

**Arnold Romeijnders**  
huisarts, medisch directeur PoZoB

**Nout Willems, MSc**  
manager zorgprogramma's

**Dieuwke Oegema, MSc**  
stafmedewerker kwaliteit

**Colette Wijnands-van Gent, Msc**  
manager afdeling Onderzoek en  
Ontwikkeling

EFFECTIEVE ONDERSTEUNING VOOR DE EERSTE LIJN IN ZUIDOOST-BRABANT

# Minder praktijkvariatie door analyse van verschillen



GETTY IMAGES

In Zuidoost-Brabant ondersteunt zorggroep PoZoB 150 huisartsenpraktijken met de zorg voor diabetes, astma, COPD, hart- en vaatziekten, ggz en kwetsbare ouderen. Met spiegelinformatie worden huisartsen op de goede weg geholpen.

**Z**orggroep PoZoB ondersteunt de eerstelijnszorg voor mensen met een chronische, psychische of ouderdomsaandoening. Multidisciplinaire teams voeren zorgprogramma's uit op het gebied van DM II, astma, COPD, CVRM, ggz en kwetsbare ouderen. Elke huisartsenpraktijk in onze regio kan

aan PoZoB meedoen. PoZoB is sinds 2002 actief in Zuidoost-Brabant en er zijn inmiddels 150 huisartsenpraktijken aangesloten. In 2004 begonnen we met multidisciplinaire ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (DM II); later volgden innovatieve programma's voor ggz-klachten en kwetsbare ouderen. Het implemen-

teren van alle programma's vergde ruim tien jaar. Door feedback en scholing houden we de programma's actueel.

De deelnemende huisartsenpraktijken leggen hun werkzaamheden vast via het keteninformatiesysteem Care2U. Het had heel wat voeten in aarde om op een betrouwbare manier gegevens uit huisartsinformatiesystemen te verkrijgen, maar momenteel geven de registratiegegevens een betrouwbaar beeld van de geleverde zorg. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen op elk moment hun actuele gegevens inzien, vergelijken met een benchmark en gebruiken voor

besprekingen op praktijk-, hagro- en zorggroepniveau (PoZoB-niveau).

## Veel variatie

Aan de hand van de registratiecijfers voeren we jaarlijks gesprekken met de huisartsenpraktijken. Daar wordt besproken hoe de registratiecijfers zich verhouden tot eigen ervaringen, er worden verbeterpunten geïdentificeerd en via een verbeterplan aangepakt. Een praktijk kan zelf een verbeterplan opstellen of door PoZoB worden geholpen. Zo kan een kaderhuisarts helpen bij inhoudelijke issues of een districtsmanager bij de praktijkorganisatie.

PoZoB neemt deel aan de landelijke benchmark en scoort op de meeste indicatoren bovengemiddeld.<sup>1</sup> Toch zijn er grote verschillen tussen praktijken. Dat geldt niet alleen voor het aantal mensen met diabetes mellitus type 2 en een goede bloeddruk – het voorbeeld in grafiek 1 –, ook andere scores zoals het LDL-gehalte, hoog HbA1C, aantal rokers en het ondoelmatig voorschrijven van statines verschillen sterk. Ook de andere zorgprogramma's, zoals astma of COPD, vertonen veel variatie. Na jaren bestaan deze grote verschillen nog steeds – terwijl de gemiddelde scores jaarlijks verbeteren en landelijk bovengemiddeld zijn.

## Praktische strategieën

Aan de hand van een voorbeeld – het percentage mensen met DM II met een goede bloeddruk – laten we zien hoe PoZoB omgaat met praktijkvariatie in populatie-, proces- en uitkomstindicatoren. PoZoB neemt in de uitwerking voor de dagelijkse praktijk alle NHG-indicatoren mee. Welke normen leggen huisartsen zichzelf en elkaar op, welke interventies passen om te verbeteren? Met een discussie over praktijkvariatie in de eerste lijn, hopen we praktische strategieën te ontwikkelen om die cijfers te verbeteren.

