

## KWALITEITSINDICATOREN DIABETES TONEN BEPERKINGEN VAN BENCHMARK

# Spiegelen alleen zinvol op kleine schaal

Indicatoren vergelijken is nuttig in klein verband, binnen homogene zorggroepen. Maar op grote landelijke schaal is er zoveel ruis dat het zijn betekenis verliest. Dat laat huisarts Ferdinand van der Does zien, met diabetes als voorbeeld.

**D**e minister van VWS vindt spiegelinformatie cruciaal voor de kwaliteit van zorg, en het bundelen van al die gegevens door het veld is volgens haar een van de opgaven voor 2015. Verder is wat haar betreft 2015 het jaar van de transparantie.<sup>1</sup> Wat mij onmiddellijk doet denken aan mijn vader Emiel, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde, die al meer dan tien jaar geleden waarschuwde dat als iets volledig transparant is, je per definitie helemaal niets meer ziet.

Ik ben het eens met de minister van VWS dat het bundelen van gegevens ten behoeve van spiegelinformatie een hele uitda-

ging is. Op het niveau van een wijk, een zorggroep, is het al moeilijk, laat staan op landelijke schaal, als verschillende zorggroepen met verschillende achterliggende systemen en afspraken met elkaar vergeleken worden. Die vergelijkingen moeten met een grote korrel zout genomen worden. Ik zal dat toelichten aan de hand van mijn ervaringen als kaderhuisarts diabetes bij zorggroep IZER in Rotterdam.

### Benchmarks

Spiegelinformatie bestaat uit een grote serie getallen, percentages, die aan moeten geven 1. over welke, in ons geval diabetes-, patiënten de getallen rapporteren (achtergrondindicatoren); 2. in hoeverre er gewerkt wordt volgens gemaakte werkafspraken (procesindicatoren); en vervolgens 3. wat daarmee is bereikt op klinische parameters (uitkomstindicatoren). Die getallen, kwaliteitsindicatoren, worden besproken op benchmarkavonden, vaak onder leiding van de kaderhuisarts diabetes. Deze benchmarkavonden zijn heel zinvol: individuele praktijken worden hierdoor gestimuleerd om tot verbeteringen in hun praktijkvoering en hun

zorg te komen. Dit komt doordat er op die avonden genuanceerd gediscussieerd wordt over de getallen, waarbij de uiteindelijke interpretatie van eventuele grote verschillen aan de praktijkhouders zelf wordt overgelaten: dat is immers de enige – en niemand anders! – die iets zinnigs kan zeggen over waar die verschillen vandaan komen en welke verbeter slag gemaakt moet worden. De diverse belanghebbenden – verzekeraars, overheid, patiënt – kunnen er zeer tevreden over zijn dat deze interne kwaliteitssystemen van de zorggroepen in het algemeen goed functioneren. Maar voor het leveren van informatie over kwaliteit aan derden zijn ze vooralsnog niet geschikt.

### Tellers en noemers

Indicatoren zijn percentages, dus breuken met een teller en een noemer. Om de tellers te kunnen vergelijken moeten de noemers gelijk zijn. Benchmarks van vrijwel alle zorggroepen beperken zich noodgedwongen tot type-2-diabetespatiënten die behandeld worden in de eerste lijn. Degenen die behandeld worden door de internist tellen niet mee in de noemers. Het percentage patiënten in de tweede lijn varieert enorm van praktijk tot praktijk: in onze zorggroep tussen 5 procent ('Ik zie niet hoe een internist een echte type-2-diabetespatiënt – leefstijl – beter ingesteld zou kunnen krijgen dan wij.') en meer dan 30 procent (hier kunnen uiteenlopende oorzaken voor zijn, te bediscussieren op een benchmarkavond). Door deze enorme variatie qua noemers gaat

