

Kwaliteit is een dilemma

Peter Lucassen

*Wat goed is, Phaedrus,
En wat niet goed is –
Moeten wij iemand vragen ons dat te vertellen?*¹

Inleiding

'Kwaliteitsdenken moet in hoofd en hart zitten'.² Met die bewering ben ik het eens. Maar hij roept ook ambivalentie op. Bij mij wekken termen als kwaliteit, kwaliteitsdenken, kwaliteitscirkel, kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbeleid instemming en onbehagen tegelijk. Instemming, omdat ik mij dagelijks inspan mijn patiënten kwalitatief goede zorg te leveren. Onbehagen, omdat er een toekomst dreigt waarin externe instanties, zoals overheid en zorgverzekeraars, van huisartsen verantwoording over hun prestaties gaan eisen. Die toekomst is al werkelijkheid voor de ziekenhuizen, die verplicht gegevens over kwaliteitsindicatoren moeten leveren, op basis van die gegevens met elkaar worden vergeleken en vervolgens moeten toezien hoe ze – in naam van de transparantie – worden ondergebracht in een ranglijst. Die toekomst bestaat ook al bij onze Britse collega's, die een groot deel van hun tijd besteden aan het meten, verzamelen, beschrijven en versturen van gegevens over 136 indicatoren waarmee ze 1050 kwaliteitspunten – en dus extra geld – kunnen verdienen en die dus op die manier gestuurd worden.³ Het gaat mij er niet om het nut te betwisten van onderzoek naar onnodige variatie in het medisch handelen bij huisartsen – dat moet. Het gaat mij er ook niet om dat huisartsen verantwoording moeten afleggen – ook dat moet. Waar het mij om gaat, is dat ik ernstig twijfel aan de haalbaarheid van uitgebreide, door externe instanties geëiste kwaliteitsmeting en dat ik betwijfel of die kwaliteitsmeting ooit recht kan doen aan de huisarts.

Wat is kwaliteit: zen of motoronderhoud?

In *Zen en de kunst van het motoronderhoud*. Een onderzoek naar waarden vertelt Robert Pirsig over zijn vroegere zelf, Phaedrus, die krankzinnig werd in zijn zoektocht naar het hoogst haalbare: Kwaliteit.¹

'Nu is onze cultuur zo ingericht, dat wanneer je op zoek gaat naar een handleiding voor het verrichten van bovengenoemde werkzaamheden, de handleiding je slechts één opvatting van Kwaliteit zou vertellen, de klassieke. Je zou erin te horen krijgen hoe je het lemmet moet houden als je het mes slijpt, of hoe je een naaimachine bedient, of hoe je

lijm aanmaakt en gebruikt, met de ingebouwde veronderstelling dat na toepassing van deze onderliggende methodes 'goed' vanzelf wel volgt. Aan het vermogen rechtstreeks te zien wat er 'goed uitziet' wordt stil voorbij gegaan.'

Over deze klassieke opvatting van kwaliteit gaat het meestal in artikelen en discussies. Het is een beperkte opvatting in die zin, dat een dokter die zich keurig aan de kwaliteitsregels houdt toch een slechte dokter kan zijn. Er zijn echter ook andere opvattingen van kwaliteit. In de woorden van Pirsig:

'Het is geloof ik belangrijk Kwaliteit en datgene wat je ter harte gaat te koppelen door erop te wijzen dat je van harte inzetten voor iets en Kwaliteit, interne en externe aspecten zijn van hetzelfde. Iemand die Kwaliteit waarneemt en het ervaart in zijn werk, is iemand wiens werk hem ter harte gaat. Wanneer iemand gegrepen is door wat hij ziet en doet, kun je er zeker van zijn dat hij bepaalde Kwaliteitskenmerken in zich heeft.'

Deze opvatting van kwaliteit staat recht tegenover de klassieke opvatting. De frase: *'It doesn't count unless you can count it'*, een kernachtige bevestiging van de klassieke opvatting, is een even kernachtige ontkenning van deze opvatting.

