

Praktijkvoering en kwaliteitsmanagement zijn hard nodig

Pieter van den Hombergh, Fred Dijkers

‘Nascholing dient over de kern van het huisartsenvak te gaan en niet over praktijkvoering, kwaliteitsmanagement of andere niet-medische zaken. Dit soort niet-huisartsgeneeskundige zaken, als ook het toetsen ervan door middel van scharen tellen, moet je niet willen accrediteren.’ Dit betoogde Siep Thomas onlangs in een discussie over dilemma’s bij accreditering.¹ Ook Joost Zaat, hoofdredacteur van dit tijdschrift, heeft weinig op met het aspect praktijkvoering en uit dit ook geregeld.² Het *dédain* over praktijkvoering appelleert aan een ‘gesundes Hausarzttempfinden’.

Wij vinden dit *dédain* onnozel en schadelijk voor de huisartsgeneeskunde. Huisartsgeneeskundige kennis, kunde en praktijkvoering dienen de optimale zorg voor de patiënt. Waar de meeste winst valt te halen, lijkt dan ook een logische vraag.

Het bedrijfsleven stelt de stelling dat 80% van de productverbetering moet komen uit verbetering van de organisatie.³ Of dit ook opgaat voor de huisartsenpraktijk is moeilijk te bewijzen. Verzekeraars en overheid geloven allang niet meer in eindeloos investeren in de persoon van de dokter (kennis en kunde) en gaan contracteren op resultaat. Het is glashelder dat betere resultaten vooral totstandkomen door de praktijkorganisatie te verbeteren. Dit geldt met name voor de zorg voor chronisch zieken. Voor die verbetering zijn kennis en vaardigheden op het gebied van de praktijkvoering noodzakelijk. We hebben het dan over kwaliteitsmanagement en evidence-based implementatie.⁴

Waarom vinden huisartsen, die toch echt het beste voor patiënten willen, dat het plannen, organiseren en managen niet tot de ware huisartsgeneeskunde behoren?

Wij kennen de passie voor het huisartsenvak en de arts-patiëntrelatie en hadden weinig benul van management na onze opleiding, maar we leerden snel dat goede organisatie betere zorg voor meer patiënten betekent. Goede service en organisatie geven de patiënt vertrouwen in de kwaliteit van de geboden zorg.⁵ Dat vertrouwen is belangrijk voor foutenreductie en optimalisatie van de zorg.

Niet iedereen begrijpt dat praktijkvoering een moeizaam leerproces is, net als consultvoering. Maar weinig huisartsen hebben aangeboren managementkwaliteiten. Die natuurtalenten zijn

zich daar niet van bewust, hebben weinig behoefte aan scholing op dat gebied en dragen praktijkmanagement moeilijk over, want daarvoor is het te vanzelfsprekend. De aversie tegen praktijkvoeren lijkt gevoed door de angst dat bij praktijkvoering en kwaliteitsmanagement de warme, klinisch deskundige en communicatief vaardige huisarts verloren gaat. In die redenering is die huisarts meer gefocust op wat hij bijdraagt aan het heil van de patiënt en minder op wat het team en de organisatie kan bijdragen. Zo’n ‘doctor-centered’ denktrant is niet effectief. Praktijkvoering betreft behalve solisten ook werkers in loondienst, al dan niet in een gezondheidscentrum. Praktijkvoering is meer dan rekeningen schrijven. De toekomst confronteert ons met praktijkplannen, kwaliteitsmanagement en praktijkaccreditatie, samenwerken en projectmatig denken. Haio’s onderkennen dit. De praktijkvoeringscursussen van ‘de startende huisarts’ voor haio’s lopen prima en daar betalen ze voor uit eigen zak. Ze klagen dat praktijkvoering onvoldoende in de opleiding zit en dat hun protesten op de huisartsinstituten niet worden gehoord.

Door matige organisatie van sommige aspecten van de huisartsenzorg dreigen wij delen van ons zorgaanbod nu te verliezen aan de nulde of tweede lijn. Dat is nadelig voor de patiënt en niet nodig wanneer we de zorg voor met name chronische aandoeningen en de service en bereikbaarheid/beschikbaarheid goed organiseren.

Degenen die weinig ophebben met praktijkvoering zijn zich kennelijk niet bewust van ontwikkelingen elders. In Engeland zijn in het ‘nieuwe contract’ indicatoren voor kwalitatief goede zorg opgenomen; bijna een derde daarvan betreft praktijkvoering.⁶

Dat sommige huisartsen suggereren dat vooral uitstekende klinische vaardigheden een toppraktijk garanderen, komt pretentius en irritant over bij andere zorgverleners.

Wij delen de universele principes van huisartsgeneeskunde, maar het behoud ervan vergt kennis en kunde op organisatiegebied. Laten we ons daarin trainen, ook als we het niet leuk vinden.

Literatuur

- 1 Dilemma’s bij accreditering, KNMG-conferentie van CvAH voor afscheid van mw. M. Bootsma, 26-10-2004.
- 2 Zaat JOM. De laatste dagen en een nieuw begin. Voordracht tijdens de NHG-wetenschapsdag. Leiden, 5-11-2004.
- 3 WHO. On being in charge. A guide for middle level management in primary health care. WHO: Genève, 1980.
- 4 Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *J Qual Improv* 1999;25:503-13.
- 5 Jung HP, Wensing MJP, De Wilt A, Olesen F, Grol RPTM. Comparison of patients’ preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Fam Pract* 2000;17:236-42.
- 6 Roland M. Linking Physicians’ pay to the quality of care. A major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 351;14:1448-54.

Auteursgegevens

dr. P. van den Hombergh, huisarts, Kolhornseweg 67, 1213 RS Hilversum;
dr. F.W. Dijkers, huisarts te Maasdam.

Correspondentie: p.hombergh@chello.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: Auteurs zijn oud-voorzitters van de NHG-Commissie Praktijkvoering en betrokken bij onderwijs in praktijkmanagement.