

25 JAAR EQUIP

Zelfregulerende kwaliteitsbevordering vrijwaart de autonomie van de huisarts



Dr. Vanden Bussche: "We moeten als huisartsen het voortouw nemen en zelf omschrijven wat kwaliteit van zorg voor ons betekent."

"De maatschappij wil terecht weten wat ze terugkrijgt in ruil voor de middelen die ze in de gezondheidszorg investeert."

EQUIP is een afdeling van de WONCA en zet zich intussen een kwartaal voor in voor het bevorderen van kwaliteit en veiligheid bij de huisarts. Vanwaar de behoefte aan gestructureerd werk rond kwaliteit en veiligheid? Betekent dat...?

... dat huisartsen hun werk niet goed doen?

Piet Vanden Bussche: "Ik ben ervan overtuigd dat huisartsen meestal kwaliteitsvol werk leveren. Maar dat is een persoonlijke opinie. We leven momenteel in een cultuur waarbij de kwaliteit van goederen en diensten vanuit de buitenwereld breed in vraag gesteld wordt. Eindgebruikers eisen kwaliteit van hun bakker en hun garagist. Met zorgverleners is dat niet anders: de maatschappij wil terecht weten wat ze terugkrijgt in ruil voor de middelen die ze in de gezondheidszorg investeert. Daarom moeten we als huisartsen op een transparante manier aantonen hoe goed de kwaliteit van ons werk is. Een dergelijke insteek is essentieel om onze positie in de gezondheidszorg te handhaven en ons te profileren als een beroepsgroep met een toekomstgerichte visie. Een van de belangrijkste drijfveren achter kwaliteitscontrole is beroepsverdediging. Beroepstrots hoort er natuurlijk ook bij."

Hebben we dan iets om verder op te bouwen?

"Reflectie rond kwaliteit is ontstaan tijdens de Tweede Wereldoorlog bij het Amerikaanse leger. Militairen wilden bewijzen voor de degelijkheid en betrouwbaarheid van de goederen en uitrusting

EQUIP of de *European association for Quality and Safety in Family Medicine* viert dit jaar haar 25-jarige bestaan. Kwaliteitsbevordering bij de huisarts mag voor velen momenteel nog een vaag begrip zijn, toch moet er op het terrein zo snel mogelijk werk van worden gemaakt. De kerngedachte daarbij is dat huisartsen beter hun lot in handen kunnen nemen, vóór anderen dat voor hen doen. Eén en ander wordt ons op het hart gedrukt door dr. Piet Vanden Bussche, al acht jaar afgevaardigde van Domus Medica bij EQUIP en sinds dit jaar voorzitter van de vereniging.

De administratieve verspilling van hoofdstuk IV

"**N**oem nu de aanvragen voor geneesmiddelen uit hoofdstuk IV, waarbij de adviseur van het ziekenfonds op basis van domein administratieve criteria bevestigt of de patiënt terugbetaling krijgt", hekelt Piet Vanden Bussche de huidige situatie. "Eigenlijk komt dat omdat we als beroepsgroep niet zeggen en aantonen dat we staan voor een verantwoord voorschrijfgedrag. Doordat we dat niet doen, botsen we op het wantrouwen van de overheid en komt er een controlesysteem dat gelijkstaat met zware geldverspilling."

die ze aankochten. De beweging die zo ontstond kreeg vooral voet aan de grond in Japan. Het mirakel van de Japanse heropleving en economische bloei na de Tweede Wereldoorlog wordt in belangrijke mate toegeschreven aan de beweging die zich daar rond kwaliteit ontwikkelde. Vanuit Japan leende de stroming naar het Westen terug."

"De kracht van het concept bestond erin dat men er zich niet langer toe zou beperken de kwaliteit van afgewerkte producten te beoordelen en defecte exemplaren (verleestaband) te elimineren. Een betere insteek was optimalisering van het productieproces, zodat het aantal defecte exemplaren tot een minimum kon worden herleid. Het heeft een aantal jaren geduurd voor men erin slaagde dit concept te vertalen naar kwaliteitsbevorderende processen voor de dienstensector. Rond de jaren 90 van de vorige eeuw ontstond het besef dat kwaliteitsbevordering ook mogelijk was in de gezondheidszorg."

"Baanbrekend waren een aantal Amerikaanse publicaties, waaronder vooral *To err is human* (Institute of Medicine 1999)

ons bijgebleven is. Die publicaties erkenden dat het normaal en menselijk is dat er ook in de gezondheidszorg fouten worden gemaakt, maar benadrukten meteen dat het mogelijke moest gedaan worden om het aantal fouten te beperken."

En in Europa zag EQUIP het levenslicht...

"Het besef dat er nood was aan kwaliteitsgericht denken en handelen groeide inderdaad ook in Europa, inclusief bij de eerste lijn. De Nederlandse professor Richard Groi verzamelde rond zich een aantal voortrekkers uit verschillende Europese landen en stichtte EQUIP. Er vormde zich een groepje van één of twee experts per land, die tweemaal per jaar samenkwamen om na te denken over de specifieke aspecten van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde. Al gauw organiseerden ze conferenties om hun inzichten te delen. Op summer schools konden jonge huisartsen zich de fundamenten van de kwaliteitsbevordering eigen maken. Het zelf was een enthousiaste deelnemer aan dit soort evene-



"Een aandachtspunt op Europees niveau is ervoor te zorgen dat de huisarts zich fit en paraat voelt om kwaliteitsvolle zorg te leveren. We moeten onder andere oog hebben voor de preventie van burn-out."

menten, waar niet alleen achtergrondinformatie en visie aan bod kwamen, maar ook advies en tips om de voorliggende principes in de dagelijkse praktijk te implementeren."

"Ook hier in Vlaanderen kregen we de smaak te pakken: binnen de WVVH hebben we samen met Luc Seunijns gedurende een vijftal jaar cursussen kwaliteitsmanagement aangeboden aan groepen van een twintigtal belangstellende huisartsen. Dat was enthousiasmerend zowel voor ons lesgaars als voor de cursisten. We hebben daar veel gunstige reacties op gekregen. Mensen meldden dat ze er sterk mee geholpen waren in de praktijk."

Een logisch vervolg zou geweest zijn dat men dit soort onderricht ook opnam in de universitaire opleiding voor jonge huisartsen. Toch?

"Tot op heden leert men jonge huisartsen aan de universiteit vooral hoe ze ziekten kunnen behandelen. In lessen wordt niet gesproken over praktijkorganisatie. Nochtans weten we vanuit wetenschappelijke inzichten rond kwaliteit dat kennis over de behandeling van ziekten op zich geen garantie biedt dat de behandeling ook correct wordt uitgevoerd. Een arts kan perfect weten hoe men diabetes behandelt, maar hij zal de ziekte niet goed onder controle krijgen als hij de zorg niet adequaat

organiseert via regelmatige consulten met de nodige controles, bijstellen van de behandeling, bespreking van het dieet, enzovoort. Het is bijvoorbeeld geen goed idee om een diabetespatiënt alleen incidenteel terug te zien, naar aanleiding van een verkoudheid of een jichtaanval. Maar dat soort dingen moeten onze huisartsen aan zichzelf leren, met vallen en opstaan. Je kan het niet anders noemen: een gemiste kans. De uitdaging blijft dus gelden: kunnen de universiteiten eens nadenken hoe ze jonge huisartsen instrumenten kunnen aanreiken om in hun eigen praktijk kwaliteitsvolle zorg te bieden?"

Maar dat weerhoudt de voortrekkers er niet van de kennis verder te ontspinnen?

"Het denkwerk rond kwaliteit is goed opgeschoot. Aanvankelijk hebben we methoden bedacht om met fouten om te gaan en ze te voorkomen. Intussen zijn er inzichten gegroeid rond het opzetten van projecten om binnen de eigen praktijk te kijken hoe de zorg precies geleverd wordt en welke stappen wenselijk zijn om verbetering tot stand te brengen. Op Europees niveau – binnen EQUIP – richten de recente ontwikkelingen zich op veilige zorg. Dat behelst bijvoorbeeld het voorkomen van medicatiefouten, het stellen van een accurate diagnose, de preventie van infecties, enzovoort."

