Naar een "kwaliteitssysteem" in de huisartsgeneeskunde

Citation for published version (APA):

Grol, R. P. T. M. (1991). *Naar een "kwaliteitssysteem" in de huisartsgeneeskunde*. Nederlands Huisartsen Genootschap. <https://doi.org/10.26481/spe.19910927rg>

Document status and date:

Published: 27/09/1991

DOI:

[10.26481/spe.19910927rg](https://doi.org/10.26481/spe.19910927rg)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

**NAAR EEN 'KWALITEITSSYSTEEM'
IN DE HUISARTSGENEESKUNDE**

© R. Grol 1991

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/ of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyright-houder.

Productie: Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231 3402 GE Utrecht
Druk: Drukkerij Quick print BV. Nijmegen

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Naar een 'Kwaliteitssysteem' in de huisartsgeneeskunde/
R.P.Th.M. Grol. - Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. - III.
Met literaturopgave
ISBN 90-71714-20-9
Trefwoorden: kwaliteitszorg; huisartsgeneeskunde

NAAR EEN 'KWALITEITSSYSTEEM' IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Mr. dr. R. P. Th. M. Grol

REDE

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de huisartsgeneeskunde, in het bijzonder de kwaliteitsbewaking en -bevordering in de huisartsgeneeskunde, vanwege het Nederlands Huisartsen Genootschap, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Rijksuniversiteit Limburg op vrijdag 27 september 1991.

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN
RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG

*Mijnheer de Rector van de Katholieke Universiteit Nijmegen,
Mijnheer de Rector van de Rijksuniversiteit Limburg,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

De leerstoel waarvoor ik vandaag mijn openbare les uitspreek heeft betrekking op de kwaliteit van zorg die in de huisartspraktijk aan patiënten wordt geboden. Het is niet vreemd dat sommigen er moeite mee hebben zich hier iets concreets bij voor te stellen. Als ik de kwaliteit in de patiëntenzorg omschrijf als de juiste dingen op de juiste wijze doen, als de overeenkomst tussen wenselijke en feitelijke zorg of als patiënten die zorg geven die ze echt wensen en nodig hebben, heb ik u niet veel verder geholpen. Het woord 'kwaliteit' hoort zonder meer bij de meest misbruikte en verhullende termen die op dit moment in de mode zijn. In bijna alle sectoren van de samenleving gebruikt men het woord vooral als wapen in de strijd om anderen te overtuigen van de schoonheid, degelijkheid of voortreffelijkheid van de eigen koopwaar. Ik zal U verder een verhandeling over het kwaliteitsbegrip besparen. Liever wil ik proberen U de komende minuten een schets te geven van het werkveld van de kwaliteitsbewaking en -bevordering in de huisartsgeneeskunde. In het bijzonder hoop ik haar plaats op het grensvlak van de medische wetenschap, het gezondheidszorgbeleid en de medische praktijk aan te geven. Sinds mijn intrede in de huisartsenwereld heeft dit grensgebied mij steeds bijzonder aangetrokken en ik ben blij dat ik daar nu mijn academisch werkveld heb gevonden.

KWALITEITSSYSTEMEN

Een beleidsmatig kader voor het werkveld van de kwaliteitsbewaking en -bevordering kan men vinden in de nota Kwaliteit van Zorg die de staatssecretaris van Volksgezondheid onlangs naar de Tweede Kamer zond (1). Daarin staat dat de overheid zorg op 'verantwoord niveau' verwacht van onder meer de huisartsen. Met 'verantwoord niveau' bedoelt men dat de zorg beantwoordt aan een reële behoefte van de patiënt, inhoudelijk van goed niveau is en zowel doelmatig als patiëntgericht wordt verleend. De beroepsgroep mag zelf invulling geven aan wat dat precies inhoudt. Wel vraagt men van gezondheidszorginstellingen het opzetten van 'kwaliteitssystemen'. Van Dale volgend zou dit betekenen dat er een geheel van regels, afspraken en maatregelen moet komen ten behoeve van de bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Een goede informatievoorziening over die zorg neemt daarin een centrale plaats in.

Ook binnen de huisartsgeneeskunde zullen kwaliteitssystemen opgezet moeten worden. De aanzetten daartoe zijn aanwezig. Nederlandse huisartsen verlenen zorg op hoog niveau. Ze blinken uit, vergeleken met andere landen en andere medische professies, wat betreft hun vaardigheid kwaliteitsmaatstaven voor hun werk op te stellen en wat betreft hun bereidheid elkaars werk onderling kritisch te toetsen. Er is een voortreffelijke opleiding tot huisarts. Door de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de universitaire huisartseninstituten wordt vanaf de zeventiger jaren gestaag en betrekkelijk eendrachtig aan zo'n kwaliteitssysteem gewerkt en er zijn veel resultaten geboekt (2-7). Dit mag opmerkelijk en bijzonder genoemd worden voor een beroepsgroep, die lang gekenmerkt werd door solisme en die -zeker in de ogen van buitenstaanders- een zekere eigenzinnigheid en soms eigenwijsheid niet ontzegd kon worden.

De huisartsgeneeskunde als professie is in goed 30 jaar uitgegroeid tot een volwaardig specialisme. Die snelle groei kan men onder meer aflezen aan de ontwikkelingen binnen de

wetenschappelijke vereniging. In 1956 bij de start van het Nederlands Huisartsen Genootschap waren zo'n 400 huisartsen lid en had men f20.000,- op de begroting (8). Nu heeft men bijna 4000 leden en een begroting van ettelijke miljoenen. De eerste wetenschappelijke daad van het beginnende Genootschap was een schriftelijke enquête onder haar leden naar de behoefte aan kwaliteitsbevordering. Nu werken er zo'n 40 mensen in dienst van het Genootschap aan het scheppen van de voorwaarden voor een betere kwaliteit in de huisartsenzorg.

Ondanks deze positieve ontwikkelingen zal er nog veel werk verzet moeten worden. Ik beschouw- en dat is mijn boodschap voor vandaag- het verder ontwikkelen en invoeren van een huisartsgeneeskundig kwaliteitssysteem als een van de grote uitdagingen voor de huisartsgeneeskunde voor de komende 10-20 jaar. Het succes hiervan kan belangrijke consequenties hebben voor de plaats van de huisartsgeneeskunde in de snel veranderende gezondheidszorg.

In deze openbare les wil ik de huidige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg in de huisartsgeneeskunde kort op een rij zetten en me vervolgens afvragen, welke verdere stappen er nodig zijn op weg naar zo'n kwaliteitssysteem. Welke knelpunten zijn er en welke mogelijkheden voor verdere ontplooiing liggen er? Daarbij wil ik ook aandacht besteden aan de mogelijkheden die deze leerstoel en de interuniversitaire Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht (WOK) hierbij kunnen bieden. Onze taak zie ik vooral in het bieden van een wetenschappelijke onderbouwing van dit kwaliteitssysteem; in het leveren van een bijdrage aan het ontwikkelen en onderzoeken van de methoden, technieken en procedures die hierbij nodig zijn. Daarvoor is wetenschappelijk onderzoek nodig, dat ten dele toegepast, ten dele fundierend van karakter is. Ik zal onze activiteiten beschrijven aan de hand van drie kernactiviteiten in een huisartsgeneeskundig kwaliteitssysteem: de ontwikkeling van richtlijnen voor kwaliteit in de zorg, de systematische toetsing of evaluatie van die kwaliteit en de kwaliteitsverbetering.

