

Risicotoezicht op vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

*Een verkenning van de mogelijkheden
van het gebruik van databases*

Maart 2019

Radboudumc

 **amc** **VUmc** **VU** **UvA**
Amsterdam Public Health

Dit onderzoek is uitgevoerd in de Academische Werkplaats Toezicht. In deze werkplaats werken samen ZonMw, de IGJ en vier kennisinstututen: IQ healthcare (Radboudumc, Nijmegen), instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam), NIVEL (Utrecht) en EMGO+ (VUmc, Amsterdam). In de Academische Werkplaats Toezicht wordt een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma uitgevoerd naar de effectiviteit van toezicht en de determinanten daarvan. Doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de verbetering en vernieuwing van het toezicht en de effectiviteit van het toezicht te verhogen.

Leden projectgroep

Sander Ranke MSc, onderzoeker, IQ healthcare, Radboudumc

Corline Brouwers PhD, EMGO/VUMc (Vanaf 1-4-2017)

Reinier Akkermans, onderzoeker/methodoloog, IQ healthcare, Radboudumc (Vanaf 1-4-2017)

Jan-Willem Weenink MSc, onderzoeker, IQ healthcare, Radboudumc (tot 1-4-2017)

Marjan Knippenberg, onderzoeksassistent, IQ healthcare, Radboudumc (tot 1-4-2017)

Tijn Kool MD PhD, senior onderzoeker, IQ healthcare, Radboudumc

Dit is een publicatie van het Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc. De studie is uitgevoerd in opdracht van ZonMw.

Radboudumc


Amsterdam Public Health

 **ZonMw**

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Inleiding & Methode	7
Achtergrond	8
Vijf deelonderzoeken	10
Onderzoeksresultaten	12
Literatuurstudie	13
Interviews met inspecteurs en beroepsverenigingen	14
Internationale casestudies	15
Interviews met experts	16
Analyse Vektis-data	17
Discussie	19
Een eerste stap naar risicotoezicht?	20
Beperkingen van het onderzoek	22
Gevolgen in de praktijk	24
Aanbevelingen	25
Referenties	26

Bijbehorend supplement

Ranke S, Brouwers C, Akkermans R, Kool T. Supplement bij het rapport Risicotoezicht op vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Een verkenning van de mogelijkheden van het gebruik van databases. Nijmegen: IQ healthcare, Radboudumc, 2019.

Samenvatting

Inleiding

De IGJ heeft nog niet zo veel instrumentarium in handen voor het risicotoezicht op vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Daarom stond in dit project de onderzoeksvraag centraal of het haalbaar is om risicotoezicht vorm te geven bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en welk instrumentarium daarbij bruikbaar zou kunnen zijn om bezoeken te prioriteren.

Methode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn vijf deelonderzoeken uitgevoerd. Om de mogelijkheden voor risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren te inventariseren is ten eerste de wetenschappelijke en grijze literatuur verkend en zijn ten tweede interviews gehouden met tien medewerkers van de betrokken beroepsverenigingen en met acht inspecteurs van de IGJ. Engeland, Denemarken, Australië, Nieuw-Zeeland en Canada zijn op basis van de literatuur geselecteerd als potentiële interessante buitenlandse voorbeelden van risicotoezicht bij beroepsbeoefenaren. We hebben inspecteurs uit Engeland en Denemarken geïnterviewd over hoe daar het risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is georganiseerd. Omdat deze onderzoeken nog onvoldoende aangrijpingspunten opleverden voor instrumentarium voor de IGJ, hebben we vervolgens experts uit Nederland geïnterviewd die ervaring hebben met het gebruik van databases ten behoeve van kwaliteitsonderzoek. Hierbij stond de vraag centraal welke soort signalen of risico's in databases en met name de Vektisdata te vinden zouden kunnen zijn die iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Om pragmatische redenen hebben we ons beperkt tot de huisartsenzorg. Op basis van de thema's die uit de interviews met de experts naar voren kwamen is gekozen voor een data-aanvraag bij Vektis op de volgende drie indicatoren:

1. De gemiddelde en de te verwachten zorgkosten per ingeschreven patiënt, totaal en per segment voor de jaren 2013, 2014 en 2015.
2. Het percentage voorgeschreven reserveantibiotica ten opzichte van het totaal volume voorgeschreven antibiotica voor de jaren 2013, 2014 en 2015.
3. Het percentage patiënten waarvoor in het weekend een initiële DBC is geopend ten opzichte van het totaal aantal ingeschreven patiënten in een praktijk voor de jaren 2013, 2014 en 2015.

We hebben geanalyseerd in welke mate huisartsenpraktijken extreem scoren op deze indicatoren. Tevens hebben we gekeken hoe een groep van huisartsenpraktijken, die al bij de IGJ bekend staan als risicovol, scoort op de indicatoren.

Kernbevindingen

Uit het literatuuronderzoek, de casestudies en de interviews blijkt dat er geen eenduidig antwoord kan worden gegeven op de vraag hoe risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren effectief en efficiënt kan worden vormgegeven. In de literatuur zijn randvoorwaarden beschreven voor risicotoezicht. Het gaat met name over duidelijkheid over het risico, overeenstemming over de aanvaardbaarheid van negatieve uitkomsten en betrouwbare databases waarop een waarheidsgetrouw risico-oordeel kan worden gebaseerd. Ook bleek dat de in de casestudies onderzochte landen net als Nederland worstelen met een effectieve en efficiënte invulling van het risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren. Er zijn geen kant-en-klare oplossingen voor handen. Wel vinden er in Engeland en Denemarken op dit moment experimenten plaats gericht op risicotoezicht die leerzaam kunnen zijn voor de IGJ.

In de interviews met de inspecteurs en de beroepsverenigingen kwam naar voren dat contact met en meldingen van zorgverleners in het veld essentieel zijn om signalen op te vangen over risico's. Ook gaven de geïnterviewden aan dat solistisch optreden een duidelijke risicofactor is in de eerste lijn. De inspecteurs zagen leeftijd en plaats van opleiding als risicofactoren en vonden tevens databases,

zoals die van Vektis en Zorgkaart Nederland, mogelijk zinvol bij het identificeren van risico's. De beroepsverenigingen vonden dat niet. Er was wel overeenstemming over het feit dat het gaat om een combinatie van factoren bij het gebruik van databases voor risicotoezicht.

Uit de gesprekken met inhoudelijke experts kwamen de volgende thema's naar voren die een indicatie kunnen zijn voor risico's in de huisartsenzorg:

1. Extremen in het genereren van kosten binnen en buiten de eigen huisartsenpraktijk zijn interessant.
2. Het voorschrijfgedrag van huisartsen met name wat betreft antibiotica, psychofarmaca of morfinepreparaten, kan veel zeggen over de mate van richtlijnadherentie.
3. Verschillende geïnterviewden refereerden naar het aantal onverwachte spoedpatiënten als een indicator voor de kwaliteit van huisartsenzorg.
4. Ook is extreme werkdruk die voor structurele overbelasting van de praktijk kan zorgen, genoemd als factor voor risico's in de huisartsenzorg.

