecten die nog

nauwelijks aan bod kwamen in onderzoek binnen de eerste lijn, zijn bijvoorbeeld de continuïteit van de zorg, de samenwerking tussen hulpverleners, de effectiviteit van de behandeling en de inbreng van de patiënt in beslissingen. In eigen onderzoek hebben wij focusgroep-interviews met chronische patiënten en huisartsen gehouden om concrete aspecten van zorg te selecteren, waarover een oordeel van patiënten wordt gevraagd.³

In hoeverre geeft de tevredenheid van patiënten over de wijze van zorgverlening en de uitkomsten ervan een aanwijzing over de kwaliteit van zorg? Terecht wordt in de beschouwing onderscheid gemaakt tussen een marktbenadering en een gezondheidszorgbenadering. In de eerste benadering wordt tevredenheid bij de patiënt gezien als een hulpmiddel voor het behouden en eventueel vergroten van het marktaandeel. In de tweede benadering wordt tevredenheid bij de patiënt opgevat als een doel in zichzelf. De tevredenheid van de patiënt kan nog op een andere manier worden opgevat, namelijk als een oordeel over structuur, proces en uitkomsten van zorgverlening – een oordeel dat kan worden benut bij kwaliteitsverbetering. Dit oordeel is bij sommige aspecten van zorg van beperkte waarde, maar kan bij andere aspecten een goede aanvulling geven op het oordeel van de arts. In bepaalde gevallen kan de patiënt waarschijnlijk zelfs beter oordelen dan de arts, bijvoorbeeld als het gaat over de informatieverstrekking of over wachttijden.

Door het beter definiëren van begrippen en het zorgvuldig kiezen van concrete aspecten van zorg zal waarschijnlijk een stuk duidelijker worden wat precies wordt gemeten. Tot die tijd is het te vroeg om uit te maken of satisfactie of oordelen van patiënten bruikbaar zijn voor het signaleren van kwaliteitsproblemen. Er zullen waarschijnlijk voldoende interpretatieproblemen overblijven om voorzichtig te blijven met het leggen van een directe relatie tussen patiëntenoordelen en kwaliteit van zorg. Wij zijn het daarom met Van Duijn eens, dat huisartsen niet kunnen worden afgerekend op de resultaten van patiëntenquêtes. Wel denken wij dat het zinvol kan zijn om deze in te passen in educatieve activiteiten van (groepen) huisartsen, gericht op verbetering van deskundigheid en de kwaliteit van zorg. Mogelijk kunnen huisartsen op deze manier tevens hun arbeidssatisfactie verhogen.

Michel Wensing
Richard Grol
Werkgroep Onderzoek Kwaliteit KUN/RL

- 1 Van Duijn NP. Waarom zouden we vragen of patiënten tevreden zijn? *Huisarts Wet* 1995; 38(2): 46-8, 56.
- 2 Wensing M, Grol R, Smits A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994; 38: 45-53.
- 3 Wensing M, Van Montfort P, Smits A, Grol R. Indicatoren voor kwaliteitsbeoordeling van de huisartsenzorg door chronische patiënten. *Kwaliteit & Zorg* 1994; 2: 109-21.

Naschrift

Wensing en Grol doen belangrijk werk op het gebied van de beoordeling van zorg door patiënten. Hun literatuuroverzicht was me niet bekend, maar blijkt een welkome aanvulling te zijn op dat van *Hall & Dornan*.¹ Ook Wensing en Grol zijn van mening dat bij dit onderwerp – oordelen van patiënten over de zorg – voorzichtig geopperd moet worden, omdat het ingewikkeld is en vol met valkuilen.