## Verbeterpraktijk

Best practices zijn nuttig voor huisartsen; praktijken met lage scores kunnen zich aan de hand van best practices verbeteren. Huisartsen bepalen per registratie-item

minimale normen (het gemiddelde minus twee keer de standaarddeviatie of minder) en best practices (het gemiddelde plus een keer de standaarddeviatie of meer). De normen blijven twee jaar vaststaan. Een praktijk die op zeven of meer items (van de 82 uit alle zorgprogramma's) onder de minimumnorm scoort, is een verbeterpraktijk. Bij een verbeterpraktijk wordt altijd een verbeterplan met begeleiding op maat opgesteld en worden resultaten gemonitord. Op 1 april 2016 waren

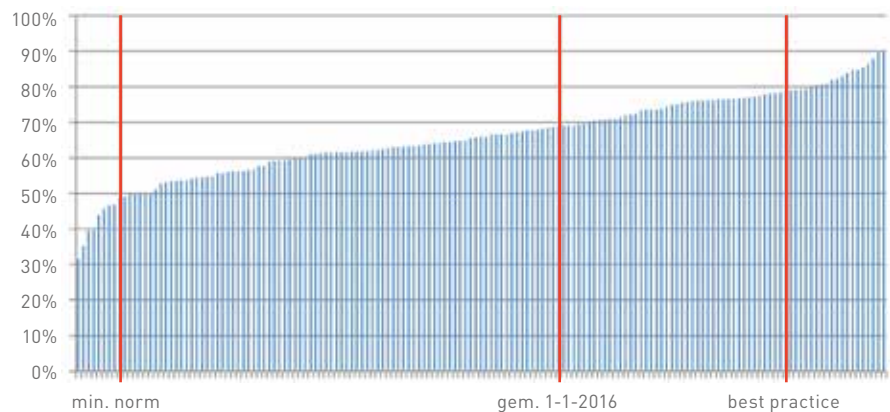
24 van de 150 huisartsenpraktijken (16%) verbeterpraktijk.

Elke huisartsenpraktijk ontvangt per kwartaal cijfers die aangegeven hoe indicatoren van DM II, astma, COPD en CVRM zich verhouden tot het gemiddelde, de minimumnormen en de best practices.

## Minimumnormen

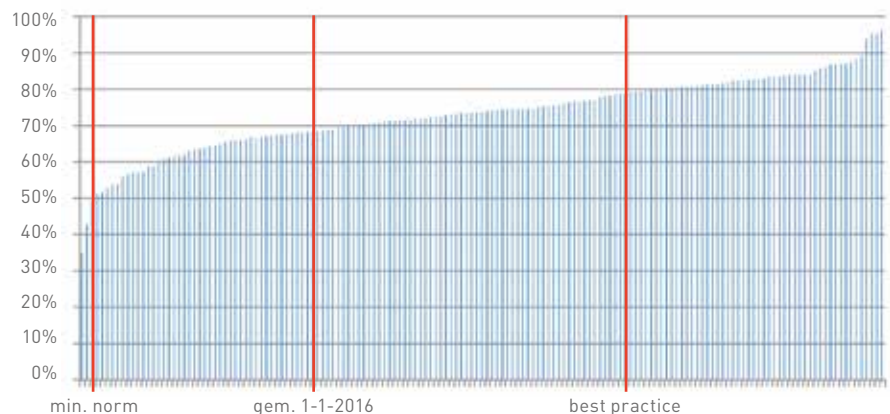
Verbeterpraktijken scoren meestal in meerdere zorgprogramma's onder mini-

### 1. PRAKTIJKVARIATIE DIABETES MELLITES TYPE 2



Het percentage mensen per huisartsenpraktijk met DM II, jonger dan 80 jaar en met een goede bloeddruk. Praktijkvariatie loopt van 32 tot 90 procent. Rode lijnen: de minimumnorm (acht praktijken onder 47%), het gemiddelde (69%) en de best practices (negentien praktijken boven 79%).

### 2. PRAKTIJKVARIATIE DIABETES MELLITES TYPE 2, ZES MAANDEN LATER



Zes maanden later. Praktijkvariatie: 35 procent tot 96 procent. Twee praktijken onder minimumnorm, vijftig best practices.

## EEN VOORBEELD

Op 1 april 2016 had gemiddeld 68 procent van de mensen met diabetes type 2 onder 80 jaar een goede bloeddruk. Acht praktijken presteerden onder de minimumnorm (47%), er waren negentien best practices (boven 79%, zie *grafiek 1*). Na door PoZoB geadviseerde interventies veranderde de praktijkvariatie in een halfjaar van 32-90 procent naar 35-96 procent. Er waren nog slechts twee praktijken onder de minimumnorm. Het aantal best practices steeg fors. Op 1 oktober waren er van 24 verbeterpraktijken nog 22 over: 8 waren verbeterpraktijk af en 6 waren als nieuwe verbeterpraktijk in beeld gekomen (zie *grafiek 2*).