We hebben gekozen om de eerste drie uit te werken omdat hiervoor de gegevens beschikbaar waren in de Vektis-database. Uit de analyse van deze drie indicatoren bleek dat er 57 praktijken zijn die extreem scoren op kosten: drie of meer kostensegmenten vallen binnen het 1^e en/of 99^e percentiel bij verschil in de werkelijke en verwachte kosten in 2015 of bij de trend in werkelijke kosten tussen 2013 en 2015. Onder deze 57 praktijken zijn veel solopraktijken. De 57 praktijken die extreem scoren op kosten hebben, ondanks de casemixcorrectie, significant vaker een patiëntpopulatie met een lagere SES en minder patiënten in leeftijdscategorie 5-17 jaar en meer in de categorie boven de 75 jaar. In totaal zijn er 183 unieke huisartspraktijken gevonden die extreem scoren wat betreft het voorschrijven van reserveantibiotica (98^e percentiel). Gemiddeld schreven huisartspraktijken in 2015 ruim 16% reserveantibiotica voor met een maximale spreiding (0-100%). In totaal zijn er 179 unieke huisartspraktijken gevonden die extreem scoren (98^e percentiel) wat betreft het percentage patiënten met een spoedconsult in het weekend. Gemiddeld werd voor 2,9% van de patiënten van een huisartspraktijk in 2015 in het weekend een DBC geopend. Ook hier is de spreiding fors (0-90%).

Om uiteindelijk tot een overzicht te komen waarmee de IGJ haar bezoeken kan prioriteren, heeft iedere praktijk een score gekregen op een van de drie indicatoren. Onderstaande tabel vat samen hoeveel huisartsenpraktijken voorkomen in welke categorie:

	2015
Alle drie indicatoren rood	1
Twee indicatoren rood en een oranje	2
Twee indicatoren rood en een groen	22
Een indicator rood en twee oranje	1
Een indicator rood, een oranje en een groen	42
Een indicator rood en twee groen	325
Drie indicatoren oranje	1
Twee indicatoren oranje en een groen	23
Twee groen en een oranje	520
Drie groen	4447
Totaal	5384

Er zijn 15 huisartspraktijken door de IGJ ingebracht die in beeld zijn als risicopraktijk die we hebben gebruikt als validatie. Deze praktijken bestaan voor bijna de helft uit solopraktijken. Wat betreft de indicatoren scoren twee praktijken extreem op de antibiotica en een op de spoedzorgindicator en een op kosten. Deze validatie toont aan dat de kans voor risicopraktijken om extreem te scoren iets hoger was in vergelijking met het gemiddelde van de Nederlandse

huisartsenpraktijken. Echter, gezien het geringe aantal risicopraktijken, moeten we deze bevinding met voorzichtigheid interpreteren.

Naar aanleiding van onze bevindingen doen wij drie aanbevelingen aan de IGJ.

1. *Gebruik het komend jaar om zo veel mogelijk bezoeken af te leggen aan huisartsenpraktijken gebaseerd op deze drie risico-indicatoren en at random geselecteerd.*

Een belangrijke mogelijkheid tot verdere validering is om de uitkomsten van de indicatoren te vergelijken met de uitkomsten van de bezoeken van de inspecteurs. Een klein aantal bezoeken is niet toereikend om een gebalanceerd beeld te krijgen van toegevoegde waarde van de indicatoren bij het selecteren van praktijken. Hiermee bouwt de IGJ, naast het incidententoezicht, een groter aantal risicopraktijken op waarmee de indicatoren betrouwbaarder kunnen worden getest op specificiteit. Het is goed om tevens huisartspraktijken at random geselecteerd te bezoeken als controlegroep. Door de uitkomsten van deze bezoeken met elkaar te vergelijken krijgt de IGJ meer inzicht in de waarde van de indicatoren.

2. *Verken de Vektis-database het komend jaar verder op zoek naar mogelijkheden voor risicotoezicht*

Het is van groot belang om ervaring op te gaan doen met het gebruik van de indicatoren en daarbij ook de ruimte te nemen om de indicatoren mogelijk aan te passen. Een oordeel over de toegevoegde waarde zou momenteel voorbarig zijn. Daarbij zijn de lessen die bij de mondzorg en de geboortezorg worden geleerd van belang. Door het uitwisselen van de kennis opgedaan bij de verschillende beroepsgroepen kunnen sectoren van elkaar leren en kan de IGJ in het algemeen expertise opbouwen met het omgaan met Vektis-data. De IGJ kan hierbij overwegen om ook datamining te gebruiken.

3. *Houd de ontwikkelingen in het buitenland en met name Engeland en Denemarken in de gaten.*

Het is van belang met verschillende manieren ervaring op te doen met op data gebaseerd risicotoezicht. De ervaringen in het buitenland zijn complementair. Er vinden daar evaluaties plaats die de IGJ inzicht kunnen geven in mogelijke alternatieve databronnen en tevens de IGJ kunnen helpen met het bijsturen van haar eigen zoektocht naar risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren.

INLEIDING & METHODE

Achtergrond

Inleiding en doel onderzoek

De primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, preventie en medische producten ligt bij de zorgaanbieders zoals beroepsbeoefenaren en zorginstellingen en bij de fabrikanten. Zij hebben daarvoor onder meer hun eigen kwaliteits- en borgingssystemen, zoals opleidingsvereisten, accreditatie, visitatie en het tuchtrecht. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft een bij wet bepaalde belangrijke bewakende rol, en vervult deze rol onder meer door het uitvoeren van incidententoezicht en risicotoezicht. Bij incidententoezicht handelt de IGJ naar aanleiding van meldingen die bij haar binnenkomen, zoals calamiteiten. Deze vorm van toezicht is reactief. Een proactieve vorm van toezicht is risicotoezicht waarbij de inzet van de IGJ zich zoveel mogelijk richt op zorgaanbieders, fabrikanten en sectoren waar de risico's op onveilige zorg het grootst zijn. Om risicotoezicht te kunnen houden maakt de IGJ gebruik van risicoanalyses. Hiertoe verzamelt de IGJ periodiek zowel interne als externe gegevens. Deze verwerkt de IGJ in overzichtelijke dashboards per zorginstelling. Blijkt uit de risicoanalyse van dit dashboard een verhoogd risico, dan bezoekt de IGJ de betreffende zorgaanbieder of fabrikant. Op basis van de beschikbare informatie en de bevindingen ter plekke oordeelt de IGJ of er wel of geen sprake is van goede zorg.

De IGJ professionaliseert en bouwt het werken met risicoanalyses en dashboards ten behoeve van het risicotoezicht steeds verder uit. Momenteel zijn op deze wijze gegevens beschikbaar voor toezicht op ziekenhuizen, particuliere klinieken, GGZ-instellingen, VVT-instellingen (verpleging, verzorging en zorg thuis), instellingen in de gehandicaptenzorg, klinisch onderzoek, ambulancediensten, mondzorg, medische hulpmiddelen, farmacovigilantie, huisartsendienstenstructuren, apotheken en jeugdzorg. Voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is er nog niet zo veel voorhanden op het gebied van risicotoezicht. Dit bleek al uit het evaluatierapport van het gefaseerd toezicht uit 2010 (Kruikemeier 2010). Het betreft hier beroepsgroepen als apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen, psychologen, psychotherapeuten, tandartsen en verloskundigen. Van deze groepen zijn alleen risicoanalyses beschikbaar in dashboards bij tandartsen en apotheken. Het gaat bij deze vrijgevestigde beroepsbeoefenaren om veel toezichtsobjecten. Zo zijn er in Nederland alleen al ongeveer 8800 huisartsen (Van Hassel, 2016). In het evaluatierapport uit 2010 werd een aantal mogelijke belemmeringen genoemd bij de uitwerking van risicotoezicht op vrijgevestigde individuele beroepsbeoefenaren. Een belangrijke belemmering is het feit dat het terugbrengen van data naar een individu in plaats van een instelling bij de beroepsgroepen tot weerstand zou kunnen leiden op het aanleveren van indicatoren voor toezicht. Daarnaast werd de mogelijk hoge administratielast voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren genoemd als obstakel. Zo bestond de indicatorenset die er in 2009 voor huisartsen lag, uit meer dan honderd indicatoren

Inmiddels zijn er zeven jaar verstreken sinds de evaluatie en feitelijk is er bij de meeste vrijgevestigde beroepsbeoefenaren nog steeds nauwelijks sprake van gericht risicotoezicht. De IGJ ervaart dat als een beperking. Gezien het grote aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren lijkt het zonder indicatoren voor risicotoezicht niet haalbaar om op een effectieve en efficiënte wijze toezicht te houden op het grote aantal onder toezicht staande individuele beroepsbeoefenaren.