Het woord *tevredenheid* en zeker het te deftige *satisfactie* kan hierbij in de weg staan. Het is inderdaad beter voorlopig te spreken van het meer neutrale *oordeel* of *beoordeling* over iets. Dit geeft tegelijk ruimte voor enige symmetrie tussen de beoordeling van de patiënt en de beoordeling van de zorgverlener. Beiden kunnen een oordeel hebben over hoe de manier van zorgverlening ervaren is en over de uitkomst van die zorg. De trias van Donabedian – structuur, proces en uitkomst – is me te analytisch, alsof goede zorg iets is wat je gewoon kunt meten. Persoonlijk houd ik meer van de tweedeling *manier waarop* en *effect*. De manier waarop is iets dat men waardeert of niet, een waarde-oordeel. Patiënt en zorgverlener kunnen beiden beoordelen of ze een contact in goede harmonie vinden verlopen of niet. Patiënt en zorgverlener kunnen ook beiden beoordelen of ze het effect van de zorg goed vinden of niet. Dit oordeel kan genormeerd worden en zo zijn we terug bij het bekende tweetal normen en waarden.

Het spreekt vanzelf dat de weging van deze vier aspecten van de kwaliteit van zorg bij een appendicitis anders ligt dan bij hoestende kinderen van bezorgde ouders. Het gaat dus uiteindelijk om een soort meta-beoordeling per patiëntengroep van vier gewogen aspecten. Deze laatste stap tot slot – de weging van de manier waarop en de uitkomst bij een specifieke aandoening volgens twee perspectieven – is niet meer te meten maar slechts te beoordelen.

Voer voor debat.

N.P. van Duijn

- 1 Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 9: 935-9.

Probleemgeoriënteerde registratie

Van der Kouwe poneert enkele misvattingen over de probleemlijst en de Problem Oriented Medical Record (POMR).¹ Hij suggereert een tegenstelling tussen POMR-registratie en episoderegistratie, terwijl die er niet is. In de huisartspraktijk worden talrijke aandoeningen gepresenteerd. Sommige daarvan zijn ziekte-episoden die heel kort duren. Sommige aandoeningen doen de patient een aantal keren binnen korte tijd de huisarts bezoeken. Deze verschillende contacten vormen samen een episode. Gaat het om chronische aandoeningen, zoals COPD, diabetes mellitus, multiple sclerose, dan zijn dat langdurige episoden die binnen het POMR-concept als problemen op de probleemlijst worden benoemd.² Daarbij blijven de oorspronkelijke gegevens, die als onderbouwing van de benoeming hebben gediend, in de verslaglegging aanwezig. De bewering van Van der Kouwe, dat 'een POMR te weinig gelegenheid biedt om correct om te gaan met de vele onduidelijke diagnoses die in de huisartspraktijk voorkomen, waarbij de gebruiker wordt verleid om stellige beweringen te doen en vervolgens vast te leggen' is onjuist. *Weed*, de geestelijke vader van de POMR, stelt juist dat de probleemlijst geen vermoedelijke diagnoses mag bevatten.³ Ook *Meyboom* stelt het registreren op 'a true level of understanding' aan de orde.⁴ Juist het kiezen van het woord 'probleem' geeft aan dat het ook om iets anders kan gaan dan om een diagnose. Een probleem kan in de tijd veranderen en dient dan anders benoemd te worden.^{2,3,5,6}

Ik kan het met Van der Kouwe eens zijn als hij bedoelt dat niet alle HIS-sen dergelijke wijzigingen op eenvoudige wijze mogelijk maken. Maar dat ligt niet aan het probleemlijst-concept maar aan de vormgeving binnen het Elektronisch Medisch Dossier. De opmerking dat het onmogelijk is aan te geven wie een mutatie heeft uitgevoerd, is inmiddels achterhaald. Sommige HIS-sen registreren ook wie bepaalde gegevens invoert.

Dr. Job F.M. Metsemakers
Registratienet Huisartspraktijken
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht

- 1 Van der Kouwe JW. Computer-ondersteunende besluitvorming in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1995; 38(2): 65-70.
- 2 Metsmakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De Probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1988; 31: 379-81.
- 3 Weed LL. *Medical education and patient care*. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.
- 4 Meyboom WA. Registreren op: 'A true level of understanding'. Een nieuwe impuls voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde? *Huisarts Wet* 1979; 22: 22-4.
- 5 Petrie JC, McIntyre N. *The problem oriented medical record*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1979.
- 6 Levelink H, Meyboom WA. Probleemgeoriënteerd registreren in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 6-8.

