

## Om de kwaliteit van de huisarts

Gevraagd om voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap te worden, heb ik er behoefte aan een aantal gedachten te ordenen. Dat kan mijzelf helpen in het veelvoud van ontwikkelingen een rode draad te vinden die nodig is om beleidsprioriteiten aan te geven. Het kan anderen inzicht geven in mijn kijk op een aantal zaken, zodat ze mij kunnen corrigeren of aanvullen. De ingewikkeldheid van de materie maakt mij op voorhand bescheiden en de gedachten die ik hier geef, zijn als voorlopig te beschouwen. Ik sta open voor aanvulling en verbetering.

### Nieuwe kansen?

In gesprekken met een aantal sleutelfiguren in de gezondheidszorg en bij het lezen van sommige rapporten en nota's bekruipt mij soms het gevoel dat het voor de huisartsgeneeskunde in Nederland al bijna te laat is. Met de mond wordt het belang van de huisarts in de gezondheidszorg nog wel beleden, maar in feite wordt zijn positie uitgehold doordat taken worden overgenomen door anderen (verloskunde, EHBO, jeugdgezondheidszorg). Met de mond wordt versterking van de eerste lijn en van de huisarts bepleit, maar in werkelijkheid wordt de financiële positie van de huisarts en de financiering van een adequate huisartsenopleiding ondergraven. Ook door het ontstaan van nieuwe specialismen en door een bijna explosieve groei van specialistische verrichtingen worden de rol en functie van de huisarts bedreigd.

Van de andere kant heb ik de indruk, dat de huisartsgeneeskunde er nog nooit zo goed heeft voorgestaan. Er is een algemeen aanvaarde visie op taak en functie van de huisarts, neergelegd in het basistakenpakket van de LHV. De Curriculumcommissie van het College Huisartsgeneeskunde heeft daaraan een verdere uitwerking gegeven in gedetailleerde onderwijsdoelstellingen en een driejarig curriculum voor de opleiding; hierin is de visie op huisartsgeneeskunde voor het eerstkomende decennium uitstekend vastgelegd.

De wetenschappelijke ontwikkeling en onderbouwing van de huisartsgeneeskunde heeft, vooral dankzij de universitaire huisartseninstituten, het NHG, het Nivel en O&O, meer body gekregen. Voor de deskundigheidsbevordering van de huisartsen is een zeer uitvoerig netwerk van ondersteunende activiteiten opgezet. In overheidsrapporten (Nota 2000, Commissie Dekker) wordt uitgegaan van een belangrijke functie en rol van de huisarts in de toekomstige gezondheidszorg.

Hoe komt dat nu? Aan de ene kant een gevoel van

B.J.A.M. Bottema heeft te kennen gegeven om praktijk-technische redenen nog vóór de zomer het voorzitterschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap te willen neerleggen. Dit besluit viel samen met plannen om de samenstelling en werkwijze van het Algemeen Bestuur en het Dagelijks Bestuur van het Genootschap aan te passen aan de eisen die voortvloeien uit het te voeren standaardbeleid. In de vergadering van het Algemeen Bestuur van 14 mei j.l. zijn, met goedkeuring van de Algemene Advies Commissie, hieromtrent beslissingen genomen. Deze houden in dat het Algemeen Bestuur in de toekomst zal bestaan uit maximaal vijftien leden, gelijkelijk afkomstig uit drie kringen: de commissies en werkgroepen van het Genootschap, de universitaire huisartseninstituten en de overige leden. Het Dagelijkse Bestuur zal bestaan uit de volgende personen: Dr. V.C.L. Tielens, voorzitter, M.M.J. van Campen, vice-voorzitter, Dr. S. Thomas, secretaris-penningmeester, Dr. E. Schadé, lid speciaal voor samenwerking UHP's, en Dr. A.J.B.I. Sips, lid speciaal voor standaardbeleid.

Op een extra ledencongres in september a.s. zullen de plannen omtrent het standaardbeleid en de samenstelling van het Bestuur nader aan de orde komen.

bedreiging en aan de andere kant een indruk van groei en bloei.

### Naar een duidelijk beroepsbeeld

Van oudsher is de huisarts een grote mate van vrijheid ten aanzien van zijn praktijkuitoefening gewend. Hij kan zelf voor een groot deel uitmaken wat hij tot zijn taken rekent en op welk niveau hij die taken uitvoert. Die vrijheid heeft als positief gevolg gehad, dat de beroepsgroep een vrij sterke beroepseer en beroepscode heeft ontwikkeld. Ook heeft die vrijheid ertoe geleid dat huisartsen zich goed konden aanpassen aan veranderende hulpvragen. Een goed voorbeeld daarvan is de regeling van de anticonceptie.

