

Kwaliteitsbeleid in West Brabant: Een DC in de praktijk

‘Bent u wel een collega?’

Ja en nee. Ik ben arts en Master of Public Health. Dus geen huisarts. Maar daarvan zijn er al 270 in het district. Genoeg huisartsgeneeskundige inbreng dus voor de inbedding van het kwaliteitsbeleid. Joop Freriks, mijn voorganger, is in 2000 met pensioen gegaan en ik ben in 2002 begonnen als kwaliteitscoördinator/districtscoördinator bij de DHV West Brabant.

Mijn belangrijkste informatiebronnen zijn enerzijds de huisartsen in het district en anderzijds mijn collega-districtscoördinatoren. Bovendien doe ik regelmatig een beroep op de NHG-sectie Advisering en Ondersteuning. Ik zie mijn positie als schakel tussen de huisartsen en ontwikkelingen en inzichten uit de (wetenschappelijke) literatuur. Ik ben geen wetenschapper, maar wil wetenschappelijke inzichten vertalen naar de dagelijkse huisartsenpraktijk.

Merites van een kwaliteitsteam

Eén van de instrumenten om het kwaliteitsbeleid in het district een nieuwe impuls te geven is voor mij het kwaliteitsteam, dat de richting bepaalt waarin het kwaliteitsbeleid de komende jaren zal gaan. In het team zitten een aantal huisartsen, de medisch directeur en de feedbackcoördinator van de Stichting Huisartsen Laboratorium. Het eerste actieplan van het kwaliteitsteam was: werken aan verbeteringstrajecten op praktijkniveau. Inspiratie voor dit plan kregen we na lezing van het proefschrift van Harry Geboers.¹

Cursus kwaliteit in de praktijk

Ter ondersteuning van huisartsen bij verbeteringstrajecten op praktijkniveau ontwikkelen we nu een cursus: ‘Zorg voor kwaliteit in de praktijk’, bestaande uit vier bijeenkomsten. We willen graag aansluiten bij de wensen van de huisartsen, dus die kiezen zelf het onderwerp waarmee ze aan de slag willen. Bijvoorbeeld een probleem waar ze in de praktijk tegenaan lopen, of iets wat dagelijks irritatie geeft. Dat kan betrekking hebben op de praktijkorganisatie (de telefonische bereikbaarheid, het spreekuur dat steeds weer uitloopt), een medisch-inhoudelijk aspect, of samenwerking binnen de praktijk, in de eerste of met de tweede lijn. Andere mogelijkheden zijn: patiënttevredenheid, instrumentarium, datamanagement enzovoort.

Tijdens de cursus wordt aandacht besteed aan het maken van een goede keuze: waar moet ik rekening mee houden bij het kiezen van een onderwerp voor het kwaliteitstraject? Wat is mijn doel? Heb ik mijn doel ‘SMART’ geformuleerd?² Vervolgens wordt het probleem geanalyseerd: welke factoren veroorzaken het, zijn deze te beïnvloeden? Zo ja, hoeveel inspanning moet daarvoor dan worden geleverd? Dat laatste is belangrijk om een goede afweging te maken voor een succesvolle interventie: niet beginnen aan iets wat nauwelijks te beïnvloeden is en ook niet aan een knelpunt waarbij met heel veel inspanning slechts een minimale verbetering kan worden bereikt.

Na de analyse kunnen de deelnemers prioriteiten stellen en een plan van aanpak maken. In de cursusbijeenkomsten worden ervaringen uitgewisseld en plannen bijgesteld. De gebruikte methode lijkt op het verbeteringsmodel van Nolan: de ‘plan, do, check, act’-cirkel. Deze cyclische werkwijze is gericht op het continu verbeteren van kwaliteit.

GGZ-project

Het afgelopen jaar is ook gewerkt aan het ontwikkelen van het GGZ-kwaliteitsproject, dat inmiddels van start is gegaan. In West Brabant is gekozen voor een GGZ-project op hagro-niveau. Deelnemende hagro’s krijgen de beschikking over een SPV’er of uitbreiding van het aantal uren voor de SPV’er als deze al in de hagro werkzaam is. Doelen van dit project zijn:

- ▶ deskundigheidsbevordering;
- ▶ betere samenwerking met andere hulpverleners in de GGZ;
- ▶ toetsen van dit nascholingsmodel: zijn de huisartsen hier enthousiast over en is dit werkmodel effectief?

De hagro’s hebben vijf bijeenkomsten, driemaal ’s middags en tweemaal ’s avonds. Voor de middagbijeenkomsten regelt de DHV een waarnemer voor de hagro, zodat iedereen optimaal kan deelnemen. Ook de SPV’er van de betreffende hagro woont de bijeenkomsten bij. De hagro kan per bijeenkomst kiezen uit een lijst van acht GGZ-onderwerpen en formuleert daarbij een of twee leerdoelen. Voorbereiding van de bijeenkomsten gebeurt in een groep waarin meerdere partijen zijn vertegenwoordigd: DHV, hagro, GGZ en NHG. Deze groep stelt het programma samen en bepaalt de werkvormen van de bijeenkomsten. Per onderwerp worden andere partijen uitgenodigd (maatschappelijk werker, psychiater, eerstelijnspsycholoog), die dan ook participeren in de uitvoering. Nadat een onderwerp aan bod is geweest, wordt er een volgende keer nog op teruggeblikt, bijvoorbeeld in de vorm van gemaakt huiswerk.

Het is niet eenvoudig om het effect te meten van deze vorm van nascholing. We meten in ieder geval de kennis(toename) van de huisartsen over verschillende GGZ-onderwerpen: voorafgaand aan de eerste bijeenkomst en na afloop van de totale module worden kennis-toetsen gemaakt. In een evaluatiebijeenkomst wordt feedback gegeven over de kennis-toets en wordt besproken wat de huisartsen vinden van deze manier van nascholen. Daarnaast zal de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde ook nog op andere niveaus een effectmeting uitvoeren.

Els Jacobs, arts,

Kwaliteits- en districtscoördinator DHV West Brabant

1. Geboers H. Continuous quality improvement in family practice: Feasibility, effectiveness and assesment [Diss.]. Nijmegen, 2002.
2. Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely