

Visitatie van huisartspraktijken

Naar toetsing van de praktijkvoering

P. VAN DEN HOMBERGH
R. GROL
A.J.N. SMITS
W.J.H.M. VAN DEN BOSCH

Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie van huisartspraktijken. Naar toetsing van de praktijkvoering. *Huisarts Wet* 1995; 38(4): 169-74.

Samenvatting Doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een valide, betrouwbare en bruikbare methode om de praktijkvoering van de huisarts te toetsen. Via een consensusprocedure met 40 deelnemers werd eerst een systematische beschrijving van het 'domein' van de praktijkvoering gegeven. Op basis hiervan werd vervolgens een visitatiemethode ontwikkeld, die getest werd door 59 huisartsopleiders. In de evaluatie door opleiders werd de visitatiemethode als valide maar nog te weinig gebruikersvriendelijk beoordeeld. Visiterende huisartsen vonden het veel werk, gevisiteerde huisartsen herkenden zich in de feedback van de rapportage. Het bleek mogelijk een gebiedsbeschrijving en een visitatiemethode voor de praktijkvoering te realiseren, waarin huisartsen zich herkenden. De ontwikkelde methode telt echter nog belangrijke tekortkomingen en vraagt om verdere ontwikkeling.

P. van den Hombergh, huisarts te Almere, onderzoeker Werkgroep Ondergroep Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK) te Nijmegen. Prof.dr. R. Grol, hoofd WOK, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Rijksuniversiteit Limburg (KUN/RL); Dr. A.J.N. Smits, stafid vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuisgeneeskunde (HSV) van de KUN, Dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts en stafid van de vakgroep HSV van de KUN.

Correspondentie: P. van den Hombergh, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere.

Inleiding

Een van de kernpunten van het kwaliteitsbeleid van NHG en LHV is, dat huisartsen nascholing volgen op basis van objectieve gegevens over hun kennis, vaardigheden en handelen.¹ Voor aspecten als vakinhoudelijke kennis, technische vaardigheden en vaardigheden op het gebied van de consultvoering zijn inmiddels bruikbare instrumenten beschikbaar.² Het ontbreken van een goede toetsingsmethode op het gebied van de praktijkvoering was aanleiding tot een project van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), samen met NHG en LHV, met als doel het ontwikkelen en evalueren van een valide, betrouwbare en praktisch toepasbare methode.^{3,4}

Visitatie wordt in toenemende mate toegepast – vooral bij intramuraal werkende specialisten⁵ – ondanks het feit dat de methode zeer indringend is, en ondanks problemen ten aanzien van de organisatie en de inzet van visitatoren; in Groot-Brittannië, Canada en Nieuw-Zeeland wordt er al geruime tijd mee geëxperimenteerd.⁶⁻⁸ De verwachting is dat visitatie ook binnen de huisartsgeneeskunde van belang kan zijn.

Sinds de eerste publikaties over 'onderlinge observatie der praktijkvoering door huisartsen'^{9,10} zijn de inzichten over optimale praktijkvoering belangrijk verbeterd. Er zijn nu vier NHG-standaarden op dit gebied (Bereikbaarheid/Beschikbaarheid, Medische Verslaglegging, De Verwijsbrief en De Verloskundige Praktijkvoering) en daarnaast zijn er richtlijnen voor de uitrusting en organisatie (NHG-Bouwstenen der praktijkvoering).^{11,12} Er is verder belangrijk onderzoek gedaan naar het delegeren aan de praktijkassistent, preventie en verslaglegging. Hieraan kunnen criteria worden ontleend waaraan praktijkvoering getoetst kan worden. Daarnaast is het nodig een acceptabele en toepasbare procedure voor de toetsing te vinden.

Voor het ontwikkelen van een valide toetsingsmethode is een zorgvuldige beschrijving van het domein waarop de toets betrekking moet hebben, een eerste voorwaarde.¹³ Het ontbreken van zo'n beschrijving van het begrip 'praktijkvoering'

en van valide methoden om de praktijkvoering van de huisarts in kaart te brengen, was aanleiding tot een project met als centrale vragen:

- Welke aspecten van het huisartsenwerk behoren tot het gebied van de praktijkvoering?
- Welke inhoud en vorm moet een visitatiemethode hebben om de praktijkvoering te toetsen?

