

Quality of performance of general practitioners confronted with patiënt's non-specific complaints [Dissertatie]. Kuyvenhoven MM. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988; 134 bladzijden, geen handelsuitgave. ISBN 90-72633-02-4.

Kwaliteit in de huisartsgeneeskunde staat de laatste jaren weer volop in de belangstelling. De meting hiervan beperkt zich nog vaak tot structurele karakteristieken van de praktijkvoering dan wel uitkomstmaten met een betrekkelijk globaal karakter, zoals mortaliteits- en verwijscijfers. Het meten van de intrinsieke kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen heeft hierbij tot op heden met een achterstand te kampen gehad. Het is één van de verdiensten van het onderhavige onderzoek dat het deze moeilijke materie tot onderwerp gemaakt heeft.

Het onderzoek van mevrouw Kuyvenhoven handelt over de relatie tussen de kwaliteit van het handelen van de huisarts en diens betrokkenheid bij onderlinge toetsing. In het door haar getoetste model wordt verondersteld dat huisartsen die werken in een samenwerkingsverband (groepspraktijk of gezondheidscentrum), meer kans hebben om onderling overleg te plegen en elkaar daarbij te corrigeren; dergelijk overleg zou de kwaliteit van probleemdefinities beïnvloeden, hetgeen weer tot een betere kwaliteit van medisch handelen zou leiden.

Om deze relaties te onderzoeken is een instrument ontwikkeld waarmee drie aspecten van de kwaliteit van het handelen gemeten kunnen worden:

- voldoende aandacht voor het somatisch handelen;
- voldoende rekening houden met het gezichtspunt van de patiënt;
- voorkomen van onnodige schade.

Besloten is om hiervoor een simulatiemethode te gebruiken de zogenaamde papieren patiënt. De huisarts/proefpersoon wordt hierbij in de gelegenheid gesteld op een gestandaardiseerde wijze de patiënt te ondervragen en onderzoeken; zijn aanpak wordt achteraf door deskundigen beoordeeld. In totaal werden 19 huisartsen betrokken bij de ontwikkeling van het meetinstrument. Uit de interviews achteraf bleek dat de realiteitswaarde van deze methode groot werd geacht. Ook bleek de beoordeling redelijk betrouwbaar te kunnen geschieden.

Een andere toets voor dit meetinstrument was gelegen in een valideringsonderzoek. Hiertoe werd het kwaliteitsoordeel, zoals dat was afgeleid van de behandeling van de papieren patiënten, afgezet tegen ziekenfondsgegevens van de 19 onderzochte huisartsen met betrekking tot hun voorschrijf- en verwijsgewoontes. Het bleek dat voor die artsen die consistent veel dan wel weinig voorschreven en verwezen, een duidelijk

verband gevonden kon worden tussen een hoog kwaliteitsoordeel en een gematigd prescriptie- en verwijlsbeleid en omgekeerd. Kortom, de papieren patiënten methode voldoet vooral bij de min of meer uitgesproken artsen.

Met dit instrument werd in het tweede deel van het onderzoek nagegaan of artsen die elkaar regelmatig onderling consulteren, ook een betere kwaliteit geneeskunde bedrijven, dat wil zeggen in somatisch opzicht correct te werk gaan en geen vermijdbare schade toebrengen met hun behandelingsmethoden. Hiertoe werden 184 huisartsen met een voltooide huisartsopleiding en minstens drie jaar praktijkervaring geëquipeerd om vast te stellen in hoeverre en op welke wijze ze hun collegae consulteerden.