"Een tweede belangrijk aandachtspunt bij EQUIP is ervoor te zorgen dat de

arts zich fit en paraat voelt om kwaliteitsvolle zorg te leveren. We moeten als beroepsgroep oog hebben voor de preventie van burn-out, maar ook voor een reeks andere problemen, zoals het buitengewoon frequent voorkomen van suïcide en middelengebruik bij artsen. We weten bovendien dat bij ziekte artsen het traject naar diagnose en behandeling moeizaam en traag kan verlopen."

"Een derde tendens – waarbij huisartsen een aanzienlijke meerwaarde kunnen bieden – is het beschermen van de patiënt tegen overdiagnose. Sommige diagnoses en de implicaties daarvan betekenen voor de patiënt meer schade dan voordeel."

Hee dringt de kennis van een Europese structuur als EQUIP door tot op het terrein?

Eén manier is dat we onze kennis doorgeven aan koepelorganisaties zoals Domus Medica, die de informatie vertalen naar opleidingen, bijvoorbeeld LOK-sessies. EQUIP organiseert ieder jaar een open conferentie, waar afgevaardigden van Domus Medica – alsook ledere gefinancierde (Vlaamse) huisarts – sessies kunnen bijwonen of zelf presentaties geven. De verslagen daarvan zijn op onze website (<http://equip.dudat.com>) beschikbaar. Wie op zoek is naar inspiratie rond kwaliteitsbevordering kan daar terecht, zowel voor theoretische concepten als voor praktijkgerichte suggesties.

Diabetespatiënten met intacte voeten, maar allemaal blind?

Als je denkt dat er in je regio geen voldoende toegang bestaat tot oftalmologie, dan moet je het oogonderzoek bij diabetespatiënten vooral niet als kwaliteitsindicator voor je praktijk gebruiken. Zit dat wel goed? De bedoeling van zorg is toch het welzijn van de patiënt? "Wat ik wil zeggen", replicert dr. Vanden Busche, "is dat je de kwaliteit van de huisartsenzorg alleen kan meten met indicatoren die dat op een betrouwbare manier doen. Natuurlijk is het niet goed dat patiënten die worden doorverwezen voor een oftalmologisch onderzoek, daar geen toegang toe krijgen. Maar daarvoor moet er gelijverd worden in een breder zorgkader. Huisartspraktijken kunnen alvast een signaal geven als ze merken dat er een probleem bestaat. En oplossingen zijn mogelijk. In een regio van Groot-Brittannië heeft men het oogfundusonderzoek van diabetespatiënten toevertrouwd aan technici, een beetje zoals de radiologisch verpleegkundigen bij ons mammografieën maken voor screening naar borstkanker. In een tweede fase worden de resultaten beoordeeld door een oftalmoloog. Het resultaat is dat in de betrokken regio 85% van de diabetespatiënten toegang heeft tot een oogonderzoek."

"De stagnerende kwaliteit van het voorschrijfgedrag is niet de schuld van de individuele huisarts."

Het bos door de bomen

"We moeten erover waken dat we niet met te veel kwaliteitsindicatoren gaan werken," zegt Piet Vanden Bussche. "In Nederland bijvoorbeeld verzulpen artsen momenteel in de grote hoeveelheid indicatoren die ze moeten hanteren. Ze kunnen geen overzicht houden van het signaal dat uitgaat van die massa gegevens, waardoor het systeem zijn doel voorbijschiet. Bovendien pleegt de aanzienlijke administratieve belasting die ermee gepaard loopt rooibouw op de kwaliteit van de zorg."

Equity, de vergeten dimensie

De literatuur meldt dat het gebruik van kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen wel eens gepaard gaat met patiëntselectie: de ziekste patiënten worden geweerd, zodat men de drempelwaarde haalt. Piet Vanden Bussche kan zich niet voorstellen dat zoiets in de huisartspraktijk zou gebeuren. "Trouwens," zo zegt hij, "equity (vertaald: een rechtvaardige aanpak) is één van de zes dimensies gekoppeld aan goede kwaliteit in de zorg (*). Geen enkele patiënt mag toegang geweigerd worden tot de zorg die voor hem het meest geschikt is, wat daarvoor ook de reden of het argument is."

