

# Kwaliteit zichtbaar maken

**Pilot Benchmark  
Huisartsenzorg**



Deze brochure is gebaseerd op het rapport *Zichtbaar maken van kwaliteit in de huisartsenzorg. Landelijke evaluatie van vier regionale pilots 'Benchmark Huisartsenzorg'* (2007) van Miranda Franchimont, Jandirk Pronk, Martien van Tits, Esther van den Reek en Kitty Pardoel. Dit rapport is de uitkomst van de evaluatie van deze pilot Benchmark Huisartsenzorg, die is uitgevoerd door STOEL en IVA, instituten voor advies en onderzoek in de eerste lijn.



## Colofon

Financiering: ministerie van VWS  
Tekst: Tekstaal, Addie Roetman  
Ontwerp: DUS bv, Linda Zoon  
Druk: Romein  
ISBN: 978-90-812744-2-5  
© januari 2008

# **Kwaliteit zichtbaar maken**

**Pilot Benchmark  
Huisartsenzorg**

# Inhoud

2

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Transparantie en kwaliteit</b>	<b>4</b>
Samenwerken en registreren	4
Actuele ontwikkelingen	4
Transparantie en benchmark	5
Functies van benchmarkinformatie	6
<b>Pilot Benchmark Huisartsenzorg</b>	<b>7</b>
Het doel	7
De thema's	9
De pilotregio's	10
De betrokkenen	11
<b>Kwaliteit meten</b>	<b>12</b>
Benchmark en accreditering	12
Meetvoorwaarden	13
Bespreking en openbaarheid	14
Meten onder patiënten	14
<b>Hoe nu verder?</b>	<b>15</b>
Uitbreiden op landelijke schaal	15
Verbreden binnen eerste lijn	15
<b>Meer weten?</b>	<b>16</b>

# Inleiding

**Van 2004 tot 2007 is het pilotproject Benchmark Huisartsenzorg uitgevoerd in vier regio's: Almere, Drenthe, Rotterdam en Zoetermeer. Daar werd de zorg van huisartsenpraktijken gemeten. Het doel was te laten zien hoe de huisartsenzorg functioneert en welke kwaliteit deze biedt. Transparantie en kwaliteit zijn hierbij sleutelwoorden.**

Het idee voor deze benchmark ontstond in 2004 vanuit het ministerie van VWS. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel moest de eerstelijnszorg transparanter worden. Het ministerie wilde daarom samen met diverse partijen (huisartsen, patiënten, zorgverzekeraars, gemeenten) nagaan of er een benchmark voor huisartsenzorg opgezet kon worden, waar al deze partijen bruikbare informatie uit konden putten. Inmiddels is het pilotproject afgerond en is het tijd om te kijken wat ervan te leren is voor mensen in en rondom de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deze brochure is bedoeld voor mensen die werkzaam zijn in of betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Behalve huisartsen zijn dat bijvoorbeeld ook medewerkers van ondersteunende organisaties, huisartsassistenten, alle beroepsgroepen in de eerste lijn, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, verzekeraars, beleidsmakers en gemeenten.

## De term benchmark

De letterlijke betekenis van de term 'benchmark' komt uit de timmerwereld. Daar was het gebruikelijk om de hoogte van een werkstuk te meten vanaf de hoogte van de werkbank. Figuurlijk verwijst de term naar een maat of ijkpunt voor de prestaties van organisaties. Benchmarken betekent dat je de prestaties van een organisatie systematisch vergelijkt met die van een of meer vergelijkbare organisaties.

## Leeswijzer

Deze brochure is verdeeld in vier hoofdstukken. Het eerste gaat over transparantie en kwaliteit, want dat zijn de kaders waarin benchmark past. In het tweede en langste hoofdstuk staat de pilot Benchmark Huisartsenzorg centraal. Die pilot vormt het uitgangspunt voor deze tekst. Vervolgens draait het in een derde hoofdstuk om 'meten', omdat benchmarken daar een vorm van is. Dan resteert de vraag: hoe nu verder? Die wordt voor zover mogelijk beantwoord in een kort vierde hoofdstuk.



# Transparantie en kwaliteit

Transparantie of zichtbaarheid is een sleutelwoord in de gezondheidszorg. En daarbij gaat het erom de kwaliteit van het zorgaanbod zichtbaar te maken. Zo ook in de pilot Benchmark Huisartsenzorg. Voor wie is dit belangrijk? Ten eerste voor huisartsen zelf. Bijvoorbeeld om te weten hoe goed ze het doen ten opzichte van anderen. Of om feedback te krijgen op sterke en zwakke kanten in hun praktijkvoering. En om de kwaliteit van hun zorgaanbod waar mogelijk te verbeteren.

Ook patiënten, verzekeraars, en beleidsmakers willen het zorgaanbod kunnen beoordelen. Om houvast te hebben bij keuzen of inkoop van zorg, of als aanknopingspunt voor eigen beleid. Ten slotte heeft ook de inspectie belang bij heldere en eenduidige informatie, om haar toezichthoudende taak te kunnen vervullen.

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar enkele randvoorwaarden voor benchmarking: samenwerken en adequaat registreren. Daarna plaatsen we transparantie en kwaliteit in een actuele context: welke ontwikkelingen spelen een rol? Vervolgens leggen we de link tussen transparantie en benchmark. Hoe staat het er in de praktijk voor met het benchmarken in de huisartsenzorg? Tot slot laten we zien voor welke functies de informatie uit een benchmark gebruikt kan worden.

## Samenwerken en registreren

Benchmarking is geen toverformule om transparantie en kwaliteit te bereiken.

