

INHOUDSOPGAVE

pag

1.	Inleiding	1
2.	Meet- en controlemogelijkheden in de huisartspraktijk	2
3.	De zorg in de huisartspraktijk voor type II-diabeten	4
4.1.	Preventieve taken	7
4.2.	Curatieve taken	8
4.3.	Begeleidende taken	12
5.	Samenvatting	15
6.	Literatuur	17

Bijlage:

Brief Werkgroep Normpraktijk Huisartsen, d.d. 23 september 1987

1. INLEIDING

Op grond van de bevindingen zoals weergegeven in haar interimrapportage van juni 1986 heeft de Adviescommissie Meet- en Controlepunten Huisartsenzorg aan de Werkgroep Normpraktijk Huisartsen voorgesteld de oorspronkelijke taakopdracht van de commissie te wijzigen (zie aanbiedingsbrief bij de interimrapportage d.d. 3 juli 1986).

Deze wijziging van de opdracht, welke door de WNH in haar vergadering van 27 augustus 1986 is aanvaard, houdt in dat de Adviescommissie komt met een voorstel, waaraan drie stappen zijn te onderscheiden:

1. Keuze van enkele taakgebieden uit het Basistakenpakket, waarop verbetering van de kwaliteit wenselijk en mogelijk wordt geacht.
 2. Nader concreet en operationeel maken van de kwaliteitsverbetering op deze taakonderdelen.
 3. Aangeven op welke termijn en met welke middelen voornoemde kwaliteitsverbetering geïnitieerd, gemeten en gecontroleerd kan worden
- Ter illustratie van de voorgestelde werkwijze zal van één van de genoemde taakgebieden, te weten Diabetes Mellitus type II een nadere uitwerking gegeven worden (brief voorzitter WNH, d.d. 23 september 1986).

De keuze van de taken, c.q. taakgebieden is gebaseerd op literatuur over kwaliteitsmeting en -controle in de huisartsgeneeskunde en op de ervaring en deskundigheid van de huisartsleden van de commissie. Ten aanzien van de meetbaarheid van de kwaliteit van de taakuitoefening is vooral de deskundigheid van de overige commissieleden van belang geweest.

Hoewel de meetbaarheid één van de criteria is, die, zoals hieronder aangegeven, bij de keuze van onderwerpen een rol speelt, neemt het in het kader van de taakopdracht van de Adviescommissie een centrale plaats in. Er wordt dan ook in een apart hoofdstuk aandacht aan gegeven.

Teneinde de keuze van taken systematisch en eenduidig te maken, heeft de commissie eerst een aantal criteria opgesteld, waaraan de keuze van onderwerpen naar haar inzicht getoetst kunnen worden. Deze criteria zijn:

1. gezondheids(zorg)belang
2. mogelijkheid van behandeling en/of opsporing in de eerste lijn met behoud van kwaliteit
3. relatie met directe patiëntenzorg
4. effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts
5. meetbaarheid

Naast deze criteria zijn de volgende randvoorwaarden van belang:

1. registratie
2. praktijkorganisatie
3. honorering
4. nascholing
5. samenwerking met andere hulpverleners in eerste of tweede lijn

Tenslotte heeft de commissie zich aan de taakindeling gehouden, zoals voorgesteld door de WNH (brief d.d. 23 september 1986), waarin onderscheid gemaakt wordt in preventieve, curatieve en begeleidende taken uit het takenpakket van de huisarts.

2. MEET- EN CONTROLEMOGELIJKHEDEN IN DE HUISARTSENZORG

Bij de advisering over te ontwikkelen meet- en controlepunten voor de huisartsenzorg wordt de Adviescommissie geacht te letten op de eenvoud en eenduidigheid van de meetmethoden.

Wil men de kwaliteit van het handelen van de huisarts meten, dan zal eerst vastgesteld moeten worden welke kwaliteitscriteria hiervoor gehanteerd worden. Kwaliteitscriteria, die momenteel in de huisartsgeneeskunde in beperkte mate voorhanden zijn, zijn ontwikkeld ten behoeve van kleine onderzoeken en toetsingsgroepen van huisartsen. Kwaliteitscriteria die van toepassing zijn op de hele beroepsgroep ontbreken vrijwel geheel. Aan het vaststellen van kwaliteit zijn tenminste drie niveaus te onderscheiden. Het eerste niveau is aan te geven door vast te stellen of de huisarts een bepaalde handeling verricht; het tweede niveau door te kijken of hij de handeling goed verricht en het derde niveau door te bepalen of de door hem verrichte handeling het gewenste effect heeft.

Een ander probleem is dat er een groot scala van uiteenlopende meetmethoden nodig is om op de verschillende niveaus te kunnen meten. Bestaand onderzoek zal veelal buiten beschouwing gelaten moeten worden, omdat de te ontwikkelen meetmethoden gericht zijn op controledoeleinden, die vaak niet zullen sporen met de bestaande onderzoeksdoelen.

Dit alles betekent dat simpele, eenduidige meetmethoden of -instrumenten voor de meting c.q. controle van de uitvoering van taken van het basistenpakket niet zonder meer voor handen zijn.

Gegevens op macroniveau, voorzover die er zijn, lenen zich niet voor een eenduidige toepassing in op te zetten meetprocedures. Een mogelijke uitzondering kan worden gemaakt voor het verwijscijfer (exclusief verwijzingen naar de oogarts) en de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddelen, voorzover het middelen betreft die door Mokkink in zijn proefschrift worden betiteld als 'aspecifiek' (pijnstillers, kalmerende middelen, maar ook antirheumatica en antibiotica). Mokkink heeft gepoogd ziekenfondscijfers in verband te brengen met factoren, die de kwaliteit van handelen van huisartsen veronderstellen te meten. Uit zijn onderzoek kunnen geen ondubbelzinnige conclusies worden getrokken. Wel lijkt het erop dat bovengenoemde relatie tussen verwijzen en aspecifiek voorschrijven enerzijds en kwaliteit van handelen anderzijds de moeite van het verder exploreren waard is. Omdat de huisartsen geen verrichtingsstelsel kennen, valt niet te verwachten dat veel gegevens op macroniveau spoedig te verkrijgen zijn. Overigens garandeert het bestaan van een verrichtingsstelsel het vrij komen van de gewenste cijfers niet, zoals uit de praktijk van de tweede lijn blijkt.

De meeste meet- en controlemogelijkheden in hoge mate afhankelijk zijn van de kwaliteit van de registratie door de huisartsen. Uniformiteit van registratie is daarom van vitaal belang. Allereerst zullen normen en regels nodig zijn om tot een uniforme registratie te komen. Vervolgens moet worden bewerkstelligd dat huisartsen in toenemende mate aan dergelijke normen gaan voldoen. Dit zal niet eenvoudig zijn, als in aanmerking wordt genomen, dat huisartsen, zoals uit de interimrapportage naar voren is gekomen, onderling zeer grote verschillen in hun werkwijze vertonen. Globaal gezien zijn in deze vier soorten metingen mogelijk:

a. direct, via de observatie van huisartsen

- b. indirect, via het registratiesysteem van huisartsen
- c. indirect, via interviewen van de patiënt
- d. indirect, via gegevens uit de tweede lijn.

ad.a.: observatie van huisartsen

Onderzoek van de huisartsinstituten van o.a. Nijmegen en Utrecht toont aan dat observatie van het handelen van huisartsen betrouwbare gegevens kan opleveren. Voorwaarde is dat de observatoren goed zijn getraind en van betrouwbare observatiekaders uitgaan. Er kleven echter een aantal nadelen aan de methode. Het observeren is erg arbeidsintensief en betrouwbare observatie vraagt nogal wat voorzieningen. Bovendien bestaat er kans dat de geobserveerde huisarts zich wellicht tijdelijk in de richting van de norm gedraagt.

