

# Kwaliteit kan niet zonder meten

Marc Berg, Wim Schellekens

Robert Pirsig is een goed auteur maar een slecht filosoof. Zijn schrikbeeld (wat hij de 'klassieke' opvatting van kwaliteit noemt) is dat 'alleen dat wat gemeten kan worden van waarde is'; zijn alternatief is 'dat wat van waarde is niet meetbaar is'. Beide stellingen zijn karikaturen, natuurlijk. Hoe meetbaar is kwaliteit? 'Wel' of 'niet', stelt ook Lucassen, zijn geen zinvolle antwoorden op deze vraag. Maar Lucassen benadert het probleem vooral defensief: hij schetst de bedreigingen, de onmogelijkheden, en de perversiteiten van het 'meten' die op de huisarts afkomen. Lucassen ziet liever een systeem dat veel meer 'onder ons' blijft, van dokters die met dokters praten en alleen in algemene termen rapporteren over prestaties en verbeteringen. Klopt zijn redenering?

## Meten is een basiskenmerk van professioneel handelen

Een echte professional voldoet aan drie kenmerken: hij is voortdurend bezig de kwaliteit van zijn werk te verbeteren (kwaliteitsbeleid), hij draagt bij aan de vermeerdering van kennis op zijn vakgebied (onderzoek) en hij zorgt voor een goede overdracht van die kennis aan zijn potentiële opvolger (opleiding).<sup>1</sup> Om deze drie taken te kunnen vervullen moet hij de inhoud van het professionele werk ook objectief zichtbaar en meetbaar maken, en hierover verantwoording afleggen. Zonder objectivering geen kwaliteitsverbetering, geen onderzoek en geen opleiding. Het meten van resultaten is dus niets nieuws. Ook in de huisartsgeneeskunde is het meten van inhoud en resultaten mogelijk zoals de uitgebreide literatuur in de huisartsgeneeskunde aantoont.<sup>2-4</sup> Je kunt verbeteringen aantonen door in de tijd te meten en zo 'jezelf met jezelf' vergelijken. Het onderling vergelijkbaar maken van de resultaten van professionals is minder gemakkelijk. Om allerlei redenen kunnen er verschillen optreden die niets te maken hebben met de prestaties van de verschillende professionals. Dit is echter vooral een technisch probleem, dat op te lossen is door de data op te schonen en te corrigeren voor allerlei factoren die buiten de invloedssfeer van de professionals liggen.<sup>5,6</sup> Zelfs de mortaliteitscijfers van ziekenhuizen zijn vergelijkbaar te maken.<sup>7,8</sup>

## Auteursgegevens

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus MC, Burg. Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam: prof.dr. M. Berg, arts, hoogleraar sociaal-medische wetenschappen. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht: W.M.L.C.M. Schellekens, arts, algemeen directeur.

Correspondentie: w.schellekens@worldonline.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## Rekenschap afleggen is noodzakelijk, vanzelfsprekend en onvermijdelijk

Als dit meten mogelijk is, dan is het ook mogelijk verantwoording af te leggen over de kwaliteit en de prijs van het zorgproduct. En rijst de vraag: heeft de klant niet het recht te weten wat de kwaliteit en de prijs is van het product dat hij afneemt? Wij vinden het ondenkbaar dat een grote groep professionals een gegarandeerd, goed inkomen wenst te ontvangen uit collectieve middelen zonder over de geleverde prestaties in het openbaar verantwoording af te leggen. Wij vinden het ook niet meer van deze tijd dat professionals, die er voor de patiënt zeggen te zijn, het niet noodzakelijk zouden vinden om rechtstreeks aan die patiënt rekenschap af te leggen over hun functioneren.