* De andere vijf zijn: veiligheid, efficiëntie (of de juist instrumentele aanpak), een behoorlijk gezondheid op de patiënt, bijtijds optreden, efficiëntie (de inbreng van de patiënt met minimale inzetten en inspanningen worden uitgevoerd).

Welke weerslag zal de zorg voor kwaliteit en veiligheid in de komende jaren op de dagelijkse praktijk hebben? Reacties vanuit het gehoor op symposia bijvoorbeeld wijzen uit dat er op het terrein enige angst heerst...

"Die angst is deels terecht en deels onterecht. We kunnen immers twee wegen uit. Ofwel nemen we als huisartsen het voortouw en omschrijven we zelf wat kwaliteit van de zorg voor ons betekent. Dan kunnen we onze praktijk afstemmen aan de uitgewerkte criteria en met het resultaat naar buiten komen. Ofwel doen we dat niet, maar dan bestaat het risico dat ons vanuit een externe instantie criteria worden opgelegd die we niet relevant vinden. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld dat patiënten ons na ieder consult op een website gaan scoren, met één à vijf stemmen naargelang hun appreciatie, op basis van een zeer individuele interpretatie van de kwaliteit van zorg. Dat is zeker niet waar we naartoe willen..."

"In plaats daarvan moeten we zelf binnen onze praktijk bepalen wat belangrijke prioriteiten zijn voor kwaliteitsbevordering. En met de resultaten naar buiten treden. Dat schept vertrouwen. De angst om van buitenaf gecontroleerd te worden is dus gegrond, maar als we tijdig anticiperen, hoeven we op termijn nergens bang voor te zijn (de ook kader De administratieve verspilling van hoofd-stuk IV)."

"We kunnen ook als beroepsgroep voor onszelf een stuk strenger worden dan de overheid. Omdat we de kwaliteit zullen bewaken op een manier die minder bestraffend is, maar zeer motiverend zal zijn voor de collega's. Als artsen bijvoorbeeld binnen een LOK-groep van gedachten wisselen over hun voorschrijfgedrag, heb je veel meer kans dat er op een doeltreffende, bewuste manier een gedragsverandering optreedt dan als het veld zich blindelings bij de richtlijnen van de overheid moet neerleggen, zonder goed te begrijpen wat het onderliggende rationale is."

Hebben we momenteel de nodige infrastructuur om een zelfregulerende kwaliteitsbevordering op te zetten?

"Jammer genoeg niet. Het is bedroevend vast te stellen dat er in veel van de ons omringende landen een overlegstructuur rond kwaliteit bestaat tussen de overheid en de beroepsgroep, maar niet bij ons. Het KCE heeft in een 2008 al geplakt voor een overlegplatform, waarbij ook de zie-

kenfondsen zouden worden betrokken (rapport 76A). Die tripartite zou een beleid rond kwaliteitsbevordering moeten uitstippelen. De medicomut kan die taak niet opnemen, omdat het daar alleen over financiering gaat. Bovendien zit er op de medicomut een mix van huisartsen en specialisten, waardoor de kwaliteitsbevordering bij de huisarts niet als een prioriteit naar voren treedt."

"Ondanks de aanbevelingen van het KCE zien we dat er de laatste vijf jaar geen verbetering opgetreden is in het voorschrijfgedrag van huisartsen voor middelen zoals antibiotica, antidepressiva en PPI's. Integendeel, de situatie gaat van kwaad naar erger. En dat is niet de verantwoordelijkheid van de individuele huisartsen. Het is wel de verantwoordelijkheid van de overheid en de beroepsgroep die het nalaten hierover samen aan tafel te gaan zitten. We laten stilaan andere Europese landen voorgaan en vergelijken naar de middenmoot."

Wat is de juiste manier om kwaliteitsbevordering op te zetten?

"Eén van de belangrijkste aspecten is het uitwerken van kwaliteitsindicatoren, wat op zich al flink wat denkwerk vraagt. Uitkomstindicatoren – zoals de mortaliteit – zijn bij de huisarts vaak geen goede keuze, omdat ze afhangen van de case mix binnen de praktijk. Ze maken het dus niet mogelijk praktijken met elkaar te vergelijken. Je kan veel beter werken met procesindicatoren. Bijvoorbeeld: welk percentage van de diabetespatiënten binnen een praktijk krijgt op het juiste ogenblik het juiste onderzoek? En dan nog moet je uitkiezen voor valkullen. Neem je bijvoorbeeld als criterium het percentage diabetespatiënten dat in het afgelopen jaar een oftalmologische controle gehad heeft, dan kan het resultaat beïnvloed worden door de beschikbaarheid van oftalmologen in de regio. Wat je op die manier evalueert, is niet de kwaliteit van de zorg binnen je eigen praktijk, maar de organisatie van de zorg in de bredere omgeving (de ook kader Diabetespatiënten met intacte voeten, maar allemaal blind?). Hier in onze praktijk gebruiken we als indicator de jaarlijkse voetcontrole, omdat we zelf voor het uitvoeren van het onderzoek kunnen instaan. Het kiezen van indicatoren is dus een hele wetenschap: welke indicatoren zijn voldoende discriminerend (maken het verschil tussen goede en minder goede kwaliteit), welke zijn haatbaar in de praktijk, welke zijn gemakkelijk te registreren? Vandaar dat ik er andermaal op aandring: we moeten middelen vrijmaken om studenten geneeskunde en reeds praktijkvoerende huisartsen daarin wegwijs te maken (zie ook kader Het bos door de bomen)."

En wat doen we met de signalen die uit het gebruik van kwaliteitsindicatoren voortvloeien?

"Er is in het recente verleden heel wat geëxperimenteerd met pay-for-quality (P4Q), wat betekent dat een arts of een groep van artsen extra geld krijgt als de vooropgestelde drempel voor een kwaliteitsindicator gehaald wordt. In Europa is men daar zeer snel van teruggekomen. Het effect van P4Q op harde eindpunten, zoals de mortaliteit gemeten over het geheel van de betrokken praktijken, is klein of onbestaande. Het gevaar van P4Q is dat artsen gaan focussen op die parameters waarvoor er incentives worden aangeboden, en daardoor de noden van de individuele patiënt uit het oog verliezen."

"Beter is een proces waarbinnen praktijk prioriteiten stellen naargelang de problematiek van hun patiëntenpopulatie, metingen doen, indien nodig hun praktijkvoering bijstellen en uiteindelijk over de resultaten van dat hele proces rapporteren. Via praktijkvisitatie zou men praktijken een accreditering kunnen aanbieden. Bovendien zouden praktijken kunnen worden gerepertorieerd naargelang het doelgebied waarin ze via hun kwaliteitsbevorderend werk bijzondere expertise verworven hebben. Dat maakt het voor patiënten zelfs mogelijk om voor zichzelf de meest geschikte praktijk te kiezen."

De overheid hoeft dus geen centen op tafel te leggen om de bevolking kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde te bieden?

"Natuurlijk wel. Alleen moet het beschikbare budget oordeelkundig gebruikt worden. Veel doeltreffender dan P4Q is investeren in middelen om de huisartspraktijken een helpende hand te bieden. Laat binnen de praktijk een verpleegkundige werken, die dankzij een adequate opleiding en training de protocollaire en technische ondersteuning van chronische patiënten minstens even vlot uitvoert als de huisarts, en tegelijk de arts ontlast. De praktijkondersteuner kan mee reflecteren over kwaliteit en een belangrijke bijdrage leveren tot gegevensverzameling. Dat is geen kanttekening, maar een essentieel aspect van de kwaliteitsbevordering: zolang de huisartspraktijk niet de nodige draagkracht heeft, moeten we zelfs niet over kwaliteit spreken."

Dr. Michèle Langendries