

Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn

Samenvatting

Willems N, Romeijnders A, Smits G. Verminderen van praktijkvariatie in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2017;60(11):580-3.

Zorggroep PoZoB vergelijkt de prestaties van huisartsen onderling in de zorg voor een aantal chronische aandoeningen aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Deze indicatoren zijn afgeleid van NHG-richtlijnen. De spiegelinformatie wordt met huisartsen besproken met als doel een individueel verbeterplan op te stellen. Hoewel de huisartsen bij PoZoB gemiddeld steeds beter presteren op de kwaliteitsindicatoren, is de praktijkvariatie groot. Zo is er een groep huisartsen die structureel laag presteert, maar ook een groep van best practices die zich ieder jaar verbetert. De huisartsen van PoZoB hebben minimale normen voor verantwoorde chronische zorg vastgesteld. PoZoB zet intensieve en niet-vrijblijvende ondersteuning in bij huisartsen die structureel onder deze minimale normen presteren. De ondersteuning richt zich vaak op praktijkorganisatie, deskundigheidsbevordering en commitment aan de doelstelling van de organisatie. De eerste resultaten van deze ondersteuning zijn positief. Binnen de zorggroep is er draagvlak om de gehanteerde werkwijze door te ontwikkelen.

PoZoB implementeert zorgprogramma's om de kwaliteit van zorg te verbeteren en maakt daarbij gebruik van spiegelinformatie met proces- en uitkomstindicatoren. Aanvankelijk richtte de vereniging zich op het verbeteren van het gemiddelde van bepaalde indicatoren. Alle praktijken kregen dezelfde doelstelling aangereikt, bijvoorbeeld het verbeteren van het percentage patiënten met een adequate bloeddruk of LDL-cholesterolgehalte. Elke praktijk werd daarvoor in dezelfde mate gestimuleerd en geschoold. Terwijl PoZoB goed scoort in de landelijke benchmark blijven we echter grote verschillen tussen huisartsenpraktijken onderling zien.¹

De laatste jaren is de kwaliteitsdoelstelling verschoven naar het verkleinen van de verschillen tussen huisartsenpraktijken (praktijkvariatie). We hebben daarvoor een gerichte interventie ontwikkeld waarbij minder presterende huisartsenpraktijken worden verplicht om te verbeteren, totdat zij naar behoren presteren [**kader Interventie**].

MINIMALE NORMEN VOOR VERANTWOORDE ZORG

Wij hebben normen vastgesteld bij 84 indicatoren, die zijn afgeleid van de NHG-Standaarden Diabetes mellitus type 2, Cardiovasculair Risicomanagement, COPD en Astma. Deze normen zijn ingericht als ondergrens voor minimaal verantwoorde zorg en voor best practice. Voor de minimale normen is een conceptgrens gesteld op grond van tweemaal de stan-

PoZoB

Zorggroep PoZoB is een coöperatieve vereniging van 150 huisartsenpraktijken met de missie om multidisciplinaire eerstelijnszorg te verbeteren. In haar 15-jarig bestaan implementeerde PoZoB zorgprogramma's voor mensen met diabetes mellitus type 2, astma, COPD, cardiovasculaire risicofactoren en -ziekten, klachten van geestelijke gezondheid en voor kwetsbare ouderen. Elke huisartsenpraktijk in de regio Zuidoost Brabant kan zich aansluiten bij PoZoB.

