

Indicatoren in de huisartsenpraktijk

Johannes Dalhuijsen

Inleiding

In de door commercie en rechtbank gedomineerde medische praktijk in de Verenigde Staten zijn indicatoren – schattingen van prestaties in de zorg – gemeengoed en in het nationale zorgsysteem van Engeland verkrijgen ze een steeds belangrijker plaats.¹ Ook in Nederland lijkt dit laatste het geval: wetenschappers, verzekeraars en managers propageren ze als een nuttige of noodzakelijke aanvulling op het kwaliteitsbeleid van professionals.^{2,3} Maar waartoe dienen indicatoren? Is het nut wel aangetoond en welke zijn in de praktijk geschikt?

Wat zijn indicatoren en waarvoor kunnen ze worden gebruikt?

In de gezondheidszorg geven indicatoren een aanwijzing over de kwaliteit van het gebodene. Indicatoren worden voor verschillende doelen aanbevolen, globaal te rangschikken in interne doelen (beheersing van de zorg en de zorgorganisatie) en externe doelen (verantwoording naar derden). Vanuit de optiek van professionals

Samenvatting

Dalhuijsen J. Indicatoren in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2002;45(12):664-9.

Indicatoren worden in de gezondheidszorg bepleit voor interne doelen (verbeteren van zorg) en externe doelen (verantwoording). In dit artikel komt aan de orde in hoeverre indicatoren in de huisartsenpraktijk nuttig zijn en met welke factoren rekening moet worden gehouden bij het gebruik ervan. Indicatoren kunnen bijdragen aan een beleid gericht op het verbeteren van kwaliteit, het beheersen van de eigen zorgorganisatie en het omgaan met risico's. Of ze als zodanig daadwerkelijk effectief zijn, staat niet vast. Een nadeel is dat ze tot onjuiste conclusies kunnen leiden. Wie ze in zijn eigen praktijk wil gebruiken, houdt rekening met de relevantie, betrouwbaarheid en haalbaarheid van afzonderlijke indicatoren. Indicatoren voor het zorgproces zijn het meest waardevol. Inhoudelijke richtlijnen, eerdere prestaties en gegevens van andere praktijken vormen referentiewaarden. Uitkomstindicatoren kunnen dienen om te onderzoeken of er bij ongewenste uitkomsten preventieve actie was ondernomen. Als indicatoren een plaats hebben in een systeem voor aansturing en verbetering, dan kunnen ze een middel zijn om een praktijk in meerdere opzichten te ontwikkelen.

NHG, sectie Advisering en Ondersteuning, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: J. Dalhuijsen, huisarts.

Correspondentie: j.dalhuijsen@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

– zoals huisartsen – zijn indicatoren vooral van belang voor de interne doelen: systematische kwaliteitsbevordering, beheersing van de eigen organisatie en veiligheid/risicobeheersing.

In de kwaliteitscirkel zoals die in het kwaliteitsbeleid van NHG en LHV is beschreven, kunnen indicatoren gebruikt worden voor het bepalen van prioriteiten, voor het meten van de stand van zaken voorafgaand aan een verbeteringstraject en voor het evalueren van resultaten van verbeteringstrajecten. Zulke indicatoren worden grotendeels per verbeteringscyclus vastgesteld. Een continue registratie met behulp van indicatoren is nuttig om de toestand van de zorg en van de zorginstelling vast te leggen voor systematische kwaliteitsverbetering, de aansturing van een voortdurende verbetering van de zorg.

Voor het beheersen en besturen van bedrijven zijn modellen ontworpen die gebruikmaken van indicatoren.⁴ Zulke modellen zijn bedoeld om het concurrentievermogen te vergroten en zijn dus gericht op de klant en de slagvaardigheid van het bedrijf. Afgeleid van deze modellen worden ook voor het beheersen en aansturen van de interne organisatie van zorginstellingen indicatoren gebruikt.