Eenzijds gaat het in een benchmark om samenwerken: wat willen en durven we te laten zien, en hoe ver vertrouwen we elkaar? Om informatie over het zorgaanbod te delen, moet het vertrouwen groeien, moeten weerstanden overwonnen worden, en moet er veel worden samengewerkt.

En anderzijds zijn er de technische voorwaarden. Daarin moet nog veel verbeteren. Huisartsen registreren de zorg in verschillende huisartsinformatie-

systemen (HIS'en). Dat doen ze van oudsher vooral voor hun eigen overzicht. Om van daaruit te gaan registreren voor een groter doel, stelt hoge eisen aan de huisartsen én aan de systemen. Huisartsen moeten eenduidiger en consequenter gaan registreren.

De HIS'en moeten hen daarin ondersteunen, en de gegevens zo opslaan dat ze er ook weer eenvoudig uit te halen zijn.

Kortom: om te komen tot echt transparante zorg is inzet nodig op veel fronten.

## Actuele ontwikkelingen

De pilot Benchmark Huisartsenzorg is uitgevoerd in een dynamische context. Tussen 2004 en eind 2007 zijn er allerlei ontwikkelingen in de zorg geweest, die deze pilot hebben beïnvloed:

- De *organisatie van de huisartsenzorg* is sterk in beweging. Zo zijn er in vrijwel heel Nederland huisartsenposten gekomen, en doen nieuwe beroepsgroepen zoals de praktijkondersteuner, de Nurse Practitioner en de Physician Assistant, hun intrede.
- Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelde een instrument om huisartspraktijken te accrediteren. De *NHG Praktijk Accreditering bv* (NPA) voert dit administratief en logistiek uit. Eind 2007 is ongeveer een op de tien Nederlandse huisartspraktijken geaccrediteerd.
- Via internet komt er voor patiënten in hoog tempo steeds *meer keuze-informatie* beschikbaar. Zie bijvoorbeeld: [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl), [www.zoetermeer-gezond.nl](http://www.zoetermeer-gezond.nl), [www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl).
- Patiënten worden steeds *mondiger* en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) sprak zich in 2006 uitdrukkelijk uit voor een meer geïntegreerde en transparantere eerstelijnszorg, die door patiënten mee beoordeeld wordt.
- In 2006 werd het Centrum Klantervaring Zorg opgericht. Dit brengt ervaringen van consumenten met de gezondheidszorg in kaart volgens een

landelijke meetstandaard: de *Consumer Quality Index* (CQ-index). Van deze meetstandaard worden allerlei specifieke varianten ontwikkeld, onder andere voor de huisartsenzorg.

- Per 1 januari 2006 is *het nieuwe zorgstelsel* ingevoerd. Daarin zijn verzekeraars verantwoordelijk geworden voor het inkopen van verantwoorde zorg. In dat kader zijn zij op zoek naar cijfers over die zorg, om daar een outputfinanciering op te kunnen baseren.
- De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het NHG, VWS en de Inspectie hebben in 2005 een 'Convenant Gegevensverzameling Huisartsenzorg' gesloten. Om dit convenant uit te voeren is in 2007 de *Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg* opgericht. Hierin werken huisartsen, patiënten, verzekeraars, inspectie en ministerie samen.

### **Transparantie en benchmark**

In de praktijk zoekt het benchmarken in de eerste lijn nog volop zijn weg. Dit geldt ook voor de Benchmark Huisartsenzorg. Ook zijn de uitkomsten onderling niet openbaar, en zijn ze nog niet concreet per praktijk inzichtelijk voor collega's, patiënten, verzekeraars, inspectie en beleidsmakers. Dit laatste heeft onder andere te maken met angst om afgerekend te worden; huisartsen voelen zich kwetsbaar. Tegelijk worden er steeds meer en nieuwe eisen aan hen gesteld en taken aan hen toebedeeld, en is alles om hen heen in beweging: nieuw zorgstelsel, meer geïntegreerde eerstelijnszorg, meer samenwerken met bijvoorbeeld praktijkondersteuners. Binnen dit alles bewegen de huisartsen mee, en kan ook deze benchmark gezien worden als een stap in een proces naar meer transparantie.

### **Omgaan met meetgegevens**

Veranderingen en vernieuwingen roepen vaak weerstand op. Dit heeft ook een rol gespeeld in de pilot Benchmark Huisartsenzorg. Hierna staan vijf stadia op een 'acceptatieladder'. De een 'beklimt' deze ladder sneller dan de ander.

1. De gegevens kloppen niet.
2. De gegevens kloppen wel, maar ze gaan niet over mij / mijn praktijk.
3. De gegevens kloppen, ze gaan over mij, maar ik kan er niets aan doen.
4. De gegevens kloppen, ze gaan over mij, ik kan er (ook) iets aan doen.
5. De gegevens kloppen, ze gaan over mij, en ik ga er (ook) iets aan DOEN.

Ook de huisartsen die deelnamen aan de pilot, accepteerden de uitkomsten daarvan in een verschillend tempo.

#### **TIPS**

- Zie tempoverschillen in de acceptatie van gegevens als iets wat hoort bij elk veranderingsproces.
- Houd rekening met die tempoverschillen.
- Vraag van partijen dat ze behalve informatie vragen, ook informatie geven.
- Laat de vragende partij expliciet maken hoe ze met de gevraagde informatie zal omgaan.

## Functies van benchmarkinformatie

De informatie die een benchmark onder huisartsen oplevert - we noemen die verder de *gegevensset* - kan verschillende functies hebben. Het ligt er maar aan wie deze informatie nodig heeft, en voor welk doel. In de tabel hierna staan de mogelijkheden.