Interventie

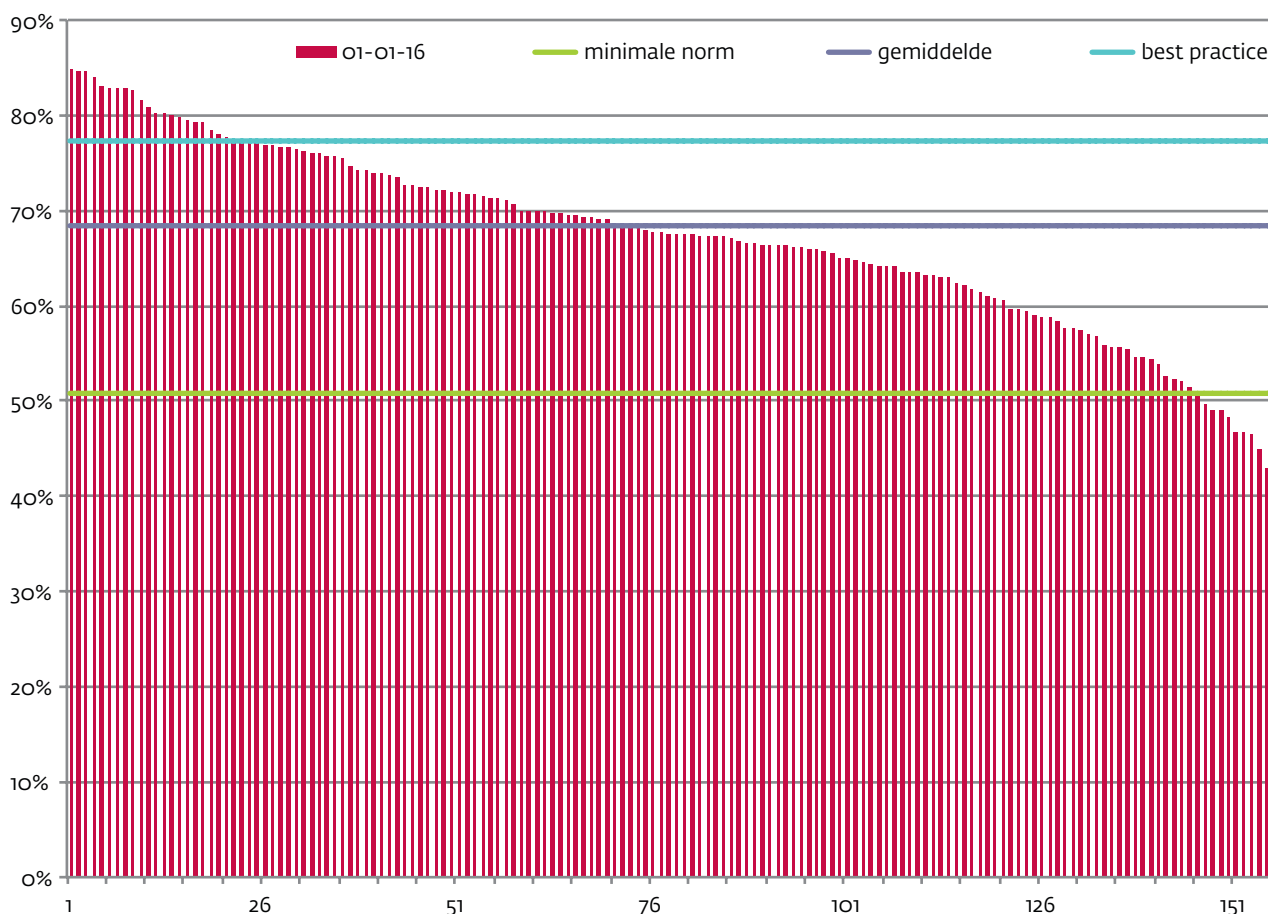
De interventie richt zich op huisarts en praktijkondersteuner. Zij kunnen al langer actuele spiegelinformatie inzien over hun praktijkpopulatie in een benchmark met die van de eigen huisartsengroep en de hele zorggroep. Vanaf januari 2016 ontvangt iedere praktijk ook een aparte driemaandelijks spiegelrapportage waarin minimale en best practice-normen zijn aangegeven. De rapportage wordt met de huisarts en de praktijkondersteuner besproken en geanalyseerd in samenhang met andere relevante praktijkfactoren. Hierbij passeren allerlei factoren rondom inhoud van zorg en praktijkvoering de revue. Vooral bij minder presterende praktijken gaat het over resultaatgerichtheid (aandacht voor het interpreteren van de spiegelrapportage en verbeteren naar tenminste het minimale niveau), het consequent toepassen en zo nodig beargumenteerd afwijken van richtlijnen, gestructureerd onderling overleg met opvolging van afspraken zodat de praktijkondersteuner zich gesteund voelt door de huisarts, adequate postverwerking en registratie, voldoende aanstellingsuren van de praktijkondersteuner, (dis)continuïteit van huisartsen of praktijkondersteuners, aard van de praktijkpopulatie en koppingsproblemen met laboratoria, HIS of KIS.

