



**NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

2

**BIBLIOGRAFIE - 1989, nr. 28**

**Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg**

H. van den Hoogen  
T. de Maagt  
J.H. Rengelink-van der Lee

januari 1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

De bibliografie 'Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg' is publikatie nr. 28 uit de serie NIVEL-BIBLIOGRAFIEËN van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT  
Telefoon 030-319946

Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.00 uur

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hoogen, H. van den

Onderzoek naar kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg / H. van den Hoogen, T. de Maagt, J.H. Rengelink-van der Lee. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). - (Bibliografie / Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg ; nr. 28)

Met reg.

ISBN 90-6905-089-7

SISO 604.2 UDC 615.2(01)

Trefw.: huisartsgeneeskunde ; bibliografieën.

Tekstverwerking : Simone Kerkhove.

Vormgeving : Mieke Cornelius.

## **INHOUDSOPGAVE**

	pag.
Inleiding	1
Verantwoording	5
Indeling van de bibliografie	8
Aanwijzingen voor het gebruik	9
<b>A. PROCESS ALS MAAT VOOR KWALITEIT VAN HANDELEN</b>	<b>11</b>
1. Consultanalyse	11
2. Onderlinge toetsing	21
3. De Tracer-methode	30
4. Simulatiepatiënten	35
<b>B. OUTCOME ALS MAAT VOOR KWALITEIT VAN HANDELEN</b>	<b>45</b>
1. De patiëntstatus als centrale bron van informatie	45
2. De gezondheidstoestand	65
3. Negative Indexes	70
4. Satisfactie-onderzoek	74
5. Voorschrijven en verwijzen	80
<b>AUTEURSREGISTER</b>	<b>87</b>
<b>TREFWOORDENREGISTER</b>	<b>91</b>
<b>VERKLARING VAN DE BIBLIOTHEEKCODES</b>	<b>93</b>



## Inleiding

Het begrip 'kwaliteit van medische zorg' is de laatste twintig jaar steeds meer in de belangstelling gekomen.

Voor een belangrijk deel heeft dit te maken met de veranderende maatschappelijke verhoudingen. De patiënt is over het algemeen mondiger geworden en vraagt om informatie en wil meer invloed. Als gevolg van deze ontwikkeling leeft er bij steeds meer artsen de behoefte hun handelen te expliciteren en verantwoordelijkheid met de patiënt te delen. In deze zelfde periode heeft zich in de huisartsgeneeskunde een ontwikkeling voorgedaan in de richting van toenemende professionalisering; de huisartsgeneeskunde is een zelfstandige discipline geworden en wil dit graag naar buiten toe tonen. Eén van de uitingen hiervan is de opkomst van de intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde.

Een later opgetreden maatschappelijk verschijnsel dat geleid heeft tot vergroting van de belangstelling voor het begrip kwaliteit, is dat van de kostenbeheersing. Zowel bij artsen als bij patiënten leeft ongerustheid dat kostenbesparingen zullen leiden tot kwaliteitsvermindering. Besparingen worden alleen dan acceptabel geacht, als ze niet automatisch vermindering van kwaliteit tot gevolg hebben.

Daarnaast is zowel bij artsen als bij patiënten het besef groeiende, dat de toename van medische voorzieningen in de laatste decennia niet alleen positieve effecten teweeg heeft gebracht, maar ook negatieve, zoals het probleem van medicalisering. Doordat gebleken is, dat niet alleen de vraag van belang is of er wel voldoende gedaan wordt, maar ook de vraag of er wellicht niet teveel gedaan wordt, verschuift de belangstelling van kwantiteit naar kwaliteit.

Om op betrouwbare wijze na te gaan of activiteiten met als doel kwaliteitsverbetering, zoals intercollegiale toetsing, inderdaad leiden tot verhoging van de kwaliteit en of bezuinigingen mogelijk zijn zonder aantasting van de kwaliteit, zijn gevalideerde methoden nodig om het niveau van de kwaliteit van zorg vast te kunnen stellen. In de afgelopen jaren is veel gedaan om dit soort methoden te ontwikkelen. Met name in de literatuur uit de Verenigde Staten, maar ook in de Britse en Nederlandse literatuur zijn veel publikaties over dit onderwerp verschenen. Het doel van dit literatuuronderzoek is het geven van een overzicht van de belangrijkste meetmethoden om kwaliteit te meten die toepasbaar zijn in de Nederlandse huisartsgeneeskunde.

Over de **definiëring** van het begrip kwaliteit is veel geschreven.

Vaak blijft de definitie van kwaliteit vrij vaag, bijvoorbeeld in beleidsstukken. Onder 'kwaliteit' verstaat men dan een soort algemeen begrip van 'wat goed of wenselijk is'. Toch zijn er vele serieuze pogingen ondernomen kwaliteit te definiëren. Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is in 1986<sup>1</sup> de 'Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening' uitgebracht, waarin een poging wordt gedaan tot definiëring van kwaliteit volgens de huidige Nederlandse maatstaven. Kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt hierin onderverdeeld in drie categorieën: kwaliteit van het methodisch-technisch handelen, kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar en kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening, waarbinnen min of meer concrete kwaliteitsaspecten onderscheiden kunnen worden.

Het is duidelijk dat 'kwaliteit' een subjectief begrip is, waarvan de invulling afhankelijk is van de tijd waarin, de plaats waar en de persoon door wie het gedefinieerd wordt. Door Donabedian wordt hierop uitgebreid ingegaan in zijn boek 'The definition of quality and approaches to its assessment' (Donabedian, 1980)<sup>2</sup>. Om een groot aantal verschillende onderzoeken met verschillende doeleinden en vaak matig geëxpliciteerde uitgangspunten in één overzicht samen te brengen, maken wij hierbij gebruik van de zeer veelomvattende definitie die Donabedian (onder andere) geformuleerd heeft:

'kwaliteit is de mate van overeenstemming tussen de werkelijkheid en tevoren vastgestelde criteria', oftewel:

'kwaliteit is de verhouding van werkelijkheid ten opzichte van wenselijkheid'.

Wat men kwaliteit noemt, hangt dus af van wat men als wenselijkheid formuleert.

Om het veelomvattende begrip 'kwaliteit' beter hanteerbaar te maken, kan men een onderverdeling maken naar niveau's of dimensies waarop men kwaliteit kan meten.

De klassieke indeling van het begrip kwaliteit is die van Donabedian in structure, process en outcome (Donabedian, 1966)<sup>3</sup>. Wij zullen deze indeling hanteren, omdat dit de meest algemeen geaccepteerde is. Auteurs die melding maken van een theoretische achtergrond bij hun meetmethoden, gaan vrijwel altijd uit van de indeling structure, process, outcome. 'Structure' staat voor de 'voorwaarden' van goede zorg, zoals opleiding van de hulpverleners, aanwezigheid van apparatuur, bereikbaarheid van een voorziening; met 'process' wordt bedoeld datgene wat plaatsvindt in het contact tussen hulpverlener en patiënt. Hieronder vallen bijvoorbeeld gespreksvoering, lichamelijk onderzoek, verwijzen; en met 'outcome' wordt bedoeld het resultaat

van de behandeling in termen van gezondheidstoestand, complicaties of satisfactie.

De hoeveelheid literatuur over het onderwerp 'kwaliteit van geneeskundige zorg' is, zoals gezegd, zeer omvangrijk. In het kader van dit project zou het ondoenlijk zijn volledigheid na te streven. Daarom is bij de opzet van dit literatuuroverzicht een aantal begrenzingsen aangebracht. De eerste begrenzing wordt al aangegeven door de hierboven geformuleerde doelstelling: '... die toepasbaar zijn in de Nederlandse huisartsgeneeskunde'.

Als tweede begrenzing willen wij stellen, dat dit literatuuroverzicht zich voornamelijk richt op beschrijvingen van onderzoek, waarbij het **meten** van kwaliteit centraal staat (Eng.: quality assessment). Hiermee sluiten wij een grote hoeveelheid literatuur uit, die zich bezighoudt met begrippen als kwaliteitsbevordering of kwaliteitsbewaking (Eng.: quality assurance).

Nog een begrenzing van dit overzicht is, dat wij ons beperkt hebben tot de individuele hulpverleningssituatie. Begrippen die deelaspecten van kwaliteit weergeven, zoals equity en accessibility, worden gehanteerd om systemen van zorg te evalueren (Vuori, 1982<sup>4</sup>). Deze begrippen vallen daarom buiten het hier gehanteerde kwaliteitsbegrip. Zoals ook zal blijken bij de beschrijving van de verschillende gevonden meetmethoden, is er sprake van een continuum van situaties waarin het handelen van hulpverleners onderzocht kan worden, variërend van het werkelijke handelen in de dagelijkse praktijk tot het handelen in zeer specifieke situaties, test- of examensituaties. Aangezien wij op zoek zijn naar meetmethoden om het handelen van huisartsen in de dagelijkse praktijk te evalueren en tevens uit praktische overwegingen, is ook hier een grens getrokken, en wel zodanig dat de literatuur over onderwijssituaties en examens grotendeels buiten beschouwing is gebleven.

Nadat we het gebied waartoe het literatuuronderzoek zich heeft beperkt op deze wijze hebben afgebakend, blijft er een aantal aspecten van kwaliteitsmeting over die ieder op zich aanleiding hebben gegeven tot een zeer groot aantal publikaties. Deze aspecten zijn: de arts-patiënt-relatie, gezondheidsstatus en satisfactie. Om aan deze literatuur voldoende recht te doen, zou aan ieder van deze onderwerpen een literatuuronderzoek gewijd kunnen worden van minstens de omvang van het huidige onderzoek; daarom is volstaan met het in grote lijnen schetsen van de mogelijkheden en het verwijzen naar andere overzichten.

## **Literatuur inleiding**

- <sup>1</sup> NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Discussienota begrippenka-  
der kwaliteit beroepsuitoefening, 1986
- <sup>2</sup> DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its  
assessment: explorations in quality assessment and monito-  
ring. Health Administration Press Ann Arbor Michigan; 1, 1980
- <sup>3</sup> DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank  
Memorial Fund Quarterly; 1966, p. 166-206
- <sup>4</sup> VUORI, H.V. Quality Assurance of Health Services: concepts and  
methodology. Copenhagen: WHO, 1982



## - Verantwoording

Zoals ook al in de inleiding werd aangegeven, is de hoeveelheid literatuur over het meten van kwaliteit zeer omvangrijk. Van de literatuur die werd verzameld, is daarom een selectie gemaakt aan de hand van de in de inleiding beschreven begrenzingspunten. Bij de eerste verzameling van literatuur is uitgegaan van de bibliografie 'Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek' (Kuijlen, 1987) en de 'Registratie wetenschappelijk onderzoek eerstelijnsgezondheidszorg 1986' (Becht-Melai, 1987). Daarnaast is een literatuurschouwning gepleegd in een grote internationale database (Dimdi) aan de hand van trefwoorden, zoals 'quality', 'evaluation', 'measurement', 'criteria', gecombineerd met 'general practitioners' en 'primary care'. Tevens werden de laatste vijf jaargangen geraadpleegd van de volgende tijdschriften: Huisarts en Wetenschap, Medisch Contact, Journal of the Royal College of General Practitioners, Medical Care, American Journal of Public Health, Milbank Memorial Fund Quarterly, Social Science and Medicine, Quality Review Bulletin, Journal of Medical Education. De literatuurverzameling is dus beperkt gebleven tot de Nederlands- en Engelstalige literatuur.

Aangezien deze methode niet specifiek genoeg bleek, werd uit de gevonden literatuur een selectie gemaakt op grond van de volgende overwegingen:

1. Is er sprake van een beschrijving van een onderzoek of onderzoeksmethode?
2. Gaat het om een wetenschappelijke methode om kwaliteit te meten?
3. Is de methode toepasbaar in de Nederlandse huisartsgeneeskunde?
4. Richt de methode zich op de individuele hulpverleningssituatie of is zij daarvoor toepasbaar?
5. Richt de methode zich op het meten van kwaliteit onder normale omstandigheden?

De achtergronden en implicaties van deze overwegingen zijn de volgende:

Ad. 1.:

Dit literatuuronderzoek richt zich op het vinden van meetmethoden; dit houdt in dat minder aandacht is besteed aan editorials en discussiestukken.

Ad. 2.:

Door dit selectiecriteria wordt een grote hoeveelheid literatuur

over kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking uitgesloten; deze is meer gericht op het ontwikkelingsaspect van een bepaald programma (hoe verbeter je de kwaliteit van het handelen van hulpverleners?) dan op het evaluatie-aspect. Daarnaast heeft deze overweging de bedoeling een onderscheid te maken tussen inventariserend onderzoek, bijvoorbeeld naar taakopvatting en werkwijze van huisartsen, en onderzoek waarin werkelijk sprake is van het meten van kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. Dit onderscheid is overigens vaak lang niet zo duidelijk als het lijkt.

Ad. 3.:

De doelstelling van dit literatuuronderzoek richt zich op meetmethoden die toepasbaar zijn in de Nederlandse huisartsgeneeskunde; met name in de Amerikaanse literatuur is de toepasbaarheid in de Nederlandse huisartsgeneeskunde niet altijd op het eerste gezicht duidelijk.

Ad. 4.:

De 'individuele hulpverlening' wordt hier beschouwd als tegenstelling van 'systeem van zorg'; voor de evaluatie van systemen spelen andere kwaliteitsaspecten en criteria een rol, zoals bijvoorbeeld 'kosten'.

Als gevolg van onze keuze dit literatuuronderzoek te richten op de individuele hulpverleningssituatie en niet op systemen van zorg, blijft de literatuur over het meten van kwaliteit op het niveau van structure hier buiten beschouwing.

Ad. 5.:

Zoals in de inleiding werd aangegeven, worden laboratorium- en examensituaties uitgesloten.

Het zal duidelijk zijn dat de selectie die op deze wijze is gemaakt, gebaseerd is op een subjectief oordeel. Het is bovendien uitgesloten, dat op deze wijze een compleet overzicht van alle publikaties over het meten van kwaliteit in de huisartsgeneeskunde ontstaat. Ondanks deze tekortkomingen is er naar gestreefd in elk geval een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de belangrijkste bestaande meetmethoden.

## Literatuur verantwoording

- 1 KUIJLEN, H. Bibliografie methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. Utrecht: NIVEL, 1987
- 2 BECHT-MELAI, F. Registratie wetenschappelijk onderzoek eerste-lijnsgezondheidszorg 1986, nr. 15. Utrecht: NIVEL, 1987

## - Indeling van de bibliografie

Ook bij de indeling van deze bibliografie vormt het theoretisch concept van Donabedian (1966) het uitgangspunt. De gevolgde werkwijze en de gehanteerde beperkingen hebben de literatuur beperkt tot onderzoek op process- en outcome-niveau van de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen. Het eerste deel A heeft betrekking op onderzoek op process-niveau, het tweede deel B op onderzoek op outcome-niveau. Binnen beide delen is een verdere verdeling gemaakt op basis van de gehanteerde of beschreven meetmethode. A.1. heeft betrekking op onderzoek dat uitgaat van een analyse van arts-patiënt-contacten op basis van directe observatie en/of video- en audio-opnames. A.2. beschrijft methodes en onderzoek waarin huisartsen de kwaliteit van elkaars handelen beoordelen. A.3. bevat literatuur met de 'tracer-methode' als uitgangspunt. Hierin wordt de kwaliteit van handelen bij bepaalde aandoeningen (tracers) als afgeleide van de algehele kwaliteit van handelen gezien. En in A.4. is het onderzoek verzameld waarin het arts-patiënt-contact wordt gesimuleerd met getrainde simulatiepatiënten of papieren patiënten.

Een groot deel van het onderzoek naar de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op outcome-niveau maakt gebruik van routinematig geregistreerde gegevens. B.1. bevat literatuur over onderzoek waarin de patiëntstatus of een soortgelijke registratie als centrale bron van informatie wordt gebruikt. B.2. heeft betrekking op onderzoek naar de gezondheidstoestand als outcome van huisartsgeneeskundig handelen. In B.3. wordt kwaliteit als het ware van de andere kant benaderd. Hier vormen 'negative indexes' - dat wat fout ging en voorkomen had kunnen worden - het uitgangspunt. In B.4. is de literatuur met satisfactie als outcome van het handelen verzameld. En B.5. beschrijft het onderzoek waarin het voorschrijf- en/of verwijsgedrag van huisartsen centraal staat.

Elke indeling van literatuur naar onderwerp of gehanteerde methode is tot op zekere hoogte geforceerd. Een deel van het verzamelde onderzoek past eigenlijk in geen van de gebruikte categorieën. Een ander deel past eigenlijk in meer dan één categorie. Teneinde de indeling niet nodeloos ingewikkeld te maken, is het betreffende onderzoek toch in een van de gebruikte categorieën ingedeeld.

## **Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie**

De publikaties in de bibliografie zijn per hoofdstuk, dan wel per paragraaf geordend op de naam van de eerste auteur. Wanneer in een hoofdstuk meer publikaties van één auteur zijn opgenomen, zijn deze publikaties chronologisch gerangschikt. Alle titels in de bibliografie zijn doorlopend genummerd.

Om het zoeken op auteur en op onderwerp voor de gebruiker eenvoudiger te maken, zijn achterin de bibliografie een auteursregister en een trefwoordenregister opgenomen. In deze registers wordt verwezen naar de volgnummers van de afzonderlijke publikaties.

In de titelbeschrijvingen is een vermelding opgenomen van het aantal referenties dat in de beschreven publikaties wordt gegeven. De gebruiker kan daaruit afleiden hoe nuttig die publikatie is wanneer hij op zoek wil naar meer literatuur.

De titelbeschrijvingen in de bibliografie worden steeds gevolgd door een aanduiding van bibliotheken waar de betreffende publikatie ter inzage of te leen is. Bij deze opgave is niet gestreefd naar volledigheid. Achter in de bibliografie is een overzicht te vinden van de gebruikte aanduidingen, waarbij de bedoelde bibliotheken zijn vermeld met bezoekadres, postadres en telefoonnummer.

Bij boeken, rapporten en kopie-artikelen uit de NIVEL-collectie die opgenomen zijn in de bibliografie, is tevens het plaatsnummer vermeld waaronder de publikatie in de NIVEL-bibliotheek is terug te vinden.



## A. PROCESS ALS MAAT VOOR KWALITEIT VAN HANDELEN

### A.1. Consultanalyse

1

BASS, M.J., C. BUCK, L. TURNER, G. DICKIE, G. PRATT, H.C. ROBINSON.  
The physician's actions and the outcome of illness in family practice.

The Journal of Family Practice; 23, 1986, nr. 1, p. 43-47

nivel, ruu, vu

Om de kwaliteit van de zorg te meten, is het van belang om te weten welke elementen van het medisch handelen gerelateerd zijn aan de outcome.

De symptomen bij patiënten leiden niet altijd tot een definitieve diagnose. Soms wordt de patiënt beter buiten interventie van de arts om en soms blijven de symptomen aanhouden ondanks aanhoudend handelen van de arts. In het geval van beide extremen is het zeer waarschijnlijk dat psychosociale en psychische kenmerken van de patiënten een rol spelen. In het onderzoeksverslag staat de vraag centraal welke medische handelingen van de huisarts invloed hebben op de outcome, rekening houdend met psychische en psychosociale kenmerken van de patiënt. Een belangrijke factor hierbij is dat bij de communicatie tussen arts en patiënt er sprake van wisselwerking moet zijn. De arts moet er achter komen waarom een patiënt hem komt opzoeken. Bij overeenstemming blijkt er een vermindering van de klachten op te treden. Bij de opleiding van de huisartsen dient daarom naast aandacht voor de technische vaardigheden ook aandacht te zijn voor de 'Samaritan function' van de arts. ←

2

GERBERT, B., W.A. HARGREAVES.

Measuring physician behavior.

Medical Care; 24, 1986, nr. 9, p. 838-847, 21 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Voor het beoordelen van de handelwijze van artsen is betrouwbare

en valide informatie over het gedrag van artsen noodzakelijk. Vier methoden van informatie verzamelen over het gedrag van artsen bij de ambulante behandeling van chronisch obstructieve longaandoeningen werden onderzocht. Met behulp van een artseninterview, een patiënteninterview, informatie van de patiëntenkaart en observatie van video-opnamen werd het gedrag van 63 artsen beoordeeld tijdens spreekuurcontacten met 214 volwassen patiënten. Er werd hoge interbeoordelaar overeenstemming bereikt. Alle methoden zijn redelijk betaalbaar en volgens de artsen aanvaardbaar. De inhoudsvaliditeit van de twee interviewmethoden was redelijk goed, in tegenstelling tot die van de patiëntenkaart- en video-methode. Het lijkt erop dat geen enkele methode afzonderlijk een zorgvuldig beeld geeft van het gedrag van de artsen en daarom zou een combinatie van methoden dienen te worden gehanteerd.

3

GROL, R., H. MOKKINK, A. SMITS, J. VAN EIJK, M. BEEK, P. MESKER, J. MESKER-NIESTEN.

Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care.