Informatie te gebruiken als	Voor wie	Welk doel
Spiegelinformatie	Huisartsen zelf	Kwaliteit verbeteren
Keuze-informatie (etalage-informatie)	Burgers, patiënten, verzekerden	Verantwoord(e) zorg kiezen
Keuze-informatie (inkoopinformatie)	Verzekeraars	Verantwoord(e) zorg inkopen
Beleidsinformatie	Ministerie, belangenverenigingen van patiënten en huisartsen, verzekeraar, ROS*, gemeente, GGD	Eigen beleid sturen
Verantwoordingsinformatie	Ministerie, inspectie, samenleving	Verantwoording afleggen en waarborgen

\*) Een regionale ondersteuningsstructuur (ROS) is een organisatie die zorgverleners in de eerste lijn ondersteuning biedt bij de implementatie van kwaliteitsbeleid, de continuïteit van zorgverlening, en bij samenwerking en preventie.

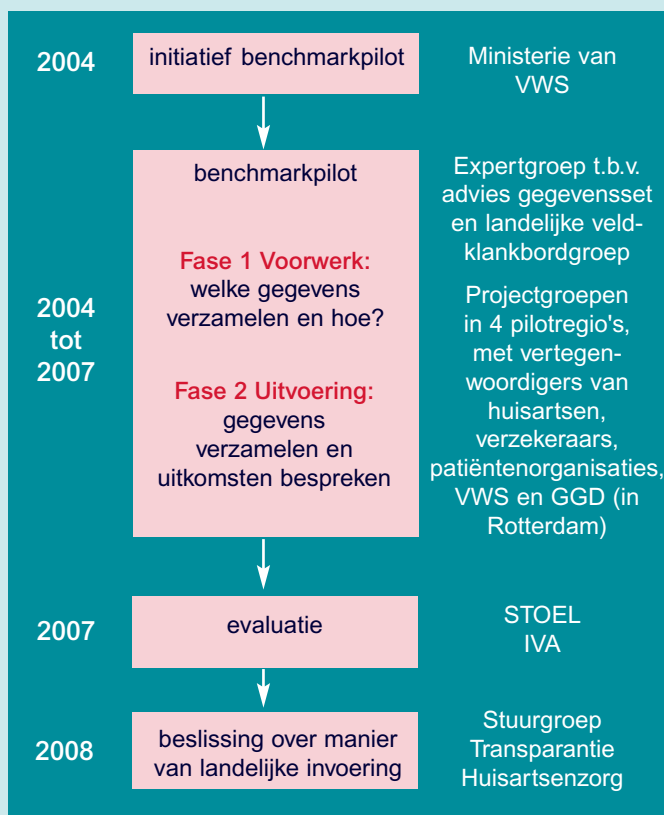
### TIPS

- Spreek duidelijk af wie de gegevens vraagt en wie ze levert.
- Laat elke partij duidelijk uitspreken welke informatie hij nodig heeft en waarvoor.
- Ga na of er draagvlak is bij de leverende partij om deze gegevens te verstrekken.

# Pilot Benchmark Huisartsenzorg

In dit hoofdstuk staan we eerst kort stil bij het doel van dit pilotproject. Wat wilde men bereiken en is dat gelukt? Daarna nemen we de thema's of aspecten van de huisartsenzorg onder de loep, waar in de pilot naar gekeken is. Vervolgens kijken we naar de plaatsen waar de pilot gedraaid heeft: vier regio's met verschillende kenmerken, en juist door die verschillen interessant. Ten slotte noemen we de partijen die erbij betrokken waren.

Maar eerst geven we hier voor het totaaloverzicht weer hoe de pilot Benchmark Huisartsenzorg georganiseerd was.



## Kenmerken van een pilot

Benchmark Huisartsenzorg was een pilotproject. Een pilot staat niet op zichzelf, maar is een proeffase op weg naar een bredere toepassing. Bij deze pilot speelde bijvoorbeeld de vraag in hoeverre het technisch haalbaar was een benchmark in de huisartsenzorg uit te voeren. Bij een pilot hoort dus dat zaken worden uitgetoet, dat sommige dingen goed gaan en andere mislukken. Bij een pilot hoort ook dat mensen hun nek uitsteken in een situatie waarin per definitie losse eindjes en onduidelijkheden overblijven. Meedoen aan een pilot is meewerken aan voortschrijdend inzicht, en daarom bijzonder nuttig.

## Het doel

Het pilotproject Benchmark Huisartsenzorg is uitgevoerd in vier regio's: Almere, Drenthe, Rotterdam en Zoetermeer. De pilot was niet van boven af ingevuld, maar alle vier de regio's hebben hun eigen plan van aanpak gemaakt, en hun eigen doel geformuleerd. Er zat veel overlap in die doelen; alle regio's wilden in elk geval:

***Een betrouwbaar en valide meetinstrument ontwikkelen en evalueren voor een benchmark van huisartsenzorg in de toekomst, waardoor huisartsen zo weinig mogelijk belast worden***

In hoeverre is dit doel van de pilot gehaald? Er is een stevige basis gelegd voor een meetinstrument met indicatoren<sup>1</sup>, onder andere patiëntervaringen. In de eerste fase van de pilot heeft een landelijke expertgroep - op basis van voorwerk door de vier regio's - een voorstel gemaakt voor een landelijke gegevensset. Alle regio's hebben deze basisset op hun eigen manier als uitgangspunt genomen. Vooral Rotterdam en Almere hebben veel gegevens uit deze set gebruikt. Drenthe en Zoetermeer hebben voor de benchmark een subset van de accreditingsgegevens van het NHG als uitgangspunt genomen. Vanuit de pilot is de Consumer Quality Index (CQ-index) voor de huisartsenzorg verder ontwikkeld.