De praktijkhouder is de enige die iets zinnigs kan zeggen over grote verschillen

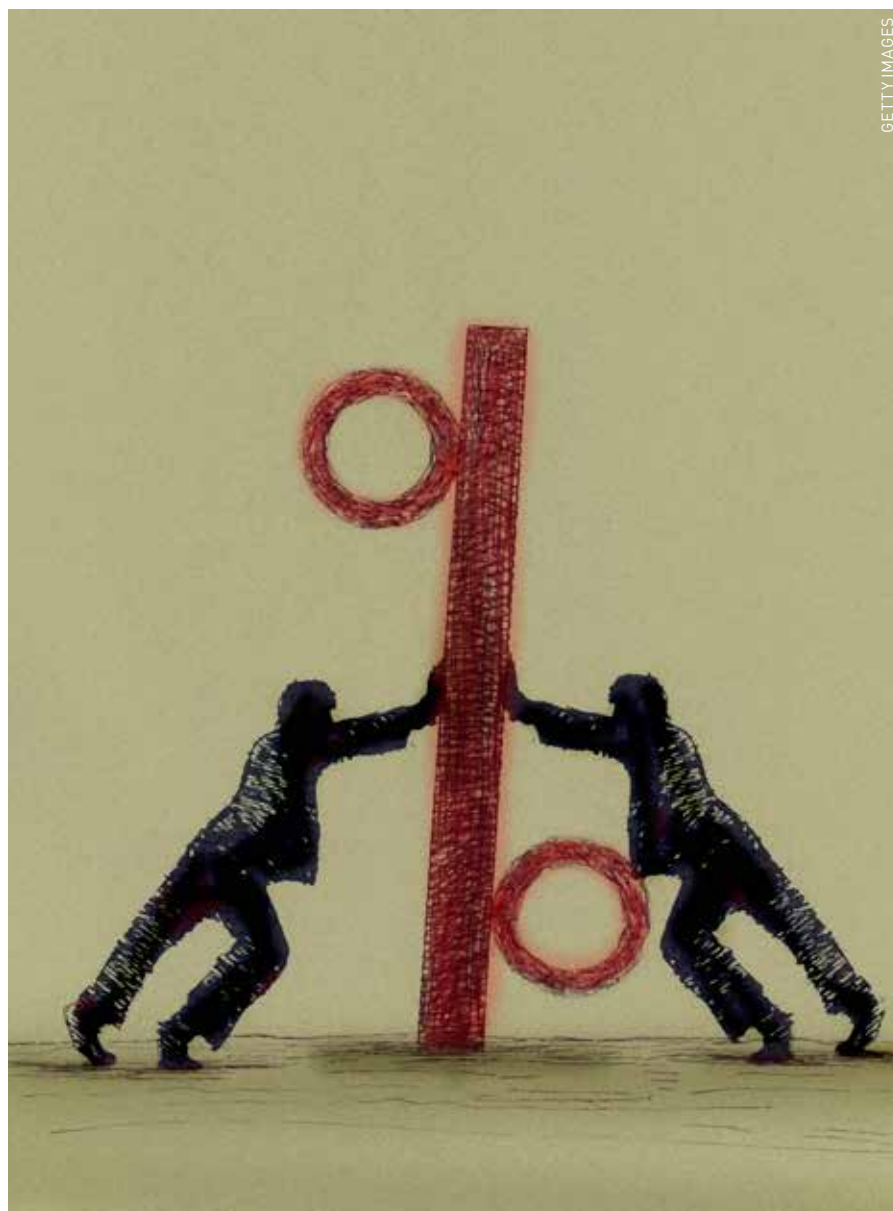
elke onderlinge vergelijking van de tellers van praktijken van meet af aan al zodanig mank, dat publiceren van uitkomstindicatoren die alleen over de in de eerste lijn behandelde patiënten gaan erg schadelijk zou zijn. Als dit de enige bron van ruis was zou het misschien nog meevallen, mits het percentage in de tweede lijn erbij vermeld zou worden. Maar er vinden helaas nog andere selecties plaats: want wat te doen met diabetes type 2 in (kort-

of langdurige) remissie, zorgmijders, zorgweigeraars, kwetsbare ouderen en verzorgingshuisbewoners? Rekenen we LADA (latente auto-immune diabetes van volwassenen) tot type 2 of niet? Daarover zijn geen uniforme afspraken tussen zorggroepen, alleen – soms – binnen zorggroepen. Ik wil maar zeggen: een beetje ruis in de noemers hoeft niet erg te zijn bij intern gebruik van indicatoren, maar bij externe verantwoording is het

echt een probleem. En dan heb ik nog niet eens genoemd dat in sommige gremia een diabetesjaar veertien (!) maanden duurt in plaats van de gebruikelijke twaalf die wij allemaal kennen, omdat anders de onrealistisch hoog afgesproken streefwaarden voor proces-indicatoren zo moeilijk zijn om te halen. Wat was er mis met de mogelijkheid realistische streefniveaus af te spreken?

### Hachelijk

Sommige getallen zijn redelijk te interpreteren. Een goed voorbeeld is de voetcontrole: we zijn het erover eens dat bij alle diabetespatiënten minimaal jaarlijks de voeten moeten worden bekeken. Omdat daar maar weinig uitzonderingen op zijn, zelfs niet in bijzonder samengestelde praktijken, is dit een procesindicator met van praktijk tot praktijk een heldere noemer, en je wilt dat de teller eigenlijk in alle praktijken zo dicht mogelijk bij die noemer komt te liggen. De enige bron van ruis is hier het al of niet weglaten van zorgweigeraars en (of) zorgmijders. Omdat dit een belangrijke bron van ruis kan zijn, moet er echter zelfs bij deze relatief sterke indicator nog steeds zorgvuldig geïnterpreteerd worden. Maar als we nu nog eens kijken naar de achtergrondindicator ‘percentage in de tweede lijn’, dan wordt duidelijk dat interpretatie soms onmogelijk is zonder alle individuele dossiers te bezien: iets wat alleen de praktijkhouder kan, maar waar slechts beperkt tijd voor beschikbaar is. Wat is het streefniveau in dezen? Zelfs een praktijk die gemiddeld scoort op deze parameter weet niet of iedereen terecht in de eerste, of terecht in de tweede lijn wordt behandeld. En betekent een hoog percentage patiënten in de tweede lijn sowieso dat de streefgetallen gemakkelijker te halen zijn? Nee, want niet alleen de huisarts bepaalt of een patiënt naar de tweede lijn gaat, maar de internist bepaalt ook of de patiënt weer teruggaat. En daarnaast waren zelfverwijzers tot 2013 niet heel uitzonderlijk en laat de LTA (landelijke transmurale afspraak) Diabetes, als het gaat om (terug) verwijscriteria, officieel ruimte voor ‘de