Observatie met daaraan gekoppeld een feedback systeem kan een zeer waardevolle methode zijn om de kwaliteit van het handelen van de huisarts te meten en te verbeteren. Het is een betrouwbare, maar geen eenvoudige methode. Hierdoor is observatie van huisartsen als instrument voor meet- en controlepunten minder geschikt.

ad.b.: registratie door huisartsen

Zorgvuldige registratie van het eigen handelen door huisartsen kan veel goede informatie opleveren. Zoals gezegd ontbreekt vooralsnog een uniforme registratie. Het degelijk bijhouden van eenmaal vastgestelde uniforme registratie vraagt veel energie. Goede mogelijkheden hiervoor biedt (verdergaande) automatisering van de praktijkvoering. Nadelen aan deze ingang zijn o.a. het gevaar dat registreren in de richting van de gewenste norm kan optreden en het feit dat de methode voor 100% afhankelijk is van de medewerking van de huisartsen. Zeker wanneer registratie voor controle-doeleinden zal worden gebruikt is vertekening van de registratie niet uit te sluiten. Bovendien kan dan verwacht worden dat huisartsen moeilijk tot deelname aan dergelijk onderzoek te motiveren zijn. Het ontwikkelen van meet- en controlepunten gerelateerd aan registratie kan in principe eenvoudig en betrouwbaar geschieden. Een beperking is wel dat kwaliteitsmeting meestal op het niveau blijft steken van de vaststelling of de huisarts bepaalde taken wel of niet verricht.

ad.c.: interview met patiënten

Hoewel een interview met patiënten voor betrekkelijk eenvoudige vragen nuttige informatie kan opleveren, kleven er nogal wat bezwaren aan een dergelijke methode.

Men kan patiënten bijvoorbeeld wel vragen of en wanneer een bepaalde handeling verricht is, maar zodra dergelijke informatie gerelateerd moet worden aan een ziektebeeld (bijvoorbeeld 'bent u een niet-insuline afhankelijke diabeet') zal deze minder betrouwbaar worden. Bovendien kunnen loyaliteitsconflicten ontstaan en wordt het controleaspect op deze manier heel sterk benadrukt.

Een interview is in principe een vrij eenvoudige methode, maar is waarschijnlijk weinig betrouwbaar en reproduceerbaar.

ad.d.: gegevens uit de tweede lijn

Gegevens uit de tweede lijn zijn weliswaar voorhanden, maar zijn zelden direct bruikbaar, omdat ze betrekking hebben op ziekte-episoden en niet op individuele patiënten. Het verschil in verzekeringsvorm van de patiënten vormt een belangrijke barrière. Voor het meten van verschuivingen van tweede naar eerste lijn zullen zij, mits betrouwbaar gedaan, de meest objectieve waarde hebben. Dit geldt vooral voor poliklinische gegevens. Om meet- en controlepunten te construeren zal een nieuw op te zetten dataverzameling aanknopingspunten kunnen bieden om verschuivingen te meten.

De conclusie van de commissie is dat er voor het onderhavige doel niet direct eenvoudige en betrouwbare meet- en controlepunten voorhanden zijn. De meeste meetpunten zullen bij de huisartsen zelf gemeten moeten worden. Gezien het aspect van controle, zeker als metingen van het werken van de huisartsen direct gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de honorering, zal het niet gemakkelijk zijn huisartsen tot deelname aan dergelijk onderzoek te motiveren. De contractuele basis voor deelname moet zorgvuldig worden geregeld.

3. DE ZORG IN DE HUISARTSPRAKTIJK VOOR TYPE II DIABETEN

In het basistakenpakket voor de huisarts stelt de LHV dat het de taak van de huisarts is om bij chronische ziekten zoals diabetes mellitus o.a. het ziekteproces en de medicamenteuze behandeling te bewaken, preventieve maatregelen te nemen en samen te werken met andere hulpverleners.

Ook vanuit het oogpunt van versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg wint de mening veld, dat de behandeling en begeleiding van diabetes II patiënten door de huisarts dient te geschieden. Bij problemen met de regulatie en voor de beoordeling van de fundus oculi (retinavaten) wordt verwijzing en samenwerking met specialisten en andere deskundigen als noodzakelijk gezien.

Op dit moment is nog niet bereikt dat alle type II diabetes primair door de huisarts worden gecontroleerd. Verschillende factoren spelen hierbij een rol, zoals verschillen in praktijkvoering en de neiging van sommige internisten om de patiënten liever onder poliklinische controle te houden. Crebolder en Van Eyndhoven (1986) stellen op grond van resultaten van een systematische benadering van diabetes II patiënten in het Withuis te Venlo, dat een adequate begeleiding van type II diabetes in de huisartspraktijk zeer wel mogelijk en uitvoerbaar is.

De haalbaarheid wordt vergroot door de betrekkelijk lage prevalentie. Uit epidemiologische gegevens blijkt dat diabetes mellitus in ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking voorkomt. Daarvan vormen de type II diabetes de meerderheid. Naar schatting zullen er per doorsnee huisartspraktijk van 2500 zielen zo'n dertigtal type II diabetes aanwezig zijn. De zorg van de huisarts betreft voornamelijk de controle en de begeleiding van de type II diabetes, die als zodanig bekend zijn. Een ander facet is de diagnostiek, hetzij van incidentele gevallen, hetzij als (vroege) opsporing ervan.

Periodiek geneeskundig onderzoek, (planmatige) screening en of casefin-ding naar diabetes zijn geen regel in de huisartspraktijk en waarschijnlijk ook niet doelmatig.

Voor de controle en de begeleiding van diabetes II patiënten in de huisartspraktijk moeten verschillende handelingen worden verricht (cfs. Protocol 5. controle diabetes; in 'Huisarts en Toetsing', Grol en Mesker, 1985).

Handelingen bij de diabetes type II controle in de huisartspraktijk

1. Het is noodzakelijk dat de controle geregeld plaats vindt. De patiënt moet daarvan op de hoogte worden gebracht en een afspraak voor volgende controle moet worden vastgelegd. Het administratief vastleggen van de afspraak biedt de huisarts de mogelijkheid te controleren of de patiënt die is nagekomen of zonodig op te roepen.

Controleparameters:

- aantal controles per casus per jaar zoals aangegeven op de patiëntenkaart (retrospectief)
- aanwezigheid van een in werking zijnd administratief systeem, c.q. agenda van controleafspraken
- gebruik van rappelleringsysteem

2. De controles: (gericht op welbevinden, regulatie, complicaties, risicofactoren, voorlichting)

- a. Met behulp van een anamnese dient periodiek gevraagd te worden naar klachten die mogelijk verwijzen naar complicaties, naar het welbevinden, problemen met betrekking tot dieet, medicatie, omgaan met de handicap, leefwijze (roken, alcohol, fysieke inspanning). Bij iedere controle moeten de bevindingen worden geregistreerd op de patiëntenkaart (verslaglegging); zij kunnen aldus een meetpunt vormen.

- b. Lichamelijk onderzoek:

De bepaling van het gewicht is essentieel bij iedere controle. het meten van bloeddruk 1 à 2 maal per jaar is voldoende.

Op geleide van het risicoprofiel kunnen de volgende handelingen worden verricht:

- onderzoek voor de fundus oculi (1x per jaar)
- onderzoek van de perifere circulatie: palpatie voetarterieën, inspectie van de voeten (1x per jaar)
- neurologisch onderzoek: achillespeesreflex, vibratiezin (1x per 2 jaar)

De onderzoeksbevindingen behoren te worden vastgelegd op de patiëntenkaart en kunnen aldus een parameter vormen voor controle.

- c. Laboratoriumcontroles:

Bij iedere controle moet nagegaan worden hoe de bloedsuiker gereguleerd is.

De meest gebruikelijke en toegepaste methode is het bepalen van glucose in de urine door middel van sticks. Hiervoor dient de ochtendurine te worden gebruikt. Periodiek dient echter bepaling van de nuchtere bloedsuikerspiegel te geschieden; eventueel met behulp van een hemoglucometer in de praktijk. Wil men een indruk krijgen over de instelling over een langere termijn, dan kan gebruik worden gemaakt van bepaling van het HbA1C of van het fructosaminegehalte. Indien hiervoor aanleiding bestaat zal de huisarts ook ketonen in de urine bepalen en eventueel de kwantitatieve bepaling van de glucosurie in de 24 uurs-urine verrichten. Een jaarlijkse controle van de nierfunctie is noodzakelijk en één maal

per twee jaar een bepaling van cholesterol en serumlipiden. Er is discussie over de noodzaak van jaarlijkse controle op (asymptomatische) urineweginfecties en het vervaardigen van een ECG.

Controleparameter:

Het ligt het meest voor de hand om de uitvoering van de handelingen te controleren aan de betreffende geregistreerde uitslaggegevens op de patiëntenkaart.

