

Ontwikkeling van een meetinstrument voor academische huisartspraktijken

B. DOORN
R.J.J. KOCKEN
H.F.J.M. CREBOLDER
ET AL.

Doorn B, Kocken RJJ, Crebolder HFJM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Ontwikkeling van een meetinstrument voor academische huisartspraktijken. Huisarts Wet 1999;42(2):57-60.

Doel De capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht heeft in zijn regio academische samenwerkingsrelaties ontwikkeld met 30 huisartspraktijken. Dit betekent dat deze praktijken op structurele basis en op 'academisch' niveau bijdragen leveren aan de universitaire taakstelling. In ruil voor deze bijdragen ontvangen de academische huisartsen/praktijken vergoedingen in geld of menskracht. Welke prestatie uiteindelijk voor deze input geleverd wordt, valt om diverse redenen moeilijk te meten. Hierdoor is ook de 'state of the art' van het totale netwerk moeilijk te bepalen. De centrale vraagstelling luidt: kunnen de prestaties van academische huisartspraktijken beoordeeld worden aan de hand van een model?

Methoden Het onderzoeksdesign is een case-study. Er zijn verschillende soorten methoden toegepast bij de ontwikkeling van een model. De methoden-mix bestaat uit inhoudsanalyse, interviews, panel-methode, spelmethode en participerende observaties.

Resultaten De pilotstudie leverde een overzicht van 70 items op die verwijzen naar academische output op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, onderzoek inclusief registratie, en patiëntenzorg.

Conclusie Een panel deskundigen vond het overzicht volledig en alle items meetbaar. Derhalve worden alle items meegenomen in de hierna volgende consensusronden onder academische huisartsen.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde / Onderzoeksinstituut ExTra, Onderzoeksschool CaRe, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

drs. B. Doorn, bestuur- & organisatie-wetenschapper; dr. R.J.J. Kocken, beheerder ExTra/CaRe; prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. G.J. Dinant, universitair hoofddocent; prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Correspondentie: drs. B. Doorn,
e-mail Babette.Doorn@HAG.Unimaas.NL.

Inleiding

De samenwerking in het kader van de academisering tussen de capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht en 30 gecontracteerde academische huisartspraktijken in de regio Limburg omvat de uitvoering van taken met wisselende omvang op het gebied van wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, registratie en patiëntenzorg. Voor het vervullen van onderwijs-, registratie- en onderzoekstaken is financiering ter beschikking gesteld door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschappen. Dit zogenaamde Vernieuwingsfonds was primair bedoeld voor facultair onderwijs en onderzoek in het kader van de eerstelijnsprofilering. De huisartsopleiding was niet bij deze middelen inbegrepen. Het toenmalige Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur stelde hiertoe in 1987 de tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken ('UHP-regeling') in.¹ Aangezien deze regeling in 1994 ophield, nam de Ziekenfondsraad deze betalingen over voor een periode van drie jaar (1994-1997), ter voorbereiding op een definitieve regeling.

Er zijn drie vormen van ruil tussen de universiteit en de academische praktijken:

- salaris in ruil voor prestatie;
- geld in ruil voor prestatie;
- menskracht in ruil voor menskracht.

Ondanks het feit dat de samenwerking is vastgelegd in contracten en dat de partners de academisering van groot belang voor hun praktijkvoering achten,¹ wordt de samenwerking bedreigd door de toenemende tijdsbelasting en de lagere vergoedingen als gevolg van de universitaire bezuinigingen. De aandacht voor efficiency en prestatiebeoordeling is als gevolg hiervan sterk toegenomen, hetgeen consequenties heeft voor de jaarlijkse invulling van de academische werkplannen. Bovendien ontbreekt het veelal aan criteria en/of maatstaven om toetsbare afspraken te maken. Er is reeds een aantal beoordelingsinstrumenten beschikbaar, met name op het gebied van onderwijs. Hierbij valt te denken aan de beoordeling van docenten door

studenten. De bestaande instrumenten geven echter geen beeld van de totale academische prestatie. Er is behoefte aan criteria op alle terreinen en aan inzicht in het 'input-throughput-output'-proces. Alleen op die manier kan een evenwichtig oordeel over praktijkprestaties tot stand komen. Daarom wordt gestreefd naar het opstellen van een beoordelingsinstrument waarin zoveel mogelijk meetbare aspecten van academisering geïntegreerd zijn.

