

Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®

Samenvatting

Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering®. *Huisarts Wet* 2011;54(7):360-5.

DOEL Het beschrijven van de ervaringen van huisartsen met de NHG-Praktijkaccreditering®.

METHODE Een *mixed methods design* met schriftelijke vragenlijsten en mondelinge interviews bij 61 respectievelijk 29 huisartsen, die in 2006 en 2007 gegevens verzamelden voor de NHG-Praktijkaccreditering®. De huisartsen namen tevens deel aan het Transparantieproject, waarbij ze een geldelijke bonus kregen op basis van hun prestaties.

RESULTATEN De huisartsen gaven aan deel te willen nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering® omdat ze graag actief bezig wilden zijn met het verbeteren van de kwaliteit. Ze oordeelden positief over het inzicht dat ze kregen in het eigen handelen. Ze vonden dat ze te veel tijd kwijt waren aan het verzamelen van gegevens van het medisch handelen en wilden meer ondersteuning bij het maken van verbeterplannen. Daarnaast vonden ze dat de focus van het meetinstrument minder zou moeten liggen bij details en meer bij de onderliggende processen.

CONCLUSIE Huisartsen zijn bereid om de eigen praktijk door te lichten. Het gehele proces mag niet te veel tijd kosten en het gebruikte instrument moet uitnodigen tot echte kwaliteitsverbetering, die ook geborgd kan worden voor de toekomst. Er moet een goede balans gevonden worden tussen meetbaarheid en de ervaren kwaliteit. Voor een deel van de huisartsen wegen de nadelen van het proces zwaarder dan de voordelen.

INLEIDING

Bij een professionele werkwijze hoort het periodiek doorlichten van de prestaties en het afleggen van verantwoording. Ook bij de (her)inrichting van ons zorgstelsel legt men de nadruk op het belang van transparantie. Hierdoor is een grotere behoefte ontstaan aan inzicht in het handelen en wil men weten op welke punten de kwaliteit van zorg verbetering behoeft. Accreditering van de huisartsenpraktijk is een methode aan de hand waarvan dit inzicht te verkrijgen is.^{1,2} Bij accreditering maakt men gebruik van dynamische streefdoelen,³ waarbij men toetst of men de kwaliteit van zorg op een correcte manier aan het verbeteren is. Dit continue, systematische verbeteringsproces past goed binnen de setting van de huisartsenzorg. In Nederland is daarom de NHG-Praktijkaccreditering® ontwikkeld, waar praktijken sinds 2005 aan kun-

nen deelnemen. Het gebruikte Visitatie Instrument Accreditering (VIA) [kader 1] heeft betrekking op verschillende domeinen: de praktijkorganisatie, het medisch handelen en patiëntenervaringen.⁴ De gebruikte indicatoren zijn voldoende valide en betrouwbaar.⁵⁻⁷

In 2006 en 2007 hebben 65 praktijken deelgenomen aan het Transparantieproject [kader 2], waarvoor ze ook deelnamen aan de NHG-Praktijkaccreditering®.⁸ Bij het Transparantieproject worden de deelnemers onderling beoordeeld op kwaliteit van zorg. Aan deelname was een bonus gekoppeld.^{9,10} Als onderdeel van de evaluatie van het Transparantieproject is ook de NHG-Praktijkaccreditering® geëvalueerd. Inzicht in de motivatie en ervaringen van de deelnemers is van cruciaal belang voor het welslagen van een programma als de NHG-Praktijkaccreditering®.¹¹ Greenfield et al. vonden dat deelname van professionals aan accreditering binnen een ziekenhuissetting in Australië bijdroeg aan een positieve verandering in de bedrijfscultuur, waardoor er meer aandacht was voor kwaliteit en veiligheid.¹¹ Binnen de huisartsenzorg in Nederland is soortgelijk onderzoek nog niet gedaan. Met ons onderzoek willen we inzicht geven in de ervaringen van huisartsen met deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering®.

METHODEN

Onderzoeksopzet en onderzoekspopulatie

We hebben een *mixed methods design*^{12,13} gehanteerd om een breed beeld te krijgen van de ervaringen van huisartsen. We keken daarbij naar verwachte ervaringen door middel van een

Wat is bekend?

- Spiegelinformatie draagt bij tot verbetering van de kwaliteit van zorg.
- De NHG-Praktijkaccreditering® maakt gebruik van het VIA-instrument, dat voldoende valide en betrouwbaar is.

Wat is nieuw?