- d. De behandeling van type II diabetes ligt vooral in de aanpassing van het dieet - en in geval van adipositas - regulatie van het overgewicht. In sommige gevallen zal additieve behandeling met orale antidiabetica nodig zijn; een enkele keer moet (tijdelijk) overgeschakeld worden op insuline.

Het is de taak van de huisarts om de patiënt voor te lichten over het belang van dieet en samenstelling van de voeding, het gebruik van medicatie en het bespreken van problemen daarmee. In de meeste gevallen is een verwijzing naar de diëtiste, zeker in het begin van de behandeling en bij ontregeling, noodzakelijk.

Controleparameter:

Verwijzingen naar de diëtiste. Het enquêteren van patiënten zou ook een mogelijkheid zijn (voorlichting, voorlichtingsmateriaal).

- e. Behalve voorlichting over voeding en gebruik van orale antidiabetica behoort de patiënt voorlichting te krijgen omtrent voorzorgmaatregelen: goed schoeisel, griepvaccinatie, bij welke klachten, verschijnselen of verstoringen van de gezondheid de patiënt de huisarts moet waarschuwen. Het is goed als de huisarts oog heeft voor de beleavingsaspecten bij de patiënt en zo nodig wijst op dienstverlening en belangenbehartiging via de patiëntenvereniging.

Controleparameter:

Aan de hand van de patiëntenkaart kan gecontroleerd worden of de huisarts aan deze aspecten van voorlichting aandacht besteedt.

- f. Ondanks alle goede zorgen kan de huisarts toch voor problemen komen te staan bij de type II diabetes. In de eerste plaats kan de instelling met dieet en of orale antidiabetica niet lukken of problemen geven.

Verwijzing naar diëtiste of internist is dan noodzakelijk. Bij een glucosurie van meer dan 2% en/of, bij herhaalde ketonurie is verwijzing naar de internist zeker geïndiceerd. Bij visusstoornissen is het al gauw geïndiceerd om naar de oogarts te verwijzen. Bij ernstige perifeer vasculaire complicaties of neuropathie is verwijzing naar chirurg en neuroloog noodzakelijk. Bij verwijzingen om andere redenen dient de huisarts altijd te vermelden dat de patiënt aan type II diabetes lijdt. .

Controleparameter:

Verwijzingen naar de betreffende specialist.

Het voorgaande betreft de geregelde zorg aan diabetes patiënten ten aanzien van controle en begeleiding.

De opsporing van diabetes patiënten, valt voor zover het de herkenning naar aanleiding van klachten betreft onder wat reeds gezegd is onder de controle (anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek). Er is nog veel discussie over de vraag of een gerichte systematische screening of casefinding in de huisartspraktijk als preventieve, anticiperende

activiteit doelmatig is, zodat dit aspect op dit moment beter niet betrokken kan worden in het geheel van meet- en controlepunten naar de kwaliteit van de zorg in de huisartspraktijken aan type II diabetes.

Recapitulerend zijn de volgende primaire controle-parameters voor de behandeling en begeleiding van type II diabetes in de huisartspraktijk te onderscheiden:

A. Bij ieder controle consult:

- bepaling van de glucosurie ten minste semikwantitatief met sticks; bloedsuikerbepaling tenminste vier keer per jaar
- bepaling van het lichaamsgewicht
- verslaglegging van de mate van welbevinden, optreden van complicaties, specifieke problemen

B. Om het jaar (1x per jaar)

- meten van de tensie, - oriëntatie op nierfunctie (eiwit in urine, eventueel serumcreatinine), - spiegelen fundus oculi

C. Om de twee jaar (1x per 2 jaar)

- oriënterend neurologisch onderzoek (Archillespeesreflex, vibratiezin)

D. Praktijkorganisatie (als voorwaarde)

- registratiesysteem om de subpopulatie te kunnen overzien en markering + bewaking ten onrechte bij specialist.
- oproepsysteem (in geval afspraak niet is nagekomen, oproepen voor griepvaccinatie, etc.)

Deze parameters kunnen als meet- en controlepunten dienen. Meting is alleen mogelijk op het niveau van de huisarts. Dit is niet direct eenvoudig, zeker omdat hiervoor bovendien de medewerking van de huisarts noodzakelijk is. Wel is het, mits met voldoende waarborgen omgeven, een betrouwbare manier van controleren.

4.1. PREVENTIEVE TAKEN

Met preventieve taken wordt bedoeld de activiteit om vroegtijdig aandoeningen bij risicogroepen in de huisartspraktijk op te sporen. Bij de keuze van deze taken spelen ook andere criteria, waaraan preventie moet voldoen, een rol: verantwoordelijkheid, aanvaardbaarheid, zinnigheid en uitvoerbaarheid. De in de inleiding genoemde randvoorwaarden zijn met name bij preventie van belang. Van de aandoeningen, die voor vroegtijdige en actieve opsporing door de huisarts in aanmerking komen staan momenteel de volgende vooral in de belangstelling: cervix carcinoom, hypertensie, diabetes mellitus type II, mammacarcinoom, CARA, osteoporose, (alcohol)-verslaving, prostaatkanker, kanker van de dikke darm, glaucoom en hypercholesterolaemie. Binnen de beroepsgroep is de discussie over de vraag of het verrichten van preventieve taken door de huisarts zinvol is nog steeds gaande.

Naar de mening van de commissie komt voorlopig alleen de screening op cervix carcinoom en hypertensie in aanmerking voor het ontwikkelen van meet- en controlepunten. In de huisartsgeneeskundige literatuur is de opvatting dat de huisarts deze twee preventieve taken kan uitvoeren vrij algemeen aanvaard. Dit geldt (nog) niet voor de vroegtijdige opsporing in de eerste lijn van het mammacarcinoom en nog veel minder voor de overige genoemde preventieve taken. Opsporing van diabetes mellitus type II is ter sprake gekomen in hoofdstuk 3.

4.1.1. Cervix carcinoom

1. Het belang van vroegtijdige opsporing van het cervix carcinoom door middel van het maken van uitstrijkjes van de cervix als methode is binnen de gezondheidszorg algemeen aanvaard. Inmiddels heeft de beroepsgroep de screening op cervixcarcinoom als taak voor de huisarts aanvaard.
2. Opsporing van cervix carcinoom in een zo vroeg mogelijk stadium in de eerste lijn is mogelijk gebleken met behoud van kwaliteit (en meer dan dat).
3. Er is een relatie met directe patiëntenzorg.
4. Het verrichten van cervix cytologie door de huisarts kan effectief en efficient gebeuren. Hierbij is het van groot belang aandacht te geven aan de in de inleiding genoemde randvoorwaarden.
5. Meetbaarheid: In het NIVEL-peilstations project wordt sinds 1976 informatie bijgehouden over het aantal eerste- en herhalingsuitstrijkjes naar indicatiestelling (klachten/symptomen, preventie) en initiatief (arts-vrouw). Alle uitstrijkjes worden door patholoog-anatomen of cytologische laboratoria bekeken. Hierdoor is in principe een meetpunt ten aanzien van zowel de kwantiteit als de kwaliteit op dit punt beschikbaar.

Het onderwerp leent zich mogelijk eveneens voor het ondervragen van de bevolking (i.c. vrouwen ouder dan 35 jaar)

4.1.2. Hypertensie

1. Essentiële hypertensie is een veel voorkomend gezondheidsprobleem. Het is algemeen aanvaard dat hypertensie één van de belangrijkste risicofactoren c.q. -indicatoren is voor het verkrijgen van hart- en vaatziekten (myocard-infarct, CVA). Over het nut van vroegtijdig opsporen, al of niet bij risicogroepen, wordt zeer verschillend gedacht.
2. Opsporing van hypertensie in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met directe patiëntenzorg.
4. Het meten van de tensie door de huisarts of praktijkassistente kan effectief en efficient gedaan worden. Hierbij is het van groot belang aandacht te geven aan de in de inleiding genoemde randvoorwaarden.
5. Meetbaarheid: het vaststellen van de tensie wordt nergens centraal geregistreerd. Bron voor meting is de huisartspraktijk. Registratie van de tensie van alle risicogroepen (bijvoorbeeld mannen ouder dan 35 jaar), markering van hypertensiepatiënten, het systematisch oproepen van patiënten, etc.