Tevoren wil ik kort ingaan op een dilemma waar huisartsen bij het organiseren van kwaliteit mee te maken kunnen krijgen.

EEN DILEMMA IN HET ORGANISEREN VAN KWALITEIT

Kwaliteit is een relatief begrip; het is subject- en contextgebonden, hetgeen wil zeggen dat het veel uitmaakt wie op welk moment waarover een kwaliteitsoordeel uitspreekt (9). Verschillende partijen in de gezondheidszorg -patiënten, huisartsen, specialisten, verzekeraars, beleidsmakers, paramedici- hebben verschillende opvattingen over goede zorg op basis van hun specifieke belangen. Die opvattingen hoeven niet te conflicteren, maar doen dat soms wel. Ook de opvattingen over de wijze waarop de kwaliteit van zorg het beste gegarandeerd kan worden kunnen uiteenlopen (Tabel 1).

De samenleving (beleidsmakers, verzekeraars) wil waar voor zijn geld en wil toegankelijke, patiëntvriendelijke en doelmatige zorg. Ze oefent in toenemende mate druk uit op huisartsen om aan de hand van gegevens hun werkwijze zichtbaar te maken (10,11). Het ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen ziet ze daarbij als een weg naar grotere uniformiteit en als een middel tot sturing van de zorg. Ze is geïnteresseerd in productiecijfers op geaggregeerd niveau en in gegevens over variaties in de zorg tussen praktijken. Daarmee kan ze praktijken die mogelijk onvoldoende kwaliteit leveren identificeren. Aan het sturen van de

kwaliteit hoopt ze een bijdrage te leveren via regelgeving, beloning, sancties en externe toetsing.

Huisartsen daarentegen zijn, wat betreft het bieden van verantwoorde zorg aan hun patiënten, veel meer geïnteresseerd in effectieve en toepasbare diagnostische en therapeutische procedures. Kwaliteitscriteria zien ze als hulpmiddel daarbij, maar niet als iets waar ze op vastgelegd willen worden (12). Daartoe spelen teveel individuele, aan de persoon en diens situatie gebonden factoren een rol in de problemen van patiënten (13). Wensen en meningen van patiënten zijn, bij de keuze voor een aanpak, vaak doorslaggevend. Huisartsen zijn veelal serieus met kwaliteitsverbetering bezig, maar doen dat bij voorkeur door onderling, in eigen kring met collegae, hun handelen kritisch te bespreken en door, via nascholing, hun vak bij te houden.

Tabel 1: *Opvattingen van de samenleving en huisartsen over kwaliteitsbewaking en -bevordering*

activiteit	samenleving	huisartsen
* richtlijnen	<ul style="list-style-type: none"> - doelmatigheid - toegankelijkheid - bejegening <u>doel:</u> uniformiteit, sturing van zorg	<ul style="list-style-type: none"> - diagnostische en therapeutische procedures <u>doel:</u> houvast bij werk
* toetsing	<ul style="list-style-type: none"> - productiecijfers - aggregatie - variatie in zorg tussen praktijken 	<ul style="list-style-type: none"> - gegevens op patiëntniveau - individuele en groeps-lacunes
* verbetering	<ul style="list-style-type: none"> - regelgeving - beloning/straf - externe toetsing, selectie 	<ul style="list-style-type: none"> - educatie - onderlinge toetsing - ondersteuning

Huisartsen moeten, waar het de bewaking van de kwaliteit betreft, dus een weg zien te vinden in het spanningsveld tussen wensen van de patiënt, eisen van de samenleving en de eigen verantwoordelijkheid als medische professional (14,15). Meestal gaat dit goed. Het is echter niet ondenkbaar dat de belangen op gegeven moment sterk uiteen gaan lopen. Een voortdurende en intensieve communicatie over elkaars bedoelingen en opinies is nodig om te voorkomen dat men elkaar met wantrouwen gaat benaderen. Zo is er zeker bij een deel van de huisartsen al sprake van een angst dat verzekeraars, overheid of patiënten misbruik zouden kunnen gaan maken van de kwaliteitsrichtlijnen die nu door de beroepsgroep worden opgesteld (12). De reactie die de uitspraak van een inspecteur van de Volksgezondheid over de kwaliteit van huisartsen onlangs opriep is daarvan een treffend voorbeeld.

Het is dus belangrijk dat er een kwaliteitssysteem wordt opgezet, waarin zowel beleidsmakers, patiënten als huisartsen zich kunnen herkennen. Huisartsen zullen zich moeten realiseren dat ze niet meer alleen verantwoording aan zichzelf kunnen afleggen en dat ze hun werk ook inzichtelijk moeten maken voor 'buitenstaanders'.

Anderzijds zullen beleidsmakers en patiëntenorganisaties zich dienen te realiseren dat bepaalde verwachtingen ten aanzien van huisartsen niet realistisch zijn en dat een te grote druk van bovenaf wel eens volledig contraproductief kan werken. De ervaringen daarmee in de Verenigde Staten ontlokte Berwick de stelling, dat controle van bovenaf om de kwaliteit te bevorderen op zijn best inefficiënt is en op zijn slechtst een gegarandeerde mislukking inhoudt (16).

Laten we na deze conclusie nu eens naar het kwaliteitssysteem in de huisartsgeneeskunde kijken.

RICHTLIJNEN VOOR DE PRAKTIJK

Een eerste peiler bij het opzetten van een kwaliteitssysteem is het formuleren van kwaliteitsrichtlijnen oftewel richtlijnen voor 'verantwoorde zorg'. Om tot zulke richtlijnen te komen zijn goede gestructureerde methoden nodig, zgn. 'consensusprocedures'. Er bestaat een groot aantal, qua doelstelling en methodiek, verschillende procedures op dit gebied (17-20). Ze hebben gemeenschappelijk dat ze de wetenschappelijke literatuur op een bepaald terrein zo goed mogelijk proberen te bundelen en, waar deze literatuur geen oplossing biedt, ervaringen uit de praktijk als aanvulling gebruiken. Ook wordt meestal getracht een zo breed mogelijk draagvlak voor de richtlijnen te verwerven onder degenen die ze moeten gaan toepassen.