Methoden

Omdat de praktijkvoering nog onvoldoende is gestandaardiseerd, lag het voor de hand een educatieve en geen selectieve visitatiemethode te ontwikkelen, dus zonder consequenties voor de selectie tot huisartsopleider en voor (her)registratie. De visitatiemethode zou zowel bruikbaar moeten zijn bij kwaliteitsverbetering van de individuele huisarts(praktijk), als voor het vaststellen van lacunes en behoeften bij grotere groepen huisartsen of zelfs de gehele beroepsgroep. Om dit te bereiken zou de te ontwikkelen methode moeten voldoen aan de volgende eisen:

- dekking van het totale gebied van de praktijkvoering;
- aansluiten bij bestaande, geaccepteerde indelingen en ordeningen van dit deel van het huisartsenvak;
- relevante en herkenbare onderwerpen uit de dagelijkse praktijkvoering bevatten;
- praktisch, overzichtelijk en gebruikersvriendelijk zijn;
- verschillen tussen huisartspraktijken zichtbaar maken.

Gebiedsbeschrijving, raamwerk en checklist

Experts op het gebied van toetsontwikkeling wijzen op het centrale belang van een goede, dekkende omschrijving van het te toetsen domein.^{14,15} Daarom werd gestart met een uitvoerige literatuurstudie en het raadplegen van experts. Voor de verdere inhoudelijke validering werd gebruik gemaakt van een consensusprocedure¹⁶ waaraan 25 huisartsen en experts op het gebied van de praktijkvoering deelnamen. Wij vroegen telkens vijf deelnemers in een

eerste ronde de inhoud van een van de hoofdcategorieën te beoordelen op indeling en ordening, op relevantie, op omschrijving van de geformuleerde items (handelingen, taken, materialen) en op compleetheid. De gegevens van deze 25 deelnemers werden verwerkt in een nieuw raamwerk en een nieuwe lijst.

Vervolgens werd aan een groep van 15 praktiserende huisartsen die deelnamen aan een cursus praktijkvoering, gevraagd hun eigen praktijk te evalueren aan de hand van de complete lijst items. Zij konden op basis van hun ervaringen per item commentaar geven en aanvullingen voorstellen. Tenslotte kregen alle 40 deelnemers een eindversie toegestuurd, met opnieuw een verzoek om commentaar. Zij vulden een vragenlijst in met vragen naar relevantie, volledigheid, systematiek en gebruikersvriendelijkheid ten aanzien van het toetsen van de praktijkvoering.

Ontwikkeling visitatiemethode en instrumentarium

Wij inventariseerden in de literatuur over interventiestrategieën en visitatiemethoden die ook aspecten van de praktijkvoering behandelen, welke instrumenten voor gegevensverzameling waren gebruikt, hoe de gegevens waren verzameld, hoe de feedback of rapportage was verlopen en hoe de methode was geëvalueerd.

Voor de ontwikkeling van instrumenten om gegevens te verzamelen was het nodig een selectie te maken van indicatoren die een aanwijzing kunnen geven over de kwaliteit van de praktijkvoering. Wij achten een indicator geschikt als deze:

- relevant is voor de praktijkvoering;
- representatief is voor een bepaald onderdeel (zo is oren uitspuiten door de assistente representatief voor delegeren);
- goed discrimineert, dus verschillen tussen huisartsen en praktijken laat zien;
- eenduidig te meten is (bij voorkeur via met ja of nee te beantwoorden vragen).

