

Kwaliteitsverbetering: over heilige huisjes en voortschrijdend inzicht

Michel Wensing, Trudy van der Weijden

Dat kwaliteitsverbetering lastig kan zijn, zal inmiddels tot iedereen in de gezondheidszorg zijn doorgedrongen. 'Kwaliteitsverbetering' omvat verschillende activiteiten: van het invoeren van een richtlijn waarvan de waarde is bewezen (zoals een evidence-based aanbeveling uit een NHG-Standaard) tot het verbeteren van de zorgverlening zonder dat de effectiviteit van de innovatie al is aangetoond (zoals de huisartsenpost). Meestal gaan veranderingen niet vanzelf, hoewel er uitzonderingen zijn zoals de afschaffing van de pilcontrole en de realisering van de huisartsenposten. Kwaliteitsverbetering is in de afgelopen jaren uitgegroeid tot een apart veld van ontwikkeling, onderzoek, onderwijs en advisering.¹ De hamvraag is hoe we verder komen dan een richtlijn op de plank of een mooi uitgeschreven protocol in de kast. Hoe kunnen we de kloof tussen richtlijn en praktijk overbruggen? Veel wijsheden blijken ook in dit veld bij nader inzien minder gefundeerd dan gedacht.

Voortschrijdend inzicht

Onze onderzoeksgroep heeft 15 jaar ervaring met onderzoek naar kwaliteitsverbetering. We zijn begonnen met het ontwikkelen en evalueren van strategieën die zijn gericht op de attitude en cognitie van de arts, zoals intercollegiale toetsing en vaardigheidstraining. Geleidelijk is het scala van strategieën steeds verder uitgebreid. Tegenwoordig zijn we geïnteresseerd in strategieën die zijn gericht op het niveau van arts, patiënt, praktijkorganisatie of andere organisatieverbanden. De strategieën kunnen zijn afgestemd op de arts als individu (nascholing, praktijkbezoeken, reminders), of op de arts als onderdeel van een sociale groep (feedback met spiegelinformatie, intercollegiale toetsing). De strategieën kunnen ook gericht zijn op de patiënt om zo indirect, via de patiënt, de zorg te beïnvloeden (reminders, pre-consultation screeningsinstrumenten, beslissingsondersteuning). Organisatieverandering speelt soms een grote rol bij succesvolle implementatie. Zo vereist optimale zorg voor chronische patiënten met bij-

voorbeeld diabetes of hart- en vaatziekten dat zij intensief worden begeleid. Zij worden regelmatig gezien, krijgen medische behandeling op maat en educatie over zelfmanagement. Organisatorische maatregelen kunnen dit ondersteunen, zoals een goed afsprakensysteem, een goede documentatie van bevindingen en verrichtingen en effectief overleg met praktijkmedewerkers en met zorgverleners buiten de praktijk. Ook organisatieverandering buiten de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld aanpassing van het laboratoriumaanvraagformulier, kan gedrag direct beïnvloeden. De aanpassingen kunnen op een nog hoger niveau liggen, bijvoorbeeld het vergoedingensysteem. De wetenschappelijke onderbouwing van dergelijke macro-organisatorische veranderingen is echter beperkt en vaak ook moeilijk te leveren, omdat experimenteel onderzoek niet altijd uitvoerbaar is.

Heilige huisjes

Onlangs publiceerden Grimshaw et al. een omvangrijk systematisch literatuuroverzicht, waarin ze 235 gecontroleerde onderzoeken naar het effect van implementatiestrategieën opnamen.² Ze halen een aantal 'wijsheden' onderuit.

Schriftelijk materiaal helpt

Vaak is gesteld dat het verspreiden van educatief materiaal (schriftelijke richtlijn, artikel in tijdschrift) als enige strategie geen effect van betekenis heeft. Volgens dit literatuuronderzoek had educatief materiaal echter gemiddeld wel degelijk een klein effect op professioneel handelen. Zelf vonden we dat ook in een onderzoek naar de effecten van het Pakket voor Individuele Nascholing (PIN) voor mictieklachten bij oudere mannen. Het bleek dat huisartsen die de PIN hadden ingestuurd minder patiënten verwezen naar de uroloog dan een controlegroep die alleen leerpunten had geformuleerd na lezing van de NHG-Standaard. Bovendien oordeelden patiënten positiever over de informatie en communicatie dan de patiënten van huisartsen in de controlegroep.³ Misschien heeft de laatste jaren de nadruk in nascholing wat eenzijdig gelegen op het belang van sociale interactie, door toetsing en scholing in kleine groepen of individuele begeleiding in de praktijk. Individueel lezen en studeren kan echter bijdragen aan de effectiviteit van dergelijke nascholing.