4.2. CURATIEVE TAKEN

De keuze van onderwerpen ligt hier veel moeilijker, gezien de grote omvang van het taakgebied. Bovendien is de indeling zoals onder preventieve taken gevolgd, hier slechts ten dele toepasbaar.

Er is voor twee benaderingen gekozen van elk waarvan geldt, dat het taken moet betreffen, die zowel in de eerste als in de tweede lijn worden teruggevonden. Het zijn taken, die oorspronkelijk door de huisarts werden uitgevoerd, maar door de toenemende specialistische zorg (deels) naar de tweede lijn zijn verschoven. Afgaande op het LHV basistakenpakket is men binnen de huisartsgeneeskunde van mening dat deze taken in principe in de eerste lijn thuishoren.

De eerste invalshoek heeft betrekking op een bepaald ziektebeeld. De belangrijkste ziektebeelden, waarop bovenstaande gedachte van toepassing is, zijn naar de mening van de commissie diabetes mellitus type II, hypertensie en CARA. Daarnaast is er nog een grote groep, die men kan samenvatten onder het begrip vage klachten. Dit laatste is geen ziektebeeld in strikte zin. Meestal betreft het klachten als moeheid, lage rugpijn, buikpijn, etc.; moeilijk te interpreteren klachten, die niet duidelijk verwijzen naar een bepaald ziektebeeld. Het handelen van de huisarts is hier zeer verschillend, zoals o.a. blijkt uit onderzoek van de huisarts- instituten van Utrecht en Nijmegen. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in het zeer verschillend voorschrijf- en verwijsgedrag

De tweede invalshoek heeft betrekking op het handelen van de huisarts. Hieronder vallen zaken als verwijsgedrag, voorschrijfgedrag, aanvragen van röntgen- en laboratoriumonderzoek, EHBO-verrichtingen en het doen van kleine chirurgische ingrepen. EHBO-verrichtingen en verwijsgedrag worden door de commissie buiten beschouwing gelaten. Deze zijn reeds door de WNH besproken en nader uitgewerkt.

Bij kleine chirurgische ingrepen wordt gedacht aan zaken als het excideren van atheroomcysten, kleine tumoren, excisies t.b.v. PA-onderzoek, incideren van abcessen, ulcus behandeling, catheterisatie man/vrouw, IUD inbrengen, aanmeten van pessaria, ascites punctie, wratten behandeling. Onderzoek hiernaar wordt verricht door het huisartsinstituut van Leiden. Het is bekend dat er een groot kwantitatief verschil is tussen huisartsen in het doen van kleine chirurgische ingrepen. De mate waarin is echter niet bekend. Kwantitatieve verschillen zijn er ook in het voorschrijfgedrag van huisartsen. Met name ten aanzien van het voorschrijven van bepaalde categorieën van geneesmiddelen, zoals antibiotica, sedativa, hoestmiddelen en pijnstillers zijn de verschillen zeer groot.

Er is weinig onderzoek voorhanden naar het hoe en wat van laboratorium en röntgenverrichtingen. De groei van zogenaamde huisartsenlaboratoria (al of niet verbonden met een ziekenhuis) is zeer groot geweest, terwijl ook de mogelijkheden voor röntgenonderzoek door de huisarts steeds meer zijn toegenomen. Onbekend is hoeveel huisartsen bepaalde eenvoudige bepalingen nog zelf doen. Evenmin valt iets te zeggen over de wezenlijke bijdrage van dergelijk onderzoek aan de diagnosestelling, hoeveel overbodig onderzoek er gebeurt etc. Het Diagnostisch Centrum Maastricht heeft inmiddels ervaring opgedaan met het formuleren van richtlijnen voor het aanvragen van röntgen- en laboratoriumonderzoek en evalueren van deze begeleiding.

4.2.1. Essentiële hypertensie

1. Gezien het belang van hypertensie als risicofactor c.q. -indicator voor het verkrijgen van hart- en vaatziekten wordt een goede behandeling en controle noodzakelijk geacht.
2. Behandeling en controle van essentiële hypertensie in de eerste lijn is met een dieet- en leefadvies en gezien de huidige keuze aan medicamenteuze therapie mogelijk met behoud van kwaliteit. Ten aanzien van bepaalde complicaties ten gevolge van hypertensie kan een discussiepunt ontstaan over de vraag in hoeverre de behandeling en controle in de eerste lijn kan geschieden.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. Hypertensie is effectief en efficiënt door de huisarts te behandelen en te controleren. Hierbij is het van groot belang aandacht te geven aan de in de inleiding genoemde randvoorwaarden.

5. Meetbaarheid: Een aantal opmerkingen gemaakt bij 'preventie' is ook hier van toepassing (herkenbaarheid). De aard van de metingen en de verstrekte medicatie zijn echter belangrijker: deze zouden op dezelfde wijze als bij diabetes mellitus II moeten worden opgespoord. Meetmethoden hier zijn (bij gebrek aan centrale gegevens): onderzoek in de huisartspraktijk (hoe wordt de patiënt behandeld?) en bij poliklinieken (hoeveel hypertensiepatiënten zijn onder specialistische behandeling?). Enquêteren van patiënten lijkt hier minder op zijn plaats.

4.2.2. CARA (= chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen)

1. Chronische luchtwegaandoeningen zijn een veel voorkomend gezondheidsprobleem. Een goede behandeling en controle is noodzakelijk ter voorkoming van mogelijke exacerbatie en invaliditeit op de lange duur.
2. Behandeling en controle van CARA is met leefadviezen (roken, sanering), de huidige medicamenteuze therapie en eenvoudige longfunctiecontrole (Peak-flowmeter) goed mogelijk in de eerste lijn met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. CARA is effectief en efficiënt door de huisarts te behandelen en te controleren. Hierbij is het van groot belang aandacht te geven aan de in de inleiding genoemde randvoorwaarden.
5. Meetbaarheid: Centrale vraag is: hoeveel CARA-patiënten zijn onder specialistische behandeling, te onderzoeken via kliniek en polikliniek. Nader onderzoek in de huisartspraktijk kan aan het licht brengen of de patiënten in de administratie herkenbaar zijn en of de huisarts bepaalde essentiële zaken heeft genoteerd (dat dient echter net als bij diabetes mellitus II te worden uitgewerkt). Het is onwaarschijnlijk dat er 'tarieven' zijn die terug te voeren zijn op de eerstgestelde vraag; centrale informatie zal dus hoogstwaarschijnlijk ontbreken.

4.2.3. Vage klachten

1. Vrij veel van de aan de huisarts voorgelegde problemen zijn gezondheidsklachten, ten aanzien waarvan hij geen duidelijke diagnose kan stellen. Het vroegtijdig onderkennen van de aard van de klachten kan van grote invloed zijn op het verdere handelen van de huisarts vooral voor wat betreft zijn voorschrijf- en verwijsgedrag en het (laten) verrichten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek. Op deze manier kan een mogelijke medicalisering van gezondheidsproblemen van patiënten voorkomen worden.
2. Behandeling van dit soort problemen is in de eerste lijn veelal mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. Hoe efficiënt en effectief deze problemen door de huisarts zijn te behandelen is moeilijk aan te geven. De problemen liggen vaak op het grensgebied van medische en psycho-sociale zorg. Hoever de huisarts zelf deze problemen kan en wil aanpakken staat ter discussie. De individuele mogelijkheden van de huisarts zullen hier zeer sterk uiteenlopen. De in de inleiding genoemde randvoorwaarden lijken hier, behalve ten aanzien van de samenwerking, een ondergeschikte rol te spelen of zijn moeilijk vast te stellen.
5. Meetbaarheid: Alleen grondig onderzoek in de huisartspraktijk kan informatie opleveren over hetgeen huisartsen met 'vage klachten' doen.

