

## Verbeterplannen leiden niet tot betere zorg

‘Ah mevrouw Timmermans, uw LDL is helemaal in orde, hoor.’ ‘Wat betekent dat, dokter?’ ‘Nou gewoon, dat ik mijn werk goed doe. En ook wel dat u uw pillen goed inneemt. Ik hoop wel dat u er geen spierpijn van krijgt en dat u weet dat het nut in uw geval helemaal niet zo groot is, maar dat ben ik u jaren geleden eigenlijk vergeten te vertellen en ik weet ook niet of u nog wel weet hoeveel mensen ik in mijn praktijk pillen moet geven om er eentje te redden, maar voor onze kwaliteitsindicatoren is het wel fijn dat het zo goed gaat.’ Spiegel van de huidige zorgkwaliteit in een notendop?

Toen u langer geleden huisarts werd, had u waarschijnlijk niet het idee dat een getal uit een laboratorium ooit nog eens gebruikt zou worden om te kijken of u uw werk goed doet, laat staan dat het een oordeel geeft of u wel braaf innoveert. Jonge collega's weten al niet meer beter, die kennen de NHC-Standaarden heel goed. Maar of ze zo'n zin hebben in de jacht op de populatie met het laagste LDL-gehalte waag ik te betwijfelen. Toch is dat wat we doen met de NPA-praktijkaccreditatie. En dan blijken al die uren ook niet tot een klinkend resultaat te leiden, zoals Elvira Nouwens en haar collega's in dit nummer van H&W vertellen.<sup>1</sup> Gelijk afschaffen die kwaliteitswindhandel zou in de ideale wereld de reactie zijn. Zeker als je weet dat in 2002 de situatie niet veel anders was. Ook toen was er bij alle praktijkverbeterprojecten geen duidelijk effect op de gezondheid van patiënten.<sup>2</sup>

Maar nee, het is volgens de auteurs nog steeds te vroeg om te concluderen dat de praktijkaccreditatie helemaal geen effect heeft. De verbeteraars registreerden immers meer dan de controlegroep: of mensen rookten, wel genoeg bewogen en niet te veel dronken. Prima dat het netjes in hun HIS staat, maar of daardoor nu de gezondheid van mevrouw Timmermans vooruitgaat? Is ze daadwerkelijk en blijvend gestopt met roken? Beweegt ze meer? En is ze daardoor dan ook beter in staat de dingen te doen die ze wil doen?

De huidige NPA-versie 2.1 is aanzienlijk anders en beter dan de eerste versies van rond de eeuwwisseling en zelfs anders dan de versie die Nouwens et al. hebben onderzocht.<sup>3,4</sup> Maar dan nog: waarom zou het ei van Columbus nu opeens wel uitgevonden zijn? Waar komt het geloof toch vandaan dat je door het vastleggen in protocollen en verbeterprojecten per definitie de zorg aan individuele patiënten verbetert, laat staan hun gezondheid?

### VERKEERDE UITKOMSTMATEN

Kwaliteitsprojecten meten vrijwel altijd afgeleide en makkelijk te meten uitkomstmaten, die alleen via een omweg iets met gezondheidsverbetering te maken hebben. Als het al iets

met de patiënt en zijn klacht zelf te maken heeft, gaat het om zaken die we makkelijk kunnen meten, zoals bloeddruk, cholesterol, en HbA<sub>1c</sub>. Getallen vertegenwoordigen de meetbare wereld en maken vergelijkingen mogelijk. In het onderzoek van Nouwens et al. gaat het om percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol, percentage patiënten met een tensie < 140 mmHg en percentage patiënten met trombocytenuitstroomremmers. In de maar liefst 34 indicatoren van het NHG voor kwaliteit van huisartsenzorg voor cardiovasculair risicomanagement van mei 2015 zijn er 4 uitkomstmaten: bloeddruk, LDL, BMI < 25 en % rokende hv-patiënten bij wie rookgedrag bekend is.<sup>5</sup> Over al die maten en de relatie met gezondheid valt wel wat te zeggen; ik pik er hier alleen de systolische tensie uit. De streefwaarde van de hoogte van de systolische tensie hangt sterk af van de waarde die je aan een NNT hangt. In de recente SPRINT-trial over het nog verder verlagen van de systolische tensie tot < 120 mmHg was de NNT voor mortaliteit 90 (ten opzichte van de controlegroep met streeftensie van < 140).<sup>6</sup> De schade was echter ook behoorlijk: NNH voor elektrolytstoornissen 125, acuut nierfalen 56, vallen 167. Bij de 'gewone' norm van 140 is dat overigens niet veel anders: een behoorlijk hoge NNT en niet te verwaarlozen NNH's.

We maken een kwaliteitsoordeel over individuele zorg in huisartsenpraktijken dus afhankelijk van een oordeel van beroepsverenigingen over de verhouding winst-verlies in de populatie. De huisarts is stilletjes een populatiegeneesheer geworden. Daar kun je van alles van vinden, maar als we dat nu werkelijk willen, is het wel heel vreemd dat we geen indicator opnemen over de hoeveelheid energie die praktijken stoppen in programma's voor stoppen met roken. Juist daar valt winst te behalen, en niet alleen op populatieniveau. De gezondheid van de patiënt verbetert daadwerkelijk én vrijwel direct als de huisarts hem van zijn rookverslaving afhelpt. Dat is alleen heel wat moeilijker dan een diureticum voorschrijven en wellicht een van de redenen dat we het niet doen.