Aan de hand van de uitkomsten van dit gesprek wordt een individueel praktijkplan opgesteld met de beoogde resultaten en een tijdslijn. Daarbij wordt afgestemd of de praktijk het plan zelfstandig oppakt dan wel gebruikmaakt van ondersteuning door de relatiemanager, een kaderhuisarts, zorgprogrammaverpleegkundige of anderszins. Bij praktijken met meer dan zeven indicatoren onder de minimale norm wordt het verbeterplan samen met de zorggroep opgesteld en actief gemonitord op resultaten. Bij onvoldoende resultaat worden inspanningen en benodigde hulp verplicht geïntensiveerd totdat het beoogde resultaat is bereikt. PoZoB verlangt van deze praktijken dat zij zich inzetten om zo snel mogelijk boven de minimale normen uit te komen. Als dit binnen een redelijke tijd niet lukt, of de praktijk zich niet inzet, wordt deelname aan zorgprogramma's heroverwogen en eventueel beëindigd.

De kern

- Hoewel de huisartsen van zorggroep PoZoB gemiddeld goed scoren op kwaliteitsindicatoren is de praktijkvariatie groot.
- Best practices verbeteren zich ieder jaar met behulp van het zorgprogramma en de daarbij horende kwaliteitscyclus en scholing.
- Voor de meeste huisartsen die laag presteren is het moeilijk om zelfstandig te verbeteren.
- Intensieve en niet-vrijblijvende ondersteuning van een zorggroep kan deze huisartsen daarbij helpen.

Zorggroep PoZoB, Veldhoven: N.A. Willems, manager zorgprogramma's; A.C.M. Romeijnders, medisch directeur, tevens huisarts. Huisartspraktijk Smits, Weert: G.H.J.M. Smits, kaderhuisarts hart- en vaatziekten • Correspondentie: n.willems@pozob.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.



Figuur 1 Percentage patiënten met verhoogd vasculair risico < 80 jaar met RR \leq 140 mmHg per huisartsenpraktijk op 1-1-2016.

Elke rode kolom geeft het percentage patiënten aan per huisartsenpraktijk met een bloeddruk \leq 140 mmHg. De paarse lijn is het gemiddelde (68,4%) op 1 januari 2016, de groene lijn de minimale norm (50,8%) en de lichtblauwe lijn de best practice (77,3%).

daarddeviatie onder het gemiddelde. Voor een best practice is als conceptgrens eenmaal de standaarddeviatie boven het gemiddelde gebruikt. Vervolgens zijn deze indicatoren getoetst aan klinische relevantie en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurde in consensusbijeenkomsten van kaderhuisartsen en stafverpleegkundigen ($n = 9$) en de daarna met de huisartsad-

*Tijdens regionale
feedbackbijeenkomsten staan het
leren van elkaar en voortdurend
verbeteren centraal.*

viesraad. Na definitieve vaststelling zijn de normen verwerkt in een specifieke spiegelrapportage per praktijk. De normen zijn gedurende twee jaar gefixeerd om praktijken de gelegenheid te geven zich te spiegelen aan absolute verbeteringen.

Vanaf januari 2016 ontvangt iedere praktijk de driemaandelijke spiegelrapportage met de minimale en best practice normen. Op grond van deze en andere praktijkinformatie wordt een verbeterplan opgesteld en de interventie ingericht. Praktijken kunnen hun verbeteringen inzien in zowel de actuele benchmarkgegevens van het KIS (Care2U) als de driemaandelijke spiegelrapportage.

Tijdens regionale feedbackbijeenkomsten worden de resultaten van de huisartsen afgezet tegen elkaar. Het leren van elkaar en voortdurend verbeteren staan hierbij centraal. De beschreven interventie wordt toegepast bij alle zorgprogramma's. In dit artikel gaan we als voorbeeld in op de eerste resultaten van de interventie bij VVR.

