

Rheumatologists' daily practice performance : a study with incognito standardized patients

Citation for published version (APA):

Gorter, S. L. (2003). *Rheumatologists' daily practice performance : a study with incognito standardized patients*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20031003sg>

Document status and date:

Published: 01/01/2003

DOI:

[10.26481/dis.20031003sg](https://doi.org/10.26481/dis.20031003sg)

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

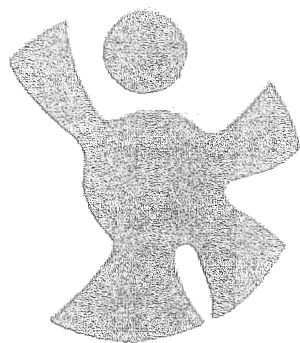
Take down policy

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

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Chapter 11



Summary

Summary

Cost effectiveness and quality in the delivery of care have become key-issues in current times of budgetary constraints and increasing costs in health care. Transparency in health care, therefore, has become an important issue. One way to obtain transparency is to provide data about performance in daily practice. Since it is known from earlier research that physicians perform differently from real practice when they know they are being observed, authentic practice performance is assessed when this takes place in a unobtrusive way. This thesis describes the authentic performance of a group of Dutch rheumatologists in day-to-day clinical practice, by using incognito standardized patients (SPs). The rheumatologists were each visited on their outpatient wards by eight incognito SPs, presenting eight different rheumatological conditions. As long as the SPs stayed incognito, validity of the method, i.e. authentic practice performance, was achieved. In this way, a total of 254 incognito visits took place, of which 201 first visits and 53 follow-up visits. Detailed information was obtained on the medical content of each visit and ordered laboratory and imaging tests. In this chapter a summary of the separate chapters will be presented.

Aim of the study was to investigate the feasibility of introducing incognito SPs into specialists' outpatient clinics and the occurrence of follow-up visits. Reproducibility of the incognito SP-based method in specialist care was the second aim of the study. We also wanted to describe the variation in performances of the participating rheumatologists on the eight cases presented by the incognito SPs and try to find explanations for observed variation. The predictive value of a written competence test (less burdensome to organize) to this incognito SP-based assessment was investigated. Furthermore, the SPs' opinions on non-medical aspects of the interaction between them and the rheumatologists were explored.

In **chapter 1**, the general introduction, the relevance for assessment in real practice is highlighted. Furthermore, the background of the SP-based assessment is described and a brief review of current literature is given. In addition, the occurrence of practice variation and its educational value is briefly discussed, the logistical demands of this project and the abilities of other instruments to predict practice performance are briefly mentioned and SPs' opportunity to assess non-medical aspects of the consultation, such as communication and attitudinal skills is described. Finally, the research questions of this project are reported.

Chapter 2 provides a review of the literature on the development of case-specific checklists for SP-based assessments in internal medicine. In order to be able to draw conclusions from a SP-based assessment, the

development of checklists that are used to register the content of the visit, is crucial to the validity and reliability of the assessment. In this chapter, attention is drawn to validity aspects of this development process, such as who developed the checklists, which development procedure was used; whether or not the development process was based on data from the literature or on data resulting from consensus procedures; what scoring system was used and whether or not the checklist was published. A total of 29 relevant articles were found in the literature. Only 12 of these articles reported specifically on the development of the checklist. In general, there were three procedures used for developing checklists: panel of experts, the investigators themselves, and the use of responses from expert physicians to written protocols. No article indicated that authors exclusively relied on data from the literature to compose their lists and only four articles made the checklist available. The scoring systems varied considerably among articles and depended on the purpose of the SP-physician encounter. It was concluded that the development process of the checklists needs to be more fully described to enable readers to evaluate validity of the studies.