De onderzoekers definieerden 'peer review' (of 'onderlinge toetsing') als 'geregeld overleg dat langere tijd duurt en dat betrekking heeft op een diversiteit aan problemen'. Hoewel relatief veel artsen opgaven om een of andere wijze elkaar te raadplegen, kon toch maar van een derde van de ondervraagden vastgesteld worden dat ze zich met onderlinge toetsing in deze zin bezig houden. Er was in dit opzicht een samenhang met de setting waarbinnen de arts werkzaam was. Solisten (n=89) lieten een grotere diversiteit aan consultatievormen zien, waarbij 20 procent nooit een collega raadpleegde en eveneens 20 procent voldeed aan alle normen voor onderlinge toetsing. Artsen in groepspraktijken en gezondheidscentra (n=87) daarentegen raadpleegden altijd wel op een of andere wijze systematisch hun collegae, waarbij deze consultatie in 46 gevallen voldeed aan de criteria voor onderlinge toetsing.

Om nu vast te stellen of onderlinge toetsing tot een betere kwaliteit leidt, zijn van de bovengenoemde 184 huisartsen er 49 uitgenodigd om de papieren patiënten te behandelen; deze selectie was zodanig dat 26 huisartsen gekenmerkt werden door onderlinge toetsing en 23 door geen enkele onderlinge consultatie (N=9) dan wel door onderlinge consultatie die niet aan de definitie van onderlinge toetsing voldeed (n=14). De zo gemeten kwaliteit van handelen bleek slechter te zijn bij huisartsen die op geen enkele wijze aan onderlinge consultatie deden. Verschillen tussen solisten en samenwerkende huisartsen werden alleen opgemerkt ten aanzien van het toebrengen van onnodige schade.

De dissertatie heeft een aantrekkelijke omvang en vormt in die zin een bewijs voor de mogelijkheid om op een heldere wijze een aantal artikelen te bundelen tot een min of meer consistent verhaal. Een kritische noot in dit verband is wel dat de schrijfster zich iets meer rekenschap van mogelijke redundantie had kunnen geven. Nu

komen we sommige stukken discussie tot driemaal toe in dezelfde bewoordingen tegen, wat ten minste eenmaal onder de categorie 'vermijdbare schade' te rekenen is.

Een tweede kritische noot betreft de rode draad door het verhaal die een aantal keren onaangekondigd afbreekt om veel later terug te komen. Zo komt het kwaliteitsoordeel over patiënten-oriëntatie in de artikelen over betrouwbaarheid en validering van het instrument helemaal niet aan de orde, om tijdens de toets van het model plotseling (en ongevalideerd) weer op te duiken. Hetzelfde geldt voor de variabele 'kwaliteit van de probleemdefinitie'.

Betreffende de methodologie kunnen de volgende kanttekeningen gemaakt worden.

- Het lijkt een zwak punt van het valideringsonderzoek dat het instrument vooral 'werkt' bij artsen met een min of meer extreme werkwijze: het lijkt een redelijk onderscheid te maken, tussen degenen die bij ieder type medicijn terughoudend voorschrijven en ook nog matige verwijzers zijn, en degenen die alle drie de onderzochte typen medicijnen kwistig voorschrijven én snel verwijzen. Neemt men echter alle artsen tesamen, dan is er nauwelijks sprake van een verband.

- Een andere reden om de kwaliteitsmeting die in dit onderzoek is uitgevoerd, met enige slagen om de arm te interpreteren, is gelegen in de kleine aantallen proefpersonen waarmee is gewerkt. Dat is jammer, omdat een simulatiemethode het te beoordelen proces dusdanig comprimeert, dat het zich juist leent voor een toepassing op wat grotere schaal. Nu moet men zich realiseren dat de verschillen in kwaliteit tussen artsen met en zonder onderling overleg in feite bepaald worden door de slechte beoordeling van negen (!) artsen die op geen enkele manier met anderen overleg plegen.

- Tot slot in dit kader nog een opmerking over het gebrek aan effect van de maat 'oriëntatie op de patiënt'. Zoals de auteur terecht opmerkt is een simulatiemethode niet de meest geschikte om communicatieve vaardigheden te meten. Wellicht is bij het beoordelen van de mate waarin de arts op de patiënt georiënteerd is geweest informatie over de wijze van communiceren toch onontbeerlijk.

Stappen we af van de methodologie en bezien we wat dit onderzoek inhoudelijk heeft opgeleverd voor de huisartsgeneeskunde.