wens van de patiënt' in de tweede lijn te blijven, ook als dit niet nodig is. Wat bij benchmarkbijeenkomsten telkens weer blijkt, is hoe hachelijk het is om elkaar te beoordelen op de kale percentages. Er zijn naast de werkelijke kwaliteit zoveel factoren die de getallen – zowel de tellers als de noemers – beïnvloeden, dat signalering en suggesties het maximaal haalbare zijn tijdens een benchmark; de echte analyse volgt dan later bij bijvoorbeeld een praktijkbezoek. Het is de taak van de kaderarts de discussie te leiden en een veilige sfeer voor genuanceerde beschouwing van die getallen te creëren.

### Gedeelde verantwoordelijkheid

Onze praktijkondersteuners zitten de hele dag vinkjes te zetten op computerschermen om de tellers goed te krijgen, om te laten zien hoe goed de zorg is die zij leveren. Maar zolang niet duidelijk is wie er in de noemer van een percentage staan kunnen we met de tellers niets aan. Idealiter zouden mijns inziens alle type-2-diabetespatiënten van een huisartsenpraktijk, ook die onder de hoede van de internist, in de noemer moeten staan. Ook zorgweigeraars en zorgmijders – een heldere definitie en registratie zijn nodig – zouden deel moeten kunnen uitmaken van de noemer, waar dat relevant is voor de interpretatie van een indicator. Alleen dan kun je echt iets zeggen over de kwaliteit die je levert. Deze ideale noemer realiseren zou onder meer betekenen dat de internist/diabetesverpleegkundige (DVK) op dezelfde manier zal moeten gaan registreren als de huisarts/POH, wat zonder twijfel op grote ICT-problemen stuit en op het probleem van

Huisartsen  
discussiëren zelf  
zeer genuanceerd  
over hun scores

## PRAKTIJKPERIKEL

### DE JUISTE FORMULERING

Een medewerker van zorgverzekeraar CZ tikte mij als huisarts recentelijk op de vingers. Mijn psychiatrische diagnostiek laat namelijk te wensen over. Althans, dat lijkt CZ te vinden, want de behandelend psycholoog liet me het volgende weten:

*'Geachte collega,*

*Uw cliënt is bij ons op intake geweest voor eerstelijns psychologische zorg en heeft hiervoor van u een verwijsbrief gekregen. De zorgverzekeraar van deze cliënt heeft laten weten dat de verwijzing wordt afgekeurd vanwege de formulering op de brief. De klachten moeten beschreven worden in termen van de DSM. Dat wil zeggen 'depressie' of 'depressieve stoornis', in plaats van 'depressiviteit', zoals het nu op de brief staat. Wilt u zo vriendelijk zijn een nieuwe verwijsbrief te maken met de juiste formulering, bij voorkeur met dezelfde datum als de originele brief? U kunt de brief faxen naar ...'*

Mogen we nu weer gewoon aan het werk, alstublieft.

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

de schotten in de vergoedingen. Een, ook in financiële zin, toetreden van de internist/DVK tot de diabetesketen zou alle diabetespatiënten tot een gedeelde verantwoordelijkheid van huisarts en internist maken en de samenwerking hierin vergemakkelijken. Zolang er alleen in de eerste lijn gebenchmarkt wordt en de diabetespatiënten van de internisten geen deel uitmaken van de noemers van de kwaliteitsindicatoren, ontstaat geen enkele transparantie naar buiten toe en moet de minister het doen met getallen waarvan zij noch haar inhoudelijk adviseurs kunnen weten wat ze betekenen. Mijn indruk is, na vele jaren kwaliteitsindicatoren op vele benchmarkavonden, dat de huisartsen zelf zeer genuanceerd over hun scores discussiëren. Laten we blij zijn dat de scores dan ook steeds maar toenemen en dat de laatste sceptische huisartsen zich nu ook bij

zorggroepen aansluiten en indien nodig een kwaliteitsverbetering zullen gaan realiseren. Gelukkig hebben we nu 'Ineen', het gremium dat namens ons huisartsen in gesprek is over dit onderwerp en dat, met het oog op haalbare doelstellingen, voor 2015 op slechts drie procesindicatoren focust. Prima: de rest bespreken wij wel intern. ■

**contact**  
[doesenco@xs4all.nl](mailto:doesenco@xs4all.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

**web**  
De voetnoot vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen)