

Hoe meer, hoe beter?

Kwaliteitszorg in huisartsenpraktijken. Een vergelijking tussen solopraktijken en groepspraktijken.

M.A.W.J. (Mariëlle) Immerzeel

Struisenburgdwarsstraat 306/1

3063 BV Rotterdam

Studentnummer: 290571

E-mail: 290571mi@student.eur.nl

Begeleider: dr. J.D.H. van Wijngaarden

Meelezer: drs. K.M.M. Lemmens

Voorwoord

Voor u ligt de bachelorscriptie die het sluitstuk vormt van de bachelorfase van de studie Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management in de Gezondheidszorg die ik aan de Erasmus Universiteit Rotterdam heb gevolgd.

Het onderwerp van deze scriptie is kwaliteitszorg in de huisartsenpraktijk. Daarbij is in het bijzonder ingegaan op de verschillen tussen groepspraktijken en solopraktijken op het gebied van kwaliteitszorg. Belangrijke thema's als samenwerking, bereikbaarheid, doelmatigheid en de rol van de patiënt zullen aan de orde komen. Met het schrijven van deze scriptie wordt een beeld gegeven van de gevolgen van het toenemende aantal groepspraktijken in de huisartsenzorg voor de manier waarop aan kwaliteit wordt gewerkt.

De keuze voor het schrijven van een bachelorscriptie over de huisartsenzorg is voortgekomen uit het feit dat ik al een aantal jaar werkzaam ben in een huisartsenpraktijk. Mede doordat mijn vader al 25 jaar werkzaam is als huisarts, heb ik altijd een bijzondere belangstelling gehad voor dit onderdeel van de gezondheidszorg.

Langs deze weg wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst Dr. J.D.H. van Wijngaarden voor goede begeleiding en zijn tijd. Daarnaast Mw. drs. K.M.M. Lemmens voor het feit dat zij mee-lezer heeft willen zijn. Natuurlijk bedank ik alle huisartsen die, ondanks een gebrek aan tijd, hebben willen meewerken aan dit onderzoek. Vervolgens wil ik mijn familie en vrienden voor de motiverende woorden als ik die nodig had.

Ten slotte wil ik u veel leesplezier wensen bij het lezen van deze bachelorscriptie.

Rotterdam, augustus 2007

M.A.W.J. (Mariëlle) Immerzeel

Samenvatting

De huisarts is in Nederland de poortwachter van de gezondheidszorg. De huisartsenzorg erop gericht om generalistische, toegankelijke, persoonsgerichte en continue zorg te leveren. In het verleden werkte de huisarts solistisch. Hij had een eigen praktijk en was daarin zelf verantwoordelijk voor alle patiëntenzorg. Een aantal ontwikkelingen heeft ervoor gezorgd dat de huisartsenzorg is veranderd. Door de toenemende werkdruk zijn er nieuwe disciplines bijgekomen en is er steeds meer sprake van taakdelegatie. Maar de belangrijkste ontwikkeling is dat huisartsen steeds meer en intensiever zijn gaan samenwerken. Dit is door de overheid en zorgverzekeraars gestimuleerd. Steeds meer groepspraktijken werden gevormd en tussen 1995 en 2005 is het aantal solopraktijken gehalveerd, terwijl het aantal groepspraktijken is verdubbeld.

Groepspraktijken worden gevormd omdat daarmee voordelen worden beoogd. Zo zouden er voordelen zijn op het gebied van overleg en toetsing, functiedifferentiatie, automatisering, beschikbaarheid en management. Een aantal van deze beoogde voordelen heeft te maken met de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd. Onbekend is of er daadwerkelijk verschillen bestaan tussen de manier waarop aan kwaliteitszorg wordt gewerkt in een solopraktijk ten opzichte van een groepspraktijk. Daarom luidt probleemstelling van dit onderzoek:

In hoeverre verschilt de manier waarop wordt omgegaan met kwaliteitszorg in een groepspraktijk van die in een solopraktijk?

Kwaliteit meten in de gezondheidszorg is niet eenvoudig. Toch zijn er een aantal punten waaraan kwalitatief goede zorg moet voldoen. Het zorgaanbod dient te zijn afgestemd op de reële behoefte van de patiënt, de verleende zorg moet van goed niveau zijn, de zorg moet doelmatig verleend zijn en de zorg moet patiëntgericht zijn. Om de kwaliteit te verbeteren zijn een aantal instrumenten beschikbaar. Dit zijn: standaardisering en protocollering, bijscholing, cyclische kwaliteitsverbetering, het betrekken van patiënten en certificering (Harteloh en Casparie, 1998). In dit onderzoek is gekeken op welke gebieden artsen proberen de kwaliteit te verbeteren en welke instrumenten zij daarbij gebruiken.