- Huisartsen die meededen aan de NHG-Praktijkaccreditering® geven aan dat deelname aan de accreditering volgens hen bijdraagt aan de verbetering van kwaliteit van zorg.
- Huisartsen hebben behoefte aan ondersteuning bij gegevensverzameling en het opstellen van verbeterplannen, zodat ook de tijdsinvestering beperkter is.
- Huisartsen willen vanwege de tijdsinvestering een eenvoudig toetsinstrument; ze willen echter ook dat het instrument de huisartsenzorg in volle breedte representeert.
- Huisartsen willen graag eenduidig beoordeeld worden door accreditoren. Dit pleit voor heldere en strikte beoordelingsnormen. Aan de andere kant willen huisartsen wel dat er voldoende flexibiliteit is in deze normen met het oog op de eigen praktijksituatie.

UMC St Radboud, IQ healthcare, Postbus 9101, huispost 114, 6500 HB Nijmegen: A.L. van Doorn-Klomborg, junior wetenschappelijk onderzoeker; drs. K. Kirschner, junior wetenschappelijk onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar; dr. J.C.C. Braspenning, universitair hoofddocent. NHG, afdeling Implementatie; dr. M. Bouma, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker; C.J. in 't Veld, huisarts. • Correspondentie: A.vanDoorn@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: enkele auteurs zijn als ontwikkelaars (Jozé Braspenning, Margriet Bouma), dan wel als werknemers van de organisatie die eigenaar is (Margriet Bouma, Kees in 't Veld) betrokken bij de NHG-Praktijkaccreditering®.

kwantitatief vragenlijstonderzoek en zochten verdere verdieping aan de hand van een kwalitatief interviewonderzoek.

Vragenlijsten

In het kader van het Transparantieproject verspreidden we een evaluatievragenlijst onder alle 65 praktijken uit Zuid-Nederland die in 2006 en 2007 gegevens verzamelden voor de NHG-Praktijkaccreditering[®] en deelnamen aan het Transparantieproject.⁸ Een overzicht van de achtergrondkenmerken van deze praktijken is te vinden in [tabel 1]. De vragenlijsten bestonden uit open en gesloten vragen en vragen met een vijf-puntslikertschaal.

Interviews

Drie getrainde interviewers hielden semigestructureerde interviews onder het deel van de huisartsen dat ook de vragenlijst invulde. We benaderden alle praktijken; van de 35 huisartsen die bereid waren tot deelname benaderden we de 30 huisartsen die als eersten reageerden op het verzoek voor een interview. Ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek maakten we gebruik van de *framework*-benadering.^{14,15} Voor de opzet van het interview en de vragenlijst maakten we daarbij vooraf een raamwerk van een aantal thema's met subthema's [tabel 2]. We voegden gedurende de afnameperiode geen nieuwe vragen toe aan het interview.

Analyse

De ingevulde vragenlijsten analyseerden we met behulp van beschrijvende statistiek. Om ook inzicht te krijgen in het effect van de geldelijke bonus op de motivatie en ervaringen van de deelnemers keken we naar de verschillen in scores van twee groepen, ingedeeld op basis van de hoogte van hun bonus per patiënt.

De gegevens uit de interviews analyseerden we met behulp van een thematische analyse.¹² Niet alle vooraf bepaalde subthema's vonden de deelnemers evenzeer van belang – nieuwe thema's kwamen naar boven tijdens de interviews (deze hebben we inductief bepaald; zie de cursief weergegeven (sub)thema's in [tabel 2]). De informatie uit de interviews plaatsten we binnen het raamwerk. De betrouwbaarheid van de analyse borgden we doordat twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de interviews beoordeelden. We bespraken discrepanties, waarna we in alle gevallen consensus bereikten.

RESULTATEN

Respons vragenlijsten en interviews

Van de 65 benaderde praktijken vulden 61 huisartsen uit evenzoveel praktijken de vragenlijst in. Van de 30 huisartsen die we benaderd hebben voor de interviews namen er 29 deel. Met één huisarts bleek het niet mogelijk om gedurende de onderzoeksperiode een geschikt moment te vinden voor een afspraak.

