

EVALUEREN VAN DE KWALITEIT VAN ZORG IN DE HUISARTSEN PRAKTIJK

R.P.T.M. Grol, J.C.C. Braspenning en C.J. in 't Veld

KERNBOODSCHAPPEN

- Er is behoefte aan kwaliteitssystemen: geïntegreerde en goed geplande activiteiten en maatregelen op verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg, gericht op een continue toetsing en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.
- Een cruciaal onderdeel van elk evaluatiesysteem vormen de kwaliteitsindicatoren.
- Het medisch handelen kan geëvalueerd worden met behulp van de NHG-Standaarden, waarbij de essentiële gegevens uit het medisch dossier worden gehaald.
- Het is de kunst om een juiste balans te vinden tussen autonomie en zelfregulatie aan de ene kant en voldoende verantwoording naar buiten afleggen aan de andere kant.
- De indicatoren die in dit boek zijn beschreven, zijn vooral bedoeld voor interne kwaliteitscontrole, dus voor kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk.
- Dit boek gaat over een set van indicatoren voor het medisch handelen. Daarnaast wordt kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk nog door vele andere aspecten bepaald.

Artsen zijn altijd zelf verantwoordelijk geweest voor de kwaliteit van hun eigen (klinisch) handelen. Zij hebben die verantwoordelijkheid ook genomen; echter tot nu toe is dit grotendeels impliciet gebleven. Bij het afronden van de (specialistische) opleiding krijgt de arts de bevoegdheid te praktiseren; voor het behouden van de registratie is het volgen van geaccrediteerde na- en bijscholing voldoende. Dit bood de samenleving vertrouwen in de kwaliteit van de geboden zorg. Het sprak vanzelf dat artsen voldoende competent waren en dat ze handelden in het belang van de gemeenschap en vooral van individuele patiënten. In de vanzelfsprekendheid van dit vertrouwen is de laatste tijd om meerdere redenen snel verandering gekomen. Zo blijkt de zorgverlening op verschillende plaatsen sterk te variëren, trekken berichten over fouten en misstanden sterk de aandacht, zijn veel patiënten beter geïnformeerd, mondiger en wellicht veeleisender, en bestaat in het algemeen de wens in de samenleving dat gezagsdragers en andere publieke figuren verantwoording naar buiten afleggen. Vertrouwen moet in toenemende mate worden verdiend door te laten zien wat men doet en vooral dat men het goed doet. Dit heeft binnen de gezondheidszorg geleid tot een intensieve ontwikkeling van methoden, procedures en indicatoren voor het beoordelen en kritisch evalueren van de patiëntenzorg. Kwaliteits- en prestatie-indicatoren op allerlei gebieden van de zorg worden geïntroduceerd, evenals toetsings-, visitatie- en accreditatieprocedures. Er is een toenemen-

de druk vanuit de overheid, de inspectie voor de gezondheidszorg, de zorgverzekeraars en de patiënten- en cliëntenorganisaties op zorgverleners om de kwaliteit van de zorg zichtbaar en vergelijkbaar te maken.

Een en ander geldt ook voor de huisartsenzorg. Instrumenten om de zorg te toetsen zijn al langer beschikbaar (bijvoorbeeld de VIP, Visitatie Instrument Praktijkvoering¹) maar de laatste tijd is de behoefte aan valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren, ook voor het klinisch handelen, groter geworden. Dit boek is hiervan een neerslag. Uiteraard spelen aanbevelingen uit de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG-Standaarden) een centrale rol in de in dit boek gepresenteerde indicatoren. Alvovens het ontwikkelingsproces te schetsen en de indicatoren zelf te presenteren, wordt in dit hoofdstuk de context van kwaliteitstoetsing en de rol van indicatoren daarin beschreven: waar past dit in de ontwikkeling van kwaliteitszorg in de geneeskunde?