Evaluatie in de praktijk

De visitatiemethode werd getest bij huisartsopleiders in de universitaire regio Nijmegen. In totaal werden 70 opleiders uit-

genodigd, van wie er 59 deelnamen. Alle deelnemers vulden na afloop een vragenlijst in, waarin zij hun mening gaven over de methode en de instrumenten: over de inhoud, de systematiek, de relevantie van de feedback, de bruikbaarheid van de visitatie (duidelijk, leuk, praktisch, weinig belastend/bedreigend) en de mate waarin deelname leerzaam was en tot voornemens voor verandering leidde. Daarnaast werden de verslagen van groepsbijeenkomsten geanalyseerd om informatie te verzamelen over het oordeel van de deelnemers.

De feitelijke gegevens over de praktijkvoering in 59 opleidingspraktijken, verzameld met de verschillende toetsingsinstrumenten, werden vervolgens geanalyseerd. Weinig discriminerende indicatoren (98 procent van de huisartsen had bijvoorbeeld fluoresceïnestrrips) werden verwijderd. Via correlatieve en factoranalyse werd de samenhang tussen de scores voor verschillende indicatoren nagegaan. Hiermee konden dimensies binnen de lijst van indicatoren worden vastgesteld. De indicatoren 'oren laten uitspuiten' en 'hechtingen verwijderen' zijn bijvoorbeeld samen met een aantal andere indicatoren van de legerbare taken te interpreteren als de dimensie 'medisch-technisch delegeren'.

Resultaten

Gebiedsbeschrijving, raamwerk en checklist

Voor 'praktijkvoering' bestaat geen identiek begrip in de Angelsaksische wereld. Daar gebruikt men de begrippen 'management in general practice' en 'organisation in general practice'.¹⁷ Deze begrippen worden vooral in verband gebracht met de vaardigheid van het managen of organiseren van een praktijk(team) en minder met de randvoorwaarden voor goede zorg. In Nederland en België (en ook in Portugal¹⁸) is praktijkvoering een veelomvattend begrip, dat juist ook op die randvoorwaarden betrekking heeft.

In het LHV-basistakenpakket van de huisarts vindt men de term 'praktijkvoering' niet; daar wordt gesproken van 'taken', waarbij de zogenaamde ondersteu-

nende taken omvatten wat in het algemeen als praktijkvoering kan worden gezien.¹⁹ *Spruij et al.* spreekt ook niet over praktijkvoering maar over de 'managementtaak van de huisarts'.²⁰ Het begrip praktijkvoering komt men wel tegen bij *Ten Cate* en in het boek 'Kenmerken van de huisarts'.^{21, 22}

De specifieke aandacht en de daaraan gekoppelde activiteiten (groene kaart, bouwstenen) van de Commissie Praktijkvoering (CPV) van het NHG hebben ertoe bijgedragen dat het begrip 'praktijkvoering' een concrete invulling heeft gekregen. In navolging van de CPV hebben wij praktijkvoering gedefinieerd als 'die aspecten van de beroepsuitoefening, die naast patiëntgerichte, zorginhoudelijke aspecten, voorwaarde zijn voor de realisering van goede huisartsenzorg'.

Bestudering van de literatuur en raadpleging van deskundigen leverde de in *tabel 1* weergegeven indeling in vijf hoofdcategorieën op. De uitwerking in handelingen, functies en uitrusting resulteerde uiteindelijk in een checklist met 2410 aspecten van de huisartsenzorg die betrekking hebben op de praktijkvoering.²³

Ontwikkeling visitatiemethode en instrumentarium

Ten behoeve van de ontwikkeling van de visitatiemethode werd de aanpak in de volgende landen bestudeerd: Verenigd Koninkrijk, Canada, Nieuw-Zeeland, Australië en Nederland.^{7, 8, 24-26} De voor visitatie gebruikte instrumenten verschillen, afhankelijk van het doel, maar een vragenlijst voor de huisarts en een kaartenbak-observatie maken altijd deel uit van de methode. Een patiëntenquête is een belangrijk onderdeel van de procedure in Canada. Een vragenlijst voor de assistente wordt nergens gebruikt. Het tevoren aanleveren van outcome-gegevens is vereist in Engeland en Canada, maar het maakt de visitatie bewerkelijk en leek voor ons project niet haalbaar. Wij volgden de onderstaande aanpak:

Uit de 2410 gevonden aspecten van de praktijkvoering werden, op basis van de geformuleerde criteria, 234 aspecten geselecteerd als meest relevante en repre-

Tabel 1 Hoofdstukken uit de 'checklist praktijkvoering' en hun inhoud

<p>I Praktijkuitrusting Hieronder worden verstaan de aanwezige materialen, ruimtelijke voorzieningen, instrumenten en medicamenten, echter met uitzondering van registratiemiddelen (recepten, formulieren etc., zie hoofdstuk IV 'Verslaglegging') en de hulpmaterialen voor communicatie, zoals telefoon en schrijfmaterialen.</p> <p>II Delegatie en Samenwerking Onder deze noemer vallen alle relaties van de huisarts met de patiënten, de praktijkassistente en medewerkers, de huisartsgroep en de overige personen en instanties in het netwerk van de gezondheidszorg.</p>	<p>III Dienstverlening en Organisatie Dit hoofdstuk omvat al die aspecten van de praktijkvoering, die het mogelijk maken om efficiënte en effectieve service en zorg te verlenen.</p> <p>IV Verslaglegging Dit hoofdstuk betreft zowel de registratie van de medische zorg als de documentatie van de financiële praktijkvoering.</p> <p>V Kwaliteit 'Kwaliteit' betreft die aspecten, die direct te maken hebben met de bevordering van de kwaliteit van de praktijkvoering en indirect met de bevordering van de kwaliteit van medisch-inhoudelijke kanten van het werk van de huisarts.</p>
--	---

Tabel 2 Aantallen indicatoren geselecteerd uit 2410 aspecten van de 'checklist praktijkvoering', weergegeven per hoofdcategorie en per subcategorie.

I Praktijkuitrusting		
– instrumentarium (aanwezigheid)	24	
– instrumentarium (gebruik van)	15	
– uitrusting onderweg (koffer)	14	
– overig (oppervlaktës, service, hygiëne)	18	
Totaal		71
II Delegatie en Samenwerking		
– delegatie (assistente)	35	
– samenwerking (netwerk)	37	
Totaal		72
III Dienstverlening en Organisatie		
– patiëntenoordeel (over de service)	25	
– organisatie (van informatie, praktijk, preventie)	31	
Totaal		56
IV Verslaglegging		24
V Kwaliteit		11
Totaal geselecteerd		234
Toegevoegd:		
Achtergrondgegevens		28
Werkbelasting en Werkdrukgegevens		22
Totaal (indicatoren in de visitatiemethode)		284

sentatieve indicatoren (tabel 2). Deze indicatoren zijn gebruikt in verschillende instrumenten die ten behoeve van de visitatie zijn ontwikkeld: vragenlijsten voor artsen en assistentes, een checklist voor de observatie in de praktijk, een korte patiëntenquête en een instrument voor observatie van een aantal patiëntenkaarten. Voor elke indicator werd beoordeeld hoe de meest betrouwbare informatie verkregen kon worden.

Voor het uitvoeren van de visitatie werden verder de volgende hulpmiddelen ontwikkeld (tabel 3):

- Een procedure waarmee een collega of een getraind persoon in ongeveer een halve dag de gegevens zou kunnen verzamelen.
- Een feed-backformulier, waarop de verzamelde gegevens overzichtelijk worden geordend. Het formulier is opgebouwd volgens de hoofd- en subcategorieën uit het raamwerk voor de praktijkvoering. Met behulp hiervan kan de gevisiteerde huisarts(praktijk) snel een overzicht krijgen van lacunes in de praktijkvoering.
- Procedures voor de nabespreking van de feed-back met de gevisiteerde huisarts en voor bespreking van de resultaten in de huisartsgroep.

De visitatiemethode werd getest in enkele praktijken en bijgesteld, waarna een uitvoeriger evaluatie bij huisartsopleiders volgde.

Evaluatie in de praktijk

De evaluatie betrof enerzijds ervaringen van de 59 huisartsopleiders met de visitatie en anderzijds een analyse van de gevonden scores bij toepassing van de visitatiemethode. De introductie van de methode vond groepsgewijs plaats (vaste opleidersgroepen) en riep zowel positieve als negatieve reacties op. Er was aanvankelijk nogal wat argwaan ten aanzien van een dergelijke indringende methode en sommige opleiders waren niet overtuigd van het nut. Ook de relatief grote inspanning (0,5-1 dag), zonder direct zichtbaar voordeel, riep vragen op. De eerste positieve ervaringen van collega's zorgden deson-

danks voor een bevredigende deelname (84 procent). De schriftelijke enquêtes over de methode werd door 51 visiterende (86 procent) en 44 gevisiteerde huisartsen (75 procent) ingevuld.

De waardering voor de visitatiemethode was nauwelijks afhankelijk van de hoedanigheid waarin men had deelgenomen (tabel 4). Men had de methode niet bedreigend gevonden, waarbij opviel dat de visitatoren de bedreiging iets hoger inschatten dan de gevisiteerde deelnemers (respectievelijk 97 en 91 procent). De visitatoren vonden de visitatie leerzamer dan de gevisiteerden, maar onplezieriger om te doen.

Bij 43 procent van de huisartsen had de visitatie geresulteerd in voornemens voor verbetering. Praktijkuitrusting kreeg de beste waardering, gevolgd door 'De totale praktijkvoering' en 'Verslaglegging'. De andere hoofdcategorieën werden lager gewaardeerd.

Kritiek betrof vooral het schrijf- en rekenwerk dat ten behoeve van de feedback moest plaatsvinden, alsook de geringe nieuwswaarde van een deel van de feedback. Aspecten als 'Omgaan met werkbelasting' en 'Time-management', van grote relevantie voor de dagelijkse praktijk, vond men slecht uit de verf gekomen. Men miste verder de mogelijkheid van vergelijking met andere praktijken; referentiecijfers zouden de gegevens meer reliëf geven. De nabesprekingen in de opleidersgroepen waren desondanks positief van aard: in bijna alle groepen werden leer- en actiepunten opgesteld, waaraan in de nascholing verder zou worden gewerkt.

Analyse van de scores

In totaal waren er voor nadere analyse 59 compleet ingevulde instrumenten beschikbaar. De analyse betrof frequentieverdelingen (inclusief het discriminerend vermogen) van de scores voor de verschillende indicatoren, de overeenstemming in de scores van huisarts en assistente en de onderlinge samenhang van de gekozen (sub)categorieën van indicatoren.

We elimineerden 32 indicatoren die te weinig discrimineerden (>95 procent of <5 procent) en vijf onduidelijke indicato-

Tabel 3 De visitatiemethode: procedures voor toetsing van de praktijkvoering

Voorafgaand aan de visitatie

- Introductie in de groep; datum en tijd afspreken
- Ontvangst van de handleiding met procedures en vragenlijsten
- Huisarts en assistente vullen de vragenlijsten in

De dag van de visitatie

- Aankomst en introductie van de visitator in de praktijk
- De visitator verzamelt de ingevulde vragenlijsten van huisarts, assistente
- De assistente geeft 15 patiënt-enquêtes aan iedere patiënt die het spreekuur bezoekt
- De visitator voert de observatie van de praktijk en het kaartenbakonderzoek uit

- De visitator voert de verzamelde gegevens in op het voorgestructureerde feedbackformulier
- De visitator vraagt naar de reactie van de huisarts op de visitatie en bediscussieert het rapport
- Zowel visitator als gevisiteerde vullen een evaluatieformulier in

Na afloop van alle visitaties in de groep

- De groep komt bijeen om de resultaten van iedere deelnemer en van de groep te evalueren
- Een actielijst wordt gemaakt van punten waarin deelnemers of de groep willen nascholen

Tabel 4 De waardering van de visitatiemethode op een vijfpuntsschaal door de visiterende en gevisiteerde huisartsen. Percentages 'geheel eens' + 'eens'