Tegelijkertijd biedt zich een goede kans aan om zorginhoudelijke indicatoren te genereren met beperkte of geen extra administratieve lasten voor de individuele beroepsbeoefenaren. Per januari 2016 heeft de IGJ namelijk een memorandum van overeenstemming over informatievoorziening over zorguitgaven met Zorgverzekeraars Nederland, Vektis, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het delen van

databronnen. De declaratiedata uit Vektis bieden wellicht mogelijkheden om als basis te dienen voor risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren door onderbouwde prioritering van bezoeken mogelijk te maken.

Onderzoeksvraag

In dit project staat de onderzoeksvraag centraal of het haalbaar is om risicotoezicht vorm te geven bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. De deelvragen die aan de orde zullen komen in dit project zijn:

- 1) Hoe kan risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren effectief en efficiënt worden vormgegeven?
- 2) Hoe kan risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren instrumenteel worden ingevuld?

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke mogelijkheden voor risicotoezicht voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren bestaan er?
- Hoe organiseren andere landen het toezicht op dit type beroepsbeoefenaren, en wat kan Nederland hiervan leren?
- Is risicotoezicht voor dit type beroepsbeoefenaren haalbaar? Welke barrières zijn er vanuit IGJ, beroepsgroepen en andere stakeholders bij het organiseren van risicotoezicht voor dit type beroepsbeoefenaren?

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2 zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke indicatoren zijn relevant voor het invullen van risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, en welke data zijn nodig om die te verkrijgen?
- Welke mogelijkheden bieden Vektisdata in het ontwikkelen van voorspellende indicatoren voor toezicht bij dit type beroepsbeoefenaren?
- Welke overige dataregistraties zijn voorhanden die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van voorspellende indicatoren voor dit type beroepsbeoefenaren?

Na overleg met de IGJ en op basis van pragmatische redenen zoals beperkte tijd, is gekozen om bij het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag ons te richten op de huisartsen en op de Vektis-database.

Vijf deelonderzoeken

Deelonderzoek 1: Literatuuronderzoek

Om de mogelijkheden voor risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren te inventariseren, is ten eerste de wetenschappelijke en grijze literatuur verkend. Het doel van deze literatuurverkenning was om een beeld te krijgen van wat er bekend is over risicotoezicht in de gezondheidszorg, en specifiek ook te kijken naar wat er bekend is over risicotoezicht bij apothekers, huisartsen, tandartsen en verloskundigen. De zoekstrategie leverde 23 relevante wetenschappelijke artikelen op en negen relevante rapporten.

Deelonderzoek 2: Interviews met Nederlandse inspecteurs en beroepsverenigingen

Om de mogelijkheden voor risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren te inventariseren zijn, na de verkenning van de wetenschappelijke en grijze literatuur, ook interviews gehouden met tien medewerkers van de betrokken beroepsverenigingen en met acht inspecteurs.

Deelonderzoek 3: Internationale casestudies

Gebaseerd op het literatuuronderzoek uit deelonderzoek 1 zijn Engeland, Denemarken, Australië, Nieuw-Zeeland en Canada geselecteerd als interessante buitenlandse voorbeelden van risicotoezicht bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Om inzicht te krijgen of en op welke wijze risicotoezicht in deze landen wordt toegepast, is er naar informatie op internet gezocht. Daarnaast zijn de websites van de toezichthouders in de eerdergenoemde landen uitvoerig bestudeerd. Vervolgens zijn alle hierboven genoemde instanties aangeschreven met de vraag wat zij aan risicogestuurd toezicht doen en of zij relevante documenten hebben die zij konden delen. Tot slot hebben er twee interviews plaatsgevonden met experts op het gebied van risicotoezicht: een medewerker van de General Medical Council uit Engeland en een medewerker van de patiëntveiligheidsautoriteit uit Denemarken.

Deelonderzoek 4: Interviews met experts

In de eerste drie deelonderzoeken zijn de mogelijkheden verkend om op basis van verschillende gegevensbronnen een signaal op te pakken over individuele beroepsbeoefenaren waarbij de kans op risicovol gedrag groter is dan bij andere beroepsbeoefenaren. Uit het literatuuronderzoek, de interviews bij de inspecteurs en beroepsverenigingen en buitenlandse inspecties kwam geen eenduidige aanbeveling over het gebruik van dit soort data voor risicotoezicht. Daarom hebben we er vervolgens voor gekozen om experts te interviewen. Hierbij stond de vraag centraal welke soort signalen of risico's in databases en met name de Vektisdata te vinden zouden kunnen zijn die iets zeggen over kwaliteit van de huisartsenzorg. Na overleg met de IGJ en om pragmatische redenen heeft het onderzoek zich versmald naar de huisartsenzorg en de bruikbaarheid van bestaande databases zoals Vektis bij het identificeren van signalen voor risico's in de huisartsenzorg. Voor de mondzorg en de geboortezorg zijn er immers al lopende trajecten bij de IGJ naar de bruikbaarheid van Vektis-data voor risicotoezicht en bovendien was er onvoldoende tijd om alle sectoren te exploreren. Voor de interviews hebben wij met negen experts gesproken, werkzaam bij Vektis, het Nivel of het Radboudumc. Er is expliciet gevraagd naar eerdere ervaringen met dergelijke analyses, specifieke voorbeelden en de haalbaarheid van de suggesties uit de eerdere interviews.

Deelonderzoek 5: Onderzoek Vektisdata

Op basis van de thema's die uit de interviews met de experts uit deelonderzoek 4 naar voren kwamen hebben de onderzoekers, na overleg met de IGJ en het NHG, enkele keren met Vektis gesproken over de mogelijkheid om over deze thema's data op te vragen. Hierbij is ook gekeken naar de haalbaarheid van het opvragen van de data binnen de projectplanning. Op basis van deze gesprekken is gekozen voor een data-aanvraag op de volgende drie indicatoren:

1. De gemiddelde en de te verwachten zorgkosten per ingeschreven patiënt, totaal en per segment. Dit is een indicator die Vektis reeds berekent.
2. Het percentage voorgeschreven reserveantibiotica ten opzichte van het totaal volume voorgeschreven antibiotica. Dit is ook een indicator die Vektis reeds berekent in het kader van de Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.
3. Het percentage patiënten waarvoor in het weekend een initiële DBC is geopend ten opzichte van het totaal aantal ingeschreven patiënten in een praktijk. Dit is een indicator die Vektis al eerder heeft ontwikkeld en alleen nog moest aanpassen aan de huidige DBC-systematiek.