Kwaliteit is natuurlijk door anderen op vele manieren omschreven – maar altijd in de klassieke opvatting. Neem de bekende definitie van het Institute of Medicine: kwaliteit is de mate waarin de gezondheidszorg er voor individuen en populaties in slaagt de kans op gewenste uitkomsten te vergroten en de mate waarin het werk in de gezondheidszorg consistent is met huidige professionele inzichten.⁴ Het gaat bij al deze omschrijvingen steeds om motoronderhoud, om wat meetbaar is. Veel van de problematiek waarmee de huisarts te maken heeft, is echter vaag, ongedefinieerd en ongevormd. Ziekten die in biomedische zin 'echt' zijn, vormen slechts een beperkt bestanddeel van het werk. De huisarts werkt in een *messy* omgeving, in een soort moeras, zeker in vergelijking met de specialist die overwegend te maken heeft met uitgekristalliseerde problemen die goed passen in het biomedische ziektemodel.⁵

Om te overleven in een moerasgebied zijn echter andere kwaliteiten nodig dan in gebieden met vaste grond onder de voeten. Een van die kwaliteiten is bijvoorbeeld het definiëren van een probleem en het inschatten van de invloed van de context en comorbiditeit – ruim eenderde van de patiënten met een veel voorkomende chronische ziekte heeft nog een andere chronische ziekte.⁶ Maar meer nog dan deze vaardigheid, die te maken heeft met hoe ziekte zich aandient, wordt het hart van het huisarts-zijn gevormd door het persoonlijk contact met mensen gedurende vele jaren, het langzaam vertrouwen in elkaar krijgen, door verbondenheid

Auteursgegevens

Dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts, afdeling Huisartsgeneeskunde UMC St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Correspondentie: p.lucassen@hag.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en compassie. Dat is de fundamentele voorwaarde voor het goed uitoefenen van ons vak, generalistische geneeskunde waarbij het geheel belangrijker is dan het deel.⁷ De huidige kwaliteitsmetingen zijn niet geschikt voor het hart van het huisartsenwerk. Het is voor mij zelfs de vraag of deze kwaliteit überhaupt meetbaar is. Hier past de verzuchting van Phaedrus: 'Wat goed is, moeten wij iemand vragen ons dat te vertellen?'

Welke maten gebruiken we?

Donabedian stelde dat de kwaliteit van de gezondheidszorg gemeten kan worden door te kijken naar structuur, proces en uitkomsten.⁸ Structuur omvat de relatief stabiele kenmerken van de omstandigheden waarin huisartsen werken: instrumentarium, hulp personeel en behuizing. Voorbeelden van structurele kwaliteitsmaten in de huisartspraktijk zijn de aanwezigheid van computers en glucosemeters, en het aantal praktijkassistentes. Procesmaten zijn in feite alle activiteiten die plaatsvinden tussen dokter en patiënt, bijvoorbeeld het jaarlijks bepalen van de longfunctie bij COPD-patiënten, het fundusonderzoek bij patiënten met diabetes, het voorschrijven van antibiotica bij patiënten met een pneumonie of het verwijlsbeleid bij postmenopauzaal vaginaal bloedverlies. Uitkomstmaten zijn alle veranderingen op patiëntniveau: morbiditeit en mortaliteit, dus bijvoorbeeld het optreden van complicaties bij diabetes mellitus, het aantal exacerbaties bij COPD of het aantal patiënten met maagproblemen ten gevolge van NSAID-gebruik. Voor prestatie metingen in de gezondheidszorg worden vooral uitkomstmaten en procesmaten gebruikt.

Uitkomstmaten

Uitkomstmaten maken het best zichtbaar waar het in de zorg om gaat: het resultaat voor de patiënt. Daarom verdienen deze maten in principe de voorkeur. Een voorbeeld is het percentage diabetespatiënten met retinopathie: als dat door de geleverde inspanningen daalt, is er sprake van kwaliteit. Uitkomstmaten zijn met name relevant op gebieden waar technische vaardigheid relatief belangrijk is. Als men bijvoorbeeld de kwaliteit van de huisartsenzorg bij het plaatsen van IUD's wil meten, dan is het wenselijk het percentage perforaties te meten.