1) Een indicator is een ander woord voor een meetgegeven in het kader van een benchmark. Cruciaal hierbij is dat vooraf nauwkeurig bepaald wordt over welk aspect van de huisartsenzorg een indicator of gegeven iets zegt.

Over de hele linie moeten de indicatoren echter nog wel helderder en eenduidiger worden gedefinieerd om het meetinstrument betrouwbaarder te maken. In de pilot was bijvoorbeeld het cruciale begrip 'praktijk' niet eenduidig gedefinieerd.

Een indicator is een verschijnsel dat op iets wijst. Enkele willekeurige voorbeelden van indicatoren voor een huisartspraktijk zijn:

- De openingstijden van een huisartspraktijk zijn een indicator voor de beschikbaarheid van de zorg in die praktijk.
- De frequentie van het overleg met ziekenhuis-specialisten is een indicator voor de samenwerking met de tweede lijn.
- Een sluitend oproepsysteem bij hart- en vaat-ziekten, diabetes en hypertensie is een indicatie voor de preventie van risico's.

8

Ook aan de validiteit van de indicatoren zoals gebruikt in de benchmark, moet nog verder gewerkt worden. Niet alle betrokkenen waren het eens over wat er precies mee werd gemeten. Zo is het bijvoorbeeld de vraag of het hebben van speciale spreekuren voor bijvoorbeeld diabetespatiënten iets zegt over de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten. De meeste deelnemende huisartsen vinden de tijds-belasting door de benchmark acceptabel; ze melden tijdsinvesteringen van drie tot tien uur.

Ten slotte een algemene les uit de pilot: de combinatie van landelijke aansturing en regionale regie op de uitvoering blijkt heel goed te werken. De landelijke beleidskaders, de doelen van landelijke partijen, en de ontwikkeling en vaststelling van een basisgegevensset moeten landelijk, en de regie over de uitvoering moet liggen bij de regionale partijen die het ook echt gaan doen. En die komen alleen in beweging als de thema's kleinschalig zijn, en duidelijk raken aan de maat en inhoud van hun praktijkvoering.

#### TIPS

- Voer regionaal de regie over de uitvoering van een benchmark.
- Stel per partij je doel vast, bedenk welke gegevens je nodig hebt en wat je daarmee gaat doen.
- Definieer nauwkeurig de begrippen die je gaat meten, en werk vanuit de vastgestelde definities.



## De thema's

In de pilot Benchmark Huisartsenzorg zijn gegevens verzameld over de volgende thema's:

- Bereikbaarheid en beschikbaarheid
- Zorgaanbod chronisch zieken, en risico's
- Overig zorgaanbod en preventie
- Ervaringen van patiënten
- Praktijkvoering en samenwerking

De gegevens zijn per thema op verschillende manieren verzameld. Naar de ervaringen van patiënten is gevraagd in patiëntenenquêtes. De gegevens die direct op de praktijk betrekking hebben, zijn bevraagd in praktijkenquêtes en huisartsenenquêtes. En soms moesten gegevens uit een huisartseninformatiesysteem (HIS) gehaald worden. In de tabel staat dit op een rij. In de laatste kolom staat een aantal voorbeelden. Deze zijn willekeurig geput uit lange lijsten, en geven een beeld van waar het in deze benchmark zoal om ging.

Thema's	Verzamelmethode	Voorbeelden
Bereikbaarheid en beschikbaarheid	Praktijkenquête	<ul style="list-style-type: none"><li>• wachttijd aan telefoon?</li><li>• open voor nieuwe patiënten?</li><li>• termijn voor afspraken?</li></ul>
Zorgaanbod chronisch zieken, en risico's	Praktijkenquête	<ul style="list-style-type: none"><li>• oproepsysteem voor vaccinaties en controles?</li></ul>
	Huisartsenquête	<ul style="list-style-type: none"><li>• hoe belangrijk dat patiënten keuze-informatie hebben?</li></ul>
	HIS	<ul style="list-style-type: none"><li>• beleid voor antibiotica?</li></ul>
Overig zorgaanbod en preventie	Praktijkenquête	<ul style="list-style-type: none"><li>• ervaren werkbelasting?</li></ul>
	HIS	<ul style="list-style-type: none"><li>• opkomst doelgroepvrouwen voor uitstrijkje?</li><li>• percentage verwijzingen naar specialist?</li></ul>
Ervaringen van patiënten	Patiëntenenquêtes	<ul style="list-style-type: none"><li>• goede uitleg over klacht, medicijnen en behandeling?</li><li>• medicijnen voorschrijven die worden vergoed?</li><li>• bereidheid afleggen visite?</li><li>• huisarts toont begrip / belangstelling?</li></ul>
Praktijkvoering en samenwerking	Praktijkenquête	<ul style="list-style-type: none"><li>• regelmatig overleg met collega-huisartsen, wijkverpleging, fysiotherapeuten?</li><li>• werkt praktijk volgens protocollen?</li><li>• vast aanspreekpunt bij GGZ, GGD?</li></ul>

## De pilotregio's

Het maakt verschil of je als huisarts werkt in een achterstandswijk in een grote stad of in een dorp in Drenthe. En of je in een gezondheidscentrum werkt met huisartsen in loondienst, of zelfstandig gevestigd bent in je eigen praktijk. De pilot Benchmark Huisartsenzorg

is daarom uitgevoerd in vier regio's: Almere, Drenthe, Rotterdam en Zoetermeer. VWS heeft deze regio's geselecteerd om zo veel mogelijk variatie te laten zien. Variatie tussen stad en platteland, en variatie in praktijkorganisaties.