Family Practice; 2, 1985, nr. 3, p. 128-135, 17 lit. opgn.

nivel (c 1753)

Onderzoek werd gepleegd naar de gevoelsmatige houding van 57 huisartsen ten aanzien van drie aspecten van hun werk: hulpverlening aan patiënten met somatische aandoeningen, hulpverlening aan patiënten met psychosomatische klachten en of psychosociale problemen en andere aspecten van het werk, zoals huisbezoek, lezen van vakliteratuur, nascholing, consultatie, en dergelijke. Uitgangspunt van de onderzoeker is dat er samenhang bestaat tussen de beleving van het huisartsenwerk en de kwaliteit van geleverde zorg. Negatieve gevoelens ten aanzien van het werk zouden ook een negatieve invloed hebben op de kwaliteit. Veel positieve gevoelens (tevredenheid, op je gemak voelen) correleerden met een grote openheid naar de patiënten toe, meer aandacht voor psychosociale aspecten van de klachten, maar tegelijkertijd ook met een hogere verwijsfrequentie naar de specialist. Anderzijds correleerden veel negatieve gevoelens (frustratie, druk, te weinig tijd) met veel voorschrijven en met het geven van weinig informatie aan patiënten. In zekere mate blijken negatieve gevoe-



lens invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg. Maar wat precies oorzaak en gevolg is, dient nog onderzocht te worden. Reflectie over eigen werk dient onderdeel te worden van opleiding, nascholing, en dergelijke.

4

GROL, R., J. VAN EIJK, H. MOKKINK, M. BEEK, P. MESKER, A. SMITS, J. MESKER-NIESTEN.

Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid en Samenleving; 6, 1985, nr. 1, p. 31-40, 19 lit. opgn. niveau, rug, ncv, nrmw, min. van wvc, vu

Conclusie van het onderzoek is dat het belangrijke consequenties voor de zorg die huisartsen bieden heeft of ze in het algemeen gezien een breed danwel beperkt gebied van het huisartsenwerk tot hun verantwoordelijkheid rekenen en of ze zich terzake competent voelen. Dit geldt in het bijzonder voor de mate van voldoende medisch handelen en voor het niet-somatisch handelen en het vermijden van overbodig medisch handelen. Dit wijst erop dat de taakopvatting van de huisarts niet alleen samenhangt met het verwijsbeleid, maar tot uitdrukking komt in de hele aanpak van klachten en problemen van patiënten. Met andere woorden in de stijl van werken van een huisarts. De samenhang met zowel het vermijden van overbodig als van nalatig medisch handelen duidt erop dat de samenhang tussen taakopvatting en hulpverlenend handelen niet alleen kwantitatief te duiden is. Het verwijst ook in de richting van de interpretatie. Ook dient het aanbeveling om een globaal begrip als taakopvatting genuanceerd te bekijken wat betreft de verschillende aspecten die een dergelijk begrip in zich bergt (technische vaardigheden, diagnostiek, begeleiding, inzicht en vaardigheden op het gebied van psychosociale problemen).

Samenhang werd gevonden tussen de op schriftelijke wijze gemeten 'taakopvatting' en het daadwerkelijk hulpverlenend handelen, hetgeen impliceert dat de taakopvattingvragenlijst werkelijk aspecten van de houding van de huisarts meet, die van invloed zijn op de zorg voor de patiënt. Als meetinstrument is een meetinstrument gekozen dat zo dicht mogelijk staat bij de dagelijkse praktijk van het huisartsenwerk. Dit houdt in dat met name voor het niet-somatische deel, de betrouwbaarheid bescheiden is.

5

HAAN, M. DE, H. HOLLENBEEK BROUWER.

Normen voor het dokteren van de huisarts: een weinig omschreven vak. Medisch Contact; 37, 1982, nr. 51/52, p. 1650-1653, 10 lit. opgn. nivel, uva, rug, rue, ruu, knaw, min. o en w

Oriënterend onderzoek waarin 36 huisartsenconsulten werden geanalyseerd op een specifiek onderdeel van de medische methode, namelijk de anamnese als deel van het diagnostisch handelen van de arts. Bezien werd met name de mate waarin enkele, vaak theoretische normen de basis vormen van het werk van de huisarts. Geconcludeerd wordt dat het moeilijk is om op basis van de literatuur tot eenduidige normen te komen, hoewel vrijwel iedere auteur impliciet bepaalde normen hanteert of eerbiedigt. Het blijkt moeilijk deze normen te operationaliseren. In dit onderzoek voldeed niet één van de consulten aan de norm. De vraag wordt dan ook gesteld of het niet zo is dat er in de praktijk vanuit een volslagen ander uitgangspunt wordt gewerkt dan in de vakliteratuur.

6

IMANTS, J.

Huisarts en hypertensie: een observatie-onderzoek. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979. nivel (r 349)

Van 23 huisartsen bij wie in het kader van een ander onderzoek video-opnamen zijn gemaakt, zijn de videobanden van 116 consulten, waarin de bloeddruk gemeten werd, beoordeeld aan de hand van later gepubliceerde NHI-richtlijnen. De resultaten van deze beoordeling worden vergeleken met de beantwoording van vragenlijsten door 168 andere huisartsen die deelnamen aan een nascholingscursus over hypertensie nadat de richtlijnen bekend gemaakt waren. Nagegaan is waarin de huisartsen afwijken van de richtlijnen en wat daarvoor mogelijke oorzaken zijn. Vaak wordt in het werkelijke gedrag (video) afgeweken van de richtlijnen, bijvoorbeeld in de 24 gevallen waarin dit te beoordelen was, werd niet met de klok van de stethoscoop geluisterd. Ook blijken uit de vragenlijsten bij veel huisartsen de richtlijnen niet goed bekend te zijn. Uit discussies tijdens de nascholingsbijeenkomsten komen een aantal oorzaken naar voren voor het niet voldoen aan de richtlijnen.

JACOBS, H.M., H.M. PIETERS.

Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: verschillen in professioneel handelen in het begin van de opleiding.

Medisch Contact; 39, 1984, nr. 13, p. 410-412, 4 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw, min. o en w

Beschrijving van een toetsingsmethode voor het handelen van arts-assistenten.

De toetsing vindt plaats na drie en negen maanden opleiding en bestaat uit een beoordeling van dat handelen in een consult met een simulatiepatiënt met vage en multiconditioneel bepaalde klachten. De evaluatie vindt plaats met behulp van een gedetailleerd consult-evaluatieformulier. De hier beschreven resultaten hebben betrekking op vijf onderwijsgroepen die de éénjarige full-time opleiding tot huisarts volgen en twee onderwijsgroepen die de experimentele tweejarige deeltijd-opleiding volgen.

Het blijkt dat ook de huisartsen die in hun praktijken de opleiding verzorgen erbij betrokken dienen te worden zodat onderwijs in het instituut en onderwijs in het veld op elkaar kunnen worden afgestemd. Pas daarna is het zinvol via toetsing gerichte feed-back te geven op de eventuele effecten van de opleiding tot huisarts en kan men gefundeerd onderwijsprogramma's veranderen. De vaardigheden van een groot deel van de arts-assistenten worden als onvoldoende beoordeeld.

LAWLER, F.H., M.C. HOSOKAWA.

Evaluation of standards of practice for primary care physicians using 12 hypothetical cases.

The Journal of Family Practice; 24, 1987, nr. 4, p. 377-383

nivel, ruu, vu

Standaarden voor geneeskundige zorg kunnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, consensus of persoonlijke ervaring. In dit onderzoek werden aan 1.300 artsen in 'primary care' in Missouri vragenlijsten gestuurd om het vóórkomen en de inhoud te weten te komen van standaarden voor de zorg bij 12 gefingeerde casussen. Gebleken is dat tussen diagnoses en per diagnose zowel consensus bestaat over het beleid als onenigheid. Voor die beleidsaspecten waarover consensus bestaat, kan een praktijkstan-

daard worden afgeleid. Naar beleidsaspecten waarover gebrek aan overeenstemming wordt gevonden, dient nader onderzoek te worden verricht om discrepanties op te lossen.

9

SMITS, A., H. MOKKINK, R. GROL, J. VAN EIJK, M. BEEK, J. MESKER-NIESTEN, P. MESKER.

Spreekuurgedrag van huisartsen: de samenhang tussen de medisch-technische en de psychosociale aspecten.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, nr. 4, p. 121-125, 8 lit. opgn. niveau, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Binnen de huisartsen-beroepsgroep ontstaat geleidelijk een steeds duidelijker visie op het ideale verloop van een spreekuurcontact. Essentieel daarin is de nadruk die wordt gelegd op de inbreng van de patiënt en op diens eigen verantwoordelijkheid. De vraag rijst, in hoeverre een dergelijke patiëntgerichte werkwijze samengaat met een adequaat diagnostisch en therapeutisch beleid. Deze vraag vormde het uitgangspunt voor een analyse van 815 spreekuurcontacten van in totaal 57 huisartsen. De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is, dat huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt, en hun handelen meer expliciteren, ook adequater reageren op de naar voren gebrachte klachten.

Een interessante nuancering van het geschetste totaalbeeld komt tevoorschijn uit de factor-analyse, waarbij een tweede dimensie in het spreekuurgedrag kon worden vastgesteld. Deze exploratieve bevinding is aanleiding tot de formulering van de veronderstelling, dat de uitgebreidheid van het medisch-technisch handelen een tweede dimensie vormt in het spreekuurgedrag van een huisarts; een dimensie die onafhankelijk is van de voorwaardelijke vaardigheden en de aandacht voor psychosociale factoren. Als deze veronderstelling juist is, dan dient men extra voorzichtig te zijn met de beoordeling van het handelen van de huisarts op basis van één enkel gegeven, zoals de diagnostische werkwijze. Het gegeven dat een huisarts relatief veel noodzakelijk lichamenlijk onderzoek doet, kan immers duiden op twee totaal verschillende gedragspatronen: het kan zijn dat er sprake is van een integrale werkwijze, maar het kan ook zijn dat de huisarts nu eenmaal in het algemeen veel lichamenlijk onderzoek doet, of het nu nodig is of niet.

Voortgezet onderzoek naar dimensies in het spreekuur-handelen is echter gewenst. Het onderzoeksinstrument PREVARA is goed bruikbaar gebleken in het kader van de huisartsopleiding en de onderlinge toetsing. Voortgezet onderzoek zal hopelijk de bruikbaarheid en de nauwkeurigheid ervan bevorderen.

10

STEWART, M.A.

What is a succesful doctor-patient interview?: a study of interactions and outcomes.

Social Science and Medicine; 19, 1984, nr. 2, p. 167-175, 37 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw

Binnen de huisartsgeneeskunde is een patiëntgericht model toonaangevend bij de communicatie tussen arts en patiënt. In het onderzoek wordt nagegaan of patiëntgerichte interviews positieve resultaten opleveren. In 24 huisartspraktijken werden 140 consulten op cassette opgenomen en geanalyseerd met behulp van de 'Bales Interaction Process Analysis'. Tien dagen na opname van de gesprekken werden de patiënten thuis opgezocht. De mate van tevredenheid met de geboden zorg, de compliantie en het geneesmiddelengebruik werd vastgesteld. Uit het onderzoek is gebleken, dat naarmate de artsen meer patiëntgericht handelden, er een hogere compliantie was en dat men een hogere mate van tevredenheid aan de dag legde. Conclusie van de onderzoeker is dan ook dat een patiëntgericht benadering van groot belang lijkt in de arts-patiënt-relatie.

11

THOMASSEN, J.F.M.

Consultanalyse: communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverleners in de huisartspraktijk.

Amsterdam: V.U.-uitgeverij, 1986, dissertatie.

nivel (b 1455)

Beschreven wordt een onderzoek naar het verband tussen communicatieve aspecten en kwalitatieve aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen. 315 spreekuurcontacten van 52 huisartsen, aangaande nieuwe klachten, worden beoordeeld door drie onderzoe-

kers van verschillende disciplines. Beoordeeld worden de mate van communiciteit (mate van gemeenschappelijkheid in de preoccupaties van arts en patiënt met zaken die voor hen van belang zijn in het gesprek, namelijk thema, proces en betrekking) en de kwaliteit, uitgesplitst naar kwaliteit van klachtgericht hulp verlenen en kwaliteit van patiëntgericht hulp verlenen. De validiteit van de kwaliteitsmeting wordt bepaald door 65 consulten te laten beoordelen door huisarts-deskundigen naar de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen (impliciet oordeel).

De betrouwbaarheid van alle metingen bleek hoog te zijn. De conclusie van de auteur luidt als volgt: "Hoe meer communiciteit tot uitdrukking komt in een geslaagde informatie-uitwisseling op geleide van zowel de huisarts als de patiënt, hoe meer de geboden hulp is afgestemd op geneeskundige en persoonsgebonden factoren van de patiënt.

12

TIELENS, V., M. BEEK, R. KOOPMANS, Y. VAN TRIER, H. MOKKINK.

Behandelt de huisarts vrouwen anders dan mannen?

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, nr. 7, p. 204-208, 19 lit. opgn.  
niveL, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Om inzicht te krijgen in eventuele verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen van mannelijke huisartsen bij mannen en bij vrouwen, is een secundaire analyse uitgevoerd van eerder verzameld materiaal. De analyse had betrekking op 955 aan de huisarts gepresenteerde klachten, betrekking hebbend op 16 verschillende protocol-klachten, die tezamen ongeveer 45% van de aan de huisarts aangeboden morbiditeit uitmaken. Er blijken nauwelijks verschillen in kwaliteit bij het medisch-technisch handelen bij mannen en vrouwen te bestaan. Voorzover er echter verschillen optreden, blijken die nagenoeg steeds in het voordeel van mannelijke patiënten. De aard van de klachten, en de leeftijd van de patiënten of artsen, blijken hierop niet van invloed te zijn, evenmin als het aantal klachten per consult. Wel blijken er, onafhankelijk van de sekse van de patiënt, grote verschillen in kwaliteit tussen de afzonderlijke contacten.

WILLIAMSON, J.W.

Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment.

Journal of the American Medical Association; 218, 1971, nr. 4, p. 564-569, 8 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Beschrijving en illustratie van een strategie om de kwaliteit van de zorg voor patiënten te evalueren. De strategie bevat vier elementen: diagnostische uitkomsten, het diagnostisch proces, therapeutische uitkomsten en therapeutisch proces. Ingegaan wordt op de implementatie van de strategie en een achttal praktijkvoorbeelden wordt uitgewerkt. Een drietal factoren wordt genoemd, die de waarde van de beschreven strategie aangeven: de strategie dwingt de hulpverlener zich te concentreren op de prognose, de strategie vestigt de aandacht op andere dan alleen pathofysiologische oorzaken van klachten en de strategie heeft positieve educatieve effecten. Daarnaast biedt de strategie aanknopingspunten om te komen tot het uiteindelijke doel van evaluatie van het systeem van gezondheidszorg, namelijk het verbeteren ervan.

ZUCKERMAN, H.S., J.A. HUNTLEY, K.J. WATERBROOK.

Effectiveness of patient care in a primary care clinic.

Medical Care; 18, 1980, nr. 10, p. 1001-1012, 6 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

De "traject-methode" is een methode van kwaliteitsmeting die patiënten volgt gedurende het diagnostische en therapeutische proces en de kwaliteit van de ontvangen zorg bepaalt aan de hand van vooraf opgestelde criteria op 4 gebieden: diagnostisch proces, diagnostisch resultaat, therapeutisch proces en therapeutisch resultaat. Deze methode wordt toegepast in een "primary care clinic" bij 72 patiënten die met acute gastrointestinale klachten de kliniek bezochten en voor wie een afspraak voor een Röntgenfoto is gemaakt. De benodigde gegevens worden verkregen van de patiëntenstatus en uit een interview met de patiënt enige tijd na het maken van de Röntgenfoto. Aan sommige criteria wordt over het algemeen goed voldaan (bijvoorbeeld beschrijven van de

hoofdklacht), aan andere (urine-onderzoek aanvragen bijvoorbeeld) minder.

Over de criteria bestond geen consensus bij de onderzochte groep. De kennis van patiënten over bijvoorbeeld uitslagen van onderzoek gehanteerd als maat voor de arts-patiëntrelatie is niet optimaal, maar het is de vraag in hoeverre dit met de kwaliteit van zorgproces samenhangt. Ondanks een aantal nadelen is dit een veelbelovende methode omdat outcome- en procesaspecten aan elkaar gerelateerd worden en zowel de medisch-technische kant als de psycho-sociale kant van de medische zorg benaderd worden.



## A.2. Onderlinge toetsing

15

BEUSMANS, G.H.M.J.

Evaluatie en toetsing geïntegreerd: een meerjarig nascholingscurriculum voor huisartsen in Limburg.

Medisch Contact; 40, 1985, nr. 11, p. 328-330, 9 lit. opgn.  
niveau, uva, rug, rul, ruu, knaw, min. o en w

Basis van een meerjarig nascholingscurriculum in Limburg is onder andere het inzicht dat nascholing dáár moet worden gevolgd waar lacunes zijn en niet op grond van aantrekkelijkheid van het onderwerp alleen.

Er wordt gewerkt met nascholingswerkboeken. In dit artikel worden de evaluatie- en toetsingsactiviteiten uit de nascholingswerkboeken uiteengezet.

Aan de orde komen evaluatie van kennis door middel van een voor-en natoets, schriftelijk oefenmateriaal en de Maastrichtse Voortgangstoets; evaluatie van vaardigheid door middel van vaardigheidsstations, consultsimulaties en zelfbeoordelingslijst; en gestructureerde onderlinge toetsing door middel van registratie. Tot slot wordt kort ingegaan op de praktische uitvoerbaarheid.

16

BROOK, R.H.

Quality of care assessment: a comparison of five methods of peer review.

Rockville, Md. 1973. Department of Health, Education and Welfare, Publication No. (HRS), 74-3100

niveau (r 4026)

Naast een uitgebreid literatuuroverzicht over meetmethoden om kwaliteit van medische zorg te bepalen, wordt een onderzoek beschreven waarin verschillende meetmethoden worden toegepast. Door algemene artsen en experts werd een impliciet oordeel gegeven over proces en outcome van medische zorg, verleend in het Baltimore City Hospital voor drie specifieke aandoeningen; tevens werd het proces beoordeeld aan de hand van expliciete criteria en de outcomes werden geëvalueerd met behulp van schattin-

gen van de artsen van hoe de outcome zou zijn van groepen met gelijke prognose. Het onderzoek wordt uitgevoerd bij 246 patiënten met urineweginfectie, hypertensie of een ulcus duodeni/ventriculi. Als bron van informatie diende de status en een interview met de patiënt.

Naar gelang de gehanteerde methode, was er grote variatie in de resultaten van de kwaliteitsmetingen. Met name de schatting van de outcome bleek niet valide genoeg.

Voorgesteld wordt een methode waarbij zowel het proces als de outcome van zorg in individuele gevallen beoordeeld wordt.

17

GROL, R., P. MESKER (red.).

Huisarts en onderlinge toetsing: methoden, normen, protocollen; 2<sup>e</sup> herziene druk).

Utrecht: Bunge, 1986.

nivel (b 1422)

Dit boek is te beschouwen als een soort handboek voor huisartsen die zich met onderlinge toetsing willen bezighouden. Aan bod komen doel en betekenis van toetsing, het opstellen van normen en een historisch overzicht van de invoering van verschillende toetsingsmethoden in Nederland.

Een gedetailleerd normensysteem wordt beschreven, dat gebaseerd is op een benadering van het huisartsgeneeskundig handelen via twee indelingen die samen een soort matrix vormen. De eerste indeling is in 4 basale huisartsgeneeskundige vaardigheden, te weten: gericht systematisch werken, hanteren van de huisarts-patiënt-relatie, adequaat somatisch handelen en adequaat psychosociaal handelen. De tweede indeling is gericht op verschillende fasen van het arts-patiënt-contact, namelijk intake, gerichte probleemverheldering, probleemdefinitie, overleg over en opstellen van een plan, en consultevaluatie. Eveneens wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van 24 protocollen, gericht op adequaat medisch-technisch handelen.

Het laatste hoofdstuk is een handleiding voor het toepassen van 3 verschillende toetsingsmethoden: toetsing met behulp van audiobanden, onderlinge praktijkobservatie, en onderlinge toetsing en zelftoetsing met behulp van medisch-technische protocollen.

GROL, R., H. MOKKINK, J. VAN DEURSEN, A. TEUNISSEN.

Effecten van onderlinge toetsing. 2: Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, nr. 5, p. 141-145, 25 lit. opgn. niveau, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Tweede artikel over de effecten van deelname aan het toetsingsprogramma van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI), waarbij de invloed op het voorschrijf- en verwijsgedrag van de deelnemende artsen wordt besproken. Daarbij is gebruik gemaakt van gegevens van het ziekenfonds BAZ. Samenvattend wordt gesteld dat de deelname aan het programma van invloed is geweest op het voorschrijfgedrag en niet op het verwijsgedrag. De invloed op het voorschrijfgedrag betrof met name het specifieke voorschrijfgedrag, doch veel minder het gerichte voorschrijven. Het oordeel van de deelnemers over het programma was overwegend zeer positief. Evaluatie van het project leidt tot de conclusie dat hiermee de basis is gelegd voor een langdurige ontwikkeling op het gebied van kwaliteitsverbetering.

GROL, R.

Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde: effecten van onderlinge toetsing.

Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987, dissertatie. niveau (b 1507)

In dit proefschrift wordt de invoering beschreven van een programma van onderlinge toetsing voor huisartsen. Het effect van het programma wordt op verschillende wijzen geëvalueerd: directe observatie van spreekuurcontacten en beoordeling van audiobanden aan de hand van expliciete criteria omtrent 'medisch handelen' (24 protocol klachten) en 'niet medisch handelen' (gericht en systematisch werken, hanteren van huisarts-patiëntrelatie en psychosociaal handelen), vragenlijsten omtrent attitude en ziekenfondsgegevens, omtrent voorschrijven en verwijzen.

243 huisartsen namen deel aan het programma (73% van de benaderde huisartsen). De resultaten waren overwegend positief; met name wat betreft anamnese, voorlichting en terugbestellen veranderde het handelen in de richting van de normen. Subjectief werd

het programma door de deelnemers positief beoordeeld; de attitude veranderde echter weinig. Het is niet geheel duidelijk welke factoren het effect van deelname aan een dergelijk programma bevorderen of belemmeren.

20

GROL, R., H. MOKKINK, F. SCHELLEVIS.

The effects of peer review in general practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 38, 1988, p. 10-13, 18 lit. opgn.

nivel, rug, rul, ruu, kun, knaw

Beschrijving van een programma van intercollegiale toetsing met betrekking tot het gedrag van huisartsen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Een evaluatie vond plaats van 43 huisartsen voor en na deelname aan het programma. Er werd gekeken naar zowel het medisch als het niet-medisch handelen met gebruikmaking van een tevoren getest meetinstrument. Tevens werd het voorschrijfgedrag van de deelnemers aan het programma vergeleken met dat van een controlegroep. Na deelname was het werk van de artsen meer in overeenstemming met een aantal criteria ten aanzien van goede eerstelijnszorg. Met name was dit het geval voor het bespreken van vragen en verwachtingen van de patiënten, het actief stimuleren van patiëntenparticipatie, het ingaan op de voorgeschiedenis en het geven van informatie en advies. De grootste veranderingen kwamen voor bij artsen die tevoren het minst aan de criteria voldeden. Met name werden minder geneesmiddelen voorgeschreven.

21

HULSHOF, R.E., H.J.P.M. DIJKHUIS, J. THEUNISSEN, J.D. MULDER.

Beoordeling van consulten in de huisartspraktijk.

Huisarts en Wetenschap; 25, 1982, nr. 11, p. 431-434.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

In dit artikel wordt gerapporteerd over een eenvoudige methode om de probleemgerichte werkwijze van de huisarts te meten. Hier toe zijn vijf criteria opgesteld die op elk consult van toepassing zijn, en waaraan iedere huisarts volgens de auteurs moet kunnen voldoen. Van de arts wordt ten minste verwacht dat hij de

problemen van de patiënt noteert, dat hij er mondeling op ingaat, dat hij activiteiten onderneemt die daar direct betrekking op hebben, dat die activiteiten voor beroepsgenoten aanvaardbaar zijn en dat hij de intentie tot evaluatie vertoont.

Deze criteria zijn toegepast op de registratie van 100 consulten van 50 huisartsen. Uit de resultaten blijkt dat de ontwikkelde methode redelijk betrouwbaar en bruikbaar is en dat zij de mogelijkheid biedt tot intercollegiale toetsing.

22

MAXWELL, J.A., L.J. SANDLOW, P.G. BASHOOK.

Effect of a medical care evaluation program on physician knowledge and performance.

Journal of Medical Education; 59, 1984, p. 33-38, 14 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Verslag van een onderzoek, betreffende een modelprogramma ter verbetering van MCE- (Medical Care Evaluation) commissievergaderingen. Doel van het onderzoek was de effecten te bepalen op kennis en medisch handelen van de deelnemende artsen. Geconcludeerd wordt dat er inderdaad sprake was van een toename van kennis van onderwerpen die aan de orde waren geweest en ook dat diverse artsen tot substantiële veranderingen in hun zorg voor patiënten overgingen. Deze veranderingen waren niet zozeer het gevolg van de nieuw verkregen informatie, als wel van een hernieuwde visie op strategieën ten aanzien van patiënt-management, gestimuleerd door discussies met collega's op de vergaderingen. De basisprincipes van het programma kunnen niet alleen in MCE-activiteiten geïncorporeerd worden, maar ook in andere typen committee-activiteiten, gericht op patiëntenzorg.

23

MOKKINK, H.G.A., V.C.L. TIELENS, A.J.A. SMITS, R.P.T.M. GROL.

Werkstijlen van huisartsen: een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, nr. 3, p. 72-76, 16 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Is het mogelijk bij huisartsen een beperkt aantal werkstijlen te onderscheiden en hangen die werkstijlen dan samen met ver-

schillen in attitude? Inzicht in deze verbanden zou van nut kunnen zijn bij onderlinge toetsing en onderwijs. Voor het onderzoek is onder meer gebruik gemaakt van observatiegegevens en meetinstrumenten die zijn ontwikkeld in het kader van het project 'Huisarts en somatische fixatie' en van ziekenfondsgegevens over verwijs- en voorschrijfgedrag. Er worden vier werkstijlen onderscheiden: de geïntegreerde stijl, de stijl van de doener en twee 'minimum'-stijlen. Deze werkstijlen blijken te corresponderen met verschillen in opvatting over controle en het nemen van risico's en over de medisch-technische taak van de huisarts; opvattingen over de relatie met de patiënt en met de specialist blijken minder duidelijk te differentiëren.

24

NORTON, P.G., L.J. DEMPSEY.

Self-audit: its effect on quality of care.

The Journal of Family Practice; 21, 1985, nr. 4, p. 289-291, 7 lit. opgn.

nivel, ruu, vu

In een onderzoek met een crossover design wordt het effect van Post Academisch Onderwijs op de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen onderzocht. De kwaliteit van zorg wordt beoordeeld op basis van gegevens uit de registratie. Het Post Academisch Onderwijs heeft een experimentele vorm. Huisartsen stellen zelf criteria op met betrekking tot de kwaliteit van het handelen bij bepaalde aandoeningen (cystitis en vaginitis) en krijgen hierop direct feedback, op basis van eigen eraan voorafgaand handelen. De criteria worden hier zo nodig op aangepast; 6 en 14 maanden later werd de kwaliteit van het handelen weer aan de zelf gestelde criteria getoetst. Op basis van de uit registratie verkregen data bleek de kwaliteit van zorg te verbeteren door deze vorm van post-academisch onderwijs.

25

PIETERS, H.M., H.M. JACOBS.

Hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst: een gedetailleerde consultobservatie.

Medisch Contact; 1983, nr. 49, p. 1539-1542.

Evaluatie van het hulpverleningsgedrag van huisartsen in opleiding door middel van een door het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut ontwikkeld toetsingsinstrument, waarbij gebruik wordt gemaakt van observatielijsten. Tevens worden vragen gesteld over de validiteit en betrouwbaarheid van de uit de toets verkregen gegevens.

Tot slot komen de interne consistentie en de meetbetrouwbaarheid van het meetinstrument aan de orde.

Samenvattend stellen de auteurs dat de betrouwbaarheid van de onafhankelijk tot stand gekomen beoordelingen van de hulpverlening van arts-assistenten bevredigend is.

26

PLAISIER, O.

Kijken bij de burens: observatie tussen (huis)artsen.

Medisch Contact; 42, 1987, nr. 17, p. 533-534.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw, min. o en w

Korte beschrijving van de manier waarop vijf huisartsen in hun praktijk werden geobserveerd. Het betreft praktijken in een middelgroot stadje op het 'verstedelijkte platteland'. Bij iedere huisarts werd het ochtendspreekuur bijgewoond en werden aantekeningen gemaakt over alles wat opvallend was aan de handelwijze van de arts, de interactie tussen patiënt en arts en de interacties tussen arts en assistente. Ter verkrijging van een objectieve maatstaf werd de duur van elk consult gemeten en werd het consult in een drietal fasen ingedeeld. Geconcludeerd wordt dat zowel waarnemer als waargenomene veel kan leren van een dergelijke observatie. Het rendement ervan neemt nog toe wanneer meer dan één arts wordt geobserveerd, zodat artsen onderling met elkaar kunnen worden vergeleken.

27

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS.

What sort of doctor?: assessing quality of care in general practice. Report from General Practice 23, 1985.

ruu

Proefonderzoek waarin peer review in 35 gevallen wordt toegepast en geëvalueerd. Huisartsen bezoeken onderling elkaars praktijken

en maken een beoordelingsrapport. Het doel is meer educatief dan wetenschappelijk. Door een commissie van deskundigen zijn globale criteria opgesteld, verdeeld in 4 groepen (professionele waarden, toegankelijkheid, klinische competentie en communicatieve vaardigheden) die hierbij gehanteerd kunnen worden. Informatie wordt verzameld door middel van een vragenlijst aan de huisarts, directe observatie, gesprekken met de praktijkmedewerkers, inspectie van een steekproef van de patiëntenkaarten, video-opnames van consulten en een interview met de huisarts. Het oordeel van de deelnemers over de methode is overwegend positief wat betreft validiteit van de criteria, aanvaardbaarheid en betrouwbaarheid. De beoordeelde huisartsen voeren vaak voorgestelde veranderingen door en vinden de beoordeling soms te weinig kritisch.

28

SCHELLEVIS, F., R. GROL.

Normen en onderlinge toetsing.

Huisarts en Wetenschap; 30, 1987, p. 212-215, 27 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Evaluatie van het project 'Onderlinge toetsing in de huisartsengeneeskunde' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, waarbij centraal staat de vraag in hoeverre het gebruik van tevoren opgestelde normen in de praktijk voldoet. Het gaat daarbij om vier onderwerpen: de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de normen, de acceptatie ervan, de normontwikkeling en de status van de normen. De aangeboden normen bleken goed overdraagbaar en bruikbaar, waren acceptabel als beoordelingscriterium, doch niet als richtlijn voor het veranderen van de eigen werkwijze, de discussie over de inhoud van de normen was vruchtbaar, doch verliep moeizaam en de bereidheid van de deelnemende artsen om elkaar te houden aan de geaccepteerde normen en verantwoording af te leggen over 'afwijkend gedrag' bleek op zijn minst halfslachtig.

29

WILSON, A.D.

Cervical cytology: a general practice audit.

Family Practice; 4, 1987, nr. 1, p. 56-60, 16 lit. opgn.

nivel



Het cervixcytologie-programma in Groot Brittannië blijkt weinig invloed uit te oefenen op de ziekte. In het artikel wordt ingegaan op de mogelijke oorzaken, toegespitst op de rol die de huisarts hierbij zou kunnen spelen. 'Peer-group-audit' wordt gezien als een middel om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Met deze methode werd op initiatief van de Royal College of General Practitioners geëxperimenteerd. Van de 240 leden reageerde 140 (58%) positief op een vragenlijst over het beleid dat de artsen voerden ten aanzien van uitstrijkjes. Binnen 76 praktijken (101 leden (42%)), werden 100 medische dossiers van vrouwen tussen 35 en 64 jaar bekeken op degenen, die nooit een uitstrijkje, en die de laatste vijf jaar een uitstrijkje hadden laten maken. Er werd een grote interdoktervariantie gevonden, waarvan weinig verklaard werd door de gekozen variabelen binnen het onderzoek. De waarde van 'peer-group-audit' wordt tot slot besproken.

30

WINICKOFF, R.N., K.L. COLTIN, M.M. MORGAN, R.C. BUXBAUM, G.O. BARNETT.

Improving physician performance through peer comparison feedback.

Medical Care; 22, 1984, nr. 6, p. 527-534, 24 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

In het artikel wordt een evaluatie gegeven van een project dat gericht was op de verbetering van de screening op colon- en rectumcarcinoom door artsen, middels inwendig onderzoek en onderzoek op occult bloedverlies bij de jaarlijkse 'check up' van patiënten boven de 40. Er werd gebruik gemaakt van 'peer comparison feedback'.

Gedurende de eerste zes maanden was er een verbetering waar te nemen in het screenen van de artsen met feedback (groep 1) van 66% naar 79,9% ( $p < 0,001$ ), terwijl de controlegroep (groep 2) ook verbeterde (67,5% naar 76,6% ( $p < 0,001$ )). Gedurende de tweede zes maanden kreeg groep 2 feedback en groep 1 niet. Groep 1 stabiliseerde op ongeveer 80%, terwijl groep 2 verder verbeterde van 76,6% naar 84% ( $p < 0,001$ ). Ook 6 en 12 maanden later bleek dat er sprake was van verbeterde kwaliteit van de screening.

### A.3. De tracer-methode

31

HAEN, F. DE, D. WIJKEL.

De tracermethode in gezondheidszorgonderzoek.

Gezondheid en Samenleving; 4, 1982, nr. 3, p. 276-282

nivel, rug, ncv, nrmw, min. van wvc, vu

De tracermethode combineert de evaluatie van zowel proces- als outcome-aspecten van een systeem van medische zorg, aan de hand van expliciete criteria. De theoretische en praktische problemen bij het invoeren van deze methode in de eerstelijnsgezondheidszorg en ambulante psychiatrie worden beschreven. Allereerst dient het basisidee van de tracermethode, dat routinematig verleende zorg voor een veelvoorkomende aandoening een indicator zal zijn van de algemene kwaliteit van zorg herzien te worden als de traceraandoeningen geselecteerd worden volgens de criteria die zijn voorgesteld door Kessner en Kalk. De methode is om deze reden met name niet toepasbaar om systemen van geestelijke gezondheidszorg te evalueren. De somatische aspecten van medische zorg worden bovenmatig benadrukt door deze methode. Ten tweede vormt het verzamelen van gegevens, met name in de huisartsenpraktijk, een ernstig probleem bij dit soort onderzoek: de bereidheid van artsen om hun gegevens af te staan voor onderzoek is minimaal. Bovendien is de kwaliteit van het bijhouden van statussen in de huisartsgeneeskunde meestal zo matig dat patiëntenkaarten niet kunnen dienen als database voor wetenschappelijk onderzoek.

32

KEKKI, P.

Quality assurance in primary medical care.

Scandinavian Journal of Primary Health Care; 1, 1983, nr. 3-4, p.

132-138

nivel (c 1744)

Een aantal algemene principes van de evaluatie van het werk van de dokter, die ook van toepassing zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg, wordt gesproken. In het artikel ligt de nadruk op

kwaliteit vanuit het standpunt van de praktiserende arts en de te verwachten problemen die het meten van kwaliteit in de eerstelijnssetting heeft. Een aantal zwakheden van de klinische 'medical audit' methode voor de eerstelijns wordt aangegeven. De gebruiksmogelijkheid van het structuur-proces-uitkomst model en de relaties tussen de verschillende componenten van het model wordt benadrukt. Tenslotte worden twee veelbelovende methoden in relatie tot het werk van de eerstelijnsarts besproken. Het betreft de zogenaamde tracermethode ontwikkeld door Kessner en Kalk en de Health Accounting method (HAP) die door Williamson is ontwikkeld. Bij deze laatste methode is het basisconcept: 'de te bereiken resultaten die op dit moment nog niet zijn bereikt'. Alleen die gebieden waarvan verwacht wordt dat een belangrijke verbetering in de bestaande situatie kan optreden onder realistische zorgcondities, komen voor kwaliteitstoetsend onderzoek in aanmerking. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van een praktijkvoorbeeld. Vanuit het standpunt van de praktijk is het hoofdprobleem te beslissen in hoeverre het proces of de uitkomst valide indicatoren voor kwaliteit zijn. Men zou zich dienen te realiseren dat de correlatie tussen proces en uitkomst laag is en dat de validiteit fundamenteel afhangt van de relatie tussen beide componenten en onze interpretatie van die relatie.

33

KESSNER, D.M., C.E. KALK, J. SINGER.

Assessing health quality: the case for tracers.

The New England Journal of Medicine; 288, 1973, nr. 4, p. 189-194.

nivel (c 696), uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Het idee waarop de tracermethode gebaseerd is, is dat de kwaliteit van zorg die geleverd wordt door individuele hulpverleners of hulpverleningsteams voor veel voorkomende aandoeningen een indicator is voor de algemene kwaliteit van de zorg en voor de werkzaamheid van het hulpverleningssysteem.

Criteria om tracers te selecteren, zijn:

1. een tracer-aandoening moet duidelijk functioneel effect hebben;
2. een tracer moet goed gedefinieerd zijn en gemakkelijk te diagnosticeren;
3. de prevalentie dient hoog genoeg te zijn om informatie te kunnen verzamelen in een beperkte steekproef van de populatie;

4. het natuurlijk beloop van de aandoening dient te veranderen onder invloed van het gebruik en de effectiviteit van medische zorg;
5. het medische beleid ten aanzien van de aandoening moet goed gedefinieerd zijn voor ten minste één van de volgende onderdelen: preventie, diagnostiek, behandeling of revalidatie;
6. het effect van niet-medische factoren op de tracer moet bekend zijn.

Op grond van deze criteria worden zes tracer-aandoeningen voorgesteld: otitis media en gehoorverlies, visusstoornissen, ijzergebreksanemie, hypertensie, urineweginfecties en cervixcarcinoom.

Formele criteria voor de evaluatie van zorg zijn noodzakelijk; deze dienen echter niet te rigide te zijn. Daarom werden als volgt criteria vastgesteld: de criteria zijn minimumcriteria, ze zijn pragmatisch (niet afhankelijk van uitgebreide apparatuur) en dienen regelmatig bijgesteld te worden volgens de meest recente denkbeelden.

Toepassing van de tracermethode in een hypothetische populatie bij een hypothetisch gezondheidscentrum wordt beschreven. Vooral feed-back van de gevonden resultaten aan de hulpverleners is erg belangrijk. Geconcludeerd wordt dat de tracermethode veelbelovend is.

34

KESSNER, D.M.

Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance.

New English Journal of Medicine; 298, 1978, nr. 7, p. 381-386.

uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Naast een kritische beschouwing over de ontwikkelingen rond quality assurance in de Verenigde Staten, bevat dit artikel een korte beschrijving van een onderzoek waarin verschillende methoden vergeleken worden. De principes van de tracermethode worden beschreven, evenals problemen bij het vaststellen van criteria. Het onderzoek vond plaats in zes praktijken van ambulante hulpverlening. De informatie op speciaal voor het onderzoek ingevoerde 'enriched encounter forms' bleek slecht overeen te komen met informatie uit patiëntenstatussen. De in de status vermelde diagnoses bleken niet specifiek (hypertensie), waardoor een zeer

heterogene patiëntenpopulatie werd geselecteerd, van wie de diagnose zelfs bij een groot aantal twijfelachtig was. Als een onderzoek zich richt op vage, moeilijk vast te stellen diagnosen, worden bovendien grote prevalentieverschillen gevonden. Deze gegevens benadrukken hoe belangrijk het is in elk onderzoek naar de kwaliteit van zorg, hetzij op procesniveau, hetzij op outcomeniveau, altijd nauwkeurig het diagnostische proces in aanmerking te nemen. Voordat quality assurance werkelijk ingevoerd kan worden, dient nog veel meer onderzoek te worden gedaan naar het effect ervan.

35

NOVICK, L.F., K. DICKINSON, R. ASNES, M. LAN, R. LOWENSTEIN.

Assessment of ambulatory care: application of the tracer methodology.

Medical Care; 14, 1976, nr. 1, p. 1-12, 7 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Met gebruikmaking van de Tracer Method (Kessner) werd een onderzoek verricht naar de kwaliteit van de zorg in the Pediatric Ambulatory Clinic van het Columbia-Presbyterian Medical Center. Op deze Tracer Methodologie wordt nader ingegaan. Dit omvat mede de selectie van de tracer- of indicator-condities, de implementatie van deze evaluatieve methode en de resultaten die werden verkregen uit het gebruik van een van de 'tracers' in eerder genoemd onderzoek. Hoewel er nog een aantal vragen over het gebruik van de tracer-methode te beantwoorden blijft, wordt er positief geoordeeld over de bruikbaarheid ervan. Het onderzoek in kwestie betreft de tracer 'iron-deficiency anemia', 100 patiëntendossiers en de vergelijking van het oordeel over de zorg via de tracermethode en van een viertal artsdeskundigen.

36

RUDNICK, K.V., W.P. FRASER, J.C. SIBLEY, V.R. NEUFELD, D.L. SACKETT, B.A. GERRARD.

The impact of continuing education on the quality of patient care.

Canadian Family Physician; 29, 1983, p. 810-818, 11 lit. opgn.

nivel

Een randomised controled onderzoek naar het effect van Post

Academisch Onderwijs op de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg. De kwaliteit van zorg werd beoordeeld met een op Kessner's tracer-disease gebaseerde methode. Data daarvoor werden verkregen uit de administraties van de betrokken huisartsen. De nascholing bestond uit een pakket met algemene informatie en een aantal papieren patiënten. Bij aanvang van het experiment bestonden er geen verschillen in kwaliteit van zorg tussen de interventiegroep (n = 32) en de controlegroep (n = 32). Volgens de gehanteerde criteria verbeterde zowel de zorg in de interventiegroep als in de controlegroep. In onderdelen verschilden beide groepen wel. Maar overall was de kwaliteit in de interventiegroep niet beter dan in de controlegroep.

37

SMITH, S.R.

Application of the tracer technique in studying quality of care.