Standaarden

In de huisartsgeneeskunde worden kwaliteitsrichtlijnen oftewel 'standaarden' met een brede, landelijke geldigheid opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (21). Er wordt een zorgvuldige procedure gehanteerd, waarin zoveel mogelijk expertise, ook van specialisten, wordt ingewonnen en waarbij de richtlijnen tevens op hun haalbaarheid in het dagelijks werk worden getoetst. Binnen de huisartsgeneeskunde is dit een unieke ontwikkeling. Nergens ter wereld vindt men een zo goed uitgewerkte consensusprocedure om landelijk geldende richtlijnen voor het huisartsgeneeskundig handelen op te stellen. Nederlandse huisartsen staan er zeer positief tegenover, zo bleek uit enquêtes onder landelijke steekproeven van huisartsen (12,22). De grote meerderheid vindt zulke richtlijnen, ook na twee jaar nog, van belang als houvast in het werk, als een professionele verantwoordelijkheid en als middel om meer eenheid in het werk van huisartsen te krijgen. Minder dan 10% van de huisartsen vindt ze slecht toepasbaar in het dagelijks werk.

De richtlijnen van het Genootschap dragen in sterke mate bij aan de emancipatie van de huisartsgeneeskunde. Ze maken duidelijk dat huisartsen goed in staat zijn zelf te bepalen wat adequaat handelen in hun eigen werksetting is. Huisartsen laten een eigen geluid horen dat nogal eens van dat van specialisten afwijkt. Tegen de mening van veel specialisten in werd bijvoorbeeld het aanvragen van een echografie bij een dreigende miskraam niet als richtlijn voor het handelen van de huisarts opgenomen. Voor de opsporing en behandeling van een te hoog cholesterolgehalte formuleren huisartsen eigen richtlijnen, die deels afwij-

ken van de voorstellen van specialisten op dit terrein. Deze onafhankelijke houding wordt (nog) niet door alle specialisten met applaus begroet. Veel huisartsen moeten er zelf ook nog aan wennen. Echter beide partijen zullen naar mijn mening op den duur beter af zijn met huisartsen die vol zelfvertrouwen de discussie over de onderlinge taakafbakening en afstemming van de zorg kunnen en durven aangaan.

Knelpunten in de ontwikkeling van richtlijnen

Ondanks deze positieve ontwikkelingen is het zinnig om kritisch te blijven bezien waar verbetering mogelijk is. Recent zijn er nogal wat publikaties verschenen over de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen, waarin op mogelijke valkuilen en lacunes in de methodologie wordt gewezen (o.a. 14, 17-20, 23-26). Daarin komen vragen naar voren die ook de NHG-procedure gelden en die nader onderzocht zouden moeten worden. Onze interuniversitaire werkgroep hoopt een bijdrage aan het beantwoorden hiervan te kunnen geven. Ik wil er slechts enkele noemen:

- Er bestaan veel verschillende consensusmethoden; de vraag welke procedure de beste en meest betrouwbare resultaten oplevert is nog lang niet beantwoord;
- Binnen een ontwikkelingsprocedure is een systematische analyse van de wetenschappelijke literatuur een centrale activiteit. Het is nog niet duidelijk hoe dit het beste kan plaatsvinden en of de zogenaamde 'meta-analyse' daarin superieur is.
- Formalisering van de consensusdiscussies van de opstellers en andere betrokkenen is nodig, aangezien groepsprocessen een belangrijke rol spelen en dominante personen met uitgesproken meningen gemakkelijk doorslaggevend kunnen zijn. De vraag is hoe men dit kan voorkomen en hoe bruikbaar anonieme stemprocedures en Delphi-methoden hierin zijn.
- Een heldere, eenduidige formulering is nodig, zodat verschillende gebruikers de richtlijnen op dezelfde wijze interpreteren. In een analyse die wij op de teksten van enkele 'standaarden' uitvoerden bleek dat de standaard diabetes 33% zinnen met vage, onduidelijke richtlijnen bevatte, die voor urineweginfecties maar 11%.
- De status en reikwijdte van de richtlijnen zijn vaak niet duidelijk. Sommige richtlijnen zijn beter en harder onderbouwd en kunnen daarom meer dwingend zijn in hun aanbevelingen voor de praktijk. Andere berusten meer op opinies en ervaringen en laten daarom veel meer keuzevrijheid aan zowel de arts als de patiënt. Wat betreft de standaard van het Huisartsen Genootschap voor de behandeling van diabetes mellitus type II heeft wetenschappelijk onderzoek duidelijk uitgewezen dat een acceptabel niveau van het bloedsuikergehalte complicaties aan ogen en voeten bij diabetespatiënten kan voorkomen. De aanbeveling dat de huisarts voor zijn diabetes een actieve bewaking organiseert, elke drie maanden de bloedsuikerwaarde bepaalt en een aparte diabetespatiëntenkaart gebruikt is vooral terug te voeren op gezond verstand en klinische ervaringen. Informatie over de effecten hiervan op de gezondheid van patiënten missen we nog. Eigenlijk zouden richtlijnen voor de praktijk van informatie over de hardheid van de aanbevelingen vergezeld dienen te gaan (23,27).
- In het verlengstuk hiervan ligt het probleem dat een systematische evaluatie van de toepassing en de effecten van de richtlijnen in de echte praktijk nog vaak achterwege blijft. De toepassing van richtlijnen ontleend aan goed opgezette klinische trials kan irrelevant zijn in de doorsnee praktijk, gezien de aard van de werksetting, de kenmerken van de patiëntenpopulatie, de beschikbaarheid van apparatuur, de werkdruk en andere factoren (28). Op dit gebied is veel meer onderzoek nodig. Hier ligt mijns inziens ook een goede aansluiting tussen het patiëntgebonden onderzoek en het werkveld

van de kwaliteitsbewaking- en bevordering. In de Cara-standaard bijvoorbeeld die nu in ontwikkeling is zal een veel nauwkeuriger bewaking en begeleiding van Cara-patiënten door de huisarts worden voorgesteld dan momenteel in de meeste huisartspraktijken wordt geleverd. Er is nog nauwelijks iets bekend over de toepasbaarheid en effecten van deze aanbeveling binnen de doorsnee huisartspraktijk.

Consensus als oplossing voor onzekerheid

Skrabanek (29) formuleerde in een editorial in de Lancet het probleem van consensusprocedures als volgt. Consensusvorming, zegt hij, wordt gebruikt om zaken waar men onzeker over is op te lossen door middel van compromissen. Onzekerheid vindt men in de geneeskunde, net als in de theologie, namelijk moeilijk te tolereren. Een consensusprocedure wordt, net als vroeger een synode van bisschoppen, in gang gezet om tot een uitspraak te komen. Het gevaar is dat onacceptabele zorg de uitkomst van het compromis is. Ironiserend geeft hij als voorbeeld de wijze waarop men in het oude China een meningsverschil over de lengte van de neus van de keizer trachtte op te lossen. Niemand was het toegestaan het gezicht van de keizer te zien. Daarom ging men het keizerrijk rond en vroeg alle wijze mensen een schatting van de lengte van diens neus te geven. Door het gemiddelde te nemen slaagde men er in een acceptabel compromis te bereiken.