Samengestelde interventies zijn niet altijd effectiever

Een andere 'wijsheid' is dat samengestelde interventies effectiever zijn dan enkelvoudige interventies.⁴ Om een voorbeeld te geven: een combinatie van groepsgewijze nascholing, het geven van schriftelijke feedback aan de huisarts en het inzetten van een

Auteursgegevens

Centre for Quality of Care Research (WOK), afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M. Wensing, senioronderzoeker.

Centre for Quality of Care Research (WOK), capaciteitsgroep Huisartsgerieeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Universiteit Maastricht: dr. T. van der Weijden, senioronderzoeker.

Correspondentie: m.wensing@wok.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

invloedrijke deskundige die de huisarts in de praktijk bezoekt, is naar verwachting effectiever dan schriftelijke feedback alleen. Grimshaw et al. vonden echter geen consistente relatie tussen het aantal componenten van een implementatiestrategie en de effectiviteit ervan. Een interventie met bijvoorbeeld vier componenten (zelfstudie, intercollegiale toetsing, feedback en patiëntenfolders) was dus niet per se effectiever dan een enkelvoudige interventie (bijvoorbeeld alleen intercollegiale toetsing). Een kanttekening hierbij is dat organisatorische strategieën weinig zijn onderzocht, zodat het bovenstaande misschien niet geldt voor combinaties waarin ook organisatorische strategieën zijn opgenomen.

Standaardinterventie of op maat gemaakt?

Een andere 'wijsheid' over implementatie waarvoor (nog) onvoldoende bewijs bestaat, is dat op maat gemaakte implementatiestrategieën effectiever zijn dan algemene, van bovenaf opgelegde strategieën. In een op maat gemaakte strategie wordt de gebruiker van de nieuwe werkwijze – de huisarts dus – in een vroeg stadium betrokken. De huisarts bepaalt welk type implementatiestrategie er nodig is, bijvoorbeeld praktijkbezoeken, feedback over de zorgverlening, nascholing of nog iets anders. Een manier om dat te doen is om in de keuken te gaan kijken bij een representatieve steekproef van huisartsen en de huisartsen te vragen waarom ze handelen zoals ze handelen.⁵ Dit levert inzichten op in knelpunten die bestaan bij het werken volgens een richtlijn. Het probleem waar implementatiedeskundigen vervolgens tegenaan lopen, is hoe de vele gevonden knelpunten moeten worden vertaald naar een op maat gemaakte implementatiestrategie.⁶ Tot nu toe is er nog geen overtuigend bewijs dat deze 'interventies op maat' (afgestemd op individuele behoeften en knelpunten) effectiever zijn dan de niet op maat gemaakte strategieën.

De grens van evaluatieonderzoek

Onderzoek naar implementatie is complex en vaak lastiger dan een 'simpele' RCT naar het effect van een geneesmiddel waarin de condities zoveel mogelijk gestandaardiseerd kunnen worden. In het implementatieonderzoek moeten we juist zoveel mogelijk uitgaan van de werkelijke, dagelijkse condities van de zorgpraktijk. Het uitvlakken van beïnvloeding door deelname aan onderzoek (het Hawthorne-effect) vergt ingewikkelde en arbeidsintensieve onderzoeksopzetten.⁷ Binnen onze onderzoeksgroep gebruiken we zo veel mogelijk gecontroleerde opzetten in zo representatieve mogelijke onderzoekspopulaties.

Niet alleen de opzet van onderzoek is lastig, ook het bepalen van het gewenste effect. Wanneer spreken we van een relevante verbetering in het werken volgens richtlijnen? Een gemiddelde verbetering van 10% bij een oorspronkelijke gemiddelde navolging van de huisarts aan de richtlijn (compliance) van 40% is wellicht winst. Maar hoever moeten we gaan met implementatie-inspanningen om huisartsen die al voor 70% volgens de richtlijnen handelen naar 80% navolging op te schroeven? Misschien is een compliance van 70% wel precies goed, omdat we geen kookboekgeneeskunde (100% navolging) moeten willen.

