

Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders

Samenvatting

Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. *Huisarts Wet* 2013;56(9):438-43.

ACHTERGROND Huisartsen-in-opleiding mogen verwachten dat ze worden opgeleid door gekwalificeerde opleiders in modelpraktijken. Dit onderzoek kijkt naar de verschillen tussen huisartsopleiders en niet-opleiders op het gebied van kwaliteit van zorg (infrastructuur, team, informatie, kwaliteitsbeleid).

METHODE We toetsten 203 huisartsenpraktijken (115 opleidingspraktijken) met 512 huisartsen (177 opleiders), die vrijwillig deelnamen aan de NHG-Praktijkaccreditering[®], met het Visitatie Instrument Praktijkvoering op 369 items (142 huisartsniveau; 227 praktijkniveau). Per niveau hebben we de verschillen geanalyseerd (ANOVA, ANCOVA).

RESULTATEN Opleiders scoorden op alle items (behalve één) hoger en significant hoger op 47 items (13 items na covariaten correctie). Opleidingspraktijken scoorden hoger op alle items en significant hoger op 61 items (23 items na covariaten correctie). Het verschil met reguliere praktijken zit in een breder diagnostisch en therapeutisch aanbod, de ruimere inzet van teamkwaliteiten, een betere praktijkorganisatie, een groter aanbod voor mensen met chronische ziekten en kwaliteitsbeleid. Verder rapporteerden opleiders meer betrokkenheid en werkvreugde, en minder ervaren werkdruk dan reguliere huisartsen.

CONCLUSIE Huisartsenopleiders en hun praktijken onderscheiden zich positief van de reguliere huisartsenzorg in zowel de breedte van het aanbod als de kwaliteit ervan. Deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] helpt opleidingsinstituten de kwaliteit van de opleiding te monitoren en te borgen. Bij het promoten van het opleiderschap kan ook de werkvreugde worden ingebracht.

INLEIDING

We verwachten van huisartsenopleiders en hun praktijken dat zij modelzorg bieden in een modelpraktijk om zo een goed opleidingsklimaat te bieden. Twintig jaar geleden is hiervoor al enig bewijs geleverd, maar recente cijfers ontbreken.¹⁻⁴ Huisartsopleidingsinstituten hebben de taak de kwaliteit van de huisartsopleiders en hun praktijken te monitoren en te borgen. Dit geldt niet alleen in Nederland, maar in heel Europa, waar nu een huisartsopleiding verplicht is gesteld.^{5,6} Behalve

een goede praktijksetting willen opleidingsinstituten ook inzicht in de kwaliteit van de opleiders en hun praktijken.⁷⁻¹⁰ Nederlandse huisartsopleiders volgen verplicht een vierjarig curriculum om ervaren opleider te worden. Daarna blijven acht dagen nascholing, gericht op coaching en overdracht van de kennis en kunde, verplicht.⁸ Verder worden opleiders gestimuleerd om deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering[®]. Deze accreditatie levert gedetailleerde feedback en biedt een structuur om verbeteringen te realiseren [kader].¹¹⁻¹³

We wilden de verschillen onderzoeken tussen huisartsopleiders en reguliere huisartsen en hun praktijken wat betreft infrastructuur, team, informatie en kwaliteitsbeleid.

METHODE

Setting en onderzoeksopzet

Tussen 2006 en 2007 namen 335 reguliere huisartsen en 177 opleiders vrijwillig deel aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] in 88 reguliere praktijken en 115 opleidingspraktijken (ten minste één opleider). De deelnemers waren akkoord met het gebruik van de gegevens op geaggregeerd niveau.

Gegevensverzameling

De NHG-Praktijkaccreditering[®] maakte gebruik van het VIP (Visitatie Instrument Praktijkvoering) en EPA (European Practice Assessment) met 369 indicatoren die kwaliteit van zorg meten (142 op huisarts- en 227 op praktijkniveau).^{11,14} We verkregen de gegevens aan de hand van lijsten die de huisartsen, stafmedewerkers, patiënten en getrainde observatoren hadden ingevuld.¹¹ We verzamelden ook gegevens over kenmerken van de huisarts en de praktijk.

