

# Gebruiken huisartsen toetsen voor kwaliteitsverbetering?

Sjoerd Hobma, Paul Ram, Cees van der Vleuten, Richard Grol

## Samenvatting

Hobma SO, Ram PM, Van der Vleuten CPM, Grol R. Gebruiken huisartsen toetsen voor kwaliteitsverbetering? *Huisarts Wet* 2002;45(13):726-9.

**Vraagstelling** Gebruiken huisartsen toetsen zoals kennistoetsen, VIP- en videotoetsen voor kwaliteitsverbetering? Wat zijn knelpunten bij gebruik?

**Methoden** Er werden twee methoden gebruikt: 106 huisartsen werden telefonisch geïnterviewd en 82 huisartsen met veel toetservaring vulden een schriftelijke vragenlijst in.

**Resultaten** De respons van het interview was 49%. Meer dan 50% van de geïnterviewden had nauwelijks ervaring met toetsing. Knelpunten waren: tijdgebrek, slechte samenwerking met collega's, niet weten hoe te beginnen en onvoldoende motivatie. Uit de vragenlijst (respons 91%) bleek dat 82% de toetsresultaten niet had gebruikt vanwege tijdgebrek, gebrekkige praktijkvoering en samenwerking, onoverzichtelijke feedback en onvoldoende vaardigheden met systematische kwaliteitsverbetering.

**Beschouwing** Toetsen worden in de praktijk nauwelijks gebruikt voor kwaliteitsverbetering. Betere toegankelijkheid en begeleiding bij gebruik van de resultaten zijn mogelijke oplossingen.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: S.O. Hobma, huisarts; prof.dr. R. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg; Capaciteitsgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch, Universiteit van Maastricht: prof. dr. C.P.M. van der Vleuten, hoogleraar Onderwijskunde; NHG: dr. P.M. Ram, senior-stafid.

Correspondentie: sjoerd.hobma@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: Paul Ram was destijds coördinator van de sectie Toetsing en Gegevensverzameling van het NHG.

## Inleiding

Ruim tien jaar is het beleid van LHV en NHG al gericht op systematische kwaliteitsverbetering.<sup>1</sup> In 1995 hebben zij als doel geformuleerd dat de beroepsgroep rond het jaar 2000 'effectief en doelmatig werken "organisatiebreed" in toetsbare termen' heeft ingevoerd.<sup>2</sup> LHV en NHG hebben onlangs de centrale rol van toetsing in het kwaliteitsbeleid uitgewerkt.<sup>3</sup> Omdat nascholing vaak wordt gekozen vanwege specifieke interesses of om praktische redenen, is toetsing nodig voor gerichte actie op werkelijke zwakke plekken.

De kennis over toetsing is de laatste tien jaar gegroeid. Er zijn nu toetsen voor medisch en communicatief handelen, zoals kennis-toetsen en video-observatie in de eigen praktijk. Er is een instru-

ment voor de visitatie van de praktijkvoering en ook toetsing met patiëntenoordelen is mogelijk.<sup>4</sup>

Maar beschikbaarheid betekent niet dat de instrumenten gebruikt worden. Begin jaren negentig zijn het gebruik en de meningen van huisartsen over methoden voor kwaliteitsverbetering onderzocht.<sup>5</sup> Huisartsen reageerden positief, maar hadden weinig ervaring met de toen nieuwe instrumenten en methoden. We onderzochten of dit nu veranderd is, of toetsen en toetsresultaten nu ook voor kwaliteitsverbetering gebruikt worden en wat knelpunten zijn.

## Methoden

### HET GEBRUIK VAN TOETSEN

Het NIVEL trok een representatieve steekproef uit het landelijke bestand van gevestigde huisartsen. De geselecteerde huisartsen ontvingen schriftelijke informatie over de inhoud van het interview waarna zij door getrainde interviewsters werden opgebeld. Het protocol voor de interviews was gebaseerd op literatuurgegevens.<sup>5-8</sup> Het bestond deels uit open vragen, bijvoorbeeld: 'Met welke toetsen heeft u ervaring?' en 'Vindt u het gebruik zinvol?' Niet genoemde toetsmethoden werden toegelicht en besproken. De knelpunten die huisartsen ondervonden of verwachtten werden geïnterviewd. Vervolgens werd gevraagd naar mogelijke oplossingen. Ten slotte werd een aantal stellingen voorgelegd. Het interview nam twintig minuten in beslag. De antwoorden zijn uitgeschreven en gecategoriseerd conform eerder onderzoek.<sup>5</sup>

### HET GEBRUIK VAN TOETSRESULTATEN

Alle deelnemers van het Project Integrale Toetsing hebben ruim een jaar na afloop van het project anoniem een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Zij hebben ervaring met bijna alle beschikbare vormen van toetsing. Met literatuurgegevens is een lijst met gesloten meerkeuzevragen ontwikkeld.<sup>6,9-13</sup> Hierin wordt gevraagd of de deelnemers aan de feedback doelstellingen hebben ontleend voor kwaliteitsverbetering, welke activiteiten zij hebben ondernomen en welke knelpunten en behoeften zij hierbij ondervonden.