Helaas kleeft er aan het gebruiken van uitkomstmaten een aantal problemen.^{9,10} Allereerst is de uitkomst, behalve van de inspanningen van de dokter, ook zeer afhankelijk van de ernst van de aandoening, van verschillen in natuurlijk beloop en van therapietrouw. Een ziekere patiënt doet het bij gelijke kwaliteit van zorg nu eenmaal slechter dan een minder zieke.^{10,11} Of, in jargon: de uitkomst is sterk afhankelijk van de *case-mix*. Zo hebben diabetespatiënten in achterstandswijken en allochtone diabetespatiënten veel minder vaak een HbA1c < 7,5% of < 10% dan autochtone diabetespatiënten in sociaal-economisch minder gedepriveerde wijken.¹² Ten tweede wordt de uitkomst sterk beïnvloed door toevallige variatie, vooral als de betreffende uitkomst in elke afzonderlijke eenheid – de huisartsenpraktijk – niet vaak voorkomt. Het volgende – fictieve en bewerkte – voorbeeld naar Mant⁹ illustreert dat. Stel, het gemiddelde percentage diabetespatiën-

De kern

- ▶ Het meten van de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg en het afleggen van rekenschap wordt in toenemende mate vereist.
- ▶ Een omvangrijk, door derden opgelegd kwaliteitssysteem is onhaalbaar bij de huidige stand van automatisering en registratie.
- ▶ Een dergelijk kwaliteitssysteem is ongewenst vanwege de grote negatieve effecten op het handelen van huisartsen.
- ▶ Omvangrijke kwaliteitsmeting kan een bedreiging zijn voor de kern van de huisartsgeneeskunde.

ten dat diabetische retinopathie krijgt, is 6% en we willen weten of een huisarts in ieder geval niet 30% slechter is dan het gemiddelde. Dat is het geval als diens percentage diabetespatiënten met diabetische retinopathie 8% of hoger is. Om dit verschil op te sporen met een power van 80% op een significantieniveau van 5% moeten we 1200 diabetespatiënten van deze huisarts bestuderen. Het is duidelijk dat dit onmogelijk en onpraktisch is.

Om uitkomsten op patiëntniveau te kunnen gebruiken als indicator van kwaliteit moet dus aan bepaalde voorwaarden voldaan zijn: de aantallen patiënten moeten groot genoeg zijn in relatie tot het voorkomen van de uitkomst, de gegevens moeten gestandaardiseerd verzameld kunnen worden en er moet correctie mogelijk zijn voor verschillen in ernst van de ziekte. Vanwege de hierboven al aangegeven problemen neemt men in plaats van de echte uitkomst vaak liever een surrogaatparameter, bijvoorbeeld het HbA1c-gehalte. Zijn we dan uit de problemen? Nee. Een recent voorbeeld: Hofer et al. onderzochten bij een grote *health maintenance organization* (met meer dan 250 *primary care physicians*) de invloed van dokters op de verschillen in HbA1c-gehalte.¹³ Het ging om de resultaten van 1730 patiënten. Na uitgebreide statistische bewerking bleek dat nog geen 4% van de verschillen in diabetesinstelling (HbA1c-gehalte) verklaard werd door verschillen tussen dokters. Deze uitkomst werd gevonden na uitgebreide correctie voor verschillen in case-mix, waarbij niet alleen gecorrigeerd werd voor leeftijd en geslacht maar ook voor zaken als kwaliteit van leven en comorbiditeit. Uiteindelijk bleek dat er per huisarts minstens 100 patiënten met diabetes nodig waren om de interdoktersverschillen betrouwbaar te kunnen meten.¹³ Deze bevinding staat niet op zichzelf. Hansen et al. vonden in een prospectief onderzoek bij Deense huisartsen dat ook daar de hoogte van het HbA1c geen verband hield met dokterskenmerken.¹⁴