De lijsten inventariseren informatie over de infrastructuur (de voorziening, het instrumentarium en de organisatie),

Wat is bekend?

- In de jaren negentig van de vorige eeuw was er wat betreft de praktijkvoering een klein verschil tussen opleiders en niet-opleiders.
- Huisartsinstituten bieden een vierjarig curriculum als investering in kwaliteit van de huisartsopleiders.
- Aios zorgen elk jaar voor nieuwe input in de praktijk.

Wat is nieuw?

- De kwaliteit van de praktijkvoering van huisartsopleiders en hun praktijken kan men nu vergelijken met die van niet-opleiders en hun praktijken.
- Het kwaliteitsverschil is consistent over de hele lijn aanwezig, maar is niet erg groot.
- De betere kwaliteit van de huisartsopleider en de opleidingspraktijk gaat samen met meer werkplezier en minder werkdruk.
- De bevindingen zijn een argument voor niet-opleiders om het opleiderschap opnieuw te overwegen.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; P. van den Hombergh, senior onderzoeker; J. Braspenning, universitair hoofddocent IQhealthcare, Tilburg University, afdeling Psychologie; S. Schalk-Soekar, onderzoeksassistent. UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde; A. Kramer, wetenschappelijk docent; B. Bottema, hoofd huisartsopleiding, University of Manchester, Health Sciences Research Group - Primary Care; S. Campbell, professor of primary care research • Correspondentie: p.hombergh@chello.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd financieel gesteund door de SBOH.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Are family physicians and their host practices any better? Comparing practice trainers and non-trainers and their practices. *BMC Fam Pract* 2013;14:23. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

het team (delegatie, samenwerking, bereik- en beschikbaarheid, administratie, werkbelasting en ervaren werkdruk), informatie (verslaglegging en voorlichting) en het kwaliteitsbeleid (deskundigheidsbevordering, kwaliteitsverbetering). Alle items zijn ja/nee-vragen, met uitzondering van die over werkdruk en werkstress, waarvoor we vijfpunts-likertschalen hebben gebruikt.¹¹

Analyse

We hebben de verschillen tussen opleiders en reguliere huisartsen berekend voor elk van de 142 items op huisartsniveau met variantieanalyse (ANOVA). Voor de schatting van de effectgrootte is Cohen's *d* gebruikt voor elk significant verschil ($p < 0,05$). Cohen noemt een effectgrootte van $d = 0,2$ klein, $0,5$ matig en $0,8$ groot.¹⁵ Bij significantie van de covariaten (geslacht, leeftijd, jaren ervaring als huisarts, gewerkte uren per week, aantal ingeschreven patiënten) hebben we een covariantieanalyse uitgevoerd (ANCOVA). De 227 items op praktijkniveau hebben we op vergelijkbare wijze geanalyseerd. De covariaten op praktijkniveau betroffen het soort praktijk, de ligging van de praktijk, de urbanisatiegraad, het aantal patiënten, het aantal fte praktijkondersteuner per duizend patiënten, het aantal fte managementondersteuning per duizend patiënten en het aantal jaren werkzaam in de praktijk.

De NHG-praktijkaccreditering®

Sinds 2005 kunnen huisartsen vrijwillig participeren in de NHG-praktijkaccreditering®. Ze krijgen informatie over de methode en een vragenlijst over hun verwachtingen. De voorbereiding kan een jaar in beslag nemen.

Ze verzamelen gegevens over hun praktijkvoering en patiëntenzorg, waarna een audit volgt van een getrainde auditeur. Vergelijking met benchmarks van andere huisartsen en praktijken helpt om het prestatieniveau vast te stellen en stimuleert tot het maken van verbeterplannen.