4.2.4. Kleine chirurgische ingrepen

1. Er is geen duidelijk inzicht in de frequentie waarin kleine chirurgische ingrepen verricht worden. Evenmin is bekend hoe vaak huisartsen dergelijke ingrepen verrichten. Daarom valt niet goed te bepalen hoe groot het gezondheids(zorg)belang is.
2. Kleine chirurgische ingrepen kunnen goed in de eerste lijn verricht worden met behoud van kwaliteit. Van ieder soort ingreep zal afzonderlijk vastgesteld moeten worden of de huisarts over deze vaardigheid moet beschikken en wat de indicatie moet zijn voor verwijzing naar de tweede lijn. Deze indicatie zal niet altijd even scherp te omschrijven zijn.
3. Er is een relatie met de directe patientenzorg.
4. Kleine chirurgische ingrepen zullen in het algemeen effectief en efficiënt door de huisarts verricht kunnen worden. De genoemde randvoorwaarden verdienen extra aandacht met name op het gebied van nascholing. Bovendien zal ook in de huisartsenopleiding hieraan aandacht besteed moeten worden. (Toekomstige) huisartsen zullen in de gelegenheid gesteld moeten worden hun vaardigheid ten aanzien van de vereiste verrichtingen op peil te brengen.
5. Meetbaarheid: Sommige elementen van kleine chirurgie staan duidelijk als afzonderlijke verrichtingen vermeld in sectie III van de ziekenfondstarieven (paragraaf 15: operatie van huid en subcutis - tarief 8911 - operatieve verwijdering gezwellen en corpora aliena, inwendige metalen etc. - tarief 8931 - partiële nagelbedexcisie van de grote teen), maar ook tarief 8940 (éénmalige traumatologisch consult) kan het nodige bevatten evenals de 'gewone' verwijskaart.
Meetbaarheid van EHBO-activiteiten is al eens door de WNH besproken; in beginsel lenen centrale bestanden zich wel voor deze aanpak, maar ook onderzoek bij de bevolking zou zinvol kunnen zijn.
Overigens moet hier worden bedacht, dat huisartsen meer kleine chirurgie zouden kunnen gaan doen, terwijl het aantal specialistische verrichtingen constant zou kunnen blijven (het totale volume stijgt).

4.2.5. Voorschrijfgedrag

1. Niet alleen de soms zeer grote verschillen in voorschrijfgedrag tussen huisartsen, maar ook het te veel en ten onrechte voorschrijven van geneesmiddelen bepalen het gezondheids(zorg)belang van een goed voorschrijfgedrag. Dit vermindert de kans op iatrogene schade voor patiënten. Ongeveer 10% van de ziekenhuisopnamen is een gevolg van (te veel en onjuist) gebruik van medicamenten.
2. Er is geen sprake van substitutie van tweede naar eerste lijn. Behandeling vindt zonder meer in de eerste lijn plaats met mogelijke verbetering van de kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg
4. Over de effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts valt weinig te zeggen. Belangrijke randvoorwaarden zijn goede nascholing en goede samenwerking en overleg met apothekers en collega's in de waarneemgroep.
5. Meetbaarheid: Tenzij men de in het proefschrift van Morkink gebruikte indeling in 'gericht' en 'aspecifiek' voorschrijven op grond van de aard van de voorgeschreven geneesmiddelen zou overnemen, heeft het noteren van prescripties op zich als bezwaar dat men de indicatiestelling niet in het oordeel betreft. Daar kan men zich wel overheen zetten (net als bij het verwijscijfer) en zo zou het volume van 'aspeci-

fieke' prescripties een indicator kunnen vormen voor de kwaliteit van het handelen van de huisarts. Geneesmiddelen worden (in LISZ-geneesmiddelen) voor de ziekenfondsverzekerden centraal geregistreerd, in ieder geval is informatie per ziekenfonds aanwezig.

Onderzoek in de huisartspraktijk kan wel goede informatie opleveren over absolute prescripties of onjuist voorschrijfgedrag, maar dat moet eerst (bijvoorbeeld met consensusconferenties) worden vastgesteld.

4.2.6. Laboratorium- en röntgenonderzoek

1. Over het gezondheids(zorg)belang valt, in verband met de beperkte ervaringen en registratie, niet veel te zeggen.
2. Van substitutie in directe zin van tweede naar eerste lijn is geen sprake. Men kan zich voorstellen dat veranderingen in met name het verwijsgedrag gepaard kunnen gaan met veranderingen in het aantal laboratorium- en röntgenverrichtingen. In welke richting dit plaats zal vinden is niet aan te geven. Gegevens hierover ontbreken. Aanwijzingen daarover zijn er wel bijvoorbeeld bij diagnostiek en behandelingen van bovenbuiksklachten. De veranderde diagnostische mogelijkheden (endoscopie en echografie) en verbeterde therapie (histamine-II antagonisten) dragen samen met een veranderde werkwijze van de huisarts bij aan een verschuiving in het verwijspatroon bij bovenbuiksklachten.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. Over de effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts valt in verband met het ontbreken van gegevens weinig te zeggen. Eenvoudige bepalingen kunnen door de huisarts zelf gedaan worden, eventueel gedelegeerd aan de praktijkassistente. Belangrijke randvoorwaarde is een goede nascholing.
5. Meetbaarheid: Centrale registratie, evenals het toepassen van geaccepteerde richtlijnen voor de indicaties van laboratorium- en röntgenonderzoek ontbreken. Gegevens op macroniveau zijn er niet - wellicht zijn er soms per ziekenfonds gegevens beschikbaar. Onderzoek in de huisartspraktijk zal tamelijk diepgaand moeten zijn en niet alleen de indicatie, maar ook het verdere handelen en de resultaten daarvan moeten omvatten.
Tenzij het totale volume eenzelfde functie als het totale verwijscijfer of het totale volume 'aspecifiek voorschrijven' zou kunnen hebben (als het er zou zijn), lijkt dit een zeer moeilijk te meten onderwerp.

4.3. BEGELEIDENDE TAKEN

Ten aanzien van de begeleidende taken is het niet goed mogelijk een indeling volgens ziektebeelden te handhaven. Een meer voor de hand liggende indeling is een in taken afgeleid van bepaalde patiëntencategorieën gebaseerd op het LHV-basistakenpakket. Begeleidende taken van de huisarts liggen op het gebied van zwangerschap en anticonceptie, chronische ziekten, terminale patiënten, postoperatieve patiënten en rouwenden. Zwangerschapsbegeleiding is een taak van huisartsen, verloskundigen en gynaecologen. Een derde van de bevallingen in Nederland vindt bovendien thuis plaats. Een deel van deze bevallingen wordt door de huisarts gedaan, de rest door de verloskundige. Voor zover de huisarts de praktische verloskunde niet (meer) beoefent, heeft hij wel een aantal taken ten aanzien van de zwangere, waaronder de algemene medische zorg van de zwangere en kraamvrouw, eventuele verwijzfunctie, diagnostiek en behandeling spontane

abortus, algemene medische zorg van de pasgeborene, etc. Dit is nog steeds een omvangrijke taak. In het verlengde hiervan ligt de zorg voor geboorteregeling en anticonceptie. Zwangerschapsbegeleiding (zeker in de hier weergegeven context) en zorg voor anticonceptie kunnen beide in aanmerking komen voor meet- en controlepunten.

Bejaarden vallen als categorie voor een belangrijk deel onder chronisch zieken, terminale patiënten, rouwenden en post-operatieve patiënten. De begeleiding van deze vier categorieën wordt meer en meer als een taak van de huisarts gezien. Het lijkt daarom zinvol om van deze vier groepen na te gaan of er meet- en controlepunten te ontwikkelen zijn.

4.3.1. Chronisch zieken

1. Van de contacten tussen huisarts en patiënt heeft ongeveer 40% betrekking op een chronische ziekte. In die zin is het een belangrijk gezondheidszorg probleem. Het bewaken van het ziekteproces en het mogelijk voorkomen van (verdere) invaliditeit hebben een groot gezondheidszorgbelang voor de betrokken individuen. De toenemende vergrijzing van de bevolking brengt met zich mee dat het aantal mensen met chronische aandoeningen gaat toenemen.
2. Begeleiding in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit. Waar de grens ligt tussen begeleiding door eerste of door tweede lijn zal een aanzienlijk discussiepunt kunnen vormen.
3. Er is een relatie met directe patiëntenzorg.
4. De effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts vallen moeilijk aan te geven. Belangrijke randvoorwaarden zijn nascholing en samenwerking met andere hulpverleners in de eerste en/of de tweede lijn.
5. Meetbaarheid: Onderzoek bij patiënten in de huisartspraktijk is nodig om de aard en de huisartsgeneeskundige kenmerken van de begeleidende activiteiten op te sporen. De patiëntenkaart zal weinig informatie bevatten want huisartsen hebben - zo is in een recent onderzoek van Rethans gebleken - niet de neiging om 'raadgevingen (counseling)' te noteren.