	Visiterende huisartsen n=51	Gevisiteerde huisartsen n=44
De visitatiemethode:		
- is niet bedreigend voor huisarts of assistente	72	91
- was leerzaam voor de eigen praktijkvoering	53	43
- was voor de visitator niet onplezierig	41	50
- resulteerde in voornemens voor verbetering	43	43
De feedback gaf een juist beeld van:		
• De totale praktijkvoering	69	82
I Het instrumentarium	77	89
II De samenwerking en delegatie	46	52
III De dienstverlening en organisatie	58	59
IV De verslaglegging	69	70
V Organisatie van de kwaliteit	67	45

ren; 22 indicatoren uit de huisartsvragenlijst, waarvan de scores grote overeenkomst lieten zien met de score op de vragenlijst voor de assistente, lieten wij vervallen (Cohen's kappa's >0,70 procent). Deze indicatoren betroffen de delegatie van taken aan de assistente.

Door middel van multivariate analyse

werd de samenhang tussen indicatoren nagegaan. Een deel van de vooraf veronderstelde categorieën liet inderdaad een goede onderlinge samenhang zien (tabel 5). In andere gevallen, met name bij de dimensies die de organisatorische kwaliteiten van de huisarts betroffen, werd een dergelijke samenhang niet gevonden.

Tabel 5 Dimensies, gevonden als resultaat van factoranalyse (principale-componentenanalyse en varimaxrotatie) geordend per hoofdstuk van het toetsingsinstrument en Cronbach's alfa (n=59)

Hoofdstuk/dimensies	Cronbach's alfa
<i>Praktijkuitrusting</i>	
- instrumentarium (aanwezigheid)	0,71
- high investment	0,72
- instrumentarium (gebruik van)	0,70
- uitrusting onderweg (koffer)	0,56
- EHBO-uitrusting	0,42
- hygiëne, steriliteit, onderhoud	*
<i>Delegatie en Samenwerking</i>	
- delegatie: medisch-technisch	0,80
- delegatie: administratief	0,51
- delegatie: financieel/boekhoudkundig	0,67
- samenwerking in de Hagro	0,79
- samenwerking in de 1e lijn	0,70
- samenwerking met de 2e lijn	*
<i>Dienstverlening en Organisatie</i>	
- organisatie van de voorlichting	0,63
- organisatie van de preventie	0,80
- service	*
- bereikbaarheid	*
- spreekuurorganisatie	*
<i>Verslaglegging</i>	
- journaal en basisgegevens	0,82
- notatie van de medicatie	0,80
<i>Kwaliteit</i>	
- organisatie van de kwaliteit	*

* Niet-interpreteerbare dimensie.

Beschouwing

De door ons beschreven werkwijze is gebruikelijk bij de ontwikkeling van competentietoetsen,^{15,27} maar is nog niet eerder toegepast bij instrumenten ter toetsing van de praktijkvoering. De resultaten zijn beemoedigend, maar maken duidelijk dat ons doel zeker niet is bereikt en dat aan de visitatie op kritische wijze verder gesleuteld zal moeten worden.

Positief zijn de praktische uitvoering van de visitatie (de observatie, het feedbackrapport en de nabespreking zijn binnen vijf uur afgerond, terwijl de praktijk gewoon doorgaat) en de validiteit (de meerderheid van de deelnemers herkende in de feed-back de eigen werkwijze en praktijkvoering). De assistente bleek verder een betrouwbare bron voor het beant-

woorden van de vragen over gedelegeerde taken.

Verschillende dimensies, bekend uit de literatuur en in aangepaste vorm verwerkt in onze methode, blijken ook in dit onderzoek intern consistent. Zo werd de 'Delegatie-index' van Nijland²⁸ (alfa = 0,70²⁹) bevestigd (ons onderzoek: alfa = 0,80). De dimensie 'Duur instrumentarium' is beschreven door *Bradley & Watkins*³⁰ in Groot-Brittannië, waar de huisarts ook geen tegemoetkoming krijgt voor de aanschaf. In het onderdeel 'Verslaglegging' vonden wij, evenals *De Melker*,¹⁶ de dimensies 'Achtergrondgegevens' en 'Journaalgegevens'.