## Resultaten

### HET GEBRUIK VAN TOETSEN

Er werden 218 huisartsen benaderd, van wie er 106 deelnamen aan het interview (respons 49%). Redenen om medewerking te weigeren waren: niet geïnteresseerd (45%), geen tijd (44%), geen financiële vergoeding (1%) of andere redenen, zoals afwezigheid of beëindiging van de praktijk (10%). Omdat deze respons gevolgen heeft voor de representativiteit worden de resultaten deels

kwalitatief en deels kwantitatief beschreven.

Op de vraag: 'Met welke toetsen heeft u ervaring?' konden 24 van de 106 huisartsen geen enkele toets noemen. Door 35 huisartsen werd één toetsmethode genoemd. Van de overigen noemden 31 huisartsen 2 toetsmethoden en 16 huisartsen noemden 3 tot 6 methoden. In tabel 1 is weergegeven welke methoden zijn genoemd. De genoemde knelpunten zijn weergegeven in tabel 2.

**Tabel 1** In de telefonische interviews genoemde toets(instrument)en waar huisartsen praktische ervaring mee hebben

Toets(instrument)	Aantal huisartsen (n=106)
Intercollegiale toetsing	69
Schriftelijke kennistoetsen	27
Toetsing aan de hand van NHG-Standaarden	15
Voorschrijfcijfers van apothekers	8
Videotoetsing in de praktijk	7
VisitatieInstrument Praktijkvoering (VIP)	6
Doorlichten van patiëntengegevens	5
Kennistoetsen via diskettes/internet	4
Kennis over vaardighedentoets	3
Gegevens van ziekenfondsen	3
Vaardighedentoetsing	3
Diagnostisch toetsoverleg	2
Patiëntenoordelen	0

**Tabel 2** In de telefonische interviews genoemde knelpunten bij het gebruik van toetsen (n=106; in procenten)

Knelpunten in de omgeving en werksituatie van de huisarts	
- Geen tijd/te hoge werkdruk	72
- Praktische problemen met de praktijkorganisatie	22
- Verwacht een negatieve houding van collega-huisartsen	21
- Verwacht een negatieve houding van andere hulpverleners en specialisten	3
- Praktische problemen met de organisatie binnen de HAGRO	2
- Verwacht een negatieve houding van patiënten	1
Knelpunten gerelateerd aan toetsen en de organisatie van toetsing	
- Geen vertrouwen in de bestaande toetsen	14
- Niet weten hoe te beginnen	7
- Onvoldoende regelgeving/te grote vrijblijvendheid	7
- Ontbreken van een duidelijk vervolg	6
- Ontbreken van effecten voor de praktijk	2
Knelpunten gerelateerd aan de individuele huisarts	
- Moeilijk om oude routines te veranderen	9
- Niet gemotiveerd om te veranderen	4
- Toetsing is bedreigend	3
- Te hoge leeftijd	2

Het belangrijkste knelpunt was tijdgebrek door de werkbelasting. Oplossingen waren vooral gericht op vermindering van de werkdruk. Verder werd ondersteuning bij het toetsen als oplossing gezien.

De organisatie en samenwerking binnen praktijk of HAGRO werden vaak gezien als belemmering bij toetsing. Het ging om organisatorische beperkingen en om verschillen in attitude en vaardigheden van collega's. Een betere organisatie van praktijk en HAGRO, meer sturing door beroepsorganisaties, regelgeving, een financiële beloning en het creëren van speciale toetsgroepen werden als oplossingen voor deze problemen genoemd.

De houding ten opzichte van toetsing was positief. De beschikbare methoden vond men in meerderheid zinvol. Methoden met gegevens over de dagelijkse praktijk (*performance*) hadden de voorkeur, zoals video-opnamen uit de dagelijkse praktijk, cijfers over

### Wat is bekend?

► In het kwaliteitsbeleid zou toetsing een grote rol moeten spelen.