Calamiteiten spreken meer tot de verbeelding van het brede publiek dan systematische kwaliteitsbevordering. Door fouten en onveilige situaties in kaart te brengen en te analyseren kan de veiligheid worden verhoogd en kunnen risico's worden beheerst.⁵

Het nut van indicatoren

Het gebruik van indicatoren in de zorg mag volgens sommigen veelbelovend zijn,^{2,6} het is niet aangetoond dat dit in de huisartsenpraktijk leidt tot een hogere kwaliteit, een sterkere organisatie of een grotere veiligheid dan gebruikelijke benaderingen van kwaliteit. Wel is aangetoond dat feedback op het eigen handelen op specifieke terreinen kan leiden tot verbetering van zorg, bijvoorbeeld op het terrein van diagnostisch onderzoek, prescriptie, aspecten van zorg voor chronisch zieken en preventie, en het omgaan met vervolgsconsulten.^{7,8} Wanneer men een breed gebied van zorg in de analyse betreft, zijn veranderingen in het geheel genomen waarschijnlijk klein. Betrokkenen ervaren de introductie van een kwaliteitssysteem als een verbetering en menen dat er meer zekerheid over de kwaliteit ontstaat. Het is echter onzeker of de kwaliteit daadwerkelijk verbetert.⁹

Of het gebruik van indicatoren voor beheersing van de interne organisatie effectief is, is niet bewezen. Vooral de bruikbaarheid in de huisartsenpraktijk van modellen die in het bedrijfsleven zijn ontwikkeld, blijft onduidelijk. Wanneer praktijken onderdeel gaan

De kern

- ▶ Indicatoren worden aanbevolen voor de verbetering van kwaliteit, veiligheid en interne organisatie van zorginstellingen. Of ze effectief zijn, staat niet vast.
- ▶ Het verschil tussen interne en externe doelen van indicatoren is belangrijk.
- ▶ Indicatoren voor het zorgproces zijn zinvoller voor kwaliteitsverbetering op praktijkniveau dan die voor de uitkomsten van zorg.
- ▶ Indicatoren zijn pas nuttig als ze onderdeel zijn van een sturingsproces; in de huisartsenpraktijk is dat maar zelden het geval.
- ▶ Indicatoren kunnen helpen om de zorgkwaliteit, interne organisatie, leer- en verbetertrajecten, waardering door derden en financiën van huisartsenpraktijken in onderling perspectief te zien.

uitmaken van een groter geheel (dienstenstructuur, ketenzorg, gezondheidscentra) wordt de toepasbaarheid van organisatie-modellen vanzelfsprekender. Deze modellen zijn gebaseerd op bedrijfskundig onderzoek en hebben hun waarde aangetoond via de levensvatbaarheid, beurswaarde en faam van bedrijven die ze gebruiken.

In de medische sector is het gebruikelijk om fouten en incidenten vast te leggen. Medische professionals erkennen het belang van incidenten als basis voor het analyseren en verbeteren van bestaande werkwijzen. De relatie tussen incidenten en veronderstelde achterliggende oorzaken is echter zwak. De betrouwbaarheid van registraties van incidenten is weinig onderzocht, maar deze lijkt niet hoog en het is niet bekend of incidentanalyses en het monitoren van mogelijke oorzaken van fouten daadwerkelijk leiden tot lagere risico's.¹⁰ Een actief risicomanagement betekent juridisch en moreel wel dat er alles aan gedaan is om calamiteiten te voorkomen.

Of iets nuttig is, wordt uiteindelijk bepaald door wat men ermee doet: willen indicatoren nuttig kunnen zijn, dan moet de verworven informatie passen binnen een sturingsstelsel. Dit is in de huisartsenpraktijk in beperkte mate het geval. Het systeem voor deskundigheidsbevordering is er niet op gericht; er is geen functionaris met de specifieke taak zo'n sturing uit te voeren en aparte middelen zijn er evenmin voor. Soms blijkt het mogelijk om via taakdifferentiatie tussen collega huisartsen en/of praktijkassistenten coördinatie tot stand te brengen en expertise te bundelen. FTO, deelname aan kwaliteitsprojecten en/of peilstations en het (kwaliteits)jaarverslag bieden wel aanknopingspunten, evenals (de eis tot het formuleren van indicatoren voor) praktijkondersteuning. Bij de laatstgenoemde twee activiteiten kunnen interne en externe doelen botsen.

