

Indicatoren

De ondertoon van het methodologische artikel 'Indicatoren in de huisartsenpraktijk' van Dalhuijsen (H&W 2002;45:664-9) stelt mij teleur. Ik doel vooral op passages in de beschouwing als 'Als het werken met indicatoren onvermijdelijk blijkt te zijn...' en '... als indicatoren niet tegen te houden zijn...'

Indicatoren voor structuur- (of organisatie-), proces- en uitkomstaspecten van de kwaliteit van de (huisartsen)zorg worden al jaren in onderzoek gebruikt; waarom is Dalhuijsen dan zo terughoudend om indicatoren bij de kwaliteitsbevordering van het eigen handelen in te zetten? In de NHG-standaarden is een belangrijk deel van het optimale huisartsgeneeskundig handelen beschreven en er zijn dus normen beschikbaar om het eigen handelen aan te toetsen. Indicatoren laten zien hoe het handelen in maat en getal is uit te drukken en bieden de mogelijkheid het eigen handelen te vergelijken met dat van collega's. Bewustwording van discrepanties tussen het eigen handelen en de norm of tussen het eigen handelen en dat van collega's is een belangrijke basisvoorwaarde voor iedere verandering. Natuurlijk zijn 'scores' op indicatoren voor discussie vatbaar: de NHG-standaarden zijn maar gedeeltelijk *evidence based*, iedere patiënt is anders, en 100% overeenstemming is een utopie. Maar dat is toch geen reden voor zo'n defensieve opstelling? Het gebruik van indicatoren voor de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen, voor zowel interne als externe doelen verdient sterke stimulering en ondersteuning. Het definiëren en gebruiken van indicatoren is een logische stap nu de productie en revisie van NHG-standaarden geprofessionaliseerd is. Indicatoren zijn een goede methode om de kwaliteit van de huisartsenzorg zichtbaar te maken binnen de praktijk, voor collega's en voor de samenleving – terughoudendheid in de toepassing ervan zal zich tegen ons keren.

François Schellevis

Antwoord

De vraag van de redactie was standpunten over indicatoren aan hun wetenschappelijke houdbaarheid te toetsen. Door gebrek aan voldoende goed onderzoek is die houdbaarheid gering en dat verklaart de 'defensieve opstelling'. Mijn ervaring met kwaliteitsprojecten en onderzoek naar bevordering van het medisch handelen en de praktijkorganisatie via indicatoren is positief. Huisartsen vinden vergelijken leuk; indicatoren vestigen de aandacht op prioriteitenstelling en op concrete resultaten voor de hele praktijk. De interne organisatie kan met indicatoren worden versterkt. Maar als we de risico's niet onderkennen, de doelen verwarren en valse verwachtingen koesteren, dan worden indicatoren een kruis.

Johannes Dalhuijsen

De poortwachter moet blijven

Van den Brink-Muinen et al. (H&W 2002;45(11);592-7) concluderen in hun artikel over de invloed van de poortwachtersrol in West-Europa dat patiënten in een niet-poortwachterssysteem meer hulp verwachten én krijgen dan in landen met een poortwachterssysteem. Daarnaast kennen huisartsen in een niet-poortwachterssysteem hun patiënten beter. Wij raden aan de poortwachtersrol toch maar niet op te geven.

De auteurs vergelijken drie landen met een poortwachterssysteem met drie landen zonder. Na correctie voor diverse factoren blijkt het poortwachterssysteem een aantal verschillen met het andere systeem te hebben. Zo'n vergelijking is alleen zinvol als binnen de clusters wel/niet-poortwachter de uitkomsten voor de verschillende landen enigszins vergelijkbaar zijn. In de tabellen is dit geenszins het geval. Vaak lijken de resultaten van een poortwachtersland meer op die van niet-poortwachterslanden dan op die van andere poortwachterslanden. Statistische toetsing is dan discutabel. De vergelijking tussen twee kleine groe-

pen maakt het onmogelijk om goed te corrigeren voor factoren die op nationaal niveau sterk samenhangen zoals vergoedingensysteem, kwaliteit van de tweede lijn, aantal patiënten per huisarts en de mogelijkheid tot taakdelegatie en -organisatie met daaraan gekoppeld de consultduur.

Ook is het de vraag of de voor de poortwachterslanden kwalitatief mindere prestaties op het gebied van huisarts-patiëntcommunicatie wel staan voor een mindere kwaliteit van de huisartsenzorg. In poortwachterslanden worden de door de patiënt voorgenomen psychosociale hulpvragen kwantitatief 'verdund' door spreekuurbezoeken met meer somatisch gerichte hulpvragen in het kader van de poortwachtersrol. In niet-poortwachterslanden vindt mogelijk selectie plaats van patiënten met meer psychologische hulpvragen.

De mate waarin de huisarts zijn of haar patiënt kent, werd vastgesteld met een simpele vraag.¹ Het is voorstelbaar dat de (vaak onbewuste) sociale wenselijkheid om een positief antwoord te geven groter is in de niet-poortwachterslanden, waar de huisarts-patiëntbinding formeel minder vanzelfsprekend is. Het is beter om dit kenmerk aan feiten te toetsen, zoals kennis over leefomstandigheden of relevante items uit de probleemlijst. Iedere discipline kent haar eigen onderzoekstrategie. Het verbaast ons hoe redelijk stellige conclusies getrokken worden uit observationeel onderzoek. Daarnaast vinden wij dat er weinig aandacht besteed is aan bovengenoemde en andere methodologische problemen, zoals de invloed van taal en cultuur bij het beantwoorden van lijsten en analyseren van de videobanden.

Het is niet te hopen dat politici of zorgverzekeraars besluiten om op basis van dit onderzoek het experiment maar eens aan te gaan en de poortwachtersrol afschaffen. Terecht constateren de onderzoekers in hun uitgebreidere rapport dat onder andere de consequenties voor het aantal (zelf)verwijzingen en gerelateerde kosten meegewogen moeten worden. Voor de huisarts zal het verlaten van de