De visitatie bleek niet bedreigend en het gevisiteerd worden vormde nauwelijks een belasting voor de praktijk. De nabe-

spreking in de groep leidde over het algemeen tot een duidelijk actieprogramma, maar onduidelijk is, in hoeverre dat ook geïmplementeerd is.

De visitatie vertoonde tevens nog duidelijke tekortkomingen, die tot aanpassingen aanleiding gaven. Onze visitatie is bedoeld voor huisartsen die hun praktijkvoering willen toetsen in het kader van kwaliteitsverbetering. Deelnemers realiseerden zich dikwijls onvoldoende hoe belangrijk het is om dan ook echt met het resultaat aan de slag te gaan, met als consequentie dat de bestaande praktijkvoering in het algemeen werd goedgepraat. De visitatiemethode zou nog scherper moeten aangeven, op welke punten verandering overwogen moet worden.

De pretentie van de visitatie, dat de gehele praktijkvoering zou worden doorgevoerd, schiep vaak te hoge verwachtingen bij de deelnemers. Voor die pretentie bleek de methode nog te onrijp. Zo bleken met name dimensies als 'Samenwerking', 'Service en organisatie' en 'Organisatie van de kwaliteitsbevordering' onvoldoende herkenbaar in de feed-back. In de evaluatie bleken de deelnemers de validiteit van deze dimensies laag te waarderen. Het blijkt moeilijk om voor deze nogal abstracte dimensies bruikbare en relevante indicatoren te vinden. Door selectie van nieuwe indicatoren en door continue evaluatie van met de methode verzamelde gegevens is verdere verbetering te realiseren en zal de zeggingskracht van de feed-back toenemen. Dit betreft ook de kwaliteit en dus zeggingskracht van de referentiecijfers. Op basis van deze studie lijkt het gewenst het instrument te voorzien van een groot aantal, niet geselecteerde huisartsen (praktijken).

Wat betreft de toepasbaarheid vonden de huisartsen het visiteren misschien wel leerzaam, maar aan de administratieve klus beleefden zij maar weinig plezier. De deelnemers spraken duidelijk de wens uit om het administratieve deel uit te besteden. Een vervolgstudie zal worden uitgevoerd om na te gaan welke wijze van visitatie het meest geschikt is. Door vooral kwaliteitsverbetering voorop te stellen bij

de ontwikkeling van de visitatiemethode bleven negatieve associaties met kwalificatie en selectie tot nu toe achterwege.

We hebben sterk het gevoel op de goede weg te zijn met de gevolgde werkwijze. We hopen dat de methode voldoende appelleert aan huisartsen, die hun praktijkvoering willen verbeteren, want dat zal de gegevens en inspiratie leveren voor noodzakelijke verdere verbeteringen.