Nadelen

Indicatoren hebben niet alleen potentiële voordelen, maar ook nadelen:¹¹ een fragmentarische (in plaats van holistische) be-

dering, eenzijdige aandacht voor de best meetbare elementen, verkeerde conclusies door slechte registratiekwaliteit, onbetrouwbaarheid of niet-beïnvloedbare variatie. Registreren kost tijd, die misschien beter aan iets anders besteed had kunnen worden. Ten slotte kunnen indicatoren leiden tot een cultuur waarin schuldigen gezocht worden, tot aantasting van het vertrouwen van het publiek (door de grotere transparantie) en zijn ze onderhevig aan manipulatie en fraude. De meeste van deze nadelen zijn te ondervangen door ze spaarzaam, correct en deskundig te gebruiken. Goede voorlichting en informatie over doel en gebruik van indicatoren is belangrijk, bijvoorbeeld door uit te leggen dat indicatoren geen volledige vervanging zijn van bestaande benaderingen van kwaliteit.

Welke indicatoren zijn geschikt?

Bij het selecteren van indicatoren voor de eigen praktijk zijn enkele afwegingen van belang. Wat zijn de meest relevante aandachtsgebieden? Hoe betrouwbaar zijn de indicatoren? Hoe haalbaar is het meten ervan? Hoe zijn indicatoren te interpreteren? Is de zorg die door een indicator weerspiegeld wordt, te verbeteren? In de *kaders* geef ik voorbeelden van mogelijke indicatoren voor het meten van zorg bij diabetes en astma en voor de interne organisatie.

Basislijst indicatoren voor diabetes (voorbeeld)

Het tijdvak is een jaar, tenzij anders vermeld.

Afbakening van de patiëntengroep

- aantal personen met diagnose diabetes (prevalentie) absoluut en per 1000 patiënten
- aantal personen gecontroleerd door internist voor DM1 en DM2

Zorgproces

- aantal personen (met diabetes) die laatste zes maanden voor controle op het spreekuur kwamen
- aantal personen met een meetwaarde voor het HbA1c, totaal cholesterol en/of creatinine
- aantal personen gezien door de oogarts in de afgelopen twee jaar
- aantal personen van wie bekend is of ze roken
- aantal personen met een geregistreerde bloeddruk
- aantal personen gevaccineerd tegen influenza

Uitkomsten

- (aantal) personen met een verhoogde HbA1c-waarde
- (aantal) personen met diabetes met een RR>150/85
- (aantal) personen van wie bekend is dat ze roken
- (aantal) personen bekend met een QI>27
- (aantal) personen bekend met proteïnurie
- (aantal) personen bekend met verhoogde ratio totaal cholesterol/HDL-cholesterol
- (aantal) episoden met hypoglykemie en met ketoacidose

Toelichting

Een systematische begeleiding van personen met diabetes is gerelateerd aan betere uitkomsten en vergt een overzicht van alle patiënten bij wie deze diagnose gesteld is en van degenen die bij de specialist in behandeling zijn. De procesindicatoren hebben op deze groep betrekking. Regulering van bloedsuikerwaarden en andere cardiovasculaire risicofactoren is zinvol, naast het beheersen van complicaties aan voeten, ogen en nieren.

Laboratoriumwaarden functioneren als indirecte maat voor het uitvoeren van een uitgebreidere (jaar)controle, waarin (voorlichting over) het ziektebeeld en voetonderzoek aan bod komen. De uitkomstmaten zijn gezien de steekproefgrootte onbetrouwbaar; de indicator is hier of er bij de categorieën 'probleempatiënten' actie is ondernomen; aldus wordt het in feite een procesmaat. De episoden met hypoglykemie en ketoacidose dienen voor een incidentanalyse.

Basislijst indicatoren voor astma bij volwassenen (voorbeeld)

Het tijdvak is een jaar, tenzij anders vermeld.

Afbakening van de patiëntengroep

- aantal personen >18 jaar met diagnose astma (prevalentie), absoluut en per 1000 patiënten

Zorgproces

- aantal personen van wie bekend is of ze roken
- aantal personen gevaccineerd tegen influenza
- aantal personen bij wie ooit piekstroom (*personal best*) en/of FEV₁ is vastgelegd
- aantal personen bij wie ooit allergisch onderzoek is vastgelegd: multi-RAST of huidtests
- aantal personen bij wie (is vastgelegd dat) er ooit saneringsadviezen zijn gegeven
- aantal personen met medicatie, bij wie (is vastgelegd dat) de inhalatietechniek de afgelopen 5 jaar is doorgenomen
- aantal personen >40 jaar met ernstige, meer continue klachten bij wie ooit longfunctieonderzoek is vastgelegd
- aantal personen met hoge dosering inhalatiecorticosteroïden (ics) of matige dosis ics plus bronchusverwijders, bij wie ooit longfunctieonderzoek is vastgelegd
- aantal personen met een onderhoudsbehandeling bronchusverwijders en zonder onderhoudsbehandeling met ics
- aantal personen met onderhoudsbehandeling met ics, die voor controle kwamen
- aantal episoden acute ernstige dyspnoe waarbij pols- en ademhalingsfrequentie zijn vastgelegd
- aantal episoden acute ernstige dyspnoe waarbij bronchusverwijders zijn toegediend en orale corticosteroïden voorgeschreven
- personen met hoge dosis ics en bronchusverwijders, of met onderhoudsbehandeling orale steroïden, bij wie er wel/geen controle door of overleg met een longarts plaatsvindt