### Wat is nieuw?

► Een belangrijk deel van de huisartsen gebruikt de beschikbare toetsen niet of nauwelijks.

► Huisartsen die wél aan toetsing doen, maken zeer beperkt gebruik van de toetsresultaten.

► Huisartsen zijn positief over toetsing, maar willen betere feedback en ondersteuning.

verwijzingen, voorschriften en intercollegiale toetsing. Bijna alle huisartsen vonden dit zinvol. Toetsing op het niveau van kennis of vaardigheden (*competence*), zoals schriftelijke toetsen, vond 25% niet zinvol. Er waren geen significante verschillen tussen huisartsen met en zonder ervaring met toetsen. Vijftien huisartsen hadden geen vertrouwen in de methoden.

Een deel van de geïnterviewden vond dat toetsing een nadrukkelijker rol moet krijgen, met een regisserende rol van de beroepsorganisaties en een striktere regelgeving. De organisatie ervan moet in handen zijn van een onafhankelijke organisatie, bijvoorbeeld het NHG. Een aantal huisartsen zou liever een volledig onafhankelijke organisatie zien.

Meer dan de helft van de huisartsen was het eens met de stelling dat het samenstellen van het nascholingsprogramma gestuurd moet worden door toetsresultaten. Evenveel huisartsen waren het eens met de stelling dat toetsresultaten moeten worden meegewogen bij herregistratie.

Voor een derde van de geïnterviewde huisartsen was niet duidelijk waar de toetsen precies vandaan komen. Een even groot deel was ongerust over wat er met de toetsresultaten zou gaan gebeuren en bang dat de gegevens misbruikt zouden worden door ziektekostenverzekeraars.

Geïnterviewden wisten vaak niet hoe zij aan toetsing moeten beginnen. Meer informatie en een betere toegankelijkheid van de methoden werden als oplossing aangedragen. Ook het interpreteren van toetsresultaten werd als probleem genoemd.

Bij een deel van de huisartsen was de bereidheid of de vaardigheid om verbeteringen door te voeren naar aanleiding van toetsresultaten niet aanwezig. Een aantal huisartsen had moeite met de beoordeling door collega's. Het creëren van een veilige nabespreking van toetsresultaten en van toetsgroepen werd als oplossing genoemd. Deze huisartsen zagen vaak ook knelpunten in de organisatie van praktijk en HAGRO en vonden dit niet een veilige groep. Een derde knelpunt was het ontbreken van zelfdiscipline. Een aantal huisartsen noemde de eigen leeftijd als struikelblok, en vond zichzelf te oud om nog nieuwe methoden aan te leren.

### HET GEBRUIK VAN TOETSRESULTATEN

Het gebruik van toetsresultaten voor kwaliteitsverbetering werd onderzocht met een schriftelijke vragenlijst die we opstuurden

naar 90 huisartsen; 82 van hen retourneerden de vragenlijst (respons 91%).

Van de respondenten had 82% de resultaten niet gebruikt voor de keuze van nascholing of voor veranderingen in hun dagelijks handelen. Door 12% was de feedback gebruikt om een persoonlijk leerplan te maken. De huisartsen hadden meer met de toetsresultaten willen doen. De genoemde knelpunten om de feedback te gebruiken zijn weergegeven in *tabel 3*.

**Tabel 3** In de schriftelijke vragenlijst aangegeven knelpunten bij het gebruik van toetsresultaten (n=82; in procenten)

<b>Knelpunten in de omgeving en werksituatie van de huisarts</b>	
- Geen tijd/te hoge werkdruk	63
- Praktische problemen met de praktijkorganisatie	53
- Gebrekkige samenwerking met collega's	10
<b>Knelpunten gerelateerd aan toetsen en de organisatie van toetsing</b>	
- Onduidelijke feedback	82
<b>Knelpunten gerelateerd aan de individuele huisarts</b>	
- Niet weten hoe te beginnen/geen vaardigheden met systematische kwaliteitsverbetering	60

Opnieuw werd tijdgebrek als knelpunt genoemd. Voor 63% was dit de reden waarom zij de resultaten niet hadden gebruikt. Tekortkomingen in de praktijkvoering werden door 53% genoemd, 10% zag gebrekkige samenwerking met collega's als knelpunt.

De manier waarop de feedback werd gegeven bleek een belangrijke reden voor het niet gebruiken ervan. De feedback in het project bestond uit tabellen met schriftelijke toelichting. Huisartsen kregen gedetailleerde informatie over honderden items. Door een teveel aan informatie vond 82% het moeilijk om overzicht te krijgen over hun sterke en zwakke punten. Beperking van de omvang tot 1 pagina zag 74% als oplossing.