The Journal of Family Practice; 4, 1977, nr. 3, p. 505-510, 8 lit. opgn.

nivel, ruu, vu

Het objectief meten van de kwaliteit van de zorg vormt een probleem. In het artikel wordt nagegaan in hoeverre de toepassing van de 'Tracer technique' als meetinstrument voor de kwaliteit van de zorg, in dit geval de behandeling van hypertensie in een (huis)artsenpraktijk, voldoet. De conclusie van de auteur luidt dat de 'Tracer technique' veelbelovend is en zeer efficiënt. Een neveneffect is dat door deze methode de kwaliteit van de zorg wordt gestimuleerd door de aan de toetsing gepaard gaande zelf-educatie.

#### A.4. Simulatiepatiënten

38

CRIJNEN, A.A.M., J. VAN THIEL, H.F. KRAAN.

Evaluatie van consultvoering: een spreekuur nagebootst.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, p. 316-318, 7 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, kun, min. o en w, knaw

Tijdens een simulatie-spreekuur spreken 40 arts-assistenten met vier simulatie-patiënten. De samenstellers van de Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst (MAAS) onderzochten hierbij de validiteit en betrouwbaarheid van dit evaluatie-instrument.

Allereerst wordt beschreven hoe het spreekuur werd georganiseerd en de simulatiepatiënten werden geïnstrueerd. Daarna wordt kort ingegaan op de ervaringen van de arts-assistenten.

De onderzoekers wilden vaststellen of observatoren in staat zijn onderling betrouwbaar te scoren met de MAAS en of het instrument valide is.

Conclusie is dat een spreekuur door arts-assistenten met meer dan één simulatie-patiënt duidelijke voordelen heeft voor onderwijs en onderzoek (leerervaring in consultvoering, relevante problemen, bespreken van routines, mogelijkheid tot individuele feedback en feedback in groepsverband).

39

GERRITSMAN, J.G.M., J.A. SMAL.

De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie.

Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1982.

Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht, 303 p., 313 lit. opgn.

nivel (b 861)

Aan 16 huisartsen en 16 internisten worden ieder 2 schriftelijke patiëntensimulaties voorgelegd door een simulator om na te gaan of er verschil in werkwijze bestaat tussen de twee beroepsgroepen. Er zijn 4 simulatiecasussen, 1 patiënt met buikklachten zonder complicatie, 1 patiënt met buikklachten met complicatie (maagbloeding), 1 patiënt met hoofdpijn met complicatie (fenacetinegebruik). De simulatie omvat meerdere consulten (door de

arts te bepalen), de maximale gesimuleerde periode is 3 maanden. Het blijkt dat internisten uitvoeriger en meer routinematig werken dan de huisartsen en onderling meer overeenkomst in werkwijze vertonen. Bij patiënten met complicatie werkt de huisarts meer en de internist minder uitvoerig dan zonder complicatie. Huisartsen en internisten besteden evenveel aandacht aan psychosociale aspecten, maar internisten besteden daarnaast meer aandacht aan somatische aspecten dan huisartsen. Naast de beschrijving van het onderzoek wordt uitgebreid aandacht besteed aan theoretische achtergronden en verklaringen. De resultaten van dit onderzoek kunnen als zodanig geen oordeel geven over de kwaliteit van het medisch handelen.

40

HAAIJER-RUSKAMP, F.M., R. VAN DER LENDE, J. ORMEL en H. WESSELING. Het voorschrijfgedrag van de huisarts: morbobocratie of ratiocratie?: een studie naar geneigdheid tot en rationaliteit van voorschrijven. Gezondheid en Samenleving; 4, 1983, nr. 4, 246-255, 30 lit. opgn. niveau, ncv, nrmw, min. van wvc, vu

Onderzoek naar de geneigdheid tot voorschrijven en de rationaliteit van het voorschrijven van 118 huisartsen met behulp van schriftelijke patiëntensimulaties. De door de huisartsen uitgeschreven recepten werden beoordeeld door een panel van deskundigen uit verschillende disciplines op farmacologische juistheid, duur en dosering en het al of niet gebruiken van combinatiepreparaten. Er bestaan grote verschillen tussen de huisartsen wat betreft al dan niet voorschrijven en de keuze van een preparaat. Deze variantie is toe te schrijven aan zowel verschillen in aangeboden klachten als verschillen in geneigdheid tot voorschrijven van de artsen. Farmacologisch juist voorschrijven is vooral een huisartsgebonden eigenschap, terwijl juistheid van voorschrijfduur en dosering geneesmiddel gebonden eigenschappen zijn. Zowel de geneigdheid voor te schrijven, als farmacologisch juist voorschrijven hangt samen met het werkelijke voorschrijfgedrag volgens ziekenfondscijfers. Aanbevelingen worden gedaan voor aandacht voor deze punten in onderwijs.



HAAIJER-RUSKAMP, F.M.

Het voorschrijfgedrag van de huisarts: een studie bij 118 huisartsen naar factoren die verschillen in voorschrijfgedrag verklaren.

Groningen: Rijksuniversiteit, 1984. Dissertatie. 151 p., 155 lit. opgn.

nivel (b 1056)

Deze dissertatie beschrijft een onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het voorschrijfgedrag van 118 niet-apotheekhoudende huisartsen in Twente. De aspecten van het voorschrijfgedrag die beoordeeld worden, zijn: volume (gemiddeld aantal voorschriften per verzekerde in het tweede kwartaal van 1979), kosten (gemiddelde kosten per voorschrift) en kwaliteit van voorschrijven (mate van farmacologische juistheid van voorschrijven bij 7 schriftelijke patiëntensimulaties).

De onafhankelijke factoren, die geselecteerd waren op grond van literatuurstudie, omvatten drie categorieën: praktijkenmerken, bijvoorbeeld percentage patiënten van 50 jaar en ouder, individuele kenmerken van de huisarts, bijvoorbeeld leeftijd, en door de huisarts geraadpleegde informatiebronnen voor voorschrijven, bijvoorbeeld schriftelijke reclame.

De gegevensverzameling vond plaats:

1. Uit gegevens van het receptenuitteken- en controlebureau van het ziekenfonds;
2. Uit interviews en vragenlijsten, door de huisarts beantwoord;
3. Door beantwoording van 7 schriftelijke patiëntencasussen door de huisarts.

De drie onderzochte aspecten van het voorschrijfgedrag bleken, tegen de verwachting in, onafhankelijk van elkaar te zijn. Van elk van de 3 aspecten wordt een aantal ermee samenhangende kenmerken gevonden die voor een aanzienlijk deel de variantie verklaren. Zo zijn de waarschijnlijke eigenschappen van een farmacologisch juist voorschrijvende huisarts in vergelijking tot zijn collega's: hij is jonger, heeft een kritische houding ten opzichte van symptoomgericht voorschrijven, schat het aantal patiënten dat met onbelangrijke problemen bij hem komt lager, hij werkt in een minder verstedelijkt gebied en heeft meer andere patiënten in de praktijk.

Ook het voorschrijfgedrag met betrekking tot specifieke geneesmiddelengroepen is onderzocht. Hierbij worden andere kenmerken gevonden dan die welke het 'overall' voorschrijfgedrag beïnvloe-

den.

Minder, goedkoper en beter voorschrijven lijkt mogelijk te zijn. Aanbevolen wordt meer onderzoek te verrichten en bij de opleiding met de gevonden resultaten rekening te houden.

42

JACOBS, H.M., M.M. KUYVENHOVEN, F.W. TOUW-OTTEN, J.C. VAN ES.

Written simulation of patient-doctor encounters: 2. assessment of the performance of general practitioners.

Family Practice; 1, 1984, nr. 1, p. 20-24, 9 lit. opgn.  
niveau (c 1743)

Er werden twee verschillende evaluatiemethoden gebruikt om het handelen van 19 huisartsen naar aanleiding van vijf papieren patiënten met vage klachten te beoordelen. Drie ervaren huisartsen beoordeelden de aandacht die de artsen besteedden aan de somatische aspecten en oorzaken van de klachten. Een tweede groep van 18 experts beoordeelde in hoeverre de therapeutische handelingen schadelijke gevolgen zouden kunnen hebben voor de patiënt.

In drie van de vijf gevallen bleken beide evaluatiemethoden betrouwbaar. Het gedrag van de artsen was relatief constant. De variatie tussen verschillende artsen was groter dan de variatie per arts met betrekking tot het aandacht geven aan somatische aspecten. Met betrekking tot het risico op onnodige schade was de interdoktervariatie echter gelijk aan de intradoktervariatie.

43

KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W. TOUW-OTTEN, J.C. VAN ES.

Written simulation of patient-doctor encounters: research instrument for registration of the performance of general practitioners (part 1).

Family Practice; 1, 1984, nr. 1, p. 14-19  
niveau (c 2196)

Ziekenfondsgegevens over het voorschrijven en verwijzen van 19 huisartsen worden vergeleken met verrichtingen bij papieren patiënten. Het aantal medicamenten in de categorieën analgetica en antirheumatica, hypnotica/sedativa en de groepen tranquillizers, neuroleptica en antidepressiva werden onderzocht.

Bij de consultsimulaties werd door specialisten vastgesteld of er gevaar bestond voor onnodige schade berokkend aan de patiënt door therapeutische handelingen van de huisartsen. Het resultaat was een hoge correlatie tussen de score op gevaar voor onnodige schade (een kwaliteitscriterium) zoals vastgesteld via de papieren patiënten methode en het bij voortduring in ruime mate voorschrijven van de genoemde medicijnen en het verwijzen naar specialisten.

Voorzichtig wordt de conclusie getrokken dat schriftelijke simulatie op een betrouwbare manier tussen artsen discrimineert.

Gesteld wordt dat de papieren patiënten methode een valide meetinstrument blijkt te zijn voor het onnodig voorschrijven.

44

KUYVENHOVEN, M.M., H.M. PIETERS, H.M. JAKOBS EN F.W. TOUW-OTTEN.

De kwaliteit van de hulpverlening bij patiënten met vage klachten.

In: De eerstelijns onderzocht, W.G.W. Boerma en L. Hingstman (red.).

Deventer: Van Loghum Slaterus 1985, p. 40-49 16 lit. opgn.

nivel (b 1220)

Beschreven worden de resultaten van een vooronderzoek dat was opgezet om betrouwbaarheid en validiteit te onderzoeken van een methode om de kwaliteit van de zorg van huisartsen met behulp van patiëntensimulaties te beoordelen.

Negentien huisartsen 'behandelen' vijf schriftelijke simulatiepatiënten met vage klachten. Door experts (huisartsen) werd het beleid van de 19 huisartsen beoordeeld op de mate waarin aandacht werd gegeven aan relevante lichamelijke aspecten, oorzaken van de klacht en op de kans op onnodige iatrogene schade. Bij de 3 simulaties waarvan de beoordeling voldoende betrouwbaar was, werd gevonden dat er tussen huisartsen grote variatie bestaat in beleid, maar ook in interpretatie van gegevens. En dat huisartsen bepaalde min of meer stabiele kenmerken vertonen, zoals al dan niet aandacht schenken aan lichamelijke aspecten. Eén van de voordelen van deze methode is dat alle onderzochte artsen identieke patiënten te behandelen krijgen.

45

KUYVENHOVEN, M.M., H.M. JACOBS, F.W. TOUW-OTTEN, J.C. VAN ES.

Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, nr. 3, p. 65-71  
niveL, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Om de verschillen tussen huisartsen bij het behandelen van patiënten met vage klachten te meten, zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld: een aantal schriftelijke simulatieconsulten (vijf patiënten met vage klachten, een instructiepatiënt en een testpatiënt met acute appendicitis) en een beoordelingsprocedure met betrekking tot de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. De simulatiecasussen werden voorgelegd aan 19 huisartsen. De beoordeling geschiedde op twee manieren: drie huisarts-stafleden beoordeelden onafhankelijk van elkaar het beleid van de huisartsen met betrekking tot hun aandacht voor lichamelijke aspecten of oorzaken van de klacht; vijftien huisartsen beoordeelden onafhankelijk van elkaar de kans op onnodige schade van het beleid. Subjectief en objectief (gerelateerd aan voorschrijf- en verwijscijfers van individuele huisartsen) blijken de simulatieconsulten een goed beeld te geven van het handelen van de huisartsen. De betrouwbaarheid van de beoordelingsprocedure is hoog ( $r = 0,83$ , resp.  $0,89$ ). Het handelen van de deelnemende huisartsen blijkt betrekkelijk stabiel. De conclusie van het onderzoek luidt, dat de twee meetinstrumenten gezamenlijk betrouwbaar en valide discrimineren tussen huisartsen die 'veel' en huisartsen die 'weinig' kans op onnodige schade induceren.

46.

McCLURE, G.L., E.P. GALL, K.E. MEREDITH, M. ANNELL GOODEN, J.T. BOYER.

Assessing clinical judgment with standardized patients.

Journal of Family Practice; 20, 1985, nr. 12, p. 457-464

niveL, ruu, vu

In een proefonderzoek naar de mogelijkheid het handelen van family physicians en general physicians met behulp van getrainde patiënten te evalueren, werden 26 artsen met vijf verschillende simulatiepatiënten geconfronteerd. De patiënten simuleerden op gestandaardiseerde wijze een reumatische aandoening. Het handelen van de artsen werd geëvalueerd aan de hand van achteraf door de simulatiepatiënt en arts ingevulde vragenlijsten. Driekwart van de artsen kwam tot een juiste diagnose en vrijwel allen ontwikkelden een adequaat behandelplan. De getrainde stan-

daardpatiënt blijkt een goed instrument om het handelen van artsen te meten. Van de onderzochte artsen bleek 88% de simulatie niet te hebben opgemerkt. Overigens vond 'slechts' 19% van de artsen deze methode een inbreuk op de privacy.

47

NORMAN, G.R., V.R. NEUFELD, A. WALSH, C.A. WOODWARD, G.A. McCONVEY. Measuring physicians' performance by using simulated patients. Journal of Medical Education; 60, 1985, p. 925-934, 15 lit. opgn. nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

In het artikel wordt een nieuwe methode beschreven om het medisch handelen van artsen te evalueren. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van simulatiepatiënten. De criteria voor de evaluatie werden opgesteld door acht artsen en twee specialisten. De huisartsen die mee hadden gewerkt aan het opstellen van de criteria en een controlegroep van zeven andere huisartsen werden onopgemerkt met de simulatiepatiënten geconfronteerd. Er werden geen verschillen gevonden tussen deze twee groepen wat betreft de door de artsen opgestelde criteria. Grote verschillen kwamen echter naar voren waar het het handelen van de artsen betrof bezien vanuit de perceptie van de patiënten en de data die door de artsen werden geregistreerd op de patiëntenkaarten. Afhankelijk van de meetmethode werd 30 tot 45% van de handelingen niet uitgevoerd en werd 50 tot 70% van de criteria niet geregistreerd.

48

RETHANS, J.J.E., C.P.A. VAN BOVEN. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. British Medical Journal; 294, 1987, nr. 6575, p. 809-812. nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Om na te gaan of er verschil bestaat tussen indirecte beoordeling van de kwaliteit van het handelen van huisartsen met behulp van een vragenlijst en directe beoordeling met behulp van simulatiepatiënten, werden 48 huisartsen eerst bezocht door een simulatiepatiënt en werd hen 2 maanden later een vragenlijst over dezelfde casus toegestuurd (urinegewinfectie). Voor de beoordeling werd een protocol van het Nijmeegs Universitair Huisartsen-

instituut gebruikt dat gebaseerd is op consensus. De betrouwbaarheid van de beoordelingsprocedures was hoog ( $\leq 0,85$ ). De vragenlijsten werden door 27 huisartsen ingevuld; 2 werden buiten beschouwing gelaten omdat de huisartsen de simulatiepatiënt herkend hadden. De huisartsen verrichten in werkelijkheid meer van de obligate handelingen (64%) en minder facultatieve of overbodige handelingen dan bij beantwoording van de vragenlijst. De simulatiemethode blijkt meer valide te zijn: er wordt tevens voor gepleit door middel van empirie meer realistische criteria te ontwerpen.

49

RETHANS, J.J.E., C.P.A. VAN BOVEN.

De dokter onderzoekt: simulatiepatiënten met mictieklachten op het spreekuur van de huisarts.

Huisarts en Wetenschap; 31, 1988, p. 3-6

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Drie getrainde simulatiepatiënten bezochten 48 huisartsen tijdens hun spreekuur in een geblindeerde setting. Zij presenteerden zich als patiënten met een symptomatische urineweginfectie en registreerden wat de huisartsen tijdens het consult vroegen en deden. Doel van dit onderzoek was om te zien of de simulatiepatiënt-methode haalbaar en betrouwbaar is in de Nederlandse huisartspraktijk en om het werkelijke beleid van huisartsen bij een patiënt met een urineweginfectie vast te stellen. De resultaten werden gescoord met behulp van het protocol 'Mictieklachten' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. De simulatiepatiënten bleken zeer betrouwbaar een consult weer te kunnen geven en slechts twee van de 48 huisartsen ontmaskerden de simulatiepatiënt. De andere 46 huisartsen verrichten slechts 60 procent van de handelingen die volgens het protocol 'obligaat' waren.

50

SIMPSON, D.E, E.C. RICK, K.A. DALGAARD. D. GJERDINGEN, T.W. CROWSON, D.K. O'BRIEN, P.E. JOHNSON.

The diagnostic process in primary care: a comparison of general internists and family physicians.

Social Science and Medicine; 25, 1987, nr. 7, p. 861-866, 32 lit.

opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw

In het onderzoek worden internisten en huisartsen met elkaar vergeleken wat betreft hun formulering van diagnostische hypothesen ten aanzien van drie casus, namelijk dyspnoe (kortademigheid), buikpijn en syncope.

Het onderzoek werd uitgevoerd in de Verenigde Staten. De reacties van de artsen werden op band opgenomen. Internisten bleken meer hypothesen te formuleren dan huisartsen en bovendien waren de hypothesen ook meer specifiek. De internisten hadden de neiging deze hypothesen ook meer te beschouwen als de einddiagnose.

51

WOODWARD, C.A., C.A. MC CONVEY, V. NEUFELD, G.R. NORMAN, A. WALSH.

Measurement of physician performance by standardized patients: refining techniques for undetected entry in physicians' offices.

Medical Care; 23, 1985, nr. 8, p. 1019-1027, 23 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, run, kuu, erasmus

In het artikel wordt een leidraad gegeven voor het ontwikkelen van methoden om met behulp van simulatiepatiënten de kwaliteit van zorg van huisartsen te meten. Onder andere wordt ingegaan op het trainen van mensen voor de rol van simulatiepatiënten en methodes om onopgemerkt in een huisartsenpraktijk binnen te komen. De opgeleide simulatiepatiënten blijken maar een kleine kans te hebben op ontmaskering door de arts (13%). Het werken met simulatiepatiënten wordt aangemerkt als een betrouwbaar meetinstrument voor de kwaliteit van de zorg.





## B. OUTCOME ALS MAAT VOOR KWALITEIT VAN HANDELEN

### B.1. De patiëntstatus als centrale bron van informatie

52

BENNETT, S.E., J.V. GOODSON, J.E. IZEN, W.T. BRANCH, W.C. CLARK, C.J. HATEM, R.S. LAWRENCE, T.H. DELBANCO, A.H. GOROLL.

Comparing ambulatory care practices of primary care and traditional medicine residents.

Medical Care; 23, 1985, nr. 6, p. 816-822, 14 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

In 4 geaffilieerde ziekenhuizen werd een onderzoek gedaan naar het verschil tussen 41 traditioneel opgeleide 'medicine residents' en 16 'primary-care medicine residents' wat betreft hun patiëntenzorg op een aantal gebieden in het 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> jaar van de opleiding door retrospectieve beoordeling van 1040 patiëntcontacten zoals beschreven in de status. Beoordeeld werden: de screening voor maligniteiten van colon en rectum, de behandeling van hypertensie, het voorschrijven van benzodiazepines en de behandeling van chronische longaandoeningen. Er werden 16 expliciete criteria vastgesteld met voor ieder criterium een aanvaardbaar alternatief, zodat de statussen door niet-medici beoordeeld konden worden. Er werden vrijwel geen significante verschillen gevonden tussen de beide groepen en het niveau was over het algemeen opvallend hoog. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat de (nieuwe) primary-care opleiding een uitstralingseffect heeft of dat de criteria onvoldoende specifiek zijn.

53

BORGIEL, A., J. WILLIAMS, G. ANDERSON et al.

Assessing the quality of care in family physicians practices.

Canadian Family Physicians; 1985, nr. 31, p. 853-861.

nivel

Om een goede, aanvaardbare meetmethode te vinden om de kwaliteit te meten van de zorg van Canadese family physicians, werden drie, elkaar aanvullende meetinstrumenten ontwikkeld en getest.

Deze meetinstrumenten zijn:

1. een vragenlijst over structurele kenmerken;
2. samenvattingen van patiëntenkaarten, die worden beoordeeld aan de hand van expliciete consensuscriteria (criteria over 11 dimensies van het hulpverleningsproces, betreffende 180 diagnostische problemen, criteria over het bijhouden van de patiëntenkaarten, over preventie en over het voorschrijven van geneesmiddelen);
3. een vragenlijst voor patiënten over tevredenheid, ontvangen zorg en tekortkomingen in de zorg.