Het levert in ieder geval een interessante bijdrage aan de weer op gang gebrachte discussie over de meerwaarde van samenwerking. In de eerste plaats blijkt samenwerking in dit onderzoek tot een grotere kans op onderlinge feedback en eventuele correctie te leiden. De conclusie lijkt voor de hand te liggen dat samenwerking

meer gelegenheid tot onderlinge consultatie biedt en minder mogelijkheden om zich er aan te onttrekken.

Hoewel in het bovenstaande een aantal kritische opmerkingen over dit onderzoek zijn geplaatst, vormt het gegeven dat onderling overleg tot een beter somatisch handelen en minder vermijdbare schade voert, een belangrijk thema om op voort te borduren. Het is bovendien een verdienste van dit onderzoek dat aan samenwerken de aspecten 'setting' en 'mate van onderling overleg' zijn onderscheiden, zodat het ook duidelijk wordt dat solo-huisartsen die aan onderlinge toetsing doen, het er in sommige opzichten beter afbrengen dan hun collegae in gezondheidscentra en groepspraktijken.

P. Verhaak

Practice assessment and quality of care Baker R. *Occasional Paper 39. London: The Royal College of General Practitioners, 1988. 30 bladzijden, prijs 5.00. ISBN 85084-133X.*

In dit interessante en belangrijke essay wordt toetsing niet beperkt tot het handelen van de dokter, maar wordt ieder facet van de gezondheidszorg die een praktijk, of groep van praktijken te bieden heeft, daaronder begrepen. Het gaat dus om structuur, proces en resultaat, zowel op het niveau van de individuele arts als op het niveau van de praktijkpopulatie.

Om te beginnen wordt een vijftal redenen van de huidige interesse voor toetsing besproken: de stijgende kosten van de gezondheidszorg, de toegenomen aansprakelijkheid van artsen, de omwenteling in management-technieken, de afgenomen macht van de professie en de zorg voor kwaliteit binnen de huisartsgeneeskunde zelf.

De stijgende kosten van de gezondheidszorg en de centrale positie van de huisarts vragen om maatschappelijke controle en inspraak van patiënten. Betrekkelijk nieuw is de rol en betekenis die in deze beschouwing wordt gegeven aan managers en management. Managers nemen de macht over van beroepsbeoefenaren. In de ziekenhuizen is die verschuiving al volop gaande. Volgens Baker zal zich een soortgelijke ontwikkeling voordoen binnen de huisartsgeneeskunde c.q. eerste lijn. De introductie van de computer maakt die machtsverschuiving mogelijk. Met de aldus verkregen gegevens kunnen praktijken immers op allerlei manieren worden vergeleken. En die gegevens, gecombineerd met onderzoek naar indicatoren die het feitelijk handelen bepalen, brengen een effectieve externe controle binnen bereik. Daarnaast zal men in de toekomst jaarverslagen moeten maken. De toenemende openheid gaat derhalve gepaard met een afname van de macht van de professie.

De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg is de laatste decennia van buitenaf en van binnenuit bestudeerd. Steeds is de conclusie dat 'het beter zou kunnen'. Dat betreft eigenlijk alle terreinen. Acute aandoeningen worden vaak inadequaat behandeld; de EHBO-afdelingen hebben het te druk, omdat de huisartsen niet bereikbaar zijn; de begeleiding van chronische aandoeningen schiet te kort; preventie en prescriptie kunnen beter; de inzet en opleiding van praktijkassistenten laat te wensen over; de onderlinge waarneming is veelal niet goed georganiseerd. En in de grote steden is het met dit alles nog het slechtste gesteld.

Vervolgens wordt ingegaan op de theoretische overwegingen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen primaire en secundaire doelstellingen. Primair zijn preventie, *cure* en *care*, elk te beschouwen vanuit de somatische, psychische en sociale invalshoek. Secundair zijn de drie partijen: patiënten, artsen en maatschappij.

Aspecten die voor de patiënt van belang worden geacht, zijn: participatie, autonomie, ontvankelijkheid voor klachten, vrijheid van keuze en gemak ('convenience'). De opsomming die voor de artsen gegeven wordt, vind ik tamelijk onthullend: voldoende inkomen, arbeidssatisfactie, voldoende vrije tijd en status. En voor de maatschappij: goedkope zorg, controle, formele bevestiging van ziekte en aantoonbare kwaliteit.

De paragraaf over de methoden sluit aan bij de gebruikelijke indeling: structuur, proces en resultaat. Wat en hoe kan er nu ten aanzien van deze drie dimensies worden gemeten? De auteur maakt onderscheid tussen methodieken die voornamelijk een technisch karakter hebben, en andere waarbij interpersoonlijke kwaliteiten worden gemeten. Voorbeelden van methodieken met een technisch karakter zijn: inspectie van de praktijkruimten, van de protocollen, van patiëntenkaarten; bepaling van het resultaat van screeningsprogramma's, zoals bloeddruk en uitsrijkjes. Bij interpersoonlijke kwaliteiten gaat het bijvoorbeeld om attitude en opvattingen, om het contact met de patiënt, om satisfactie van patiënten en om compliantie. Gepoogd wordt aan te sluiten bij het rapport 'What sort of doctor?' (1985), waarin op een zeer stimulerende wijze een coherent plan voor toetsing in de eigen (en andermans) praktijk wordt beschreven. Het rapport van Baker is te beschouwen als een nadere uitwerking.

Bij de paragraaf over de toepassing blijkt hoe weinig er bekend is van de gehele beroepsgroep. Gepleit wordt voor meer onderzoek, integratie in de opleiding en financiële prikkels.

Bij vergelijking van de inhoud van dit cahier met hetgeen in Nederland gaande is, meen ik te

mogen stellen dat we hier in een aantal opzichten verder zijn. Er is een takenpakket, standaarden worden uitgeschreven, de leerdoelen van de verlengde beroepsopleiding zijn nauwkeurig geformuleerd en toetsing is geaccepteerd als methode van kwaliteitsmeting en -bevordering.

Het cahier is aantrekkelijk door zijn compactheid, helderheid, overzichtelijkheid en soms pijnlijke eerlijkheid. Onacceptabel is het ontbreken van de vermelding van enige Nederlandse literatuur. Er is in de afgelopen jaren echt wel een en ander in toegankelijk Engels gepubliceerd.

Van harte aanbevolen bij eenieder die op meso- of macroniveau met dit vitale onderwerp bezig is.

Harry Crebolder

Een onderzoek naar de waarde van de fundusfotografie bij het opsporen van diabetische retinopathie in de huisartsenpraktijk [Dissertatie]. Van der Kar WJAM. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1988. 101 bladzijden, geen handelssuitgave. ISBN 90-9002483-2.

Een van de vaardigheden waarin huisartsen zich onvoldoende bekwaam voelen, is de funduscopie. Ondanks opleiding en nascholingsmogelijkheden op dit gebied zijn kennelijk praktijkorganisatie en/of -uitleg onvoldoende toegesneden op het inpassen van de funduscopie in de dagelijkse praktijk. Bij de begeleiding van patiënten met diabetes type II staat in het verantwoordingsartikel van de nieuwe NHG-standaard dan ook, helaas: 'Het controleren van de fundus door de oogarts sluit aan bij de mening van het overgrote deel van onze beroepsgroep.' Vervolgens wordt verwezen naar dit proefschrift voor nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden door de fundusfotografie.

Uit verschillende onderzoeken is duidelijk geworden dat aan de gewenste systematische oogheelkundige begeleiding van diabetespatiënten niet wordt voldaan. Juist door de goede behandelbaarheid met foto-coagulatie verdient de vroege opsporing van diabetische fundusafwijkingen extra aandacht. Met fundusfotografie wordt weliswaar niet de gehele fundus in beeld gebracht, maar dit nadeel is niet van praktisch belang, aangezien retinopathie van klinische betekenis in het perifere gedeelte van het netvlies altijd gepaard gaat met waarneembare afwijkingen in het centrale gedeelte van de retina.