De stap van toetsresultaten naar kwaliteitsverbetering vereist vaardigheden waarvan 60% van de huisartsen vond dat zij deze onvoldoende bezaten. Zij wisten niet goed hoe dit moest worden aangepakt. Zij zagen het aanbieden van hulp en begeleiding na de toetsing als oplossingen hiervoor. Het grootste deel (69%) had geen duidelijke voorkeur voor de vorm waarin dit moet plaatsvinden. Samenwerken in een groep huisartsen had de voorkeur van 31% van de respondenten; 25% wilde dit doen met huisartsen die met hetzelfde onderwerp bezig waren en 6% verkoos hiervoor de HAGRO.

### Beschouwing

Het doel om toetsing 'organisatiebreed' toe te passen is niet gehaald. Veel huisartsen zijn ook nauwelijks op de hoogte van de beschikbare methoden. Huisartsen die zich wel actief met toetsing bezighouden, gebruiken de feedback maar beperkt voor gerichte kwaliteitsverbetering.

Voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de gegevens omdat die niet representatief zijn voor de Nederlandse huisartsen. De interviews hadden een respons van minder dan 50%. De non-responders weigerden veelal deelname met als reden 'geen belangstelling' en zijn mogelijk negatiever over toetsing. Bij de schriftelijke enquête is een geselecteerde, gemotiveerde groep

### Abstract

Hobma SO, Ram PM, Van der Vleuten CPM, Grol R. Do GPs use assessment methods for continuing professional development? *Huisarts Wet* 2002;45(13):726-9.

**Objective** Do GPs use the available instruments such as knowledge tests, VIP (*VisitatieInstrument Praktijkvoering* – visitation instrument for practices) tests and video tests? Do GPs use feedback for systematic quality improvement? What obstacles are encountered in the use of assessment and assessment results for improving quality of care?

**Background** For more than a decade policy in primary care has focused on continuous quality improvement. Little is known about the current use and effectiveness of assessment.

**Methods** GPs were interviewed by telephone in order to investigate the use of assessment methods and the obstacles encountered in using them. In addition a written questionnaire was sent to GPs experienced in using several assessment methods in order to investigate the use of feedback and assessment results to improve quality.

**Results** Of the 218 GPs approached, 106 (49%) participated. More than half of the GPs interviewed had little or no experience with assessment. Obstacles were lack of time, problems in relations with colleagues, difficulties in getting started, lack of motivation and self-discipline and lack of legislation.

The written questionnaire, sent to 90 GPs, was completed by 82 (91%). Of this group, 82% had not used feedback for quality improvement. Obstacles were lack of time, problems in the organisation of the practice or in co-operation with colleagues, interpretation of the feedback, an inability to define aims and a lack of skills in quality improvement techniques.

**Discussion** The assessment methods available for improving daily care are used only to a limited extent. This is due to problems in using the assessment methods as well as difficulties in applying the results to activities designed to bring about improvement. Reduction of workload, improving the organisation of the practice, enhancing support given to GPs in the use of these methods as well as clear legislation may increase the use of the methods available. It is not clear how support in improving quality of care using assessment results should be designed, nor if this would be feasible and effective. Further research is required into these questions.

onderzocht. Hoewel we ons van deze beperkingen bewust zijn, hebben wij toch van een grote groep huisartsen gegevens over behoeften en knelpunten verkregen. Voor inzicht in de stand van zaken en voor beleid is dit waardevol.

Het valt op dat weinig huisartsen de HAGRO zien als een geschikte groep om de toetsresultaten uit te werken. Ook zijn huisartsen bang dat toetsresultaten misbruikt kunnen worden door verzekeraars. Dit conflicteert met het overheidsbeleid dat HAGRO's en ziektekostenverzekeraars een belangrijker rol wil laten spelen bij kwaliteitsverbetering.

Opmerkelijk is dat de huisartsen positief zijn over toetsing, maar er spaarzaam gebruik van maken. Wat is de oorzaak hiervan? De genoemde knelpunten zijn vooral praktisch van aard en zijn weinig veranderd ten opzichte van eerder onderzoek.<sup>5,9</sup> Tijdgebrek

wordt als belangrijkste probleem genoemd. Verder zijn de beschikbaarheid, de feedback en de begeleiding bij toetsing op dit moment onvoldoende. Slechts een beperkt aantal noemt motivatie en zelfdiscipline als belemmering.