In totaal zijn zes huisartsen geïnterviewd. Drie daarvan zijn werkzaam in een groepspraktijk en drie in een solopraktijk. Een beschrijving van alle activiteiten die de geïnterviewde huisartsen ondernemen op het gebied van kwaliteitszorg is te vinden in hoofdstuk 5. De opvallende verschillen en overeenkomsten zijn:

- Om kwaliteit te verbeteren gebruiken alle huisartsen dezelfde instrumenten. Alleen van certificering wordt in de groepspraktijken meer gebruik gemaakt dan in de solopraktijken.
- Zowel in solopraktijken als in groepspraktijken zijn alle gedelegeerde taken geprotocolleerd.
- In de groepspraktijken wordt meer aandacht besteed aan de herziening en autorisatie van protocollen.
- De huisartsen in de groepspraktijken investeren meer tijd in het bijscholen van de praktijkassistentes.
- In groepspraktijken zijn de praktijkassistentes beter getraind in triage.
- De huisartsen in groepspraktijken hebben meer taken gedelegeerd naar de praktijkondersteuners. Deze hebben zij daarom ook meer bijgeschoold.
- Huisartsen in solopraktijken proberen de telefonische bereikbaarheid te verbeteren door zoveel mogelijk bereikbaarheid, terwijl huisartsen in groepspraktijken de patiënt meer proberen te 'sturen' en daarbij vaak gebruik maken van een telefoonbeantwoorder met keuzemenu.
- Huisartsen in groepspraktijken werken vaker mee aan grote innovatieve projecten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

Uit voorgaande verschillen en overeenkomsten kan worden geconcludeerd dat in groepspraktijken actiever wordt gewerkt aan kwaliteitszorg. Echter ook in solopraktijken zijn voordelen te behalen door samenwerking. Deze samenwerking zal echter meer moeite kosten. Tot op heden zijn de huisartsen in groepspraktijken op het gebied van kwaliteitszorg meer actief dan de huisartsen in solopraktijken.

Summary

The general practitioner (GP) is in the Netherlands the gatekeeper of the healthcare system. The focus of the GP in the Netherlands lies on providing general, accessible, personalized and continuous care. In the past GPs used to work solo in his practice. He had his own practice and therefore was fully responsible for all the patient care. A number of developments caused the care delivered by GPs to change. Because of the increasing work pressure new disciplines were found and task delegation became a common good. The most important development however is that GPs more and more tend to collaborate intensively. This development is also stimulated by the government and insurance companies. More and more group-practices were found and between 1995 and 2005 the number of solo-practices decreased with 50 percent, while the number of group-practices doubled.

Group-practices were found because the advantages gained out of it are significant. For example, there are advantages in consultation, specialization, automation, availability and management. A number of these intended benefits has to do with the quality of care that is being given. Unknown is whether there are differences to be found in the way solo- and group-practices handle quality care. Therefore the problem definition in this thesis is:

To what extent differs the way that group- and solo-practices handle their quality care?

To measure quality care in healthcare is not easy. However there are a number of points that good quality care should match up to. The care provided should be adapted to the patient-needs and the provided care should be of high level, it should be provided efficiently and patient-oriented. There are several instruments to improve quality. These instruments are; standardizing and protocolization, advanced training, cyclic quality improvement, involve patients and certification (Harteloh en Casparie, 1998). This research deals with the way that GPs handle quality and the instruments they use in that process.

Six GPs were interviewed for this thesis. Three of them are solo and three work in a group-practice. A description of all the activities that the interviewed GPs perform on quality can be found in chapter 5. Remarkable differences and similarities are:

- All the GPs use the same instruments to improve quality. Certification is the only thing that group-practices are more active in than solo-practices.

- Both solo- and group-practices have all the delegated task protocolized.
- Group-practices spend more attention to revising and authorization of protocols.
- GP's in group-practices spend more time on advanced training of practice assistants.
- In group-practices assistants are better trained on triage.
- GP's in group-practices delegated more tasks to practice-support assistants; therefore they gave them more advanced training.
- GP's in solo-practices try to improve telephone availability, while GP's in group-practices try to 'steer' the patient.
- GP's in group-practices tend to cooperate more on large innovative projects to improve the quality and efficiency of the care provided.

