

Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts?

R. GROL

Grol R. Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? Huisarts Wet 1993; 36(3): 106-12.

Samenvatting Partijen in de gezondheidszorg, overheid, verzekeraars, patiëntenorganisaties en aanbieders hebben in 1990 afgesproken dat elke beroepsgroep binnen enkele jaren een systematische beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg in gang zal hebben gezet. Binnen de huisartsgeneeskunde zijn aanzetten daartoe aanwezig, maar een samenhangend systeem ontbreekt nog. Het grootste probleem daarbij is om professionele kwaliteitseisen in overeenstemming te brengen met overwegingen van doelmatigheid en patiëntgericht werken. In deze beschouwing wordt stilgestaan bij de vraag hoe een acceptabel kwaliteitssysteem in de huisartsgeneeskunde eruit zou kunnen zien en wat dit voor de praktiserende huisarts zou kunnen betekenen. Het impliceert met name dat kwaliteitsbevordering een normaal, integraal onderdeel van de bedrijfsvoering in de huisartspraktijk zou moeten worden met als winst voor de huisarts een goede onderhandelings- en concurrentiepositie op de gezondheidsmarkt.

Correspondentie: Prof. mr. dr. R.P.T.M. Grol, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, KUN-RL, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

Kwaliteit van zorg is momenteel een van de centrale thema's in de gezondheidszorg in Nederland en verschillende andere landen. Afspraken, gemaakt tussen overheid, verzekeraars, patiëntenorganisaties en beroepsbeoefenaren, moeten de komende jaren gaan leiden tot het opzetten en invoeren van zogenaamde 'kwaliteitssystemen', oftewel structuren, activiteiten en regelingen voor een systematische beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.^{1,2} De beroepsgroepen mogen hieraan zelf vorm geven, maar de ontwikkeling van kwaliteitsrichtlijnen (standaarden), een systematische informatievoorziening over de geboden zorg naar buitenstaanders, een voortdurende toetsing en verbetering van de zorg en het opleiden van hulpverleners op dit gebied moeten er in ieder geval deel van uitmaken.^{3,4} De andere partijen moeten erop toezien dat een en ander serieus wordt aangepakt. Inmiddels worden ook de wettelijke kaders voor dergelijke kwaliteitssystemen voorbereid (onder andere de Wet BIG en de Wet op de Kwaliteit van zorginstellingen). Een invloedrijk advies van de Gezondheidsraad stelt dat het verantwoording afleggen over het eigen handelen op basis van een systematische evaluatie tot de routine van elke arts moet gaan behoren.⁵

Wat betekenen al dit soort plannen nu voor de praktiserende huisarts?

Onder andere dat ook binnen de huisartsgeneeskunde kwaliteitssystemen opgezet moeten worden. Dit kan voor de huisarts inhouden dat de kwaliteit van zorg meer dan vroeger zichtbaar moet worden gemaakt en dat er verantwoording moet worden afgelegd, niet alleen naar collega's, maar ook naar de samenleving (verzekeraars, overheid, patiënten).

Binnen de huisartsgeneeskunde zijn al goede aanzetten tot een systematische beheersing en verbetering van de kwaliteit aanwezig, onder andere via het kwaliteitsbeleid van LHV en NHG (standaardenbeleid), de ontwikkeling van toetsen en hoogwaardige nascholingsprogramma's, de plannen voor verplichte nascholing en

intercollegiale toetsing, en de plannen voor een nieuwe herregistratieaanpak). De huisartsgeneeskundige zorg in Nederland is zonder twijfel van een hoge kwaliteit, zeker als men deze vergelijkt met veel andere landen. Naar de centrale rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem wordt door andere landen jaloers gekeken. Er is echter meer nodig; het is nog onduidelijk hoe een samenhangend en voor alle betrokkenen acceptabel kwaliteitssysteem in de huisartsgeneeskunde er uit zou moeten zien. Het verder ontwikkelen en invoeren van zo'n systeem vormt een van de grote uitdagingen voor de huisartsgeneeskunde voor de komende tien jaar. Het succes en de effectiviteit ervan zouden wel eens bepalend kunnen zijn voor de positie van de huisartsgeneeskunde en de huisarts in de snel veranderende gezondheidszorg. Er zijn in toenemende mate kapers bezig op allerlei kusten.

Voor de praktiserende huisarts die hard werkt voor zijn patiënten en bewust probeert zo goed mogelijk kwaliteit te leveren is dit mogelijk deels een 'ver van mijn bed show', deels een weinig aantrekkelijk perspectief. Tegelijkertijd maken veel huisartsen zich zorgen over de huidige ontwikkelingen, over de oprukkende rol van de verzekeraars, de opheffing van de contracteerplicht, de sterker wordende positie van patiënten en het alsmaar groeiende pakket aan eisen die aan de huisarts worden gesteld.

In dit artikel wordt in globale lijnen geschetst hoe een samenhangend, voor alle partijen acceptabel kwaliteitssysteem voor de huisartsgeneeskunde eruit zou kunnen zien en wat dat voor de praktiserende huisarts zou kunnen betekenen: wat vraagt het van hem en wat wint hij er mogelijk bij? Deze thematiek wordt hier vanuit drie invalshoeken benaderd:

- de rol van verschillende partijen in een dergelijk systeem (overheid, financiers, patiënten en huisartsen) en de spanning tussen hun belangen;
- de wijze van aanpak van kwaliteitsbevordering (richtlijnen voor goede zorg, kwaliteitstoetsing en kwaliteitsverbetering);

- de organisatie van een systematische kwaliteitsbevordering op verschillende niveaus (centraal, lokaal, praktijk, individu).⁶

De rol van partijen

Kwaliteit in de zorg betekent een zo goed mogelijke verhouding tussen de feitelijk geboden zorg en de verwachtingen die betrokkenen ten aanzien van die zorg hebben.⁷ Kwaliteit is dus geen absolute eigenschap van de zorg, maar iets waar patiënten, specialisten, huisartsen, verzekeraars en politici, vanuit verschillende belangen, verschillend over kunnen denken. Globaal gezien betekent kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen een goed evenwicht tussen (medisch) *professioneel handelen* (effectieve zorg, die vakmatig wordt verleend en voldoet aan professionele normen), handelen dat tegemoet komt aan (objectieve en subjectieve) *behoeften* van patiënten en *patiëntvriendelijk* wordt verleend, en *doelmatig handelen* (betaalbaar, rationeel en kosten-effectief).³

Het is duidelijk dat er tussen deze invalshoeken van kwaliteit spanning kan ontstaan. Het is onvermijdelijk dat patiënten in toenemende mate mede de doelen en uitkomsten van de zorg zullen moeten aangeven en evalueren, maar daarbij is de vrees dat zij zullen vragen om niet effectieve of irrationele handelingen. Kostenbeheersing is gewenst, maar doelmatige zorg kan conflicteren met professionele eisen of behoeften van individuele patiënten. De huisarts heeft, van alle hulpverleners, wellicht het sterkste met dit spanningsveld te maken, omdat hij als spil optreedt in de gezondheidszorg. Hij is een medische professional met een breed perspectief, maar tevens de advocaat voor zijn patiënten en hun gezinnen en de poortwachter in het systeem, als een mengeling van Sint Petrus en Cerberus. Kwalitatief goed handelen betekent voor de praktizerende huisarts dus meer dan vakmatig handelen; het betekent bovenal het vinden van een evenwicht tussen deze drie invalshoeken.

Dit is geen gemakkelijke taak. Bij een deel van de huisartsen bestaat – en niet

altijd ten onrechte – een angst dat de andere partijen misbruik zullen maken van standaarden of gegevens met betrekking tot de huisartsgeneeskundige zorg. Verzekeraars beraden zich momenteel op hoe ze nauwer betrokken kunnen worden bij en invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van zorg. Hun ideeën lopen uiteen van het verzamelen en terugkoppelen van productiegegevens, visitatie van praktijken door medische diensten, contractuele afspraken over intercollegiale toetsing, klachtenprocedures, het gebruik van standaarden of het aanleveren van gegevens, tot het geven van praktische ondersteuning en financiële prikkels aan huisartsen.⁸ Ook de positie van patiënten zal de komende tijd sterker worden, met name via de instelling van Provinciale Patiëntenplatformen.