In aanvulling op de betreffende indicatoren zijn ook gegevens opgevraagd om te zorgen voor casemixcorrectie, te weten het totaal aantal ingeschreven patiënten, de verdeling per sociaaleconomische status (SES)-score (laag, midden en hoog), leeftijdscategorieën, geslacht en het aantal patiënten met Chronic Obstructory Pulmonary Disease (COPD), cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en diabetes mellitus (DM).

Uitgangspunt was om de extremen en opvallende trends zichtbaar te krijgen van de drie verschillende indicatoren. Deze zijn bepaald op basis van data uit het meest recente beschikbare jaar 2015 en op basis van data over de verandering 2013-2015. Vervolgens is er gekeken welke huisartsenpraktijken bij een, twee of alle drie de indicatoren extreem scoren. Ook is gekeken hoe praktijken scoren die reeds door de IGJ zijn aangemerkt als risicopraktijk op basis van bijvoorbeeld meldingen.

ONDERZOEKS- RESULTATEN

Literatuuronderzoek

Er worden verschillende voordelen van risicotoezicht genoemd:

- Risicotoezicht kan zorgen voor het doelgericht inzetten van beperkte capaciteit voor die gebieden die het toezicht het meeste nodig hebben.
- Risicotoezicht kan het probleem van informatieoverdaad verminderen: in plaats van routinematig informatie op te vragen van alle zorgverleners, kan het gericht uitvragen van informatie op basis van risico's helpen om de informatie-uitvraag te focussen.
- De toezichtsobjecten ervaren snel voordelen omdat zij bij een aantoonbaar laag risico een minder intensieve vorm van toezicht kunnen verwachten.

Er worden ook randvoorwaarden voor risicotoezicht genoemd:

- Er moet duidelijkheid zijn over het risico waar toezicht op gaat worden gehouden.
- Er moet overeenstemming zijn over de aanvaardbaarheid van negatieve uitkomsten.
- Er zijn betrouwbare databases nodig op basis waarop een waarheidsgetrouw risico-oordeel kan worden gebaseerd
- Risicotoezicht moet gebalanceerd rekening houden met prestaties in het verleden alsmede potentiële risico's voor de toekomst.
- De gebruikte data en kwaliteitssystemen moeten resulteren in een gestandaardiseerde risicoscore of ranking voor organisaties, zorgverleners of activiteiten.
- De toezichtactiviteiten zoals het opvragen van informatie of een inspectiebezoek, moeten aan deze score of ranking worden gerelateerd.
- Toezicht moet dynamisch zijn (en dus niet statisch), en zal altijd een deel willekeurige inspectie behouden.
- De toezichthouder moet over verschillende instrumenten beschikken voor wanneer het risico groot is.

De zoektocht naar indicatoren die iets over risico's zeggen bij deze beroepen lijkt moeizaam te verlopen. Er zijn de laatste jaren veel indicatoren ontwikkeld maar deze lijken beperkingen te hebben qua validiteit en betrouwbaarheid. Er zijn ook generieke risicofactoren genoemd die een rol zouden kunnen spelen zoals specialisme, aantal jaren ervaring, leeftijd, geslacht, etniciteit, sociaaleconomische status en gediplomeerd in het buitenland.

Ook andere landen worstelen met de uitvoering van het risicotoezicht. In het Verenigd Koninkrijk (VK) is een geavanceerd systeem opgezet met meer dan 1600 indicatoren uit veel databronnen. Bij een evaluatie bleek dit systeem echter ontoereikend te zijn in het voorspellen van risico's. Ook in Denemarken zoekt de desbetreffende toezichthouder naar een praktische uitwerking van risicotoezicht bij individuele beroepsbeoefenaren. Canada en het VK werken met risico-indicatoren voor de farmacie.

Interviews met inspecteurs en beroepsverenigingen

Hieronder volgen de belangrijkste thema's die de geïnterviewden noemden.

1. Contact met en meldingen van zorgverleners in het veld zijn essentieel om signalen op te vangen over risico's.

Risico's op onvoldoende kwaliteit en verminderd functioneren worden met name zichtbaar voor de collega's in de directe nabijheid. Zij krijgen de eerste signalen binnen wanneer er sprake is van onheuse bejegening, slechte communicatie of andere vormen van slechte kwaliteit van zorg. Dit is met andere middelen niet of nauwelijks zichtbaar te maken.

2. Solistisch optreden is een risicofactor in de eerste lijn

In de Nederlandse gezondheidszorg en zeker in de eerste lijn is samenwerking en dus adequate communicatie van groot belang voor goede zorg. Er ontstaan problemen wanneer zorgverleners niet kunnen of willen samenwerken. Dit uit zich vaak in solistisch handelen, het mijden van groepsoverleg, visitatie of intercollegiale toetsing en het niet hebben van andere samenwerkingsverbanden, waarbinnen ze zich toets- en leerbaar moeten opstellen. Dit staat overigens los van het al dan niet zijn van een solopraktijk. Een andere uitingsvorm is gebrekkige registratie en inzet van ICT (inclusief website) waardoor er sprake is van weinig transparantie en een gebrek aan mogelijkheden om digitaal gegevens uit te wisselen.

3. Inspecteurs zien leeftijd en plaats van opleiding als risicofactoren

De verschillende inspecteurs noemen een buitenlands diploma en een leeftijd boven de 55 jaar als risicofactor, op basis van hun ervaring lijken deze factoren relatief vaak geassocieerd te zijn met incidenten. Dit is ook terug te vinden in de bestaande wetenschappelijk literatuur. Deze factoren worden echter door geen enkele beroepsvereniging genoemd. Voor de huisartsen noemen de inspecteurs extreem voorschrijf- of verwijsgedrag als risicofactor.

4. Er is een verschil tussen inspecteurs en beroepsverenigingen over de zinvolheid van databases, zoals die van Vektis en Zorgkaart Nederland, bij het identificeren van risico's

De inspecteurs geven aan dat op basis van declaratiedata mogelijk zorgverleners zijn te identificeren die sterk afwijkend handelen. Deze analyses kunnen mogelijk nuttige informatie opleveren voor de IGJ bij het identificeren van risico's. De beroepsverenigingen zijn daarbij terughoudend en vragen zich af of databases wel valide en betrouwbare signalen bevatten. Extreem gedrag, bijvoorbeeld wat betreft diagnostiek en therapie, wordt zichtbaar maar het is volgens hen de vraag wat dat zegt over goed of slecht functioneren. Er is hierover immers binnen de beroepsgroep weinig consensus.

5. Bij het gebruik van databases voor risicotoezicht gaat het om een combinatie van factoren

De geïnterviewden vinden dat een enkele meetwaarde onvoldoende is om algemene risico's te bepalen. Het gaat om een redenering, een combinatie van factoren. Alleen een hoog aantal vullingen per jaar bijvoorbeeld is onvoldoende om een risico te detecteren bij tandartsen. Dit aantal wordt namelijk sterk beïnvloed door de praktijk en er is onvoldoende consensus om duidelijke normen te stellen. Maar de combinatie veel gedeclareerde voorlichting met een hoog aantal vullingen, veel gebitsfoto's in een regio met een hoge economische status, kan aanleiding zijn tot nadere analyse. Specifiek gedefinieerde risico's, bijvoorbeeld onvoldoende hygiëne, kunnen eventueel wel met een enkele meetwaarde opgespoord worden.

Internationale casestudies

Alle onderzochte landen (Engeland, Denemarken, Australië, Nieuw-Zeeland en Canada) zijn momenteel druk bezig met het vraagstuk op welke wijze zij het risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren het best kunnen organiseren. Dit staat echter voor alle landen nog in de kinderschoenen en er is nog geen bewezen effectiviteit van de methodieken die zij toepassen. Wat dat betreft is de situatie vergelijkbaar met die in Nederland.