The feasibility of introducing incognito SPs into specialists' outpatient clinics is described in **chapter 3**, by using the results of the first year of the practical part of the study. Introducing SPs into hospital setting requires arrangements that are quite different from those in primary care, a setting in which incognito SPs have been introduced before. For example, since in our country patients can only see a specialist after referral from a general practitioner, general practitioners' cooperation was needed in writing referral letters. More than one year before the first SP would enter practice, rheumatologists gave informed consent. By the time the first SP entered practice we presumed that the rheumatologists were not expecting them anymore. Many efforts were needed to coordinate the visits. Results of requested additional investigations had to reach the rheumatologists in the usual way, so co-operation from people working in laboratories and radiology departments was essential. Simulating real radiographs proved especially problematic, since rheumatologists had to receive the radiographs they had ordered which had to be exactly the same, except for the hospital labels, as the radiograph that has been ordered by another rheumatologist from the other side of the country. The SPs remained undetected in 98% of the visits. In summary, introducing incognito SPs into specialists' outpatient clinics with follow-up visits has proven possible, but demands many efforts to obtain the detailed information about real practice performance. We think this is not a method for general use, but more as a kind of "service on demand" when physicians ask for medical audit.

Chapter 4 describes the variation in performance for all eight cases among the 27 Dutch rheumatologists who were visited by the incognito SPs.

Considerable variation was seen among rheumatologists when presented with the same SPs. Costs for ordered laboratory and imaging investigations varied both among cases as well as among individual rheumatologists. Practice variation is poorly understood. Uncertainty, lack of agreement on optimal treatment, legal implications promoting defensive medicine, economic constraints and peer pressure are among factors that might contribute to the observed variation. Few rheumatologist characteristics were investigated and of these only years of working experience partly explained the number of items performed on the checklist. We think that comparable degrees of variation exist in other health care settings and therefore, that the results will be generalizable and useful in discussions on the appropriateness of delivery of care by rheumatologists and can be used as a needs assessment tool for continuous medical education or the development of guidelines.

Intra-doctor variation may occur when a physician performs differently when facing exactly the same problem, or when different cases are presented to one physician and his or her performance on one case does not predict performance on another case. Inter-doctor variation can be found when different physicians are presented with the same case. Physicians' personal or background characteristics may explain part of the occurring inter-doctor variation and is one of the issues investigated in **chapter 5**. There is considerable variation in scores among cases as well as among rheumatologists. Scores are expressed in percentage of the maximum possible score and a separate score is calculated beforehand by a group of rheumatologists for those items considered essential for that case (key-items). The years of working experience as a rheumatologist significantly negatively correlates with the case score on the key-items and the total case score. However, with increasing working experience, the ratio between key-item score and total item score remains the same, which means that experts do not perform better on the items considered most important by a group of rheumatologists. Our finding that expert physicians perform fewer items has been found before. However, it has now been shown that this also holds for actual practice. An explanation why these experts do not perform better on predefined key-items might be that physicians develop expertise in their own way, depending on their training and individual experience. Hence, it is difficult to predict those items, due to this idiosyncratic development of physician's expertise.

In **chapter 6** the results of the case on psoriatic arthritis is presented. Twenty-three rheumatologists were each visited by two incognito SPs (real patients; one female, one male), which stayed incognito for all encounters for the duration of the study. Fourteen rheumatologists diagnosed psoriatic arthritis correctly and inspected the skin for psoriatic lesions more often than those who did not diagnose correctly. The correct diagnosis was more

frequently missed among rheumatologists visited by the male patient, presenting with clear DIP-joint arthritis, compared to the female patient who had a history of DIP-joint arthritis, tendinitis and carpal tunnel surgery. In addition, those rheumatologists with the correct diagnosis spent more costs on additional laboratory and imaging tests. They did so after the diagnosis was made, probably to confirm the diagnosis and to document the extent of the disease. To summarize, again, a considerable amount of variation is found between rheumatologists in performance this time on a psoriatic arthritis case. Those rheumatologists focusing on striking features (clear DIP-joint arthritis) sometimes seem to forget “the hidden” (skin) symptoms.