We moeten serieus naar dit commentaar luisteren. Een van de gevaren van consensusprocedures is naar mijn mening dat de stelligheid waarmee vroeger de grote leermeesters hun uitspraken over goede kwaliteit van zorg deden, vervangen is door de meer democratische stelligheid waarmee thans een consensusgroep zijn uitspraken doet. De pretentie ten aanzien van de geldigheid van de uitspraken is er mogelijk nog groter op geworden. Eerder beschreef ik de consensusprocedure als een ritueel, bedoeld om tot bruikbare afspraken over de patiëntenzorg te komen. Rituelen zijn vaak functioneel binnen de setting, waar ze worden toegepast. Ik beschouw de consensusprocedure in de huisartsgeneeskunde ook als een uiterst nuttig en noodzakelijk ritueel. Een voortdurende kritische houding ten aanzien van de consensusmethode en haar uitkomsten is echter gewenst. Men dient de beperkingen ervan in de gaten te houden. Niet-medici willen de doelen van zulke richtlijnen nog wel eens verder leggen dan feitelijk verantwoord is. Zij zullen zich moeten realiseren dat ze de 'state-of-the-art', het beste advies van dit moment, weergeven en geen absolute waarheden. En dat ze enige tijd later toch onjuist, niet haalbaar of niet effectief kunnen blijken te zijn (27).

KWALITEITSTOETSING

Een tweede belangrijk gebied in een kwaliteitssysteem is het organiseren van kwaliteitsmetingen of kwaliteitstoetsing. Hiaraan is een viertal activiteiten te onderscheiden: het selecteren van indicatoren of aspecten waaraan men de kwaliteit van zorg wil afmeten; het verzamelen van gegevens over de zorg; het analyseren van die gegevens en nagaan in hoeverre volgens geaccepteerde kwaliteitsrichtlijnen wordt gewerkt en tenslotte het geven van overzichtelijke feedback over de resultaten van de toetsing, zodat men de zorg in de gewenste richting kan verbeteren. In een systematische kwaliteitstoetsing kan men niet alles meten, men dient zich tot de essentiële aspecten te beperken. Bij de zorg voor diabetespatiënten is dat bijvoorbeeld de instelling gemeten via de bloedglucosewaarde. Een voorbeeld van een eenvoudige kwaliteitstoetsing: Höppener e.a. (30) vroegen de 15 huisartsen uit het Registratienet Huisartspraktijk van de Rijksuniversiteit Limburg om van al hun diabeten de laatste

twee glucosewaarden uit hun patiëntenkaart op te zoeken. Deze werden op een geautomatiseerd invulformulier vermeld, waarna de formulieren centraal werden verwerkt. Hieruit bleek dat 37% van de patiënten onvoldoende ingesteld was (grens 10 mmol/l). Voor de deelnemende huisartsen was dit geen bevredigende uitkomst en een aanzet tot de diabeteszorg nader onder de loep te nemen. Aangezien deze huisartsen basale gegevens van hun patiënten in de computer hebben opgeslagen, kostte het verzamelen van de gegevens gemiddeld niet meer dan een half uur tijd.

Instrumenten en procedures

Het uitvoeren van een systematische kwaliteitstoetsing vraagt om praktisch hanteerbare instrumenten en procedures. Via wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde zijn er de afgelopen jaren al tal van instrumenten en procedures op uiteenlopende terreinen binnen de huisartsgeneeskunde ontwikkeld. Deze zijn echter niet zonder meer toepasbaar bij een systematische en regelmatige kwaliteitstoetsing door huisartsen zelf in hun eigen werksituatie. Een dergelijk gebruik stelt specifieke eisen. Verschillende auteurs spreken hun verbazing erover uit hoe weinig energie er tot nu toe is gestoken in het formuleren van praktisch bruikbare indicatoren en meetprocedures voor de kwaliteit van de zorg (31). Berwick schreef hierover: 'Ondanks een lange intellectuele traditie in het onderzoek naar kwaliteit in de laatste 30 jaar, missen we bijna volstrekt een hanteerbare toegepaste technologie voor het meten en toetsen van de kwaliteit in de zorg' (32).

Binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland is deze uitdaging mijns inziens goed opgepakt. Het onderzoeksprogramma van onze interuniversitaire werkgroep levert daaraan, samen met tal van anderen, een belangrijke bijdrage. Er zijn op dit moment toetsingsprocedures in ontwikkeling op het gebied van het medisch handelen van de huisarts, de consultvoering, de arts-patiëntcommunicatie, de voorlichting aan patiënten, de praktijkvoering en -organisatie, de registratie, het voorschrijven van medicijnen, de medische kennis en de technische vaardigheden van huisartsen, het preventief handelen en tenslotte de evaluatie door patiënten van de zorg in de huisartspraktijk.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een Commissie in het leven geroepen, welke een inhoudelijk raamwerk voor kwaliteitstoetsing van Nederlandse huisartsen moet uitwerken en de verdere ontwikkeling van instrumenten en procedures moet coördineren.

Een systematische kwaliteitstoetsing

Kortom, de ontwikkeling van een bruikbare methodologie is in volle gang. Daarbij dienen zich echter ook problemen aan die om nadere uitwerking en onderzoek vragen:

- het zogenaamde 'dekkingprobleem': het is nog niet duidelijk welke aspecten van het huisartsenwerk getoetst zouden dienen te worden om een valide, representatief beeld te krijgen van de gehele kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Het probleem van de selectie van essentiële aspecten moet met prioriteit door de beroepsgroep aangepakt worden
- de nadruk ligt verder nog relatief sterk op de toetsing van de competentie van huisartsen en minder op de feitelijke zorg die in een praktijk wordt geleverd
- toetsing van de effecten van de zorg op het welbevinden, het ziektegedrag of de tevredenheid van patiënten is nog nauwelijks gemeengoed in de huisartsenpraktijk
- kwaliteitstoetsing wordt nog vaak gezien als een ad hoc gebeurtenis; er bestaat veel minder ervaring met kwaliteitstoetsing als een continue activiteit binnen de normale praktijkwerkzaamheden

- en kwaliteitstoetsing wordt vaak gezien als iets van de huisarts en minder als iets van de praktijk, waar alle medewerkers in de praktijk medeverantwoordelijk voor zijn.

Als men er in zou slagen een systematische, continue en multi-dimensionele verzameling en analyse van gegevens over de zorg op praktijkniveau te organiseren, dan heeft men tegelijkertijd een goede basis voor de verplichte intercollegiale toetsing in een waarneming- of huisartsengroep, die binnen enkele jaren gerealiseerd dient te zijn. Tevens kan men dan een bijdrage leveren aan geaggregeerde gegevens op regionaal en landelijk niveau, welke de beleidsmakers en verzekeraars bij hun beleid kunnen helpen. Op deze wijze kan een systematische kwaliteitstoetsing zowel de leerbehoefte van huisartsen als de behoefte van de samenleving om meer inzicht in de zorg te krijgen bevredigen.