De uitzondering hierop is Engeland waar de General Medical Council (GMC) inmiddels enkele jaren bezig is met risicotoezicht op de ziekenhuissector en de huisartsensector. Dit risicotoezicht is volgens een aantal onderdelen opgebouwd.

1. Ten eerste beschikt de GMC over veel data die iets zeggen over mogelijke risico's. Deze worden ontleend aan allerlei bronnen zoals het GMC *fitness for practice* programma en uit bronnen van de inspecties zoals de Care Quality Commission.
2. Ten tweede beschikt de GMC over veel data aangaande de klachten over artsen. De GMC analyseert de klachten en kijkt naar mogelijke trends.
3. Ten derde beschikt de GMC over de gegevens van het jaarlijks assessment dat artsen moeten afleggen. Hierin leggen zij vast wat de eigen prestaties zijn in termen van uitkomsten op basis van documentatie van de arts maar ook collegiale feedback.
4. Een vierde onderdeel is het gebruik van kwalitatieve data verkregen via de *regional liaison officers* die via gesprekken met het veld informatie verzamelen over de praktijk.

In Engeland leeft de vraag in welke mate de databronnen die er momenteel zijn, geschikt zijn voor het gebruik bij risicotoezicht. Het systeem in Engeland en Denemarken is zo georganiseerd dat alle klachten die binnenkomen over zorgverleners, centraal worden verzameld. Dit is een van de belangrijkste bronnen voor hun risicotoezicht. Dit is afwijkend van Nederland waarbij zowel aan de IGJ als decentraal bij de klachtencommissies en de verschillende beroepsverenigingen gemeld kan worden. Deze klachten worden vervolgens niet met elkaar gedeeld. Engeland staat nu op het punt om een evaluatie uit te voeren van de effectiviteit van dat risicotoezicht.

Daarnaast worstelen de verschillende landen met veelal dezelfde discussiepunten. Zo geven zij aan dat het belangrijk is om eerst consensus te bereiken over de risico's waarop toezicht gehouden moet worden. Ook is consensus nodig over wat er bereikt moet worden met risicotoezicht en in welke mate risicotoezicht nu daadwerkelijk de kans vergroot om disfunctionerende zorgverleners te identificeren.

De geïnterviewde inspecteurs uit Engeland en Denemarken worstelen met het imago dat ze uitstralen. Vaak worden ze gezien als lastig, bemoeizuchtig en bureaucratisch, terwijl de verschillende inspecties juist graag de kwaliteit willen verbeteren en de zorgverleners willen helpen om verder te komen.

Interviews met experts

Omdat er bij de mondzorg en geboortezorg al trajecten liepen en de tijd beperkt was, hebben we, na overleg met de IGJ, het onderzoek versmald naar de huisartsenzorg en de bruikbaarheid van de Vektis-database bij het identificeren van signalen voor risico's in de huisartsenzorg. Uit de gesprekken met inhoudelijke experts kwamen de volgende thema's naar voren die een indicatie kunnen zijn voor risico's in de huisartsenzorg:

1. Extremen in het genereren van kosten binnen en buiten de eigen huisartsenpraktijk zijn interessant. Dit zou een proxy kunnen zijn voor de mate van verwijzen en voorschrijven. Huisartsenpraktijken die fors afwijken van de rest houden zich mogelijk onvoldoende aan de richtlijnen.
2. Het specifieke voorschrijfgedrag van huisartsen kan ook veel zeggen over de mate van richtlijnadherentie. Daarbij zijn met name data over het aantal voorgeschreven pijnstillers, psychofarmaca, antibiotica en morfinepreparaten interessant omdat deze veel worden gebruikt en er duidelijke indicaties voor deze geneesmiddelen in de richtlijnen bestaan.
3. Verschillende geïnterviewden refereerden naar het aantal onverwachte spoedpatiënten als een indicator voor kwaliteit van huisartsenzorg.
4. Ook is extreme werkdruk die voor structurele overbelasting van de zorgverleners binnen de praktijk kan zorgen, genoemd als factor voor risico's in de huisartsenzorg.

Uit de gesprekken kwamen ook de volgende andere hoofdlijnen:

- Bij het zoeken naar signalen die iets zeggen over het functioneren van de praktijk, is het van belang om trends in kaart te brengen. Het gaat namelijk vaak over ontwikkelingen die langer duren, een glijdende schaal van enkele jaren. Bij het opvragen van de Vektisdata zijn daarom verschillende jaargangen nodig.
- Bij de bovengenoemde thema's gaat het met name over de extremen. Extremen binnen een enkele indicator hoeven niet te duiden op risico's in de huisartsenzorg; een combinatie van extremen bij indicatoren kunnen aanleiding zijn tot nader onderzoek.
- Een goede casemixcorrectie is van groot belang.

Uit de verschillende gesprekken kwam ook naar voren dat het lastig is om gegevens over werkdruk te genereren. De samenstelling van het praktijkteam (zowel kwantitatief in fte's als kwalitatief in soorten zorgverlener) is daarvoor cruciaal en deze wordt niet op landelijk niveau uniform geregistreerd.

Analyse Vektisdata

Kosten

De gemiddelde werkelijke totale kosten per patiënt waren in 2015 1478 euro met een forse spreiding van 84 tot 8711 euro. De gemiddelde verwachte kosten bedroegen 1505 euro, eveneens met een forse spreiding van 444 tot 12689 euro. Er zijn 57 praktijken die extreem scoren op kosten. Deze praktijken hebben drie of meer kostensegmenten die vallen binnen het 1^e en/of 99^e percentiel bij verschil in werkelijke en verwachte kosten 2015 of bij de trend in werkelijke kosten tussen 2013 en 2015. Onder deze 57 praktijken zijn veel solopraktijken. De 57 praktijken die extreem scoren op kosten hebben, ondanks de casemixcorrectie, significant vaker een patiëntpopulatie met een lagere SES en minder patiënten in leeftijdscategorie 5-17 en meer in de categorie boven de 75 jaar.

Reserveantibiotica

Gemiddeld schreven huisartspraktijken in 2015 ruim 16% reserveantibiotica voor met een maximale spreiding (0-100%). Gemiddeld schrijft een huisartsenpraktijk ongeveer 800 antibioticarecepten uit per jaar. Er zijn 98 praktijken geïdentificeerd die zich in het 98e percentiel bevinden in 2015 qua voorschrijfgedrag van reserveantibiotica. Daarnaast bevinden 246 huisartspraktijken zich in het 95e percentiel. Er zijn 88 huisartspraktijken gevonden van wie de trend van het voorschrijven extreem scoort. In totaal zijn er 183 unieke huisartspraktijken gevonden die extreem scoren wat betreft het voorschrijven van reserveantibiotica in het 98e percentiel. Daarnaast worden 260 huisartspraktijken gevonden die in 95e percentiel scoren in 2015, in de trend tussen 2013 en 2015 of een combinatie van beide.

Spoedzorg

Gemiddeld werd voor 2,9% van de patiënten van een huisartspraktijk in 2015 in het weekend een DBC geopend. Ook hier is de spreiding fors (0-90). Er zijn 97 praktijken geïdentificeerd die zich in het 98e percentiel bevinden in 2015 qua spoedconsulten in het weekend. Daarnaast bevinden 245 huisartspraktijken zich in het 95e percentiel. Er zijn 87 huisartspraktijken gevonden van wie de trend van de spoedconsulten extreem scoort. In totaal zijn er 179 unieke huisartspraktijken gevonden die extreem scoren (98e percentiel) wat betreft het percentage patiënten met een spoedconsult in het weekend. Daarnaast worden 439 huisartspraktijken gevonden die in 95e percentiel scoren in 2015, in de trend tussen 2013 en 2015 of een combinatie van beide.