1.1 Het belang van systematische kwaliteitsverbetering

Het ontvangen van goede gezondheidszorg is vastgelegd als een fundamenteel recht van iedere burger.² Naast een goede toegang tot de zorg betekent dat effectieve zorg volgens de laatste wetenschappelijke inzichten, een efficiënt georganiseerde zorg, op de patiënt gerichte zorgprocessen en, vooral, zorg afgestemd op de behoeften van individuen en groepen in de samenleving, ongeacht hun achtergrond. Lang heeft men, zoals gezegd, gedacht dat een goede opleiding in de geneeskunde een voldoende garantie vormde voor een optimale patiëntenzorg. Uit allerlei studies komt echter naar voren dat veel patiënten niet de zorg krijgen die ze zouden moeten hebben; een deel van de patiënten krijgt onnodige of zelfs schadelijke zorg.³ Het deelnemen aan toetsing of na- en bijscholing op ad-hocbasis blijkt onvoldoende om veranderingen in gang te zetten die de zorg verbeteren. Systematische en continue verbetering van de kwaliteit en intensieve activiteiten op dit gebied door zorgverleners, beleidsmakers, verzekeraars, enzovoort, zijn nodig om een en ander voor elkaar te krijgen. Er is behoefte aan 'kwaliteitssystemen': geïntegreerde en goed geplande activiteiten en maatregelen op verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg, gericht op een continue toetsing en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.² In Nederland zijn de juridische kaders vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de wet BIG.

Een kwaliteitssysteem omvat diverse, onderling samenhangende activiteiten⁴:

- selectie van prioriteiten: aspecten van de zorg waar potentieel verbetering nodig en mogelijk is;
- het formuleren en vaststellen van de gewenste zorg, in de vorm van

- richtlijnen, protocollen, doelen voor verbetering, het identificeren van 'best practices';
- beoordeling van de feitelijke zorg aan de hand van indicatoren, het benoemen van criteria, dataverzameling, het ontwerpen van instrumenten, procedures, enzovoort;
 - verbetering van de zorg waar nodig, door middel van goed voorbereide plannen en programma's voor verandering;
 - het evalueren of het gelukt is de zorg te verbeteren, het waar nodig aanpassen van het programma en het onderhouden van het bereikte niveau.

Kwaliteitsverbetering is zo dus een cyclisch proces van continue toetsing en verbetering van de zorg, waarbij zowel structuuraspecten (organisatie van zorgprocessen, beschikbare staf, veiligheid, uitrusting, middelen, enz.), het proces van zorgverlening (klinisch handelen, communicatie met patiënten, informatie, enz.) als de uitkomsten van zorg bij patiënten (gezondheid, kwaliteit van leven, satisfactie, compliance, en dergelijke) moeten worden beoordeeld en waar nodig verbeterd. Dit is niet eenvoudig. Het vraagt consistent en helder beleid van overheid, verzekeraars, professionals, managers, onderzoekers en anderen. Patiëntenorganisaties dienen hierbij betrokken te zijn.

1.2 Evaluatie van kwaliteit van zorg

Een van de cruciale stappen in een kwaliteitssysteem is de periodieke of continue evaluatie of monitoring van de feitelijk geboden zorg. Gegevens over het feitelijke handelen zijn zowel nodig om de behoeften aan zorg in kaart te brengen als om de samenleving te tonen dat de zorg van voldoende kwaliteit is. In feite is deze evaluatie dus nodig met het oog op twee (soms conflicterende) doelen:

- *Interne evaluatie:* dit betreft het verzamelen van data die de zorgverleners zelf kunnen helpen lacunes in het handelen te ontdekken, doelen voor verbetering te formuleren en later na te gaan of er verandering is bereikt. Hierbij geldt het gezegde 'every defect is a treasure', een gelegenheid voor medewerkers in de huisartsenpraktijk om gerichte verbeteringen te bereiken. Naast de interne motivatie om de patiëntenzorg op een kwalitatief hoog niveau te brengen, speelt de vraag van buitenaf om de praktijkvoering transparant, doorzichtig te maken een rol.
- *Externe evaluatie:* dit betreft een evaluatie van de gegevens door anderen, in sommige gevallen niet-zorgverleners, met het oog op het bewaken van de kwaliteit van de geleverde zorg en tevens om aan burgers de mogelijkheid te bieden te kiezen voor de beste of de meest bij hen passende zorg. Daarnaast hebben overheid, inspectie, ziektekostenverzekeraars en patiënten/consumenten behoefte aan meer inzicht in het feite-