Prima om organisatie van zorg te meten, maar laten we ophouden te doen alsof de gezondheid van patiënten daar beter van wordt. In het woud van indicatoren kiezen we immers voor gekruimel in de marge, voor zaken die de gezondheid van onze patiënten nauwelijks verbeteren. Dan kunnen we net zo goed ophouden met die illusie.

Aandacht voor praktijkorganisatie is daarmee overigens niet overbodig. Organisatie van zorg heeft immers wel te maken met veiligheid. Nu snijden we als huisartsen zelden een a. carotis door, hechten we een strottenhoofdje verkeerd of amputeren we het verkeerde been, maar bijvoorbeeld slecht geregelde overdrachten of onbereikbaarheid kunnen voor patiënten wel degelijk ook gezondheidsrisico's opleveren. Die veiligheidscultuur is echter met minder inspanning dan een formeel accreditatieproject te verbeteren.<sup>7</sup>



### WAAROM WERKT HET NIET?

Gezondheidszorg is een complex en chaotisch systeem, zowel op macroniveau als in de gewone dagelijkse zorg. Het idee dat interventie A leidt tot uitkomst B is per definitie een vereenvoudiging van die complexe werkelijkheid.<sup>8</sup> Geen praktijkpopulatie is hetzelfde, geen team werkt op dezelfde manier, in de loop der tijd veranderen ideeën over goede zorg, en niet te vergeten verandert de omgeving om ons heen. Ik geloof er heilig in dat bij de meeste praktijken de basiszorg van goede kwaliteit is. Het aantal vieze praktijken is vast net zo laag als het aantal smerige winkels. Viezeriken gaan hun winkeltjes niet poetsen omdat alle schone winkels vinden dat dat beter is en 'de onderkant' van de huisartsensamenleving zal dat ook niet doen. De huidige kwaliteit is over het algemeen al goed en daar valt weinig extra winst te halen. Niet alleen in de individuele praktijk, maar ook in ketenzorg valt er bij herhaling bij extra inspanning niets meetbaars te meten.<sup>9,10</sup> Kwaliteit is voor een belangrijk deel cultuur. De kwaliteit van zorg wordt langzaam beter doordat we voortdurend vooruitstruikelen, maar niet door protocollen, transparantie en afspraken.<sup>11</sup> Aan die cultuur moet je dus werken. Gelukkig lijkt de NPA ook een beetje die kant op te gaan,<sup>4</sup> en initiatieven als 'Het Roer moet om' zijn daarbij belangrijk.

### TOT SLOT

Mijn praktijk is al jaren geaccrediteerd; we moeten wel, want we zijn een opleidingspraktijk. Ik ben de enige niet-opleider en hobbeld dus achteraan het peloton mee. In een zondagochtend knutsel ik met knippen en plakken uit de Vektis-spiegelinformatie een jaarverslag in elkaar, ik opper eens een ideeetje en dat zetten we dan als verbeterproject op de lijst. Ik ben mijn collega dankbaar dat hij zich vrijwillig opoffert als kop van

Jut. Intussen probeer ik gewoon zo goed en kwaad als ik kan zorg te verlenen: op tijd de juiste diagnose stellen, uitleggen waarom iets wel of niet werkt, oplossingen verzinnen voor ingewikkelde problemen en gewoon luisteren naar problemen die onoplosbaar zijn, grapjes maken en vooral de moed erin houden bij de patiënt, maar ook bij mezelf. Dat vind ik ingewikkeld genoeg. Intussen hoop ik dat ik in meer dan dertig jaar elk jaar naar net iets betere zorg dan het jaar daarvoor gestruikeld ben. Maar meten kan ik dat niet. ■

### LITERATUUR

- 1 Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effecten van NHG-praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59:388-93.
- 2 Van der Horst H, Zaat JOM. Praktijkorganisatie, een overgevaardeerd onderwerp. *Huisarts Wet* 2002;46:650-1.
- 3 NPA-accreditatie versie 2.1 Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk. NPA, Utrecht, 2015.
- 4 Zaat J, Mevius L. Spiegeltje aan de wand, wie is de beste huisarts in het land? *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:C2941.
- 5 Van Althuis ThR, Bouma M. Overzicht en definitie van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met bekende hart- en vaatziekten in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2015. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/download-indicatoren>
- 6 SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
- 7 Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomised trial. *Brit J Gen Pract* 2015;65:e319-e329.
- 8 Kernick D (ed). Complexity and health care organization; a view from the street. Oxford: Radcliff Medical Press, 2004.
- 9 Campmans-Kuipers MJ, Baan CA, Lemmens LC, Klomp ML, Romeijnders AC, Rutten GE. Het diabeteskwaliteitsbeleid in zorggroepen. *Huisarts Wet* 2016;59:10-13.
- 10 Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Ketelaars CAJ, Mackenbach JP en Robben PBM. Effecten van overheidstoezicht op kwaliteit van diabetesketenzorg; een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:A9862.
- 11 Van Eijnsden P. Patiënt heeft weinig aan kwaliteitscriteria bij rugchirurgie. 26 indicatoren maar niet een kijkt naar de uitkomst van de behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:B1266.