De eerste audit vindt plaats na het overleggen van de verbeterplannen om daarmee adequate participatie vast te stellen en om tot accreditatie te kunnen overgaan. Dat is het begin van een driejarig accreditatieprogramma. Een auditeur doet een follow-up van de plannen. Verlenging van de accreditatie hangt af van het al dan niet behaald hebben van de doelstellingen in de verbeterplannen.

De methode van de NHG-praktijkaccreditering® hanteert eerder gevalideerde instrumenten, zoals het Visitatie Instrument Praktijkvoering,¹⁶ medisch handelen¹⁷ en Europep¹⁸ (een meetinstrument dat de waardering van patiënten over de huisartsenzorg meet). De methode bestaat uit vragenlijsten voor de huisarts, de praktijkassistente/praktijkondersteuner, patiëntenvragenlijsten en een lijst voor een gestructureerde observatie, inclusief een observatie van het EMD door de visitator.

RESULTATEN

De kenmerken van de opleiders en opleidingspraktijken staan in [tabel 1]. Onder de reguliere praktijken telden we

Tabel 1 Kenmerken van de huisarts en de praktijk

Huisartskenmerken		Reguliere huisartsen	Opleiders	Cohen's <i>d</i>
		n = 335	n = 177	*
Geslacht	Man	176	129	-0,42
	Vrouw	157	47	
	Onbekend	2	1	
Leeftijd	Gemiddelde	44,05	49,95	0,77
	sd	8,31	6,27	
Jaren in de praktijk	Gemiddelde	12,94	19,42	0,75
	sd	9,13	7,70	
Aandeel fulltimehuisartsen	Gemiddelde	0,69	0,79	0,53
	sd	0,21 (1)	0,16	
Totaal aantal patiënten	Gemiddelde	1.795,6	2.069,76	0,40
	sd	731,06	603,56	
Praktijkenkenmerken		Reguliere praktijken	Opleidingspraktijken	Cohen's <i>d</i>
		n = 88	n = 115	
Soort praktijk	Gemiddelde	2,62	3,08	
	sd	1,7	1,40	
Praktijklocatie	Gemiddelde	1,71	1,85	0,35
	sd	0,45	0,36	
Urbanisatiegraad	Gemiddelde	2,33	2,67	
	sd	1,02	0,97	
Totaal aantal patiënten	Gemiddelde	3.970,75	5.553,82	0,57
	sd	2.530,87	2.969,41	
Fte praktijkondersteuner/1000 patiënten	Gemiddelde	0,41	0,44	0,68
	sd	0,10	0,10	
Fte management/1000 patiënten	Gemiddelde	0,02	0,04	0,30
	sd	0,03	0,11	
Aantal jaren werkzaam in de praktijk	Gemiddelde	12,09	14,14	0,33
	sd	6,82	5,29	

* Een positieve *d* betekent dat de gemiddelde scores voor opleiders hoger waren dan voor reguliere huisartsen.

iets meer solisten (34,9% versus 16,5%). De praktijken waren goed gespreid over Nederland. De opleiders waren vaker man, ouder, meer ervaren, werkten meer uren per week en hadden meer patiënten. De opleidingspraktijken bevonden zich vaker op het verstedelijkte platteland, hadden meer partners in de praktijk, meer patiënten per fte huisarts, meer assistentie en meer managementondersteuning dan reguliere praktijken. De 177 opleiders scoorden hoger op alle 142 items op huisartsniveau, op één na (UV-lampje voor oog) en significant hoger op 47 items [tabel 2]. Boven-

dien scoorden opleidingspraktijken hoger op alle 227 items op praktijkniveau en significant hoger op 61 items [tabel 3]. De meeste verschillen vonden we bij het instrumentarium en diagnostica.