De keerzijde van die individuele vrijheid is echter de vrijblijvendheid van de beroepsgroep als geheel. Omdat de ene huisarts wél en de andere niet de behandeling op adequaat niveau van bijvoorbeeld diabetespatiënten of hypertensiepatiënten tot zijn taak rekent, kan de tweede lijn niet algemeen rekenen op een juiste taakuitvoering door de eerste lijn. Zij heeft daarmee een extra – en vrij sterk – argument om die behandelingen onder zich te houden. Dit leidt tot frustratie en ontmoediging van de goedwillende huisarts, die dan de neiging krijgt de strijd tegen de bierkaai op te geven. Het is zaak dat de beroepsgroep aan alle betrokkenen duidelijk aangeeft, waar de huisarts werkelijk voor staat.

### **Gezamenlijk werken aan verbetering**

Het opheffen en verminderen van de vrijblijvendheid is een taak van de hele beroepsgroep. Als algemeen wordt aanvaard dat dit een hoge prioriteit heeft, is het zaak de activiteiten van een groot aantal organisaties van en voor de huisartsen af te stemmen op een beleid dat hierop is gericht. Daarbij is zeker plaats voor differentiatie in taken, al naar gelang de aard en opzet van de betrokken organisatie. De doelstelling van het beleid moet zijn een proces op gang te brengen en te houden dat gericht is op het verhogen van de kwaliteit van het feitelijk handelen van de huisarts. Elk van de genoemde organisaties kan daarbij een belangrijke bijdrage leveren zodanig, dat het geheel meer wordt dan de som der delen.

Het NHG hoopt aan het opheffen van de vrijblijvendheid een bijdrage te leveren door de hoogste prioriteit te geven aan een 'standaardenbeleid'.

Onder een standaard verstaat het NHG: 'een meetlat waartegen het handelen (enzovoort) van de huisarts kan worden afgezet. Het is een vaststelling hoe dit handelen ten aanzien van specifieke aandoeningen, procedures en structuren dient te zijn. Een standaard bevat een aantal criteria, zodanig gestructureerd en gerangschikt, dat daarmee bij de huidige stand van kennis de best mogelijke medische eerstelijnszorg wordt gedefinieerd'.

Een standaard moet niet zo eng geformuleerd worden, dat er geen ruimte meer overblijft; de marges waarbinnen het handelen zich dient te bewegen, worden tegelijkertijd aangegeven. Afwijken buiten de standaardbreedte is in bijzondere omstandigheden uiteraard mogelijk, doch dient dan door de huisarts verantwoord te kunnen worden.

Dit algemene beleidsvoornemen is inmiddels omgezet in een eerste nota 'Standaardenbeleid', die met alle betrokken organisaties uitvoerig zal worden besproken. In de huidige situatie acht het Genootschap zich als de wetenschappelijke vereniging van huisartsen de meest gereede partij om, na advisering door de universitaire huisartseninstituten en het veld van praktiserende huisartsen, de standaarden voor het huisartsgeneeskundig handelen vast te stellen en te autoriseren. In laatste instantie is dit een taak voor het hoogste orgaan binnen het NHG, namelijk het Ledencongres.

Voordat het zover is, dienen, na het vaststellen van een voorlopige standaard, individuele huisartsen en groepen huisartsen, coördinatoren van de SDH, huisartsen verbonden aan huisartseninstituten en andere betrokkenen hun commentaar te kunnen geven ten aanzien van relevantie, haalbaarheid en wetenschappelijk fundament van zo'n voorlopige standaard.

Waar nodig wordt, wederom met hulp van velen, bij een standaard ook een toetsings- en nascholingsadvies opgesteld. Tenslotte wordt de standaard, samen met het toetsings- en nascholingspakket, ter invoering doorgegeven via de SDH aan de perifere Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen.

De implementatie kan in eerste instantie beperkt blijven tot vrijwilligers. Het Bestuur van het Genootschap meent van zijn leden te kunnen verwachten, dat zij meedoen aan de implementatie, zoals de universitaire huisartseninstituten dat verwachten van hun huisartsopleiders en huisarts-docenten.