lijk handelen, om zo in staat te zijn zorgverleners te vergelijken ten opzichte van een bepaalde standaard ('benchmarking').

Er bestaat een zekere spanning tussen deze twee benaderingen van toetsing en evaluatie, beide hebben specifieke voor- en nadelen. Het eenvoudigst zou zijn als men kon vertrouwen op de verantwoordelijkheid en het zelfherstellende vermogen van zorgverleners. Dat is minder duur en complex dan het opzetten van evaluatiesystemen en procedures. Immers, het verzamelen van gegevens voor externe evaluatie kost vaak veel tijd en inspanning en is bovendien kostbaar, terwijl de gegevens in veel gevallen (nog) onvoldoende valide en betrouwbaar zijn en hooguit als signalen voor mogelijke problemen kunnen worden gebruikt. Bovendien kan het openbaar maken van gegevens en het vergelijken van zorgverleners ongewenste consequenties hebben, zoals een focus op wat wordt gemeten en het verwaarlozen van andere, niet minder waardevolle aspecten van de zorg, manipulatie van de data. Ten slotte kan het leiden tot een verlies van betrokkenheid en enthousiasme aan de kant van professionals die graag hun autonomie willen behouden en opzien tegen bureaucratische procedures.

Een systeem louter gebaseerd op vertrouwen is in deze tijd echter moeilijk vol te houden, onder meer vanwege het toegenomen inzicht in het bestaan van verschillen in geboden kwaliteit en de gebleken incompetentie bij sommige zorgverleners. De samenleving accepteert niet langer een geneeskunde die niet open is over de prestaties van haar beoefenaars. De kunst is dus de juiste balans te vinden tussen autonomie en zelfregulatie aan de ene kant en voldoende verantwoording naar buiten afleggen aan de andere kant (gecontroleerde zelfregulatie). Ideaal zou een situatie zijn waarin kwaliteits-toetsing en verantwoording afleggen niet meer totstandkomen door druk van buitenaf, maar door zorgverleners ervaren worden als een normaal onderdeel van het werk en de professionele identiteit. Dit geldt uiteraard ook voor de huisarts en de huisartsenpraktijk.

1.3 Indicatoren

Een cruciaal onderdeel van elk evaluatiesysteem vormen de 'kwaliteitsindicatoren': 'meetbare elementen van het handelen waarvoor bewijs of waarover consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen daarin te meten'.⁵ Indicatoren geven niet een definitief antwoord op de vraag hoe goed de kwaliteit is; ze belichten echter de gebieden van het handelen waar mogelijke problemen zijn en die verder in detail bekeken zouden moeten worden.⁶ Ze verschillen van richtlijnen (globale uitspraken over gewenste zorg ten behoeve van besluitvorming door arts en patiënt) en 'standards' (concrete doelen en omschrijvingen van minimaal benodigde of te realiseren zorg). In box 1.1 en 1.2 wordt dit nader toegelicht.

Box 1.1 Definities van richtlijn, indicator en standaard

Richtlijn

Aanbevelingen ter ondersteuning van beslissingen in specifiek klinische omstandigheden met het oogmerk om 'het juiste te doen' of 'het niet-juiste te laten'.

Indicator

Een breuk van de optelling van de gewenste beslissingen (teller) en het aantal genomen beslissingen (noemer) in een bepaalde periode binnen een aantal praktijken c.q. afdelingen. Een indicator wordt meestal in een percentage uitgedrukt en kan minimaal 0% en maximaal 100% zijn.