4.3.2. Terminale patiënten

1. De begeleiding van terminale patiënten en stervenshulp heeft in de laatste jaren steeds meer aandacht gekregen. Bovendien wordt de huisarts geacht hierin een belangrijke bijdrage te hebben. Deze taak zal eveneens omvangrijker worden met de toenemende vergrijzing.
2. Begeleiding in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. De effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts valt moeilijk aan te geven. Belangrijke randvoorwaarden zijn nascholing en samenwerking met de andere bij stervenshulp betrokken hulpverleners.
5. Meetbaarheid: onderzoek bij patiënten in de huisartspraktijk is nodig om de aard en de huisartsgeneeskundig kenmerken van de begeleidende activiteiten op te sporen. De patiëntenkaart zal weinig informatie bevatten want huisartsen hebben niet de neiging om 'raadgevingen (counseling)' te noteren.

4.3.3. Rouwenden

1. Voor een deel ligt de begeleiding van rouwenden in het verlengde van de onder 4.3.2 genoemde situatie. Een sterfgeval brengt in de rouwperiodes voor de achterblijvenden een grotere kans op fysieke en/of psy-

chische problemen met zich mee. Vroegtijdige onderkenning en behandeling van deze problemen is een taak voor de huisarts.

2. Begeleiding in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. De effectiviteit en efficiëntie van het handelen van de huisarts valt moeilijk aan te geven. Ook hier zijn nascholing en samenwerking met andere betrokken hulpverleners belangrijke randvoorwaarden.
5. Meetbaarheid: Begeleiding van rouwenden kan alleen worden onderzocht in de huisartspraktijk of na enquêteren van de bevolking. Uit het kaartstelsel van de huisarts moet afgeleid kunnen worden of er sprake is van sterfgevallen of bijvoorbeeld echtscheiding; de hieropvolgende consulten geven een indruk van de door de huisarts ondernomen acties. Het vaststellen van criteria voor de kwaliteit van de zorg zal niet zo eenvoudig zijn.

4.3.4. Postoperatieve patiënten

1. Kortere opnameduur en dagverpleging hebben tot gevolg dat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen. Een deel van de postoperatieve zorg in de thuissituatie kan geschieden onder toezicht van wijkverpleging en huisarts. De taak van de huisarts zal hierdoor in omvang toenemen.
2. Begeleiding in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. De effectiviteit en efficiëntie van handelen van de huisarts is moeilijk aan te geven. Voornaamste randvoorwaarden zijn nascholing en samenwerking met enerzijds de behandelend specialist, anderzijds de wijkverpleging.
5. Meetbaarheid: Vanuit de ziekenhuizen kan men opgenomen patiënten terugvoeren naar de huisartspraktijk. Patiënten kunnen ondervraagd worden (als het ziekenhuis de adressen verschaft) over de zorg die na het ontslag of tijdens het verblijf in het ziekenhuis door de huisarts is verleend.

In de huisartspraktijk zelf is het van belang te weten wanneer het ontslagbericht arriveert en hoe dat in het kaartstelsel wordt verwerkt. Welke zorg er (intramuraal) geleverd moet worden leent zich voor nadere uitwerking.

4.3.5. Zwangerschapsbegeleiding

1. De zwangerschapsbegeleiding omvat, zoals in de inleiding bij dit hoofdstuk is duidelijk gemaakt, meer dan de praktische verloskunde. Als zodanig blijft hier een omvangrijke taak voor de huisarts bestaan. Dit temeer omdat in Nederland de thuisbevalling een belangrijke plaats inneemt en de begeleiding van het kraambed na een poliklinische bevalling veelal een taak van de huisarts is.
2. Begeleiding in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. Zwangerschapsbegeleiding door de huisarts kan in principe effectief en efficiënt plaatsvinden. Belangrijke randvoorwaarden zijn nascholing en samenwerking met gynaecoloog en/of verloskundige.
5. Meetbaarheid: Uit verschillende onderzoeken blijkt dat antenatale zorg, in het geval dat de huisarts niet de bevalling 'doet', wel eens tussen huisarts en verloskundige blijft liggen. In de huisartspraktijk zijn 'geboorten' goed te traceren; er zijn ook duidelijke minimum eisen aan te geven voor de frequentie van de zorg en het tijdstip, als ook voor de intramuraal te verrichten handelingen (Kloostermanlijst).

Ook kan men bij de (ex-) zwangere vrouw navraag doen. Voor een meting in de huisartspraktijk leent het onderwerp zich goed.

4.3.6. Anticonceptie

1. In geen enkel land ter wereld is het anticonceptiegebruik zo effectief als in Nederland. Huisartsen vervullen bij de begeleiding van anticonceptie de centrale rol. Ongeveer 10% van alle huisartscontacten met vrouwen van 16-50 jaar heeft betrekking op de pil. De rol van huisartsen bij het plaatsen van IUD is minder groot, maar neemt steeds meer toe.
2. Behandeling in de eerste lijn is mogelijk met behoud van kwaliteit.
3. Er is een relatie met de directe patiëntenzorg.
4. Anticonceptie is in de meeste gevallen effectief en efficiënt door de huisarts te 'behandelen'. Nascholing vormt hier de belangrijkste randvoorwaarde.
5. Meetbaarheid: Zowel aan patiëntenzijde als in de huisartspraktijk is het handelen van de huisarts op het vlak van anticonceptie is goed te meten.

Een vereiste is het uitwerken van een minimum pakket handelingen. Centraal is niets geregistreerd, tenzij het inbrengen van een IUD onder een apart tarief III valt. In dat geval is er een criterium te vinden aan de kant van de specialist, omdat het inbrengen van een IUD tot de taak van de huisarts wordt gerekend.

5. SAMENVATTING

Eenvoudige meet- en controlemethoden zijn in haar algemeenheid niet voor handen. De meest betrouwbare gegevens, aan de hand waarvan meet- en controlepunten te ontwikkelen zouden zijn, kunnen worden gevonden op het niveau van de huisarts, mits daarbij een goed en uniform registratiesysteem wordt ontwikkeld. De contractuele basis voor deelname van de huisarts moet goed geregeld zijn. In bepaalde gevallen kan men, waar het gaat om het meten van verschuivingen van 2e naar 1e lijn, gebruik maken van de gegevens uit de 2e lijn (poliklinieken). Ook hier geldt dat de gegevens zoals ze nu voorhanden zijn niet direct bruikbaar zijn. Verschuivingen kunnen gemeten worden aan de hand van een nieuw op te zetten dataverzameling. Het vroeg opsporen van diabetes mellitus type II door middel van screening of casefinding heeft (nog) geen ingang gevonden in de huisartspraktijk. Voor de begeleiding en controle van patiënten met diabetes mellitus type II zijn verschillende protocollen beschikbaar. Kenmerkend voor deze protocollen is dat er een aantal handelingen van de huisarts in te herkennen is, die als obligaat te bestempelen zijn. Deze kunnen als parameters voor meet- en controlepunten in aanmerking komen. Meting zal dan vrijwel uitsluitend zinvol plaats kunnen vinden op het niveau van de huisarts; niet direct eenvoudig, maar onder bepaalde voorwaarden wel betrouwbaar.

Aan de hand van een vijftal door de commissie in de inleiding geformuleerde criteria is een opsomming gemaakt van een aantal taken van de huisarts, die in aanmerking kunnen komen voor het construeren van meet- en controlepunten. Er is een indeling gemaakt in preventieve, curatieve en begeleidende taken. Tevens wordt een aantal randvoorwaarden aangestipt, die bij het ontwikkelen van meet- en controlepunten in meer of mindere mate van belang zijn. Deze taken zijn op een vergelijkbare manier uit te werken als voor Diabetes Mellitus type II is gebeurd. Dit

betekent dat consensus verkregen moet worden over de criteria waaraan de kwaliteit van het handelen van de huisarts tenminste moet voldoen. Meting op het niveau van de huisarts levert dan in principe de betrouwbaarste gegevens op, waarop meet- en controlepunten gebaseerd kunnen worden. Daarnaast kan gedacht worden aan gegevensverzameling in de 2e lijn (poliklinieken) om na te gaan of er verschuivingen van de 2e naar de 1e lijn plaatsvinden.