Huisartsen moeten zich realiseren dat de tijd van volledige professionele autonomie voorbij is en dat ze de kwaliteit van hun werk meer dan voorheen zichtbaar moeten maken naar buiten, willen ze zichzelf niet uit de markt prijzen.^{9,10} Voor zowel beleidmakers als patiënten is het daarentegen belangrijk zich de moeilijke positie van de huisarts goed te realiseren. Te veel druk van buiten- en bovenaf en een te eenzijdige nadruk op kostenbeheersing in kwaliteitsdiscussies kan zeer onproductief werken. Jarenlange ervaringen daarmee in de VS ontlokten *Berwick* de stelling, dat controle van bovenaf om de kwaliteit te bevorderen op zijn best inefficiënt is, en op zijn slechtst een gegarandeerde mislukking inhoudt.¹¹ Een voortdurende open communicatie tussen de partijen over elkaars bedoelingen is nodig om ervoor te zorgen dat het gewenste evenwicht inderdaad ontstaat. Voor de praktizerende huisarts betekent het dat hij meer dan vroeger laat zien dat kwaliteit van zorg in zijn handelen en zijn praktijk serieus wordt aangepakt, met als winst een versterking van zijn positie in het gezondheidszorgbedrijf. Voor de andere partijen is de consequentie dat ze blijven accepteren dat kwaliteitsbevordering in de eerste plaats iets is vóór en dóór huisartsen, wil ze effectief zijn. Dat ze hun rol moeten beperken tot een globaal toezicht en tot het scheppen van voorwaarden, opdat de huisarts ook

werkelijk in staat is de kwaliteit in zijn werksetting goed te organiseren.

Wijze van aanpak

Hoe moet een kwaliteitssysteem in de huisartsgeneeskunde er dan wel uitzien; hoe moet men te werk gaan om een systematische beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg te garanderen, die voor alle partijen acceptabel is? Men zou hier kunnen spreken van een nieuw, zich ontwikkelend werkveld (de zogenaamde 'kwaliteitszorg'). Er ontstaat op dit gebied geleidelijk een eigen theoretische basis met bijbehorend begrippenkader en eigen wetenschappelijke bronnen, methoden en technieken. Het gebied wordt ook in toenemende mate als zodanig maatschappelijk herkend en erkend (bijvoorbeeld via een eigen NWO-programma). Ze bevindt zich op de grens van uiteenlopende disciplines als de geneeskunde, de onderwijskunde, de sociale wetenschappen en de bedrijfs- en organisatiekunde. Het werkveld omvat, grofweg gezien, de kwaliteitsrichtlijnen, de kwaliteitstoetsing en de kwaliteitsverbetering.

Kwaliteitsrichtlijnen

Hierbij gaat het om de ontwikkeling, de invoering en de evaluatie van standaarden en richtlijnen voor goede of 'verantwoorde' zorg. Deze moeten worden opgesteld via zorgvuldige, gestandaardiseerde procedures, waarin zowel de wetenschappelijke basis als de toepasbaarheid in de praktijk aandacht krijgen.¹²⁻¹⁷ Met de standaarden van het NHG – een betrekkelijk unieke ontwikkeling – heeft de huisartsgeneeskunde dit aspect van het kwaliteitssysteem voor een belangrijk deel ingevuld. Op den duur is een grotere betrokkenheid van beleidmakers, financiers en patiënten bij het kiezen van onderwerpen en het opstellen en evalueren van de standaarden echter gewenst. Verder blijkt dat sommige richtlijnen redelijk onderbouwd zijn en daarom meer dwingend in hun aanbevelingen voor de praktijk kunnen zijn dan andere, die meer berusten op voorkeuren van een van de betrokken par-

tijen.¹² Voor huisartsen en anderen zou duidelijker moeten worden waar huisartsen echt aan kunnen worden gehouden, gezien de huidige stand van de wetenschap, en waar een beleid in onderling overleg tussen huisarts, patiënt en eventueel anderen tot stand kan komen. Tenslotte is een systematische en continue evaluatie van de standaarden nodig (worden ze werkelijk toegepast en hebben ze dan ook de beoogde effecten in termen van gezondheidswinst, kostenbeheersing of bevrediging van patiëntenbehoefte?). Deze informatie is gewenst voor de updating van de standaarden, voor het plannen van deskundigheidsbevordering en om buitenstaanders een reëel beeld te geven van de geboden kwaliteit.

Voor de praktiserende huisarts zijn de standaarden in de eerste plaats een hulpmiddel bij de nascholing en de onderlinge toetsing en daarnaast een basis voor het maken van werkafspraken met collega's en andere disciplines in de regio. De huisarts zal ze vooral moeten benutten om concrete doelen voor het eigen handelen in de praktijk op te stellen, waarna vervolgens systematisch wordt gekeken of de doelen worden gehaald. Op deze manier kunnen de kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep huisartsen een voor alle partijen belangrijke en acceptabele pijler in een kwaliteitssysteem vormen. Niet-artsen willen de doelen van standaarden nog wel eens verder leggen dan feitelijk verantwoord is (selectie, budgettering, etc.). Zij zullen zich moeten realiseren dat de standaarden niet meer zijn dan de 'state-of-the-art', het beste advies op dit moment, en dat ze snel weer onjuist, onhaalbaar of niet effectief in praktijkomstandigheden kunnen blijken te zijn.^{18,19} Bovendien kunnen ze hooguit het globale kader vormen, waarbinnen huisarts en patiënt samen komen tot de voor een individuele patiënt meest wenselijke aanpak of huisarts en verzekeraar samen komen tot globale afspraken over te leveren zorg.