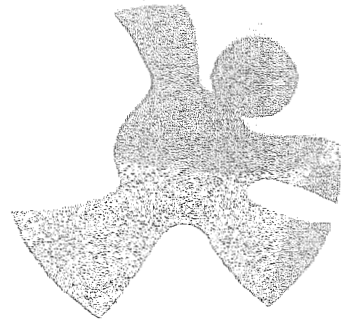
The reproducibility of authentic assessment methods have been investigated for OSCE’s (Objective Structured Examinations or station examination) and video assessments in practice, but this has never been done for incognito SP-based assessment in specialists care. **Chapter 7**, therefore, investigates this issue by analyzing the results of 22 rheumatologists who were all visited by eight incognito SPs each. Scores on the checklist completed by the SP at the end of each visit were entered into generalizability analysis. One fifth of the variance is attributable to the variance among rheumatologists, whereas the largest variance component is the difference in difficulty among cases. In a norm-referenced score interpretation, three hours (six cases) of testing time is required for a reproducible assessment, whereas seven hours (14 cases) in an absolute scoring system. These reproducibility findings are equal to reproducibility findings in OSCE assessment and other authentic measures of competence and performance.

Practice variation in delivering care is a well-known phenomenon and promoting good clinical practice also means reducing undesired variation. Insight into daily clinical practice and linking data from real practice to patient outcome will facilitate defining standards for good clinical practice and developing guidelines to improve the delivery of care.

In **Chapter 8** the predictive validity of a computerized case-based test (CCT) for performance was investigated. Fourteen of the 26 participating rheumatologists in the SP-based assessment, completed a CCT containing 55 cases, with a total of 121 items. High but negative correlations were found between the SP scores and the CCT scores. This was unexpected. The correlation between work experience and CCT was high and positive and with the SP scores high and negative. Thus, CCT was not predictive for SP scores. Both instrument probably measure other things, and it cannot be said that either of the instruments was superior to the other, but each had its own strengths and weaknesses and should be perceived as incremental. The results underpin the assumption that for good performance assessment a variation of instruments is needed.

In **chapter 9**, it is the SPs themselves who present their opinion on the rheumatologists they have visited. Effective communication (verbal and non-verbal) between physicians and patients, hospital accessibility and waiting room situations are among factors enhancing patient satisfaction. It is important to know which specific skills and attitudes contribute to enhanced patient satisfaction, because it has been shown that patient satisfaction can improve patient outcome. Therefore, appreciation and opinion on the interaction between doctors and our SPs is investigated. A focus group interview was organized to explore the experiences and perceptions of the SPs. Thirteen of 16 SPs participated and the following questions were set beforehand: 1) what makes SPs like or dislike a rheumatologist, 2) is there any influence of situations in waiting room or the doctor's office on the evaluation of the physician and 3) does the experience of being a SP influence their opinion of physicians? During the focus group interview the following topics spontaneously raised: the variation in performance between rheumatologists, difference in physician behavior between first and follow-up visit and the perceived effect on the consultation of the general practitioner's referral letter. In this article, the different topics are illustrated by quotes from the participants. The SPs were very enthusiastic about the rheumatologists. Approaching them as a person was very much appreciated. However, there were some concerns for example regarding the possibility to express all their complaints and privacy in physician's office. We think that doctors can learn from patients' feedback and that they should involve patients' opinions on different aspects of care. Most of the comments were related to small things, which should not be so difficult to change.

Chapter 12



Samenvatting

Samenvatting

In de huidige tijd van budgettering en stijgende uitgaven in de gezondheidszorg, zijn kosten-effectiviteit en kwaliteit van zorg populaire begrippen geworden. Transparante zorg wordt steeds belangrijker. Eén van de manieren om de zorg transparanter te maken, is het verkrijgen van informatie over het handelen in de praktijk. Dit wordt performance (van gezondheidszorgverleners) genoemd. Daarbij is het van belang om het *echte* handelen in de dagelijkse praktijk vast te leggen. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat artsen anders handelen wanneer ze weten dat ze geobserveerd worden. Dit proefschrift beschrijft het echte handelen in de dagelijkse praktijk van een groep nederlandse reumatologen, die op hun spreekuur bezocht werden door incognito gestandaardiseerde patiënten (SPs). De deelnemende reumatologen werden ieder door acht incognito SPs bezocht, waarbij iedere SP een andere reumatologische aandoening presenteerde. De validiteit van deze methode, dat wil zeggen meting van het echte handelen in de dagelijkse praktijk, werd gewaarborgd, zolang de SPs incognito bleven. In totaal vonden tijdens deze studie 254 bezoeken plaats, waarvan 53 vervolfbezoeken. Er werd gedetailleerde informatie verzameld over medisch inhoudelijke aspecten van het bezoek en aangevraagd laboratorium- en röntgenonderzoek. In deze samenvatting wordt de inhoud van de diverse hoofdstukken weergegeven.

Het doel van de studie was om de haalbaarheid te onderzoeken van het introduceren van incognito SPs op spreekuren van medisch specialisten, ook tijdens vervolfbezoeken. Reproduceerbaarheid van de incognito SP-methode in de 2^{de} lijn, was een volgende doelstelling. Daarnaast wilden we de variatie in handelen van de deelnemende reumatologen zoals vastgelegd door acht incognito SPs registreren en waar mogelijk verklaringen voor deze variatie proberen te vinden. Van een logistiek minder ingewikkelde toets, een schriftelijke competentie toets, werd de voorspellende waarde onderzocht op het handelen in de praktijk zoals gemeten met incognito SPs. Tevens werden de meningen van de SPs geëxploreerd met betrekking tot niet-medische aspecten van interactie tussen reumatoloog en SP.

In **hoofdstuk 1**, de algemene inleiding, wordt de relevantie van het meten in de dagelijkse praktijk belicht. Daarnaast wordt ingegaan op de achtergrond en ontwikkeling van SPs voor onderwijs en onderzoek en wordt er een kort overzicht van de literatuur gegeven. Daarnaast wordt het voorkomen van variatie in handelen en haar onderwijskundige waarde besproken, de logistieke eisen die aan onderzoek met SPs worden gesteld, alsmede de mogelijkheid van andere meetinstrumenten om het handelen in de praktijk te voorspellen. Ook wordt besproken dat door gebruik te maken van SPs de gelegenheid bestaat niet-medische informatie over het bezoek aan de arts

te verkrijgen. Het gaat dan o.a. over attitude en communicatievaardigheden. Tenslotte worden de onderzoeksvraagstellingen gepresenteerd.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de literatuur over de ontwikkeling van casusspecifieke checklists op het gebied van Interne Geneeskunde voor metingen met SPs. Om conclusies te kunnen trekken, is het belangrijk dat de wijze waarop de checklists zijn opgesteld beschreven wordt. Alleen in dit geval kun je iets over de validiteit en de betrouwbaarheid van een studie zeggen. In dit hoofdstuk wordt aandacht geschonken aan aspecten van validiteit, zoals "wie ontwikkelden de checklists"; "op welke wijze werd dit gedaan"; was het proces van checklist ontwikkeling gebaseerd op gegevens uit de literatuur of op gegevens uit consensus procedures; welk scoringssysteem werd gebruikt, en of de checklist gepubliceerd was. In totaal werden 29 relevante artikelen gevonden, waarvan er 12 het proces van checklist ontwikkeling beschreven. Uiteindelijk werden er drie procedures gevonden voor het ontwikkelen van checklists: expertpanel, de onderzoekers zelf, en het gebruiken van reacties van experts op vooraf ontwikkelde checklists. In geen enkel artikel werd vermeld dat de auteur zijn checklist volledig met gegevens uit de literatuur opstelde. In slechts vier artikelen werd de checklist gepubliceerd. De gehanteerde scoringssystemen varieerden enorm en waren afhankelijk van het doel van de SP-meting. Om de validiteit van de studies te kunnen beoordelen is het belangrijk dat het ontwikkelingsproces van de checklist goed beschreven wordt.