mumnormen. Doorgaans hebben best practices alle type indicatoren goed op orde en verbeteren zij jaarlijks nog steeds. Natuurlijk vormen de gescoorde cijfers slechts een indicatie: het niet voldoen aan minimumnormen betekent niet automatisch dat er minder goede zorg wordt geleverd. We bevinden ons bovendien in de overgang van protocollaire zorg naar zorg op maat met individuele streefwaarden. Maar onze ervaring met de verbeterpraktijken is dat een zware casemix van patiënten vaak niet de belangrijkste verklaring is voor de achterblijvende resultaten. Bij de praktijkbezoeken herkennen huisartsen de ruimte voor relevante verbeteringen. Het ontbreekt doorgaans niet aan inzet, maar eerder aan aspecten van de praktijkvoering zoals gerichtheid op resultaten, adequate praktijkorganisatie, tijd voor of effectiviteit van samenwerking tussen huisarts en praktijkondersteuner, leiding (kunnen) nemen. Soms zetten huisartsen te weinig fte praktijkon-

dersteuning in. Ook kunnen persoonlijke of personeelsomstandigheden een rol spelen, of een enkele keer kennishiaten. Hoewel geen van de verbeterpraktijken zelf aan de bel trok, scharen ze zich stevast achter de minimale kaders en zijn ze in de regel blij met ondersteuning op maat. Terwijl een aantal van de verbeterpraktijken progressie boekt, komen er ook weer nieuwe bij. Een eerste voorzichtige conclusie is dat aandacht en ondersteuning voor het verbeteren helpt, maar dat niet alle praktijken dit uit zichzelf (kunnen) opbrengen. Huisartsen en bestuur van PoZoB gingen tot voor kort volledig uit van intrinsieke motivatie, capaciteit en samenwerkingsbereidheid om goede resultaten te borgen. Als huisartsen niet gebruikmaakten van scholing en begeleiding was er een voortdurende, uitnodigende druk om mee te doen: zonder sancties. Huisartsen beginnen pas aan een nieuw zorgprogramma als de reeds lopende programma's op orde zijn.

### Aanspreken en begeleiden

Verbeterpraktijken realiseren niet de kwaliteit die collega's als minimaal beschouwen. Met de nieuwe verbeterstrategie worden zij aangesproken en tot verbetering verplicht. De eerste resultaten zijn positief en worden ook door betreffende huisartsen als positief ervaren. Er wordt ook aandacht geschonken aan praktijken die net boven de minimumnormen scoren. Goede methodieken van best practi-

ces worden meegenomen door het ondersteuningsteam; praktijkbezoeken van verbeterpraktijken aan best practices staan op de rol. De gekozen methode heeft draagvlak, is logisch en veelbelovend. Ze zal worden geëvalueerd en verbeterd. Het kan voorkomen dat ook deze strategie van aanspreken en begeleiden uiteindelijk onvoldoende effectief is. In dat geval zullen huisartsen en hun bestuur beslissen of de vereniging (PoZoB) het lidmaatschap van een praktijk opzegt.

Dat zorggroepen zoals PoZoB huisartsenpraktijken aanspreken, begeleiden naar beter en de borging daarvan monitoren lijkt nuttig voor de hele beroepsgroep. De betrouwbaarheid van de eerste lijn en de ondersteunende zorgverleners is gebaat bij goede zorg en het verbeteren van minimale zorgkwaliteit met behulp van best practices. Dat is van belang voor de patiënt (leveren de huisarts en het team goede zorg?), voor ketenpartners (krijgt de patiënt goede zorg na terugverwijzing?), en zorgverzekeraars (worden de gemaakte afspraken nagekomen?). Daarbij helpt het beslist dat de financiën via de zorggroep gaan. Dat zorgt ervoor dat de zorggroep verantwoordelijkheid kan nemen voor de uitkomsten van de geboden zorg. Uitgaan van het gemiddelde kan bedrieglijk zijn. Het is mogelijk dat huisartsen die kritisch zijn op de meerwaarde van zorggroepen te weinig oog hebben voor een deel van de beroepsgroep die niet uit zichzelf in staat is de minimale zorgkwaliteit te leveren, en daarbij actief en soms met druk door een zorggroep moet worden ondersteund. ■

### contact

a.romeijnders@pozob.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs

### web

De voetnoot bij dit artikel vindt u op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

Het ontbreekt doorgaans niet aan inzet, maar aan aspecten van de praktijkvoering