Door enerzijds verschillende oogartsen fundusfotografie (336 polaroidfoto's) en funduscopie (412x) met elkaar te laten vergelijken en anderzijds een aantal oogartsen, benevens vier huisartsen en een internist 124 fundusfoto's van 62 patiënten te laten beoordelen - soms zelf

meerdere malen – kwam de auteur in een goed opgezette en helder beschreven studie tot opvallende en wetenschappelijk goed onderbouwde uitspraken. De vijf vraagstellingen werden zorgvuldig en verantwoord afgewerkt.

De fundusfoto verschaft minstens zoveel informatie als de beoordeling van de fundus door de oogartsen. Zowel de inter- als de intrawaarner-variëaties tussen de oogartsen bij de beoordeling van de foto's is gering. Het gebruik van de fotomethode door niet-oogartsen leidde tot een hoge sensitiviteit; de specificiteit was iets lager in vergelijking met het oordeel van twee oogartsen. Een iets groter aantal fout-positieven lijkt acceptabel daar dit slechts enkele onnodige verwijzingen naar de oogarts tot gevolg heeft. Op den duur zal dit aantal bovendien vermoedelijk dalen, wanneer huisartsen meer vertrouwd raken met de fundusfotografie. De huisarts bereikte in zijn patiëntenpopulatie een hoge (97 procent) negatief voorspellende waarde, terwijl de positief voorspellende waarde 86 procent bedroeg. Het aantal verwijzingen van diabetes-patiënten naar de oogarts kan na invoering van de fundusfotografie dalen van 50-60 procent naar 30-40 procent.

Daar er van kwaliteitsverlies na één jaar bewaren van de polaroidfoto's geen sprake was, ontstaat voor de huisarts de mogelijkheid de volgende controlefoto met de vorige te vergelijken. Een belemmering bij het beoordelen van de fundusfoto's vormden in een aantal gevallen de troebele media; soms is dan nog wel de funduscopie bruikbaar voor het beoordelen van de fundus.

De slotconclusie van Van der Kar's onderzoek luidt: 'Het lijkt alleszins verantwoord deze methode toe te voegen aan de actuele manier van opsporen. Het feit dat niet-oogartsen met behulp van voorbeeldfoto's reeds direct zonder training een zeer hoge sensitiviteit en een zeer hoge negatief-voorspellende waarde bereiken met deze methodiek, doet verwachten dat de huisarts met behulp van deze methodiek, een optimaal oogheelkundige controle van zijn diabetes-patiënten kan realiseren.'

Bestudering van dit proefschrift wordt aangeraden om vervolgens regionaal het initiatief te nemen de fundusfotografie toegankelijk te maken voor huisartsen.

J.D. Mulder Dzn

Alcohol problems [Practical guides for general practice 5] Anderson P, Wallace P, Jones H. Oxford, etc.: Oxford University Press, 1988; 86 pagina's, prijs 5,95. ISBN 0-19-261752-4.

In Groot-Brittannië is, evenals in alle Europese landen, de consumptie van alcohol sterk toegenomen gedurende de laatste twee decennia. Op

het ogenblik is alcohol daar verantwoordelijk voor 30.000 sterfgevallen per jaar. Dit boek is geschreven vanuit de optiek dat de huisarts een actieve rol moet spelen bij de preventie, de opsporing en de behandeling van alcohol-gerelateerde problemen.

Het boekje is een praktische gids voor de (Britse) huisarts. De drie auteurs, twee huisartsen en een psycholoog, zijn er uitstekend in geslaagd om in 86 pagina's zeer veel onmisbare informatie bijeen te brengen voor huisartsen en anderen die zich beroepshalve met alcohol-gerelateerde problemen bezighouden. Het boekje is samengesteld uit 19 korte hoofdstukken die alle op dezelfde manier zijn opgebouwd. Aan het begin van elk hoofdstuk staan de feiten vermeld, benevens een zeer korte samenvatting van de resultaten van de meest actuele onderzoeken. Aan het eind van het hoofdstuk vindt de lezer verwijzingen naar de literatuur waaraan deze feiten zijn ontleend. Het geheel is geïllustreerd met een of meer duidelijke tabellen, grafieken of figuren.