De haalbaarheid van het introduceren van incognito SPs op poliklinieken van medisch specialisten tijdens het eerste jaar van de studie wordt beschreven in **hoofdstuk 3**. De introductie van incognito SPs in het ziekenhuis vergde andere voorbereidingen dan de introductie in de huisartsenpraktijk, waarmee reeds ervaringen waren opgedaan. In Nederland wordt bijvoorbeeld een patiënt door een huisarts verwezen naar een specialist. Dit betekende dat er een verwijsbrief aanwezig moest zijn van een voor die specialist bekende huisarts. In onze studie participeerden bijna 100 huisartsen. De deelnemende reumatologen gaven een jaar voordat de eerste incognito SP de praktijk ingestuurd werd, reeds toestemming voor deelname aan de studie. Op deze manier hoopten wij dat de reumatologen niet meer op hun qui-vive waren voor een bezoek door een incognito SP. De inspanningen die nodig waren om de bezoeken incognito te houden waren behoorlijk. Resultaten van aangevraagd aanvullend onderzoek moesten op een voor die reumatoloog "normale" wijze gepresenteerd worden. Dit betekende samenwerking met mensen uit de laboratoria en röntgenafdelingen. Met name het simuleren van röntgenfoto's was moeilijk. De foto moest natuurlijk voor iedere reumatoloog identiek zijn, hoewel de labels daarentegen per ziekenhuis varieerden. In 98% van de bezoeken bleven de SPs incognito. Samenvattend kan worden gezegd dat het

introduceren van incognito SPs op spreekuren van medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen mogelijk is, dat ook vervolggconsulten incognito kunnen plaatsvinden, maar dat het erg veel inspanningen vereist de bezoeken te laten slagen. Wij denken niet dat de SP-methode een methode is die overal ingezet kan worden voor het meten van performance, maar eerder gebruikt moet worden als een “service on demand”, bijvoorbeeld als er gericht gevraagd wordt naar een evaluatie van handelen in de praktijk.

Hoofdstuk 4 beschrijft de variatie in het handelen van de 27 deelnemende nederlandse reumatologen met betrekking tot de acht casus. De reumatologen die bezocht werden vertoonden een behoorlijke mate van variatie in hun handelen. Kosten voor aangevraagd laboratorium, of röntgenonderzoek varieerden, zowel tussen de verschillende casus als tussen de individuele reumatologen. Variatie in handelen in de dagelijkse praktijk wordt slecht begrepen. Onzekerheid, gebrek aan bewijsvoering met betrekking tot optimale behandeling, defensief handelen in verband met mogelijke juridische stappen, druk van collega’s en economische bezwaren zouden factoren kunnen zijn die bijdragen aan de gevonden variatie in handelen. Er werden enkele kenmerken van de reumatologen onderzocht, waarvan alleen het aantal jaren werkervaring als reumatoloog voor een deel de gevonden variatie kon verklaren. Omdat dergelijke gevonden variatie in handelen zeer waarschijnlijk ook op andere settings in de gezondheidszorg van toepassing is, denken we dat generalisatie van deze resultaten mogelijk is. Uiteraard zijn de resultaten bruikbaar voor discussies tussen reumatologen over kwaliteitsverbetering en kunnen de resultaten van dit onderzoek mogelijk gebruikt worden als een instrument voor het meten van specifieke behoeften voor nascholing of voor het ontwikkelen van richtlijnen.