Motivatie voor deelname

De huisartsen gaven verschillende redenen aan om mee te willen doen aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] [tabel 3]. De

Kader 1

NHG-Praktijkaccreditering[®] en Visitatie Instrument Accreditering (VIA)^{4,23-25}

De NHG-Praktijkaccreditering[®] betreft een driejarig, cyclisch proces. De praktijk verzamelt gegevens met behulp van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) en ontvangt feedback door middel van een benchmark. Aan de hand hiervan stelt de praktijk SMART-verbeterplannen¹⁹ op en voert deze uit. De praktijk moet voldoen aan een aantal basiseisen, onder andere wat betreft hygiëne. Daarnaast kijkt de accreditator naar de kwaliteit van de verbeterplannen en gaat hij na of de praktijk actief bezig is met het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Het VIA bestaat uit kwaliteitsindicatoren voor drie verschillende onderdelen: het medisch handelen, de praktijkorganisatie en patiëntenervaringen. De benodigde gegevens verzamelt de accreditator deels met behulp van gevalideerde vragenlijsten, die patiënten, huisartsen, assistentes, praktijkondersteuners en de consulent die de praktijk bezoekt invullen. Overige gegevens zijn voornamelijk uit het medisch dossier afkomstig. De meeste indicatoren van het medisch handelen betreffen diabetes, COPD, astma en hart- en vaatziekten. Indien de praktijk de gegevens niet geautomatiseerd kan verzamelen, kan deze een steekproef nemen van veertig patiënten per aandoening. Het instrument is bij de ontwikkeling getoetst op validiteit en betrouwbaarheid.⁵⁻⁷

meest genoemde redenen waren het verbeteren van de zorg en het krijgen van inzicht in het medisch handelen. Eenen-twintig van de 61 praktijken gaven aan mee te doen omdat dat een voorwaarde was voor participatie aan het Transparantieproject. De hoogte van de bonus had geen effect op de redenen voor deelname die de praktijken noemden.

Tijdsinvestering

Uit de vragenlijst bleek dat de tijdsinvestering voor het verzamelen van de gegevens veel groter was voor de chronische aandoeningen dan voor de overige onderwerpen [tabel 4]. Ook als de huisartsen de gegevens uit het huisartseninformatiesysteem (HIS) extraheerden, bleken praktijken in veel gevallen per onderdeel meer dan 4 uur nodig te hebben. Op het mo-

Abstract

Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Opinions of general practitioners regarding the Dutch National Accreditation programme[®]. *Huisarts Wet* 2011;54(7):360-5.

AIM To report the opinions of general practitioners regarding the Dutch National Accreditation programme of the Dutch College of General Practitioners.

METHODS Using a mixed methods design, data were collected by means of a questionnaire and interview from 61 and 29 general practitioners, respectively, in 2006 and 2007 as part of the Dutch National Accreditation Programme. The practitioners also took part in a pay-for-performance study.

RESULTS The general practitioners chose to participate in the practice accreditation scheme mainly because they wanted to improve the quality of care. While they were positive about the insight they gained into their practice management and clinical care, they found that the collection of data on medical practice was too time-consuming and that they needed more support in preparing a practice improvement plan. They also thought that the assessment instruments should put less emphasis on details and more on the underlying processes.

CONCLUSION General practitioners are willing to take part in an accreditation programme, but the process should not be too time-consuming and the instruments used should lend themselves to improving quality now and in the future. There needs to be a balance between measurability and perceived quality. Some practitioners considered the drawbacks of the process to outweigh its advantages.

Kader 2**Het Transparantieproject⁸⁻¹⁰**

Huisartsen in Zuid-Nederland konden op vrijwillige basis meedoen aan een onderzoek naar de effecten van de toekenning van een geldelijke bonus op basis van prestaties. Men maakte gebruik van een bonussysteem waarbij de praktijken punten kregen voor hun scores op de indicatoren. Dit gebeurde aan de hand van een onderverdeling die was gebaseerd op percentielscores. Op basis van het aantal punten, variërend van 0 tot 6 per onderdeel, kregen de praktijken een geldelijke bonus per patiënt. Een normpraktijk kreeg gemiddeld een vergoeding van 7500 euro. De vergoeding per praktijk varieerde van 0 tot 15.000 euro. Deelnamekosten voor een normpraktijk waren gemiddeld 6200 euro. Een deel van de praktijken kreeg een vergoeding die lager was dan de deelnamekosten. Ten tijde van het afnemen van de interviews wist nog niet elke huisarts hoe hoog de bonus zou zijn. Wel waren alle betrokken huisartsen bekend met het gebruikte bonussysteem. Deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] was een voorwaarde voor deelname aan het Transparantieproject. Een aantal praktijken nam al deel aan de accreditering voordat ze aan het Transparantieproject begonnen. Verschillende praktijken zijn vanwege deelname aan het Transparantieproject begonnen met de NHG-Praktijkaccreditering[®]. Voor het grootste deel van de praktijken is dit echter niet bekend.

ment van deelname leverde het geautomatiseerd verzamelen van gegevens nog geen tijdswinst op. Uit de interviews bleek dat de huisartsen vonden dat het verzamelen van gegevens over het medisch handelen veel tijd kostte, vooral omdat het niet mogelijk was om de gegevens makkelijk uit het medisch dossier te halen. Verschillende huisartsen gaven aan dat HIS-leveranciers hiertoe aanpassingen dienen te maken. Soms was de gevraagde informatie wel beschikbaar in een secundaire bron, maar bleek het bewerkelijk om deze informatie aan te leveren of was de informatie niet toegankelijk voor de huisartsen.

