

tract symptoms (LUTS) in general practice: a randomised controlled trial. *Eur Urol* 2004 (in press).

4 Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in primary care: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998;48:991-7.

5 Van der Weijden T, Van Bokhoven MA, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:974-80.

6 Bokhoven MA, Kok G, Van der Weijden T. Designing a quality im-

provement intervention: a systematic approach. *Qual Safety Health Care* 2003;12:215-20.

7 Verstappen WH, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermsen J, Grimshaw J, et al. Diagnostisch toetsoverleg (DTO) vermindert overbodig gebruik aanvullende diagnostiek door huisartsen. *Huisarts Wet* 2004;47:127-32.

8 Severens JL. Value for money of changing healthcare services? Economic evaluation of quality improvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12:366-71.

Kwaliteit van zorg gemeten in NS2

Joost Zaat

Huisartsen volgen in bijna driekwart van gevallen de NHG-Standaarden, zo concluderen onderzoekers van de Tweede Nationale Studie (NS2).¹ Eerder liet ik me al kritisch uit over het gebruik van indicatoren om kwaliteit van zorg te meten (H&W 2004;47:61). Nu indicatoren ook in de NS2 zijn doorgedrongen, vraagt dat gebruik opnieuw om enig commentaar. Dat past ook mooi in deze special over kwaliteit van zorg en de huisarts in Europa.

WOK en NHG destilleerden uit de standaarden 139 indicatoren: meetbare zaken die iets over kwaliteit zeggen. Huisartsen handelen dus aanzienlijk vaker op grond van bewijs dan rond 1990 geschat werd. Toen zou 10-15% van alle medische beslissingen maar op enig bewijs berusten.² Mijn voornaamste bezwaren tegen dit deel van het rapport zijn de keuze van prevalentiecijfers als indicator voor kwaliteit, de keuze van indicatoren die door de tijd achterhaald zijn en de interpretatie van verschillen tussen de kwaliteit in 1987 en in 2002.

De onderzoekers vinden dat de opsporing van diabetes, hypertensie, hypercholesterolemie en ook van osteoporose beter kan. Dat baseren ze op de vergelijking tussen de prevalentiecijfers uit de NS2 en cijfers uit het *Nationaal Kompas* die gebaseerd zijn op onderzoek in de algemene populatie (gezondheidsenquêtes). De variatie tussen praktijken zou groot zijn. De onderzoekers gebruiken bij deze indicatoren echter het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het prevalentiecijfer ten onrechte als een maat voor de spreiding tussen praktijken. Aarzelend vragen ze zich af of de vergelijking tussen de NS2-cijfers en algemene populatie wel kan omdat bij die laatste cijfers ook patiënten zijn opgenomen die niet door huisarts worden gezien. Het antwoord kan heel duidelijk zijn: verschil in prevalentie per praktijk is een slechte maat voor kwaliteit. Er is altijd verschil tussen gezondheidsenquêtes en zorgcijfers. In het rapport van de NS2 over morbiditeit wordt dat ook terecht geïmpliciteerd. Geen enkele NHG-Standaard pleit voor een actieve screening op al

die chronische aandoeningen en er zijn zeer veel verklarende factoren – waaronder sociaal-economische en etnische verschillen – waardoor er in de ene praktijk meer diabetespatiënten geregistreerd staan dan in de andere.

Ook is kritiek mogelijk op de interpretatie van andere indicatoren zoals corticosteroïdgebruik bij COPD en de bètablokkers die volgens de onderzoekers ongewenst zijn bij patiënten die ook astma hebben. Voor de laatste indicator is al enige tijd geleden in een Cochrane-review bewezen dat de combinatie geheel geen kwaad kan en de inzichten over corticosteroïden bij COPD wisselen ongeveer per jaar (H&W 2004;47:64). De huisartsen leveren hier, ook al wijken ze af van de standaarden, gewoon goede kwaliteit.

Ook bij de interpretatie van trends is er een probleem. Zo stellen de onderzoekers bijvoorbeeld in de vergelijking tussen antibioticagebruik bij OMA tussen 1987 en 2002 dat huisartsen nu vaker antibiotica voorschrijven dan vroeger, maar ze vergeten dat de incidentie van OMA zeer fors is gedaald (van 26,8/1000 in 1987 naar 16,3/1000 nu). Huisartsen zien dus een andere populatie dan vroeger, maar die verklaring lees ik niet.

De kwaliteit van huisartsenzorg moet gemeten en beoordeeld worden. De NS2 doet dat op veel punten uitstekend, maar juist in dit hoofdstuk mis ik nog een heldere kijk op de methodologische, inhoudelijke en interpretatieve problemen bij de beoordeling van kwaliteit aan de hand van indicatoren. Voordat je het weet, versnipperde de zorg door het overmatig gebruik van indicatoren, zo verzuchtte Iona Heath onlangs naar aanleiding van het nieuwe Engelse huisartsencontract.³ Het lijkt me tijd voor een scherpzinnig debat over meetbaarheid van kwaliteit. H&W staat daarvoor open.

Literatuur

1 Braspenning JCC, et al. Huisartsgeneeskundig handelen volgens richtlijnen. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht /Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

2 Smith R. Where is the wisdom... the poverty of medical evidence. *BMJ* 1991;303:798-9.

3 Heath I. The cawing of the crow... Cassandra-like, prognostic woe. *Br J Gen Practice* 2004;54:320-1.

Auteursgegevens

dr. J.O.M. Zaat, H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Correspondentie: j.zaat@nhg-nl.org