Kwaliteitstoetsing

Een tweede pijler in een kwaliteitssysteem is een systematische en continue informa-

tievoorziening over en toetsing van de feitelijke kwaliteit van zorg (gegevensverzameling over bepaalde aspecten van de zorg, vergelijking met kwaliteitsrichtlijnen, feedback).

Voor de meeste praktiserende huisartsen is dit een geheel nieuwe activiteit. Praktisch hanteerbare instrumenten en procedures moeten hiervoor nog worden ontwikkeld, want de methoden uit het wetenschappelijk onderzoek zijn hiervoor niet zonder meer bruikbaar.²⁰ Verder is het nog onduidelijk welke aspecten van het huisartsenwerk systematisch zouden moeten worden getoetst om een valide en representatief beeld van de huisartsenzorg te geven. In ieder geval zal de gegevensverzameling betrekking moeten hebben op zowel de professionele kwaliteit als de patiëntgerichtheid, alsook de doelmatigheid. Met name de ontwikkeling van instrumentarium om regelmatig het welbevinden (health status, quality of life) en de beleving van de zorg bij patiënten te meten verdient in dit verband prioriteit.

Bovenal zal de informatievoorziening over en toetsing van de zorg veel minder ad hoc moeten plaatsvinden en meer een continue activiteit binnen de normale praktijkwerkzaamheden moeten worden. Voor de praktiserende huisarts kan dit betekenen dat er in de toekomst systematisch (geautomatiseerd) gegevens worden verzameld over verwijzen, externe diagnostiek en voorschrijven, over het werken volgens de NHG-standaarden, over het realiseren van bepaalde preventieve doelen (vergelijk het LHV-NHG Preventieplan),²¹ over de health status en tevredenheid van patiënten (bijvoorbeeld via een jaarlijkse enquête onder een steekproef van chronische patiënten) en dat bovendien regelmatig de praktijk- of bedrijfsvoering wordt doorgelicht via een visitatie door een collega. De gegevens die hieruit naar voren komen kan de huisarts verwerken in een jaarlijks praktijkverslag en kan hij bovendien heel goed gebruiken in een intercollegiale toetsing in de eigen huisartsgroep, die daarmee een veel grotere diepgang krijgt en tot een grotere bevrediging zal leiden. Ook zou de huisarts met de verzamelde gegevens een bijdrage kun-

nen leveren aan een anonieme geaggregeerde gegevensverzameling op landelijk of regionaal niveau om beleidmakers en beroepsorganisaties te helpen bij hun beleid. Op die manier kan een systematische kwaliteitstoetsing in de dagelijkse praktijk zowel de persoonlijke leerbehoefte van de huisarts als de behoefte van de samenleving om meer zicht op de zorg van de huisarts te krijgen bevredigen.

Kwaliteitsverbetering

De derde pijler in een kwaliteitssysteem is het systematisch aandacht geven aan de verbetering van de deskundigheid en praktijkroutines van huisartsen. Uit tal van studies blijkt dat wenselijke veranderingen meestal maar uiterst moeizaam worden gerealiseerd. Een van de knelpunten is dat de nadruk nog te sterk ligt op het verbeteren van kennis of vaardigheden of het veranderen van attitudes van huisartsen en nog te weinig op het beïnvloeden van feitelijk praktijkgedrag en het aanpassen van de cruciale praktijkomstandigheden. Verder is het nog onvoldoende bekend hoe een effectieve verandering van routines er uit ziet.

De belangrijkste methoden die nu beschikbaar zijn, zijn geordend in *tabel 1*, naar de mate waarin ze vooral educatief, dan wel dwingend en sturend van aard zijn.²⁵ Het blijkt dat het effect van gedrukte informatie op het praktijkgedrag alléén marginaal is. De invloed van cursussen, groepseducatie, beloningen of straffen is dubieus. Meer onderzoek is nodig naar de invloed van praktijkvisitaties, van praktische of materiële steun aan praktijken, van patiëntenbeïnvloeding en van regelgeving. Het meest veelbelovend lijken momenteel de persoonlijke instructie en steun door getrainde en gerespecteerde collega's of consultants, de intercollegiale toetsing en het gebruik van reminders. De computer lijkt hierbij ook een belangrijke rol te kunnen spelen (reminders).

