

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
 Dr. N.P. van Duijn
 M. Hugenholtz, arts
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Dr. J.W.M. Muris
 Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
 Nieuwe Prinsengracht 39
 1018 EG Amsterdam
 Telefoon (020) 4232131
 Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6395763
 Advertenties behoeven de goed-
 keuring van de redactiecommissie.
 Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6385700
 Fax (030) 6385839
 E-mail: klantenservice@bsl.nl
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.
 België BEF 3.951 per jaar. Overig
 buitenland NLG 261,75 per jaar.
 Studenten NLG 99,50 per jaar.
 Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt
 13x per jaar. Opzeggingen dienen
 ten minste twee maanden voor de
 aanvang van een kalenderjaar te
 worden gericht aan Klantenservice
 Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
 Overige abonnees aan
 Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de
 Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-
 Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Meten van kwaliteit

Theorie en betekenis voor het kwaliteitsbeleid van het NHG

Metten van kwaliteit komt per definitie neer op het maken van vergelijkingen met een omschreven norm – een bezigheid die tegenwoordig ook wel *benchmarking* wordt genoemd. Toetsing valt eveneens onder deze definitie. Dit commentaar behandelt een aantal algemene problemen die zich kunnen voordoen bij metingen die betrekking hebben op de kwaliteit van de inhoud van de medische zorg en de daarmee verbonden *processen* en *uitkomsten*. Daarbij staat de gevolgde argumentatie los van de – altijd lastige – definitie van wat kwaliteit nu eigenlijk is. Impliciet ga ik uit van de premisse dat medische zorg gelijk staat aan een interventie die tot andere uitkomsten zal leiden dan het afwachten van het natuurlijke beloop. Als dit niet het geval was, zou immers geen sprake kunnen zijn van een vergelijkende meting.

In de medische wereld worden metingen die betrekking hebben op de uitkomst van het gehele zorgproces, beschouwd als de meest valide wijzen om de geleverde kwaliteit te beoordelen. Helaas is meten met dit type harde uitkomstmaten maar beperkt mogelijk.¹ Voorbeelden daarvan dringen zich gemakkelijk op, als men zich realiseert dat de hardste uitkomstmaat – mortaliteit – in de huisartsgeneeskunde zelden toepasbaar is, en we dus moeten terugvallen op zachtere indicatoren als 'functionele toestand', 'kwaliteit van leven', diagnostische tests en laboratoriumwaarden. Deze hebben echter een beperkte validiteit en betrouwbaarheid, en worden bovendien meestal ongeblindeerd gemeten.

Metten met uitkomstmaten heeft nog een andere beperking. Het tijdspad waarbinnen zich veranderingen voordoen in de zieke mens, is vaak dermate lang, dat onderzoekers en hun financiers niet bereid zijn daarop te wachten.

Al deze bezwaren vormen voor 'meters' van kwaliteit aanleiding om de meetlat elders – en wel lager – te leggen: bij de verstreker van de zorg in plaats van bij de ontvanger; dus niet bij de patiënt, maar bij de arts. Hiermee worden metingen die betrekking hebben op het *proces* van zorg (het medisch handelen van artsen) geïntroduceerd als surrogaatparameters voor de uitkomst. De meetlat komt nog verder van de uitkomsten te liggen bij metingen die betrekking hebben op de zorgstructuur (praktijkvoering).

Het proces van zorg kan worden gemeten aan de hand van parameters als 'wat er is gedaan met de patiënt', 'waar', 'wanneer' en 'hoe'.¹ Hoewel de interne validiteit van dit soort metingen vaak goed is, geldt dat op voorhand niet voor hun voorspellende waarde ten aanzien van uitkomsten van de zorg: de 'uitkomstvaliditeit'. Met dit begrip bedoel ik de hardheid van de samenhang tussen het handelen van de arts en de verwachte uitkomsten bij de patiënt.

Ter verduidelijking enkele voorbeelden. Een procesparameter met een hoge uitkomstvaliditeit is het percentage gevallen waarin aan mensen met ernstig hartfalen therapie met ACE-remmers werd gegeven. Er is een aantoonbare positieve samenhang van dit percentage met harde uitkomsten.² Een parameter met een goede interne maar lage – of op zijn minst kwetsieuze – uitkomstvaliditeit is het monitoren (het buiten perioden van klachten regelmatig meten en noteren) van de FEV1 bij astma- en COPD-patiënten. De correlatie hiervan met een positieve uitkomst op langere termijn is onduidelijk.