De aangedragen oplossingen vereisen grote veranderingen in de huisartsenpraktijk en in de organisatie van kwaliteitsverbetering. De gewenste vermindering van de werkdruk zal echter op korte termijn waarschijnlijk niet gerealiseerd worden door het dreigende huisartsentekort. Hoe dan ook is het nodig de ondersteuning bij het gebruik van toetsresultaten voor kwaliteitsverbetering verder uit te werken, bijvoorbeeld met begeleiding door getrainde collega's. De winst die dit zal opleveren moet onderzocht worden, net zoals de haalbaarheid van dergelijke ondersteuning. Het is ook de vraag of huisartsen deze nieuwe manier van werken en veranderen, die zo anders is dan de huidige nascholing, kunnen aanleren.<sup>14</sup> Daarnaast is het de vraag of meer ondersteuning tegemoetkomt aan de andere genoemde knelpunten zoals tijdgebrek of gebrekkige samenwerking.

De resultaten maken duidelijk dat alleen het ontwikkelen en beschikbaar stellen van toetsen onvoldoende is. De toetsen zijn nu een geïsoleerd instrument in het grote aanbod van nascholing. Herbezinning op de rol en de vorm van toetsing in het kwaliteitsbeleid is dringend gewenst. Voordat nieuw beleid en instrumenten worden ontwikkeld, is onderzoek noodzakelijk naar de vorm waarin systematische toetsing en kwaliteitsverbetering moeten worden uitgewerkt, en de effectiviteit hiervan.

#### Literatuur

- 1 Kwaliteits- en Deskundigheidsbevordering. Utrecht: LHV; 1990.
- 2 Deskundigheidsbevordering. Beleidsplan Kwaliteit en Deskundigheidsbevordering. Utrecht: LHV/NHG; 1995.
- 3 Kwaliteit op Koers. Rapport No. 99/1070/BK. Utrecht: LHV/NHG, februari 1999.
- 4 Meten en toetsen als onderdeel van kwaliteitsbevordering. Utrecht: NHG, 2001.
- 5 Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit: general practitioners' perceived obstacles and requirements. *Br J Gen Pract* 1995;45:548-52.
- 6 Ram PM. Comprehensive assessment of General Practitioners [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.
- 7 Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-31.
- 8 Davis DA, Taylor Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J* 1997;157:408-16.
- 9 Balas EA, Boren SA, Brown GD, Ewigman BG, Mitchell JA, Perkoff GT. Effect of physician profiling on utilization. Meta-analysis of randomized clinical trials. *J Gen Intern Med* 1996;11:584-90.
- 10 Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern Med* 1998;128:651-6.
- 11 Chambers R, Bowyer S, Campbell I. Audit activity and quality of completed audit projects in primary care in Staffordshire. *Qual Health Care* 1995;4:178-83.
- 12 Eliasson G, Berg L, Carlsson P, Lindstrom K, Bengtsson C. Facilitating quality improvement in primary health care by practice visiting. *Qual Health Care* 1998;7:48-54.
- 13 Wolfersteig J, Dunham S. Performance improvement: a multidimensional model. *Int J Qual Health Care* 1998;10(4):351-4.
- 14 Van Berkestijn L. Leren leren. Over de vernieuwing van de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2002;45:248-52.

# Het effect van neuraminidaseremmers bij de behandeling en preventie van influenza is beperkt

Louwrens Boomsma, Pim Assendelft

## Inleiding

Zanamivir en oseltamivir zijn nieuwe vertegenwoordigers van de groep neuraminidaseremmers. Oseltamivir is in het najaar van

## Auteursgegevens

NHG, afdeling Richtlijnen en Wetenschapsbeleid, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: L.J. Boomsma, huisarts, wetenschappelijk medewerker; W.J.J. Assendelft, huisarts, hoofd afdeling Richtlijnen en Wetenschapsbeleid. Correspondentie: renw@nhg-nl.org  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

2002 in Nederland geïntroduceerd. Deze medicijnen remmen het enzym neuraminidase van het influenza-A- en -B-virus. Virale neuraminidase bevordert de penetratie van het virus in de epitheelcellen en de afgifte van nieuw gevormde viruspartikels.

Voor de plaatsbepaling van deze medicamenten zijn vier vragen van belang:

- ▶ Wat is het effect van het gebruik van neuraminidaseremmers op het ziektebeloop bij personen bij wie influenza vermoed wordt?
- ▶ Wat is het effect van het gebruik van neuraminidaseremmers op het ziektebeloop bij hoogrisicopatiënten met relevante comorbiditeit?