Er is immers nog steeds verbetering mogelijk. De in de eerste lijn geleverde zorg kan op een aantal kernpunten beter presteren als je haar vergelijkt met de *state of the art*: standaarden c.q. richtlijnen en *best practices*. Een paar voorbeelden: slechts 30% van de Nederlandse diabetici krijgt de zorg die zij nodig hebben. Vergelijkbare 'faalpercentages' gelden voor mensen met depressie, COPD, hartfalen en verhoogd cardiovasculair risico. Het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen en ook de mate waarin zij zich aan NHG-Standaarden houden, vertoont een enorme variatie.<sup>9-13</sup> Op gebieden waar zo'n variatie zichtbaar is, valt aanzienlijke winst te behalen. Kortom, net als de tweede lijn functioneert ook de eerste lijn nog niet zoals zij zou kunnen en moeten functioneren, en dat heeft leed, onnodige ziektelast en 'faalkosten' tot gevolg. Er is nog steeds te weinig samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn. Goede bedoelingen staan niet altijd gelijk aan goede resultaten.

## Huisartsen moeten rekenschap en transparantie omarmen

Huisartsen hebben, als voortrekkers in de eerste lijn, een grote verantwoordelijkheid. Transparantie over de geleverde kwaliteit zou voor de huisartsen juist een cruciale strategie moeten zijn om weer greep kunnen krijgen op de eigen beroepsuitoefening. Transparantie over – en dus meting van – de geleverde kwaliteit is ook noodzakelijk bij accreditatie van huisartsenpraktijken zoals die door het NHG gestart is. De mate van effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van eerstelijnszorg is goed te meten en hoeft helemaal niet te verzanden in een topzwaar meetcircuit.<sup>14</sup> Aan de roep om meer regie door en meer begrip voor de huisarts moet voorafgaan dat deze de kwaliteit die hij levert inzichtelijk maakt. Anders heeft de huisarts in dit debat geen been om op te staan. Het is wel belangrijk om in het debat rond indicatoren rekening te houden met een paar basisprincipes. Het meten van kwaliteit is pas zinvol als aan twee voorwaarden is voldaan: er moet een duidelijke doelstelling zijn ('Wat wil ik bereiken?') en vervolgens

moet er ook de bereidheid en de mogelijkheid zijn om daar iets aan te doen ('Wat ga ik er aan doen'). Als er geen doel of geen actie is, is meten zinloos, verspilling van tijd, geld en moeite en leidt het gegarandeerd tot frustratie.

Kwaliteit meet je in de eerste plaats voor jezelf, om te zien of je daadwerkelijk verbetert. Hierover kun je dan ook extern verantwoording afleggen. Meten om je met anderen te vergelijken is alleen zinvol wanneer je leert van de *best in class*, op grond daarvan jezelf verbetert en hierover weer extern verantwoording aflegt aan je patiënten en aan de zorgverzekeraars.

Als de huisartsen, al dan niet verplicht, zelf indicatoren naar buiten brengen, zullen er ranglijsten worden aangelegd – door de pers, de Consumentenbond of door anderen. Dit is alleen verantwoord als de indicatoren ook vergelijkbaar zijn en gecorrigeerd zijn voor variabelen die niet door de huisarts kunnen worden beïnvloed. Net als bij de ziekenhuizen, waar dit proces nu door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in gang is gezet, is hier nog een lange weg te gaan.