### **Effectiviteit**

Kwaliteit  $\times$  acceptatie = effectiviteit. Met deze formule wordt aangegeven, dat de effectiviteit van een beleid niet alleen afhangt van de intrinsieke kwaliteit van maatregelen, maar ook in sterke mate van de acceptatie van voorstellen en maatregelen door de betrokkenen. Bij het opheffen van vrijblijvendheid speelt dit een zeer belangrijke rol. Kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen is niet met geweld af te dwingen; maar stoelt in belangrijke mate op een vrijwillige acceptatie van normen.

Daarbij doet zich een belangrijk spanningsveld voor. Laat men iedere huisarts of huisartsgroep zijn eigen normen opstellen, dan is het moeilijk te komen tot een herkenbaar niveau voor een groot deel van de beroepsgroep. Wordt echter 'van bovenaf' gezegd hoe het moet, dan roept dat begrijpelijkerwijs veel verzet op bij de individuele beroepsbeoefenaar.

In het proces van standaardontwikkeling en implementatie is het van zeer groot belang aandacht te schenken aan een brede acceptatie van normen en criteria. Dit proces moet zo zijn, dat het merendeel van de beroepsbeoefenaren de standaarden kan accepteren als gemeenschappelijk vastgesteld, zoals nu bijvoorbeeld de beroepscode en beroepscode worden aanvaard.

Bij het ontwikkelen van standaarden zal het zaak zijn zo gedocumenteerd mogelijk te werk te gaan. Van de andere kant moeten we het ook aandurven om, gegeven de stand van kennis en de maatschappelijke ontwikkelingen, een standaard aan te geven voor het heden. Dat houdt in, dat we moeten voorzien in een continu proces van bijstellen van standaarden naar aanleiding van nieuwe wetenschappelijke of maatschappelijke ontwikkelingen.

Het kan een belangrijk probleem zijn, dat een huisarts wel aan een standaard wil voldoen, maar dat niet op eigen kracht kan realiseren omdat hij praktische hulp nodig heeft. Zo kan het gebeuren dat hij niet weet hoe hij zaken anders kan aanpakken. Bij de implementatie van standaarden zal veel aandacht

gegevens moeten worden aan nascholing, en vooral ook aan praktische hulp bij het doorvoeren van verbeteringen in het functioneren.

### **Experimenten**

Het formuleren en invoeren van standaarden is uiteraard beperkt tot die zaken waarover een zekere consensus bestaat. Zou de beroepsgroep zich daartoe beperken, dan ontstaat het gevaar dat zij alleen het bestaande consolideert en onvoldoende aansluit bij nieuwe ontwikkelingen. Naast het bevorderen van de daadwerkelijke kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen moet de beroepsgroep ook actief zoeken naar nieuwe mogelijkheden voor de huisartsgeneeskunde. Dat kan gebeuren vanuit een zeker positief zelfbewustzijn over de eigen mogelijkheden om de totale gezondheidszorg kwalitatief te verbeteren. Ik pleit ervoor, dat de beroepsgroep systematisch en in onderling overleg gaat zoeken naar nieuwe ontplooiingen voor de huisartsgeneeskunde.

Dat kan door planmatig experimenten op te zetten. Daarbij denk ik aan andere vormen van organisatie van de thuiszorg, nieuwe vormen van samenwerking tussen huisartsen en specialisten, tussen huisartsen en ziekenhuizen (diagnostische centra), nieuwe vormen

van preventie, experimenten van financiering en honorering van de huisarts, experimentele uitbreidingen van praktijkhulpen, experimenten met automatisering, enz. Hier ligt een taak voor de beroepsgroep (LHV en NHG) om mede sturing te geven aan experimentele projecten, die door universitaire huisartseninstituten, NHG, Nivel, en O&O of ATIS kunnen worden uitgevoerd. Na evaluatie van zulke experimenten kunnen mogelijk nieuwe elementen in het takenpakket van de huisarts worden opgenomen.

Het proces van verbetering van de kwaliteit en de opheffing van de vrijblijvendheid zal vele jaren door moeten gaan. Het tempo waarin dit zal verlopen, hangt voor een groot deel af van de bereidheid van de financiers om mee te werken aan dit proces, onder andere door ontwikkelingen en experimenten te financieren en door kwaliteit te belonen.

Het is mijn vaste overtuiging, dat de meerderheid van de huisartsen oprecht streeft naar het leveren van een kwalitatief verantwoorde zorg. Deze meerderheid heeft er recht op dat de beroepsorganisaties (in brede zin van het woord) helpen de bedreiging door de vrijblijvendheid af te wenden.

Dr. V.C.L. Tielens