



Kijken naar de beste praktijken: daar leren we van...

Roy Remmen, Vakgroep eerstelijns- en interdisciplinaire zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen
Geen belangenconflicten met het onderwerp.

De eerstelijnszorg in ons land is divers. Er zijn veel verschillende verschijningsvormen, gaande van solowerkende artsen tot (grotere) groepspraktijken. In die laatste zien we ook steeds meer complementair werkende professionals aan de slag gaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan praktijkassistenten, verpleegkundigen, psychologen, kinesisten, bewegingscoaches en diëtisten. Een belangrijk kenmerk van eerstelijnszorg is dat ze zich voortdurend aanpast aan de plaatselijke omstandigheden. Zo zal een praktijk zich anders ontwikkelen in een kleine gemeente dan in een multiculturele wijk van een stad. Maar wat alle eerstelijnsprofessionals bindt is dat zij zich inzetten om, binnen hun mogelijkheden en context, de best mogelijke zorg aan te bieden. Telkens opnieuw horen we in zowel de federale als de regionale overheden ook dat kwaliteit een hoeksteen van onze gezondheidszorg is (1). Toch wordt het steeds duidelijker dat er vaak verschillen zijn in deze kwaliteit wat ook erkend wordt door onze beleidsmensen. In ons land is er echter vooral aandacht voor de relatief kleine groep van slecht presterende zorgverstrekkers. Een klein legertje van RIZIV-controleurs houdt routinematig verzamelde gegevens in de gaten om zo de bad appels te kunnen identificeren (2). Deze gegevens vormen trouwens ook de basis van de feedback over bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag die alle huisartsen in dit land regelmatig in de bus krijgen en waarbij ze vergeleken worden met hun beroepsgenoten.

O'Malley et al voerden een systematisch literatuuronderzoek uit waarbij nu eens niet op de slechtste maar wel op de top-presenterende praktijken gefocust werd (3). Ze stellen zich de vraag welke achterliggende factoren belangrijk zijn die bepalen waarom sommigen het beter doen dan anderen. Om de kwaliteit in onze eerstelijnszorg te verbeteren zijn er aanwijzingen dat dit een meer effectieve aanpak kan zijn dan het bestraffen van minder goede praktijken (4). De 27 geïnccludeerde studies besteedden het meeste aandacht aan de twee eerste stappen van het *4-stage positive deviance model* (zie tabel 1) (5). Hierbij zijn stap-1-gegevens meestal eenvoudig beschikbaar; denk hierbij aan de routinegegevens waar het RIZIV zich van bedient. Stap-2-gegevens zijn aanvullend en belangrijk maar wat lastiger te verzamelen; denk hierbij aan praktijkbezoeken en interviews met patiënten of professionals in de praktijk. De laatstgenoemde gegevens plaatsen de eerstgenoemde gegevens in perspectief. Ze zijn de onderliggers en verklaren waarom in die bepaalde situatie een praktijkvorm zo goed uit de verf kan komen. De verdienste van O'Malley et al is dat ze tot een instructief schema komen waarin de succesfactoren onderzocht en benoemd kunnen worden. Het begint bij de hulpvrager (bijvoorbeeld een goed geïnformeerde patiënt). Dan gaat het via de kwaliteiten van de hulpverlener (die voldoende tijd neemt) naar het mesosysteem (aandacht voor innovatie en continue scholing van de medewerkers, leiderschap en goede praktijkorganisatie), naar het netwerk in de streek (bijvoorbeeld hoe de eerstelijnspraktijken samenwerken met andere voorzieningen) en nog wat hogerop komen de (nationale) randvoorwaarden in het vizier (financieel, maar ook het ter beschikking stellen van voldoende richtlijnen, zoals de voor ons bekende richtlijnen voor goede praktijkvoering van Domus Medica en WOREL, de werkgroep richtlijnen van Ebpracticenet, of de antibioticagids van BAPCOC).

Toen ik het artikel van O'Malley las, dacht ik terug aan een dikke 10 jaar geleden. Vanuit de Europese netwerken waren de beroepsorganisaties van huisartsen in sommige landen al bezig met het opbouwen van hun eigen kwaliteitssystemen. In België werd dit geprobeerd door tenminste één organisatie. Zo zette Domus Medica het zogenaamde Praktijk Ondersteunend Project op (6). Dat is helaas ten grave gedragen omdat deze beroepsorganisatie er toen de stekker eruit trok. Misschien was de tijd er nog niet rijp voor. In Nederland is intussen wel de zogenaamde praktijkaccreditering ontstaan. Heel veel eerstelijnspraktijken ondergaan uit eigen beweging en los van de betalers van de zorg een accrediteringstraject. Steeds meer zie je echter dat zo'n accreditering een voorwaarde wordt voor certificering, bijvoorbeeld bij het hernieuwen van de licentie om als huisarts te mogen werken.

Besluit

Kijken naar wat goed gaat kan een enorme impuls geven aan het opkrikken van de kwaliteit van de eerstelijnszorg. De bijdrage van O'Malley geeft een mooie kapstok om naar kwaliteitsdomeinen te kijken. Het kan ook aanleiding geven om de onderliggers van goede kwaliteitszorg in een specifieke en lokale context goed onder de loep te nemen. Misschien is de tijd in België nu ook aangebroken om wat meer en beter naar de beste eerstelijnspraktijken te kijken?

Tabel 1.

Het 4-staps positieve uitschieter raamwerk (4-stage positive deviance model)	
Stap 1	Identificeren van de beste praktijken aan de hand van routinegegevens
Stap 2	Genereren van hypothesen waarom men erin slaagt zo goed te zijn: op patiëntniveau, hulpverlenersniveau; microsysteem van de praktijk; meso-systeem; macrosysteem; netwerken en nationaal niveau
Stap 3	Testen van deze hypothesen in meer praktijken
Stap 4	Het opschalen naar andere op een nog groter niveau

Referenties

1. RIZIV. Opdrachten van het RIZIV. Url: <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/Paginas/opdrachten-riziv.aspx> (website bezocht op 25/04/2022).
2. RIZIV. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Url: <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/dienst-geneeskundige-evaluatie-controlle.aspx> (website bezocht op 25/04/2022).
3. O'Malley R, O'Connor P, Madden C, Lydon S. A systematic review of the use of positive deviance approaches in primary care. *Fam Pract* 2021;cmab152. DOI: 10.1093/fampra/cmab152
4. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res* 2010;10:247. DOI: 10.1186/1472-6963-10-247
5. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S, et al. Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci* 2009;4:25. DOI: 10.1186/1748-5908-4-25
6. Een POP in de praktijk. *Domus Medica* 29/03/2012. Url: <https://www.domusmedica.be/actueel/een-pop-de-praktijk>