Standaard

Het bereikte wordt gemeten met de indicator en kan worden afgezet tegen een expliciete standaard.

Box 1.2 Voorbeeld van een richtlijn, indicator en standaard

Richtlijn

Vrouwen in de leeftijd van 30 tot 60 jaar uit de doelgroep van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker moeten eens in de vijf jaar in de huisartsenpraktijk worden uitgenodigd voor cervixscreening.

Indicator

Het percentage vrouwen uit de doelgroep bij wie een cervixuitstrijk is verricht gedurende de aanbevolen periode.

Standaard

Een expliciete standaard kan zijn dat de cervixuitstrijk in ieder geval bij 80% van de doelgroep is uitgevoerd.

Indicatoren moeten aan bepaalde eisen voldoen opdat ze bruikbaar zijn en serieus genomen kunnen worden:

- *valide*: de indicator vormt een accurate afspiegeling van datgene wat men wil meten, en is onderbouwd door wetenschappelijke bevindingen of gebaseerd op consensus;
- *betrouwbaar en reproduceerbaar*: bij dezelfde methode van ontwikkeling moeten dezelfde indicatoren gevonden worden;
- *uitvoerbaar*: accurate data voor de indicator moeten beschikbaar zijn;
- *acceptabel*: de indicator moet aanvaardbaar zijn voor degenen die ermee beoordeeld gaan worden; ze moeten onomstreden zijn binnen de doelgroep;
- *gevoelig voor verandering*: het handelen waarop de indicator betrekking heeft, is te veranderen en de veranderingen kunnen gedetecteerd worden met de indicator.

Veel van de discussie in de huidige literatuur en veel van de weerstanden tegen indicatoren hebben te maken met het feit dat indicatoren vaak onvoldoende zorgvuldig zijn opgesteld en getest en niet of onvoldoende tegemoetkomen aan de bovengenoemde eisen. De ontwikkeling van indicatoren

gebeurt dus bij voorkeur in een zorgvuldige procedure. Onomstreden wetenschappelijk bewijs voor optimale zorg is lang niet altijd aanwezig, zodat men ook vaak is aangewezen op consensusprocedures en de opinies van deskundigen. Het luistert nauw dat zulke procedures op een gedegen wijze worden ingericht. Globaal kan men kiezen uit drie procedures:

- *Delphi procedure*. Dit is een anonieme procedure, waarin de leden van een zorgvuldig samengesteld deskundig panel vragenlijsten invullen, feedback krijgen over de uitkomsten daarvan, en opnieuw vragen beantwoorden. De deelnemers hebben dus geen contact met elkaar.
- *RAND-Modified Delphi procedure*. Deze procedure begint met een systematische literatuuranalyse; de uitkomsten worden verwerkt in stellingen die door een panel van deskundigen schriftelijk worden beoordeeld en van een score voorzien voor wat betreft de geschiktheid voor toetsing. Tijdens een bijeenkomst worden de uitkomsten uitgewisseld en worden problemen besproken. Hierna scoort men nog een keer.
- *Indicatoren ontleend aan (evidence-based) richtlijnen*. In een stapsgewijze procedure worden indicatoren ontleend aan richtlijnen en nader gevalideerd. Deze procedure is gebruikt voor het ontwikkelen van indicatoren voor het klinisch handelen van huisartsen en wordt in Hoofdstuk 2 toegelicht.

1.4 Welke aspecten van de huisartsenzorg lenen zich voor evaluatie?

Om kwaliteit van zorg te kunnen evalueren, moeten we duidelijk hebben welke kenmerken van de zorg te maken hebben met de kwaliteit. Als we aan mensen vragen om elementen te benoemen van de kwaliteit van zorg, dan kunnen de antwoorden sterk verschillen. Voor de ene persoon zal kwaliteit vooral te maken hebben met goede uitleg en het geven van een advies dat aansluit bij de mogelijkheden van de patiënt, terwijl voor een ander de toegankelijkheid van de zorgverlener veel belangrijker is. Naast individuele verschillen blijkt ook dat diverse betrokkenen ieder een ander accent leggen. De zorgverlener denkt bij kwaliteit van zorg meestal aan de eigen beroepsstandaard, de gezondheidsuitkomsten, maar ook aan efficiency rondom de praktijkvoering. De patiënt zal kwaliteit vooral definiëren op basis van bejegening, toegankelijkheid van de zorg, goede communicatieve vaardigheden en soms ook goed klinisch handelen. Zorgverzekeraars c.q. beleidsmakers leggen bij kwaliteit van zorg meestal veel nadruk op onder meer patiënttevredenheid, toegankelijkheid, veiligheid van zorg en het in de hand houden van de kosten. Alle betrokkenen streven naar een goede kwaliteit van zorg, maar geven vanuit hun perspectief een andere invulling aan dit begrip.

Een eerste stap bij het evalueren van kwaliteit van zorg is dus het bepalen welke aspecten van de zorg geëvalueerd gaan worden. Hierbij kan men gebruikmaken van de indeling van Donabedian in structuur-, proces- en uitkomstkenmerken.⁷ In dit boek wordt de aandacht gericht op het klinische handelen van huisartsen. Voor de Nederlandse huisartsenpraktijk wordt ‘de beroepsstandaard’ gedefinieerd door middel van richtlijnen ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In de NHG-Standaarden worden aanbevelingen gedaan over vooral het proces van de zorg. Deze aanbevelingen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op de stand van de wetenschap. Bij het ontbreken van dergelijke informatie is de aanbeveling gebaseerd op consensus.

1.5 Hoe kunnen gegevens over de zorg worden verzameld?

Als de aspecten van de zorg waarvan we de kwaliteit willen bepalen bekend zijn, hebben we een methode nodig om hiervoor de benodigde gegevens te verzamelen. Het bestuderen van het feitelijke medisch-technisch handelen is bijvoorbeeld mogelijk door gebruik te maken van zelfregistratielijsten gedurende of na afloop van het consult. Betrouwbaarder maar minder volledig is het raadplegen van het (elektronisch) medisch dossier. Soms wordt (extra) informatie verkregen door het uitvoeren van een observatie (al dan niet ondersteund met beeld- en/of geluidsmateriaal), maar dit is duur en tijdsintensief.

Het voordeel van het dossieronderzoek is dat de gegevens niet in het kader van een studieopzet zijn vastgelegd. Dit betekent een minimaal interfereren in het zorgproces tijdens de dataverzameling. Een ander voordeel is dat er een historisch overzicht van het zorgproces gegenereerd kan worden. Het nadeel is dat niet alle informatie wordt vastgelegd; vooral informatie die niet belangrijk is voor de verleende zorg van dat moment wordt niet altijd genoteerd. Een klassiek voorbeeld is het antwoord op de vraag: ‘Rookt u?’ Als de patiënt niet rookt wordt dit in veel gevallen niet genoteerd. Het ontbreken van informatie over het rookgedrag in het medisch dossier heeft daarmee twee zeer verschillende betekenissen gekregen, te weten (a) het is niet gevraagd of (b) de patiënt rookt niet. De validiteit van de meting is in deze situatie gering. Bij gebruik van het dossier voor de dataverzameling worden de data meestal retrospectief verzameld. Het prospectief registreren kan nauwkeuriger zijn, omdat eventuele extra benodigde gegevens kunnen worden vastgelegd.

De kwaliteitsindicatoren in dit boek gaan uit van een dataverzameling met behulp van het medisch dossier, waarbij de gegevens meestal retrospectief zijn bepaald maar in een beperkt aantal gevallen ook prospectief zijn vastgelegd.