INTERVENTIE BIJ VERHOOGD VASCULAIR RISICO

Bij een verhoogd vasculair risico zijn er meerdere relevante uitkomstindicatoren zoals het percentage mensen met een adequate bloeddruk, LDL-cholesterol of dat niet (meer) rookt. In dit voorbeeld gaan we in op het percentage patiënten met een adequate bloeddruk. Het gemiddeld aantal patiënten per huisartsenpraktijk (groepspraktijk, duopraktijk of solist) is



Figuur 2 Ontwikkeling van praktijken met het percentage patiënten met verhoogd vasculair risico < 80 jaar en RR ≤ 140 mmHg onder de minimale norm. De paarse lijn geeft de minimale norm aan.

2711. Hiervan komen gemiddeld 229 patiënten (8,4%) met verhoogd vasculair risico in aanmerking voor deelname aan het zorgprogramma. Bij 49 patiënten spelen factoren waardoor zij niet deelnemen aan het programma zoals gebrek aan motivatie, multimorbiditeit, terminale aandoeningen, (zeer) hoge leeftijd of controle in de tweede lijn. Uiteindelijk nemen 180 patiënten per praktijk (6,6%) daadwerkelijk deel aan het zorgprogramma.

Een belangrijke (intermediaire) uitkomstindicator is het percentage patiënten < 70 jaar met een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg. In 2016 was het landelijk gemiddelde van alle zorggroepen in Nederland 70%, met een spreiding van 45% tot 78%.¹ PoZoB scoort gemiddeld 74% met een grotere spreiding (39,1 tot 90,1%).

In [figuur 1] is de praktijkvariatie (156 huisartsenpraktijken) weergegeven van het percentage patiënten onder 80 jaar met een bloeddruk ≤ 140 mmHg op 1 januari 2016.

Op 1 januari 2016 scoorden elf praktijken onder de minimale norm van 50,8% [figuur 2]. Nader onderzoek leerde dat van deze elf praktijken er zes in 2015 ook al onder deze minimale norm presteerden en vijf net erboven. Alle elf scoorden dus al langer onvoldoende of laag.

Binnen anderhalf jaar na het begin van de interventie traden bij acht van de elf praktijken aanzienlijke verbeteringen op zodat op 1 juli 2017 nog maar drie praktijken onder de minimale norm scoorden. Vier van de elf praktijken kregen een intensievere begeleiding omdat ze op meer dan zeven verschillende

indicatoren onder de minimale normen scoorden (5, 7, 9, 11). Twee van deze vier praktijken verbeterden tot boven de minimale norm.

In 2017 presteerden daarnaast nog vier nieuwe praktijken onder de minimale norm ten opzichte van 2016. Deze praktijken scoorden in 2015 en 2016 ook al laag, en in 2016 net niet onder de minimale norm. Het aantal best practices steeg tussen januari 2016 en juli 2017 van 21 naar 47. Veel (best practice) praktijken blijven jaarlijks verbeteren. Het gemiddelde percentage patiënten < 80 jaar met een bloeddruk ≤ 140 mmHg steeg van 68,4% naar 71,1%.

De meeste huisartsen en praktijkondersteuners zijn gemotiveerd om aan kwaliteit te werken.

In dit stadium is er geen bewijs dat deze verbeteringen het gevolg zijn van onze interventies. PoZoB paste tussen 2016 en 2017 de organisatie aan op de vragen en problemen die zij bij de interventie tegenkwam. Zo wordt de spiegelrapportage tijdiger en helderder gecommuniceerd naar praktijken, worden praktijken beter ondersteund bij het analyseren en opstellen van verbeterplannen, is er meer expertise beschikbaar en is

duidelijker wanneer en hoe escalatie plaatsvindt indien praktijken blijven onderpresteren.