Uitkomsten

- (aantal) personen van wie bekend is dat ze roken
- (aantal) episoden met acute ernstige dyspnoe
- (aantal) acute ziekenhuisopnames

Toelichting

Het afbakenen van de groep patiënten is nodig om de andere indicatoren te interpreteren. Roken hangt samen met een versnelde afname van de longfunctie en een verkorte levensduur; influenza geeft bij astma relatief vaak complicaties. Het nagaan van de aanwezigheid van allergische factoren is nuttig in verband met saneringsmaatregelen. Een genoteerde piekstroomwaarde (*personal best*) helpt bij het inschatten van de ernst van exacerbaties.

Inhalatietechniek is meestal onvoldoende en zou van tijd tot tijd moeten worden doorgenomen. Bij ernstige klachten en/of uitgebreide medicatie vooral bij personen >40 jaar is longfunctieonderzoek gewenst voor het onderscheid met COPD. Bronchusverwijders zijn geschikt voor intermitterend gebruik; anders geeft men (ook) inhalatiesteroïden. Acute ernstige dyspnoe moet geobjectiveerd worden en kan dan vaak in de eerste lijn worden behandeld. Bij de uitkomstmaat 'roken' is de indicator of op zijn minst de motivatie om te stoppen gepeild; de overige uitkomstmaten zijn bruikbaar voor incidentanalyse.

Basislijst indicatoren interne organisatie (voorbeeld)

Afbakening van de praktijkorganisatie

- in de praktijk werkzame personen en functie; formatie per functiegroep per 1000 patiënten
- werkverzuim door ziekte in percentage van de werktijd
- praktijkgebouw: aantal vertrekken, functie ervan, oppervlakte

Proces ter verzorging van de organisatie

- taakafbakening en protocollen met betrekking tot medisch-inhoudelijke en organisatorische taken, waaronder: cervixuitstrijken, bloeddrukmetingen, controlebezoeken voor diabetes, voorlichting en advies (ook over het stoppen met roken), thuisbezoeken, risicoprofiel, enkels tappen, administratieve taken, voorraadbeheer, huisvesting, schoonmaak, financiële administratie, onderhoud computersysteem, werkoverleggen, personeelsbeleid, waarneming, PR
- percentage patiëntgebonden tijd van de artsen en assistentes
- assistente-overleg: frequentie, aanwezigheid agenda en verslag, besproken onderwerpen, afspraken
- praktijkoverleg: idem
- hagro-overleg en overleg met zorgpartners: idem
- aanwezigheid sociale kaart gezondheidszorg/zorgpartners
- onderhoud van de praktijkuitrusting, ijking van meetapparatuur, recente aanvullingen
- functies van het HIS: communicatie met laboratoria, apotheken en/of dienstenstructuren

- dossiervorming: percentage E-regels gecodeerd binnen ICPC
- volledigheid van de voorgeschreven medicatie en/of de medische voorgeschiedenis binnen het EMD
- aanwezigheid van een informatiepakket voor waarnemend artsen en assistentes

Uitkomsten

- aantal consulten, telefonisch consulten en visites en gemiddelde duur ervan
- aantal spoedconsulten en -visites
- openingsuren van de receptie en de telefoonlijnen
- serviceaanbod: diagnostische en therapeutische verrichtingen in de eigen praktijk, categorale spreekuren, reizigersadviesring, voorlichtingsactiviteiten, e-mail en internetdiensten

Toelichting

De veronderstelling is dat men gegeven de aanwezige personen en het praktijkgebouw onderlinge afstemming nodig heeft en ondersteuning in termen van materialen, informatie (verslaglegging) en automatisering om omschreven taken te verrichten. De patiëntgebonden arbeidstijd is voor huisartsen gemiddeld 75%, mede afhankelijk van de taken en de mate van ondersteunend personeel. De uitkomsten betreffen de omvang en aard van belangrijke arbeidsprocessen in de praktijk.