Huisartsen gaven ook aan dat ze vonden dat het verzamelen van gegevens niet tot hun takenpakket behoorde. Zo vertelde een van de huisartsen: 'De kwaliteit van zorg, dus echt het patiëntencontact, is toch het belangrijkste. Je bent nu met administratie bezig. Dingen die eigenlijk niet door een arts gedaan zouden moeten worden – de gegevensverzameling, overall achteraan gaan... In plaats van dat ik maandag een patiënt zag, was ik met administratie bezig.'

De inhoud van het VIA-meetinstrument

Het onderdeel praktijkorganisatie waardeerden de artsen in het algemeen positief, in het bijzonder het nalopen van een aantal zaken, zoals de inhoud van de spoedtas. Wel had een deel van de geïnterviewden het gevoel dat ze werden afgerekend op zaken die ze minder belangrijk vinden. Ze waren bang dat er vooral zou worden geturfd, terwijl de achterliggende gedachte, de kwaliteit van zorg, naar de achtergrond zou verdwijnen. Artsen vonden dat een deel van de indicatoren niet direct met de kwaliteit van zorg te maken hadden. Een van de huisartsen noemde hiervan een voorbeeld: 'De datum van de ampullen. Natuurlijk hebben wij die op orde. Je weet gewoon dat ze daar op gaan controleren. Dat regel je de dag van tevoren. Allemaal van die kleine dingetjes waarvan ik denk dat ze er eigenlijk niet toe doen. Het gaat om het geheel... Hoe borg je bepaalde dingen? Je kunt nu aan verbeteren denken, maar hoe heb je dat geborgd voor de toekomst? Je moet er immers voor zorgen dat je ook je kwaliteit behoudt. En niet alleen maar voor die verbeterplannen even een jaar er aan trekken, en het dan laten verwateren.'

Ook vonden huisartsen dat een aantal onderdelen te strikt werd gemeten. Praktijken scoorden bijvoorbeeld negatief als ze een goed lopend werkproces hadden maar dat niet in een schriftelijk protocol hadden vastgelegd. Ze vonden dat dat niet klopte.

Een enkele arts twijfelde aan de juistheid van de informatie die de patiënten hadden geleverd. Uit de interviews kwam wel naar voren dat ze het belangrijk vonden dat de meting ook vanuit het patiëntenperspectief plaatsvindt.

Huisartsen waren tevreden over de diversiteit van het VIA-instrument, zowel wat betreft de onderwerpen die aan bod komen, als wat betreft de gebruikte bronnen. Ze vonden wel dat er nog extra onderdelen toegevoegd zouden kunnen worden, bijvoorbeeld innovatie en samenwerking binnen de maatschap.

Tabel 1 Praktijkkenmerken van de populatie van het vragenlijstonderzoek en de interviews vergeleken met alle Nederlandse praktijken

	Onderzoekspopulatie vragenlijsten (n = 65)	Onderzoekspopulatie interviews (n = 29)	Alle praktijken (n = 4321)
Praktijkvorm			
▪ solo	29,2%	17,9%	43,5% [°]
▪ duo	30,8%	39,3%	31,8% [°]
▪ groep/gezondheidscentrum	40,0%	42,8%	24,7% [°]
Urbanisatiegraad [¶]			
▪ (zeer) sterk stedelijk	27,9%	31,0%	46,6% [°]
▪ matig/weinig stedelijk	60,6%	62,1%	41,1% [°]
▪ niet stedelijk	11,5%	6,9%	12,3% [°]
Praktijkgrootte			
▪ gemiddeld aantal patiënten per praktijk	4596	5076	4283 [†]
Werkdruk			
▪ gemiddeld aantal fte huisartsen per 1000 patiënten	0,41	0,42	0,42 [‡]

[°] NIVEL, 1-1-2007²⁰

[†] Tweede Nationale Studie naar verrichtingen in de huisartspraktijk²¹

[‡] VIA 2006/2007²²

[¶] (Zeer) sterk stedelijk: > 1500 adressen per km²; matig/weinig stedelijk: 500-1500 adressen per km²; niet stedelijk: < 500 adressen per km²

Verbeterplannen

Het overgrote deel van de huisartsen (88%) gaf aan dat het moeite kost om verbeterplannen te schrijven. Voor 44% van de huisartsen waren de gestelde eisen duidelijk. Aan het schrijven van de verbeterplannen besteedden ze gemiddeld 18,5 uur. Meer dan de helft was van mening dat de verbeterplannen hebben bijgedragen aan de kwaliteit van zorg.

