

Praktijkvariatie verminderen én e

Praktijkvariatie is een complex fenomeen. De leer- en verbetermogelijkheden vragen daarom om een langetermijnstrategie en inbedding in het kwaliteitsbeleid, blijkt uit onderzoek van InEen.

Nodig daarvoor zijn doorontwikkeling van bestaande indicatoren, een andere manier van kijken naar de resultaten van bestaande indicatoren én het gebruikmaken van andere beschikbare bronnen van spiegelinformatie. Noodzakelijk zijn ook betere methoden voor analyse van praktijkvariatie, met helderder onderscheid tussen (on)verklaarde en gewenste praktijkvariatie enerzijds en ongewenste praktijkvariatie aan de andere kant. Deze benadering sluit aan bij het Kwaliteitsbeleid op maat van InEen (zie pagina 12-14), waardoor praktijkvariatie een bouwsteen wordt om aan kwaliteit te werken.

Dit zijn de belangrijkste strategische aanbevelingen in het verslag van het project ‘Verminderen van ongewenste praktijkvariatie’. InEen publiceerde het in april. Het project startte begin vorig jaar. “Het begon met de constatering dat in de zorgprogramma’s voor CVRM

de aantallen geïncludeerde patiënten enorm uiteenliepen per zorggroep”, zegt projectleider Hans Vlek. “Dat was ook het geval bij andere zorgprogramma’s, zo blijkt uit de jaarlijkse benchmarks van InEen. Vanuit de zorgverzekeraars werd geopperd inclusiemaxima in te stellen. InEen nam het initiatief om eerst de praktijkvariatie in kaart te brengen, te analyseren en te duiden. Om uiteindelijk de ongewenste praktijkvariatie terug te dringen.”

Gewenst en ongewenst

Het kostte niet veel moeite om het eens te worden over de definitie van ‘praktijkvariatie’, legt Vlek uit. Dit is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in frequentie en wijze van zorg en in patiëntuitkomsten. Dat kan gewenst zijn als die verklaard wordt door verschillen in patiënten en patiëntenpopulatie en hun voorkeuren. Ongewenste praktijk-

variatie kan niet goed worden verklaard door prevalentieverschillen. In het project wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus waarop praktijkvariatie kan voorkomen: tussen zorggroepen, tussen praktijken en tussen dokters. Vlek: “De inter-zorggroepvariatie blijkt uit de jaarlijkse benchmarks. De redactiecommissie en de auteurs van het benchmarkrapport van InEen roepen op hieraan meer aandacht te schenken in het kwaliteitsbeleid.

Gaandeweg het project bleek dat het steeds meer aansloot bij de beweging ‘Kwaliteitsbeleid op maat’ binnen InEen, vertelt Vlek. Daarom werd besloten het een draai te geven: praktijkvariatie wordt nu gezien als bouwsteen binnen dat kwaliteitstraject. “Het is een output-parameter om aan kwaliteit te werken”, zegt Vlek. “En dat is wat anders dan het willen tegengaan van het overschrijden van de norm. Het zijn



Arnold Romeijnders: ‘Vroeg signaleren en bespreken’.

Effectieve ondersteuning

De huisartsen van zorggroep PoZoB presteren gemiddeld tot bovengemiddeld op kwaliteitsindicatoren in de landelijke benchmark. Maar de praktijkvariatie is al jaren groot. Een gesprek met Arnold Romeijnders. Behalve medisch directeur bij PoZoB is hij taskforce-voorzitter binnen het project ‘Verminderen van ongewenste praktijkvariatie’.

De huisartsen hebben samen minimale kwaliteitsnormen vastgesteld. PoZoB wil het leren en verbeteren bevorderen en zet intensieve en niet-vrijblijvende wijze ondersteuning in bij huisartsen die op meer dan zeven indicatoren onder de

norm presteren. De resultaten zijn positief. Romeijnders: “Wij hebben gekozen voor een systematische aanpak. Landelijk is er vaak verlegenheid om resultaatgericht te werken. Dat is bij ons minder. We kijken samen met huisartsen en POH’s naar de kwaliteitsspiegel met indicatoren en andere factoren die van belang kunnen zijn. Uiteraard kijken we ook naar de eigenschappen van een populatie, maar die verklaren de verschillen niet. Sommige huisartsen zijn actief betrokken bij het kwaliteitsbeleid, handelen naar gelang hun real time beschikbare benchmarkgegevens, maar dat geldt lang niet voor alle huisartsen. In de parameters zien we vaak dat de

rvan leren



Hans Vlek: 'Balans tussen leren en terugdringen van praktijkvariatie.'