Op 'evidence' gebaseerde richtlijnen vormen door hun inzichtelijke en controleerbare (transparante) onderbouwing goede bronnen voor het vinden van procesparameters met een hoge uitkomstvaliditeit. Voor belangrijke delen van de huidige richtlijnen – ook die in de Standaarden van het NHG – ontbreekt een solide onderbouwing echter en daarmee in feite ook de mogelijkheid tot valide kwaliteitsmetingen aan de

IN DIT NUMMER

In deze aflevering van H&W gaat de rubriek *Journaal van start* (p. 507). *Sleutelbegrippen zijn berichtgeving, opinie en actualiteit.*

Metten van kwaliteit	465
Echografie door een huisartsen-laboratorium	468
Over snotteren, snuiten, stomen en druppelen	471
Van vreemd komen...	481
De tweeslachtigheid van het verschil	486
NHG-Standaard Urinesteenlijden	491
Ingezonden	503
Forum	504
Boeken	505
Journaal	507
Agenda	508
NHG-katern	509

hand van procesindicatoren. Dit 'manco' kan niet worden geweten aan die richtlijnen zelf; het is een wezenskenmerk van iedere toegepaste wetenschap die zich bezighoudt met levende wezens. Het gevolg hiervan is dat richtlijnen, alvorens ze gebruikt kunnen worden voor valide metingen van kwaliteit, eerst ontleed moeten worden in harde en zachtere adviezen.

Methoden voor metingen die betrekking hebben op het proces van zorg, zijn vooral beschreven in de Amerikaanse literatuur.^{3,4} Grosso modo zijn ze psychometrisch van aard, en de bedenkers zijn meestal sociale wetenschappers. Een belangrijke valkuil bij dit type onderzoek is gelegen in de validiteit van de registratie van het eigen gedrag. Zelfregistratie kan gemakkelijk leiden tot het noteren van gewenst in plaats van feitelijk gedrag.

Welke onderzoeksmethoden gehanteerd moeten worden, hangt af van diverse variabelen:

- De groep waarbij wordt gemeten, of die de opdracht geeft, bijvoorbeeld artsen, verzekeraars of inspecties.
- De beoogde doelen, bijvoorbeeld de zorg van een arts bij een kwaal (diabetes, hypertensie), de zorg van een groep artsen bij een dergelijke kwaal, de zorg van één arts bij verschillende aandoeningen, etc.
- De beschikbare tijd. Zorgprocessen duren vaak lang, waardoor valide metingen ook langere tijd vergen. Deze tijd is vaak niet beschikbaar.
- De mogelijkheid om getraind hulppersoneel in te zetten voor registratie, of het putten van gegevens uit beschikbare bestanden.
- De uitvoerbaarheid. Zelfregistratie bijvoorbeeld is voor huisartsen lastig; je moet er maar net aan denken als een patiënt met de te registreren aandoening langskomt. Daarnaast zijn invullijsten vaak ontmoedigend lang.
- De beschikbare financiën.

Een algemeen bezwaar is, dat de methodologie van procesmetingen nog betrekkelijk jong is, waardoor niet voor iedere vraag een valide en betrouwbaar onderzoeksinstrument beschikbaar is. De kans is daardoor groot dat een project strandt door gebrekkige methodologie.⁵ Voor huisartsen als onderzoekers komt daar bij dat ze geen scholing hebben gehad in sociaal-wetenschappelijke methodologie, een potentiële bron van frustratie en mislukkingen.

Een ander probleem doet zich voor als diverse aspecten van kwaliteit met betrekking tot hetzelfde onderwerp worden gemeten. Welk aspect moet dan het zwaarst wegen? Laten we er eens van uitgaan dat een arts de diagnose hypertensie adequaat stelt en de bloeddruk prima onder de streefwaarde krijgt, maar dit laatste bereikt met niet aanbevolen medicamenten. Is het eindoordeel dan positief of negatief?

Een specifiek probleem bij kwaliteitsmetingen in de huisartsgeneeskunde is tenslotte het generalistische karakter van het vak. Om een globaal beeld te krijgen van het kwalitatieve handelen van één huisarts of van een groep zullen op een groot aantal onderdelen metingen moeten worden verricht.

Om al deze redenen zal bij meting van kwaliteit altijd een spanning blijven bestaan tussen wenselijkheid en haalbaarheid, en zal er dus altijd sprake zijn van een compromis.