Literatuur

- 1 Anoniem. Nota kwaliteits en deskundigheidsbevordering. Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging, 1990.
- 2 Anoniem. Toetsing van het medisch handelen. Nijmegen: WOK, KUN, 1992.
- 3 Tielens VCL. Het NHG en kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. *Med Contact* 1989; 44: 748-51.
- 4 Grol R. Implementing guidelines in general practice. *Quality in Health Care* 1992; 1: 184-91.
- 5 Lombarts MJHJ, Merkus JMWM. Visitatie van specialistische maatschappen. *Ziekenhuis management* nr. 9 september 1993.
- 6 Anonymous. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice. London: Royal College of General Practitioners, 1985.
- 7 Anonymous. Practice assessment programme. Criteria for ambulatory care. Mississauga, Ontario: College of Family Physicians, 1991.
- 8 Anonymous. General practice training programme, quality assurance programme reference manual 1992. Wellington: RNZCGP, 1992.
- 9 Bergsma JJ. Onderlinge observatie der praktijkvoering door huisartsen. *Huisarts Wet* 1966; 9: 82-7.
- 10 Commissie Toetsing van het NHG. Onderlinge praktijkobservatie. Een draaiboek voor koppels huisartsen. *Huisarts Wet* 1984; 27: 130-4.
- 11 Nederlands Huisartsen Genootschap. De NHG-standaarden voor de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG, 1989.
- 12 Commissie praktijkvoering van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Bouwstenen Praktijkvoering*. Utrecht: NHG, 1988.
- 13 Ebel RL. The practical validation of tests of ability. *Educational measurement: issues and practice* 1983; 2: 7-10.
- 14 Ebel R. *Measuring educational achievement*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.
- 15 Van der Vleuten CPM. Naar een rationeel systeem voor toetsing van studieprestaties in probleemgestuurd medisch onderwijs. Amsterdam: Thesis, 1989.
- 16 Grol R, Van Everdingen J, Kuipers F, Casparie A. Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134: 1186-9.
- 17 Pritchard P, Low K, Whalen M. *Management in general practice*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- 18 Ramos V, Baleiras SJ. A Gestão da prática clínica pelo médico de família. Doze artigos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1990; 7; 1991;8.
- 19 Anoniem. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1987.
- 20 Sprij B, Casparie AF, Lako CJ. De managementtaak van de huisarts. Noordwijk: Zilveren Kruis Verzekeringen, 1992.
- 21 Ten Cate RS. De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1973.
- 22 Anoniem. Kenmerken van de huisarts. Utrecht: Universitair instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1980.
- 23 Van den Hombergh P, Dalhuysen J, Grol R, et al. Checklist praktijkvoering. Een overzicht van relevante elementen van de praktijkvoering van de huisarts. Utrecht: NHG, 1994.
- 24 Anonymous. Criteria for fellowship by assessment of the Royal College of General Practitioners. London: Royal College of General Practitioners, 1989.
- 25 Anonymous. Draft interim minimum standards for general practice. Canberra: Royal Australian College of General Practitioners, 1993.
- 26 Grol R, Mesker P, red. *Huisarts en onderlinge toetsing*. Utrecht: Bunge, 1986.
- 27 Pollemans M. *Kennis toetsing bij huisartsen*. Maastricht: Universitaire Pers, 1994.
- 28 Nijland A. De praktijkassistente in de huisartsenpraktijk. *Progressie in professionalisering [Dissertatie]*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 29 Foets M, Van der Velden J. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Basisrapport: Meetinstrumenten en procedures, bijlagen*. Utrecht: Nivel, 1991.
- 30 Bradley N, Watkins S. Survey of equipment in general practice. *BMJ* 1989; 299: 435-6. ■

Abstract

Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. A practice visit to assess the organisation of the general practitioner. *Huisarts Wet* 1995; 38(4): 169-74.

Introduction The Dutch organisations representing general practitioners (LHV and NHG) want to promote audit in general practice. Practice management is an important structural aspect of care and deserves assessment. Therefore the Centre of Quality of Care Research of the universities in Nijmegen and Maastricht (WOK) in The Netherlands started a project to develop a method for visitation to assess practice management. The article describes its development.

Methods To define 'practice management' and to describe and establish its domain and content systematically a consensus procedure was held with 40 participating GPs, 25 of them being specialised in various subject of practice management. This was the basis for the development of a method for visitation, that was tested in 59 GPs. The method for visitation includes a procedure for a visit of the practice and various instruments, to obtain data from the GP, his/her assistant, patients. The data were entered in a prestructured report, providing feed-back for the GP.

Results The description of the domain of 'practice management' resulted in a checklist dividing and listing relevant items in main and subcategories down to the level of proceedings, functions and objects. The method for visitation deducted from the checklist was used to assess relevant and discriminating items in practice management. The evaluation by the participants supported the validity of the method, but left doubts over its feasibility. Visiting colleagues didn't like the administrative duties, but the ones visited recognised their practice management in the report.

Conclusion It was possible to establish the domain of 'Practice Management' and realise a method for its assessment by visitation, resulting in a recognisable picture for the participant. Yet the method has important drawbacks deserving further development.

Key words Audit; Family practice; Visitation.
Correspondence P. van den Hombergh, MD, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere, The Netherlands.