### Almere

In Almere werkt een grote meerderheid van de huisartsen in loondienst binnen gezondheidscentra, en er zijn vijf vrijgevestigde praktijken. Het uitgangspunt was dat de benchmark weinig belastend voor de huisartsen mocht zijn. Daarom heeft de projectcoördinator veel zelfstandig gedaan. Dit vonden de huisartsen prima, maar de betrokken verzekeraar en de patiëntenorganisatie waren hier, achteraf gezien, minder enthousiast over.

De pilot is enerzijds geslaagd, omdat er een benchmarkinstrument is ontwikkeld en getest. Anderzijds zijn er geen vervolgstappen afgesproken, en dat lijkt een gemiste kans.

### Drenthe

In Drenthe werken de huisartsen overwegend in kleine praktijken. Er zijn twee gezondheidscentra in deze regio. Alle huisartsen in Drenthe werken zelfstandig. De projectgroep in Drenthe heeft de NHG-praktijkaccreditering als basis genomen voor de benchmark. Alle deelnemende huisartsen voerden tegelijkertijd hun praktijkaccreditering uit.

De pilot was vooral geslaagd omdat het onderling vertrouwen is gegroeid, en er een slag gemaakt is in de NHG-praktijkaccreditering. Wel bleek het ophalen van de gegevens moeilijker dan verwacht. Dit had onder andere te maken met niet-systematische registratie door de huisartsen, en met problemen met werken met het HIS. Daarnaast zijn de deelnemers aangelopen tegen tekortschietende afspraken over waar de indicatoren echt iets over zeggen (validiteit).

### Rotterdam

Rotterdam is een omvangrijke regio met ongeveer vierhonderd huisartspraktijken. Meer dan de helft van alle huisartsen werkt er in een gezondheidscentrum of in een HOED (huisartsen onder één dak). Als gegevensset heeft Rotterdam gekozen voor een combinatie van de landelijke basisset, de CQ-index en achtergrond- en gezondheidskenmerken over de buurt. De betrokkenen in Rotterdam hebben het gebruik van deze buurtgegevens (geleverd door de GGD) als erg waardevol ervaren. Daarnaast heeft Rotterdam als enige regio een onafhankelijk vertrouwenspersoon aangesteld voor alle partijen. Dat is goed bevallen.

Struikelblok in Rotterdam was tijd: er is erg veel vergaderd. Maar de pilot heeft ook - misschien mede door al dit overleg - een beweging in de huisartsenzorg op gang gebracht naar samenwerking en transparantie. Partijen hebben elkaar beter leren kennen.

### Zoetermeer

In Zoetermeer werken de meeste huisartsen in een gezondheidscentrum, en is de samenwerking in de hele eerste lijn al structureel geregeld. De projectgroep in Zoetermeer heeft de NHG-praktijkaccreditering als basis genomen voor de benchmark. Alle deelnemende huisartsen voerden tegelijkertijd hun praktijkaccreditering uit.

Als leuke *spin off* heeft de projectgroep Zoetermeer een set etalage-informatie samengesteld uit de benchmark, en ter beschikking gesteld aan een regionale website: [www.zoetermeer-gezond.nl](http://www.zoetermeer-gezond.nl). Als pluspunten zijn in Zoetermeer ervaren: het toegenomen vertrouwen, met name tussen huisartsen en verzekeraars, en de toegenomen transparantie van de huisartsenzorg. Er is echter ook nog veel te verbeteren, zoals de bruikbaarheid van de gegevensset, en de bezinning op de doelen van de benchmark.

## De betrokkenen

De uitvoering van de Benchmark Huisartsenzorg is niet landelijk gestuurd, maar opgebouwd vanuit de regio's zelf. Deze bottum-upaanpak is een succesfactor gebleken. In alle vier de regio's is een projectgroep gevormd, waarin behalve de huisartsen ook vertegenwoordigers zaten van patiëntenplatforms, verzekeraars en het

ministerie van VWS, en in Rotterdam van de gemeente (GGD).

In de tabel hierna is te zien hoeveel huisartsen er per regio ongeveer zijn, en hoeveel daarvan hebben deelgenomen aan de pilot. Per regio is ook opgenomen wie de projectleiding had.

### Kengetallen en projectleiding per regio

	Almere	Drenthe	Rotterdam	Zoetermeer
Totaal huisartsen in deze regio	22 gezondheidscentra  5 vrijgevestigde huisartspraktijken	275 huisartsen in 144 praktijken	Ongeveer 400 huisartspraktijken	63 huisartsen
Aantal pilotdeelnemers	23 huisartsen	17 huisartsen	29 huisartsen	19 huisartsen (later 27)
Projectleiding	Zorggroep Almere (werkgever)	ProGez (ROS)	STOEL (extern bureau); Zorgimpuls (ROS)	SGZ (ROS, facilitair bedrijf en van sommigen werkgever)

11

Op landelijk niveau heeft het ministerie van VWS het initiatief voor deze benchmark genomen, en is er ook intensief bij betrokken gebleven. Daarbij vervulde het ministerie een driedubbelfunctie: 1) grootste subsidieverstrekker; 2) landelijke sleutelpartij, en 3) gesprekspartner in regionale projectgroepen.