Intussen zijn allerlei initiatieven ontwikkeld om na te gaan of artsen de gedragsveranderingen die worden geadviseerd in richtlijnen, ook werkelijk gaan vertonen. *Grimshaw et al.* vatten de resultaten van het beste onderzoek op dit terrein samen in een fraai overzichtsartikel. In alle besproken studies was sprake van enige vorm van implementatiestrategie, en daarvan maakten reminders en feedback zeer vaak deel uit. De auteurs concluderen ten aanzien van de effectiviteit van de diverse implementatiestrategieën het volgende:

- In 81 van de 87 studies waarin effecten op het proces van zorg werden onderzocht, gemeten aan het nakomen van de richtlijnen, werden significante verbeteringen gemeld.
- In 12 van de 17 studies waarin ook naar *uitkomsten* van zorg was gekeken, kon in dit opzicht een significante maar helaas slechts betrekkelijk kleine verbetering worden aangetoond.
- Deze gegevens maken het waarschijnlijk dat goede (dat wil zeggen: naar *uitkomsten* gerekend valide) richtlijnen die met een behoorlijk implementatieprogramma worden geïntroduceerd, het gedrag van artsen in gunstige zin kunnen veranderen, en daarmee ook de uitkomsten voor de patiënt.
- Er zijn nog te weinig onderzoeksgegevens om harde conclusies te trekken over de effectiviteit van de in de onderzochte studies gehanteerde nascholings- en implementatiestrategieën in verschillende settings.⁶

Grimshaw et al. hebben hiermee het bewijs geleverd dat kwaliteit inderdaad kan worden gemeten aan de hand van procesparameters die zijn afgeleid van richtlijnen. De door hen gevonden verschillen waren echter betrekkelijk klein en de onderzochte meetmethoden waren bewerkelijk en duur.

Wat betekent dit alles voor het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse huisartsen?

Als NHG en LHV, ondanks bovengenoemde bezwaren, toch nu al iets zouden willen laten zien van het rendement van de door hen gemaakte en geïmplementeerde richtlijnen, zou onderzoek van het type dat in het voorafgaande is beschreven, voorlopig te weinig aan het doel beant-

woorden en te lang op zich laten wachten. Het bedoelde rendement kan voorlopig beter worden onderzocht met de alom geaccepteerde surrogaatparameter voor de effectiviteit van onderwijs: de educatieve toets of, in gewoon Nederlands, examens. Op het regelmatig afleggen van dergelijke examens kan een premie worden gezet, bijvoorbeeld in de vorm van nascholingspunten of een recht op nascholingsgelden.⁷ De aantallen geslaagde geëxamineerden en de toename daarvan in de tijd vormen dan een bewijs van rendement. De haalbaarheid van zo'n examenplan lijkt bijzonder groot, de kosten en inspanningen verhoudingsgewijs gering.

Tegen dit voorstel kan worden ingebracht dat kennis en vaardigheden geen goede voorspellers zijn van het feitelijke handelen in de praktijk.⁸ Dat is natuurlijk waar. Anderzijds moeten we bedenken dat als examineren voldoende waarborg wordt geacht om iemand wel of niet toe te laten tot de artsenstand, eenzelfde type toetsing bruikbaar moet worden geacht in de nascholing.

Siep Thomas,
 hoogleraar huisartsgeneeskunde
 Erasmus Universiteit Rotterdam,
 Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

- 1 Davies HTO, Crombie IK. Assessing the quality of care. Measuring well supported processes may be more enlightening than monitoring outcomes. *BMJ* 1995; 311: 766.
- 2 The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987; 316: 1429-35.
- 3 Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 2. Methods. Rockville Md: AHCP, 1995.
- 4 Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality in health care. Part 2. Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-70.
- 5 Groeneweg BJ, Heijenbrock WJ, Vissers JMH. Werken volgens protocol. Effecten van implementatie NHG-Standaarden. *Med Contact* 1997; 52: 567-9.
- 6 Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4: 55-64.
- 7 Thomas S. Gepast gebruik bij de huisarts, van vaststelling naar invoering. *VAGZ Magazine* 1994(2): 18-21.
- 8 Rethans JJ. Does competence predict performance? Standardized patients as a means to investigate the relationship between competence and performance of general practitioners. Amsterdam: Thesis, 1991.