Procesmaten

Huisartsen hebben veel meer invloed op procesmaten dan op uitkomstmaten.⁹ Zo is het percentage diabetespatiënten bij wie jaarlijks fundusfotografie wordt gedaan rechtstreeks afhankelijk van de inspanning van de huisarts of praktijkondersteuner, en veel minder van de ernst van de ziekte of het gedrag van de patiënt. Procesmaten zeggen meer over het handelen van de dokter, zijn dus gevoeliger voor verschillen in kwaliteit en lijken dan ook ideaal om die verschillen te meten. Bovendien zijn proces-

maten gemakkelijk te interpreteren en *actionable*: men ziet meteen wat er verbeterd moet worden.⁴ Een voorwaarde voor het gebruik van procesmaten als kwaliteitsindicator is wel dat er een verband is aangetoond tussen proces en uitkomst, dus bijvoorbeeld dat scherper instellen van suikerziekte leidt tot minder retinopathie. Chin en Muramatsu¹¹, en ook Grol¹⁵, stellen echter dat van weinig procesmaten is aangetoond dat ze inderdaad leiden tot een vermindering in ziekte en sterfte. Dat is dus het eerste probleem. Procesmaten zijn vaak gebaseerd op evidence-based richtlijnen: als in een richtlijn staat dat bij diabetespatiënten jaarlijks de fundus oculi gecontroleerd moet worden, dan volgt daar bijna automatisch uit dat een hoger percentage fundusfoto's betere kwaliteit van zorg betekent.¹⁵ Nu is die empirische basis meteen alweer een bron van problemen. Lang niet op elk terrein van het huisartsgeneeskundig handelen zijn richtlijnen voorhanden die gebaseerd zijn op empirie, en slechts een deel van de adviezen in die richtlijnen is ook echt wetenschappelijk onderbouwd.¹⁵ Bovendien zijn er internationaal inmiddels voor ieder onderwerp talloze richtlijnen beschikbaar, waarvan de kwaliteit op zijn zachtst gezegd wisselend is. Daarbij komt dan nog dat de adviezen per land en per setting kunnen verschillen.¹⁵ En dan gaat het niet om zomaar wat kleine verschillen: Grol haalt in dit kader een voorbeeld aan waarin van een groep hypertensiepatiënten volgens de Amerikaanse richtlijn 82% behandeling nodig had, volgens de Engelse 53% en volgens de Canadese 15%.¹⁵

Een ander bezwaar tegen het gebruik van richtlijnen als maat voor de kwaliteit is dat richtlijnen uitdrukkelijk de mogelijkheid openhouden om ervan af te wijken op basis van het klinisch inzicht van de dokter of van voorkeuren van de patiënt.¹⁵⁻¹⁷ Hogere richtlijntrouw betekent dus niet automatisch betere kwaliteit van zorg. Walter et al.¹⁷ laten met een praktijkvoorbeeld zien waar dit toe kan leiden. Veel richtlijnen adviseren om mensen ouder dan 50 jaar te screenen op coloncarcinoom door jaarlijks fecesonderzoek op occult bloed plus vijfjaarlijks een sigmoidoscopie en tienjaarlijks een coloscopie. Redenen om mensen uit te sluiten van de screening zijn kanker in oesofagus, lever of pancreas, palliatieve zorg of een levensverwachting van minder dan zes maanden. Het US Department of Veterans' Affairs vertaalde deze richtlijn in een prestatie maat voor alle aangesloten centra. Medewerkers van het centrum in San Francisco kregen te horen dat ze met 58% gescreende patiënten het landelijk gemiddelde van 65% niet haalden en er werd stevige druk op hen uitgeoefend om meer te screenen: als zij geen hoger percentage haalden, zou dat in de toekomst financiële gevolgen hebben. Bij analyse van een jaargang van 229 patiënten die in dit centrum gescreend waren, bleek echter dat 35% ouder was dan 75 jaar, dat 24% ernstige comorbiditeit had en dat 76% meer dan 50% kans had om binnen tien jaar te overlijden. Het centrum had dus een grote groep mensen gescreend die a priori geen winst konden verwachten van een screening op coloncarcinoom. Zulk kwaliteitsbeleid heeft schadelijke gevolgen voor kwetsbare mensen.

Hoe verzamelen we de gegevens?