Uit de interviews kwam naar voren dat het gehele proces van schrijven en goedkeuren van de verbeterplannen veel tijd in beslag nam, waardoor het proces stakte. De huisartsen waren hieraan liever minder tijd kwijt geweest, maar gaven ook aan dat het goed is om de plannen zelf te maken. Het proces ervoeren ze als te bureaucratisch en er was relatief te weinig aandacht voor de inhoud. Zo zei een huisarts: 'In het begin heb ik vrij veel moeite gehad met de grote aandacht voor de vorm. Ik vind de inhoud prima. Ik wil graag de puntjes op de i zetten, maar ik vond het blabla-gehalte af en toe een beetje te hoog. Het ging niet over onzin, maar ik vond wel vaak dat de vorm soms belangrijker leek dan ons uiteindelijke doel. We zijn toch wel heel pragmatisch'.

Een aantal huisartsen gaf ook aan dat een strikte methode houvast biedt bij het realiseren van uitvoerbare verbeterplannen. Hierbij wensten ze wel meer ondersteuning van buitenaf. De enige steun die ze nu konden krijgen, moesten ze zelf betalen. Dat vonden ze niet afdoende.

Ondersteuning bij de uitvoering

Huisartsen gaven tijdens de interviews aan dat het accrediteringsproces nog meer gestroomlijnd mocht worden en dat de communicatieverbetering behoefte. Vooral bij de start van de accreditering liep nog niet alles soepel. Uit de interviews bleek dat de aanpak van de accreditoren onderling verschilde. Dit gold ook voor de consultants.

Huisartsen kregen soms de behoefte zich te vergelijken met andere praktijken in de omgeving. Het beeld dat ze van de andere praktijken hadden, kwam niet altijd overeen met de observatie van de accreditator. Een huisarts vertelde bijvoorbeeld: 'Als ik zie hoe makkelijk sommige praktijken hun accreditering gekregen hebben en ik onze praktijk daar tegenover stel, dan denk ik dat het niet gelijkwaardig is. Wij zijn dan wel allebei geaccrediteerd, maar het verschil in organisatie wordt blijkbaar niet uitgedrukt in de accreditering. Als je heel veel te verbeteren hebt, dan heb je ook snel verbeterplannetjes en heb je ook snel drie dingen verbeterd. Ik vind dat er (meer) minimale eisen moeten zijn waar je aan moet voldoen'.

Verder verschilden de verzekeraars in hun vergoedingssysteem, wat de huisartsen als negatief beoordeelden.

Opbrengst voor de praktijk

De meerderheid van de huisartsen vond deelname aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] de tijdsinvestering waard en voor bijna alle huisartsen was het doel duidelijk. Ongeveer de helft van de huisartsen zou een collega aanraden mee te doen, 20% zou het afraden. De overige 30% scoorde neutraal op deze vraag. Ook reageerden de huisartsen zeer verdeeld op de vraag

Tabel 2 Overzicht van thema's en subthema's die naar voren kwamen in interviews en vragenlijsten; cursieve (sub)thema's zijn inductief bepaald

Thema	Vragenlijst	Interview
1. Motivatie voor deelname	x	x
2. Gegevensverzameling		
a. gegevens uit medisch dossier		x
b. invullen vragenlijsten		x
c. observatie		x
d. mening over gegevensverzameling algemeen	x	x
e. tijdsinvestering	x	x
3. <i>De inhoud van het meetinstrument (VIA)</i>		x
4. Verbeterplannen		
a. mening over verbeterplannen algemeen	x	x
b. tijdsinvestering	x	x
5. Ondersteuning bij uitvoering		
a. aanmelding bij bureau		x
b. praktijkconsulent		x
c. VIA-consulent		x
d. accreditator		x
e. ondersteuning bij gegevensverzameling		x
f. ondersteuning bij opstellen verbeterplannen		x
6. Opbrengst voor de praktijk		
a. mening deelname algemeen	x	x
b. <i>verzameling gegevens</i>		x
c. <i>veranderingen in team</i>		x
d. <i>financiële aspecten</i>		x

