

Gemiddelde huisartsen

Joost Zaat

Het zorgstelsel is drie dagen oud als deze eerste H&W van 2006 bij u op de mat valt. Veel rampen kunnen er in die paar dagen nog niet in gebeurd zijn, maar dat kan nog komen. Toch wordt niet alle leed van huisartsen het komende jaar veroorzaakt door niet-nadenkende beleidsmakers. Mijn preferente verzekeraar bood me begin november vorig jaar een contract aan met kwaliteitsmodules. Ik moest of mij gericht nascholen op het gebied van kwaliteit, of iets aan intervisie doen of me door het NHG later accrediteren. Nu heeft die verzekeraar die accreditatie niet bedacht, maar de beroepsgroep zelf, dus is die eerste niet de echte boosdoener. Accreditatie – daar werd vlak na de oprichting van het NHG al over gesproken – is een manier om eens naar je eigen praktijkvoering en een heel klein deel van het medisch handelen te kijken, niets meer en niets minder. Maar het blijft de vraag of het een valide instrument is om kwaliteit van huisartsen te vergelijken en of je er de financiering van zorg mee moet regelen.

Nu ben ik zo eigenwijs te denken dat ik samen met mijn maatjes al jarenlang adequate zorg lever, dus hebben we niet veel behoefte aan gedwongen winkelnering.

Het hele accreditatiesysteem is gebaseerd op benchmarking, wat neerkomt op het verzamelen van allerlei gegevens van huisartsenpraktijken waarna die betrekkelijk simpel in twee groepen worden gedeeld: zij die zich boven het gemiddelde bevinden en zij die in de beklagenswaardige virtuele ruimte daaronder verblijven. Of je gegevens worden vergeleken met het gemiddelde van een zogenaamd vergelijkbare groep andere praktijken. In antwoord op een ingezonden brief van De Wildt in nummer 13 van vorig jaar, opperden Schellekens en Van de Berg dat huisartsen onder het gemiddelde maar minder moesten verdienen (H&W 2005;48:696-7). Ook dat is niks nieuws, dergelijke suggesties deden beleidsmakers al eerder. Nu zou elke wetenschappelijk geschoolde dokter toch moeten weten dat een gemiddelde een gewone spreidingsmaat is en dat daar per definitie altijd mensen onder of boven zweven. Als we ervan uitgaan dat de verdeling in kwaliteit een beetje normaal verdeeld is – hetgeen vast niet zo is – dan is de consequentie dat de ene helft van de dokters altijd minder krijgt dan de andere helft. Hoe hoog die kwaliteit volgens meer objectieve normen ook is, en hoe dicht de kwaliteit van dokters elkaar ook genaderd heeft, er zullen altijd dokters onder het gemiddelde scoren. En die moeten altijd maar verbeterplannen maken en halen nooit het beloofde

land. De echte onderste 5%, tweemaal de standaarddeviatie voor ingewijden, die lijken me iets voor de inspectie.

Voor het idee dat de algemene kwaliteit ook gewoon langzaam verbetert, is enig bewijs. Tussen 1998 en 2003 (nog voor het nieuwe GP-contract) verbeterde de kwaliteit van zorg in 42 Engelse praktijken aanzienlijk.¹ Ook hier gebruikten de onderzoekers indicatoren op het gebied van diabetes, hart- en vaatziekten en astma. Op de schaal van 0-100 stegen de praktijken gemiddeld van 60 naar 78 op het terrein van hart- en vaatziekten, van 60 naar 70 voor astma en van 70 naar 78 voor diabetes. Opvallend is dat de variatie tussen praktijken niet veranderde: de standaarddeviatie rond dit gemiddelde bleef gelijk. Voor het gemak denken we bij dit hele onderzoek maar even dat indicatoren de werkelijkheid goed weergeven en er voldoende gegevens per aandoening en indicator waren om de variatie betrouwbaar te meten (quod non).

Het lijkt er sterk op dat we met dit accrediteringsinstrument complexiteit van zorg, van zorgen om mensen simplificeren tot gebruik van proxy-indicatoren als subjectieve wachttijden aan de telefoon, HbA1c, FEV₁ of het aantal receptjes antibiotica. We weten allang dat we ons medisch handelen niet alleen moeten baseren op zachte uitkomstmaten als bloeddrukdaling, maar we omarmen met een indicatoren- en accreditatiebeleid dezelfde onzin. Bij pillen kunnen we de farmaceutische industrie tenminste nog de schuld geven, bij accreditatie niet.

Kwaliteitsgoeroes stellen de Engelse huisartsenzorg ons vaak ten voorbeeld. De NHS pompte de laatste jaren veel geld in een nieuw systeem van 'kwaliteitsverbetering door financiering van te bereiken indicatoren'. Kortweg, meer geld door het behalen van vooraf gestelde doelen. Daar heb ik veel tegen, maar het is in ieder geval duidelijker en eerlijker dan financiering op basis van een onderscheid in boven en onder een gemiddelde. Dat kwaliteitsverbetering mogelijk gewoon een lang en min of meer natuurlijk complex probleem is,² lijken veel mensen helaas te vergeten.

Ik hoop van harte dat u ook dit jaar met veel deskundigheid, plezier en zorgzaamheid voor uw patiënten en uw praktijkmedewerkers zorgt. Dan zit het met die kwaliteit wel snor. Intussen maken wij een bovengemiddeld huisartsentijdschrift en zullen we u het komende jaar allerlei bovengemiddelde verbeteringen voorschieten, te beginnen met een serie over ethische problemen in de fictieve huisartsenpraktijk Sanité Imaginaire.

Literatuur

- 1 Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003; longitudinal observational study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38632.611123.AE (published 28 October 2005)
- 2 Kernick D. Complexity and healthcare organization, a view from the street. Oxford: Radcliff Medical Press, 2004.

Auteursgegevens

dr. J.O.M. Zaat, hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap en huisarts.

Correspondentie: j.zaat@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstengeling: niets aangegeven.