### Perverse effecten

Gaan we dan straks ten onder aan perverse effecten zoals Lucassen vreest? Natuurlijk kan het sturen op indicatoren aanleiding geven tot pervers gedrag, vooral als er niet goed is nagedacht over het 'doel' en de 'bedoelde actie van de zorgaanbieder' die bij die indicator hoort. Als je de politie afrekent op het aantal arrestaties, stijgt dat aantal zonder dat de 'veiligheid' van de betreffende regio per se toeneemt. Maar op perverse gedragingen moet je bij elke soort van prikkel letten – of het nu om indicatoren gaat, om financiering of om andere wijzen van sturing. Op dit laatste punt maakt Lucassen toch kortsluiting. Stel je voor, stelt hij, dat we financiële prikkels gaan koppelen aan het al dan niet behalen van zorginhoudelijke doelen! Dat zou kunnen leiden tot een 'loyaliteitsprobleem': dokters handelen dan niet meer in het belang van de patiënt, maar voor geldelijk gewin. Denken huisartsen echt dat de huidige wijze van financiering van de eerste lijn in Nederland – geen koppeling tussen gerealiseerde kwaliteit en inkomsten – niet negatief werkt op de kwaliteit die de eerstelijnszorg levert? In Engeland, waar huisartsen nu op een fijnmazig geheel van prestatie-indicatoren punten kunnen scoren en daarmee significant meer inkomsten kunnen verwerven, zie je een ongekend snelle stijging van de geleverde kwaliteit van zorg. Inderdaad, door huisartsen die ook allemaal 'overbelast' en ontevreden met het systeem waren (persoonlijke mededeling prof.dr. Martin Marshall). In de Nederlandse zorg zouden we, naast een basisfinanciering voor beschikbaarheid (gekoppeld aan inschrijving op naam), de financiering zo snel mogelijk aan de prestaties moeten koppelen. Het Verenigd Koninkrijk heeft op dit moment de (gevaarlijke) luxe dat er miljarden extra in de zorg gepompt worden, waarvan

duis een significant deel in de eerste lijn terecht komt.<sup>3</sup> Ook in Nederland is een krachtige koppeling tussen het halen van doelen – namelijk het leveren van een hogere kwaliteit zorg – en het inkomen in de eerste lijn goed mogelijk. Nederland is geen hoorn van overvloed, maar ook hier zit er wel degelijk inefficiëntie in de wijze waarop de zorg functioneert. Door het wegvallen van de sectorspecifieke financiering in 2006 kan ook hier een geldstroom richting eerste lijn tot stand komen. Zo zouden verzekeraars voor integrale diabeteszorg eerstelijns aanbieders het voortouw kunnen laten nemen. Dan moeten de huisartsen met hun eerstelijns partners echter wel de regie voeren en aantonen dat hun zorg voldoet aan de te stellen eisen. Wij zouden daar Lucassen en zijn collega's graag bij ondersteunen.

Kwaliteit is geen dilemma. Kwaliteit leveren zonder die te meten is evenmin een dilemma: dat is gewoon zinloos.

### Literatuur

- 1 Barneveld M. Leiderschap is de verantwoordelijkheid nemen voor je patiënten. *Huisarts* 2005;3:23-25.
- 2 Van den Berg N, De Bakker D. De staat van de huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL/WOK/IGZ, 2004.
- 3 Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care: A major experiment in the United Kingdom. *NEJM* 2004;351:1448-54.
- 4 Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: A perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care* 2000;12:281-95.
- 5 Kirk SA, Campbell SM, Kennell-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.
- 6 Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, Campbell S, Brook RH, Roland MO. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care* 2003;12:8-12.
- 7 Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 1999;318:1515-20.
- 8 Pronk E. Mortaliteit als maat. *Medisch Contact* 2005;21:876-9.
- 9 Harmsen M, Braspenning J, Grol RPTM. Het handelen volgens (evidence based) richtlijnen. In: *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2004.
- 10 Van der Kam WJ, Meyboom-de Jong B, Tromp TF, Moorman PW, Van der Lei J. Effects of electronic communication between the GP and the pharmacist: The quality of medication data on admission and after discharge. *Fam Pract* 2001;18:605-9.
- 11 Tijink H, Schouten LMT, Janssen S, Graatsma BH, Smulders CMF. Minder schade door verhoogde medicatieveiligheid. Twaalf teams, één ambitie: het voorkómen van schade aan de patiënt. *Medisch Contact* 2002;57:1327-30.
- 12 Huijsman R, redactie. Beroerte, beroering en borging in de keten: Resultaten van de Edisse studie. Den Haag: ZonMW, 2001.
- 13 De Vries A, Van Dijk R, Hendriks M, Steijvers B. Medical nurses and the use of expert software in the treatment of patients with congestive heart failure: first year experience. *Eur J Heart Fail* 2002;4 Suppl I: 29.
- 14 Berg M, Sanders F, Schellekens W. Zorgproducten zonder schotten. *Medisch Contact* 2005;25:1064-7.