Naschrift

In mijn artikel – dat overigens door zijn aard de verschillende onderwerpen slechts oppervlakkig kon aanstippen – heb ik inderdaad willen aangeven dat een Problem Oriented Registration naar mijn mening niet de meest geschikte manier is om episode-gericht te werken. Natuurlijk kunnen in een POR wel episodisch beschreven worden, maar dat is heel wat anders dan een 'Episode Oriented Registration' als basis van een HIS te ontwerpen.

Hoewel het PO(M)R in onderwijsituaties zeer zeker zijn merites heeft en heel duidelijk van groot belang is geweest voor de ontwikkeling van het EMD,¹ vind ik dat het een te rigide en prescriptieve structuur heeft om daadwerkelijk een huisarts te kunnen ondersteunen. Weed ontwikkelde zijn systeem dan ook zo'n 25 jaar geleden, in een tijd dat het deterministisch denken in de geneeskunde nog hoogtij vierde; hij spreekt nadrukkelijk van een 'problem oriented system of medicine'.² Tegenwoordig beschouwen we de geneeskunde steeds meer als probabilistisch van aard, net als de exacte natuurwetenschappen.^{3,4}

Indien een HIS meer moet kunnen dan alleen het registreren van facetten van het patiëntverleden, dan zal ook dit probabilistische aspect op conceptueel niveau moeten worden geïmplementeerd, hoe moeilijk dat momenteel ook zijn mag.

Het feit dat geen onduidelijke of vermoedelijke diagnoses op de probleemlijst mogen voorkomen, is precies wat ik beweerd heb. In tegenstelling tot Metsmakers zie ik dit echter juist als een ongewenste situatie.

Recent zijn de nadelen van het PO(M)R tamelijk duidelijk verwoord en/of zijn alterna-

tieven voorgesteld.⁵⁻⁸ Overigens schreef Fries al in 1974 over kritiek aangaande het PO(M)R: 'Such objections are usually met by the statement that the method is being improperly applied'.⁹

Inmiddels, zo heb ik begrepen, is aan de stuurgroep Referentiemodel-95 voorgesteld om inderdaad een episode-gerichte structuur in het HIS aan te brengen.

De opmerking over het vasthouden van mutatiegegevens is naar mijn mening niet terecht. Weliswaar houden de meeste systemen inderdaad bij wie wanneer bepaalde (patiënt)gegevens in de database heeft gemuteerd, maar verdwijnen die data weer bij een volgende mutatie. Alleen over de laatste mutatie worden dus gegevens bewaard (waarbij echter wel de oorspronkelijke (patiënt)gegevens uit de database verloren zijn gegaan!). Bij juridische bewijsvoering is dat bij lange na niet voldoende.

Naar mijn mening hebben de problemen die momenteel ervaren worden bij de huidige vormen van het HIS wel degelijk hun oorsprong in het basisconcept van het probleemgeoriënteerde registreren en niet (alleen) in hun uiteindelijke vormgeving.

J.W. van der Kouwe,
huisarts te Bergentheim

- 1 Weed LL. The problem-oriented record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. *Ann Clin Res* 1971; 3: 131-4.
- 2 Weed LL. *Medical records, medical education and patient care*. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.
- 3 Giard RWM. Wat te verwachten van protocollaire geneeskunde? *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 31: 1557-60.
- 4 Firth WJ. Chaos – predicting the unpredictable. *BMJ* 1991; 303: 1565-8.
- 5 Rector A, Nowlan WA, Kay S. Foundations for an electronic medical record. *Meth Inform Med* 1991; 30: 179-86.
- 6 Rector A, Nowlan WA. Medical knowledge representation and predictive data entry. *Med Inf (Lond)* 1991; 44: 105-16.
- 7 Rector A, Nowlan WA, Kay S, et al. A framework for modelling the electronic medical record. *Meth Inform Med* 1993; 32: 109-19.
- 8 Van Ginneken AM. Problemen rond de ontwikkeling van het elektronisch medisch dossier. *TMI* 1993; 22: 96-8.
- 9 Fries JF. Alternatives in medical record formats. *Med Care* 1974; 10: 871-81.