Tabel 3 Redenen voor deelname

Reden voor deelname	Aantal (van 61 artsen)
Verbeteren van de patiëntenzorg	50
Inzicht krijgen in medisch handelen	47
Inzicht krijgen in de praktijkvoering van de praktijk	42
Structuur geven aan veranderingen in de praktijk	33
Inzicht krijgen in de tevredenheid van onze patiënten	30
Naar buiten laten zien wat wij doen, want wij zijn daar trots op	27
Deelname was een voorwaarde voor/om... (met toelichting)	21
Verbeteren van markt- en onderhandelingspositie van de praktijk	16
Anders, namelijk (met toelichting van de praktijk)	8

Tabel 4 Tijdsinvestering van de gegevensverzameling per praktijk

Onderwerp	> 4 uur	2-4 uur	< 2 uur
Diabetes, COPD, astma of HVZ	58%	32%	10%
Medicatie of preventie	17%	28%	54%

of hun ervaringen overeenkwamen met hun verwachtingen van de NHG-Praktijkaccreditering[®]. De relatieve hoogte van de bonus bleek niet van invloed te zijn op deze meningen. De groep met de relatief hoge bonus leek iets vaker positief te scoren op de vragen 'is deelname de tijdsinvestering waard' en 'zou u een collega aanraden deel te nemen', dan de groep met de relatief lage bonus. De verschillen waren niet significant,



Foto: Margot Scheerder

maar het betrof ook kleine aantallen per groep.

Huisartsen gaven aan dat ze tijdens het verzamelen van de gegevens meer inzicht hadden gekregen in het eigen handelen. Er kwamen zaken aan het licht die ze direct konden aanpakken. Verschillende huisartsen bleken het toch minder goed te doen dan ze vooraf hadden gedacht. Een huisarts zei daarover: 'Ik ben over de accreditering op zich heel enthousiast, omdat deze inzicht geeft. Je denkt altijd dat je het al heel goed doet en dan kom je er achter dat een aantal dingen echt beter kan... En er komen dingen aan het licht die goed te verbeteren zijn'.

De huisartsen kregen een breed beeld van de praktijkvoering. Dat stond zwart op wit, waardoor het gemakkelijker werd om concreet aan de slag te gaan. Meedoen had volgens de huisartsen ook een positieve invloed op de samenwerking en de sfeer binnen het team. Een aantal huisartsen gaf aan dat de enorme hoeveelheid werk niet opwoog tegen de behaalde inzichten en verbeteringen. De accreditering heeft volgens een aantal huisartsen vooral meerwaarde voor huisartsen die nog veel te verbeteren hebben. Dat geldt volgens hen minder voor huisartsen die al voorop lopen. Ook beoordeelden ze de erkenning vanuit het NHG-promotiemateriaal, dat bestond uit een certificaat voor elke huisarts in de praktijk, folders en stickers, als erg mager in verhouding tot de tijds- en geldinvestering van de praktijk. Wel gaven verschillende praktijken aan dat ze dankzij de accreditering nu actiever bezig waren met kwaliteitsverbetering.

BESCHOUWING

Uit de resultaten blijkt dat het actief bezig zijn met kwaliteitsverbetering de voornaamste motivatie is van huisartsen om deel te nemen aan een accrediteringsprogramma zoals de NHG-Praktijkaccreditering[®]. De opbrengst voor de praktijk betreft vergroting van inzicht in de eigen praktijk en het werken aan verbetering van de kwaliteit aan de hand van zelf opgestelde verbeterplannen. Huisartsen merkten dat ook in de voorbereiding op de visitatie al een aantal zaken op orde

kwam. De aandachtspunten die ze noemden hebben betrekking op de tijdsinvestering voor de gegevensverzameling, vooral betreffende het medisch handelen, en het opstellen van de verbeterplannen. Ook wensen ze goede en onbetaalde ondersteuning. Huisartsen willen minder aandacht voor details en meer voor de onderliggende processen, zodat continue kwaliteitsverbetering inderdaad een continu proces is. Voor een deel van de huisartsen wegen de nadelen van het proces van de NHG-Praktijkaccreditering[®] zwaarder dan het gunstige effect van de deelname.