Huisartsniveau

Na correctie voor covariaten rapporteerden opleiders meer diagnostische taken dan reguliere huisartsen, zoals audiometrie, dopplersonderzoek, ecg, spirometrie, sims-hühnertest en diagnostiek van het oog (stenopeïsche opening, 0,5 D-lens-

Tabel 2 Verschillen tussen opleiders en reguliere huisartsen in de organisatie van zorg (huisartsniveau, n = 512)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	n items	n items*	Items die verschillen na correctie voor covariaten†	Effectgrootte Cohen's d‡
I Infrastructuur Voorzieningen en instrumentarium	1. Oppervlakte van wacht- en spreekkamer	2	1		
	1. Praktijkinstrumentarium	17	5		
	2. Aantal ampullen	3			
	3. Inhoud van de dokterstas	19	3		
	4. Gebruik instrumenten/diagnostica	12	10	Hyfrecator Ecg Sims-hühnertest Audiometer Dopplermeter Peakflow-meter	0,27 0,22 0,19 0,23 0,27 0,22
	5. Technische vaardigheden	14	8	Beoordelen fluorpreparaat Verwijderen lipoom/atheroom	0,19 0,23
II Team Werkbelasting (uren per week)	6. Oogdiagnostiek	9	5	Lensjes van -0,5 en 0,5 D Stenopeïsche opening	0,27 0,24
	1. Direct patiëntgebonden activiteiten	3	2	Consulten, visites en telefoon	0,20
	2. Indirect patiëntgebonden activiteiten	8	3		
	3. Kwaliteitsverbetering (+ continue medische educatie)	3			
	4. Professionele activiteiten (vergaderen)	1			
	5. Totaal 1-4 = tijd/week in de praktijk	4			
Werkdruk	6. Werkbelasting/week (alle activiteiten)	5	2		
	7. Pauzes	2			
	1. Werkt met plezier en betrokkenheid (4 items)	1	1	Werkt met plezier en betrokkenheid	0,24
	2. Bezig met oneigenlijke taken (4 items)	1			
	3. Tevreden met de beschikbare tijd (5 items)	1			
	4. Arbeidssatisfactie (3 items)	1	1		
III Informatie Verslaglegging	5. Ervaren werkdruk op einde van dag (16 items)	1			
	1. Kwaliteit van EMD	4			
Patiëntenvoorlichting	2. Gebruik HIS	11	2		
	1. Frequentie uitdelen folder/week	1			
IV Kwaliteitsbeleid	2. Organisatie van patiëntvoorlichting	10	1		
	1. Kwaliteitsbeleid in de praktijk	9	3	Video-opnamen van consulten	1,57
Totaal	Totaal aantal items	142	47	13	

* Aantal items dat significant verschilde tussen beide groepen.

† Covariaten: geslacht, leeftijd, jaren ervaring als huisarts, gewerkte uren/week, aantal ingeschreven patiënten.

‡ Significant na correctie voor covariaten.

Tabel 3 Verschillen tussen opleidingspraktijken en reguliere praktijken in de organisatie van zorg (praktijkniveau, n = 203)