In deze bijdrage wordt de samenstelling beschreven van een beoordelingsinstrument ten behoeve van de output van academische huisartspraktijken aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- Welke uitkomstparameters komen in aanmerking om de 'output' van academische praktijken op de deelterreinen wetenschappelijk onderwijs, onderzoek, registratie en patiëntenzorg te kunnen beoordelen?
- In hoeverre worden deze parameters en de indeling onderschreven door een panel van deskundigen?
- Zijn alle in het model opgenomen uitkomstparameters kwantitatief en kwalitatief meetbaar?

Methode

In eerste aanleg is gezocht naar indicatoren of items die verwijzen naar academische output in de gearchiveerde documenten (diverse soorten contracten, werkplannen en notities) en relevante publicaties op het terrein van de academisering.¹⁻¹⁹ Ook zijn academische huisartsen en experts ('sleutelfiguren') zowel op huisartsgeneeskundig als op andere gebieden (beleidswetenschappen, kwaliteit van zorg) op dit terrein ondervraagd en zijn lokale en nationale bijeenkomsten op het gebied van academisering bijgewoond. Op basis hiervan is een model met 70 outcome-parameters ontwikkeld. Deze parameters werden ondergebracht in drie categorieën: wetenschappelijk onderwijs (17 items), wetenschappelijk onderzoek en registratie (15 items) en patiëntenzorg (38 items). Daarbij is een onderscheid aangebracht tussen enerzijds reguliere dan wel uitvoerende taken, en anderzijds innoverende

dan wel ontwikkelende taken. Dit onderscheid is aangebracht om praktische en inhoudelijke redenen:

- de verwachting dat binnen de academisering een aantal activiteiten verschuift van ontwikkeling naar uitvoering ('opwaartse spiraal'); andere innovatieve taken zullen vervolgens wellicht tijdelijk op experiment-basis binnen de academisering plaatsvinden;
- uitvoerende taken zijn veelal facultair-gebonden taken die zijn opgenomen in het jaarlijkse werkplan;
- innovatieve taken vereisen in het algemeen een ander abstractieniveau en een andere denkwijze dan die bij reguliere taken;
- het onderscheid zou behulpzaam kunnen voor het toekomstig beleid op het gebied van academisering;

Bij de samenstelling van de items is voor onderwijs (*tabel 1*) en onderzoek en registratie (*tabel 2*) uitgegaan van de taken zoals die door de Faculteit der Geneeskunde zijn omschreven. De items die betrekking hebben op de patiëntenzorg (*tabel 3*) komen grotendeels voort uit een eerdere studie.¹³ Daaraan is toegevoegd het item 'klinische patiëntbesprekingen'.¹¹

De volgende stap was het voorleggen van de items met een gedetailleerde beschrijving aan een panel van drie deskundigen (de derde t/m vijfde auteur) met het verzoek om:

- de itemlijst te controleren op volledigheid en duidelijkheid;
- de indeling van de items ten aanzien van het onderscheid 'uitvoering' en 'ontwikkeling' te beoordelen;
- aan te geven of de items meetbaar zijn en zo ja, hoe (kwantitatief en/of kwalitatief).

Resultaten

Van de 70 benoemde outcome-parameters is er geen door het panel toegevoegd of verwijderd. Wel werd de verdeling van de items over 'uitvoering' en 'ontwikkeling' enigszins bijgesteld. Bij onderwijs is het item 'keuzeonderwijs & wetenschapsstages begeleiden' van ontwikkelend naar uitvoerend geplaatst omdat deze volgens

het panel al geruime tijd met name in academische praktijken ondergebracht worden. Bij onderzoek en registratie vond het panel dat 'bijdragen aan publicaties' en 'refereren van projectvoorstellen' geen reguliere taken zijn. Deze items zijn verplaatst naar de groep ontwikkelingsitems. 'Coördinatietaken voor het RNH' is daarentegen verplaatst van ontwikkelend naar uitvoerend. Dit is gebeurd omdat het RNH inmiddels een lange traditie kent waardoor coördinatie als routinematig beschouwd kan worden.

Bij patiëntenzorg deed zich ook een aantal verschuivingen voor. Zowel 'toetsing binnen de hagro (huisartsengroep)' als het item 'systematische bespreking van NHG-standaarden' vond het panel ontwikkelend van aard. Alle monitoring-items (7) zijn als innovatief aangeboden, waarvan slechts drie typen (diabetes type 2, astma/COPD en hypertensie) door het panel ook als innovatief beoordeeld zijn.