Beperkingen van het onderzoek

De onderzoekspopulatie betrof huisartspraktijken die ook deelnamen aan het Transparantieproject. Eenentwintig van deze 61 praktijken gaf aan deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering[®] omdat dat een voorwaarde was. De geldelijke bonus heeft huisartsen mogelijk een groter gevoel van erkenning gegeven, wat tot een positievere beoordeling kan hebben geleid. Anderzijds waren ze mogelijk kritischer over de inhoud van de indicatoren en de wijze van meten (*self-assessment*) omdat het belang van de meting groter was. Bij selectie van de huisartsen voor de interviews hebben we wel rekening gehouden met de hoogte van de bonus die is uitgekeerd (een evenredige verdeling). Onderzoek naar verschillen tussen deze groepen heeft door kleine aantallen geen significante effecten aangetoond. De evaluatievragenlijsten en interviews betroffen grotendeels vragen over het Transparantieproject. Ook lag in de interviews de nadruk op het medisch handelen, wat de huisartsen het belangrijkste onderdeel vonden. Een beoordeling over andere onderdelen is daardoor mogelijk onderbelicht gebleven.

De voor het huidige onderzoek gekozen methode heeft een aantal beperkingen. Tijdens de afnameperiode hebben we geen nieuwe (inductief afgeleide) thema's aan de interviews toegevoegd, waardoor deze in de interviews mogelijk onvolgende aan bod zijn gekomen. We hebben het interview gehouden onder een beperkt aantal huisartsen. Bij afname bleek echter sprake van saturatie.¹⁶

Lessen voor de toekomst

De ervaringen van huisartsen hangen samen met de motivatie en inzet tot deelname en daarmee ook met het effect dat men met een accreditering kan bereiken. Ten eerste is goede communicatie over de totstandkoming en het doel van de indicatoren noodzakelijk. Een aantal huisartsen gaf aan dat het instrument meer leek op een lijst met onbelangrijke zaken, die niet daadwerkelijk over 'kwaliteit' ging. Een beter inzicht in de ontwikkeling van een indicatorenset en de achtergronden daarvan kan participanten helpen beter te begrijpen wat er op welke manier gemeten wordt, waardoor hun motivatie toeneemt. Voor een deel van de aspecten die van belang zijn voor 'kwaliteit', bijvoorbeeld communicatie met patiënten, zijn geen duidelijke criteria beschikbaar. Daardoor is het moeilijk om hiervoor meetbare indicatoren op te stellen. Er bestaat een spanningsveld tussen meetbaarheid en wat men als 'kwaliteit'

teit' ervaart. Men kan indicatoren zien als een handvat voor kwaliteitsverbetering.

Ten tweede zijn de ervaringen met de gegevensverzameling van belang. Hoewel het verzamelen van gegevens veel moeite kostte en de huisartsen vonden dat dit niet tot hun takenpakket behoorde, draagt het wel bij aan kwaliteitsverbetering om de gegevens (deels) zelf te verzamelen. Huisartsen zullen de resultaten minder snel afdoen als onjuist en irrelevant. Ook krijgen huisartsen gedurende de gegevensverzameling vaak al inzicht in het eigen handelen. Daarbij blijkt geregeld dat de werkelijkheid minder gunstig is dan men dacht.¹⁷

Een derde punt betreft het schrijven van verbeterplannen. Hoewel binnen de NHG-Praktijkaccreditering[®] gekozen is voor een SMART-benadering voor het formuleren van doelen voor verbeterplannen,¹⁸ sloot deze aanpak toch niet altijd goed aan bij de werkwijze van de huisarts, wat soms tot frustraties heeft geleid. Om alle huisartsen gemotiveerd te houden tijdens een accrediteringsproces is het van belang om niet te zeer de nadruk te leggen op de methodiek, als wel op een inhoudelijke en pragmatische aanpak, zonder daarbij de achterliggende gedachte van concreet en volledig formuleren uit het oog te verliezen.

Ten vierde gaven praktijken aan dat de beoordeling door de accreditoren niet uniform verliep maar ook dat deze meer naar hun individuele situatie moeten kijken, zodat alternatieve oplossingen die niet overeenstemmen met de richtlijnen toch goedkeuring krijgen. Hier bestaat een spanningsveld: als men veel regels opstelt liggen consultants en accreditoren meer op één lijn, maar is er ook minder flexibiliteit bij de beoordeling van praktijken. Binnen NPA bv, het bedrijf dat de NHG Praktijkaccreditering[®] beheert, zijn sinds het afnemen van de interviews stappen ondernomen om het handelen meer te standaardiseren. Er is een certificatieschema opgesteld waarin de nadruk blijft liggen op systematische verbetering op basis van meten. De praktijk is zelf verantwoordelijk voor een keuze voor goede, bij de praktijk passende oplossingen voor bestaande risico's voor veiligheid en kwaliteit.