From these differences and similarities can be concluded that group-practices are more active in improving the quality care. However in solo-practices there are advantages to be gained with collaboration. But these collaborations will cost more effort. Up until now GP's in group-practices spend more effort on quality care than their solo colleagues.

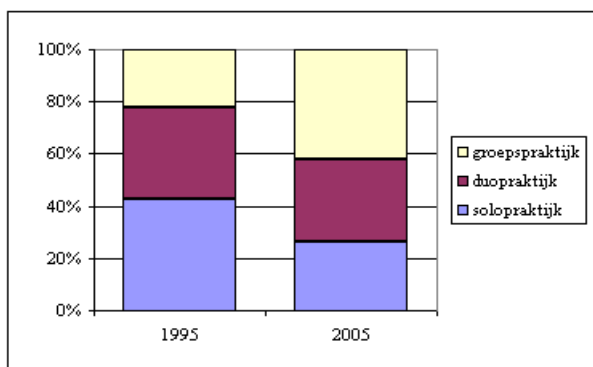
Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	2
SAMENVATTING	3
SUMMARY	5
INHOUDSOPGAVE.....	7
1. INLEIDING	8
2. ONDERZOEKSVRAAGSTELLING	10
2.1 Probleemverkenning	10
2.2 Doelstelling.....	10
2.3 Probleemstelling en deelvragen	11
3. THEORETISCH KADER	12
3.1 Huisartsenzorg	12
3.2 Samenwerken	13
3.3 Kwaliteit.....	14
3.4 Kwaliteitszorg	15
4. METHODOLOGIE	21
4.1 Methoden	21
4.2 Betrouwbaarheid	22
4.3 Validiteit.....	22
5. ANALYSE.....	23
5.1 De huisartsenpraktijken.....	23
5.2 Visie op kwaliteitszorg.....	25
5.3 Kwaliteit meten	26
5.4 Samenwerking	28
5.5 De patiënt centraal	35
5.6 Bereikbaarheid	40
5.7 Doelmatige zorg	44
5.8 Verschillen en overeenkomsten	47
6. CONCLUSIES	49
6.1 Kwaliteitsbevordering	49
6.2 Kwaliteitszorg	52
6.3 Beantwoording probleemstelling	55
7. DISCUSSIE	56
LITERATUURLIJST	58
BIJLAGE 1 TOPICLIJST	61

1. Inleiding

In de Nederlandse huisartsenzorg wordt samenwerking steeds belangrijker. Dit wordt door verschillende partijen, zoals de overheid, gestimuleerd. Ook zijn verzekeraars bereid om hiervoor te betalen. De samenwerking moet zorgen voor een kwalitatief betere zorg rondom de patiënt. Huisartsen werken niet meer, zoals een aantal jaar geleden, zuiver solistisch. Ze worden gestimuleerd om met elkaar samen te werken. Van oorsprong namen huisartsen binnen dezelfde gemeente alleen voor elkaar waar tijdens de nacht- en weekenddiensten en tijdens vakanties. Zij werkten binnen de zogenaamde waarneemgroep. In 1989 is de landelijke huisartsen vereniging (LHV) opgericht om de waarneemgroep meer functies te geven (Crebolder ea, 1997). De waarneemgroepen veranderen in huisartsengroepen (Hagro's). Een van de nieuwe functies is het organiseren van samenwerking met elkaar en andere disciplines. Als vervolgstap wordt een hechtere samenwerking gezien, in de vorm van groepspraktijken. In de praktijk wordt onderscheid gemaakt worden tussen twee praktijkvormen. De kleine praktijken, solo- of duopraktijken en de groter georganiseerde praktijken, met 3 of meer huisartsen. De huisarts die werkzaam is in een solo- of duopraktijk zal worden gedefinieerd als de solistische huisarts. Huisartsen die met minimaal 3 huisartsen op één locatie werken zullen worden gedefinieerd als huisartsen werkzaam in een groepspraktijk.

In de jaren '70 werd samenwerking tussen huisartsen in groepspraktijken al vanuit de overheid extra gefinancierd. Mede daardoor groeide in die jaren het aantal gestructureerde samenwerkingsverbanden. Voor die tijd werkte het grootste deel van de huisartsen nog solistisch (Boot en Knapen, 2001).



Tabel 1

Bron: Kenens ea, 2005

In de laatste jaren neemt het aantal duo- en groepspraktijken toe. Daarbij daalt het aantal solopraktijken in Nederland. Op 1 januari 2005 telt Nederland 4533 huisartsenpraktijken. Daarvan is 50,4% een duo- of groepspraktijk. Dit ten opzichte van 44,2% op 1 januari 2001 (Kenens ea, 2005).