Medici hebben in het algemeen een voorkeur voor educatieve, beleidmakers voor sturende methoden van beïnvloeding. De waarheid ligt ergens in het midden. Wat echter vooral uit de beschikbare

literatuur naar voren komt is dat een variatie aan en een combinatie van interventies, toegepast op meerdere niveaus (centraal, lokaal, praktijk, individu) en toegesneden op de typische kenmerken en problemen van de doelgroep, kan helpen om gewenste veranderingen te realiseren.²²⁻²⁵ Voor zowel de praktizerende huisarts als de beleidmakers en financiers betekent dit dat men de energie en het geld meer zal moeten gaan steken in echt effectieve methoden om gewenste verbeteringen te berei-

ken: gerichte vaardigheidstrainingen, continue intercollegiale toetsing op basis van echte praktijkgegevens, praktische ondersteuning door getrainde consultants en het aanbrengen van structurele veranderingen in de werksetting.

Organisatie van kwaliteit

Een derde invalshoek om naar een systematische kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde te kijken is te bezien hoe


deze georganiseerd moet worden. De stimulans voor deze invalshoek is afkomstig uit het bedrijfsleven, waar men spreekt van 'Total Quality Management' of 'Integrale Kwaliteitszorg'.^{7 12 20 26 27} Deze wijze van benadering heeft inmiddels een grote invloed gehad op het kwaliteitsdenken in veel ziekenhuizen in de Verenigde Staten en Europa. Richtlijnen voor kwaliteitsmanagement in de dienstverlening en de gezondheidszorg zijn inmiddels ontwikkeld door The International Organization for Standardization (ISO 9004-2).²⁸

In de kwaliteitsmanagementbenadering is aandacht voor kwaliteit niet een ad hoc activiteit, maar de kern van het dagelijkse werk (tabel 2). Iedere betrokkene is er mede verantwoordelijk voor! De nadruk ligt niet alleen op professionele kwaliteit, maar minstens zo sterk op patiëntgerichtheid (outcomes van zorg), het verloop van zorgprocessen en doelmatigheid. Er worden meetsystemen gebruikt, niet om achteraf als momentopname een steekproef te nemen en af en toe eens de kwaliteit te controleren, maar om deze continu in de gaten te kunnen houden en waar nodig preventief te kunnen werken. Men gaat er van uit dat hulpverleners al hard werken en trachten goede zorg aan de patiënten te geven. De nadruk ligt derhalve niet op de controle van, maar op de steun aan zorgverleners om hun werk zo goed mogelijk of nog beter te kunnen doen.

In deze benadering is er verder sprake van een verschuiving van kwaliteitsbewaking als geïsoleerde activiteit naar kwaliteitsverbetering die volledig geïntegreerd is in het dagelijkse werk. De ervaringen met een dergelijk kwaliteitsmanagement in de huisartsgeneeskunde zijn nog uiterst beperkt. In Engeland ziet men, onder druk van het nieuwe contract, experimenten op dit gebied ontstaan.²⁸ Zo is er een praktijk die de zorgverlening en kwaliteitsbevordering heeft georganiseerd volgens de internationale ISO-richtlijnen en daartoe is gevisiteerd en 'geaccrediteerd'.

Organisatie van kwaliteit in de huisartsgeneeskunde moet in ieder geval op verschillende niveaus gestalte krijgen: zowel op centraal, lokaal, praktijk- en individueel

Tabel 1 Effectiviteit van methoden om praktijkroutines te beïnvloeden

Dimensie	Methode	Effect op handelen	
Educatief, faciliterend 	• Schriftelijke educatie, mailing, massamedia	- -	
	• Nascholing, groepseducatie	+/-	
	• Face-to-face educatie, individuele instructie	+	
	• Terugkoppeling van informatie (feedback evt. via computer)	+/-	
	• Reminders (evt. via computer)	+	
	• Intercollegiale toetsing	+	
	• Patientenbeïnvloeding	?	
	• Praktische en structurele maatregelen	?	
	• Barrières aanbrengen voor handelen	+/-	
	• Beloningen/sancties	+/-	
	• Regelgeving, contractering, certificatie	?	
	Sturend, dwingend		

Tabel 2 Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsmanagement

Kwaliteitsbewaking	Kwaliteitsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> • ad hoc, incidenteel • structuur- en procesaspecten • controle achteraf, beheersing • specifieke onderwerpen • beperkte rol in dagelijks werk • vooral huisartsgericht • vooral door huisarts uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> • continue activiteiten • meer nadruk op outcomes, op 'consument' • continue verbetering, stimulering, preventie • multi-dimensioneel • centraal en geïntegreerd in dagelijkse werk • gericht op zorgprocessen, op hele praktijkvoering en op samenwerking met anderen • alle praktijkmedewerkers actief betrokken en verantwoordelijk, inschakeling hulpkrachten

niveau (tabel 3). Op de verschillende niveaus staan andere activiteiten centraal en zijn andere factoren verantwoordelijk. Van de beroepsorganisaties wordt daarbij professioneel 'leiderschap' verwacht. Vooral de onderlinge samenhang tussen de activiteiten op de verschillende niveaus is van groot belang.

Een praktijkgebonden kwaliteitssysteem

De huisartspraktijk is de centrale eenheid van zorg, van waaruit contacten met zowel patiënten als andere hulpverleners worden aangegaan. Met de toename van chronische patiënten met multiple pathologie,

die vaak met uiteenlopende hulpverleners te maken hebben, zijn de zorgprocessen in de huisartspraktijk geleidelijk aan steeds complexer geworden. Een continue en systematische beheersing en verbetering van de kwaliteit van de geboden zorg kan de praktijk hierbij helpen. Concreet zou dit kunnen betekenen dat er maandelijks een

Tabel 3 Een systematische kwaliteitsbevordering op verschillende niveaus

Niveau	Kwaliteitsrichtlijnen	Kwaliteitstoetsing	Kwaliteitsverbetering	Organisatie van kwaliteit
Individu	<ul style="list-style-type: none"> - persoonlijk 'leerplan' opstellen - kritisch gebruik standaarden en richtlijnen 	<ul style="list-style-type: none"> - zelftoetsing van competentie, handelen en vooruitgang daarin 	<ul style="list-style-type: none"> - zelfstudie - vaardigheidstraining - cursussen/nascholing 	<ul style="list-style-type: none"> - voldoende tijd vrijmaken - op de hoogte van regelgeving - opleiding kwaliteitsbevordering volgen
Praktijk	<ul style="list-style-type: none"> - Kwaliteitsoverleg met praktijkmedewerkers en opstellen praktijkdoelen (jaarplan) 	<ul style="list-style-type: none"> - gegevensverzameling via verschillende methoden: registratie, kaartenbak, audio/video, visitatie, patiëntenenquête - analyse en rapportage van gegevens (jaarverslag) 	<ul style="list-style-type: none"> - systematisch kwaliteitsoverleg in praktijk - feedbacksystemen - plannen en invoeren van veranderingen 	<ul style="list-style-type: none"> - tijd plannen voor medewerkers - automatisering - bibliotheek - positieve attitude bij alle medewerkers t.a.v. kwaliteitsbevordering - instrumenten en materialen beschikbaar - externe ondersteuning door consulenten
Lokaal/ regionaal	<ul style="list-style-type: none"> - consensus-methoden om lokale werkafspraken te maken binnen huisartsgroep, met specialisten en interdisciplinair in eerste lijn 	<ul style="list-style-type: none"> - verzamelen, vergelijken en analyseren van gegevens in de huisartsgroep - analyse gegevens ziekenhuis, (FTO), ziekenfonds, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - methoden van intercollegiale toetsing - participatie in lokale deskundigheidsbevordering 	<ul style="list-style-type: none"> - goed functionerende huisartsgroep - structuur voor lokale/regionale ondersteuning en deskundigheidsbevordering
Centraal	<ul style="list-style-type: none"> - standaardontwikkeling (NHG) - evaluatie haalbaarheid en effecten van standaarden - consensus LHV over Basistakenpakket en voorwaarden voor beroepsuitoefening 	<ul style="list-style-type: none"> - ontwikkeling van toetsen en methoden van gegevensverzameling 	<ul style="list-style-type: none"> - ontwikkeling programma's voor kwaliteitsverbetering - ontwikkeling methoden voor gedragsverandering 	<ul style="list-style-type: none"> - nationaal kwaliteitsbeleid - regelgeving - financiële regelingen voor uitvoering kwaliteitsbeleid - acceptabel systeem voor herregistratie

kwaliteitsoverleg van 1-1,5 uur met alle praktijkmedewerkers wordt gehouden (een soort kwaliteitskring, zoals in de industrie gebruikelijk). Hieraan kunnen van tijd tot tijd ook andere hulpverleners of patiënten deelnemen. Volgens een gestructureerde procedure selecteert men relevante onderwerpen of problemen, die een tijdlang speciale aandacht zullen krijgen. Per onderwerp worden concrete doelen die men wil bereiken afgesproken, bij voorkeur op basis van bestaande standaarden of richtlijnen. Verder wordt afgesproken hoe de feitelijke zorg in kaart zal worden gebracht en wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit wordt schriftelijk vastgelegd in werkafspraken. De gegevensverzameling wordt zo goed mogelijk ingepast in de normale werkrouines. Er wordt gebruik gemaakt van de computer en van eenvoudige software (bijvoorbeeld in de V.S. en Engeland is het programma 'Epi-Info' populair). Er wordt gebruik gemaakt van eenvoudige statistische technieken en tussendoor wordt regelmatig feedback over de resultaten gegeven. Verzameling en bewerking van de gegevens vindt bij voorkeur door de assistente plaats, als onderdeel van de administratieve werkzaamheden. Essex liet zien dat met een investering van 4 uur per week een praktijkassistente een groot aantal praktijkgegevens kon verzamelen ten behoeve van kwaliteitsverbetering in een groepspraktijk met 11.000 patiënten.³⁰ De feedback kan gebruikt worden voor onmiddellijke bijsturing en voor intercollegiale toetsing in huisartsengroep, maar wordt in ieder geval ook besproken in het maandelijks kwaliteitsoverleg. Men gaat na of de doelen zijn gehaald en zo niet, wat de knelpunten daarbij zijn, wat er verder ondernomen moet worden en wie daarvoor verantwoordelijk is. Als men tevreden is worden nieuwe thema's aangepakt. Zo is men tegelijkertijd bezig verschillende aspecten van de zorg kritisch door te lichten. Idealiter worden zowel structurele en organisatorische aspecten (bijvoorbeeld de praktijkuitrusting, de bereikbaarheid, de organisatie van verwijzingen, de continuïteit, de registratie), medisch-inhoudelijke aspecten (werken volgens standaarden, health sta-

tus), bejegeningaspecten (relatie met de patiënt, voorlichting, tevredenheid), als doelmatigheidsaspecten (kosten, productiegegevens) kritisch gevolgd. De resultaten van de diverse activiteiten worden telkens neergelegd in een jaarlijks praktijkverslag.

Beschouwing

Hierboven zijn de grote lijnen geschetst van een kwaliteitssysteem, dat mogelijk geleidelijk zijn weg binnen de huisartsgeneeskunde zou kunnen vinden. Voor de praktiserende huisarts betekent het dat kwaliteitsbevordering een normaal en vast onderdeel van de bedrijfsvoering en het dagelijkse werk moet gaan worden. Het opzetten van kwaliteitsmanagement op praktijk- en lokaal niveau betekent een grote uitdaging voor de meeste huisartsen en kan niet van de ene op de andere dag worden gerealiseerd. Het vraagt een positieve motivatie en een goede voorbereiding van alle betrokkenen. Er kan alleen aan worden voldaan als bepaalde voorwaarden worden gerealiseerd, zoals:

- een helder nationaal kwaliteitsbeleid en goede sturing door professionele organisaties van dit beleid; een duidelijk 'leiderschap' is cruciaal in deze ontwikkeling²⁷
- ondersteuning van de activiteiten door samenhangende regelingen en afspraken hierover op centraal en regionaal niveau tussen huisartsenorganisaties en andere partijen
- een goede samenwerking en afstemming tussen centrale en regionale/lokale activiteiten
- voldoende tijd en stafondersteuning voor uitvoering ervan binnen huisartspraktijken
- praktisch hanteerbare methoden en materialen (centraal te ontwikkelen)
- een goede training van alle betrokkenen in de toe te passen methoden
- ondersteuning bij het realiseren van een dergelijk compleet kwaliteitssysteem door getrainde consultants. Naar analogie van de Engelse situatie, waar per district met zogenaamde 'audit facilitators' wordt gewerkt, zou ik willen plei-

ten voor het opzetten van 'kwaliteitsconsultenteams' per regio, bestaande uit een huisarts en enkele ervaren doktersassistenten, allen goed getraind en voorbereid voor deze taak.

De cruciale vraag is natuurlijk wat de praktiserende huisarts hierbij te winnen heeft. Dat lijkt een beetje op kijken in een glazen bol. De winst lijkt vooral te liggen in :

- een sterke(re) onderhandelingspositie in contacten met financiers
- het behoud van vertrouwen bij andere partijen, ook in de toekomst
- een hoge(re) status voor de huisarts, ook bij andere disciplines in de zorg
- een stevige concurrentiepositie op de gezondheidsmarkt
- een efficiëntere bedrijfsvoering en daarmee een dragelijker werklast
- de mogelijkheid om zwakke plekken in de zorg continu te onderkennen en weg te werken
- een grotere betrokkenheid bij de zorgverlening bij de niet-medici in de huisartspraktijk
- mogelijk een effectievere zorg en (nog) meer tevreden patiënten
- als huisartsen dit nu niet zelf naar eigen inzichten opzetten, worden ze straks door anderen daartoe gedwongen.

Al met al lijkt het de moeite waard een dergelijk systeem nu gedetailleerd uit te gaan werken in samenspraak met alle betrokkenen.

Literatuur

- 1 Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartseneeskunde [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- 2 Sluys E, De Bakker D. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Utrecht: Nivel, 1992.
- 3 Ministerie van WVC. Nota Kwaliteit van Zorg. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1991.
- 4 Anoniem. Kwaliteit van Zorg; van uitspraken naar afspraken. Utrecht: KNMG, 1990.
- 5 Anoniem. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1992.
- 6 Marwick J, Grol R, Borgiel A. Quality Assurance for Family Doctors. Jolimont, Australia: Wonca, 1992.
- 7 Harteloh P, Casparie A. Kwaliteit van Zorg. Den Haag/Lochem: VUGA/De Tijdstroom,

- 1991.
- 8 Boer A. Implementatie: Hoe gaat dat? Kwaliteit in beeld 1992; 2: 19-20.
 - 9 Stolline A, Weiner J. The new medical marketplace. Baltimore: J. Hopkins University Press, 1988.
 - 10 Irvine D. Managing for quality in general practice. London: Kings Fund, 1990.
 - 11 Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl J Med* 1989; 320: 53-6.
 - 12 Eddy D. Practice Policies: What are they? *JAMA* 1990; 263: 877-80.
 - 13 Field M, Lohr K (eds.). *Clinical practice guidelines: directions for a new agency*. Washington: National Academic Press, 1990.
 - 14 Audet A, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med* 1990; 113: 709-14.
 - 15 Leape L. Practice guidelines and standards. *Qual Rev Bull* 1990; Febr: 42-99.
 - 16 Grol R, Van Everdingen J, Kuipers F, Casparie A. Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1186-9.
 - 17 Grol R. Development of practice guideline for general practice care. *Br J Gen Pract* (in press).
 - 18 Fletcher R, Fletcher S. Clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1990; 113: 645-6.
 - 19 Farmer A. Setting up consensus standards for the care of patients in general practice. *Br J Gen Practice* 1991; 41: 135-6.
 - 20 Berwick D. Measuring and maintaining quality in a Health Maintenance Organization. In: Lohr K, Rettig R, eds. *Quality of care and technology assessment*. Washington DC: National Academy Press, 1989.
 - 21 LHV/NHG. *Naar een programmatische preventie*. Utrecht: LHV/NHG, 1992
 - 22 Lomas J, Haynes R. A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from 'official' to 'individual' clinical policy. In: *Implementing preventive services*. Batista R, Lawrence R, eds. *Am J Prev Serv* 1988; 4: 77-95.
 - 23 Sprij B, Casparie A, Grol R. Interventiemogelijkheden om een verandering in de medische praktijkvoering te bewerkstelligen. Wat is effectief? *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 1115-7.
 - 24 Soumerai S, McLaughlin T, Avorn J. Quality Assurance for drug prescribing. *Qual Ass Health Care* 1990; 2: 37-58.
 - 25 Grol R. Implementing guidelines in general practice. *Qual Ass Health Care* 1992; 1: 184-91.
 - 26 Berwick D, Godfrey B, Roessner J. *Curing health care*. San Francisco: Jossey-Bass 1990.
 - 27 Berwick D. Heal thyself or heal thy system: can doctors help to improve medical care? *Quality Assurance in Health Care* 1992; 1 (suppl.): 2-8.
 - 28 International Organization for Standardization. *International Standard ISO 9004-2*. Geneva: ISO, 1991.
 - 29 Lawrence M. Audit and TQM in diabetic care in general practice. *Qual Ass Health Care* 1992; 1 (suppl.): 20-1.
 - 30 Essex B, Bate J. Audit in general practice by a receptionist: a feasibility study. *Br Med J* 1991; 302: 573-6.