De meetinstrumenten werden uitgetest in 10 praktijken; per praktijk werd een steekproef van 40 patiëntenkaarten beoordeeld door twee beoordelaars; de patiëntenvragenlijsten werden per praktijk toegestuurd aan 17 mannelijke en 17 vrouwelijke patiënten in elk van de drie leeftijdscategorieën 20-44 jaar, 45-64 jaar en 65+. De overeenstemming tussen de beoordelaars van de patiëntenkaarten varieerde van 64,5% tot 91,2; een aantal problemen bij het beoordelen van de kaarten werd geregistreerd. De patiëntenvragenlijst was een bruikbaar instrument. De beoordeelde artsen waren positief over de gehanteerde methoden. Deze zullen verder ontwikkeld worden.

54

BROOK, R.H., A. DAVIES-AVERY, S. GREENFIELD, L.J. HARRIS, T. LELAH, N.E. SOLOMON, J.E. WARE Jr.

Assessing the quality of medical care using outcome measures: an overview of the method.

Medical Care Suppl.; 15, 1977, nr. 9, 165 p., 129 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Eerst wordt een overzicht gegeven van onderzoeken waarin outcome-gegevens gehanteerd werden om de kwaliteit van medische zorg te bepalen. Ruimschoots wordt aandacht besteed aan de keuzen die men moet maken en de problemen die men tegenkomt bij dergelijk onderzoek. Vervolgens wordt een methode beschreven waardoor consensus criteria zijn opgesteld voor het op korte termijn meten van outcome bij 8 ziektebeelden (asthma, knobbel in borst en mammacarcinoom, cholecystectomie, diarree en dehydratie bij kinderen, ischemische hartziekten, osteoartrrose, otitis media, tonsillectomie met/zonder adenotomie). De methode

bestaat uit een consensusbijeenkomst van een panel van deskundigen, voorafgegaan door literatuuronderzoek. Voor alle 8 aandoe-ningen werd consensus bereikt over de outcome-criteria, waarbij tevens prioriteiten werden aangegeven. Een probleem hierbij was het gebrek aan wetenschappelijke informatie over bijvoorbeeld het natuurlijke beloop van een ziekte. De geringe aandacht die zowel door het panel als in de literatuur gegeven wordt aan psycho-sociale uitkomsten, leidt tot de aanbeveling voortaan pa-tiënten bij de consensusvorming te betrekken.

55

CREBOLDER, H., M. VAN EIJNDHOVEN.

De begeleiding van type-II diabetes.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, p. 16-19, 18 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, kun, min. o en w, knaw

Eind 1983 werd in het gezondheidscentrum Withuis besloten te komen tot uniforme aanpak van de diabeteszorg. In deze bijdrage wordt ingegaan op de efficiëntie en effectiviteit van de nieuwe aanpak en op de compliantie van de patiënten. Een adequate bege-leiding van type-II diabetes door de huisarts blijkt zeer wel mogelijk. Het kost enige organisatie en een beperkte financiële investering. De assistente speelt een belangrijke rol bij het verzamelen van metabole gegevens en het nakomen van de vervolgf-afspraken. Extra tijd kost het niet als we uitgaan van een consul-tuur van tien minuten. De gemiddelde instelling was bevredig-ende en de spreiding was betrekkelijk gering. De compliantie blijkt te worden beïnvloed door typisch huisartsgeneeskundige aspecten, als de gezinsrelatie en het aantal huisgenoten.

56

EDWARDS, M.W., W.M. FORMAN, J. WALTON.

Audit of abdominal pain in general practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, p. 235-238.

nivel, rug, rul, ruu, kun, knaw

Onderzoek door drie huisartsen naar 150 gevallen van buikpijn. Buikpijn is een bron van zorg voor patiënten en hun artsen. Toch wachten de meeste patiënten twee dagen alvorens met hun

klacht naar de arts te gaan. Het blijkt dat 89% van de buikklachten geheel door de huisarts behandeld kan worden, 52% hiervan alleen met geruststelling en advies, de overige 48% met medicijnen. Slechts 15% van de patiënten wordt op enigerlei wijze onderzocht. Van de resterende 17 patiënten (11%) zijn er negen spoedgevallen waarvan er acht opgenomen moeten worden. Slechts drie blijken echter chirurgische spoedgevallen te zijn. Conclusie is dat er een andere nadruk gelegd moet worden op de oorzaak en behandeling van buikpijn.

57

FLEMING, D.M., M.S. LAWRENCE.

Impact of audit on preventive measures.

British Medical Journal; 287, 1983, nr. 6408, p. 1852-1854, 3 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Het onderzoek is een vervolgonderzoek onder 29 huisartspraktijken en vond twee en een half jaar na het eerste onderzoek plaats in het kader van een cursus, georganiseerd door de Thames Valley Faculty of the Royal College of General Practitioners op het gebied van baarmoederhalskanker, bloeddruk, rookgewoonten en vaccinaties. In het onderzoek werd in de administratie gekeken of door de cursus verbetering optrad in het geneeskundig handelen van de arts, met name op het gebied van preventie. Zowel uit de resultaten van de eerste als de tweede analyse bleken verbeteringen op te treden, met name op het gebied van bloeddruk en rubella vaccinatie traden grote verbeteringen op na de nascholing.

58

GIVEN, C.W., M. BROWNE, R.J. SPRAFKA, E.C. BRECK.

Evaluating primary ambulatory care with a health information system. The Journal of Family Practice; 12, 1981, nr. 2, p. 293-302.

nivel, ruu, vu

Een methode wordt beschreven waarmee de werkzaamheden van 'family practice residents' (arts-assistenten in opleiding) gescreend worden met behulp van gegevens van een gecomputeriseerd gezondheidsinformatiesysteem. De inhoud van het werk van iedere 'resi-

dent' wordt vergeleken met die van het gehele centrum voor ambulante zorg (25 residents). Gegevens zoals aantal spreekuurcontacten per leeftijd en geslacht, diagnoses, aanvragen voor laboratoriumonderzoek en kosten van zorg dienen als aangrijpingspunt van nader onderzoek als ze meer dan tweemaal zo hoog of tweemaal zo laag zijn als het gemiddelde van het hele centrum. De beoordelaar zoekt naar verklaringen voor deze afwijkingen en kan patiëntenprofielen aanvragen om snel meer te weten te komen. Indien nodig, worden statussen van patiënten in de analyse betrokken. Voordelen van deze benaderingswijze zijn:

1. gegevens zijn up-to-date en gegevensverzameling kost weinig extra moeite;
2. verschillen tussen 'residents' zijn snel te vinden;
3. gegevens zijn beknopt en makkelijk te interpreteren;
4. kosten-effectiviteit van 'residents' kan worden beoordeeld;
5. de gegevens gaan uit van de patiënt en alle contacten van een patiënt met leden van het centrum.

Een nadeel is dat 'residents' wier zorg inadequaat is, maar die toch binnen het gemiddelde vallen, niet opgemerkt worden.

59

HAWTON, K., S. MC KEOWN, A. DAY, P. MARTIN, M. O'CONNOR, J. YULE.  
Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses.

Psychological Medicine; 17, 1987, p. 751-761, 23 lit. opgn.

nivel

Onderzoek waarin 80 patiënten na een zelfmoordpoging door middel van een overdosis medicijnen aselekt in twee groepen werden verdeeld die hetzij kortdurende poliklinische begeleiding kregen, hetzij naar de huisarts werden terugverwezen met een advies voor de begeleiding. Voor het begin van de behandeling en na resp. 2, 4, 6, 9 maanden en 1 jaar werden de uitkomsten beoordeeld. Gegevens werden verkregen uit: beoordeling door een getrainde interviewer, van de patiënt zelf met behulp van de Suicidal Intent Scale, Risk of Repetition Scale, Social Adjustment Scale, Beck Depression Inventory en General Health Questionnaire en van de huisarts van de patient.

Er waren geen duidelijke aanwijzingen dat de uitkomsten in één van beide groepen beter waren; als de groepen echter gesplitst

werden naar geslacht of naar ernst van de problemen, waren er wel verschillen. Bij mannen en bij patiënten met laag herhalingsrisico waren de uitkomsten in beide groepen gelijk; vrouwen en patiënten met relatieproblemen bleken meer baat te hebben bij de poliklinische behandeling. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat alle begeleiders vrouwen waren, of dat de problemen van de mannelijke patiënten meer therapieresistent zijn.

60

HAYES, T.M., J. HARRIES.

Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics.

British Medical Journal; 289, 1984, p. 728-730, 7 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

In een randomised controlled trial onder 200 type II diabeten werd de zorg en controle ten aanzien van deze aandoening van huisartsen en de polikliniek vergeleken. Bij de huisartsen waren minder mensen onder regelmatige controle en was ook de bloedsuikercontrole minder strak. Uit de huisartsgroep werden gedurende de studie meer mensen opgenomen in het ziekenhuis (25 = 24% bij huisartsen tegenover 17 = 18% bij de polikliniek) en meer mensen stierven (18 bij huisarts en 6 bij de polikliniek).

Aan het eind van de studie was de gemiddelde concentratie van haemoglobine A<sub>1</sub> in de huisartsgroep hoger (10,4%) dan op de polikliniek (9,5%).

Controle voor type II diabeten blijkt in de huisartsenpraktijk minder goed te gaan dan in de polikliniek.

61

HILL, J.D., J.R. HAMPTON, J.R.A. MITCHELL.

A randomised trial of home versus hospital management for patients with suspected myocardial infarction.

The Lancet; 8069, 1978, p. 837-841, 7 lit. opgn.

nivel (c 1839)

Vergelijking van patiënten met een vermoedelijke hartinfarct in een steekproefsgewijs onderzoek, waarin een ziekenhuisteam reageerde op oproepen van de huisarts. De vergelijking betreft de plaats waar het infarct werd behandeld: thuis of in het zieken-

huis. De eerste 500 oproepen worden besproken: hierbij was in 349 gevallen sprake van een vermoedelijk infarct, 24% hiervan viel af op vooraf bepaalde medische en sociale gronden. De resterende 76% viel uiteindelijk onder het onderzoek. Ten aanzien van deze groep werden nauwelijks verschillen in sterftcijfer geconstateerd in de eerste zes weken tussen patiënten die thuis werden verzorgd (13%) en in het ziekenhuis (11%). Geconcludeerd wordt dat het merendeel van de patiënten, waar een huisarts bij wordt geroepen vanwege een vermoedelijke hartinfarct, geen duidelijke voordelen heeft bij ziekenhuisopname.

62

KANE, R.L., J. GARDNER, D.D. WRIGHT, G. SNELL, D. SUNDWALL, F.R. WOOLLEY.

Relationship between process and outcome in ambulatory care.

Medical Care; 1977, nr. 15, p. 961

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

De resultaten bij een serie van 410 acute episoden in twee centra van 'family practice' werden beoordeeld naar de mate waarin de patiënt zijn gebruikelijke functionele status herkeeg en zijn tevredenheid met het resultaat en het proces van zorg. Een deel van deze resultaten (251) werden vervolgens vergeleken met processcores verkregen met behulp van expliciete criteria en de rest (169) met impliciete procesbeoordelingen, gebaseerd op de probleem-georiënteerde status. In beide gevallen hadden die patiënten met goede resultaten betere processcores dan die met slechte resultaten; geen van beide tevredenheidsmaten had een eenduidige relatie met een van beide procesmaten.

63

KAPTEIN, A.A., F.W. DEKKER, M.A.C. VAN DER WAART, K. GILL.

Huisarts en astma: werk aan de winkel: resultaten van de eerste studie naar de aard en kwaliteit van de zorg van de huisarts voor astmapatiënten.

Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986, nr. 5, p. 20-22, 8 lit. opgn.

nivel

Tegen de achtergrond van de recente kritiek op de kwaliteit van

de huisartsgeneeskundige zorg voor astmapatiënten wordt de eerste studie besproken die in Nederland is verricht naar de aard en kwaliteit van de zorg van de huisarts voor deze groep patiënten. Het gaat om een onderzoek onder 12 huisartsen, werkzaam in 10 praktijken in Zuid-West Nederland. Enkele saillante resultaten van het onderzoek worden besproken, met name betreffende onderdiagnose, onderbehandeling, (gebrekkige) informatie, (onjuist) gebruik van medicatie, (onbekendheid met) ademhalings-oefeningen en (gebrekkige) controle over de ziekte. De resultaten komen overeen met die van buitenlands onderzoek: astma wordt ontkend of gebagatelliseerd en er zijn aanwijzingen van onderbehandeling en onderdiagnose. Suggesties worden gedaan voor samenwerking tussen verpleegkundige en huisarts en voor de taken van de wijkverpleegkundige.

64

KAPTEIN, A.A., F.W. DEKKER, K. GILL, M.A.C. VAN DER WAART.  
Undertreatment of asthma in Dutch general practice.  
Family Practice; 4, 1987, nr. 3, p. 219-225, 29 lit. opgn.  
niveau

Een onderzoek naar de behandeling van asthma door de Nederlandse huisarts. De behandeling werd beoordeeld door bij 150 asthma patiënten de medicatie te vergelijken met vier maatstaven voor de ernst van het ziek zijn. Een onvoldoende behandeling werd geoperationaliseerd als een discrepantie tussen medicatie en ernst van het ziek zijn.

Van de patiënten werd 11,3% onvoldoende behandeld, gemeten naar het aantal dagen waarop normale activiteiten door astmatische symptomen moesten worden stilgelegd.

Gemeten naar het aantal nachten gestoord door asthma, het aantal aanvallen en aantal periodes van piepende ademhaling werden respectievelijk 28,0%, 24,0% en 34,5% van de patiënten onvoldoende behandeld.

Conclusie is dat asthma onvoldoende behandeld wordt in de Nederlandse huisartspraktijken; een gegeven dat overeenkomt met onderzoeksresultaten in Engeland en andere landen. Mogelijke redenen voor deze onvoldoende behandeling worden besproken en er worden suggesties gedaan voor verbetering.



65

KEKKI, P.

Quality of care in general practice.

Scandinavian Journal of Primary Health Care; 1987, nr. 5, p. 195-200.

nivel

Besproken worden de resultaten worden van een onderzoek naar de kwaliteit van het handelen van huisartsen in een Fins gezondheidscentrum. Een gestratificeerde steekproef werd getrokken uit de patiëntenkaarten van alle patiënten die in één jaar het gezondheidscentrum bezochten; van deze kaarten werden samenvattingen gemaakt op geprecodeerde formulieren. Kwaliteitsaspecten zoals continuïteit en coördinatie van zorg, evenals registratie en beleid van de huisartsen werden onderzocht. De resultaten wijzen op de noodzaak om diepergaand onderzoek te doen naar wat er werkelijk gebeurt in arts-patiëntcontacten. Aanbevolen wordt onderzoek naar de inhoud van het werk tot een geïntegreerd deel van het werk van huisartsen te maken.

66

KEMENY, M.E., W.A. HARGREAVES, B. GERBERT, G.C. STONE, D.S. GULLION. Measuring adequacy of physician performance: a preliminary comparison of four methods in ambulatory care of chronic obstructive pulmonary disease.

Medical Care; 22, 1984, nr. 7, p. 620-643, 15 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Vier verschillende methoden om de kwaliteit van het handelen van artsen te beoordelen bij ambulante patiënten met chronische obstructieve longaandoeningen worden vergeleken en beoordeeld op inhoudsvaliditeit, meetbaarheid, kosten en aanvaardbaarheid. De vier methoden zijn toegepast bij 30 spreekuurcontacten van 13 artsen. Van 24 contacten werd volledige informatie verkregen. De methoden zijn: interview met de arts, interview met de patiënt, video-opnamen en beoordeling van de patiëntstatus. De criteria waaraan de zorg werd gerelateerd, zijn beschreven in een zogenaamde 'criteria-map'. Geen van de vier methoden was opvallend beter dan de anderen wat betreft volledigheid van de verkregen informatie. De relatieve inhoudsvaliditeit van een bepaalde methode was afhankelijk van het aspect van de zorg dat geëvalueerd

werd. De interviewmethoden verschaffen de meest veelomvattende informatie; de beoordeling van de patiëntstatus bleek hierin het minst te voldoen. De relatieve kosten en aanvaardbaarheid worden besproken. De methoden worden in toekomstig onderzoek verder onderzocht.

67

KURJI, K.H., A.P. HAINES.

Detection and management of hypertension in general practices in north west London.

British Medical Journal; 288, 1984, p. 903-908, 12 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Uit een screening van de patiëntengegevens van 900 patiënten (leeftijdscategorie 30 tot 65) in een willekeurige selectie van 18 huisartspraktijken in Noord-West Londen bleek dat voor 340 (47%) van de 716 patiënten die gedurende tien jaar de huisarts bezochten geen gegevens bekend waren over de bloeddruk.

Van degenen waarbij wel bloeddruk werd gemeten, waren er 115 (31%) gelijk of hoger dan 160 mm Hg systolisch of 95 mm Hg diastolisch en bij 18 van deze gevallen (16%) werden verder geen stappen ondernomen.

Zeventig patiënten werden daadwerkelijk voor hypertensie behandeld. In 34 gevallen (46%) werd de behandeling al gestart na één meting. In negen gevallen bleek bij herhaalde meting de tensie tot normaal te keren. 14 patiënten bleken bij herhaling verhoogde tensie te hebben maar werden niet behandeld. Bij 61 (69%) van de 88 patiënten met hypertensie werden in de volgende 12 maanden geen verdere metingen geregistreerd. Van de 84 hypertensiepatiënten met volledige gegevens werden 62 (74%) aanvankelijk niet medisch onderzocht.

De resultaten van deze studie laten zien dat er nog steeds gebreken zijn in de opsporing en behandeling van hypertensie in de huisartspraktijk.

68

LOGGERFO, F.P., E. LARSON, W.C. RICHARDSON.

Assessing the quality of care for urinary tract infection in office practice: a comparative organizational study.

Medical Care; 16, 1978, nr. 6, p. 488-495, 13 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Verslag van een onderzoek naar de kwaliteit van de zorg, in casu behandeling van urineweginfecties bij mensen van het Seattle Prepaid Health Care Project (PHCP). Dit werd vergeleken met de kwaliteit van de zorg bij patiënten met dezelfde klachten in een fee-for-service setting. Geconcludeerd wordt dat het zorgproces in de Prepaid Group Practice aanzienlijk beter was. Dit werd grotendeels veroorzaakt door het feit dat in de PGP een beter gebruik werd gemaakt van urine-cultures. Het aantal consulten bleek zelfs hoger in de fee-for-service praktijken. Deze resultaten stroken met eerdere bevindingen en tonen aan dat de organisatorische context van de praktijk een belangrijke invloed heeft op de kwaliteit van de zorg.

69

MANSFIELD, B.G.

How bad are medical records?: a review of the notes received by a practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, nr. 290, p. 405-406, 7. lit. opgn.

nivel, rug, rul, ruu, kun, knaw

155 medische dossiers die werden overgedragen naar een andere praktijk, werden bestudeerd.

Van slechts 30% van de patiënten boven de 16 werd de burgerlijke staat genoteerd en van slechts 15% van de arbeidsgerechtigden werd het beroep geregistreerd. De patiëntgeschiedenis werd in 23% genoteerd en 39% bevatte inentingsgegevens. Van de dossiers van vrouwen tussen de 16 en 60 jaar bevatte 48% de resultaten van een recent uitstrijkje. Dit percentage steeg tot 61% voor de groep 35-60 jaar. Van de onderzochte dossiers bleek 86,2% voldoende. Conclusie is dat artsen of te weinig van hun patiënten weten of teveel informatie niet registreren.

70

MICHAEL, G.

Quality of care in managing hypertension bij case finding in north west London.

British Medical Journal; 288, 1984, p. 906-908, 14 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Behandeling van hypertensie vermindert de mortaliteit en de morbiditeit. Daarom is het belangrijk, dat bij elke volwassene getoet wordt op de bloeddruk. In 1974 is door Heller en Rose onderzoek gepleegd binnen huisartspraktijken in de binnenstad van Londen. Bij dat onderzoek is gekeken naar het aantal patiënten waarvan de bloeddruk geregistreerd stond en de kwaliteit van de zorg die zij ontvingen.

Het beschreven onderzoek is een vervolg op het onderzoek van Heller en Rose en uitgebreid met huisartspraktijken uit de voorsteden van Londen. Het onderzoek richtte zich op verschillen tussen binnenstad en voorsteden wat betreft het aantal registraties en verder op verschillen in de vorm van de praktijken (opleidingspraktijken en praktijken waar geen opleiding gevolgd kon worden).

In 22% van de huisartspraktijken in de binnenstad werden registraties gevonden over de laatste vijf jaar en in 43% van de voorstadpraktijken. Geen verschil werd gevonden tussen opleidingspraktijken en de andere praktijken. In 31% van de gevallen werd verhoogde bloeddruk gemeten; 62% in de leeftijd van 65 jaar en ouder en 52% onder de 65 jaar werd daadwerkelijk behandeld. De conclusie luidt dat de registratie en de daarmee samenhangende behandeling van hypertensie verbeterd dient te worden. Huisartsen dienen systematisch te screenen op hypertensie. Verder onderzoek wordt aanbevolen.

71

MOKKINK, H.G.A.

Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen.

Meppel: Krips Repro, 1986. 178 p., 171 lit. opg.

Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.

niveau (B 1470).