Concluderend kan gesteld worden dat het grotendeels ontbreken van kwaliteitscriteria op ieder van de in hoofdstuk 2 aangegeven niveaus het vaststellen van meet- en controlepunten op dit moment in grote mate belemmert. Bovendien ontbreken gegevens op centraal niveau vrijwel geheel, waardoor eenvoudige, reproduceerbare en betrouwbare meting nauwelijks mogelijk is. Veel zal nog ontwikkeld moeten worden. Het is belangrijk om daarbij gebruik te maken van én aan te sluiten bij reeds in de huisartsgeneeskunde bestaande initiatieven. De beroepsorganisaties van de huisartsen, de huisartsinstituten en de aan de 1e lijn gerelateerde onderzoeksinstituten zullen daarbij ingeschakeld kunnen en moeten worden.

6. LITERATUUR

1. Algemene literatuur

ADORIAN, D. e.a. Use of management by objective for the case-finding and treatment of hypertensia. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 17-8

BARRIT, P., R. DAVIES. Measuring success in asthma care. Family Practice, 4, 229-34

BASISTAKENPAKKET. Commissie Takenpakket LHV, Utrecht: LHV, 1983

BEJAARDE PATIENTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK. Huisarts en Praktijk, nr.9, Supplement bij Huisarts en Wetenschap 1985, 10

BERGSMA, J. Huisarts en oncologische consultatie. Huisarts en Wetenschap 1985, 11, 370-2

BOON, M.E. De Cytobrush-methode. Huisarts en Wetenschap, 1985, 10, 322-4

BOSCH, W. VAN DE, Th. VOORN. Kleine chirurgie van de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1986, 8, 243-7

BROWNBIDGE, G., A. EVANS, M. FITTER, M. PLATTS. An interactive computerized protocol for the management of hypertensian: effects on the general practitioners' clinical behaviour. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 198-202

CROMBIE, D.L., D.H. FLEMING (editorial). The third national study of morbidity statistics from general practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 51-2

DIFFORD, F. Reducing prescribing costs through computer controlled repeat prescribing. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 658-60

ELLMAN, R., J. CHAMBERLAIN. Improving the effectiveness of cervical cancer screening. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 537-42

FLIKWEERT, S. De inbreng van de huisarts in de verloskundige samenwerking. Huisarts en Wetenschap 1984, 10, 351-4

FRASER, R.C., J.T.L. GOSLING. Information systems for general practitioners for quality assessment. British Medical Journal 1985, 291, 1473-5

FRASER, R.C., J.T.L. GOSLING. Information systems for general practitioners for quality assessment. British Medical Journal, 291, 1613-5

FREEMAN, G. Continuity of care in general practice: a review and critique. Family Practice 1984, 4, 245-252

GRANT, G.S., W.A. GREGORY, T.D. VAN ZWANENBERG. Repeat prescribing: a study prior to the imposition of the limited list. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 148-50

- GREY, I. Quality of care of asthma. Family Practice 1985, 2, 94-100
- GROL, R.P.T.M., P.J.R. MESKER (redactie). Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986
- GROL, R.P.T.M., H.G.A. MOKKINK e.a. De onzekere huisarts, Medisch Contact 1985, 40, 1400-2
- HAAN J. de. Delegeren van taken in een huisartspraktijk. (Dissertatie) Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986
- HANSFIELD, B.G. How bad are medical records? A review of the notes received by a practice. J.R.Coll.Gen.Pract.1986, 36, 405-6
- HENSBERGEN W. VAN e.a. Het meten van luchtwegobstructie bij kinderen. Huisarts en Wetenschap 1986, 7, 209-12
- HORST, F. VAN DER e.a. Registratie in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1985, 7, 229-34
- HUISARTS EN PRAKTIJK nr.10. Supplement bij Huisarts en Wetenschap, 1986
- KAPTEIN, A.A. Huisarts en asthma: werk aan de winkel. M.G.Z. 1986, 5, 20-2
- KAY, C.P. Latest view on Pill-prescribing. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 611-4
- KNOX, J.D.E., B.A. ANDERSON, A. JACOB, P.W. CAMPION. General practitioners' care of the elderly: studies of aspects of workload. J.R.-Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 194-8
- KUYVENHOVEN, M.M. e.a. Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten. Huisarts en Wetenschap 1986, 3, 65-71
- LUCKERS. A.E.G., J.C. THIJS, B.D. WESTERVELD, H.P.M. FESTEN, G.G.M. MEEUWISSEN. Is endoscopie van de proximale tractus digestivus op verzoek van de huisarts zinvol? Ned.Tijdschrift v. Geneeskunde, 1985 (129) nr.3, p.117-9
- MANDERS, J.W. Automatisering van de patiëntenregistratie. Huisarts en Wetenschap 1986, 12, 387-9
- MAYKEW, S.R. Hypertensian screening in general practice. J.R.Coll.-Gen.Pract. 1983, 33, 434-47
- MEER K. VAN DER. Onderlinge consultatie: iets voor huisartsen? Huisarts en Wetenschap 1986, 4, 104-6
- MEYMAN, F. Cervix-cytologie via een actieve benadering. Een prospectief vervolgonderzoek naar doeltreffendheid in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1986, 11, 336-8

- MOKKINK, H.G.A. e.a. Werkstijlen van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1986, 3, 72-6
- MOKKINK, H.G.A. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen (dissertatie), Nijmegen, NUHI, 1986
- MORRELL, D.C., M.D. ROLAND. Measuring the outcome of general practitioner care. Family Practice 1985, 3, 182-8
- NEVILLE, R.G., J.F. MCKELLICAN. Audit on hypertensian management in general practice. Family Practice 1984, 3, 168-72
- PREECE, J.F., J.R. ASHFAD, R.G. HUNT. Writing all prescriptions by computer. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 655-7
- PUGSLEY, R., J. PARDOE (editorial). The specialist contribution to the care of the terminally ill patient: support a substitution. J.R.-Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 347-8
- REE, J.W. VAN e.a. Interventie bij een verhoogd risico op hart en vaatziekten. 1. Resultaten op langere termijn van interventie bij hypercholesterolaemie, adipositas en roken. Huisarts en Wetenschap 1985, 1, 21-4
- REE, J.W. VAN e.a. Interventie bij een verhoogd risico op hart en vaatziekten. 2. Resultaten op langere termijn bij de behandeling van hypertensie. Huisarts en Wetenschap 1985, 2, 53-8
- REILLY, A., R.J. TAYLOR, J. WEBSTER. General practitioners' attitudes towards the limited list. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 151-2
- RETHANS. J.J.E., C.P.A. VAN BOVEN. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. British Medical Journal, 1987, 294, 809-812
- ROSE, A.T. Chronic illness in a general practice. Family Practice 1984, 3, 162-7
- SCHADÉ, E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap 1984, 7, 246-8
- SCHADÉ, E. Rol van de huisarts bij de behandeling van kanker. Huisarts en Wetenschap 1985, 11, 366-9
- SCHLEY, J.C., D.L. SACKET e.a. A randomized trial of continuing medical education. N.Engl.J.Med. 1982, 9, 511-5
- SECUNDAIRE PREVENTIE VAN CERVIX- EN MAMMACARCINOOM. Themanummer Huisarts en Wetenschap, 1984, nr.11
- SHELDON, M.G., A.L. RECTOR, P.A. BARNES. The accuracy of age-sex registers in general practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 269-71

SMITS A.J.A. e.a. Spreekuurgedrag van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1985, 4, 121-4

STERN, D. Management of hypertensian in twelve Oxfordshire general practices. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 549-51

TIELENS, V.C.L. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen (Dissertatie), Nijmegen, NUHI, 1987

TREADWAY J. Patient satisfaction and the content of general practice consultations. J.R.Coll.Gen.Pract. 1983, 33, 769-71

VEEN W.A. van. De bruikbaarheid van de piekstroombepaling voor de huisarts. Huisarts en Praktijk 1982, 6, 69-75. Supplement bij Huisarts en Wetenschap, 1982

WAL G. VAN DER e.a. Vijf jaar spiraaltje in een huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1985, 1, 5-10