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	n items	n items*	Items die verschillen na correctie voor covariaten†	Effectgrootte Cohen's d‡									
I Infrastructuur														
Voorzieningen	1. Oppervlakte wacht- en spreekkamer	4	0											
	2. Voorzieningen in de praktijk	10	3											
Instrumentarium en hygiëne	1. Hygiëne	11	2											
	2. EHBO	13	3	Ecg	0,33									
	3. Bijzonder instrumentarium		13	6	Audiometer	0,47								
					Hyfrecator	0,32								
4. Laboratoriumaanbod/diagnostica		8	5	Peakflow-meter	0,46									
				Digitale Hb-meter	0,35									
				BSE	0,35									
				Occult bloed in feces	0,35									
Bereik/beschikbaarheid Service en organisatie	1. Wachtijd tot antwoordapparaat	1	0											
	2. Organisatie van de praktijk	17	3											
	3. Aantal preventieve controleafspraken	1	1											
	4. Preventieaanbod van de praktijk	11	2											
II Team														
Gedelegeerde taken	1. Diagnostische en therapeutische taken	14	10	Stikstofbehandeling	0,33									
				Openbeenbehandeling	0,53									
				Verwijderen van splinters	0,41									
				Venapunctie	0,42									
				Tapen enkeldistorsie	0,31									
				Audiometrie	0,40									
				Maken van ecg	0,40									
Samenwerking met andere zorgaanbieders	1. Chronische ziekten en preventie	15	1	Spirometrie	0,43									
				2. Organisatie en verslaglegging	9	1	3	0	0					
										3. Overlegtijd met de staf	2	0		
										4. Overlegtijd met collegae	2	0		
										5. Samenwerking in de Hagro	11	4		
										6. Overlegtijd collegae in eerste lijn	6	2		
										7. Samenwerking met collegae in eerste lijn	7	0		
										8. Overleg met collegae in tweede lijn	4	1		
										9. Afspraken met specialist/tweede lijn	10	2		
										10. Samenwerking overigen (ggz, GGD)	11	0		
III Informatie														
Verslaglegging	1. Gebruik EMD	9	0	Risicofactoren CVD	0,33									
						2. Elektronische communicatie	6	1						
						3. Gebruik aparte preventiemodule	3	2						
Patiëntenvoorlichting	1. Informatievoorziening door de praktijk	6	1											
IV Kwaliteitsbeleid														
Kwaliteitsbeleid in Hagro en praktijk	1. Organisatie van de kwaliteit in Hagro	8	3											
	2. Kwaliteitsbeleid in de praktijk	15	9	23	Ijken/onderhoud instrumenten	0,26								
					Patiëntenquête	0,32								
					Alleen folders beroepsgroep	0,34								
					Jaarverslag	0,44								
					Gebruik NHG-telefoonwijzer	0,42								
DKB-beleid staf	0,32													
Functioneringsgesprek staf	0,23													
Totaal	Totaal aantal items	227	61	23										

* Aantal items dat significant verschilde tussen beide groepen.

† Covariaten: soort praktijk, ligging praktijk, urbanisatiegraad, aantal patiënten, aantal fte praktijkondersteuner per 1000 patiënten, aantal fte management-ondersteuning per 1000 patiënten, aantal jaren werkzaam in de praktijk.

‡ Significant na correctie voor covariaten.

jes, fundoscopia) en meer labonderzoek in eigen beheer (KOH, fluor vaginalis en schimmelonderzoek) [tabel 2].

Zij deden meer therapeutische activiteiten, zoals ingrepen, behandeling van epistaxis en chalazion, gebruik van de hyfrecator en aanmeten van een pessarium [tabel 3]. Opleiders besteedden meer tijd aan consulten, visites en telefonische consultatie. Zij ervoeren ook meer werkplezier en voelden een grotere betrokkenheid, meer arbeidssatisfactie en minder werkdruk dan reguliere huisartsen. Ook scoorden opleiders hoger op kwaliteitsbeleid en het maken van video-opnamen voor consultanalyse.

Praktijkniveau

Na correctie voor covariaten bleken opleidingspraktijken een breder aanbod aan diagnostische en therapeutische verrich-

tingen te bieden dan reguliere praktijken (audiometrie, hyfrecator, spirometrie, ecg, dopplersonderzoek en labonderzoek (BSE, urinesediment en -kweek, Hb). De praktijken delegerden diagnostische taken vaker aan de praktijkassistente, bijvoorbeeld spirometrie en ecg, alsmede therapeutische taken, zoals stikstofbehandeling, openbeenbehandeling, hechttingen verwijderen, wondjes lijmen en het tapen van enkeldistorsies.