Dit onderzoek richt zich op de vraag of op grond van ziekenfondscijfers verschillende werkstijlen van huisartsen onderscheiden kunnen worden met betrekking tot voorschrijven en verwijzen. Op grond van ziekenfondsgegevens van het BAZ te Nijmegen over de jaren 1976-1981 konden 3 aspecten van het voorschrijfgedrag onderscheiden worden, die door de jaren heen per arts vrijwel constant bleven. Deze aspecten zijn: a-specifiek voorschrijven, hetgeen niet afhankelijk is van morbiditeit beïnvloedende

factoren (leeftijds- en geslachtsverdeling van de praktijkpopulatie en dus een artsgebonden eigenschap is, gericht voorschrijven en de neiging veel ineens voor te schrijven; deze laatste 2 aspecten staan wel in verband met morbiditeit beïnvloedende factoren, maar kunnen ook mede van de arts afhankelijk zijn. Wat betreft het verwijsgedrag bleek, dat huisartsen die veel verwijzen naar alle specialismen veel verwijzen onafhankelijk van morbiditeit beïnvloedende factoren. Uit een deelonderzoek bij 4 huisartsen, die meewerkten aan de continue morbiditeitsregistratie werden aanwijzingen verkregen, dat 'veel verwijzen' vooral veroorzaakt wordt door het verwijzen wegens minder ernstige aandoeningen.

Door de ziekenfondsgegevens van 57 huisartsen te koppelen aan praktijkobservatiegegevens, waarbij het medisch-technisch handelen en het doel- en patiëntgericht handelen beoordeeld werden, konden vier verschillende werkstijlen onderscheiden worden: de geïntegreerde werkstijl, de werkstijl van de doener en twee minimum werkstijlen, waarbij de ene gekarakteriseerd wordt door weinig doel- en patiëntgericht handelen en veel voorschrijven en de andere door weinig doel- en patiëntgericht handelen en veel verwijzen. 43 van de 55 huisartsen van wie alle gegevens beschikbaar waren, konden in één van deze vier categorieën worden ingedeeld. Tussen werkstijl en attitude (gemeten met behulp van een vragenlijst) bestond een duidelijke samenhang.

Het verwijsgedrag van de huisarts beïnvloedt de omvang van specialistische hulp die zijn patiënten ontvangen. Na verwijzing door een huisarts die veel verwijst, vinden bij chirurgie relatief minder verrichtingen plaats; bij interne en gynaecologie worden echter bij alle verwezen patiënten evenveel verrichtingen gedaan.

Ziekenfondsgegevens blijken een bruikbare afspiegeling te zijn van het handelen van huisartsen. Zowel inhoudelijk als financieel is het handelen van huisartsen van grote invloed, hetgeen implicaties heeft voor de wijze waarop 'versterking van de eerstelijns' benaderd wordt.

72

MULLIGAN, J.L., L. ARNOLD, R. SANDERS, M. BRUMWELL, M. RUPANI, R. STELLE, L. ROMANG, M. SINUETT, P. RYAN, M.S. SIRRIDGE, T. NICHOLAS, E. BERNARD.

Contribution of education to cost-effective care of microcytic,

hypochromic anemia.

The Journal of Family Practice; 18, nr. 6, 1984, p. 901-907, 15 lit. opg.

nivel, ruu, vu

De invloed van een onderwijsprogramma voor 'family medicine residents' over microcytaire hypochrome anemie werd onderzocht in termen van kwaliteit van zorg en effectiviteit met betrekking tot gemaakte kosten.

Het onderwijsprogramma bestond uit een handboek met standaarden voor de zorg van dit soort patiënten, een instructie- en consensusbijeenkomst en voortdurende bewaking van het niveau van zorg door middel van reminders op de patiëntenkaarten en individuele begeleiding van artsen.

De evaluatie vond plaats door beoordeling van de patiëntenkaarten aan de hand van enkele geselecteerde standaarden uit het handboek; retrospectief van het half jaar voorafgaand aan de invoering van het programma en gelijktijdig (concurrent) tijdens het eerste half jaar van het programma. Zowel de kwaliteit als de effectiviteit verbeterden significant tijdens het onderwijsprogramma; de gemiddelde kwaliteitsscore steeg van 38 naar 66 procent, de aanvragen voor diagnostiek, het voorschrijven van ferrosulfaat en de herhalingsconsulten bereikten meer adequate niveaus. Geconcludeerd wordt dat een onderwijsprogramma met voortdurende bewaking voor de kwaliteit en de effectiviteit van zorg voor patiënten met microcytaire hypochrome anemie zinvol is. Aanbevolen wordt ook op andere gebieden dergelijke onderwijsprogramma's in te voeren en te evalueren.

73

MUSHLIN, A.J., F.A. APPEL.

Testing an outcome: based quality assurance strategy in primary care.

Medical Care; 18, 1980, supplement bij nr. 5, 100 p., 29 lit. opg.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Een methode om kwaliteit van zorg in de eerstelijns te beoordelen en te bevorderen, wordt in 3 opeenvolgende rondes ontwikkeld. Uitgegaan wordt van veel voorkomende problemen in de eerstelijns, bijvoorbeeld otitis media, urineweginfectie, keelpijn.

Als maat voor kwaliteit wordt de 'outcome' gehanteerd, namelijk

de door de patiënt gerapporteerde situatie op een vast tijdstip na het consult, wat betreft symptomen, beperkingen en ongerustheid (hiervoor zijn expliciete criteria opgesteld). Het verband tussen outcome en proces van zorg wordt onderzocht door onafhankelijke beoordeling van patiëntstatussen zowel met behulp van expliciete criteria als op basis van het impliciete oordeel van deskundigen. Ook werd een aantal patiënten opnieuw onderzocht en behandeld om zowel de rapportage van de patiënten als het handelen van de artsen te beoordelen.

Met behulp van vragenlijsten wordt ook de toegankelijkheid van een "prepaid group practice" beoordeeld.

Het blijkt dat tekortkomingen in zorg veel voorkomen (bijvoorbeeld bij 18% van de kinderen en 42% van de patiënten met bovenste luchtweginfectie of keelpijn was de zorg niet optimaal). Het merendeel van de patiënten bij wie de zorg verbeterd zou kunnen worden, wordt door deze methode geïdentificeerd. Uit het onderzoek komen duidelijk zaken naar voren waarop kwaliteitsverbetering zich zou moeten richten. Duidelijk wordt dat de patiëntstatus alléén onvoldoende informatie oplevert voor kwaliteitsbeoordeling.

De waarde van de methode moet nog bewezen worden door kwaliteitsbevordering toe te passen en weer te evalueren.

74

PALMER, R.H., R. STRAIN, J.V.W. MAURER, J.K. ROTHROCK, M.S. THOMPSON.

Quality assurance in eight adult medicine group practices.

Medical Care; 22, 1984, nr. 7, p. 632-643, 15 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

In het kader van een kwaliteitsbewakingsprogramma 'Ambulatory Care Medical Audit Demonstration Project' werd een viertal op expliciete criteria gebaseerde toetsingsinstrumenten ontwikkeld. Voor toetsing werd gebruik gemaakt van data uit medische dossiers. De criteria hebben de vorm van beslisbomen. De instrumenten werden toegepast in acht teams uit twee academische ziekenhuizen en zes er aan verbonden gezondheidscentra. Van de 316 teamleden was 57-100% het eens met de verschillende criteria. Uit 'peer review' bleek 6-42% van de beoordeelde zorg niet te voldoen aan gestelde criteria. Dit verschil met het optimum werd op verschillende wijzen aangepakt. De auteurs pleiten voor ef-

fectievere en meer uniforme kwaliteitsbewaking en -verbetering.

75

PALMER, R.H., T.A. LOUIS, L.N. HSU, H.F. PETERSON, J.K. ROTHROCK, R. STRAIN, M.S. THOMPSON, E.A. WRIGHT.

A randomized controlled trial of quality assurance in sixteen ambulatory care practices.

Medical Care; 23, 1985, nr 6, p. 751-770

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

In 16 'primary care' groepspraktijken (waarvan de ene helft kindergeneeskundig) werd een gekruiste 'randomized controlled trial' over systemen van 'quality assurance' uitgevoerd.

Van vier medische en vier kindergeneeskundige taken, die belangrijk zijn voor het resultaat van de behandeling (outcome), werden er twee op basis van toeval gebruikt voor experimentele interventies in de systemen van kwaliteitstoetsing. Twee werden eveneens gemeten en gebruikt als geblindeerde controles in iedere medische of kindergeneeskundige groepspraktijk. De uitvoering van de taak werd in iedere groep 12 maanden voorafgaand, negen maanden tijdens en negen maanden na de experimentele interventie beoordeeld met als score het percentage evaluatiecriteria van toepassing op een geval, dat niet werd gehaald. Als gevolg van kwaliteitstoetsingsinterventies werd de kwaliteit van het werk significant beter bij twee taken ( $p < 0,0001$  met 6,7 en 9,8 percentage puntenverbetering). Verrassend was dat taken waarvan de effecten op de gezondheid van de patiënt lager werden ingeschat (lage motivatie bij de arts) een grotere verbetering in kwaliteit te zien gaven. De taken waarbij geen verbetering optrad, hadden te maken met de opvatting dat het systeem van zorg buiten de directe invloedssfeer van de individuele artsen zou moeten veranderen.

76

PAYNE, B.C., T.F. LYONS, E. NEUHAUS.

Relationships of physician characteristics to performance quality and improvement.

Health Services Research; 19, 1984, nr. 3, p. 307-332, 28 lit. opg.

nivel, rug, kun, knaw



De kwaliteit van de ambulante medische zorg werd op basis van data uit registraties gemeten bij 1.135 artsen in vijf verschillende praktijken in de Midwest (USA). Er werd gebruik gemaakt van vooraf gestelde 'process criteria'. Specialisten, werkzaam op hun eigen vakgebied, kwamen beter uit de verf, dan huisartsen en specialisten die op een terrein, anders dan hun eigen vakgebied werkzaam waren. De resultaten bij artsen met minder praktijkervaring waren iets gunstiger dan bij degenen die al langer werkzaam waren. Er werd geen samenhang gevonden tussen opleiding en beroepsuitoefening. Na interventie verbeterde de zorg. Verschillen in de mate van verandering wat betreft de kwaliteit van de geleverde zorg waren niet consistent gerelateerd aan de onderzochte artskenmerken.

77

REE, J.W. VAN, W. van GERWEN, H. VAN DEN HOOGEN.

Interventie bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten: 2. resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie.

Huisarts en Wetenschap; 28, 1985, p. 53-58

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Uit dit evaluatie-onderzoek blijkt dat de door het Nijmeegs Interventie Project bereikte resultaten bij de behandeling van hypertensie na enkele jaren voor een belangrijk deel weer verdwenen zijn. Daarbij zijn duidelijke verschillen tussen de praktijken te constateren: terwijl de resultaten in de ene praktijk nog zijn verbeterd, is in een andere praktijk het aanvankelijke effect zelfs geheel verloren gegaan. De praktijkvoering lijkt grote invloed te hebben op het uiteindelijke resultaat van de behandeling: bij een stringent beleid, gericht op het systematisch onder controle houden van hypertensiepatiënten, worden op alle fronten betere resultaten geboekt. In de desbetreffende praktijk werd vaker een medicamenteuze behandeling toegepast. In de andere praktijken blijkt een medicamenteuze behandeling echter in het geheel geen garantie te zijn voor een systematische controle en een adequate behandeling.

ROMM, F.J., S.M. PUTNAM.

The validity of the medical record.

Medical Care; 19, 1981, nr. 3, p. 310-315.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

De patiëntenstatus dient als informatiebron voor veel doeleinden, waaronder evaluatie van de kwaliteit van verleende zorg. Desondanks zijn er slechts weinig pogingen gedaan om de inhoud van wat genoteerd is, te valideren aan de verbale inhoud van de arts-patiënt interactie. In dit onderzoek werden statussen vergeleken met woordelijke weergaven van 55 spreekuurcontacten in 'primary care'. Over het geheel genomen werd 59% van de informatie-eenheden die in één van beide bronnen voorkwam, teruggevonden in de status. De verslaglegging was meer volledig voor de hoofdklacht (92%) en voor informatie omtrent de huidige klachten (71%) dan voor de rest van de anamnese (29%). Het onvolledig vastleggen van verkregen informatie zou voor een deel een verklaring kunnen zijn voor het vaak lage niveau van 'verrichten van aanbevolen zorg', dat gevonden wordt in onderzoeken naar de kwaliteit van zorg. Aanbevolen wordt meer aandacht te besteden aan het verbeteren van de voorlichting over onderzoeken en therapie aan patiënten.

SINGH, B.M., M.R. HOLLAND, P.A. THORN.

Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic.

British Medical Journal; 289, 1984, p. 726-728, 17 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

In een onderzoek wordt onder 442 patiënten de instelling van diabetes door 'mini clinics' vergeleken met de instelling door het ziekenhuis. 'Mini clinics' heeft betrekking op een gestructureerde vorm van controle op diabetes door huisartsen. De instelling van patiënten met alleen een dieet, orale antidiabetica, éénmaaldaagse insuline en meerdere malen per dag insuline wordt vergeleken op gemiddelde bloedsuikers en HbA1. De instelling door huisartsen bleek na statistische analyse van hetzelfde niveau als de instelling door het ziekenhuis.

TAYLOR, M.P.

Epilepsy in a Doncaster practice: audit and change over eight years. *Journal of the Royal College of General Practitioners*; 37, 1987, nr. 296, p. 116-119, 13 lit. opgn.

nivel, rug, rul, ruu, kun, knaw

Beschreven worden de resultaten van intensieve behandeling en toetsing daarvan bij epilepsie in een huisartspraktijk in de periode 1978-1986.

Het bleek dat éénviufde van de patiënten last bleef houden van aanvallen en dat velen met een lichte vorm van epilepsie in een vroeg stadium verbeterden. In 1980 leidden pogingen tot het verminderen van voorgeschreven medicijnen, wijziging van behandeling en optimaal gebruik van anti-convulsie medicijnen bij epileptische patiënten met frequente aanvallen of bijverschijnse-len, tot een afname van het aantal aanvallen met 27% en afname in het aantal medicijnen met 24% en een algemene conditieverbetering voor vele patiënten.

Deze verbetering bleek ook daarna stand te houden en bij nieuwe patiënten werden dezelfde resultaten behaald. Onjuiste diagnostiek en teveel voorschrijven van medicijnen werd voorkomen.

Huisartsen kunnen bijdragen tot verbeterde zorg voor epilepsiepatiënten, maar een betere samenwerking tussen neurologen en andere specialisten zal nodig zijn.

Ter optimalisering van de epilepsiezorg wordt voorgesteld een regionaal epilepsie-centrum in het leven te roepen waarin hulpverleners samenwerken.

THOMPSON, H.C, C.E. OSBORNE.

Office records in the evaluation of quality of care.

*Medical Care*; 14, 1976, nr. 4, p. 294-314, 15 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Onderzoek van dossiers van 166 kinderartsen en huisartsen. Doel van het onderzoek was te bepalen in hoeverre de dossiers te gebruiken waren bij het evalueren van de kwaliteit van de zorg door ze te toetsen aan een lijst van tevoren opgestelde criteria. De registratie van criteria bedroeg ongeveer 50%, onderzoeks- en laboratoriumdata werden frequent geregistreerd, items

betreffende het consult minder. Items betreffende gezondheidscontrole werden vaker door kinderartsen geregistreerd dan door huisartsen. Artsen in grotere groepspraktijken namen meer gegevens op dan solisten en kleine groepspraktijken. De mate van geëquipeerd zijn, was niet van invloed op de registratie. De methode van onderzoek werd acceptabel geacht door de artsen, maar slechts 50% vond dat de resultaten een goed beeld gaven van hun handelen. Geconcludeerd wordt dat het ontbreken van een nauwkeurige registratie het onmogelijk maakt tot een goede toetsing van de ambulante kinderverzorging te komen.

82

WEEL, C. VAN, P.A.M. VAN ZELST.

Diabetes mellitus in een huisartspraktijk II: een vervolgonderzoek.

Huisarts en Wetenschap; 26, 1983, p. 214-217, 10 lit. opgn.

nivel, uva, rug, ruu, kun, min. o en w, knaw

Het onderzoek heeft betrekking op de behandeling van diabetes mellitus in een huisartspraktijk. In dezelfde praktijk werd twee en half jaar eerder een volstrekt identiek onderzoek uitgevoerd. 81 patiënten stonden geregistreerd als lijdende aan diabetes mellitus. Acht patiënten bleken echter niet te voldoen aan de diagnostische criteria, terwijl vijf patiënten bewust niet (meer) behandeld werden. De resultaten van het onderzoek hebben betrekking op de overige 68 patiënten.

De huisarts behandelt het merendeel van de patiënten zelf: op twee na alle 56 niet-insuline-afhankelijke patiënten en drie van de 12 insulinegebruikers.

In vergelijking met twee en half jaar tevoren, blijkt er een toename te zijn van het aantal door de huisarts zelf behandelde patiënten. Ofschoon het aantal patiënten met klachten niet is toegenomen, is de instelling van de diabetes minder scherp. Het aantal patiënten dat is onderzocht op chronische complicaties, is duidelijk toegenomen. Met de screening op complicaties is inmiddels bij vier patiënten een retinopathie ontdekt. De overige onderzoeken leverden geen afwijkingen op, die het therapeutisch beleid beïnvloed hebben. Op grond daarvan pleiten zij ervoor de richtlijnen voor het screenen op chronische complicaties te beperken tot het fundusonderzoek.

## B.2. De gezondheidstoestand

83

BERGNER, M., R.A. BOBBITT, S. KRESSEL, W.E. POLLARD, B.S. GILSON, J.R. MORRIS.

The sickness impact profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure.

International Journal of Health Services; 6, 1976, nr. 3, 33 lit. opgn.

nivel (c 1767)

Beschrijving van het ontwikkelen van een maatstaf voor de gezondheidstoestand; de Sickness Impact Profile (SIP) in termen van conceptualisering en methodologie. Besproken wordt de behoefte aan een dergelijk instrument in het algemeen en gepresenteerd wordt een model van ziektegedrag als richtlijn voor de methodologische ontwikkeling. Verder wordt ingegaan op de beginfase van het ontwikkelingsproces met gedetailleerde uiteenzettingen over items, scoring, het testen en het aanpassen van het instrument. Tevens worden de resultaten gegeven van de verschillende tests en wordt een overzicht gegeven van de volgende fase van aanpassing en afronding. Geconcludeerd wordt dat de SIP een geschikt instrument lijkt, dat de moeite waard is om verder te ontwikkelen. Als zodanig zal het een waardevolle aanvulling vormen op de reeds bestaande evaluatiemethoden.

84

BERGNER, M., R.A. BOBBIT, W.B. CARTER, B.S. GIBSON.

The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure.

Medical Care; 19, 1981, nr. 8, p. 787-805

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

In het artikel wordt de definitieve ontwikkeling van de Sickness Impact Profile (SIP) besproken. Deze SIP is een op gedrag gebaseerde meting van gezondheidstoestand. Het levert een maat van ervaren gezondheidstoestand op, die gevoelig genoeg is om verschillen in gezondheidstoestand te meten tussen groepen en in de tijd. Het instrument pretendeert breed toepasbaar te zijn, onaf-

hankelijk van soort en ernst van aandoening en van geografische en culturele subgroepen. De SIP is bedoeld om een maat te verstrekken voor de effecten of resultaten (outcome) van gezondheidszorg. Deze kan gebruikt worden voor evaluatie, programma-planning en het formuleren van beleid.

Een groot veldonderzoek bij een at random steekproef van prepaid group practice-verzekerden en kleinere groepen van patiënten met hyperthyroidie, rheumatoïde arthritis en heupvervangingen werd uitgevoerd om de validiteit en betrouwbaarheid van de SIP vast te stellen en gegevens te verzamelen voor categorie- en itemanalyse. De test-hertest betrouwbaarheid ( $r = 0,92$ ) en de interne samenhang ( $r = 0,94$ ) waren hoog. Convergerende en discriminerende validiteit werd nagegaan door gebruik te maken van de 'multi-trait-multimethod'-techniek. De klinische validiteit werd vastgesteld door de samenhang te berekenen tussen klinische ziektematen en de SIP-scores. De samenhang tussen de SIP en de criteriummaten was redelijk tot sterk en in de verwachte richting. Tevens werd een methode ontworpen om overeenkomsten en verschillen tussen groepen vast te stellen door gebruik te maken van profiel- en patroonanalyse. De uiteindelijke SIP bevat 136 items in 12 categorieën. Overall, categorie- en dimensie-scores kunnen berekend worden.

85

BERGNER, M.

Measurement of health status.

Medical Care; 23, 1985, nr. 5, p. 696-704, 44 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Algemene beschouwing over het onderzoek naar de bepaling van de gezondheidstoestand en de geschiedenis daarvan. Het overzicht begint met de jaren '60 en een klassiek artikel van Moriyama over Health Status Measurement. Vervolgens worden de ontwikkelingen in de zeventiger jaren besproken. Als belangrijkste probleem bij het ontwikkelen van health status indexen wordt het conceptualiseren van gezondheid genoemd. Een probleem dat overigens heden ten dage nog niet is opgelost. Dit leidt tot een beschouwing over Health Status Measures die recht doen aan de hedendaagse situatie. Tenslotte worden de issues besproken die van belang zijn voor Health Measurement in de toekomst. Terugkerend naar de huidige situatie wordt gesteld dat er, ondanks de gesig-

naleerde problemen, Health Status Measures bestaan die in onderzoek geïncorporeerd kunnen en moeten worden. Met name geldt dit voor een drietal specifieke terreinen: evaluatie van klinische behandeling, evaluatie van veranderingen in de gezondheidszorg en de planning ervan.