Ook geven steeds meer afgestudeerde huisartsen aan dat zij graag in een groepspraktijk willen werken, dit is zeker bij vrouwelijke huisartsen het geval (Kenens ea, 2005).

Gewenste praktijkvorm	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Solopraktijk	12	8,2	1	0,4	13	3,2
Duopraktijk	39	26,5	85	32,9	124	30,6
Groepspraktijk	82	55,8	165	64	247	61
Geen voorkeur (incl. onbekend)	14	9,5	7	2,7	21	5,2
Totaal	147	100	258	100	405	100

Tabel 2

Bron: Kenens ea, 2005

Dit alles heeft tot gevolg dat het aantal groepspraktijken in Nederland nog steeds toeneemt. In dit onderzoek zal worden ingegaan op de mogelijke verschillen van de manier waarop de huisarts omgaat met kwaliteitszorg in een solopraktijk, ten opzichte van de huisarts in een groepspraktijk.

2. Onderzoeksvraagstelling

2.1 Probleemverkenning

De groepspraktijk is tegenwoordig steeds populairder. In steeds meer gemeenten betrekken huisartsen een gezamenlijk pand, al dan niet met andere eerstelijns disciplines. Een groepspraktijk zou verscheidene voordelen hebben (Crebolder ea, 1997). Zo kunnen er voordelen zijn op het gebied van overleg en toetsing, functiedifferentiatie, automatisering, beschikbaarheid en management (Crebolder ea, 1997). Doordat in een groepspraktijk meerdere huisartsen werkzaam kunnen voordelen ontstaan. Zo zouden huisartsen meer en beter met elkaar kunnen overleggen. Bovendien kunnen zij elkaar bij twijfel raadplegen. Ook zou volgens Crebolder ea. de beschikbaarheid van de huisartsen bevorderen. En de huisartsen zijn samen in staat zijn om iemand aan te nemen voor het management van de praktijk. Iets dat voor een solistische huisarts te duur kan zijn (1997).

Een aantal effecten van de vorming van een groepspraktijk kan liggen op het vlak van kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld het vergemakkelijken van overleg en toetsing en de mogelijkheid tot functiedifferentiatie (Crebolder ea, 1997). In groepspraktijken zou meer mogelijk zijn op het gebied van kwaliteitszorg. Dit zou worden veroorzaakt door de hechte samenwerking tussen huisartsen en het grote gezamenlijke patiëntenaantal. De vraag is echter of in een groepspraktijk inderdaad meer aandacht is voor kwaliteitszorg dan in de traditionele solopraktijk.

2.2 Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel een inventarisatie te geven van de verschillen in het omgaan met kwaliteitszorg tussen verschillende praktijkvormen. Er zal worden onderzocht of het toenemende aantal groepspraktijken zorgt voor meer aandacht voor kwaliteitszorg. Daarom zal worden onderzocht of huisartsen in groepspraktijken anders met kwaliteitszorg omgaan dan huisartsen die solistisch werken. In de bestaande literatuur wordt ingegaan op de toename van groepspraktijken in Nederland en de verwachte toename in kwaliteit die daarmee samengaat. In dit onderzoek zal worden vastgesteld of deze verwachtingen terecht zijn.

Daarnaast heeft dit onderzoek als doel een beeld te geven van de mogelijke invloed van de vorming van groepspraktijken op de kwaliteit van zorg. Uiteindelijk wil iedere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te

bereiken. De verwachting wordt geschept dat in groepspraktijken een serieuzer kwaliteitsbeleid wordt gevoerd dan in een solopraktijk. In dit onderzoek zal inzichtelijk worden gemaakt of de vorming van groepspraktijken zorgt voor een verbetering van de kwaliteitszorg.

2.3 Probleemstelling en deelvragen

In dit onderzoek zal worden onderzocht of er een verschil is in de manier waarop met kwaliteit wordt omgegaan tussen groepspraktijken en solopraktijken. Zonder hier al in de eerste fase van het onderzoek een richting aan te geven is de probleemstelling zo neutraal mogelijk geformuleerd. De probleemstelling van dit onderzoek luidt:

In hoeverre verschilt de manier waarop wordt omgegaan met kwaliteitszorg in een groepspraktijk van die in een solopraktijk?

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden zullen de volgende deelvragen worden behandeld.

- Hoe kan kwaliteit in de huisartsenpraktijk worden bevorderd?
- Hoe wordt in een groepspraktijk omgegaan met kwaliteitszorg?
- Op welke manier werkt een solistische huisarts aan kwaliteitszorg?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?