Daarom moeten we bij de evaluatie van implementatiestrategieën ons behalve op effectiviteit ook op doelmatigheid richten. Wegen de kosten wel tegen de baten op? Kosten en effecten van verschillende varianten van implementatiestrategieën kunnen hiertoe vergeleken worden. De methodologie hiervoor staat nog in de kinderschoenen, maar lijkt zich snel te ontwikkelen.⁸

Hoe nu verder?

Misschien is het belangrijkste verkregen inzicht wel het besef dat we nog niet veel weten. Er is geen enkele strategie voor implementatie die altijd effectief is en zelfs de effectiefste strategieën hebben meestal een bescheiden effect. Deze ontnuchterende constatering is wellicht een geschikt startpunt voor discussies tijdens de komende WONCA-conferentie in Amsterdam. Hoe moet het nu verder?

Wij denken dat implementatie recht moet doen aan de medische en zorginhoudelijke aspecten van de patiëntenzorg. Het maakt veel uit of een richtlijn voor diabetes wordt ingevoerd, een programma voor cervixscreening of een transmuraal protocol voor depressie. Dit betekent dat de inbreng van praktiserende huisartsen bij implementatie van wezenlijk belang is. Daarnaast vraagt implementeren een multidisciplinaire benadering waarbij artsen, epidemiologen, psychologen, sociologen, bedrijfskundigen en economen kunnen aanschuiven. Om de effectiviteit van kwaliteitsverbetering te optimaliseren lijkt het nuttig om meer systematisch gebruik te maken van inzichten uit deze disciplines.

Wij denken dat er vooral behoefte is aan methoden die de onderzoeks- en ervaringskennis, zoals die is samengebond in richtlijnen, beschikbaar maken op het moment dat deze kennis nodig is. Daaronder vallen bijvoorbeeld computersystemen die het medisch beleid ondersteunen, maar ook materialen om patiënten te informeren over risico's (zoals de risicotabellen voor hart- en vaatziekten). De informatie wordt dan ingebracht op het moment dat deze gebruikt kan worden voor een beslissing. Daarnaast is er behoefte aan methoden die de organisatie rond het professioneel handelen optimaliseren. Het doel van met name organisatorische strategieën voor kwaliteitsverbetering is niet altijd gezondheidswinst, maar bijvoorbeeld doelmatigheidswinst, hogere arbeidssatisfactie bij zorgverleners, of zorgsatisfactie bij patiënten. In dit decennium lijkt implementatieonderzoek de wind mee te hebben, al wordt beslist niet elk implementatieproject even degelijk geëvalueerd. Het vakgebied kwaliteitsverbetering moet zich echter blijven ontwikkelen om niet over tien jaar te worden afgedaan als een modieuze trend.

Literatuur

- 1 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 2 Grimshaw J, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004;8: 1-80.
- 3 Wolters R, Wensing M, Van Weel C, Grol R. The effect of a distance learning programme on patient self-management of lower urinary

- tract symptoms (LUTS) in general practice: a randomised controlled trial. *Eur Urol* 2004 (in press).
- 4 Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in primary care: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998;48:991-7.
 - 5 Van der Weijden T, Van Bokhoven MA, Dinant GJ, Van Hasselt CM, Grol RPTM. Understanding laboratory testing in diagnostic uncertainty: a qualitative study in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:974-80.
 - 6 Bokhoven MA, Kok G, Van der Weijden T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Safety Health Care* 2003;12:215-20.
 - 7 Verstappen WH, Van der Weijden T, Sijbrandij J, Smeele I, Hermesen J, Grimshaw J, et al. Diagnostisch toetsoverleg (DTO) vermindert overbodig gebruik aanvullende diagnostiek door huisartsen. *Huisarts Wet* 2004;47:127-32.
 - 8 Severens JL. Value for money of changing healthcare services? Economic evaluation of quality improvement. *Qual Saf Health Care* 2003;12:366-71.

Kwaliteit van zorg gemeten in NS2

Joost Zaat

Huisartsen volgen in bijna driekwart van gevallen de NHG-Standaarden, zo concluderen onderzoekers van de Tweede Nationale Studie (NS2).¹ Eerder liet ik me al kritisch uit over het gebruik van indicatoren om kwaliteit van zorg te meten (H&W 2004;47:61). Nu indicatoren ook in de NS2 zijn doorgedrongen, vraagt dat gebruik opnieuw om enig commentaar. Dat past ook mooi in deze special over kwaliteit van zorg en de huisarts in Europa.

