

# Kwaliteitstoetsing van huisartsenpraktijken en HAP's kan beter gezamenlijk en regionaal

Paul Giesen, Kees in 't Veld, Roeland Drijver

**Een groeiend aantal huisartsenposten (HAP's) laat de accreditering uitvoeren door de NHG-Praktijk Accreditering (NPA). Dat is een begrijpelijke ontwikkeling, gezien de sterke inhoudelijke overeenkomst tussen huisartsenpraktijken en HAP's. Door de kwaliteitstoetsing van de 7 x 24-uurs huisartsenzorg volledig bij de NPA onder te brengen, kan het regionale kwaliteitsbeleid eenduidiger worden en de efficiëntie toenemen. Bovendien kunnen huisartsenpraktijken zo meer ondersteuning krijgen door HAP's. In dit opiniërende artikel delen wij als NPA-auditoren onze ervaringen met huisartsenpraktijken en HAP's, en opperen we ideeën voor innovatie en kwaliteitsverbetering.**

Het doel van de NHG-Praktijkaccreditering (NPA) is tweeledig: het toetsen van de kwaliteit in huisartsenpraktijken en huisartsenposten (HAP's), en het geven van verbetersuggesties. De normen, waarden en richtlijnen van de beroepsgroep vormen daarbij het uitgangspunt.<sup>1-3</sup> De normen van de NPA en andere accrediteringsinstellingen zijn als het ware een leidraad om het kwaliteitsbeleid te borgen, maar zijn geen doel op zich.

De behoefte aan accreditering van HAP's vloeit voort uit de maatschappelijke vraag naar externe verantwoording.<sup>4</sup> Huisartsenpraktijken wensen accreditering omdat ze de intrinsieke behoefte hebben om de kwaliteit en veiligheid te toetsen en te verbeteren.<sup>1-3</sup> Daarnaast dient elke opleidingspraktijk geaccrediteerd te zijn conform de eisen van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS).<sup>5</sup> Onze ervaringen met de audit van zowel HAP's als

huisartsenpraktijken vormen de basis voor ons pleidooi voor een meer gezamenlijke, regionale aanpak van de kwaliteitstoetsing van de 7 x 24-uurs huisartsenzorg. We denken ook dat het daarbij kan helpen om de kwaliteitstoetsing volledig onder te brengen bij eenzelfde accrediteringsinstelling, zoals de NPA.

## ERVARINGEN VAN DE AUDITOREN MET DE HAP'S

In 2018 is de NPA voor de huisartsenpraktijk aangepast voor gebruik op de HAP's en sindsdien kiest ook een groeiend aantal HAP's hiervoor.<sup>5</sup> Bij de accreditering van de HAP's worden er natuurlijk wel andere accenten gelegd dan bij die van huisartsenpraktijken. De organisatie is immers grootschaliger, goede triage is wezenlijk en de voorafkansen op spoedeisende zorgvragen en ernstige pathologie is groter dan in huisartsenpraktijken.<sup>6</sup>



Versterking van de regionale aanpak van het kwaliteitstoetsing kan leiden tot kwaliteitsverbetering en meer efficiëntie.

Foto: Shutterstock

In het algemeen valt ons op dat de HAP's onderling sterk overeenkomen doordat de organisatievorm, randvoorwaarden en kwaliteitssystemen vergelijkbaar zijn. Door hun schaal-grootte weten ze zich ondersteund door directie, management, kwaliteitsmedewerkers, personeelsfunctionarissen, ICT'ers en roosteraars. Mede hierdoor zijn de personele ondersteuning, ICT, protocollen en afspraken meestal goed op orde. Ook het instrumentarium en de medische middelen zijn in alle wer-krumtes steeds ruim aanwezig en uniform opgeborgen, waar-door de kans kleiner is dat de dienstdoende huisartsen 'mis-grijpen'.<sup>6</sup> Alle door ons bezochte HAP's gebruiken de landelijke (InEen) branchenormen en de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Daarnaast volgen de triagisten een landelijke opleiding en worden ze jaarlijks getoetst, met gebruik van de KERNset als observatie-instrument.<sup>7</sup> De HAP's verschillen dus onder-ling weinig en voldoen in ruime mate aan de voorwaarden voor goede patiëntenzorg.<sup>6</sup>