Ervaringen in Engeland en de Verenigde Staten hebben inmiddels bruikbare uitgangspunten voor zo'n toetsing op praktijkniveau opgeleverd (33-37). Een experiment in een groepspraktijk in Engeland toonde bijvoorbeeld dat met een investering van 4 uur per week en een kostenfactor van minder dan f4000,- per jaar een assistente een groot aantal gegevens kan verzamelen (38).

Ik pleit hier dus voor verder onderzoek naar de wijze waarop zo'n kwaliteitstoetsing op verschillende niveau's en vooral op het niveau van de huisartsenpraktijk kan worden georganiseerd. De praktijk is binnen de huisartsgeneeskunde de eenheid waar de zorg aan patiënten wordt geleverd en om die zorg draait het uiteindelijk allemaal. In het onderzoeksprogramma van de interuniversitaire werkgroep haken we hier op in door samen met anderen te werken aan verschillende toetsinstrumenten en procedures met een nationale en soms een internationale geldigheid. Zo verwachten we veel van een gecomputeriseerde toetsing van het medisch handelen. Samen met de afdeling Medische Informatica en Epidemiologie te Nijmegen en met de beroepsorganisaties ontwikkelen we een expert-programma, waarmee huisartsen -alleen of met collega's- via de computer kunnen toetsen in hoeverre ze de kwaliteitsrichtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap volgen. Een integratie van dit programma binnen de Huisarts Informatie Systemen moet een eenvoudige en aantrekkelijke toepassing binnen het normale werk garanderen.

Samen met het NIVEL zijn we bezig met het vormen van een representatieve groep over het land verspreide praktijken, die zullen gaan fungeren als informatiebron wat betreft de kwaliteit van de zorg. In die praktijken zullen geautomatiseerd, op min of meer continue basis, gegevens over de verleende zorg worden verzameld. Gegevens die zowel aan huisartsen zelf, ten behoeve van hun kwaliteitsbevordering, als aan andere partijen in de gezondheidszorg een genuanceerd beeld van de kwaliteit van de patiëntenzorg in de huisartsgeneeskunde kunnen bieden.

KWALITEITSVERBETERING

Ongetwijfeld het meest complexe onderdeel van het organiseren van kwaliteit is het op gang brengen van daadwerkelijke verandering en verbetering in de praktijkroutines, als dat nodig is. Veranderen is moeilijk, daarin onderscheiden huisartsen zich in het geheel niet van hun patiënten die hun leefstijl moeten aanpassen of adviezen en voorschriften van hun huisarts moeten opvolgen. Uit tal van studies is inmiddels duidelijk dat inzichten, richtlijnen of technieken die bij kunnen dragen aan een betere kwaliteit van zorg, maar langzaam ingang

vinden. Ook al zijn artsen ervan op de hoogte dan is dat geen garantie dat ze in de praktijk worden toegepast.

'Wellicht hebben we teveel vertrouwen gehad in een model dat een rationele, informatie zoekende, waarschijnlijkheden afwegende hulpverlener als kern had, waardoor wij dachten dat alleen al de beschikbaarheid van nieuwe informatie zou leiden tot een bijstelling van het medisch handelen' concluderen Lomas en collega's (39) na een analyse van de literatuur op dit gebied.

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn de laatste tijd beduidende stappen gezet op weg naar een goede ontwikkeling en organisatie van de kwaliteitsverbetering. Er wordt hard gewerkt aan een stabiele infrastructuur voor de deskundigheidsbevordering van huisartsen. In verschillende regio's zijn de eerste stappen gezet op weg naar verregaande samenwerking en afstemming tussen alle betrokkenen op het gebied van de nascholing. De verwachting is verder dat intercollegiale toetsing binnenkort een gebruikelijke methode van verbetering van de zorg voor alle huisartsen is. Er worden programma's, toetsen en methodieken ontwikkeld gericht op echte praktijkverandering.

Knelpunten

Ondanks deze ontwikkelingen blijven er knelpunten waaraan gewerkt zou dienen te worden:

- in de eerste plaats is er nog onvoldoende balans tussen aandacht voor verbetering van de kennis en de attitude enerzijds en aandacht voor het feitelijk handelen van huisartsen anderzijds. Methoden voor kennis- en attitudeverandering kennen een langere traditie en zijn veel beter uitgewerkt. Daar gaat ook het meeste geld naar toe. Men dient zich echter te realiseren dat zulke methoden hooguit een eerste stap in een veranderingsproces zijn. Zich hiertoe beperken is weggegooid geld. Het advies aan automobilisten bijvoorbeeld om in een drukke woonwijk de snelheid te matigen wordt feitelijk ook alleen maar geëffectueerd als verkeersdrempels de automobilist daartoe dwingen.
- een tweede probleem is dat er nog te weinig aandacht wordt gegeven aan specifieke barrières die belemmeren dat veranderingen tot stand komen. Die barrières hebben maar ten dele met de huisarts te maken. In landelijke enquêtes onder aselechte steekproeven van huisartsen vroegen we naar de problemen die huisartsen hebben om bepaalde standaarden en richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap op te volgen. Bij de diabeteszorg was dat bijvoorbeeld vooral het omschakelen naar een actieve bewaking van patiënten en het aanpassen van de praktijkvoering om die bewaking beter mogelijk te maken. Echter ook het feit dat een deel van de patiënten nog bij de specialist onder controle is zagen sommigen als probleem. Bij het volgen van de richtlijnen voor het handelen bij enkeldistorsie was het belangrijkste probleem volgens de huisartsen dat patiënten - buiten de huisarts om - voor diagnostiek en behandeling naar het ziekenhuis gaan.
- een derde knelpunt tenslotte is dat we nog onvoldoende weten wat nu eigenlijk echt effectieve methoden zijn om het gedrag van artsen te beïnvloeden. Onderzoek op dit gebied staat nog in de kinderschoenen, voldoet vaak niet aan methodologische eisen en heeft meestal betrekking op moeilijk vergelijkbare interventies. Toch hebben de ontwikkelingen niet stil gestaan (39-42). Ik heb getracht de nu beschikbare inzichten op het gebied van de beïnvloeding van routines van medici op een rij te zetten door ze te ordenen op de dimensie intrinsieke versus extrinsieke beïnvloeding, oftewel naar de mate waarin ze vooral educatief en informatief dan wel vooral dwingend en sturend van karakter zijn (43). Dan blijkt dat de effecten van gedrukte informatie en massamediale

voorlichting op gedragsverandering marginaal zijn. De invloed van cursussen en groepseducatie is twijfelachtig (Tabel 2).