Wat is er feitelijk in Nederland aan onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen? Recent onderzoek naar die vraag stemt tot nadenken: zulk onderzoek gaat meestal over chronische aandoeningen, het gaat meestal slechts om één aandoening, de per aandoening gebruikte maten of indicatoren variëren sterk, slechts zelden maakt de onderzoeker een systematische afweging van welke indicatoren geschikt zijn. In de woorden van de onderzoekers: 'We blijken eigenlijk niet goed te weten hoe we de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen moeten meten en welke instrumenten daarbij valide zijn.'¹⁸ Maar even los van die bedenkingen: als we goed weten wat we moeten meten om de huisarts op diens kwaliteit te beoordelen, welke bron gebruiken we dan? En van hoeveel patiënten hebben we gegevens nodig voor een betrouwbaar oordeel over de kwaliteit? En wat is de betrouwbaarheid van die metingen? En hoeveel tijd kost het verzamelen van de gegevens?

Gegevens over de kwaliteit van zorg kan men op directe en op indirecte wijze verzamelen.¹⁹ Directe gegevensverzameling gebeurt door middel van observatie tijdens het consult of aan de hand van audio- of video-opnames. Bij indirecte gegevensverzameling maakt de onderzoeker gebruik van bestaande bronnen, zoals gegevens die reeds in het elektronisch medisch dossier aanwezig zijn, gegevens van apotheken, laboratoria en zorgverzekeraars of gegevens verkregen via zelfrapportage door de huisarts.^{19,20} Gegevens van apotheken, laboratoria of zorgverzekeraars zijn alleen bruikbaar als er ongeveer een een-op-eenrelatie bestaat tussen huisarts en gegevensbron.

Het elektronisch medisch dossier

Hoewel je op het eerste gezicht zou zeggen dat dit dé bron moet zijn, is het tegendeel eerder waar. Allereerst levert het EMD weinig of geen informatie over de kwaliteit van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en de gegeven voorlichting. Die gegevens staan er gewoon niet in.^{20,21} Dat geldt zelfs voor de chronische aandoening – diabetes mellitus – waarnaar op dit stuk veel onderzoek is gedaan. Bij eenderde tot driekwart van de patiënten bevat het medisch dossier geen gegevens over HbA1c, nuchtere bloedsuikerwaarde, totaal cholesterol, lengte en gewicht, jaarcontrole en roken.²² Het extraheren en onderzoeken van de gegevens die wél in het medisch dossier staan, vergt een majeure inspanning in tijd en menskracht. Zo lieten Kirk et al. zien dat het vijf tot tien dagen kost om gegevens over de kwaliteit van zorg over 23 aandoeningen in de huisartsenpraktijk te onderzoeken bij een steekproef van honderd patiënten.²¹ Niet iets wat de assistente er eventjes bij doet. Verder bleek dat zelfs bij een steekproef van honderd patiënten per praktijk sommige indicatoren niet voldoende betrouwbaar geschat konden worden.

Zelfrapportage

Bij deze methode vult de huisarts na elk consult een formulier in. De methode genereert een set gegevens die het meest recht doet aan alle aspecten van het klinisch handelen: niet alleen het

verwijzen en voorschrijven maar ook het stellen van de diagnose en het geven van voorlichting. De validiteit is hoog. Maar ook met deze manier van gegevens verzamelen kan van 30% van de beslissingen tijdens het consult de kwaliteit niet beoordeeld worden. Een ander in het oog springend nadeel is dat deze manier van meten geen objectieve weergave is van de kwaliteit in de praktijk van alledag: het formulier beïnvloedt het handelen van de dokter waarschijnlijk in de richting van de gewenste kwaliteit.²⁰

Directe methoden

Observatie tijdens consulten geeft een minder grote opbrengst aan gegevens dan zelfrapportage, maar is beter dan het EMD. Een beperking is dat observatie maar de helft van de gegevens oplevert die nodig zijn voor beoordeling van klinisch handelen.²⁰ Omdat de observaties gedaan moeten worden door medisch onderlegde en speciaal getrainde medewerkers, is de methode arbeidsintensief en dus duur. Bovendien beïnvloedt observatie waarschijnlijk het gemeten object op dezelfde manier als zelfrapportage. *Mutatis mutandis* gelden dezelfde bezwaren voor het beoordelen van audio- en video-opnames.