Tussen huisartsenpraktijken ervaren we wel grote verschillen. We hebben de indruk dat praktijken met managementonder-steuning het beter voor elkaar hebben. Ook opleidingsprak-tijken hebben de kwaliteit meestal goed op orde, wat overeen-komt met eerdere onderzoeksbevindingen.<sup>8</sup> Een deel van de praktijken kan het echter beter doen en het zou goed zijn wan-neer deze voor de eigen kwaliteitsontwikkeling steun krijgen van de regionale HAP.

### GROTERE SLAGVAARDIGHEID DOOR REGIONALISERING

Bij de HAP's zien we een trend in de richting van kleinere, sterk regionaal georiënteerde huisartsenorganisaties, die praktijken ondersteunen bij de patiëntenzorg en de complexe uitdagingen, zoals de coronapandemie. Hierbij willen we ook verwijzen naar hechtehuisartsenzorg.nl, een project van LHV, InEen en NHG, dat een duidelijk visie op huisartsenzorg heeft, en bouwstenen en allerlei zeer bruikbare voorbeelden geeft voor het versterken van de regionale samenwerking.<sup>9</sup>

HAP's die voorheen onder de bovenregionaal georganiseerde huisartsendienstenstructuur (HDS) vielen, richten zich steeds meer op de eigen regio en zoeken intensievere samenwerking met de regionale huisartsenpraktijken, spoedketenpartners, scholingsgroepen, chronische zorggroepen en thuiszorg-organisaties. Hierdoor ontstaan meer bij de regio passende, herkenbare en slagvaardige organisaties. Dankzij synchronisatie en dwarsverbanden tussen de HAP en de deelnemende huisartsenpraktijken zal het regionaal 7 x 24-uurs kwaliteits-beleid efficiënter worden. Het valt ons op dat de huisartsen-praktijken, HAP's en de regionale zorggroep in sommige regio's gebruikmaken van maatwerkondersteuning, zoals eerder beschreven:<sup>9,10</sup>

1. personele inzet met werving, scholing en detacheren van triagisten, POH's, praktijkmanagers, administratieve mede-werkers en junior triagisten;
2. het ondersteunen van huisartsenpraktijken door HAP-kwa-liteitsfunctionarissen bij management, ICT, klachten-afhandeling, onderzoek naar patiëntervaringen en het voorbereiden van de praktijkaccreditering;

3. in afstemming tussen praktijken en de HAP kiezen voor eenzelfde regionaal huisartsinformatiesysteem, wat de berichtenuitwisseling eenvoudiger maakt en daardoor de continuïteit in de dossiervoering vergroot;
4. het ontwikkelen, periodiek aanpassen en delen van medisch-inhoudelijke en organisatorische protocollen met huisartsenpraktijken, om te voorkomen dat elke praktijk bij de accreditering steeds weer het wiel moet uitvinden;
5. het regionaal gezamenlijk scholen en trainen van HAP- en huisartsenpraktijkmedewerkers in protocollen en het toet-sen van gedelegeerde handelingen;
6. het initiëren en ontwikkelen van regionale ketenafspraken met de thuiszorg, SEH en ambulancedienst;
7. het ontwikkelen van en ondersteunen bij vernieuwende vormen van communicatie en samenwerking (bijvoor-beeld beeldbellen, ICT-platforms, zoals OZO-verbindzorg, gedeelde consultvoering, chatten).

