

Praktijkorganisatie is een overgewaardeerd onderwerp

Henriëtte van der Horst, Joost Zaat

De organisatie in een huisartsenpraktijk is net zo simpel als die in een gewone huishouding met twee kindertjes. Onze oma's hadden wel tien kinderen en kregen die zonder verbeterprojecten allemaal groot. Hoeveel valt er dan eigenlijk te managen in een twee-, drie- of viermanspraktijk? Merkwaardig dat een NHG-congres dat op de presentatie van de Toekomstvisie volgt, toch geheel gewijd is aan de praktijkorganisatie. Drastische veranderingen in de wereld om ons heen maken het blijkbaar noodzakelijk dat we onze aandacht vooral richten op het vernieuwen van de praktijkorganisatie. Het plezier in het werk dat velen verloren zouden hebben of dreigen te verliezen, zou weer terugkomen als we de handen maar uit de mouwen steken en 'innoverende veranderingen in de praktijkorganisatie' doorvoeren. Vorige maand betoogden Verstappen en Hobma dat en begin dit jaar hield ook Achterbergh al een pleidooi voor een andere organisatie.^{1,2} De laatste jaren lijkt de aandacht voor allerlei aspecten van praktijkvoering fors toe te nemen. H&W krijgt geregeld manuscripten aangeboden waarin verslag wordt gedaan van een project over praktijkvoering of bepaalde onderdelen daarvan. Van der Werf en De Haan geven in dit nummer een overzicht van de thema's op het gebied van praktijkvoering die sinds 1957 in *Huisarts en Wetenschap* opgedoken zijn.³ Praktijkvoering blijkt een veelomvattend begrip: de praktijkorganisatie, de financiering, de administratie, categorale spreekuren, preventieve activiteiten, de taakstelling van de praktijkassistente, maar ook kwaliteitsverbeterprojecten kunnen onder de noemer praktijkvoering geschaard worden. Eigenlijk vallen alleen medisch-inhoudelijke aspecten en de arts-patiëntcommunicatie erbuiten. Waarom sommige onderwerpen opeens op het toneel verschijnen, in de mist oplossen en tien jaar later opeens weer opduiken, blijft onduidelijk. Zij besluiten hun artikel met de uitspraak dat een wetenschappelijke discussie op het gebied van de praktijkvoering noodzakelijk is. Als praktijkvoering tussen scalpel en automatisering, tussen zorg voor specifieke groepen en werkgeverschap zwalkt, dan is het de vraag waarover die wetenschappelijke discussie zou moeten gaan: over het raakvlak met de medisch-inhoudelijke kant van de zorg of over het pure regelwerk? We willen in dit commentaar wel een voorzetje geven.

Auteursgegevens

dr. H.E. van der Horst en dr. J.O.M. Zaat, H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Correspondentie: h.van.der.horst.emgo@med.vu.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Veel projecten op het gebied van de praktijkvoering gaan uit van een vaak niet expliciet gemaakte gedachte dat verbetering van praktijkvoering tot verbetering van de kwaliteit van de zorg leidt. Maar wat verstaan die verbeteraars onder kwaliteit van zorg? Is er pas sprake van verbetering van de kwaliteit als de gezondheid van de patiënt er op vooruitgaat? Is verbetering van zorg het efficiënt verlenen van zorg en het bestaan van korte wachtlijsten? Of is het ook al goed als patiënten meer tevreden zijn? Als we er voor het gemak van uitgaan dat deze drie omschrijvingen van kwaliteitsverbetering goede uitkomstmaten zijn, dan is de vraag in hoeverre kwaliteitsverbeterprojecten de beoogde doelen halen. Grote projecten zoals *Preventie Maatwerk* beïnvloedden soms wel een van deze drie aspecten, maar zelden allemaal.⁴ Op zich hoeft in een dergelijk project niet opnieuw de effectiviteit van een bepaalde interventie, bijvoorbeeld de reductie van het risico op een CVA die een aspirientje per dag bij TIA-patiënten oplevert, op een harde uitkomstmaat aangetoond te worden. Maar we willen wel graag weten of de interventie waarvan de effectiviteit is aangetoond, nu inderdaad op de juiste manier en dus met het gewenste effect wordt toegepast. In veel gevallen kun je daar toch alleen achter komen door ook naar de 'harde' uitkomstmaten op patiëntniveau te kijken.

Een van de doelen van het introduceren van deze projecten in de beroepsgroep was het structureel verbeteren van de praktijkvoering van huisartsen: het ging niet alleen om de verbetering van de medisch-inhoudelijke zorg, maar ook om verbetering van de structuur en organisatie van de huisartsenpraktijk. Als we bijvoorbeeld de vele projecten om de zorg aan diabetespatiënten te verbeteren onder de loep nemen, dan valt op dat vaak niet duidelijk wordt of de zorg nu efficiënter gegeven wordt. Is er sprake van beter gebruik van beschikbaar materieel, ruimte en tijd? Wordt er niet te hoog opgeleid en dus te duur personeel ingezet? De deelnamegraad van patiënten nam vaak iets toe en de dokter controleerde meer. Maar over het nut van al deze interventies op echte harde uitkomstmaten zoals afname van complicaties, uitsstel van ziekte of specifieke sterfte, kostenbesparing, of meer plezier in het leven van de betrokken patiënten is de discussie niet gesloten. In het septembernummer van H&W van dit jaar kunt u dat nog eens nalezen.

De discussie over grootschalige verbeterprojecten moet gaan over wat het primaire doel is en wat zinvolle uitkomstmaten zijn. Hoe beoordeel je of die projecten hun doel hebben bereikt? En hoe maak je de afweging of al die geïnvesteerde tijd, energie en geld de moeite waard zijn geweest? Het hapsnap verzamelen van veel gegevens brengt meestal de beantwoording van de wezenlij-



ke vraag – waar gaat het nu echt om – niet dichterbij.⁵

In het kader van kwaliteitsbeleid worden vele projecten opgezet, maar zijn ook evenzoveel projecten voortijdig weer afgebroken. Soms komen plannen nauwelijks 'Utrecht' uit: wie kent nog de aandacht voor de ouderenzorg als thema van de LHV, of het Clusteringproject van het NHG? In dat laatste project zou de optimale grootte voor samenwerking rond deeltaken vastgesteld worden: hoeveel praktijken moeten er samenwerken voor het efficiënt verlenen van geavanceerde oogheekkundige zorg? Stilletjes in de la verdwenen, al deze plannen.

De opkomst en ondergang van dergelijke projecten is overigens niet alleen een Nederlands verschijnsel: een snelle zoekactie in Pubmed met de trefwoorden '*diabetes AND primary care AND quality of care*' leverde ons 288 treffers op (augustus 2002). De eerste vermelding dateert uit 1973, waarna het tot 1989 een beetje doorsukkelt. Vanaf dat jaar neemt het aantal artikelen gestaag toe met een ware uitbarsting vanaf 2000. En dat is niet alleen bij diabetes zo, maar ook bij astma, CVA en misschien nog wel veel meer. Wordt het niet tijd voor een grondige bezinning op de opbrengst en kosten van dergelijke projecten? Hoeveel van de beschreven projecten leveren werkelijk wat op in termen van gezondheidswinst of efficiënter gebruik van personeel en middelen? Renders et al. publiceerden dit jaar een Cochrane-review over verbetering van zorg aan diabetespatiënten.⁶ De methodologische kwaliteit van de 41 gevonden onderzoeken was vaak slecht: in maar liefst 28 van de 41 onderzoeken ontbraken gegevens over patiëntuitkomsten. Slechts in 7 van de resterende 13 onderzoeken was er sprake van een positief effect op patiëntuitkomsten. Met name de 4 onderzoeken met een op de patiënt afgestemde interventie hadden een positief effect. Ook stelden de reviewers vast dat het gebrek aan gegevens waarmee de kosteneffectiviteit zou kunnen

worden bepaald een ernstige omissie is in de beoordeelde onderzoeken. Gewoon medisch maatwerk lijkt dus het best.⁷ Dat maatwerk laat uiteraard nog ruimte over voor verbetering, en ook op het gebied van de praktijkorganisatie valt er nog wel wat te verbeteren. Kwaliteitsverbeterprojecten zijn nodig, maar laten we ons wel goed bezinnen voor we ergens mee beginnen.

Een heel ander punt dat in discussies over praktijkorganisatie opduikt, is het idee dat dokters slechte bedrijfsvoerders zouden zijn. Ze weten te weinig af van bedrijfskundige principes, ze rommelen maar wat aan, hebben geen bedrijfsplan, houden geen functionerings- en beoordelingsgesprekken en ga maar door. Dokters zouden meer moeten managen, alle huisartsopleidingen hebben inmiddels een flinke portie praktijkmanagement in hun opleidingsprogramma gestopt.⁸ Het is maar zeer de vraag of er wel een ideale praktijkvoering bestaat. Huisartsen werken immers niet in een vacuüm; praktijken verschillen afhankelijk van de dokter, de patiënten én de plaats. Dat betekent dus dat er veel verschillende manieren zijn om 'een praktijk te voeren'. In Engeland, met het systeem waar de praktijkverbeteraars regelmatig verlekerd naar kijken, ontbrandde enkele maanden geleden een discussie over deze centrale dwingelandij.⁹

Praktijkmanagement is gewoon een kwestie van goede afspraken maken en van competente medewerkers aantrekken, medewerkers die een goede, op hun werk toegesneden opleiding hebben genoten, en beschikken over een behoorlijk portie gezond verstand. Huisartsen moeten verantwoording over hun handelen afleggen en goede service bieden, maar daarvoor zijn echt geen afgestemde logo's, openingstijden, folders en wachtkamerinrichtingen nodig.¹ Het is allemaal minder ingewikkeld dan het lijkt, dat voeren van een praktijk. Dus morgen – na het lezen van deze H&W en het bekijken van onze prachtige fotoserie – weer fluitend aan het echte dokterswerk.

Literatuur

- 1 Verstappen WHJM, Hobma SJ. De Nederlandse huisartsen? Een kennisintensieve organisatie? *Huisarts Wet* 2002;45:614-5.
- 2 Achterbergh D. Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisatie te kort. *Huisarts Wet* 2002;45:15-8.
- 3 Van der Werf GTh, De Haan J. De praktijkvoering in Huisarts en Wetenschap; een historische beschouwing. *Huisarts Wet* 2002;45:676-81.
- 4 Van Geldrop W. Preventie Maatwerk [Proefschriftbespreking]. *Huisarts Wet* 2002;45:566-7.
- 5 Dalhuijsen J. Indicatoren in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2002;45:664-9.
- 6 Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk Van JThM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings [Cochrane review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
- 7 Van der Horst HE, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. *Huisarts Wet* 2002;44:226-9.
- 8 De Haan J, Dijkers FW, Boendermaker PM. Onderwijs in praktijkmanagement in de huisartsopleidingen en daarna. *Huisarts Wet* 2002;45:681-4.
- 9 Helman C. The culture of general practice. *Br J Gen Practice* 2002;52:619-20.