Wat zijn de gevolgen van uitgebreide kwaliteitsmeting?

Prestatiemeting is in de wereld om ons heen al langer aan de orde: agenten worden afgerekend op het aantal bekeuringen, rechters op het aantal vonnissen, de NS op het aantal op tijd vertrokken treinen en de koekjesfabriek op het aantal bacteriën in de grondstoffen. In de gezondheidszorg is het een relatief nieuw fenomeen, hoewel dokters natuurlijk al jaren bezig zijn de kwaliteit van hun handelen te vergroten. In bepaalde opzichten is prestatiemeting in de gezondheidszorg niets anders dan in andere sectoren. We zouden dus eens bij bedrijfskundigen te rade kunnen gaan als we iets willen weten over de effecten van prestatiemeting op de sector als geheel. Onder hen blijken de meningen over de effecten op grote schaal echter verdeeld.²³ Er zijn *believers* en *non-believers*. Sommigen geloven in de wenselijkheid van de ontwikkelingen in dit domein; zij pleiten voor 'resultaatgerichtheid', 'transparantie' en 'responsiviteit'. Anderen beweren dat cijfers onvoldoende zeggen over de kwaliteit van het werk. De Bruijn stelt dat prestatiemeting zeker gunstige effecten heeft: het geeft prikkels tot innovatie en maakt het werk zichtbaar voor derden.²³ Bovendien is prestatiemeting misschien de minst slechte manier van sturing, al zit ik als huisarts niet echt te wachten op sturing door een management. Ongunstige effecten van prestatiemeting zijn er echter ook. De Bruijn noemt ze 'perverse effecten'. Een van die perverse effecten is strategisch gedrag: de in prestatiecriteria omschreven doelen krijgen veel aandacht terwijl andere, ook belangrijke doelen – in de huisartsenzorg bijvoorbeeld generalistische zorg – worden verwaarloosd. Een ander effect is dat de prikkel tot innovatie afneemt. Een wel zeer pervers effect is het blokkeren van de toegang voor elementen bij wie de norm niet gehaald kan worden – het verwijzen van moeilijke patiënten naar andere zorgloketten. Scherp gesteld: 'Hoe harder de bestuurder afrekenet op prestaties, des te groter wordt de prikkel voor perverterend gedrag'.²³

Deze effecten worden ook beschreven door waarnemers binnen de gezondheidszorg. Casalino stelt dat, aangezien de tijd van de dokter beperkt is, uitgebreide aandacht voor kwaliteitsmeting ten koste zal gaan van de zorg voor de patiënt, dat daardoor het idee van wat kwaliteit is geleidelijk zal verschuiven naar dat wat meetbaar is, het gezag van individuele medici en van de medische professie als geheel zal dalen en de organisatie van (huis)artsen zich zal bewegen naar grotere eenheden.²⁴ Dat laatste is door andere oorzaken al in gang gezet: een toenemend aantal huisartsen maakt deel uit van een HOED en het verketteren van solopraktijken is in de mode. We lopen het risico de voordelen van een fijnmazig en kleinschalig netwerk te verliezen wanneer wij het onbezonnen inruilen voor grotere eenheden, waarin de anonimiteit en de afstand tot de patiënt groter zijn. De huisarts krijgt in elk geval ruime mogelijkheden tot het nemen van 'perverse' initiatieven. Uit de gegevens van het reeds genoemde onderzoek van Hofer et al. valt namelijk te berekenen dat de huisarts een aanzienlijke verbetering bereikt van zijn 'kwaliteit van zorg' als hij de slechtste 5% van zijn diabetespatiënten niet meer behandelt.¹³ Het meest radicale experiment met verregaande sturing vindt momenteel plaats in het Verenigd Koninkrijk. Honorering van huisartsen is daar rechtstreeks afhankelijk van het behalen van doelen. Wat dat precies voor gevolgen heeft voor het handelen van huisartsen is nog onduidelijk. Naast de gewenste – maar nooit aangetoonde – verbetering van morbiditeit en mortaliteit verwacht men zeker nadelen: toenemende specialisatie van huisartsen en daardoor fragmentatie van zorg, toenemende biomedische gerichtheid van dokters en daardoor het verlies van een integrale benadering van de patiënt, dalende kwaliteit van zorg op terreinen die niet worden omsloten door het kwaliteitssysteem en verslechtering van de zorg voor patiënten met comorbiditeit.²⁵ Bovendien ontstaat er een loyaliteitsprobleem. In landen waar de honorering plaatsvindt via een abonnementssysteem hoeft de huisarts alleen maar rekening te houden met het belang van de patiënt. Dat heeft als nadeel dat sommige dokters te weinig doen voor hun patiënten. Als de betaling van huisartsen echter in belangrijke mate afhankelijk gemaakt wordt van het halen van doelen, zal de argumentatie om iets al of niet te doen niet meer alleen ingegeven worden door het belang van de patiënt. De huisarts – ook de goed gemotiveerde – zal moeten kiezen: een overbodige behandeling instellen die meer inkomen oplevert, of overbodig handelen nalaten en genoegen nemen met een lager inkomen.²⁶ Het effect van deze premie op behandelen wordt nog eens versterkt door het publiceren van vergelijkingen tussen huisartsen. Dan moet de dokter ook nog rekening houden met de positie op de ranglijst. Misschien is het dan wel zo eerlijk om in de wachtkamer een bord te hangen met de tekst: 'Uw medewerking verbetert hopelijk niet alleen uw gezondheid maar zeker ook de financiën van uw dokter'.²⁷