CONCLUSIE

Huisartsen die tevens hebben deelgenomen aan het Transparantieproject zijn gematigd positief over de NHG-Praktijkaccreditering[®]. Ze achten verdere doorontwikkeling van de accreditering noodzakelijk, waar binnen NPA bv ook voortdurend sprake van is.¹⁹ We kunnen een aantal bredere conclusies trekken op grond van onze resultaten. Huisartsen zijn bereid om de eigen praktijk en het handelen door te lichten met behulp van een accrediteringsproces. Van belang is dat de gegevensverzameling niet te veel tijd kost – de grote tijdsinvestering vormde het grootste struikelblok bij de NHG-Praktijkaccreditering[®]. Ook is het van belang dat het gebruikte instrument

uitnodigt tot echte kwaliteitsverbetering, die men kan borgen voor de toekomst. Hierbij is sprake van spanningsvelden tussen meetbaarheid en ervaren 'kwaliteit', en tussen flexibiliteit en eenduidigheid in het beoordelen. ■

LITERATUUR

- 1 Sutherland K, Leatherman S. Regulation and quality improvement: a review of the evidence. London: The Health Foundation, 2006. www.health.org.uk/QQUIP.
- 2 Grol R, Wensing M. Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- 3 Pauwels J. Kwaliteit kenbaar maken in de zorg; 2010. www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/2010%20Accreditering.pdf.
- 4 Braspenning J, Dijkstra R, Tacken M, Bouma M, Witmer H. Visitatie Instrument Accreditering (VIA[®]). Nijmegen/Utrecht: WOK/NHG/NPA, 2007.
- 5 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ. Assessment of management in general practice: Validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
- 6 Van Doorn A, Kirschner K, Bouma M, Burgers J, Braspenning J, Grol R. Evaluatie van het onderdeel medisch handelen van de accreditering. Vier klinimetric criteria. *Huisarts Wet* 2010;53:141-6.
- 7 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJ, Van den Bosch WJ. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual Health Care* 1999;8:167-71.
- 8 Kirschner K, Braspenning J, Gootzen T, Van Everdingen C, Batenburg J, Verstappen W, et al. Pay-for-performance in de huisartsenpraktijk: een experiment in Zuid-Nederland. Nijmegen: IQ healthcare, 2009. <http://www.iqhealthcare.nl/ContentFront/ContentProducts/ProductsMain.aspx?medewerkerId=78>.
- 9 Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, Van de Rijdt D, Grol R. Loon naar werken loont. *Med Contact* 2008;63:1042-5.
- 10 Kirschner K, Braspenning J, Batenburg J, Van de Rijdt D, Muijers P, Van Everdingen C, et al. Value for money: een model voor honoreren van kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Nijmegen: afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St Radboud, 2008. <http://www.iqhealthcare.nl/ContentFront/ContentProducts/ProductsMain.aspx?medewerkerId=78>.
- 11 Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *Int J Qual Health Care* 2011;23:8-14.
- 12 Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. Third edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.
- 13 Pope C, Mays N. Critical reflections on the rise of qualitative research. *BMJ* 2009;339:737-9.
- 14 Pope C, Ziebland C, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
- 15 Richie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess RG (eds). *Analysing qualitative data*. London: Routledge, 1994.
- 16 Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Den Haag: Boom onderwijs, 2005.
- 17 Braspenning J, Hermens R, Wollersheim H, Grol R. Meten van (veranderingen in) de zorg: de rol van indicatoren. In: Grol R, Wensing M (redactie). *Implementatie; effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- 18 Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives. *Management Rev* 1981;70:35-6.
- 19 NPA beleidsnotitie 2008. <http://npa.artsennet.nl/professionals/huisartsen/belangrijke-documenten.htm>.
- 20 Nivel-beroepenorganisaties, 2007. Beschikbaar via www.nivel.nl.
- 21 Schellevis FG, Westert GP, De Baker DH, Groenewegen PD. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- 22 Visitatie Instrument Praktijkaccreditering, recente gegevens 2006/2007.
- 23 Witmer JM, Bouma M, Braspenning J, In 't Veld CJ, Grol R. NHG-Praktijkaccreditering[®]. Een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijken. Utrecht/Nijmegen: NHG/WOK, 2005.
- 24 Van den Hombergh P. Practice visits. Assessing and improving management in general practice. Nijmegen: Catholic University of Nijmegen, 1998.
- 25 Wensing MJP. Patients evaluate general practice. Nijmegen: Catholic University of Nijmegen, 1997.