WOK en NHG destilleerden uit de standaarden 139 indicatoren: meetbare zaken die iets over kwaliteit zeggen. Huisartsen handelen dus aanzienlijk vaker op grond van bewijs dan rond 1990 geschat werd. Toen zou 10-15% van alle medische beslissingen maar op enig bewijs berusten.² Mijn voornaamste bezwaren tegen dit deel van het rapport zijn de keuze van prevalentiecijfers als indicator voor kwaliteit, de keuze van indicatoren die door de tijd achterhaald zijn en de interpretatie van verschillen tussen de kwaliteit in 1987 en in 2002.

De onderzoekers vinden dat de opsporing van diabetes, hypertensie, hypercholesterolemie en ook van osteoporose beter kan. Dat baseren ze op de vergelijking tussen de prevalentiecijfers uit de NS2 en cijfers uit het *Nationaal Kompas* die gebaseerd zijn op onderzoek in de algemene populatie (gezondheidsenquêtes). De variatie tussen praktijken zou groot zijn. De onderzoekers gebruiken bij deze indicatoren echter het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het prevalentiecijfer ten onrechte als een maat voor de spreiding tussen praktijken. Aarzelend vragen ze zich af of de vergelijking tussen de NS2-cijfers en algemene populatie wel kan omdat bij die laatste cijfers ook patiënten zijn opgenomen die niet door huisarts worden gezien. Het antwoord kan heel duidelijk zijn: verschil in prevalentie per praktijk is een slechte maat voor kwaliteit. Er is altijd verschil tussen gezondheidsenquêtes en zorgcijfers. In het rapport van de NS2 over morbiditeit wordt dat ook terecht geproblematiseerd. Geen enkele NHG-Standaard pleit voor een actieve screening op al

die chronische aandoeningen en er zijn zeer veel verklarende factoren – waaronder sociaal-economische en etnische verschillen – waardoor er in de ene praktijk meer diabetespatiënten geregistreerd staan dan in de andere.

Ook is kritiek mogelijk op de interpretatie van andere indicatoren zoals corticosteroïdgebruik bij COPD en de bètablokkers die volgens de onderzoekers ongewenst zijn bij patiënten die ook astma hebben. Voor de laatste indicator is al enige tijd geleden in een Cochrane-review bewezen dat de combinatie geheel geen kwaad kan en de inzichten over corticosteroïden bij COPD wisselen ongeveer per jaar (H&W 2004;47:64). De huisartsen leveren hier, ook al wijken ze af van de standaarden, gewoon goede kwaliteit.

Ook bij de interpretatie van trends is er een probleem. Zo stellen de onderzoekers bijvoorbeeld in de vergelijking tussen antibioticagebruik bij OMA tussen 1987 en 2002 dat huisartsen nu vaker antibiotica voorschrijven dan vroeger, maar ze vergeten dat de incidentie van OMA zeer fors is gedaald (van 26,8/1000 in 1987 naar 16,3/1000 nu). Huisartsen zien dus een andere populatie dan vroeger, maar die verklaring lees ik niet.

De kwaliteit van huisartsenzorg moet gemeten en beoordeeld worden. De NS2 doet dat op veel punten uitstekend, maar juist in dit hoofdstuk mis ik nog een heldere kijk op de methodologische, inhoudelijke en interpretatieve problemen bij de beoordeling van kwaliteit aan de hand van indicatoren. Voordat je het weet, versnipperde de zorg door het overmatig gebruik van indicatoren, zo verzuchtte Iona Heath onlangs naar aanleiding van het nieuwe Engelse huisartsencontract.³ Het lijkt me tijd voor een scherpzinnig debat over meetbaarheid van kwaliteit. H&W staat daarvoor open.

Literatuur

- 1 Braspenning JCC, et al. Huisartsgeneeskundig handelen volgens richtlijnen. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht /Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.
- 2 Smith R. Where is the wisdom... the poverty of medical evidence. *BMJ* 1991;303:798-9.
- 3 Heath I. The cawing of the crow... Cassandra-like, prognostic woe. *Br J Gen Practice* 2004;54:320-1.

Auteursgegevens

dr. J.O.M. Zaat, H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Correspondentie: j.zaat@nhg-nl.org