Om de doelgroepen te betrekken bij de benchmark heeft VWS een landelijke veldklankbordgroep ingesteld met vertegenwoordigers van:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Consumentenbond
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Ministerie van VWS

Deze veldklankbordgroep is vanaf 2007 verdergegaan als de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg (STH).

#### TIPS

• Maak gebruik van landelijke netwerken, maar houd regionaal de regie over de uitvoering.

• Werk aan een benchmark in gezamenlijke verantwoordelijkheid (van VWS en inspectie, beroepsgroep, beroepsplatforms, patiëntenorganisaties, verzekeraars, gemeenten/GGD'en en ROS'en).

# Kwaliteit meten

Het doel van de Benchmark Huisartsenzorg is zichtbaar maken welke kwaliteit van zorg huisartsen bieden. Die kwaliteit kun je meten op meer manieren. Daar staan we eerst kort bij stil. Vervolgens gaan we in op de voorwaarden om kwaliteit te meten. Wat is er nodig? De patiëntenenquête vormen een vitaal deel van de benchmark. Daarom nemen we die ten slotte apart onder de loep.

## Benchmark en accreditering

Er zijn meer manieren om te laten zien welke kwaliteit je als zorgaanbieder in huis hebt. Naast benchmarking is er ook accreditering: een keurmerk vanuit de beroepsgroep. Huisartsen kunnen een accreditering verwerven via het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Wat zijn de verschillen?

- Accreditering is vooral gericht op kwaliteitsverbetering binnen de beroepsgroep zelf, en daarbij staat niet voorop dat die kwaliteit naar buiten toe zichtbaar wordt. Eind 2007 is ongeveer 10 procent van alle Nederlandse huisartspraktijken geaccrediteerd.
- Benchmarking is een manier om de kwaliteit te meten, daarna zichtbaar te maken, en zo nodig te verbeteren. Benchmarking biedt andere partijen de mogelijkheid hun verantwoordelijkheid te nemen op basis van meetgegevens, en kan leiden tot gezonde wedijver.

Binnen de pilot Benchmark Huisartsenzorg hebben accreditering en benchmarking een samenhangende rol gespeeld. Zowel in Zoetermeer als in Drenthe zijn de gegevens voor de benchmark zelfs beschikbaar gesteld vanuit de NHG-praktijkaccreditering.

## TIPS

- Gebruik accreditering en benchmarking als twee aanvullende kwaliteitsinstrumenten.
- Stel accreditering niet als voorwaarde voor benchmarking.
- Gebruik benchmarking zo nodig als opstapje tot accreditering.
- Zorg dat overeenkomstige gegevens / indicatoren exact gelijk worden gedefinieerd in zowel de benchmarkgegevensset als in de praktijk-accreditering.

## Betrouwbaarheid en validiteit

Hoe betrouwbaarder en hoe meer valide je criteria en je meetgegevens zijn, hoe waardevoller een benchmark is. Het is daarom nuttig om de begrippen 'betrouwbaarheid' en 'validiteit' helder te krijgen in de context van deze benchmark. Daar doen we een poging toe, zonder hiermee wetenschappelijke pretenties te hebben.

**Betrouwbaarheid** staat of valt met heldere definities. Betrouwbaarheid regel je technisch in de opzet van je onderzoek. Wat vraag je aan gegevens? En zijn die gegevens consistent en zorgvuldig (altijd en in elke praktijk op dezelfde manier?) gemeten en systematisch verzameld, en zijn ze reproduceerbaar?

Bij **validiteit** draait het om de vraag 'Meet je wat je wilt meten?' Bij validiteit spreek je af waar een indicator iets over zegt. Je kunt validiteit met elkaar vaststellen door indicatoren in een betekenisvol kader te plaatsen. Dat kader kan bijvoorbeeld een beleidsvraag zijn of een domein uit een kwaliteits- of managementmodel. Het is belangrijk dat je passende conclusies trekt op basis van wat je onderzocht hebt.

## Meetvoorwaarden

In een ingewikkelde organisatie als een huisartsenpraktijk wordt de kwaliteit gevormd door veel factoren samen. In de pilot is dan ook vaak gesproken over de indicatoren om kwaliteit te meten, en over de meetinstrumenten die daarvoor gekozen zijn. Er is in deze pilot per regio gewerkt met (combinaties van) verschillende meetinstrumenten: 1) de basisgegevensset die landelijk ontworpen is, 2) het instrument dat het NHG

gebruikt voor de accreditering, 3) de CQ-index, en 4) soms nog aanvullende gegevens. Terugkijkend pleiten de betrokken partijen ervoor om in een vervolg op de benchmark uit te gaan van één eenvormig basismetinstrument.

In de tabel hierna staat in schema hoe de gegevens per pilotregio zijn verzameld.

### Gegevensverzameling per pilotregio

	Almere	Drenthe	Rotterdam	Zoetermeer
Zijn de benchmark gegevens beschikbaar gesteld via NHG-praktijkaccreditering? <sup>1</sup>	Nee	Ja	Nee	Ja
Welke patiëntenquête is gebruikt?	Voorloper CQ-I <sup>2</sup>	CQ-I	CQ-I	Europep
Wie heeft de gegevens verzameld?	Zorggroep Almere	NPA <sup>3</sup> en NIVEL	Kring en NIVEL	NPA
Zijn er aanvullende gegevens gebruikt?	Ja, beperkt	Nee	Ja, buurtgegevens, huisartsenpost en zorgverzekeraar	Nee

1 NHG-praktijkaccreditering is de accreditering van huisartsen door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Om geaccrediteerd te worden, moeten huisartsen aan bepaalde voorwaarden voldoen.