RELEVANTIE

Voor het selecteren van relevante aandachtsgebieden is er een idee nodig van de begrippen 'zorg' en 'kwaliteit'. Zorg kan worden opgesplitst in *input* (patiëntkenmerken), structuur (gebouwen, personen, apparatuur en kennis), proces (de behandeling) en uitkomst (effecten en resultaten). NHG-Standaarden onderscheiden aan het zorgproces onder meer: opsporing, anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, evaluatie, medicamenteuze behandeling, niet-medicamenteuze behandeling (waaronder voorlichting en adviezen), controles en verwijzing. Kwaliteit heeft volgens een gangbare definitie te maken met perspectieven en verwachtingen van betrokken. Zij kan opgedeeld worden in de aspecten en soms uitgedrukt in maat en getal. Het resultaat van zorg wordt bepaald door de medisch-technische kwaliteit (effectiviteit), de kwaliteit van de communicatie (patiëntgerichtheid) en de kwaliteit van de organisatie (doelmatigheid). De ICPC, die deels is gebaseerd op de epidemiologie van gepresenteerde klachten en aandoeningen, geeft ook een invalshoek voor het ordenen van indicatoren voor het zorgproces.

Wanneer we aspecten van zorg en kwaliteit combineren met de beschreven doelen van indicatoren (systematische kwaliteitsbevordering, beheersing van de eigen organisatie en veiligheid/risicobeheersing), levert dat terreinen op waarop indicatoren van toepassing zijn. Deze zijn grofweg in te delen in: het primaire zorgproces, de interne bedrijfsvoering, de financiën, de waardering door klanten en leren en verbeteren.⁴

Met *primair proces* doel ik op dat wat er gebeurt tijdens spreekuren en visites, telefonische contacten van patiënten met de praktijkassistentes en overleg met anderen over individuele zorg. *Interne bedrijfsvoering* vertegenwoordigt de processen die de eigen praktijk goed laten verlopen, zoals het personeel, overlegstructuren, automatisering en infrastructuur. *Financiën* behelst baten, lasten, investeringen en bezittingen. *Waardering door 'klanten'* omvat meningen van patiënten en van andere afnemers van zorg en diensten van de praktijk, onder wie hagro-leden, specialisten met wie wordt samengewerkt, thuiszorg en bedrijfsartsen. *Leren en verbeteren* vertegenwoordigt de toekomstgerichtheid binnen de zorginstelling, vergelijkbaar met onderzoek en ontwikkeling binnen een bedrijf. Hieronder vallen de ontwikkeling van het personeel (scholingsbeleid) en activiteiten ten behoeve van een krachtiger organisatie. Binnen deze vijf terreinen kunnen indicatoren onderscheiden worden die nuttig zijn voor een continue registratie. De vraag hierbij is: hoe kan ik een globaal beeld krijgen van dit gebied om zo ontwikkelingen te kunnen signaleren en prioriteiten voor verbetering te stellen? Het meeste zal, omdat het niet meetbaar is of een meting niet haalbaar is, noodgedwongen ongemeten blijven; bovendien zijn keuzes tot op zekere hoogte arbitrair. De zorgkwaliteit op het terrein van de opsporing van patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten zegt weinig over het gebruik van aanvullende diagnostiek bij maagklachten.¹² Een pragmatisch standpunt is om in het zorgproces primair de aandacht te richten op de meer uitgebreide zorgactiviteiten, waarbij rekening gehouden wordt met ernst en frequentie van aandoeningen. Ook de maatschappelijke kosten van ziekte zoals arbeidsongeschiktheid en gebruik van zorgvoorzieningen kunnen een argument zijn voor de keuze van bepaalde aandachtsgebieden; dit heeft namelijk te maken met de maatschappelijke positie en verantwoordelijkheid van de huisarts en met zijn rol als coördinator van zorg. Een keuze is dan bijvoorbeeld het monitoren van de zorg voor hart- en vaatziekten, diabetes, astma en COPD, rugklachten, maagklachten, depressie en/of preventie van influenza en baarmoederhalskanker. Gebruik van zorgvoorzieningen is te belichten door verwijzingen in beeld te brengen binnen de eerste en van de eerste naar de tweede lijn, en door prescriptieoverzichten en de mate van gebruik van aanvullende diagnostiek te beoordelen.