1.6 Meten en verbeteren

Het meten van de kwaliteit aan de hand van indicatoren leidt op zichzelf niet tot een kwaliteitsverbetering. Het is hooguit de aanzet om tot een verbeterplan te komen. Het succes van het verbeterplan hangt af van de erop volgende interventies en maatregelen om de verandering te implementeren. Het instandhouden van de verbetering vraagt om onderhoud, dat vermoedelijk alleen te bereiken is door een goede inbedding in de infrastructuur of dagelijkse routine. Over de wijze waarop duurzame implementatie van verbeteringen het beste gerealiseerd kan worden is geen eensluidend antwoord te geven.⁸ In dit boek doen wij de suggestie om met de indicatoren aan de slag te gaan binnen het kader van de NHG-Praktijkaccreditering die in 2005 van start is gegaan. Voor deze vorm van accreditatie wordt niet alleen het medisch handelen getoetst, maar ook de praktijkorganisatie, bedrijfsvoering en financiën, waarbij de patiëntervaring een belangrijke rol krijgt. Het toetsen met behulp van kwaliteitsindicatoren wordt ingebed in een bepaalde infrastructuur en vormt de basis voor het opstellen van een verbeterplan dat aan bepaalde criteria moet voldoen. Het uitvoeren van dit verbeterplan binnen een vooraf gestelde tijdperiode en het nagaan of de geplande doelen gehaald worden vormt de grondslag voor de accreditatie.

1.7 Doel en inhoud van dit boek

Het doel van dit boek is het beschrijven van meetinstrumenten, indicatoren, waarmee de kwaliteit van het medisch handelen in de huisartsenpraktijk kan worden vastgesteld. Wetenschappelijke 'evidence' voor dit medisch handelen is gebaseerd op de beschrijvingen in de NHG-Standaarden. De indicatoren zijn opgezet met de gedachte dat de gegevens uit het medisch dossier kunnen worden gehaald. Door de gegevens te vergelijken met gemiddelde cijfers uit andere praktijken, wordt een signaal afgegeven over verbetermogelijkheden. Het systematisch werken aan een verbeterplan zal de interne kwaliteit in de huisartsenpraktijk vergroten.

In Hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de gepresenteerde kwaliteitsindicatoren. Welke methode is gehanteerd? Welke aanpassingen zijn gedaan om tot de voorliggende set van indicatoren te komen? Hoe verhoudt deze methode zich tot de gangbare wetenschappelijke werkwijze voor het ontwikkelen van indicatoren?

Hoofdstuk 3 gaat uitvoerig in op de toepassing van de indicatoren, met een discussie over het inbedden ervan in een kwaliteitssysteem. Ook wordt praktisch besproken hoe de indicatoren gelezen en geïnterpreteerd moeten worden.

In de daaropvolgende hoofdstukken worden per aandoening of groep van aandoeningen de kwaliteitsindicatoren gepresenteerd. Ook wordt in aparte hoofdstukken aandacht besteed aan preventieactiviteiten, zoals het risicomanagement van hart- en vaatziekten en het uitvoeren van de programmatische preventieprogramma's 'Influenzavaccinatie' en 'Cervixscreening'.

Het is nadrukkelijk de bedoeling om de indicatoren te gebruiken voor de interne kwaliteitsverbetering. Echter, op het moment dat de huisartsenpraktijk de gegevens verzameld heeft, kan de praktijk besluiten om (een deel van) de gegevens naar buiten te brengen. De huisartsenpraktijk kan zich hiermee willen profileren op een website, maar het is ook niet ondenkbaar dat de resultaten in de nabije toekomst onderdeel gaan uitmaken van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars.

Referenties

1. Hombergh P van den, Grol R, Hoogen H van den, Bosch WJ van den. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual Health Care* 1999;8(3):167-71.
2. Council of Europe. The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R. (2000)5. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000.
3. Bodenheimer T. The American health care system: the movement for improved quality in health care. *N Engl J Med* 1999;340:488-92.
4. Baker R, Grol R. Principles and models for quality improvement. In: Jones R et al. (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
5. Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997;3:103-8.
6. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326:816-9.
7. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1): the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
8. Grol R, Wensing M (eds). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier, 2001.