In het werkje zijn vier onderdelen te onderscheiden. In het eerste deel wordt nagegaan hoeveel er wordt gedronken, en wat de oorzaken en gevolgen zijn van overmatig drankgebruik. Het volgende deel behandelt de opsporing en de diagnostiek van problematisch drankgebruik. Het derde deel gaat over de begeleiding en behandeling van probleemdrinkers in alle stadia. Tenslotte wordt ingegaan op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de huisarts voor de preventie van alcoholmisbruik: als onderzoeker, als voorlichter en als beleidsadviseur.

Ofschoon wordt uitgegaan van de Britse situatie, heb ik geen uitspraken ontmoet die niet met kleine nuance-verschillen ook voor de Nederlandse huisarts geldig zijn. Toch denk ik dat elke Nederlandse huisarts enigszins verbaasd zal zijn over het gemak waarmee de Britse collegae eenvoudig naar alcoholconsumptie vragen en deze exact kwantificeren. Er wordt nauwelijks ingegaan op het 'hoe vraag ik het?' en op weerstanden van de patiënt om over zijn alcoholgebruik te vertellen. Het is mijn ervaring dat dit vaak de eerste en beslissende reden is waarom veel probleemdrinkers buiten het medisch circuit blijven.

Ondanks dit tekort biedt dit boekje een prachtige gelegenheid om weer helemaal bij te zijn. Het zou een Nederlandse vertaling, met voor ons land omgerekende cijfers, volkomen rechtvaardigen.

H. van Rens

Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers [Brochure]. Begemann FA. Rijswijk: Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen, 1988; 64 bladzijden, prijs f 7,50. ISBN 90-346-1711-4. Te bestellen bij Distributiecentrum DOP, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag; telefoon 070-789 885.

Hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers vereist over het algemeen geen speciale deskundigheid. Aandacht voor en erkenning van de vluchteling zijn basisvoorwaarden voor adequate hulp; vluchtelingen en asielzoekers vertonen immers heel normale, invoelbare reacties op inhumane situaties.

Vluchtelingen zijn niet gebaat bij een vorm van hulp waarbij hen alles uit handen wordt genomen, alleen omdat zij de Nederlandse taal niet beheersen en onbekend zijn met onze samenleving. Hoewel een dergelijke benadering door de hulpverlener begrijpelijk is bij het vernemen van de ellende die de vluchtelingen vaak heeft moeten doorstaan, doet het aanreiken van middelen en informatie om zelf een nieuw bestaan op te bouwen de vluchteling meer recht. Op de lange duur zal een dergelijke benadering een beter resultaat geven, doordat in mindere mate sprake is van een afhankelijkheidssituatie.

Members reference book Anonymous. London: Royal College of General Practitioners, 1987; 524 bladzijden, gratis verspreid onder leden RCGP. ISBN 0262-9275.

Dit jaarlijks uitgebrachte boek bevat allerlei informatie uit het College: adressen van de meeste functionarissen, verslagen van ledenvergaderingen en regionale groepen uit het afgelopen jaar en de gezinsgeneeskunde, diverse klinische aspecten en de administratieve ondersteuning van de huisarts. Daarnaast is het ruim van advertenties voorzien.

In de zeven jaar dat het Members Reference Book wordt gepubliceerd, is het uitgegroeid tot een waar jaarverslag. Een boek om op de plank te hebben.

OUDE JAARGANGEN

Aangeboden: de jaargangen 1 t/m 31 (1957-1988) van *Huisarts en Wetenschap*. Huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van deze jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 14015, 3508 SB Utrecht.