Tabel 2: Effecten van interventies om praktijkroutines te beïnvloeden.

		effect
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">informatief</div> <div style="margin: 0 10px;">↑</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">sturend</div> </div>	* gedrukte materialen, tijdschriften, massamedia	-
	* groepseducatie, cursussen	+/-
	* persoonlijke instructie door collegae	+
	* (intercollegiale) toetsing en feedback	+
	* reminders	+
	* barrières	+/-
	* praktijkvisitatie	?
	* praktische ondersteuning (materieel/personeel)	?
	* beloning/straf	+/-
	* regelgeving, certificatie, contract	?

Meer onderzoek is nodig naar het effect van praktijkvisitaties, van praktische en materiële ondersteuning van huisartsen en van formele toetsing en regelgeving in het kader van herregistratie en contractering. Het meest effectief lijken momenteel de persoonlijke instructie en ondersteuning door getrainde en gerespecteerde collegae, de intercollegiale toetsing en feedback en het gebruik van reminders. Vooral de computer kan bij bepaalde methoden een bruikbare steun geven.

In het onderzoeksprogramma van de interuniversitaire werkgroep trachten we een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen en testen van bruikbare en effectieve interventiemethoden om praktijkgedrag van huisartsen te beïnvloeden. Hiervoor is veel funderend onderzoek nodig. Ik zou er voor willen pleiten een deel van het geld dat nu in nascholing wordt gestoken te reserveren voor het onderzoek naar meer effectieve beïnvloedingsmethodieken. Vanuit het verleden hebben wij een bijzondere expertise en interesse in methoden van intercollegiale toetsing en feedback opgebouwd. Deze hopen we de komende jaren verder uit te bouwen. Daarnaast hebben we de aandacht gericht op het onderzoeken van de werkzaamheid van het inschakelen van getrainde consultants die een persoonlijke instructie en een praktische ondersteuning geven aan huisartsen en praktijkassistenten.

Dat een inhoudelijke toetsing en feedback door gerespecteerde collegae ook tot een aanzienlijke kostenbesparing kan leiden bewees het Diagnostisch Centrum in Maastricht. Vanaf 1985 krijgen alle 80 huisartsen uit de regio twee keer per jaar commentaar op het aanvragen van diagnostische tests. Volgt men de landelijke tendens dan waren de kosten voor testaanvragen in 1989 bijna 3,5 miljoen gulden geweest. De werkelijk kosten bleven echter onder de twee miljoen. Betreft men ook de feedbackkosten erin dan is de schatting dat er in één jaar ruim een miljoen is bespaard.

ORGANISATIE VAN KWALITEITSBEWAKING EN VERBETERING

Tot nu toe ben ik vooral ingegaan op de methoden en technieken die men in een kwaliteits-systeem kan gebruiken. Ik wil eindigen met de vraag hoe men een systematische kwaliteits-bewaking en -verbetering kan organiseren en welke voorwaarden hiervoor aanwezig dienen te zijn.

De organisatie wordt bij voorkeur op verschillende niveau's vorm worden gegeven (Tabel 3). Dat wil zeggen dat de richtlijnontwikkeling, de kwaliteitstoetsing en de kwaliteitsverbetering zowel op centraal, lokaal, praktijk- en individueel niveau goed ingevuld dienen te worden. Op elk niveau zijn andere activiteiten door andere personen of instanties nodig. Onderling sluiten deze activiteiten bij voorkeur zo goed mogelijk op elkaar aan.

Tabel 3: Een huisartsgeneeskundig kwaliteitssysteem

	centraal	lokaal	praktijk	individueel
kwaliteitsrichtlijnen				
kwaliteitstoetsing				
kwaliteitsverbetering				

Het realiseren van zo'n kwaliteitssysteem vraagt om een substantiële investering in termen van geld, tijd, menskracht, opleiding, expertise en ondersteuning. In het bedrijfsleven gaat men er vanuit dat investeren in kwaliteit zichzelf terugbetaalt. Men mag kosten verbonden aan de kwaliteit van zorg beschouwen als zorgkosten, immers patiënten hebben direct baat bij een verbetering ervan. Het spreekt dan ook vanzelf dat deze kosten doorberekend worden in de prijs van die zorg. Met een bijdrage van bijvoorbeeld een gulden per consult of visite of f4,- per ingeschreven patiënt per jaar, praten we over een bedrag van ongeveer 50 miljoen gulden of gemiddeld zo'n f10.000,- per praktijk per jaar. Daarmee zou al een geweldige impuls aan de kwaliteitsbewaking en -verbetering gegeven kunnen worden. Dit zou dan ook moeten inhouden dat er per praktijk en per hulpverlener -uiteraard gecontroleerd- een omschreven tijd per week vrij wordt gemaakt voor individuele, lokale en vooral praktijk-gerichte kwaliteitsactiviteiten. Het gebruik van een medische module, het systematisch verzamelen en presenteren van gegevens over de zorg en het maken van een jaarverslag kan men daarbij als voorwaarden stellen.

Opleiding

Tenslotte - de nota Kwaliteit van Zorg van de staatssecretaris noemt dit ook- is het essentieel dat werkers in de gezondheidszorg getraind worden in de methoden en technieken van kwaliteitsbewaking en -bevordering. Werken aan kwaliteit moet door huisartsen ervaren worden als een normaal, vast onderdeel van hun werk, net als het versturen van rekeningen aan patiënten. Dit vraagt een specifieke scholing en training van huisartsen. Het vraagt tevens expertise om de training en ondersteuning van huisartsen te verzorgen. Tot nu toe beschikken we nog onvoldoende over een kader van huisartsen om dit uit te voeren. Ik wil dan ook sterk pleiten voor het opzetten, eventueel met andere belanghebbenden als het

CBO, van een gerichte opleiding van kwaliteitsbewakers en experts op het gebied van kwaliteitssystemen.

Er zijn inmiddels aanzetten op dit gebied gerealiseerd. In de experimentele SGO-kadertraining die onlangs is gestart krijgt de expertise op het gebied van de kwaliteitsbevordering aandacht. In de regio's rond Maastricht en Nijmegen zijn we verder bezig huisartsen - sleutelfiguren uit lokale netwerken - te trainen om de begeleiding van intercollegiale toetsing en kwaliteitsbevordering in groepen op zich te nemen en gaan we na of dit een realistische mogelijkheid is. In mijn perceptie zijn echter verdere stappen nodig. Voor heel Nederland zouden zo'n 100-150 huisartsen speciaal getraind dienen te worden om, uiteraard tegen vergoeding, binnen hun eigen regio aan huisartsen ondersteuning te geven bij de organisatie van kwaliteit in hun praktijk en om methoden en nieuwe ontwikkelingen op dit gebied aan te dragen.

Tenslotte is in het licht van een toenemende Europese samenwerking de uitwisseling met andere landen van groot belang. In dat verband kan ik melden dat onze interuniversitaire werkgroep samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap het initiatief heeft genomen tot een Europese werkgroep op het gebied van kwaliteit in de huisartsgeneeskunde en dat we hierbij de volledige steun hebben van de wereldorganisatie van huisartsen.