86

GONNELLA, J.S., M.J. GORAN.

Quality of patient care: a measurement of change: the staging concept.

Medical Care; 13, 1975, nr. 6, p. 467-473, 10 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Beschrijving van een methode die gebruikt kan worden om patiënten op basis van ernst van gezondheidsproblemen te classificeren en veranderingen in gezondheidstoestand aan te geven. De methode definieert verschillende niveau's van ernst, waardoor een systeem ontstaat, waarin patiënten met vergelijkbare medische condities ingedeeld worden in clusters die te gebruiken zijn voor patiëntenzorgevaluatie. De clusters zijn de volgende:

groep I : ziekte zonder complicaties of probleem van minimale ernst;

groep II : ziekte met lokale complicaties of een probleem van gemiddelde ernst;

groep III: ziekte en problemen van serieuze aard.

Een aantal voorbeelden dienen ter nadere illustratie van het staging concept. Tevens wordt ingegaan op de betekenis ervan voor de evaluatie van patiëntenzorg in het ziekenhuis en in de polikliniek.

87

KIND, P., R. CARR-HILL.

The Nottingham health profile: a useful tool for epidemiologists?

Social Science and Medicine; 25, 1987, nr. 8, p. 905-910, 12 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw

Beschrijving van de basisprincipes van de Nottingham Health Profile (NHP) en onderzoek naar de effectiviteit ervan. De NHP werd gepresenteerd als een meetinstrument met betrekking tot de ge-

zondheidstoestand dat bruikbaar is voor vele doeleinden en geschikt is om gebruikt te worden in bevolkingsonderzoek en bij de evaluatie van medische interventies. Nader onderzoek van de NHP toont aan dat er toch fundamentele twijfels blijven over het gebruik ervan als polyvalent instrument. Hiervan worden enkele voorbeelden gegeven. Dit doet evenwel niets af aan het feit dat er behoefte is aan een alles omvattend methodologisch valide en simpel instrument om de gezondheidstoestand te bepalen. Met name moet daarbij de werkwijze van het instrument bekend zijn vóór het wordt gebruikt. Tegen deze achtergrond is duidelijk, dat de methodologische basis van de NHP nog onvoldoende is.

88

MEYBOOM-DE JONG, B., T.E. POSTMA, J. VAN DER ENDE, H. LAMBERTS.

De functionele toestand van patiënten (2): een proefonderzoek om de functionele toestand vast te stellen.

Huisarts en Wetenschap; 29, 1986, nr. 1, p. 11-14.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, min. o en w, knaw

Van de bestaande instrumenten voor het meten van de functionele toestand is er slechts één geschikt voor de huisartsgeneeskundige situatie. Deze Amerikaanse functie vragenlijst van Nelson et al. is door de auteurs vertaald en getest in een klein proefonderzoek onder 75 zelfstandig wonende bejaarden. De respondenten bleken betrekkelijk gemakkelijk in staat zelf hun beperkingen weer te geven met behulp van de vragenlijst. Opvallend was, dat beperkingen in zelfstandig functioneren vooral samenhangen met lichamelijke functies en veel minder met aspecten van het psychisch functioneren.

89

WRIGHT, D.D., R. L. KANE.

Predicting the outcome of primary care.

Medical Care; 20, 1982, nr. 2, p. 180-187, 19 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Verslag van een onderzoek naar de relatie tussen de verwachtingen van de arts ten aanzien van de behandeling (prognose), de werkelijke resultaten en de daartoe gemaakte kosten. Het onderzoek werd verricht met betrekking tot 1.757 patiënten in de eer-



stelijnszorg. Gebruik werd gemaakt van Williamson's seven-level functional status scale. Over het algemeen wordt geconcludeerd dat het met de precisie van de prognose slecht gesteld is, zowel ten aanzien van positieve als ten aanzien van negatieve prognoses. Wat de kosten betreft, hadden patiënten met een slecht behandelingsresultaat de hoogste laboratoriumkosten. De totale kosten bleken voor patiënten met een slechte prognose verreweg het duurst te zijn, ongeacht het werkelijke resultaat van de behandeling. Feedback door beter inzicht in outcome wordt aanbevolen om uiteindelijk te komen tot een efficiëntere medische besluitvorming en daarmee tot kostenbesparing.

### B.3. Negative indexes

90

HEINEKEN, P.A., G. CHARLES, D.H. STIMSON, C. WENELL, R.H., STIMSON.  
The use of negative indexes of health to evaluate quality of care in  
a primary care group practice.

Medical Care; 23, 1985, nr. 3, p. 198-208.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

De methode van kwaliteitsmeting met behulp van 'negative indexes of health', zoals die ontwikkeld werd door Rutstein e.a., is toegepast in een eerstelijns-groepspraktijk. De gegevens van 1.147 patiënten in een gecomputeriseerd informatiesysteem werden beoordeeld op het vóórkomen van ongewenste uitkomsten die te voorkómen waren geweest. Hiervoor werd gebruik gemaakt van lijsten die door Rutstein e.a. ontworpen zijn, namelijk lijst A: aandoeningen waarvan het vóórkomen van één geval nader onderzoek verdient en lijst B: aandoeningen waarvan het vóórkomen van meer dan een vastgesteld maximum aantal nader onderzoek nodig maakt. Door twee onderzoekers samen werden de statussen van patiënten die volgens deze lijsten geselecteerd waren beoordeeld aan de hand van semi-expliciete criteria. Voor aandoeningen uit lijst A en voor het grootste deel van de aandoeningen uit lijst B die in de patiëntengegevens werden gevonden (respectievelijk 76 en 40 patiënten) werd geconcludeerd dat deze in de groepspraktijk niet te voorkómen waren geweest. Voor 'complicaties van hypertensie' waren echter 12 van de 34 (sterf)gevallen volgens de beoordelaars te voorkómen geweest. De behandeling van de hypertensie was bij de groep, die complicaties kreeg noch bij de overleden patiënten in het jaar voorafgaand aan het optreden van de complicatie/het sterfgeval, slechter geweest dan bij patiënten met hypertensie zonder complicaties. Deze methode heeft als voordeel de grote nadruk die ligt op preventie. Nadelen zijn dat vaak onvoldoende informatie ter beschikking staat om te beoordelen of een aandoening te voorkómen was en dat het de vraag is of de methode gevoelig genoeg is als er, zoals in dit geval, slechts weinig 'index gevallen' gevonden worden.

KRAMER, M.S.

The use of preventable adverse outcomes to study the quality of child health care.

Medical Care; 22, 1984, nr. 3, p. 223-230

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Door middel van de case-control methode werd getracht na te gaan of kinderartsen of algemene artsen beter in staat zijn om ernstige acute ziekten bij kinderen te herkennen en voor preventie toegankelijke complicaties te voorkomen. 'Indicator outcomes' voor vier typen aandoeningen werden geselecteerd; opgenomen in de studiepopulatie werden patiënten die meer dan 24 uur voor het bezoek aan de eerste hulp-afdeling contact hadden opgenomen met een vrij gevestigde arts voor dezelfde aandoening. Er waren 103 cases, kinderen met complicaties die mogelijk te voorkomen waren geweest met een niet op tijd gestelde diagnose of een onjuiste therapie of verwijzing. En 103 controles, gematcht op leeftijd, sociaal-economische klasse en soort aandoening, met een ongecompliceerde aandoening, tijdige diagnose, therapie of verwijzing. Uit de resultaten blijkt niet dat de zorg van kinderartsen beter was; voorafgaand contact met een kinderarts was geassocieerd met een geschat relatief risico ( $\omega$ ) van ongewenst resultaat van 1,32 (95% betrouwbaarheidsinterval 0,76-2,29). Door middel van multiple logistic regressie-analyse werd gecontroleerd voor mogelijke beïnvloedende variabelen; maar  $\omega$  veranderde niet. Zes alternatieve hypothesen om het ontbreken van een gunstige beoordeling van de artsen te verklaren, moesten op grond van de resultaten verworpen worden.

Geconcludeerd wordt dat de kinderartsen en algemene artsen in dit onderzoek vergelijkbare zorg verlenen aan kinderen met acute aandoeningen en dat de case-control methode een goed toepasbare methode is om onderzoek naar de kwaliteit van medische zorg te benaderen.

SHEPS, S., A. ROBERTSON.

Evaluation of primary care in a community clinic by means of explicit process criteria.

Canadian Medical Association Journal; 131, 1984, p. 881-906

nivel (c 1704)

Evaluatie van de zorg geleverd door een "multidisciplinary community family practice clinic" met behulp van 'indicator-conditions'. De zorg voor 7 aandoeningen, die ook voorkwamen in "the Burlington randomised Controlled Trial" wordt met dezelfde methode en criteria als in bovengenoemd onderzoek beoordeeld. Uit een steekproef van 1200 patiëntenkaarten worden 103 kaarten geselecteerd die betrekking hebben op 124 episoden van zorg, gedurende 1 jaar voor de "indicator-conditions" (otitis media, hypertensie, prenatale zorg, zuigelingen­zorg, inenting­en tot de leeftijd van 24 maanden, depressie en urineweg­infectie). De kaarten worden beoordeeld door een niet-medicus met behulp van expliciete criteria. 67% van alle zorg­episoden werd als adequaat of beter dan dat beoordeeld (variërend van 33% voor hypertensie tot 81% voor zuigelingen­zorg). Dit komt ongeveer overeen met wat in de Burlington Studie was gevonden. Van de inadequate zorg­episoden is dit in 50% te wijten aan omissies in patiëntenzorg. De onderzoeksmethode wordt bruikbaar gevonden voor evaluatie van zorg in de eerstelij­n, met name om tekort­komingen op te sporen en het effect van nascholing te evalueren.

93

SIBLEY, J.C., W.O. SPITZER, K.V. RUDNICK, J.D. BELL, R.D. BETHUNE, D.L. SACKETT, K. WRIGHT.

Quality-of-care appraisal in primary care: a quantitative method.

Annals of Internal Medicine; 83, 1975, nr. 1, p. 46-52

nivel

Beschreven wordt een methode om de kwaliteit van zorg van huis­artsen te beoordelen. Aan de hand van expliciete criteria vond beoor­deling plaats van het zorg­proces door gebruik te maken van samenvattingen van patiënt­kaarten (beoor­deling van het proces bij 10 indicator-aandoeningen en beoor­deling van het voor­schrijf­beleid ten aanzien van 13 genees­middelen) en van vragen­lijsten aan specialisten naar wie verwezen werd (beoor­deling van verwijs­beleid). Na uittesten van de methode in drie praktijken van artsen uit de groep die de criteria had geformuleerd, werd de methode toegepast in drie andere praktijken. De beoor­deelde artsen waren niet op de hoogte van de onderzochte zorg­aspecten, noch van de gehanteerde criteria. Resultaten werden uitgedrukt als het percentage beoor­deelde episoden van zorg dat adequaat was. Tussen de praktijken en tussen verschillende zorg­aspecten

werd aanzienlijke variatie gevonden, hetgeen impliceert dat de methode redelijk gevoelig is. De betrouwbaarheid tussen beoordelaars was hoog; de validiteit van de methode wordt ook hoog geacht.

#### B.4. Satisfactie-onderzoek

94

BOLLAM, M.J., M. MC CARTHY, M. MODELL.

Patients' assessment of out of hours care in general practice.

British Medical Journal; 296, 1988, p. 829-832, 12 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Aan 177 patiënten uit 13 praktijken in Noord-Londen werd gevraagd naar de ervaringen met consulten buiten de normale spreekuren. De patiënten werd gevraagd het verloop en het resultaat daarvan te beschrijven, hun mening te geven over specifieke aspecten van het consult en de mate van tevredenheid over het consult in het algemeen aan te geven. Het onderzoek maakt onderscheid naar de leeftijd van patiënten en naar het type consult. Geconcludeerd wordt, dat een dergelijk onderzoek zinvol is, dat artsen regelmatig de organisatie van consulten buiten spreekuren zouden moeten bezien en dat ze strategieën zouden moeten ontwikkelen om conflictsituaties in zulke gevallen zoveel mogelijk te voorkomen. Met name ouders die hulp zochten voor kinderen bleken minder tevreden dan ouderen die buiten de spreekuren hulp zochten.

95

DUTTON, D.B., D. GOMBY, J. FOWLES.

Satisfaction with children's medical care in six different ambulatory settings.

Medical Care; 23, 1985, nr. 7, p. 894-912, 56 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Vergelijking van de tevredenheid bij moeders over de medische zorg voor hun kinderen in zes zeer verschillende settings: fee-for-service solo-, respectievelijk groepspraktijken, PGP's (Prepaid Group Practice), poliklinieken, ziekenhuizen en ER's (emergency rooms). Het betreft 700 kinderen in Washington DC. Onderzoek werd verricht naar de tevredenheid van de moeders over de vriendelijkheid van de arts, diens competentie en persoonlijke aandacht, maar ook over wachttijden, sfeer en kosten. Tevens werd de relatie onderzocht met patiëntkenmerken en medische settings.

Ten aanzien van de medische settings werden aanzienlijke verschillen geconstateerd, ook na controle op patiëntkarakteristieken. Eerdere studies in dezelfde settings lieten een afwijkend beeld zien. Dit illustreert de veelzijdige en paradoxale aard van het functioneren van de gezondheidszorg.

96

GRACE, J.F., D. ARMSTRONG.

Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral.

Family Practice; 4, 1987, nr. 3, p. 170-175, 11 lit. opgn.

nivel

In het onderzoek wordt gekeken naar het verwijsgedrag van huisartsen vanuit de perceptie van patiënten, huisartsen en specialisten. Hun mening werd gevraagd ten aanzien van de kwaliteit van het medisch handelen van de huisarts voor de verwijzing, of de huisarts zelf de behandeling had kunnen uitvoeren en of de specialist de juiste arts was waarnaar verwezen werd. Er werd weinig overeenkomst gevonden tussen de groepen. Acht à negen van de tien verwijzingen was aan kritiek onderhevig, maar kritiek op een verwijzing werd slechts sporadisch gedeeld door de drie betrokkenen. Patiënten vonden een verwijzing zelden overbodig.

97

HULKA, B.S., S.J. ZYDANSKI, J.C. CASSEL, S.J. THOMPSON.

Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care.

Medical Care; 8, 1970, nr. 5, p. 429-435, 27 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Beschrijving van de ontwikkeling van een op de Thurstone 'Equal Appearing Interval'-Scale gebaseerde methode, bedoeld om kwantitatieve kennis te verkrijgen over de attitudes ten aanzien van artsen en eerstelijnszorg. Tevens wordt de theoretische basis van deze techniek beargumenteerd en worden de eerste testresultaten gepresenteerd. De techniek is gebaseerd op uitspraken/beweringen die overeenkomen met diverse attitudes ten aanzien van medische zorg. Beschreven wordt het ontwikkelen van de uitspraken/beweringen vanuit de theorie en de medische praktijk, de

uiteindelijke selectie ervan en het toetsen van de betrouwbaarheid ervan. Een pretest onder een groep blanke en zwarte moeders uit de lagere inkomensklassen in een klinische setting leidde tot de definitieve samenstelling van de Scale.

98

KROL, R.A., D.J. NORDLUND.

Patient satisfaction data and residents' physician-patient skills. The Journal of Family Practice; 17, 1983, nr. 1, p. 141-142, 3 lit. opgn.

nivel, ruu, vu

Onderzoek van het Family Practice Center of the Medical College of Ohio met het doel een instrument te ontwikkelen om patiëntensatisfactie te bepalen. Hiertoe werden variabelen geïdentificeerd die naar het oordeel van patiënten een 'goede' arts kenmerken. Het aldus ontwikkelde instrument moest tevens geschikt zijn om te worden gebruikt in het opleidingsprogramma van het Medical College. Identificatie van de variabelen vond plaats met behulp van een vragenlijst over patiëntensatisfactie, bestaande uit 29 items, die drie omvangrijke terreinen bestrijkt: patiëntvariabelen, artsvariabelen en praktijkvariabelen. Vragenlijsten werden toegestuurd aan 469 patiënten; uiteindelijk waren zo'n 200 vragenlijsten geschikt voor verdere verwerking. Het betreft een eerste aanzet; in de toekomst zullen de diverse componenten van dit instrument verder uitgewerkt dienen te worden.

99

LIKE, R., S.J. ZYZANSKI.

Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants.

Social Science and Medicine; 24, 1987, nr. 4, p. 351-357, 49 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, knaw

Verslag van een onderzoek naar patiëntensatisfactie, waarin werd getracht de vraag te beantwoorden of er een verband bestaat tussen het voldoen aan de vraag van de patiënt om hulpverlening en tevredenheid over de behandeling, en de vraag in hoeverre de tevredenheid verklaard wordt door de kwaliteit van de behandeling



in relatie tot karakteristieken van patiënt, arts en systeem van gezondheidszorg. Het onderzoek concentreert zich op de ambulante hulpverlening en betreft 144 volwassen patiënten en hun artsen. Gebruik werd gemaakt van vier nieuw ontwikkelde instrumenten vlak voor en na consulten aan het University Family Practice Center (Cleveland). De mate waarin werd voldaan aan verlangens van de patiënt verklaarde minstens 19% van de variantie in tevredenheid over de behandeling. Besproken worden de implicaties van deze resultaten voor verder onderzoek naar de arts-patiënt-relatie.

100

MARQUIS, M.S., A.R. DAVIES, J.E. WARE Jr.

Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study.

Medical Care; 21, 1983, nr. 8, p. 821-829, 26 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Toetsing van de hypothese dat continuïteit in de patiënt-verzorger-relatie gezien kan worden als een gedragsconsequentie van patiëntensatisfactie. Gebruik werd hierbij gemaakt van longitudinale data van The Rand Corporation's Health Insurance Experiment. De hypothese wordt ondersteund door bivariate en multivariate analyses. Een multivariate linear probability model geeft een verband tussen daling van één punt op een algemene satisfactieschaal met een toename van 3,4% in de waarschijnlijkheid van verandering in de patiënt-verzorger-relatie. Het verband tussen satisfactieniveau en continuïteit in die relatie heeft een lineair karakter. Er kon geen punt aangewezen worden op de satisfactieschaal waarop de waarschijnlijkheid van veranderingen plotseling sterker toeneemt. De noodzaak van verbeteringen in het bepalen van continuïteit in de zorg wordt besproken, alsmede de noodzaak van verder onderzoek naar andere gedragsconsequenties van patiëntensatisfactie.

101

MURRAY, J.P.

A comparison of patient satisfaction among prepaid and fee-for-service patients.

The Journal of Family Practice; 24, 1987, nr. 2, p. 203-207, 31

lit. opgn.  
nível, ruu, vu

Vergelijking van patiëntensatisfactie bij prepaid en fee-for-service patiënten. Door middel van een dossieronderzoek werden de twee groepen patiënten vergeleken op demografische karakteristieken en indirecte maatstaven ten aanzien van gezondheid en gezondheidsgedrag. Daarna vond een onderzoek plaats bij 436 patiënten met gebruikmaking van een vragenlijst over patiëntensatisfactie, bestaande uit 26 items. Sociodemografische karakteristieken en karakteristieken met betrekking tot de gezondheid waren voor beide groepen hetzelfde. Ook werden er geen verschillen geconstateerd in de algemene patiëntensatisfactie. Individuele karakteristieken - waaronder het satisfactieniveau - waren vergelijkbaar op een onverwachte uitzondering na, namelijk verschil in satisfactieniveau ten aanzien van gedrag/menselijkheid van de arts. Het onderzoek vond plaats in een family health center met een nieuw bezuinigingsprogramma. Ten aanzien hiervan wordt geconstateerd dat bezuinigingen de kwaliteit van de zorg niet lijken aan te tasten. Verder onderzoek is evenwel noodzakelijk, vooral ten aanzien van gedrag/menselijkheid van de arts.

102

PATRICK, D.L., E. SCRIVENS, J.R.H. CHARLTON.  
Disability and patient satisfaction with medical care.  
Medical Care; 21, 1983, nr. 11, p. 1062-1075, 34 lit. opgn.  
nível, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Onderzoek naar de relatie tussen gezondheidstoestand en ontevredenheid van patiënten over de medische zorg van huisartsen. Het gaat om een onderzoek onder 1.245 personen, waarbij gebruik wordt gemaakt van criteria van patiëntensatisfactie op basis van MDS (multidimensional scaling, Roghmann e.a.). Onderzoek naar de gezondheidstoestand werd verricht op basis van de Britse versie van The Sickness Impact Profile. De resultaten zijn consistent met die van eerdere studies. De gezondheidstoestand van patiënten, met name psychosociale problematiek, is van invloed op waardering van de diverse aspecten van hulpverlening. Patiënten met een slechtere gezondheid waren eerder ontevreden over de medische zorg, zij het dat deze ontevredenheid betrekking heeft op de specifieke situatie. Het is niet zo, dat een slechte gezond-

heid ontevredenheid met de medische zorg in het algemeen impliceert. Ingegaan wordt op de consequenties van deze resultaten voor verdere studies.