Wat nu?

Het is voorlopig slecht gesteld met het meten van de kunst van het motoronderhoud. Grootschalige meting van het product

'huisartsenzorg' is momenteel niet mogelijk. Onduidelijk is wat er gemeten moet worden. Onduidelijk is hoe er gemeten moet worden. Onduidelijk is welke bronnen gebruikt moeten worden. En ten slotte zullen de nadelen voornamelijk groot zijn. Een gelikt motoronderhoud – als dat ooit van de grond komt – kan de zen van de huisartsgeneeskunde afbreken. In plaats van te zorgen voor het welzijn van onze patiënten verworden we dan tot biomedische monteurs, case managers van complexe medische problematiek, gestuurd door getallen en targets voor keurig gerubriceerde zorgvragen en specifieke aandoeningen. En als klap op de vuurpijl: het is nog niet in de verste verte door middel van deugdelijk onderzoek aangetoond dat financiële prikkels de kwaliteit van de zorg verhogen.²⁸

Was ik nu een Britse collega, dan zou de term 'onbehagen' een enorm understatement zijn voor de beschrijving van mijn gevoel. Ze hebben daar te maken met een klassiek geval van *the tail wagging the dog* en van *target tyranny*.²⁷ Het is een luchtbel. We moeten er niet aan beginnen. Tja, maar nu komt het dilemma weer naar voren: ik ben niet tegen het meten van kwaliteit en ook niet tegen het rekenschap afleggen aan anderen. Aangeven hoe de kwaliteit van de huisarts gemeten moet worden, vergt echter een compleet nieuw artikel. Ik zal dan ook alleen enkele contouren aangeven. Het beoordelen van kwaliteit dient uit te gaan van het opsporen van interdoktervariatie. Men zoekt vervolgens naar oorzaken van die variatie en bespreekt die met de betrokkenen. Men kijkt dan niet alleen naar variatie in medisch-technisch handelen, maar ook naar variatie in de interpersoonlijke aspecten van het handelen van de huisarts, zoals communicatie en continuïteit. Daarbij moeten oordelen van patiënten over dokter en praktijkvoering een belangrijke rol spelen. De onderwerpen waarvan de kwaliteit gemeten wordt, kunnen per jaar variëren zodat uiteindelijk het hele spectrum van huisartsgeneeskundig handelen aan bod komt. Het aantal onderwerpen dat per beoordeling aan bod komt is beperkt, omdat de metingen niet het gewone dagelijkse werk mogen beïnvloeden. Nadat een huisarts een *assessment* heeft gekregen, maakt hij een plan ter verbetering. Een regionaal gezelschap van collega's bespreekt de resultaten van deze plannen en maakt geanonimiseerd openbaar wat praktijken hebben gedaan ter verbetering van hun kwaliteit. Kortom: een kleinschalig systeem gericht op verbetering van de kwaliteit van dokters en geschikt voor het afleggen van rekenschap aan derden.