Opleidingspraktijken scoorden hoger op de behandeling van chronische ziekten als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten [tabel 3]. Het kwaliteitssysteem in de opleidingspraktijken was ook beter ontwikkeld (ijken, onderhoud, geen commercieel voorlichtingsmateriaal, jaarrapport, functioneringsgesprekken, beleid voor deskundigheidsbevordering van de staf, naast protocollen voor het laboratorium en de behandelkamer. De grootte van het effect was na correctie voor covariaten matig tot klein (Cohen's $d > 0,19$ en $< 0,53$).

BESCHOUWING

Onze bevindingen laten zien dat opleiders een breder aanbod van zorg hebben en in beter georganiseerde praktijken werken, maar dat de verschillen niet groot zijn. Opleiders hadden meer tijd voor de patiënt en ervoeren zelf meer plezier en betrokkenheid. Zij hadden meer arbeidssatisfactie en minder werkdruk, ondanks de grotere praktijk en het bredere aanbod aan zorg. Er blijken duidelijk voordelen (ook voor de patiënt) aan opleiderschap voor de huisarts en de praktijk waarin de opleider werkt. De resultaten kunnen gebruikt worden voor de bewaking en borging van de kwaliteit van de opleiding.

Beperkingen van het onderzoek

De analyses betreffen een zeer groot aantal variabelen, waardoor de kans op toeval toeneemt. Daar staat tegenover dat bijna de helft van de indicatoren een significant verschil liet zien en dat een derde significant bleef na correctie.

De vrijwillige deelname aan NHG-Praktijkaccreditering[®] kan hebben geleid tot een selectiebias, waardoor de 'betere' praktijken in beeld zijn. In dat geval zijn de gevonden verschillen in werkelijkheid mogelijk nog groter.

Het effect op praktijkniveau is mogelijk een onderschatting, omdat de andere huisartsen vaak reguliere huisartsen zijn, waardoor een eventueel effect 'verdunt'.

Implicaties voor onderwijs, onderzoek en beleid

De resultaten komen overeen met die van eerdere onderzoeken.¹⁻⁴ Maar dit onderzoek geeft meer detailinformatie en bevat meer onderwerpen. Bovendien nemen we ook de werkbelasting en -druk in ogenschouw. Het mes van het opleiderschap lijkt aan twee kanten te snijden: uitblinken in kwaliteit van zorg met minder werkdruk.

Iedere professional, maar zeker een huisartsopleider dient geïnformeerd te zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg. De NHG-Praktijkaccreditering[®] voorziet in betrouwbare feedback en benchmarking, en biedt de mogelijkheid van



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

follow-up. Dit onderschrijft het beleid van Huisartsopleiding Nederland, dat opleidingspraktijken verplicht tot accreditering in 2016. Het instrument kan de instituten helpen bij de borging van een leerklimaat waarin de gewenste therapeutische, diagnostische faciliteiten en een juiste patiëntenmix aanwezig zijn.¹⁶

In dit onderzoek hebben we nog niet gekeken naar mogelijke verschillen in het medisch handelen en patiëntervaringen. Dit lijkt een goede vervolgstap. Binnen de NHG-Praktijkaccreditering[®] worden nog gegevens verzameld over de kwaliteit van de zorg voor chronische aandoeningen en patiëntervaringen.^{12,13} Voor de opleidingsinstituten lijkt informatie over de professionele vaardigheden van de opleiders eveneens een goede aanvulling te zijn. Een gevalideerd instrument is beschikbaar, waarin men met behulp van 360-gradenfeedback een evaluatie kan uitvoeren.¹⁷

CONCLUSIE

Huisartsenopleiders en hun praktijken bieden een breder aanbod aan diensten en zorg met meer teamwerk en een betere organisatie van de kwaliteit dan reguliere praktijken. De opleiders ervaren minder werkbelasting en minder werkdruk dan reguliere huisartsen. De aanwezigheid van een opleider in de praktijk is geassocieerd met meer kwaliteit van zorg en er is sprake van een positieve spin-off van het opleiderschap. Opleidingsinstituten kunnen deze bevindingen gebruiken om het opleiderschap te promoten. ■