WHITEHOUSE, C.R., P. HODGKIN. The management of minor illness by general practitioners. J.R.Coll.Gen.Pract. 1985, 35, 581-3

WILKIN, D., E.T. WILLIAMS. Patterns of care for the elderly in general practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1986, 36, 567-70

WRENCH, J.G., R. IRWIN. Coronary heart disease: account of a preventive clinic in general practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1984, 34, 477-81

2. Diabetes Mellitus type II

BAILLEY, T.S. et al. Patherns of foot examination in a diabetic clinic. Am.J.Med., 1985, 78, 371-4

BEEK, M, J. VAN EYK, G. RUTTEN. Verschuivingen van eerste naar tweede lijn? Medisch Contact 1985, 40, 299-302

BLANC, M.C., D.M. BARNETT, et al. HbA1c compared with the conventional measures of diabetes control. Diabetes Care 1981, 4, 349-51

CARTER, J.N. The new diabetic: an approach to management. Aust.Fam.-Phys. 1986, 15, 112-5

CASPARIE, A.F., K. MIEDEMA. HbA1c en diabetes mellitus. NTvG 1980, 124, 930-4

CREBOLDER, H., M. VAN DEN ELJNDHOVEN. De regulatie van type II diabetes door de huisarts. Huisarts & Praktijk, 1986, nr.10

DELBRIDGE, L. et al. Factors associated with development of foot lesions in the diabetic. Surg, 1983, 93, 78-82

- FALKENBERG, M.G.K. et al. Problem oriented participatory education in the guidance of adults with non insulin treated type II diabetes mellitus. Scand.J.Primary Health Care 1986, 3, 157-64
- FLETCHER, B.R.G. Looking after diabetics in general practice: a trainee project. ((Medical audit). J.Roy.Coll.Gen.Pract. 1977, 27, 85-8
- GERRITZEN, F.M. Controle en acute problemen bij diabetici. Huisarts en Praktijk, 1979, nr.3, 20-4
- HABBICK, B.F., et al. Office management in children I. Can.Fam.Phys. 1986, 32, 877-81
- HAYES, T.M., J. HARRIES. Randomised controlled trial routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetes. British Medical Journal, 1984, 289, 728-30
- HIAM, R. The audit of diabetes mellitus in general practice. The Practitioner 1982, 226, 275-8
- HOSKING, M. D. YNE. The principles of dietary treatment in diabetes. Austr.Fam.Phys. 1986, 15, 1129-32
- HOGENHUIS, L.A.H. De complicaties van diabetes mellitus: het zenuwstelsel. Vraag en antwoord journaal, nr.7, 3e jrg., 30 juni 1983, Medical World Press
- HOSKINS, P.L., J.R. TURTLE. Pitfalls in the management of diabetes. Aust.Fam.Phys. 1986, 15, 1127-8
- KAURIEN, M., T. WELBORN. Diabetes: adequate competent clinical review. Aust.Fam.Phys. 1986, 15, 1134-6
- MCFARLAND, K.E., C. BAKER. Diabetes Management. An update. Am.Fam.Phys. 1986, 34, 143-8
- NATHAN, D.M., D.E. SINGER et al. The clinical information value of the glucosylated haemoglobin assay. N. England J. Med. 1984, 310, 341-6
- REITSMA W.D. Diabetes controle en late complicaties. NTvG 1985, 129, 989-92
- RUTTEN G, J. VAN EYK, M. BEEK. Controle bij diabetes mellitus. Medisch Contact 1985, 40, 389-90
- SCHEMA DIABETES MELLITUS. Huisarts en Praktijk 1979, nr.3, 5
- SINGH, B.M., M.R. HOLLAND et al. Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic. British Medical Journal, 1984, 289, 726-8
- THE KROC COLLABORATIVE STUDY GROUP. The Kroc Study Patients at two years. Diabetes 1985, 34 (suppl.) 156

WHITING, J. et al. Office management of diabetes in children II. Can.-
Fam.Phys. 1986, 32, 877-81

WILKES, E, E.E. LAWTON. The diabetic, the hospital and primary care.
Journal of Royal College Gen. Practice 1980, 30, 199-206

W
E
L
Z
I
J
N
V
O
L
K
S
G
E
Z
O
N
D
H
E
I
D
E
N
C
U
L
T
U
R

Aan: de voorzitter van de Adviescommissie
Meet- en Controlepunten Huisartsenzorg
Prof. Dr. C. Spreeuwenberg
p/a NIVEL
t.a.v. Mw. M. Cornelius
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

Ons kenmerk
DGVGZ/AGZ/ELGZ nr. 64534
Onderwerp
Taakomschrijving adviescommissie

Doorkiesnummer
407330
Bijlage(n)

Rijswijk
23 september 1986
Uw brief
041 PvdM/MC

Naar aanleiding van de aanbieding van de interimrapportage van de Adviescommissie Meet- en Controlepunten Huisartsenzorg d.d. 3 juli 1986, het met u gevoerde gesprek hierover d.d. 11 augustus 1986 en in aansluiting op ons telefonisch onderhoud d.d. 28 augustus 1986 bericht ik u als volgt.

In de vergadering van de Werkgroep Normpraktijk Huisartsen (WNH) d.d. 27 augustus j.l. zijn de interimrapportage en de bijbehorende aanbiedingsbrief aan de orde gesteld en uitgebreid besproken. De discussie spitste zich hierbij met name toe op het in de aanbiedingsbrief vervatte verzoek van de Adviescommissie tot bijstelling van de taakopdracht.

Hiertoe doet zij een voorstel, waaraan drie stappen zijn te onderscheiden:

1. Keuze van enkele taakgebieden uit het basistakenpakket, waarop verbetering van de kwaliteit wenselijk en mogelijk wordt geacht.
2. Nader concreet en operationeel maken van de kwaliteitsverbetering op deze taakonderdelen.
3. Aangeven op welke termijn en met welke middelen voornoemde kwaliteitsverbetering geïnitieerd, gemeten en gecontroleerd kan worden.

Op grond van het feit, dat dit voorstel van de Adviescommissie overeenkomsten vertoont met de door de WNH gevolgde gang van zaken bij de vaststelling van meet- en controlepunten voor de eerste tranche van praktijkverkleining, heeft de WNH hierop instemmend gereageerd.

Derhalve verzoek ik u vóór 1 januari 1987 uit onderscheidenlijk de preventieve, curatieve en begeleidende taken van het basistakenpakket een ruime keuze te doen van taakgebieden welke in aanmerking komen en vatbaar zijn voor verbetering van de kwaliteit (stap 1), waarbij per gekozen taakgebied aangegeven wordt op welke gronden tot de keuze gekomen is en op globale wijze aangeduid wordt wat de benodigde en mogelijk geachte meet- en controlepunten zijn, ter meting van de aangegeven taakuitbreiding (voorzet stap 2 en 3).

-2-

Bezoekadressen

Rijswijk
Sir W. Churchillaan 362
Sir W. Churchillaan 366
Steenvoordelaan 370
J. C. van Markenlaan 5

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres,
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Telex Rijswijk
31680 wvcw nl
Telex Leidschendam
32347 wvcl nl

Leidschendam
Dokter Reijersstraat 12

Aan de hand van de door de Adviescommissie aangereikte selectie van taakgebieden kan en zal de WNH zich vervolgens uitspreken over de noodzaak en wenselijkheid van verdere uitwerking van bepaalde taakgebieden uit uw selectie en de hierop gerichte meet- en controlepunten, en kan ik zonodig de Adviescommissie opdracht geven de realisering hiervan ter hand te nemen.

Teneinde de besluitvorming in de WNH hieromtrent te vergemakkelijken verzoek ik u, conform uw voorstel, een illustratie van de voorgestelde werkwijze te geven in de vorm van een nadere uitwerking (stap 2 en 3) van één der taakgebieden, te weten diabetes mellitus type II. De verwachting hierbij is dat een dergelijke uitwerking wegen en middelen aangeeft waarmee vastgesteld en verzekerd kan worden dat de voorgestelde taakuitbreiding door huisartsen gerealiseerd wordt. De WNH acht het hierbij van secundair belang te belichten op welke protocollaire wijze aan de inhoud van de taakuitbreiding door de individuele huisarts vorm dient te worden gegeven.



D. van Beek
Voorzitter Werkgroep
Normpraktijk Huisartsen