Combinatie van indicatoren

Om uiteindelijk tot een overzicht te komen waarmee de IGJ haar bezoeken kan prioriteren, heeft iedere praktijk een score gekregen op een van de drie indicatoren. Een huisartspraktijk scoort rood:

- op kosten als minstens drie van de vijf kostencategorieën in 2015 of de trend 2013-2015 behoren tot het 1e of het 99e percentiel.
- op de indicator reserveantibiotica of spoedconsulten in het weekend als deze in het 98e percentiel scoort.

Een huisartsenpraktijk scoort oranje:

- op kosten als minstens twee van de vijf kostencategorieën wat betreft de kosten in 2015 of de trend 2013-2015 behoren tot het 1e of het 99e percentiel.
- op de indicator reserve-antibiotica of spoedconsulten in het weekend als deze in het 95e percentiel scoort.

Een huisartsenpraktijk scoort groen:

- op kosten als geen of een van de vijf kostencategorieën wat betreft de kosten in 2015 of de trend 2013-2015 behoren tot het 1e of het 99e percentiel.
- op de indicator reserve-antibiotica of spoedconsulten in het weekend als deze buiten het 95e percentiel scoort.

Onderstaande tabel vat samen hoeveel huisartsenpraktijken voorkomen in welke categorie:

	2015
Alle drie indicatoren rood	1
Twee indicatoren rood en een oranje	2
Twee indicatoren rood en een groen	22
Een indicator rood en twee oranje	1
Een indicator rood, een oranje en een groen	42
Een indicator rood en twee groen	325
Drie indicatoren oranje	1
Twee indicatoren oranje en een groen	23
Twee groen en een oranje	520
Drie groen	4447
Totaal	5384

Bij nadere analyse van de 25 (1+2+22) praktijken met minimaal twee extreme scores blijken dit veelal praktijken met een beperkte omvang te zijn: 13 praktijken hebben minder dan 500 patiënten geregistreerd en 6 minder dan 100 patiënten. Deze groep wijkt ook af ten opzichte van het landelijk gemiddelde wat betreft aantal huisartsen, SES en leeftijd. Uiteindelijk scoren 91 (1+2+22+1+41+1+23) praktijken op minimaal twee van de drie indicatoren afwijkend.

Koppeling risicopraktijken aan de indicatoren

Het doel hierbij was om te exploreren of de huisartspraktijken die momenteel in beeld zijn bij de IGJ zich kenmerken door specifieke eigenschappen en om te zien hoe zij scoren op de drie indicatoren. Er zijn 15 huisartspraktijken door de IGJ ingebracht die in beeld zijn als risicopraktijk. Deze praktijken bestaan voor bijna de helft uit solopraktijken. Wat betreft de indicatoren scoren twee praktijken extreem op het voorschrijven van antibiotica, een op de spoedzorgindicator en een op de kosten. Deze 15 praktijken wijken significant af van de andere praktijken op leeftijd (groep 5-17 jaar, 18-44 jaar, 45-64 jaar) en het percentage patiënten met CVRM.

Bezoeken

De IGJ zal de indicatoren gebruiken om de komende tijd een deel van haar bezoeken te selecteren, naast een ad random selectie van huisartspraktijkbezoeken.

DISCUSSIE

Een eerste stap naar risicotoezicht?

De eerste onderzoeksvraag van deze studie was hoe risicotoezicht bij vrijgevestigde individuele beroepsbeoefenaren effectief en efficiënt kan worden vormgegeven. Uit het literatuuronderzoek, de casestudies en de interviews blijkt dat hier geen eenduidig antwoord op kan worden gegeven. In de literatuur zijn randvoorwaarden beschreven voor risicotoezicht. Het gaat dan met name over duidelijkheid omtrent het risico, overeenstemming over de aanvaardbaarheid van negatieve uitkomsten en betrouwbare databases waarop een waarheidsgetrouw risico-oordeel kan worden gebaseerd. Ook bleek dat de in de casestudies onderzochte landen net als Nederland worstelen met een effectieve en efficiënte invulling van het risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren. Er zijn geen kant-en-klare oplossingen voor handen. In Nederland twijfelen de beroepsverenigingen of risicotoezicht haalbaar is.

De tweede onderzoeksvraag luidde hoe risicotoezicht bij huisartsen instrumenteel kan worden ingevuld. Na een zoektocht zijn we terecht gekomen bij drie indicatoren gebaseerd op de Vektis-database die mogelijk de IGJ kunnen ondersteunen bij het selecteren van hun bezoeken aan huisartsen. Momenteel heeft de IGJ immers geen instrumenten voor dat risicotoezicht tot haar beschikking. Dat leverde drie indicatoren op die relatief eenvoudig zijn te onttrekken aan de Vektis-data. De groep praktijken die extreem scoorde op deze indicatoren kenmerkten zich met name door afwijkende lage praktijkgroottes.

Wat is de waarde van de indicatoren?

De indicatoren zijn geselecteerd op basis van face-validiteit en pragmatische argumenten. Dat zijn nuttige criteria voor een pilot als dit onderzoek maar onvoldoende om te spreken van valide en betrouwbare indicatoren. De validatie met praktijken die al als risico bij de IGJ te boek stonden toonde aan dat de kans voor risico-praktijken om extreem te scoren iets hoger was in vergelijking met het gemiddelde van de Nederlandse huisartsenpraktijken. Echter, gezien het geringe aantal risicopraktijken (15), moet deze bevinding met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en is derhalve een uitspraak over de voorspellende waarde op dit moment niet mogelijk. De volgende stap voor de IGJ is om door middel van zo veel mogelijk bezoeken de indicatoren in de praktijk te valideren en aan de hand daarvan de uitkomsten van deze drie indicatoren te vergelijken met de uitkomsten van de bezoeken, ook van random geselecteerde bezoeken als een controlegroep. Alleen dan is ook een betrouwbare uitspraak te doen over de toegevoegde waarde van de indicatoren. Zo creëert de IGJ een groter bestand met risicopraktijken dan alleen het bestand dat de afgelopen jaren met behulp van incidententoezicht is opgebouwd. Ook als de lijst van 15 risicopraktijken uitgebreid zou worden door bijvoorbeeld een bredere definitie te hanteren zou dat het bepalen van de sensitiviteit betrouwbaarder maken.

Het is van groot belang om ervaring op te gaan doen met het gebruik van de indicatoren en daarbij ook de ruimte te nemen om de indicatoren mogelijk aan te passen. Daarbij zijn de lessen die de IGJ bij de mondzorg en de geboortezorg leert ook van belang. Door het uitwisselen van de kennis opgedaan bij de verschillende beroepsgroepen kunnen sectoren van elkaar leren en kan de IGJ in het algemeen expertise opbouwen met het omgaan met Vektis-data. Mogelijk zijn interpretaties ontwikkeld in het kader van het risicotoezicht op de huisartsenzorg ook relevant voor het risicotoezicht op andere individuele beroepsbeoefenaren. De IGJ kan vervolgens de ervaringen in de drie sectoren combineren en een conclusie trekken over de geschiktheid van Vektis-data voor risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren.