LITERATUUR

- 1 Baker R. Comparison of standards in training and non-training practices. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:330-2.
- 2 Bates CM, Agass M, Tulloch AJ. General practice workload during normal working hours in training and non-training practices. *Br J Gen Pract* 1993;43:413-6.
- 3 Baker R, Thompson J. Innovation in general practice: is the gap between training and non-training practices getting wider? *Br J Gen Pract* 1995;45:297-300.
- 4 Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2004;13:287-94.
- 5 Godlee F. European countries need to work together. *BMJ* 2010;341:c5395.
- 6 Sandars J. Continuing medical education across Europe. *BMJ* 2010;341:c5214.
- 7 Prideax D, Alexander H, Bower A, Dacre J, Hasit S, Jolly B, et al. Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Med Educ* 2000;34:820-6.
- 8 Boendermaker PM, Conradi MH, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP, Metz JC. Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2003;8:111-6.
- 9 Kramer AW, Zuihthoff P, Jansen JJ, Tan LH, Grol RP, Van der Vleuten C. Growth of self-perceived clinical competence in postgraduate training for general practice and its relation to potentially influencing factors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12:135-45.
- 10 World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen: WFME; 2003.
- 11 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
- 12 Van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. *Huisarts Wet* 2010;53:141-6.
- 13 Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82-7.
- 14 Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, Van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract* 2005;22:215-22.
- 15 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd edition. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum, 1988.
- 16 De Jong J, Visser MRM, Mohrs J, Wieringa-de Waard M. Opening the black box: the patient mix of GP trainees. *Br J Gen Pract* 2011;61:e650-e657.
- 17 Overeem K, Faber M, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KM, Wollersheim HC, et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ* 2007;41:1039-49.

Nico van Duijn

Terecht

‘Hij belde terecht de dokter.’ Bedoeld wordt dat iemand een heuse ziekte had. Of ‘dat verzoek om huisbezoek was volledig onterecht’. Bedoeld wordt dat het reuze meeviel. Ik denk dat het ingewikkelder is, ingewikkelder dan zo’n gemakkelijke beoordeling, als het al geen verwijt is. Er is verschil tussen angst, goed aangevoelde ongerustheid, onterechte ongerustheid en gewone vragen.

Mensen kunnen angstig zijn, bang dat hun klachten duiden op een ernstige ziekte. Angstige mensen zijn voor veel

dingen angstig, bijvoorbeeld voor hartkloppingen en flauwvallen – wat symptomen van angst zijn. Hypochondrie lijkt hierop. Hypochondrie is een steeds terugkerende ziektefobie, meestal voor één ziekte. Hypochonders weten dat ze angstig zijn. Ze zijn gerust te stellen, eventjes. Algemeen angstigen geloven niet makkelijk dat het angst is en zijn moeilijk gerust te stellen.

Ongerustheid is wat anders. Ongerustheid kan lopen van tamelijk overdreven bezorgdheid tot een lichte onrust dat er wat mis is. Ongerustheid is normaal. Ongerustheid kan onterecht blijken te

zijn. Achteraf bekeken dus. Ongerustheid kan ook terecht zijn. Dan voelen mensen heel precies dat er iets niet klopt en blijken ze inderdaad een ziekte te hebben.

Dan is er nog een vierde groep met achteraf gezien onschuldige klachten. Dit zijn mensen die wat komen vragen. Geen angst of hypochondrie, geen ongerustheid. Ze hebben alleen vragen. Ze komen om antwoord, om onderzoek, om uitleg.

Terecht of onterecht doktersbezoek, het is een rare beoordeling. Vooraf beoordelen is moeilijk. Achteraf je gelijk halen is makkelijk. ■