SLOT

Aan het eind van mijn betoog gekomen wil ik een en ander graag samenvatten met de constatering dat er al veel stappen zijn gezet op weg naar een huisartsgeneeskundig kwaliteitssysteem, maar dat er ook nog verdere activiteiten nodig zijn. Ik heb onder andere gepleit:

- voor een perfectionering van de huisartsgeneeskundige consensusprocedure en vooral voor het opzetten van onderzoek naar de toepasbaarheid en effecten van kwaliteitsrichtlijnen in de doorsneepraktijk
- voor een systematische en continue gegevensverzameling en kwaliteitstoetsing op het niveau van de huisartspraktijk, als basis voor intercollegiale toetsing en voor het zichtbaar maken van de patiëntenzorg aan 'buitenstaanders'
- voor meer onderzoek naar interventies en methoden om werkelijke veranderingen in de zorg voor patiënten te realiseren
- en voor een grotere investering in kwaliteitsbevordering in termen van geld, menskracht, opleiding en ondersteuning.

Het invoeren van een kwaliteitssysteem mag men vergelijken met het invoeren van een nieuwe, zeer complexe technologie (45,46). Dat kost tijd en geduld. Het is goed als men zich realiseert dat Braille, die - zelf blind - in 1825 een revolutionair leesstelsel voor blinden ontwikkelde, er zo'n 50 jaar over deed om de zienden van de waarde van zijn uitvinding te overtuigen en zijn systeem in te voeren (47). Mijn verwachting is echter dat de huisartsgeneeskunde aanzienlijk slagvaardiger te werk zal gaan.

DANKWOORD

Graag wil ik tenslotte de vele mensen en instanties bedanken die een bijdrage leverden of leveren aan de realisering van mijn leerstoel en het werk van de interuniversitaire werkgroep.

Geachte leden van de Colleges van Bestuur en de besturen van de medische faculteiten van de universiteiten in Nijmegen en Maastricht, het realiseren van een interuniversitaire werkgroep en een bijzondere leerstoel aan twee universiteiten is nog geen dagelijks werk. U hebt daarin voortvarend en doeltreffend gehandeld en daarvoor wil ik U dank zeggen. Daarmee is de mogelijkheid geschapen een actueel en belangrijk thema binnen de huidige gezondheidszorg wetenschappelijk tot ontwikkeling te brengen. De onderzoekslijnen en -zwaartepunten binnen de twee medische faculteiten en de complementaire leerstoel kwaliteitsbevordering in de intramurale zorg te Maastricht bieden daarbij een vruchtbare voedingsbodem. Wij zullen er hard aan werken de verwachtingen in te lossen en hopen op een verdere ondersteuning van U te mogen rekenen.

Leden van bestuur en directie en medewerkers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, ik beschouw het als een bijzondere eer dat ik -als niet-huisarts- door de wetenschappelijke vereniging van huisartsen als haar eerste hoogleraar ben benoemd. Het is naar mijn weten tevens de eerste leerstoel op het gebied van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde in de wereld. Ik beschouw deze benoeming ook als een blijk van waardering voor de bijdrage die tal van sociale wetenschappers de afgelopen decennia aan het bevorderen van de kwaliteit in de huisartsgeneeskunde hebben geleverd. Ik zal mij de komende jaren krachtig inzetten om het kwaliteitsbeleid van het Genootschap en haar partners te ondersteunen. Daarbij hoef ik mijzelf geen geweld aan te doen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap oogt momenteel als een vrouw van middelbare leeftijd in haar tweede jeugd. Ze floreert en ziet er stralend uit. Het is een plezier haar te dienen.

Medewerkers van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, de WOK, een WOK is een pan waarin verschillende ingrediënten worden gemengd tot er een smakelijk kwaliteitsgerecht kan worden opgediend. In onze Werkgroep zijn wij met zo'n 30-40 mensen met uiteenlopende expertise aan het mengen en aan het werken aan kwaliteitsproducten. Wij zijn met boeiende zaken bezig waar huisartsen behoefte aan hebben. Ik heb veel vertrouwen in de uitkomst van dit proces en zie met veel genoegen dat de samenwerking tussen Nijmegen en Maastricht steeds meer vorm krijgt.

Hooggeleerde van Weel, Knotterus, Crebolder en Van Ree, beste Chris, Andre, Harrie en Jan, dat ik jullie in één zin noem heeft niet te maken met jullie eenvormigheid. Juist de diversiteit aan expertise waarmee ik mij omringd weet maakt dat ik met veel enthousiasme aan dit samenwerkingsavontuur ben begonnen. Ik reken op een lange en vruchtbare samenwerking en dank jullie voor de steun die ik tot nu toe in grote mate heb gekregen.

Medewerkers en oud-medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde te Nijmegen, ik werk bijna 15 jaar in jullie midden en daar heb ik mijn huidige vak geleerd. Werken in de opleiding tot huisarts, het wetenschappelijk onderzoek en de eerstelijnspatiëntenzorg was een fantastische leerschool. Jullie steun en waardering heeft mij de prikkel en het zelfvertrouwen gegeven om steeds naar nieuwe wegen te zoeken. De fusie met sociale geneeskunde en de samenwerking in een facultair onderzoekszwaartepunt laten zien dat de tijd niet stil staat. Ik ben blij met de nieuwe mogelijkheden die dit biedt.

Medewerkers van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde te Maastricht, na bijna twee jaar in jullie midden voel ik me goed thuis. Ik heb gemerkt hoe plezierig het werken is in een

actieve groep van getalenteerde mensen. Ik dank jullie voor de wijze waarop jullie mij en de interuniversitaire werkgroep op een natuurlijke wijze hebben opgenomen.

Medewerkers van de Landelijke Huisartsen Vereniging, het NIVEL, het IOH, het CBO, het Klinisch Trainings Centrum te Nijmegen, het Skillslab en de vakgroep Onderwijsontwikkeling en Onderwijsresearch te Maastricht en andere organisaties en universitaire vakgroepen, waarmee inmiddels goede werkcontacten zijn gegroeid, het is een van de noodzaken maar zeker ook een van de charmes van mijn werk dat het een nauwe samenwerking met tal van anderen buiten de directe werkomgeving met zich meebrengt. Al voel ik mij soms een wat ontheemde trekvogel, ik stel de samenwerking zeer op prijs en dank jullie hartelijk voor het vertrouwen in mij.

Geachte huisartsopleiders en andere huisartsen, dankzij de medewerking van een zeer grote groep van huisartsen uit onze regio's en daarbuiten zijn we in staat geweest te bereiken wat we hebben bereikt. Daarvoor mijn dank. Ik hoop dat we in de toekomst net zo succesvol kunnen samenwerken als in de afgelopen jaren.

Collega Tielens, beste Vic, sinds wij, in dezelfde tijd, ons werk bij de beroepsopleiding tot huisarts begonnen, ben jij voor mij een werkviend en mentor geweest. Jouw kracht ligt in het -met grote bescheidenheid- tot bloei brengen van de talenten in anderen. Het is weldadig samen te werken met iemand die zo taai en zo onuitputtelijk optimistisch is. Ik vlei mij met de gedachte dat ik voor jou mogelijk even stimulerend was en ben als jij voor mij.