Bij het inschatten van de waarde van de indicatoren is het van belang te beseffen dat het doel ervan is om de IGJ te ondersteunen bij het selecteren van praktijken om te bezoeken en dat deze indicatoren in eerste instantie niet iets zeggen over kwaliteit van zorg of veiligheid. Extreme scores

op deze indicatoren en vooral een combinatie ervan kunnen een aanwijzing zijn dat de huisartsenpraktijk onvoldoende is georganiseerd en niet conform de beroepsstandaarden werkt. Dit zal de IGJ altijd in een bezoek moeten bevestigen.

Ten aanzien van de waarde van de indicatoren specifiek willen we de volgende opmerkingen maken:

- Bij de kostenindicator is het lastig om kosten van chronische patiënten die met ketenzorg worden behandeld, op een rechtvaardige manier toe te bedelen. Het is bijvoorbeeld een uitdaging om bij DM-patiënten het deel van de kosten dat toe te rekenen is aan de huisartspraktijken, betrouwbaar vast te stellen. Vaak is onduidelijk wie exact wat doet in de ketenzorg.
- Ten aanzien van de reserveantibiotica bestaat discussie over hoe adequaat voorschriften kunnen worden toegerekend aan de huisarts. Soms wordt een recept gestart in de tweede lijn, terwijl de kosten worden toegekend aan de huisarts.

Belangrijke lessen van deze pilot zijn dat indicatoren niet op zichzelf te beoordelen zijn maar dat combinaties de specificiteit kunnen vergroten en dat met name trends in de score op de indicator ook mogelijkheden bieden voor risico-identificatie.

Beperkingen van het onderzoek

Data op praktijkniveau en niet op individueel niveau

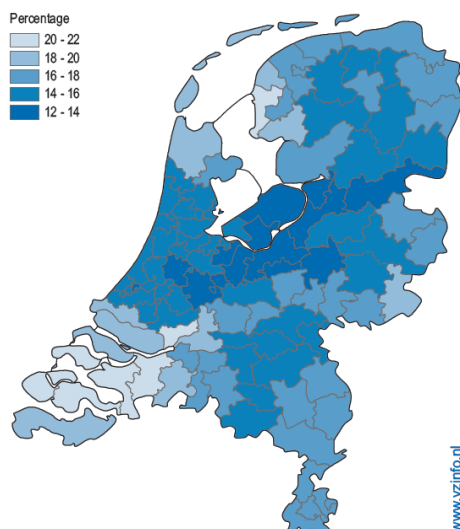
De datastructuur van Vektis maakt het niet altijd mogelijk om declaratiedata betrouwbaar aan een individuele huisarts te koppelen. Een belangrijke reden hiervoor is dat bij veel groepspraktijken maar een deel van de huisartsen declareert namens de groep. Zij krijgen de patiënten, consulten, verrichtingen et cetera toegewezen. Daarna verdelen de huisartsen in de groepspraktijk onderling de inkomsten. Er is dus geen sprake van een een-op-een koppeling tussen patiënten en huisartsen. Daarom is informatie op huisartsniveau in de Vektis-database onbetrouwbaar. Omdat alleen betrouwbare informatie op praktijkniveau beschikbaar is, zullen solo huisartspraktijken die extreem scores op mogelijke risico's eerder in beeld komen, omdat de data niet kunnen worden gecompenseerd door andere huisartsen binnen de praktijk.

Vektis-data bevatten bovendien alleen declaratie-informatie. Daar is voor huisartsen nauwelijks zorginhoudelijke informatie in opgenomen; het is op basis van Vektis-data bijvoorbeeld onbekend welke zorg DM-patiënten hebben ontvangen wat betreft bepaling Hba1c, lipideprofiel, bloeddruk en leefstijlconsult.

Casemixcorrectie kent beperkingen

Ondanks de casemixcorrectie hadden de extreem scorende praktijken een afwijkende samenstelling met meer jongere en oudere patiënten en patiënten met een lagere SES. Dat wijst erop dat het correctiemodel niet optimaal functioneert en mogelijke andere patiëntgebonden factoren die niet meegenomen worden, een rol spelen. Bovendien bestaan er, naast grote verschillen tussen huisartspraktijken, ook tussen regio's flinke verschillen. Hiervoor is niet gecorrigeerd. In Figuur 1 is bijvoorbeeld per regio het aandeel reserveantibiotica weergegeven. Vooral in Zeeland ontvangen veel mensen van hun huisarts een voorschrift voor een reserveantibioticum (Lambooij, et al., 2016). Deze regionale factoren kunnen allerlei oorzaken hebben zoals verschillen in de opleiding en scholing van huisartsen of lokale protocollen.

Figuur 1 Reserveantibiotica



Extreem kleine praktijkgroottes in dataset

Het aanwijzen van extreem scorende huisartspraktijken is sterk beïnvloed door de aanwezigheid van zeer lage praktijkgroottes die daarmee de noemer sterk beïnvloedden. Reden is dat Vektis patiënten toewijst aan een praktijk op basis van een inschrijftarief. Huisartsen declareren deze inschrijftarieven. Op basis van het AGB-coderegister kijkt Vektis welke huisartsen aan welke praktijk te koppelen zijn. Als een huisarts bij verschillende praktijken werkzaam is, is het niet duidelijk vast te stellen voor welke praktijk een huisarts een inschrijftarief van een patiënt declareert. In dat geval kunnen patiënten niet toegewezen worden aan een unieke praktijk en worden deze inschrijftarieven dus niet meegenomen. Dit kan ervoor zorgen dat inschrijftarieven van bepaalde huisartsen, die werkzaam zijn voor praktijk A, maar ook voor praktijk B bij beide praktijken niet worden meegenomen. Dit zorgt er vervolgens voor dat het aantal patiënten bij sommige huisartsenpraktijken laag uitvalt.

Een andere reden voor een opvallend kleine praktijkgrootte is dat de praktijk in België of Duitsland is gevestigd. Voor de enkele Nederlandse patiënten die deze praktijk heeft, komt hij dus in de Nederlandse declaratiedata voor. Er zijn 25 huisartsenpraktijken die in het buitenland gevestigd zijn en in de Vektisdata voorkomen. Een laatste reden voor de kleine praktijkgrootte kan zijn dat de praktijk stopt of vanwege juridische redenen een nieuwe AGB-code krijgt. Soms zijn er dan nog wat oudere declaraties op de 'oude' AGB-code.

Bij een volgende analyse van Vektis-data kunnen niet alle praktijken met een kleine praktijkgrootte per definitie geëxcludeerd worden omdat de reden hiervan eerst duidelijk moet zijn. Het is van belang dat de IGJ onderzoekt bij de kleine praktijkgroottes in welke mate er sprake is van een reguliere praktijk zonder risico's maar met administratieve afwijkingen of dat er sprake is van een opvallende praktijkvoering met mogelijke risico's, bijvoorbeeld een huisarts op leeftijd die nog een beperkte patiëntengroep onder behandeling heeft. Deze analyse konden de onderzoekers niet doen omdat de data geanonimiseerd zijn; de IGJ is daartoe wel in staat. Praktijken die in het buitenland gevestigd zijn, kunnen bij een volgende analyse wel bij voorbaat geëxcludeerd worden. De IGJ is niet verantwoordelijk voor het toezicht op deze praktijken.

Aantal missende waarden hoog

Bij de analyses van het Vektis-bestand bleek het aantal missende waarden relatief hoog te zijn. Bij de berekening van de indicatoren lag het aantal missende waarden per jaar op ongeveer 8-9% en voor de trend op het dubbele. Omdat onbekend is, ook bij Vektis, wat de reden is van de missende waarden, is het van belang voorzichtig te zijn met het trekken van conclusies.

Vektis-data niet actueel

Doordat de declaraties enigszins achterlopen, de data een keer per jaar ontsloten worden en er een verwerkingstijd is, zal de IGJ met Vektis-data in het algemeen ongeveer twee jaar achterlopen op de actuele situatie. Actuele risico's zijn derhalve niet te identificeren; trends worden daarmee belangrijker om in de gaten te houden.

Afkappunten extreme score arbitrair

De afkappunten van de indicatoren (1^e, 95^e, 98^e, 99^e percentiel) waarmee bepaald wordt of een praktijk extreem scoort of niet, zijn vastgesteld met als doel om een overzichtelijke selectie over te houden voor bezoekeprioritering. Deze zijn voor de IGJ scherp gesteld omdat de IGJ vaker met het 90^e of 95^e percentiel werkt. Ook andere afkappunten zijn mogelijk waardoor de selectie breder of smaller wordt. De afkappunten moeten bepaald worden door het in gebruik nemen en terugkoppelen van ervaringen van inspecteurs die aan de hand van de indicatoren bezoeken afleggen. Door de afkappunten te variëren kan mogelijk de specificiteit van het instrument worden vergroot.

Mogelijkheden voor verder onderzoek

Werkdruk indicator was nog niet mogelijk

Werkdruk kan een belangrijke risico-indicator zijn. Met de dataset die beschikbaar was, bleek het niet mogelijk om inzicht te krijgen in het dienstverband van de huisartsen en daarom ook niet in het volume per fte. Mogelijk biedt de Vektis-database hier wel mogelijkheden al dan niet in combinatie met een andere database, bijvoorbeeld de Praktijkregistratie van het Nivel.

Datamining

In dit onderzoek is op basis van kennis van experts gezocht naar extremen wat betreft specifieke aandachtsgebieden. De laatste jaren is het vakgebied Data science sterk ontwikkeld, met name door de opkomst van kunstmatige intelligentie. Hierdoor is het mogelijk om in grote databestanden te zoeken naar trends, patronen of verbanden. Hierbij is er juist geen inhoudelijke vooronderstelling zoals wat betreft spoedzorg in het weekend en reserveantibiotica, maar wordt met algoritmes gekeken wat men van de datastructuur kan leren. De computer kan door tussentijdse resultaten van analyses de datastructuur steeds beter doorgronden en door deze zogenaamde 'machine learning' is het wellicht mogelijk om de Vektis-database te gebruiken als bron voor het detecteren van risico's.

Gevolgen voor de praktijk

Mogelijke consequenties van letten op deze indicatoren

Het publiekelijk introduceren van indicatoren voor risicotoezicht kan als gevolg hebben dat de onder toezicht staanden hun gedrag aanpassen. Huisartsen kunnen hun praktijkvoering zo sturen dat zij 'positiever' in het overzicht voorkomen. Het voordeel van het gebruik de Vektis-data is dat de kans op manipulatie klein is aangezien huisartsenpraktijken de gegevens voor de Vektis-database primair voor een ander doel verzamelen te weten declaratie, een doel dat huisartsenpraktijken als cruciaal zien. Manipulatie ligt hierdoor niet voor de hand. Mogelijk is er wel positieve beïnvloeding door bijvoorbeeld speciale aandacht bij het voorschrijven van reserveantibiotica in een praktijk. Ook bij de indicator spoedconsulten in het weekend is sturing lastig. De beslissing van de patiënt om zich te melden op de huisartsenpost of spoedeisende hulp en de beslissing tot opening van een DBC voor een spoedconsult liggen buiten de directe invloed van de huisartsenpraktijk. Mogelijk vindt ook hier positieve beïnvloeding plaats door betere voorlichting en instructies aan patiënten.

Gebruik van de indicatoren in het toezicht

Het uitgangspunt bij deze studie is geweest dat de IGJ de indicatoren gebruikt bij prioritering van bezoeken op zoek naar eventuele risico's. Tegelijkertijd kan de IGJ met name de indicatoren reserveantibiotica en spoedzorg in het weekend ook gebruiken om tijdens deze bezoeken een inhoudelijk gesprek te voeren met de betreffende huisartsenpraktijk. Beide indicatoren raken een belangrijk onderdeel van de dagelijkse praktijkgang (voorschrijfgedrag, management chronische ziekten) waardoor de IGJ een beeld kan krijgen van het reilen en zeilen van de praktijk. Een dergelijke thematische benadering van de bezoeken heeft bij de mondzorg gezorgd voor een brede toegenomen aandacht voor het gekozen thema (röntgenfoto's bij jeugd).

Aanbevelingen

Naar aanleiding van onze bevindingen doen wij drie aanbevelingen aan de IGJ.

1. *Gebruik het komend jaar om zo veel mogelijk bezoeken af te leggen aan huisartsenpraktijken gebaseerd op deze drie risico-indicatoren en at random geselecteerd.*

Een belangrijke mogelijkheid tot verdere validering is om de uitkomsten van de indicatoren te vergelijken met de uitkomsten van de bezoeken van de inspecteurs. Een klein aantal bezoeken is niet toereikend om een gebalanceerd beeld te krijgen van toegevoegde waarde van de indicatoren bij het selecteren van praktijken. Hiermee bouwt de IGJ, naast het incidententoezicht, een groter aantal risicopraktijken op waarmee de indicatoren betrouwbaarder kunnen worden getest op specificiteit. Het is goed om tevens huisartspraktijken at random geselecteerd te bezoeken als controlegroep. Door de uitkomsten van deze bezoeken met elkaar te vergelijken krijgt de IGJ meer inzicht in de waarde van de indicatoren.

2. *Verken de Vektis-database het komend jaar verder op zoek naar mogelijkheden voor risicotoezicht*

Het is van groot belang om ervaring op te gaan doen met het gebruik van de indicatoren en daarbij ook de ruimte te nemen om de indicatoren mogelijk aan te passen. Een oordeel over de toegevoegde waarde zou momenteel voorbarig zijn. Daarbij zijn de lessen die bij de mondzorg en de geboortezorg worden geleerd van belang. Door het uitwisselen van de kennis opgedaan bij de verschillende beroepsgroepen kunnen sectoren van elkaar leren en kan de IGJ in het algemeen expertise opbouwen met het omgaan met Vektis-data. De IGJ kan hierbij overwegen om ook datamining te gebruiken.

3. *Houd de ontwikkelingen in het buitenland en met name Engeland en Denemarken in de gaten.*

Het is van belang met verschillende manieren ervaring op te doen met op data gebaseerd risicotoezicht. De ervaringen in het buitenland zijn complementair. Er vinden daar evaluaties plaats die de IGJ inzicht kunnen geven in mogelijke alternatieve databronnen en tevens de IGJ kunnen helpen met het bijsturen van haar eigen zoektocht naar risicotoezicht op individuele beroepsbeoefenaren.

Referenties

- D.T.P. van Hassel A. Kasteleijn, R.J. Kenens Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2015. Utrecht: Nivel, 2016.
- S. Kruikemeier, W.L.A. Schäfer, R. Coppen, R.D. Friele, Evaluatie gefaseerd toezicht, Utrecht: Nivel, 2010.
- Lambooy, R. Essink, J. de Metz, Monitor Voorschrifgedrag huisartsen 2016. IVM: Utrecht, 2016.