2 De Consumer Quality Index (CQ-I) is een index voor hoe patiënten de zorg waarderen.

3 NPA = NHG Praktijk Accreditering bv

Maar met een goede gegevensset en goede manieren om deze te meten, heb je nog geen goede benchmark. Dit is alleen nog maar *input*. Die input moet in een zorgvuldig proces verwerkt worden tot bruikbare *output*. Dat proces houdt in:

- uniforme rapportage over de uitkomsten. De gegevens krijgen vergelijkende waarde als uit deze rapportage de minimum- en maximumscore, de spreiding en het gemiddelde per indicator blijken;

- zorgvuldige bespreking van de uitkomsten, die past bij het doel van de deelnemers;
- afspraken over de mate van openbaarheid van de uitkomsten.

## Bespreking en openbaarheid

In deze benchmark is vooral resultaat geboekt op de input: er ligt een goede basis in de vorm van een bruikbare gegevensset, die verder ontwikkeld kan worden. De manier waarop gerapporteerd wordt over de gegevens, vraagt echter nog aandacht. De rapportages moeten beter gestructureerd en makkelijker leesbaar worden, en per gegeven helder worden toegelicht. De manier waarop de uitkomsten zijn besproken, varieerde sterk per regio. In Almere zijn de uitkomsten bijvoorbeeld alleen in het management besproken, in Zoetermeer en in Rotterdam is dat gebeurd tussen de huisartsen onderling en in de projectgroep, en in Drenthe door de huisartsen samen met de projectgroep. De uitkomsten van deze pilot zijn maar zeer beperkt openbaar gemaakt. In alle regio's hadden alleen de huisartsen vrij zicht op hun eigen scores. Daarnaast zagen ze de belangrijkste statistische maten over de scores van alle andere deelnemende huisartsen in hun regio. Daarbij ging het om de minimum- en maximumscore, de spreiding en het gemiddelde.

## Metten onder patiënten

Als je het over kwaliteit hebt, kun je niet om het oordeel van de patiënten heen. Zij zijn tenslotte de gebruikers van de huisartsenzorg. Als patiëntenvragenlijsten zijn in deze benchmarkpilot de Europep en de Consumer Quality Index (CQ-I) gebruikt:

- Europep is een patiëntenenquête met meerkeuzevragen over de zorg van de huisarts en de praktijkorganisatie. Het NHG gebruikt de Europep in de NHG-praktijkaccreditering. In deze pilot heeft alleen Zoetermeer de Europep gebruikt.
- De CQ-index huisartsenzorg is een patiëntenenquête met een belangvragenlijst en een ervaringsvragenlijst. Op beide lijsten staan dezelfde vragen. De belangvragenlijst vraagt hoe belangrijk de patiënt een item vindt. De ervaringslijst vraagt naar zijn ervaringen en meningen.

In de tabel hierna staan de belangrijkste kenmerken van de Europep en de CQ-index op een rij.

### Gebruikte patiëntenvragenlijsten in de benchmarkpilot

	Europep	CQ-index huisartsenzorg
Onderwerpen	Huisarts Praktijkorganisatie	Huisarts Praktijkorganisatie Andere zorgverlener
Hoeveel vragen	23 gesloten vragen	81 gesloten vragen
Omvang steekproef	30 per huisarts + 30 per praktijk	400 ervaringslijsten en 100 belanglijsten
Verspreiding en retournering	Handmatig uitdelen door huisartsenpraktijk zelf, en daar inleveren	Postverzending door NIVEL en retournering in antwoordenvolp NIVEL
Anoniem ingevuld	Ja	Ja
Taal	Nederlands	Nederlands + korte uitleg in Engels, Turks en Arabisch
Vergelijking mogelijk met	Andere Europese landen Andere geaccrediteerde huisartspraktijken	Nu nog geen. Op termijn met andere CQ-praktijken en met andere zorgsectoren

# Hoe nu verder?

De pilot Benchmark Huisartsenzorg was bedoeld om een antwoord te krijgen op de vraag of een benchmark in de huisartsenzorg haalbaar is en zo ja, hoe de benchmark uitgebreid kan worden naar een landelijke schaal. Het ministerie van VWS heeft deze hoe-nu-verdervraag voorgelegd aan de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg (STH), die hierover in 2008 advies zal uitbrengen. Maar is hier nu al iets over te zeggen? Behalve landelijk uitbreiden is er in elk geval ook behoefte aan om de benchmark te verbreden binnen de eerste lijn.

## **Uitbreiden op landelijke schaal**

Wat is er nodig om een benchmark huisartsenzorg landelijk uit te breiden? We noemen hier drie voorwaarden. Ten eerste vinden alle betrokkenen het belangrijk om *één bruikbare meetstandaard* te ontwikkelen. Alleen dan wordt het mogelijk om de meetgegevens onderling te vergelijken. De CQ-index en buurtgegevens moeten daarin een plaats krijgen.

Ten tweede moet *de enquêtering en de registratie* voor het huisartseninformatiesysteem (HIS) *eenvormiger en eenvoudiger*. Hoe 'harder' ook deze gegevens, hoe bruikbaar ze zijn voor onderlinge vergelijkingen. Hier ligt een taak voor het landelijke beleid om goede 'tools' te laten ontwikkelen, waardoor de huisartsen goed met het HIS uit de voeten kunnen. Huisartsen zelf moeten consequenter en eenvormiger gaan registreren, wil hun registratie bruikbaar zijn voor een benchmark.