twee kanten van dezelfde medaille. Dat vraagt ook om een gedifferentieerde aanpak van de zorggroepen. Je wilt ook leren van praktijkvariatie. Dat vraagt om een andere houding dan terugdringen. Daarin zullen de zorggroepen balans moeten aanbrengen."

Andere competenties

Vlek vervolgt: "Punt is dat zorggroepen in toenemende mate ondersteuningsorganisaties worden met een uitgebreider werkingsterrein dan alleen de chronische zorgprogramma's. Dat vraagt een genuanceerdere invulling van de relatie met hun leden en de praktijken. Het vergt ook andere competenties van de zorggroepmedewerkers met accountmanagement in de portefeuille. Dat is van invloed op de wijze waarop kwaliteitsbeleid van de zorggroep wordt opgezet en uitgevoerd."

Naar de variatie op inter-praktijkniveau werd meer operationeel dan strategisch gekeken. Vlek: "Dat leidde tot concrete handleidingen en stappenplannen die zorggroepen op korte termijn kunnen

inzetten. Die worden nu gepubliceerd op LINK, het digitale ledenplatform voor leden van InEen. Daar kunnen de zorggroepen zelf mee aan de slag."

Het gaat dan bijvoorbeeld om een stap-

'Bouwsteen kwaliteit'

penplan om op voorhand de juiste patiënten te selecteren en includeren, een stappenplan voor opschoning van de patiëntenpopulatie om deelname door niet geïndiceerde patiënten te voorkomen, het delen van certificeringsdata voor praktijkscans, het vaststellen van normen voor een gekozen indicatoren-set of afspraken over verbetertrajecten of verbeteracties op maat.

In samenhang

Voor het niveau van inter-doktervariatie zijn in het kader van dit project geen instrumenten ontwikkeld of aanbevelingen gedaan, zegt Vlek. "Dat is voor InEen meer iets om samen met de LHV en het NHG aan te pakken. Daar zijn genoeg bruikbare methodes voor." Bovendien wordt in het rapport 'Variatie in de zorggroep-praktijk' van InEen benadrukt dat verbeteracties zoveel mogelijk samenhangend op de drie niveaus worden gericht. Het project richt zich op praktijkvariatie tussen en binnen zorggroepen. Huisartsenposten zijn buiten beschouwing gelaten, hoewel praktijkvariatie daar ook een relevant thema is. <<

Tekst: Leendert Douma

Foto's: Susanne Vlek (foto Hans Vlek) en

David Rozemeyer (foto Arnold Romeijnders)

uitkomsten goed zijn als de praktijk goed op orde is."

Hij legt uit: "Als veel indicatoren onder de minimale norm zijn, is er ook echt wat aan de hand in de praktijk. Praktijken trekken meestal zelf niet aan de bel. We proberen zo vroeg mogelijk te signaleren en we bespreken in de praktijken wat we zien. Dat wordt in de regel direct erkend. Redenen waarom praktijken onder de norm presteren, zijn soms te weinig fte voor praktijkondersteuning, weinig of niet-structureel overleg, discontinuïteit door ziekte of stress, moeite met praktijkvoering of medisch leiderschap en soms interne conflicten."

Dan wordt samen met de huisarts een verbeterplan opgesteld, waarbij PoZoB alle mogelijke hulp biedt. Romeijnders: "De ondersteuning is relatief vaak gericht op de praktijkvoering en -organisatie. In dat geval kan bijvoorbeeld een LEAN-traject helpen of coaching gericht op de praktijkvoering. Dat is helemaal niet vreemd, want een goede huisarts is niet per se een goede manager. De resultaten van de signalering en ondersteuning zijn positief. Nu functioneert zo'n 95% van de praktijken op of boven de norm. Voorheen was dat zo'n 75 tot 80%."