De uitvoering van patiëntenzorg bevat het grootste aantal items. Besloten is om de volgende clustering aan te brengen:

- interdisciplinair overleg, waaronder overleg met bijvoorbeeld thuiszorg en specialisten;
- diagnostische handelingen, zoals het maken van een ECG of het verrichten van een kniepunctie;
- therapeutische handelingen, waarbij te denken valt aan het inbrengen van een spiraal;
- differentiatie van klinische deelgebieden;
- monitoring, van bepaalde categorieën patiënten;
- nascholing, zowel lokaal als landelijk; onder ontwikkeling van de patiëntenzorg worden toetsing en protocolontwikkeling begrepen.

Het panel heeft bij elk item aangegeven hoe er zowel kwantitatief als kwalitatief gemeten zou kunnen worden.

De Faculteit der Geneeskunde en de capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde beschikken over een registratie van de planning van studenten die stage lopen in het academisch netwerk. Kwantitatieve evaluatie kan bijvoorbeeld plaatsvinden aan de hand van het aantal studenten in een

praktijk; dit soort gegevens is terug te vinden in onderwijscorrespondentie tussen Faculteit en capaciteitsgroep en overige onderwijsdocumentatie. Kwalitatieve evaluatie van het onderwijs kan geschieden op basis van studentevaluaties die voor vrijwel alle genoemde items beschikbaar zijn.

De bijdrage die het academisch netwerk levert aan wetenschappelijk onderzoek, is in kwantitatieve zin terug te vinden in de werkplannen. Academische huisartsen vervullen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek verschillende rollen, variërend van het includeren en motiveren van patiënten tot het zelf publiceren en promoveren. Al deze activiteiten worden in de werkplannen opgenomen of staan in jaarverslagen van het onderzoeksinstituut geregistreerd; derhalve valt de output op het gebied van onderzoek en registratie goed te meten.

De projectleider van het RegistratieNet Huisartsen bewaakt de registratieactiviteiten. In kwantitatieve zin kan deze persoon gebruik maken van de centrale database die door de registrerende huisartsen periodiek met nieuwe anonieme patiëntgegevens wordt gevuld. Eveneens periodiek is het overleg tussen de projectleider en de participerende praktijken, waarbij ook een kwalitatieve beoordeling op de agenda staat. Tevens zijn er diverse groepen van academische huisartsen die hun registratiegedrag onderling toetsen.

Het moeilijkst is het om inzicht te verkrijgen in meetbare elementen van de patiëntenzorg. Wel haalbaar werd geacht om bepaalde structuur- en procesvariabelen te meten zoals het al dan niet aanwezig zijn van een type voorzieningen dan wel de wijze waarop deze voorziening in de zorg ingezet wordt. Volgens het panel vallen de meeste handelingen het best door onderlinge toetsing of praktijkobservaties te meten. Hiervoor zijn meetinstrumenten uit andere onderzoeken beschikbaar.²⁰ Bij nascholing bestaan registratielijsten waarmee in kwantitatieve zin gemeten kan worden hoe vaak en voor welk aspect van de zorg een huisarts aan nascholing heeft deelgenomen. Anders is het bij innovatieve zorgvormen en – ontwikkelingen zoals

Tabel 1 Outputparameters onderwijs academisering huisartsgeneeskunde

Uitvoering van onderwijs

Praktisch medisch onderwijs

- oriëntatie eerste lijn (OEL)^{4,13}
- adoptieprogramma^{4,13}
- praktisch medisch onderwijs in de huisartspraktijk (PMOH)^{4,13}

Theoretisch onderwijs

- deelname planningsgroepbasiscurriculum⁷
- tutorschap^{7,13}
- keuze-onderwijs & wetenschapsstage begeleiden^{13,15}
- lezing houden⁶

Vaardigheidsonderwijs

- observatie vaardigheidstoets^{1,4}
- medisch praktisch onderwijsgroep (MPO) begeleiden⁷
- patiëntdemonstratie¹

Huisartsopleiding

- huisartsopleiding (HAO)-inhoudsdeskundige^{13,14}
- hao-klinisch valuteerbare stages^{14,18}

Beleid

- lidmaatschap facultaire commissie⁷
- deelname onderwijsgroep^{7,13}

Ontwikkeling van onderwijs

- deelname aan pilotproject¹⁵
- maken computercasustoets (CCT)-vragen¹⁷
- implementatie van nieuwe inzichten in basiscurriculum¹⁵

Tabel 2 Outputparameters onderzoek en registratie academisering huisartsgeneeskunde

Uitvoering van onderzoek en registratie

- deelname basale registratie RNH (Registratie Netwerk Huisartsen)^{2,5,13,15}
- systematische additionele gegevensverzameling t.b.v. projecten^{1,6,13}
- coördinatietaken RNH²
- deelname researchgroep^{1,13}
- deelname aan inhoudelijke besprekingen¹

Ontwikkeling van onderzoek en registratie

Onderzoek

- refereren van project-voorstellen^{6,7}
- bijdragen aan publicatie¹³
- genereren van onderzoekbare vraagstellingen^{6,9,13}
- uitwerken van vraagstellingen^{6,9}
- pilotprojecten starten in eigen praktijk⁶
- zelf publiceren¹³
- promoveren¹³

Registratie

- probleemlijstdefinities invoeren⁵
- RNH-toetsingscommissie²
- software-ontwikkeling begeleiden²

Tabel 3 Outputparameters patiëntenzorg academisering huisartsgeneeskunde

Uitvoering van patiëntenzorg

Interdisciplinair overleg

- overleg thuiszorg^{13,15,19}
- overleg fysiotherapie^{13,15}
- overleg specialisten^{13,15}
- overleg RIAGG¹³
- teambesprekingen¹⁰

Diagnostische handelingen

- ECG maken en beoordelen^{12,13}
- spirometer¹³
- glucosemeter¹³
- oogboldruk meten^{12,13}
- screeningsaudiogram¹³
- Doppler^{6,13}

Therapeutische handelingen

- spiraal inbrengen¹³
- kleine chirurgie¹³
- larynx spiegelen¹³
- fundoscopia¹³
- enkelbandage¹³
- kniepunctie¹³

Differentiatie klinische deelgebieden

- COPD³
- type 2 diabetes³
- cardiologie¹⁶
- oogheelkunde³
- kleine chirurgie¹⁶
- bewegingsapparaat³

Monitoring

- intensieve thuiszorg¹³
- opgenomen patiënten¹³
- ontslagen patiënten¹³
- recent verweduwden¹³

Nascholing

- farmacotherapie-overleg (FTO)¹³
- Randwijckcursus¹³
- werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH)¹³

Ontwikkeling van patiëntenzorg

Toetsing

- protocolontwikkeling⁸
- onderlinge toetsing⁸
- toetsing hagro¹³
- NHG-bespreking hagro¹³
- deelname klinische patiëntbesprekingen (KLIP)¹¹

Monitoring

- type 2 diabetes¹³
- astma/COPD¹³
- hypertensie¹³

de klinische patiëntbesprekingen (KLIP). Hiervoor zou een wetenschappelijke publicatie ook mee kunnen wegen in de beoordeling.

Beschouwing

In deze pilotstudie is ten aanzien van onderwijs, onderzoek, registratie en patiëntenzorg een clustering aangebracht die ook voor andere capaciteitsgroepen respectievelijk afdelingen huisartsgeneeskunde bruikbaar lijkt. Elke capaciteitsgroep huisartsgeneeskunde neemt immers deel aan de opleiding tot arts respectievelijk huisarts, verricht wetenschappelijk onderzoek, verzamelt via registratie patiëntgebonden gegevens en is betrokken bij de patiëntenzorg.

Zo is er bij onderwijsuitvoering een basispatroon bestaande uit theoretisch onderwijs, vaardigheidsonderwijs, praktisch medisch onderwijs, huisartsopleiding en onderwijsbeleid. Wat voor één faculteit onderwijsvernieuwend is, kan voor een andere faculteit tot het reguliere pakket behoren. Ook binnen eenzelfde faculteit kan na verloop van tijd een verschuiving plaatsvinden van innovatief naar regulier.

Bij de categorie uitvoering van onderzoek en registratie staan items die voornamelijk te maken hebben met specifieke en lokale taken. Bij de categorie ontwikkeling van onderzoek en registratie daarentegen treffen we veel items aan die voor alle universitaire capaciteitsgroepen gelden, zoals het genereren en uitwerken van onderzoekbare vraagstellingen. In deze categorie valt op dat er een gradiënt is die loopt van een beperkte (zoals refereren) tot een zeer actieve (zoals promoveren) deelname aan onderzoek.

Bij het proces van academisering gaat het niet alleen om de uitvoering van afzonderlijke activiteiten, maar om de interactie en integratie tussen onderwijs, onderzoek, registratie en (hoogwaardige) patiëntenzorg. Bij deze pilotstudie is niet gestreefd naar discriminerende items, maar naar het bereiken van consensus. Uiteindelijk is het de bedoeling om te komen tot een gewogen optelsom van kwantitatieve en kwalitatieve beoordelingscriteria, die te-

zamen leiden tot een geïntegreerd meetinstrument. De volgende stap is om de items extern te valideren²¹ in een steekproef van academische huisartsen. Elk item wordt dan ook bij de volgende stap, de consensusronden onder huisartsen, meegenomen. Het ligt voor de hand dat zij de items zullen prioriteren vanuit hun eigen standpunt en situatie.