### COMMUNITY OF PRACTICE

Hoewel huisartsen in het algemeen tevreden zijn over de geleverde kwaliteit en over de HAP als organisatie-model, is er bij een deel van de huisartsen ook onvrede te bespeuren. Dit betreft dan de hoge werkdruk, matige ketensamenwerking, beperkte betrokkenheid, anonimiteit en het verlies van profes-sionele autonomie.<sup>6</sup>

Bij een versterking van de regionale samenwerking kan de 7 x 24-uurs betrokkenheid groter worden, waardoor de lijnen korter worden en er meer informeel contact is ('clubhuis-gevoel'). De betrokkenheid en het werkplezier zullen ook toenemen dankzij meekijkconsulten, debriefing na ingrij-pende gebeurtenissen, het gebruik van spiegelinformatie en casuïstiekbesprekingen.<sup>11,12</sup> Huisartsen, assistentes en triagis-ten kunnen zo hun expertise vergroten en een continu lerend team vormen: een *community of practice*.<sup>11</sup>

Zowel in de huisartsenpraktijk als op de HAP zien we een groeiend tekort aan assistentes en triagisten. Door flexibilise-ring en het over-en-weer inzetten van triagisten en assistentes in de praktijk en op de HAP, kan het werk interessanter wor-den gemaakt. Bovendien kan hen zo een groter carrièreper-spectief worden geboden.<sup>10</sup>

Het personeelstekort kan ook worden weggewerkt door andere medewerkers in te zetten, zoals nurse-practitioners en basisartsen. We hoorden ook positieve verhalen over medisch studenten die in de masterfase als junior triagist worden inge-zet. Deze ontwikkelingen moeten wel goed worden geëvalu-eerd.

### DE TOEKOMST

Volgens ons kan versterking van de regionale aanpak van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenpraktijk tot een grote-re synchronisatie, kwaliteitsverbetering en meer efficiëntie leiden. Een nevendoeel is dat huisartsen zo maximaal worden 'ontzorgd', zodat ze zich nog meer kunnen richten op hun medisch-inhoudelijke kerntaken.

Op termijn kan een vorm van regioaccreditering ontstaan,

waarbij naast een aantal gemeenschappelijke kwaliteitsnormen, specifieke normen worden geformuleerd voor de huisartsen(dag)praktijk, de HAP en de zorggroepen. Het NHG, de NPA, de LHV en InEen kunnen hierbij samen een voortrekkersrol spelen. Ten slotte is evaluatie nodig: wat zijn de effecten van praktijkaccreditering en van de door ons beschreven regionalisering? ■

## LITERATUUR

1. Van Doorn-Klomborg A, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2011;54:360-5.
2. Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effecten van NHG-praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59:388-93.
3. Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
4. NPA. NPA-Certificering Huisartsenpost. De juiste zorg op het juiste moment. Beschikbaar via <https://npacertificering.nl/zorgaanbieder/huisartsenpost/>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
5. Huisartsopleiding Nederland. Huisartsopleider worden. Beschikbaar via <https://www.huisartsopleiding.nl/opleiders-docenten/huisartsopleider-worden/>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
6. Giesen P, Smits M, Verstappen W, Kant J, Sluiter A, Rutten M. De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:23-6.
7. Smits M, Keizer E, Ram P, Giesen P. Development and testing of the KERNset: an instrument to assess the quality of telephone triage in out-of-hours primary care services. *BMC Health Serv Res* 2017;17:798.
8. Van den Hombergh P, Schalk-Soekar S, Kramer A, Bottema B, Campbell S, Braspenning J. Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. *Huisarts Wet* 2013;56:438-43.
9. Hechte huisartsenzorg. Meer informatie en tools. Beschikbaar via <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl/#toolbox>. Geraadpleegd op 22 maart 2022.
10. Giesen P, Kant J, Sluiter A, Verstappen W. Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:27-8.
11. Van Groningen JT, Van der Winden D, Slottje P, Van Dijk N, Bont J. Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt? *Huisarts Wet* 2021;64:10-5.
12. Scherpbier-de Haan ND. Community of practice: leren dicht bij huis. *Huisarts Wet* 2017;60:584-5.

Giesen P, In 't Veld K, Drijver R. Kwaliteitstoetsing van huisartsenpraktijken en HAP's kan beter gezamenlijk en regionaal. *Huisarts Wet* 2022;65: DOI:10.1007/s12445-022-1442-x. Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts, auditor NPA, senior onderzoeker, paul.giesen@radboudumc.nl; K. in 't Veld, huisarts, auditor NPA; R. Drijver, huisarts, auditor NPA. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.