Collega Dubois, beste Vic, dat een andere drijvende kracht in mijn werkleven ook Vic heet zal wel geen toeval zijn. Jouw visie op zaken is vaak slim of gewoon verstandig. Daar heb ik veel van geleerd. Natuurlijk misgun ik je een rustige VUT niet, maar geef er de voorkeur aan je nog wat jaren om me heen te hebben.

Lieve Aimee, Meike en Edda, jullie wil ik bedanken dat jullie me steeds weer met beide benen op de grond brengen. Dank zij jullie realiseer ik me dagelijks dat de kwaliteit van ons leven niet noodzakelijkerwijs hetzelfde is als de kwaliteit in de huisartsgeneeskunde.

Ik heb gezegd.

Ik dank Harrie Crebolder, Vic Tielens, Vic Dubois, Chris van Weel, Andre Knottnerus en Willem Haaijman voor hun kritisch commentaar op deze rede en Agnes de Grunt voor haar bijdrage aan het definitieve manuscript.

LITERATUUR

1. Ministerie van WVC. Nota Kwaliteit van Zorg. Rijswijk; Staatsuitgeverij 1991.
2. Cromme P. Hoe warm is uw dokter? Huisarts Wet 1976; 19: 287-8.
3. Stockem T van. Is intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde zinvol? Huisarts Wet 1976; 288-91.
4. NHG. Naar criteria voor kwaliteit. Standaardenbeleid NHG. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap 1987.
5. Lamberts H. Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Huisarts Wet 1981; 24: 371-8, 424-30.
6. Grol R, Mesker P, red. Huisarts en Onderlinge Toetsing. Utrecht: Uitg. Bunge 1986.
7. Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Diss. Katholieke Universiteit Nijmegen 1987.
8. NHG. Mededelingen en publicaties 1956; 1 (1).
9. Harteloh P, Casparie A, Touw P. Kwaliteit van Zorg. Concepten en methoden. Intern rapport. Rotterdam; Erasmus Universiteit 1990.
10. Stolline A, Weiner J. The new medical marketplace. Baltimore: J Hopkins Univ Press 1988.
11. Irvine D. Managing for quality in general practice. London: Kings Fund 1990.
12. Grol R, Heerdink H. Verspreiding en acceptatie van NHG-standaarden. Utrecht: NHG-rapport 1991 (in druk).
13. Maeseneer J de, Meyboom- de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet). Huisarts Wet 1991; 34(1): 2-3.
14. McGuire L. A long run for a short jump: understanding clinical guidelines. Ann Int Med 1989; 113: 705-8.
15. Redelmeyer D, Tversky A. Discrepancy between medical decisions for individual patients and for groups. N Engl J Med 1990; 322: 1162-4.
16. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. New Engl J Med 1989; 320: 53-6.
17. McGlynn E, Kosecoff J, Brook R. Format and conduct of consensus development conferences. Multination comparison. Int J Techn Ass Health Care 1990; 6: 450-69.

18. Audet A, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Int Med* 1990; 113: 709-14.
19. Woolf S. Practice guidelines: a new reality in medicine. *Arch Int Med* 1990; 150: 1811-8.
20. Grol R, Everdingen J van, Kuipers F, Casparie A. Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1186-9.
21. NHG. Werkboek Standaarden Ontwikkeling. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap: 1990.
22. Grol R. National Standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 361-4.
23. Eddy D. Practice policies: what are they? *JAMA* 1990; 263: 877-80.
24. Leape L. Practice guidelines and standards. *Qual Rev Bull* 1990; 16: 42-9.
25. Farmer A. Setting up consensus standards for the care of patients in general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 135-6.
26. Field M, Lohr K, eds. Clinical practice guidelines: directions for a new agency. Institute of Medicine. Washington DC: Nat Acad Press 1990.
27. Fletcher R, Fletcher S. Clinical practice guidelines. *Ann Int Med* 1990; 113: 645-6.
28. Heitkoff K, Lohr K, eds. Effectiveness and outcomes in health care. Washington DC: Nat Acad Press 1990.
29. Skrabanek P. Nonsensus consensus. *Lancet* 1990; 335: 1447-7.
30. Höppener P, Knottnerus J, Grol R. Praktijkautomatisering en kwaliteitsbewaking. *Huisarts Wet* 1990; 33(10): 390-3.
31. O'Leary D. Accreditation in the quality improvement mold- a vision for tomorrow. *Qual Rev Bull* 1991; 17: 72-6.
32. Berwick D. Measuring and maintaining quality in a Health Maintenance Organization. In: Lohr K, Rettig R, eds. Quality of care and technology assessment. Washington DC: Nat Acad Press 1989.
33. Irvine D, Irvine S, eds. Making sense of audit. Oxford: Radcliffe Medical Press 1991.

34. Difford F. Defining essential data for audit in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 92-100.
35. Re R, Krousel-Wood M. How to use continuous quality improvement theory and statistical quality control tools in a multi-specialty clinic. *Qual Rev Bull* 1990; 16: 391-7.
36. Tarlov A, Ware J, Greenfield S, Nelson E, et al. The Medical Outcome Study. An application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 267: 925-30.
37. Pereira Gray D. Good general practice-fellowship of the RCGP by assessment. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 182-3.
38. Essex B, Bate J. Audit in general practice by a receptionist: a feasibility study. *Br Med J* 1991; 302: 573-6.
39. Lomas J, Haynes R. A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from 'official' to 'individual clinical policy'. In: Battista R, Lawrence R, eds. Implementing preventive services. *Am J Prev Serv* 1988; 4: 77-95.
40. Sprij B, Casparie A, Grol R. Interventiemogelijkheden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen. Wat is effectief? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1115-7.
41. Soumerai S, Mc Laughlin T, Avorn J. Quality assurance for drug prescribing. *Qual Ass Health Care* 1990; 2: 37-58.
42. Haynes R, Davis D, et al. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 1984; 251: 61-4.
43. Woerkom C van. Voorlichting als beleidsinstrument: Nieuw en krachtig? Inaugurale rede. Landbouwwuniversiteit Wageningen 1990.
44. Grol R, Bury M, Coumans R, Zwaard A. Deskundigheidsbevordering in huisartsgroepen: intercollegiale toetsing en invoering van standaarden. Nijmegen: WOK 1991.
45. Casparie A. Kwaliteit in de gezondheidszorg. *Med Contact* 1989; 44: 477-82.
46. Relman A. Assessement and accountability. The third revolution in medical care. *N Engl J Med* 1988; 319: 1220-3.
47. Dunning A. Uitersten. Beschouwingen over menselijk gedrag. Amsterdam, Utrecht: Meulenhoff Nederland/ Wetenschappelijke Uitg Bunge 1990.