Samenvattend concluderen wij dat de indicatoren van een beoordelingsinstrument ten behoeve van academische huisartspraktijken onderverdeeld naar wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en registratie, en patiëntenzorg, samengesteld kunnen worden en tot op zekere hoogte meetbaar zijn.

Literatuur

- 1 Kocken RJJ. Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelvorming. Theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking tussen huisartsen en universiteiten [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- 2 Höppener P. Automatisering en wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk: de mogelijkheden en merites van een nieuw instrument [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- 3 Crebolder HFJM, Beusmans GHMI, Höppener P. De huisarts van morgen. Van de HOED en de thuiszorg. Med Contact 1997;9:284-6.
- 4 Crebolder HFJM, Metsemakers JFM, Op 't Root JMH, et al. Patiëntgebonden onderwijs in de huisartspraktijk binnen de artsopleiding; het programma van de Rijksuniversiteit Limburg. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1320-3.
- 5 Crebolder HFJM, Kocken RJJ. Academisering van huisartspraktijken. Practitioner (NL) 1989; 15:1130-2.
- 6 Van Es JC, Mandema E, Olthuis G, Verstraete M. Het medisch jaar 1990, hoofdstuk 7. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1990.
- 7 Faculteit der Geneeskunde Universiteit Maastricht. Docentprofessionalisering en personeelsbeleids onderwijs (nota). Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.
- 8 Grol RPTM, Mesker PJR, redactie. Huisarts en onderlinge toetsing. Methoden, normen, protocollen. Utrecht: Bunge, 1986.
- 9 De Groot A, Knottnerus JA. Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? Med Contact 1982;37:37-9.
- 10 De Haan J, Meyboom WA, Dijkers FW. Handboek praktijkvoering. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 11 De Kock CA, Crebolder HFJM, Beusmans GHMI, Gielen-van Steenberghe Horrocks S. Patiëntbesprekingen in academische praktijken. De opzet en een eerste inventarisatie. Med Contact 1997;42:1061-3.
- 12 Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1987.
- 13 Leclercq RMFM, Crebolder HFJM, Breevoort, ELMG. Wens en werkelijkheid in academische praktijken; discrepanties. Med Contact 1994;39: 1278-80.
- 14 De Melker RA, Pool J. Academisch geneeskundig centrum. Voortrekker in een vernieuwde gezondheidszorg. Med Contact 1982;37:246-9.
- 15 Mulder JD, et al. Academische werkplaats eerstelijns gezondheidszorg. Een ontwerp. Med Contact 1982;37:761-3.
- 16 Post D, Been P. Huisartsgeneeskunde op weg naar 2000. To go or not to go. Med Contact 1997;52:281-3.
- 17 Schuwirth LWT, Van der Vleuten CPM, De Kock CA, et al. Computerized case-based testing: a modern method to assess clinical decision making. Med Teacher 1996;18:294-9.
- 18 Zijlstra S. Samenwerking huisarts-specialist. Pionieren in de (huisarts)opleiding. Med Contact 1996;51:1255-7.
- 19 Franssen M, Crebolder HFJM. Academische huisartspraktijken en thuiszorg. Knelpunten onderzocht. Med Contact 1997;52:327.
- 20 Van den Hombergh P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.
- 21 Swanborn PG. Aspecten van sociologisch onderzoek. Derde druk. Meppel: Boom, 1974. ■

Abstract

Doorn B, Kocken RJJ, Crebolder HFJM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Measuring the performance of academic practices: the development of a model. Huisarts Wet 1999; 42(2):57-60.

Objective The department of general practice Maastricht University, maintains a structural relationship with 30 academic practices. The collaboration includes scientific activities regarding education, research and registration in return for payment. Many tasks are practice related in order to facilitate integration between teaching and research on the one hand and patient care on the other. Measuring outcome in relation to input is difficult for several reasons. Therefore, we cannot describe the state of the art of academic practices. The main question is: how can the performance of academic practices be measured?

Design The design is a case study. A mixture of methods has been used: content analysis, interviews, an expert panel, focused group in combination with interactive game, and participating observation.

Results The pilot study resulted in 70 performance indicators related to scientific teaching, research and registration, and patient care.

Conclusion The experts considered all indicators to be measurable, both quantitative as qualitative. They did not add or remove indicators. Therefore, all indicators will be judged by consensus groups of academic general practitioners.

Correspondence

Ms. B. Doorn, Department of General Practice, Maastricht University, PO box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands; e-mail: Babette.Door@HAG.Unimaas.NL.