103

ROBERTS, J.G., P. TUGWELL.

Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care.

Health Services Research; 22, 1987, nr. 5, p. 637-654.

nivel, rug, kun, knaw

In deze studie worden de resultaten vergeleken met reeds eerder ontwikkelde vragenlijsten om de tevredenheid van patiënten met de medische zorgverlening te meten. De 39 patiënten waren opgenomen geweest op de intensive care afdeling van een gemeentelijk ziekenhuis in Canada voor een acuut myocard infarct. De vragenlijsten werden vier en zes maanden na het infarct ingevuld. De verzamelde gegevens met de door Hulka en Ware ontwikkelde vragenlijsten maakten het mogelijk de relatieve effectiviteit van deze lijsten in het meten van tevredenheid te testen.

In zijn algemeenheid blijken de vragenlijsten betrouwbaar te zijn ( $r = .64$ ,  $r = .59$ ). Ook was er bewijs voor de validiteit ('criterion concurrent') ( $r = .75$  -  $.85$ ). Beide vragenlijsten hadden vergelijkbare resultaten voor wat betreft het voorkomen van ontevredenheid (0,7%). Geconcludeerd wordt dat beide schalen goed bruikbaar zijn om patiëntentevredenheid te meten. Behalve dat in de Ware-schaal meer aandacht aan de continuïteit van de zorg wordt besteed, zijn er wat de inhoud van de schalen betreft geen belangrijke verschillen.

## B.5. Voorschrijven en verwijzen

104

BROUWER, W., P.D. KERKHOF, P. POP.

Diagnostisch Centrum Maastricht, de relatie 1<sup>e</sup>-2<sup>e</sup> lijn in ontwikkeling: evaluatie van het experiment diagnostisch centrum Maastricht. Eindrapportage.

Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1983, 186 p., 52 lit. opgn. niveau (r 1746)

Het Experiment Diagnostisch Centrum Maastricht heeft als doelstellingen kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg, bevordering van efficiënt gebruik van voorzieningen en verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en specialisten. In dit onderzoek worden de gevolgen van dit experiment voor aanvragen voor diagnostiek door huisartsen beschreven. Wat betreft arts- en praktijkgebonden eigenschappen blijkt vooral de ervaring van de huisarts van invloed op de diagnostiekaanvragen. Teneinde de doelmatigheid van de aanvragen te evalueren werden voor een aantal onderwerpen (4 radio-diagnostische en 2 klinisch-chemische onderwerpen en electrocardiografie) werkafspraken gemaakt na bestudering van de aanvraagformulieren over die onderwerpen en vervolgens werden na bekendmaking van de werkafspraken de nieuwe aanvraagformulieren weer gedurende een bepaalde tijd geëvalueerd. Voor beïnvloeding van het gedrag wat betreft gegevensvermelding en indikatiestelling, blijken werkafspraken alléén onvoldoende effect te hebben. Pogingen consultatie van specialisten door huisartsen via het diagnostisch centrum te bevorderen, bleken succesvol. In hoeverre hierdoor verwijzingen werden voorkomen, is niet na te gaan.

105

FLETCHER, R.H., M.S. O'MALLEY, S.W. FLETCHER e.a.

Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers.

Medical Care; 22, 1984, nr. 5, p. 403-411

niveau, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus

Patiënten krijgen vaak medische zorg van veel verschillende

hulpverleners; dat betekent dat verschillende episodes van zorgverlening niet als een geheel kunnen worden gezien, zonder het begrip de kwaliteit van de hulpverlening geweld aan te doen. Voordat de kwaliteit bestudeerd kan worden, is het noodzakelijk een instrument te ontwikkelen waarmee het integratie-proces gemeten kan worden.

De auteurs onderzochten de continuïteit en coördinatie van zorg bij 197 patiënten die de algemene artspraktijk in een groot opleidingsziekenhuis bezochten. Elke patiënt had een algemeen arts als eerstelijnsarts. Een breed pakket gespecialiseerde diensten was beschikbaar in het ziekenhuis en vaak nodig. Van een totaal van 1.768 bezoeken aan het ziekenhuis waren er 62,2% in de algemene artspraktijk. Voor de consulten buiten deze praktijk was de coördinatie, gedefinieerd als het percentage consulten waarbij de eerstelijns- en andere dokters op de hoogte waren van elkaars contacten met gemeenschappelijke patiënten 35,2%. Slechts 74,4% van de consulten was of continu of gecoördineerd. Continuïteit bij een en dezelfde hulpverlener kan bepaald worden door de behoefte bij de patiënt voor andermans diensten. Een gecombineerde maat voor continuïteit en coördinatie, zoals in deze studie wordt gebruikt is, ook in andere situaties met meerdere hulpverleners toepasbaar.

106

FRASER, R., J.T.L. GOSLING.

Information systems for general practitioners for quality assessment: III suggested new prescribing profile.

British Medical Journal; 29, 1985, nr. 6509, p. 1613-1615, 6 lit. opgn.

nivel, uva, rug, rul, ruu, min. o en w, knaw

Britse huisartsen ontvangen jaarlijks ruwe cijfers over hun voorschrijfgedrag van de 'Prescription Pricing Authority'. De vraag van huisartsen naar meer gespecificeerde cijfers over hun eigen voorschrijven en de bereidheid aan het verkrijgen daarvan mee te werken, werd onderzocht. 202 huisartsen, 40% van alle huisartsen die de enquête beantwoordden (response rate 76%) werkten aan het project mee; 83% hiervan was bereid extra gegevens te verzamelen over het aantal arts-patiëntencontacten om hun frequentie van voorschrijven te kunnen bepalen. De benodigde gegevens over herhalingsrecepten werden verkregen met behulp van

gemerkte receptenbriefjes. De variatie tussen de huisartsen is groot wat betreft hun voorschrijfgedrag. Met dit soort gegevens kunnen artsen beter hun persoonlijke voorschrijfgedrag toetsen en kunnen probleemgebieden in het voorschrijven herkend worden.

107

GROL, R.

Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts. Deel 5 eindrapportage.

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983, 144 p. 89 lit. opgn.

nivel (r 2407)

Onderzoek naar verband tussen attitude van de huisarts en al dan niet bevorderen van somatische fixatie.

Eerst wordt de totstandkoming van een vragenlijst met betrekking tot de attitude van huisartsen beschreven. Vragenlijsten worden voorgelegd aan een niet-aselecte groep van 112 huisartsen, deels bestaand uit huisartsen die zich hebben aangemeld voor een nascholingscursus over somatische fixatie. Door middel van factoranalyse worden vragen geselecteerd die bepaalde attitudes lijken te meten, bijvoorbeeld taakopvatting op somatisch en sociaal gebied, mate van geloof in de gezondheidstechnologie etcetera.

In een niet nader omschreven populatie is de samenhang onderzocht tussen attitude-elementen en bepaalde gedragsvariabelen die impliciet verondersteld worden somatische fixatie te bevorderen, bijvoorbeeld verwijsgedrag, niet-specifiek voorschrijfgedrag etcetera. Er worden inderdaad een aantal van de verwachte samenhangen gevonden. Aanbevelingen worden gedaan teneinde (aanstaande) huisartsen zich hiervan bewust te laten worden.

108

HOLMES, C., R.L. KANE, M. FORD, J. FOWLER.

Toward the measurement of primary care.

Milbank Memorial Fund Quarterly; 56, 1978, nr. 2, p. 231-252.

nivel

De laatste 20 jaar is er een toenemende aandacht waar te nemen voor de huisartsgeneeskunde. Dat kwam onder andere tot uiting in het stimuleren van artsen tot het volgen van een scholing tot

huisarts.

In 1969 werd de 'American Board of Family Practice' opgericht om aan de bestaande huisartsgeneeskunde en nieuw gezicht te geven. Dit nieuwe gezicht is volgens de leden van genoemde instelling samen te vatten met de volgende trefwoorden: 'continuous', 'co-ordinated', 'comprehensive' and 'family-centered'. Vraag is of een dergelijke stijl van werken bijgebracht kan worden door een driejarige studie of dat het effect kan zijn van groeien in het vak door praktijkervaring. Antwoord is alleen mogelijk door te meten of artsen een 'family-centered' stijl hanteren. Om te kunnen meten, moet er een goede definitie geformuleerd worden van 'family-centered primary care'. Er dienen criteria opgesteld te worden, gebaseerd op het concrete handelen van de arts, om na te gaan in welke mate de artsen deze stijl inderdaad handhaven bij de praktijkuitvoering. In het onderzoek worden de volgende begrippen uitgewerkt als meetinstrument: 'continuity of care' (consultfrequentie, aantal herhalingsconsulten), 'coordinated care' (aantal verwijzingen, uitwisseling van informatie), 'comprehensive care' (mate van uitgebreidheid van informatie, gemiddelde aantal items dat wordt geregistreerd in het medische dossier van de patiënt), 'family care' (gemiddelde aantal items over het gezin dat wordt geregistreerd, aantal leden van dezelfde familie dat de arts bezoekt gedurende een specifieke periode). Twee groepen artsen worden onderzocht: 'practice-experienced' en 'family practice physicians'. Er blijken geen grote verschillen te bestaan tussen het handelen van de twee groepen. Aanbevelingen worden gedaan voor verder onderzoek en ter verbetering van het meetinstrument.

109

JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, F.W.M.M. TOUW-OTTEN.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (1).

Medisch Contact; 38, 1983, nr. 51, p. 1599-1601.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, knaw, min. o en w

Een verwijzing is een belangrijk moment in het hulpverleningsproces. De huisarts heeft vaak weinig invloed op wat er na de verwijzing gebeurt. Onderzocht zal worden waaruit samenwerking bij verwijzing bestaat en hoe deze door huisartsen en specialisten wordt ervaren met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. 6

verschillende modellen van samenwerking tussen huisarts en specialist worden beschreven, die variëren wat betreft verdeling van de verantwoordelijkheid, communicatie tussen huisarts en specialist en contact tussen specialist en patiënt. Voor kwaliteit van de zorg wordt de definitie van Donabedian gehanteerd, namelijk maximaliseren van het algemeen welzijn van de patiënt met afwegen van alle voor- en nadelen.

110

JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, F.W.M.M. TOUW-OTTEN.

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten: over de relatie tussen samenwerking en de kwaliteit van de hulpverlening (2).

Medisch Contact; 38, 1983, nr. 52, p. 1629-1632, 34 lit. opg.

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, knaw, min. o en w

De bevindingen van een eerste pilot-studie voor een onderzoek naar de invloed van samenwerking tussen huisarts en specialist op de kwaliteit van de zorg bij verwijzing worden beschreven. Met 5 internisten en 5 huisartsen worden diepte-interviews gehouden aan de hand van een patiëntencasus over gewenste en gerealiseerde samenwerkingsvormen, belemmerende en bevorderende factoren bij samenwerking en te voorkomen risico's voor patiënten bij verschillende samenwerkingsvormen. Op grond van de resultaten worden een aantal hypothesen geformuleerd die in een vervolgonderzoek getoetst zullen worden. Voorlopige conclusies zijn:

1. Dat niet erkennen van elkaars deskundigheid samenwerking in de weg staat;
2. Dat consultatie bij patiënten met vage klachten minder risico's geeft dan verwijzing;
3. Dat frequent onderling overleg de samenwerking kan verbeteren.

111

McGHAN, W.F., G.L. STIMMEL, T.G. HALL, T.M. GILMAN.

A comparison of pharmacists and physicians on the quality of prescribing for ambulatory hypertensive patients.

Medical Care; 21, 1983, nr. 4, p. 435-444

nivel, uva, rug, rul, ruu, kun, erasmus



Het artikel is een neerslag van een quasi-experimenteel onderzoek naar de kwaliteit van het voorschrijven door apothekers en artsen van geneesmiddelen voor ambulante hypertensie-patiënten. De nulhypothese was dat er geen verschil bestaat. Uit de analyse blijkt dat er geen verschillen zijn aan te merken, onder andere op het gebied van juiste dosering. Wat betreft de keuze van de juiste geneesmiddelen scoren de apothekers hoger dan de artsen.

112

TSENG, R.

An audit of antibiotic prescribing in general practice using sore throats as a tracer for quality control.

Public Health London; 99, 1985, p. 174-177, 14 lit. opgn.

nivel (c 2243)

Onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica in 152 gevallen van 'primary sore throat', geïdentificeerd uit 1.116 consulten in een huisartsenpraktijk over een periode van vier maanden.

Een drietal hoofdconclusies wordt getrokken: penicilline is het meest effectieve (en goedkoopste) middel ter bestrijding van bacteriële keelinfecties; in het onderzoek had slechts 1/5 van alle gevallen een bacteriële oorsprong. Daarom zou het zinvol zijn om het huidige voorschrijfgedrag te wijzigen door aanzienlijk minder antibiotica voor te schrijven en tenslotte wordt het gekozen voorbeeld van keelinfecties een goed model genoemd om het voorschrijfgedrag ten aanzien van antibiotica in de huisartsenpraktijk te bestuderen. In dit onderzoek heeft het ertoe geleid dat het onnodig en ongepast voorschrijven van antibiotica werd verminderd.

113

WILSON, J.A., T.S. MURRAY.

Audit of the drug treatment of Parkinson's disease in general practice.

Journal of the Royal College of General Practitioners; 35, 1985, p. 276-278, 15 lit. opgn.

nivel, rug, rul, ruu, kun, knaw

Binnen een patiëntenpopulatie van een huisartspraktijk werden 32 patiënten met de ziekte van Parkinson opgespoord met behulp van

de 'repeat-prescription-indexes' en gesprekken met leden van het eerstelijnsgezondheidsteam.

De verschillen in de medicatie worden in het onderzoek geëvalueerd. In 20 van de 32 gevallen was de diagnose gepleegd door de huisarts en in 25 gevallen was hij verantwoordelijk voor de medicatie. 25 patiënten werden verwezen naar een specialist.

## AUTEURSREGISTER

- Bass, M.J.  
1
- Bennett, S.E.  
52
- Bergner, M.  
83, 84, 85
- Beusmans, G.H.M.J.  
15
- Bollam, M.J.  
94
- Borgiel, A.  
53
- Brook, R.H.  
16, 33
- Brouwer, W.  
104
- Crebolder, H.  
55
- Crijnen, A.A.M.  
38
- Dutton, D.B.  
95
- Edwards, M.W.  
56
- Fleming, D.M.  
57
- Fletcher, R.H.  
105
- Fraser, R.  
106
- Gerbert, B.  
2
- Gerritsma, J.G.M.  
39
- Given, C.W.  
58
- Gonnella, J.S.  
86
- Grace, J.F.  
96
- Grol, R.  
3, 4, 17, 18, 19, 20, 107
- Haaijer-Ruskamp, F.M.  
40, 41
- Haan, M. de  
5
- Haen, F. de  
31
- Hawton, K.  
59
- Hayes, T.M.  
60
- Heineken, P.A.  
90
- Hill, J.D.  
61
- Holmes, C.  
108
- Hulka, B.S.  
97
- Hulshof, R.E.  
21
- Imants, J.  
6
- Jacobs, H.M.  
7, 42, 109, 110
- Kane, R.L.  
62
- Kaptein, A.A.  
63, 64
- Kekki, P.  
32, 65
- Kemeny, M.E.  
66
- Kessner, D.M.  
33, 34

Kind, P.	Palmer, R.H.
87	74, 75
Kramer, M.S.	Patrick, D.L.
91	102
Krol, R.A.	Payne, B.C.
98	76
Kurji, K.H.	Pieters, H.M.
67	25
Kuyvenhoven, M.M.	Plaisir, O.
43, 44, 45	26
Lawler, F.H.	Ree, J.W. van
8	77
Like, R.	Rethans, J.J.E.
99	48, 49
Logerfo, F.P.	Roberts, J.G.
68	103
Mansfield, B.G.	Romm, F.J.
69	78
Marquis, M.S.	Royal College of General Practitioners
100	27
Maxwell, J.A.	Rudnick, K.V.
22	36
McGhan, W.F.	Schellevis, F.
111	28
Meyboom-de Jong, B.	Simpson, D.E.
88	50
Michael, G.	Sheps, S.
70	92
Mokkink, H.G.A.	Sibley, J.C.
23, 71	93
Mulligan, J.L.	Singh, B.M.
72	79
Murray, J.P.	Smith, S.R.
101	37
Mushlin, A.J.	Smits, A.
73	9
Norman, G.R.	Stewart, M.A.
47	10
Norton, P.G.	Taylor, M.P.
24	80
Novick, L.F.	Thomassen, J.F.M.
35	11

Thompson, H.C.  
81  
Tielens, V.  
12  
Tseng, R.  
112  
Weel, C. van  
82  
Williamson, J.W.  
13  
Wilson, A.D.  
29  
Wilson, J.A.  
113  
Winickoff, R.N.  
30  
Woodward, C.A.  
51  
Wright, D.D.  
89  
Zuckerman, H.S.  
14



## TREFWOORDENREGISTER

- Artsen in opleiding
  - 7, 25, 38, 52, 58
- Audio
  - 3, 4, 9, 10, 12, 19
- Consensus
  - 8, 22, 24, 53, 54, 72, 74, 104
- Consultanalyse
  - 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 23, 71
- Continuïteit
  - 65, 100, 105, 108
- Diagnostisch onderzoek
  - 13, 14, 29, 30, 55, 57, 58, 60, 67, 68, 70, 79, 82, 89, 104
- Expert beoordeling
  - 11, 16, 40, 42, 43, 44, 45, 73
- Gezondheidstoestand
  - 32, 62, 80, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 101, 102
- Indicator aandoening
  - 52, 90, 91, 92, 93
- Instrumentontwikkeling
  - 21, 83, 84
- Kinderen
  - 91, 95
- Kosten
  - 58, 89
- Mortaliteit
  - 61
- Nascholing
  - 6, 15, 24, 36, 72
- Observatie
  - 19, 23, 25, 26, 27, 71
- Onderlinge toetsing
  - 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30
- Papieren patiënt
  - 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 50
- Patiëntstatus
  - 2, 16, 21, 24, 29, 31, 34, 35, 36, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 89, 90, 92, 93, 101, 108, 112, 113

Protocollen

12, 17, 28, 48, 49

Samenwerking

80, 104, 105, 109, 110

Satisfactie

3, 10, 52, 62, 63, 64, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103

Simulatiepatiënt

7, 38, 47, 48, 49, 51

Tracermethode

31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

Vergelijk 1<sup>e</sup>-2<sup>e</sup> lijn

39, 50, 59, 60, 61, 75, 76, 79, 81, 91, 95, 96

Verwijzen

9, 18, 23, 43, 56, 71, 96, 107, 108, 109, 113

Video

2, 6, 27, 66

Voorschrijven

9, 18, 20, 23, 40, 41, 43, 56, 63, 64, 71, 77, 80, 93, 106, 107, 108, 111, 112, 113

Vragenlijst

6, 19, 29, 41, 48, 52, 56, 59, 73, 88, 93, 97, 98, 99, 103, 106, 107

Vraaggesprek arts

2, 66, 110

Vraaggesprek patiënt

1, 2, 14, 16, 63, 64, 66



## VERKLARING VAN DE BIBLIOTHEEKCODES

erasmus

Bibliotheek Erasmusuniversiteit Rotterdam  
Medische Bibliotheek  
Dr. Molewaterplein 50  
Postbus 1738  
3000 DR ROTTERDAM  
tel.: 010 - 40 87 780

kaw

Bibliotheek Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen  
Kloveniersburgwal 29  
Postbus 19121  
1000 GC AMSTERDAM  
tel.: 020 - 22 29 02

kun

Bibliotheek Katholieke Universiteit Nijmegen  
Erasmuslaan 36  
Postbus 9100  
6500 HA NIJMEGEN  
tel.: 080 - 51 24 40

min. o en w

Postbus 25000  
2700 LZ ZOETERMEER  
tel.: 070 - 53 19 11

min. van wvc

Bibliotheek Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur  
Sir Winston Churchilllaan 368  
Postbus 5406  
2280 HK RIJSWIJK  
tel.: 070 - 40 79 11

ncgv

Bibliotheek Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid  
Da Costakade 45  
Postbus 5103  
3502 JC UTRECHT  
tel.: 030 - 93 51 41

nivel

Bibliotheek NIVEL  
Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT  
tel.: 030 - 31 99 46

nrmw

Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn  
Volmerlaan 20  
2288 GD RIJSWIJK  
tel.: 070 - 94 95 15

rug

Bibliotheek Rijksuniversiteit Groningen  
Broerstraat 4  
Postbus 559  
9700 AN GRONINGEN  
tel.: 050 - 63 50 00

rul

Bibliotheek Rijksuniversiteit Leiden  
Witte Singel 27  
Postbus 9501  
2300 RA LEIDEN  
tel.: 071 - 27 28 01

ruu

Bibliotheek Rijksuniversiteit Utrecht  
Postbus 16007  
3500 DA UTRECHT  
tel.: 030 - 39 25 00

uva

Bibliotheek Universiteit van Amsterdam  
Singel 425  
Postbus 19185  
1000 GD AMSTERDAM  
tel.: 020 - 52 59 111

vu

Bibliotheek Vrije Universiteit Amsterdam  
De Boelelaan 1105  
Postbus 7161  
1007 MC AMSTERDAM  
tel.: 020 - 54 82 613