Dokters variëren in hun handelen als ze verschillende casus krijgen voorgelegd; dit staat bekend als casusspecificiteit. Intra-dokter variatie treedt op als een arts op verschillende wijzen handelt wanneer hij exact hetzelfde probleem tegenkomt. Inter-dokter variatie kan optreden als dezelfde casus worden voorgelegd aan een verschillende artsen en iedere dokter anders handelt. Dit wordt onder andere besproken in hoofdstuk 5. Achtergrondvariabelen of persoonlijke eigenschappen van artsen zouden mogelijk een deel van de gevonden variatie in handelen verklaren. Er werd een behoorlijke variatie gevonden in scores, zowel tussen de diverse casus, als tussen de reumatologen. Scores werden uitgedrukt in percentage van de maximaal te behalen score, en een aparte score wordt berekend voor de zogenaamde key-items. Deze score werd berekend uit de items die door de meerderheid van een groep reumatologen als essentieel beschouwd werden. Dit vond plaats voorafgaande aan de bezoeken door de SPs. Het aantal jaren werkervaring als reumatoloog correleerde significant negatief met de totale casus score en de score op de key-items. Echter, met

toegenomen werkervaring bleef de ratio tussen key-item score en totale casus score ongeveer gelijk, wat betekende dat experts niet beter scoorden op de items die door een groep reumatologen als essentieel werden gedefinieerd. Onze bevinding, dat experts minder items verrichtten werd reeds eerder beschreven. Dit werd nu ook bevestigd voor het handelen in de dagelijkse praktijk. Een verklaring voor het feit dat experts niet beter op de essentiële items scoren, kan zijn dat experts hun ervaring op hun eigen manier opdoen, afhankelijk van hun training en individuele ervaring. Door de idiosyncrasie van deze expertise is het moeilijk het handelen op dergelijke items te voorspellen.

In **hoofdstuk 6** worden de resultaten van een casus over artritis psoriatica beschreven. Drieëntwintig reumatologen werden ieder bezocht door twee incognito SPs ("echte" patiënten: 1 man en 1 vrouw). Veertien reumatologen stelden de juiste diagnose artritis psoriatica en onderzochten duidelijk vaker de huid op psoriasis lesies dan de reumatologen die de diagnose artritis psoriatica niet stelden. De juiste diagnose werd vaker gemist door de reumatologen die bezocht waren door de mannelijke SP. Hij presenteerde zich met artritis van het distale interfalangeale gewricht (DIP-gewricht), terwijl de vrouwelijke SP een anamnese had van een artritis van een distaal interfalangeaal gewricht in het verleden, een tendinitis en een operatie in verband met een carpaal tunnel syndroom. De reumatologen met de juiste diagnose gaven meer geld uit aan aanvullend onderzoek. Dit aanvullend onderzoek werd aangevraagd nadat ze de diagnose gesteld hadden, waarschijnlijk om de diagnose te bevestigen en de uitgebreidheid van de aandoening te documenteren. Samenvattend kan worden gezegd dat er een behoorlijke variatie in handelen aanwezig is tussen de verschillende reumatologen die allen werden bezocht door een gestandaardiseerde patiënt met artritis psoriatica. De reumatologen die hun aandacht met name richtten op de artritis van het DIP-gewricht, leken soms de "verborgen" (huid) symptomen te missen.

De reproduceerbaarheid van methoden als OSCE's (Objective Structured Clinical Examination ofwel stationsexamen) en video-metingen in de praktijk, is al eerder beschreven, maar bij SPs in de dagelijkse praktijk was dit nog niet bekend. In **hoofdstuk 7** werd dat gedaan door de resultaten van 22 reumatologen te onderzoeken die allen door acht incognito SPS bezocht waren. De checklists werden na afloop van het consult door de SPs ingevuld. Met de scores op deze lijsten werd een generaliseerbaarheidsanalyse uitgevoerd. Eén vijfde van de gevonden variatie kon worden toegeschreven aan de variatie tussen reumatologen, de grootste variatie aan de variatie in moeilijkheidsgraad tussen casus. Bij een genormeerde score-interpretatie was 3 uur testtijd (6 casus) nodig voor een reproduceerbare meting, terwijl 7 uur testtijd (14 casus) nodig was bij een absolute score interpretatie. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met de

resultaten over betrouwbaarheid zoals die gevonden zijn in studies bij OSCE's en andere authentieke competentie- en performance metingen.