Ten derde komen *samenwerken en vertrouwen* uit de pilot naar voren als cruciale voorwaarden voor succes. Want hoewel de ontwikkeling naar transparantie onomkeerbaar is, blijken leveranciers van gegevens vaak huiverig om te veel prijs te geven. Want wat gebeurt er met die gegevens: 'Zullen patiënten ze goed interpreteren?' 'Lopen we geen risico om gekort te worden door de verzekeraar?' 'En laten de collega's wel net zo veel zien, of staan we straks alleen te kijk?' Het kost tijd om al dit

soort schroom te overwinnen, en er is eigenlijk maar één recept voor: samenwerken en daar de tijd voor nemen.

## **Spanningsveld tussen afrekenen en samenwerken**

Een benchmark werkt het beste in een samenwerkingscultuur. Het is niet functioneel als alleen de gegevensleverancier - bijvoorbeeld de huisarts - zich kwetsbaar moet opstellen, en de rest afwacht wat er fout of goed gaat. Dan ontstaat een afrekencultuur waarin argwaan centraal staat. Om dit te voorkomen moeten ook de partijen die de informatie nodig hebben, zich open opstellen. De gegevensleverancier moet van de vragende partijen ook mogen weten waarom ze die gegevens nodig hebben en wat ze ermee gaan doen.

Als een afrekencultuur ontstaat of dreigt te ontstaan, is het de kunst dit te benoemen en langzaam om te buigen naar een samenwerkingscultuur. Dit kost veel overleg (wat bedoelen we en wat willen we?), geduld en tijd.

## **Verbreden binnen eerste lijn**

De landelijke partijen die betrokken waren bij de pilot Benchmark Huisartsenzorg, zouden de benchmark vanuit deze start in de huisartsenzorg op termijn graag uitbreiden naar de (geïntegreerde) eerstelijnszorg. Daarbij zouden ook de schakels daartussen betrokken moeten worden, zoals de huisartsenschakel naar fysiotherapeuten en verloskundigen. Ook in de praktijk leeft dit idee al: verloskundigen zijn bijvoorbeeld al in gesprek met het NHG over een meetinstrument dat wordt aangevuld met verloskundigenindicatoren.

# Meer weten?

## Meer lezen

Franchimont, M., J. Pronk, M. van Tits, E. van den Reek en K. Pardoel (2007). *Zichtbaar maken van kwaliteit in de huisartsenzorg. Landelijke evaluatie van vier regionale pilots 'Benchmark Huisartsenzorg'*.

Te downloaden via: [www.stoel.org](http://www.stoel.org)

Franchimont, M. (2000). Meten = Weten. Weten ≠ Verbeteren. Het gebruik van uitkomstindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg. *Kwaliteit in beeld*, 10 (6), p. 12-15.

Pronk, J., M. Franchimont en H. Hauer. (2003). Arbocuratieve samenwerking: leren van implementeren. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81, p. 505-509.

## Meer informatie

### Almere

Zorggroep Almere  
Bureau Beleidsontwikkeling en  
Managementondersteuning (BMO)

Dhr. E. (Edzo) Ebbens, arts-  
projectmedewerker  
T: 036 - 545 40 00  
E: [eebbens@zorggroep-almere.nl](mailto:eebbens@zorggroep-almere.nl)

### Drenthe

#### ProGez

Mw. A. (Anneke) Venema, adviseur en  
manager  
T: 038 - 455 70 80  
E: [a.venema@progez.nl](mailto:a.venema@progez.nl)

### Rotterdam

Zorgimpuls ROS Rotterdam e.o.  
Dhr. P. (Patrick) Rijnbeek, regiomanager  
T: 010 - 241 02 22  
E: [p.rijnbeek@zorgimpuls.nl](mailto:p.rijnbeek@zorgimpuls.nl)

### Zoetermeer

Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg  
Zoetermeer (SGZ)

Dhr. H. (Harry) van den Hoeven, directeur  
T: 079 - 320 86 86  
E: [h.vdhoeven@sgzoetermeer.nl](mailto:h.vdhoeven@sgzoetermeer.nl)

### Organisaties betrokken bij de dataverzameling en rapportage:

#### NHG Praktijk Accreditering bv

Dhr. J.M. (Hans) Witmer, directeur, huisarts  
T: 030 - 282 36 00  
E: [h.witmer@praktijkaccreditering.nl](mailto:h.witmer@praktijkaccreditering.nl)

#### NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Mw. L. (Liesbeth) Meuwissen, arts-  
epidemioloog en dhr. D. (Dinny) de Bakker,  
hoofd onderzoeksafdeling 2  
T: 030 - 272 97 00  
E: [l.meuwissen@nivel.nl](mailto:l.meuwissen@nivel.nl) en  
[d.debakker@nivel.nl](mailto:d.debakker@nivel.nl)

### Organisaties die de evaluatie gedaan hebben:

#### STOEL, Advies in Zorg en Welzijn

Mw. M. (Miranda) Franchimont en  
dhr. J. (Jandirk) Pronk, adviseurs  
T: 010 - 233 00 22  
E: [m.franchimont@stoel.org](mailto:m.franchimont@stoel.org) en  
[jandirk.pronk@stoel.org](mailto:jandirk.pronk@stoel.org)

#### IVA

IVA, Beleidsonderzoek en Advies  
Dhr. M. (Martien) van Tits,  
senior onderzoeker, en  
mw. E. (Esther) van den Reek,  
onderzoeker  
T: 013 - 466 84 27  
E: [martien.vt@uvt.nl](mailto:martien.vt@uvt.nl)



**Kwaliteit zichtbaar maken**