Dankbetuiging

Met dank aan Chris van Weel, Lieke Franke, Eric van Rijswijk, Tim oude Hartman en Theo Mangus voor hun snelle reacties, opbouwende commentaren en nuttige tips en Joost Zaat voor zijn stimulerende journaalstukjes.

Literatuur

- 1 Pirsig R. Zen en de kunst van het motoronderhoud: Een onderzoek naar waarden. Contact: Amsterdam, 1978.
- 2 Grol R. Interview. Radbode 19 augustus 2004.
- 3 Dalhuijsen J. Kwaliteit loont... en hoe!? Een nieuw contract voor Britse huisartsen. Huisarts Wet 2004;47:274-8.
- 4 Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages

- of process-based measures of health care quality. Int J Qual Health Care 2001;13:469-74.
- 5 Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books, 1983.
- 6 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003.
- 7 Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. Int J Qual Health Care 2002;14:267-8.
- 8 Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8.
- 9 Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. Int J Qual Health Care 2001;13:475-80.
- 10 Eddy DM. Performance measurement: Problems and solutions. Health Affairs 1998;17:7-26.
- 11 Chin MH, Muramatsu N. What is the quality of medical care measures? Persp Biol Med 2003;46:5-20.
- 12 Hippisley-Cox J, O'Hanlon S, Coupland C. Association of deprivation, ethnicity and sex with quality indicators for diabetes: Population based survey of 53000 patients in primary care. BMJ 2004;329:1267-9.
- 13 Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician 'report cards' for assessing costs and quality of care of a chronic disease. JAMA 1999;281:2098-2105.
- 14 Hansen LJ, De Olivarius N, Siersma V, Andersen JS. Doctors' characteristics do not predict long-term glycaemic control in type 2 diabetic patients. Br J Gen Pract 2003;53:47-9.
- 15 Grol R. Improving the quality of medical care: Building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. JAMA 2001;286:2578-85.
- 16 Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring it. N Engl J Med 1993;329:1263-5.
- 17 Walter LC, Davidowitz NP, Heineken P, Covinsky KE. Pitfalls of converting practice guidelines into quality measures: Lessons learned from a VA performance measure. JAMA 2004;291:2466-70.
- 18 Braspenning J, Schiere AM, Van Roosmalen M, Mokkink H, Grol RPTM. Kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen moeilijk te meten. Huisarts Wet 2004;47:184-7.
- 19 Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. Fam Pract 1996;13:468-76.
- 20 Spies TH, Mokkink HGA, De Vries Robbé PF, Grol RPTM. Which data source in clinical performance assessment? A pilot study comparing self-recording with patient record and observation. Int J Qual Health Care 2004;16:65-72.
- 21 Kirk SA, Campbell SM, Kennel-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: Practical and methodological problems. Qual Saf Health Care 2003;12:421-7.
- 22 Goudswaard AN, Lam K, Stolk RP, Rutten GEHM. Quality of recording of data from patients with type 2 diabetes is not a valid indicator of quality of care: A cross-sectional study. Fam Pract 2003;20:173-7.
- 23 De Bruijn H. Prestatiemeting in de publieke sector: Tussen professie en verantwoording. Utrecht: Lemma, 2001.
- 24 Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. N Engl J Med 1999;341:1147-50.
- 25 Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. N Engl J Med 2004;351:1448-54.
- 26 Van Weel C, Del Mar CB. How should GPs be paid? We need evidence that can underpin fundamental change. Med J Aust 2004;181:98-9.
- 27 Dicker A. Target tyranny. J R Soc Med 2004;97:496-7.
- 28 Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence. Technical review 10. AHRQ publication no 04-0057. Verkrijgbaar via www.ahrq.gov.