Bij het verder concretiseren van de indicatoren is het van belang of een aspect van zorg inhoudelijk door de indicator wordt weerspiegeld. Kwaliteit van zorg voor personen met diabetes mellitus wordt bijvoorbeeld niet weerspiegeld in de hoeveelheid patiëntenfolders die uitgedeeld worden (hoe makkelijk meetbaar dit ook is), maar eerder in de trouw waarmee patiënten voor controle komen, hun kennis van eventuele complicaties en de aanpak van overige risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij hen. Om redenen van validiteit lijkt het logisch om zo veel mogelijk uitkomstindicatoren te kiezen, zoals dood, ziekte en gebrek, maar deze zijn als maat voor de geleverde zorg (veel) minder betrouwbaar dan procesindicatoren. Procesindicatoren zijn ook geschikter omdat ze het niveau weerspiegelen waarop eventuele verbeteringen aangrijpen.

BETROUWBAARHEID

De betrouwbaarheid van een indicator heeft primair te maken met de kwaliteit van de registratie. Wie begint met kwaliteitszorg krijgt soms de indruk dat de kwaliteit van de zorg afneemt, terwijl er in feite een betere registratie van kwaliteitsproblemen plaatsvindt; deze betere registratiekwaliteit is als een van de voordelen van het werken met indicatoren te beschouwen.

Ook de steekproefgrootte is voor de betrouwbaarheid van belang: toevallige variaties beïnvloeden een grotere steekproef minder. Voor interne doelen is dit niet zo belangrijk: men hoeft op praktijkniveau geen wetenschappelijke zekerheid na te streven en herhaalde peilingen kunnen trends zichtbaar maken en de betrouwbaarheid van conclusies verbeteren. Soms omvat een steekproef alle patiënten of gebeurtenissen binnen een bepaalde categorie in een tijdvak. Als dit er weinig zijn, zijn harde conclusies niet mogelijk. Uitkomstmaten staan bloot aan een ander betrouwbaarheidsprobleem: de zwakke relatie met het zorgproces. Dit maakt ze van beperkte waarde voor het aantonen van kwaliteitsverschillen tussen praktijken.^{13,14} Bij het vergelijken van verschillende praktijken is verder de variatie in patiëntensamenstelling een versturende factor. Vooral voor externe doelen is dat een groot probleem. Steekproeven zijn onmisbaar bij arbeidsintensieve registraties van frequente gebeurtenissen. Het tijdvak van de steekproef is dan relevant omdat hierdoor systematische verstoringen kunnen optreden: op maandag ziet men bijvoorbeeld een ander klachtenprofiel op het spreekuur dan midden in de week en vlak voor de zomervakantie is het aantal voorschriften en het assortiment van de middelen anders dan in de herfst.

Betrouwbaarheid heeft ook te maken met de manipuleerbaarheid van gegevens. Diagnosen zijn bijvoorbeeld rekbaar en wanneer men als indicator een behandeling relateert aan een diagnose, dan kan dat tot onjuiste conclusies leiden; wanneer zijn immers refluxklachten ernstig (en vergen ze dus behandeling of nader onderzoek) en hoe scherp is de grens tussen een somber gevoel en een depressie? De neiging kan bij de behandelaar ontstaan om de te registreren diagnose aan de te geven behandeling aan te passen.

HAALBAARHEID

Royaal registreren kan betrouwbaarder maten produceren, maar tegelijkertijd de dagelijkse zorg verstoren. Het registreren moet dus haalbaar en efficiënt zijn. Routinematig verzamelde gegevens (uit het EMD en/of de financiële administratie) zijn relatief eenvoudig te betrekken, maar vaak onvolledig of te weinig gedetailleerd.^{15,16} Wie iets over het handelen conform richtlijnen zoals NHG-Standaarden wil zeggen, heeft aanvullende registraties nodig.¹⁷ Indicatoren voor voorschrijfgedrag kunnen mede via apothekers aangeleverd worden, sommige indicatoren voor aanvullende diagnostiek door diagnostische centra en sommige indicatoren voor doelmatigheid en het gebruik van zorgvoorzieningen door verzekeraars. Via kwaliteitsprojecten en registratienetwerken kunnen eveneens gegevens worden betrokken.

INTERPRETATIE

Het trekken van conclusies veronderstelt het hanteren van een norm. Dat kan een inhoudelijke referentie zijn, bijvoorbeeld een richtlijn uit een NHG-Standaard of een regionale werkafspraken, de prestaties van anderen, of een eerdere waarde. Inhoudelijke normen kunnen strenger gehanteerd worden als het wetenschappelijk bewijs ervoor sterker is. Overigens kunnen er in afzonderlijke gevallen goede redenen zijn om van de norm af te (moeten) wijken.

Lokale, regionale of landelijke gemiddelden kunnen een spiegel zijn op terreinen waar geen inhoudelijke normen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de tevredenheid van patiënten. Ook kunnen gemiddelden een haalbaar resultaat uitbeelden ten opzichte van een inhoudelijke norm, bijvoorbeeld als blijkt dat beslissingen gemiddeld voor 70% overeenstemmen met een richtlijn uit een standaard. Afwijkingen ten opzichte van een gemiddelde kunnen veroorzaakt worden door een andere manier van registreren of door een afwijkende patiëntenpopulatie; een gemiddelde score kan dus een slechte of juist relatief goede prestatie vertegenwoordigen. Soms is het verhelderend om uitschietters (bijzondere patiënten) buiten de berekening te houden. Via *benchmarking* kan men de (goede) prestatie van een enkele groepsgenoot tot norm verheffen.

Wanneer verbeteringen in de eigen praktijk het doel zijn, zijn veranderingen in de tijd de beste – want meest directe – maat. Een ander voordeel van tijdreeksen is dat men trends kan waarnemen die met één of twee afzonderlijke metingen niet te ontdekken zouden zijn geweest.

Bij het bestuderen van indicatoren helpt standaardisering om vergelijkingen begrijpelijk te houden, zolang het zicht op de standaardisatieprocedure niet verloren gaat. Een correctie voor praktijkgrootte ligt voor de hand (bijvoorbeeld aantal visites/1000 patiënten). Omdat ook de leeftijdsopbouw van de praktijk voor veel indicatoren relevant is, ligt een opsplitsing in leeftijdscategorieën in de rede (bijvoorbeeld het aantal patiënten met meer dan 10 geneesmiddelen/1000 personen >70 jaar). Als een indicator betrekking heeft op personen met een bepaalde aandoening, dan helpt het om het aantal van deze personen in de noemer te zetten (aantal acute verwijzingen naar de longarts/aantal longpatiënten).

VOOR VERBETERING VATBAAR?

Het aantonen van een perfecte prestatie kan motiverend werken op het praktijkpersoneel en geruststelling teweegbrengen, maar heeft weinig waarde in termen van kwaliteitsverbetering; het is beter indicatoren voor die aspecten te kiezen die nog verbeterd kunnen worden. Problematisch wordt dit, wanneer een maat niet of nauwelijks beïnvloedbaar is door de zorgverlener. Het aantal patiënten dat overleed aan suïcide, het percentage rokers in de praktijk of het gemiddelde HbA1c van de diabetespatiënten zegt weinig of niets over de inspanningen in het verleden van de betreffende huisartsenpraktijk.^{13,14}

Beschouwing

Gezien alle bezwaren en praktische hindernissen vragen sommigen zich af of het (intensiever) gebruiken van indicatoren wel de moeite waard is. Is de gewenste transparantie niet al in de hoeden van de praktijkmedewerkers aanwezig? Misschien geldt dit voor sommige praktijken. Enkele decennia geleden werd dit argument (mogelijk terecht) aangevoerd tegen het gebruik van een schriftelijk medisch dossier. Het inschatten van het eigen kunnen is echter lastig en hoe complexer de praktijk (parttimers, praktijkondersteuning, grotere schaal), hoe moeilijker het is om overzicht te behouden. Indicatoren kunnen in bepaalde opzichten een rode draad vormen voor het verbeteren van de prestaties binnen een praktijk of samenwerkingsverband.

Onderzoek naar het effect van het werken met indicatoren is methodologisch lastig: je kunt het moeilijk gerandomiseerd als interventie opdringen, binnen de gangbare looptijd van onderzoeksprojecten. Daar komt bij dat de sociale context er niet op afgestemd is. Hoe zou het zijn als opleiding, deskundigheidsbevordering, herregistratie en financiering in de huisartsenpraktijk op het werken met indicatoren afgestemd waren? Dit lijkt een relevante, maar via trials niet te beantwoorden vraag.¹⁸ Voor systematische kwaliteitsbevordering met behulp van indicatoren pleit dat prioriteitstelling onderdeel is van de methode, dat het met concrete resultaten werkt, op de hele praktijkorganisatie gericht is en een continu proces is.

Ontwikkelingen binnen de zorg en maatschappij zoals verantwoording van middelen, risicobeheersing, ketenzorg en flexibele contractering wijzen erop dat het weren van indicatoren uit de huisartsenpraktijk op termijn meer inspanning kan vergen dan het verstandig gebruiken ervan. Nadelen van het niet gebruiken van indicatoren zijn stagnatie in de ontwikkeling van methoden voor kwaliteitsbevordering, matige aanstuurbaarheid van zorg, problemen in de samenwerking met andere zorgpartners en afgenomen maatschappelijk belang van de beroepsgroep. Als het werken met indicatoren onvermijdelijk blijkt te zijn, dan zal het een uitdaging worden om conflicten tussen interne en externe doelen te vermijden en indicatoren methodologisch verantwoord te gebruiken.

Het gebruiken van indicatoren biedt ook kansen: het kan helpen om zorgkwaliteit, interne organisatie, leer- en verbetertrajecten, waardering door derden en financiën van een huisartsenpraktijk in onderling perspectief te zien. De interne organisatie en financiën zijn landelijk gezien mogelijk meer problematisch dan de zorgkwaliteit. Een overbelaste beroepsgroep lijkt geen ideale uitgangssituatie voor het ontwikkelen van een nieuwe methode voor kwaliteitsbevordering; methoden om de belastbaarheid te beheersen zijn des te meer welkom. Het kwaliteitsbeleid voor dienstenstructuren en de oprichting van regionale, ondersteunende organisaties bieden hierbij een entree voor het werken met indicatoren.

Willen indicatoren een meerwaarde opleveren, dan moeten de

ermee samenhangende sturingssystemen op praktijkniveau verder ontwikkeld worden. Ten slotte, als indicatoren niet tegen te houden zijn, dan wordt de vraag naar het nut ervan een prikkel om ze gericht en deskundig toe te passen: als middel, niet als doel op zich.

Dankwoord

Met dank aan prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar Sociale Geneeskunde te Amsterdam, voor zijn inspirerend commentaar op een concept van het manuscript.

Literatuur

- 1 Department of Health. The new NHS Modern and Dependable: a national framework for assessing performance. London: Dept. of Health, 1998.
- 2 Berg M, Schellekens W. Paradigma's van kwaliteit: de verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. *Med Contact* 2002;57:1203-5.
- 3 Bomhoff E. Brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal dd. 9 September 2002. Verkrijgbaar via <http://www.minvws.nl/document.html?folder=393&page=18315>
- 4 Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard: translating strategy into action. Harvard: Harvard Business School Press, 1996.
- 5 Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? *Eff Clin Pract* 2000;3:261-9.
- 6 Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998;280:1000-5.
- 7 Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998;48:991-7.
- 8 Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes [Cochrane Review]. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- 9 Geboers H, Mokkink H, Van Montfort P, Van der Hoogen H, Van den Bosch W, Grol R. Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other medical staff. *Int J Qual Health Care* 2001;13:391-7.
- 10 Walshe K. Adverse events in health care: issues in measurement. *Quality in Health Care* 2000;9:47-52.
- 11 Marshall M, Campbell S, Hackler S, Roland M, editors. Quality indicators for general practice. A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine Press, 2002.
- 12 Palmer RH, Wright EA, Orav EJ, Hargraves JL, Louis TA. Consistency in performance among primary care practitioners. *Medical Care* 1996;34:SS52-SS66.
- 13 Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician report cards' for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA* 1999;281:2098-105.
- 14 Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94-8.
- 15 Baker R. Managing quality in primary health care: the need for valid information about performance. *Qual Health Care* 2000;9:83.
- 16 McColl A, Roderick P, Smith H, Wilkinson E, Moore M, Exworthy M, et al. Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *Qual Health Care* 2000;9:90-7.
- 17 Richman R, Lancaster D. The clinical guideline process within a managed care organisation. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16:1061-76.
- 18 Shortell SM, Bennet CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76:755-7.