Variatie in handelen is een bekend fenomeen en het stimuleren van "good clinical practice" betekent ook ongewenste variatie verminderen. Inzicht in het handelen van de dagelijkse praktijk en het combineren van deze data met uitkomstmaten van patiënten zal het definiëren van standaarden voor "good clinical practice" en het ontwikkelen van richtlijnen om de kwaliteit van handelen te verbeteren, vergemakkelijken.

In **hoofdstuk 8** werd de predictieve waarde van een "computerised case-based-test (CCT)" voor een performance meting onderzocht. Veertien van de 26 reumatologen die deelnamen aan de praktijk-meting met incognito SPs maakten een CCT die bestond uit 55 casus met een totaal van 121 items. Onverwacht werden hoge, maar negatieve correlaties gevonden tussen de scores van de praktijkmeting en die van de CCT. De correlatie tussen werkervaring en CCT score was positief en hoog, de correlatie tussen werkervaring en praktijkscore negatief en hoog. De score van de CCT was niet voorspellend voor de score van de praktijkmeting. Waarschijnlijk meten beide instrumenten iets anders, en is de één niet beter dan de ander. Beide meetinstrumenten hebben hun voor- en nadelen, maar bieden gecombineerd uitgebreidere informatie. Deze resultaten ondersteunen de gedachte dat voor een degelijke meting van performance diverse instrumenten noodzakelijk zijn.

In **hoofdstuk 9** komen de SPs zelf aan het woord. Zij geven hier hun mening over de reumatologen die ze bezocht hadden. Met 13 van de 16 SPs die aan de praktijkmeting hadden geparticipeerd, werd een focusgroep interview georganiseerd. De groep werd drie vragen voorgelegd. Ten eerste: waarom vindt een SP een reumatoloog aardig of niet aardig? Ten tweede: beïnvloeden situaties in de wacht- of spreekkamer de mening van een SP over de reumatoloog? En ten derde: heeft de ervaring van het participeren aan dit onderzoek als SP invloed op hun denken over artsen in het algemeen? Tijdens de discussie werden bovenstaande punten uitvoerig met eigen ervaringen geïllustreerd en werden tevens een aantal andere zaken spontaan door de groep naar voren gebracht; zoals de variatie in handelen van de verschillende reumatologen bij dezelfde presentaties, het verschil in benadering van dezelfde reumatoloog tijdens het eerste consult en het vervolg consult, en het effect van de verwijfsbrief van de huisarts op de consultvoering door de reumatoloog. Over het algemeen waren de deelnemers aan het focusgroep interview zeer tevreden over de ontvangen reumatologische zorg. Factoren die bijdroegen aan deze tevredenheid waren onder andere: "een persoonlijke benadering door de reumatoloog", "respectvol behandeld worden", en "voldoende ruimte krijgen om alle klachten te vermelden tijdens het consult". De patiënt persoonlijk uit de wachtkamer halen of informeren naar de thuissituatie werd als zeer positief

ervaren. Echter, een gordijn dat niet goed het omkleedhokje afsluit, een doktersassistente die de onderzoekskamer binnen komt lopen, of een uitvoering telefoongesprek met een collega tijdens het spreekuur worden als zeer vervelend ervaren. Opvallend was dat de SPs onder de indruk waren van variatie in het (medisch-inhoudelijk) handelen tussen de diverse reumatologen bij een zelfde casus. De benadering door de reumatoloog tijdens het vervolgconsult werd door de gestandaardiseerde patiënten vaak als slechter ervaren. Het merendeel van het commentaar van deze patiënten op communicatie en attitude van de reumatologen had betrekking op relatief “kleine zaken”, die gemakkelijk te verbeteren zijn. Deze feedback is waardevol om verbeteringen te bereiken in de alledaagse praktijk. Het is aan te bevelen dat artsen in de praktijk deze feedback kunnen krijgen. Misschien heeft dat wel meer impact dan het volgen van vele cursussen.