UITDAGING VOOR DE KOMENDE JAREN

Bij de praktijkbezoeken blijkt dat de meeste huisartsen en praktijkondersteuners gemotiveerd zijn om op basis van de aangereikte spiegelinformatie, minimale normen en ondersteuning op maat aan kwaliteit te werken. De interventie heeft draagvlak en ontwikkelt zich door om steeds beter aan te sluiten op de praktijken.² Er zijn eerste resultaten te melden. Van de elf praktijken die al langer laag scoorden zijn er acht praktijken in de tijd dat de interventie werd ingezet verbeterd tot boven de minimale norm.

Veel best practices verbeteren zich ieder jaar met behulp van het zorgprogramma en daarbij horende kwaliteitscyclus, zonder extra ondersteuning van de zorggroep. Bij een aantal praktijken is dat wel nodig. Daarnaast komen er ook nieuwe praktijken die onder de minimale normen scoren bij. Bij het opstellen van het jaarlijkse praktijkplan vragen we aandacht om hier beter op te anticiperen. Komende jaren zullen ook de best practices worden geanalyseerd met als doel om succesvolle werkwijzen die daar worden aangetroffen in andere praktijken te kunnen introduceren.

Niet alle huisartsen staan te juichen. Soms is er weerstand, te weinig aandacht en tijd voor het zorgprogramma, of lijken eerder financiële dan inhoudelijke aspecten op de voorgrond te staan. Dan helpt het dat de financiën via de zorggroep verlopen en de directie namens de leden eisen aan resultaten kan stellen. De huisartsen van PoZoB hebben duidelijk uitgesproken dat ze solidair zijn om collega's die willen maximaal te ondersteunen naar een hoger niveau. Maar dat bij collega's die zich onvoldoende inzetten de deelname aan de zorggroep ter discussie komt te staan. Soms is de oorzaak voor het laag scoren te wijten aan langdurige afwezigheid van huisartsen of praktijkondersteuners door ziekte, of recente overname van een voorheen slecht georganiseerde praktijk. Dan is steun door een solidaire en professionele organisatie van groot belang. Het is een gewenningsproces voor huisartsen om resul-

taatgericht te denken en minimale kwaliteitscriteria vast te stellen en die te monitoren. Echter, elke huisarts vindt het verschil waarbij in de ene praktijk 90% van de mensen met VVR of DM2 een adequate bloeddruk heeft en in een andere slechts 40% klinisch relevant. Natuurlijk wordt ook regelmatig de aard van de praktijkpopulatie als oorzaak van minder presteren besproken, en meegenomen in mogelijke oplossingen voor het verbeteren.

Over de meest effectieve methode voor het verminderen van praktijkvariatie bij zorgprogramma's in de eerste lijn is nog weinig bekend. Wensing et al. deden onderzoek naar de diverse implementatiestrategieën.³ Zij stelden vast dat er veel methodes zijn die niet of hooguit enigszins effectief zijn.

Niet alle huisartsen staan te juichen

Verbeterprocessen zijn niet eenvoudig, kosten tijd en voortdurende aandacht. Indicatoren geven geen absolute waarde over zorgprestaties maar vormen een aangrijpingspunt voor analyse en verbetering van praktijkvoering en zorg. De gebruikte methodiek ondervindt in de praktijken weerklank voor wat betreft de aanwezigheid van relevante en concrete verbetermogelijkheden van zorg, en zal nog verder kunnen verbeteren. ■

LITERATUUR

- 1 Klomp M, Romeijnders A, De Braal E, Meulepas M. (red.) Transparante ketenzorg rapportage 2016 zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en astma: op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Utrecht: InEen, 2017. https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/170531_Rapport_Transparante_Ketenzorg_2016_mm_1.pdf.
- 2 Romeijnders A, Willems N, Oegema D, Wijnands-Van Gent C. Minder praktijkvariatie door analyse van verschillen. Medisch Contact 2017;72(13):19-21.
- 3 Wensing M, Ouwens M, Boerboom L, Bal R, De Bont A, De Mul M, et al. (red.). Kennis van Implementatie Programma. Nijmegen: IQ: Scientific Institute for Quality of Healthcare, 2010. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/.../Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf>.