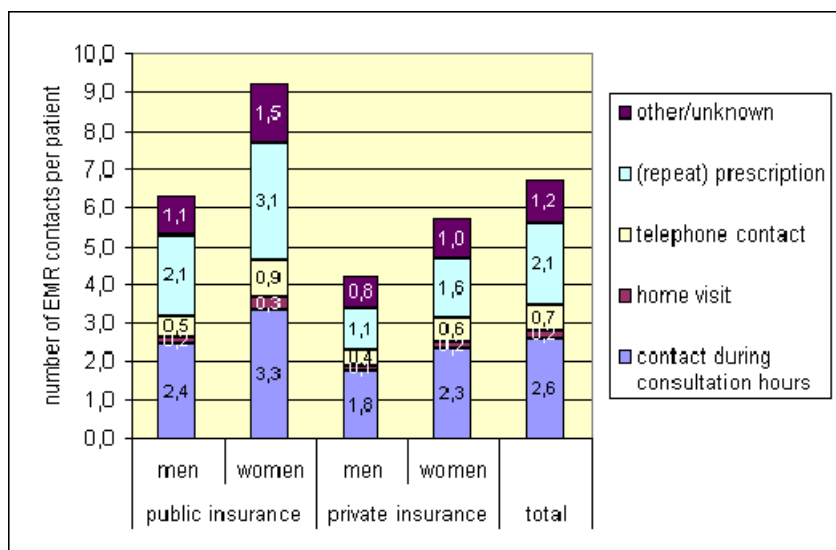
3. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal theorie aan de orde komen over huisartsenzorg en samenwerking. Ook zal theorie over kwaliteit en kwaliteitszorg worden behandeld. Op deze manier zal een basis worden gelegd voor verdere stappen in dit onderzoek. In paragraaf 3.1 zal kort de huisartsenzorg in Nederland worden beschreven, waarna in paragraaf 3.2 samenwerking tussen huisartsen aan de orde zal komen. Paragraaf 3.3 behandelt kwaliteit en paragraaf 3.4 kwaliteitszorg.

3.1 Huisartsenzorg

De huisartsenzorg in Nederland is er op gericht om generalistische, toegankelijke, persoonsgerichte en continue zorg te leveren. Dat houdt in dat mensen voor alle gezondheidsproblemen terecht kunnen bij de huisarts (generalistisch). De toegankelijkheid heeft te maken met de afstand tot de huisarts, dat deze eenvoudig te benaderen is en dat mensen 7 dagen per week, 24 uur per dag gebruik kunnen maken van huisartsenzorg. Daarnaast heeft de huisarts aandacht voor het individu als geheel, dus niet alleen de ziekte, en zijn omgeving (persoonsgericht) en levert de huisarts zorg in alle levensfasen en ziekte-episoden (continuïteit) (Schellevis ea, 2006). Vaak is de huisarts het startpunt van de patiënt met een zorgvraag. Deze kan vervolgens doorverwijzen naar andere zorgverleners, in de eerste of tweede lijn (Schellevis ea, 2006).

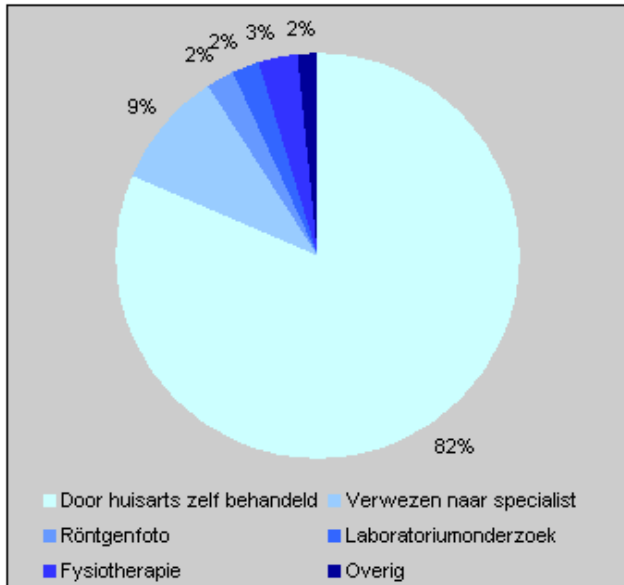
Gemiddeld hadden mensen in 2005 6,7 keer contact met de huisarts. Het meest hebben mensen contact met de huisarts voor een recept of een consult (Verheij ea, 2006). Details over de contacten met huisartsen zijn te zien in tabel 3.



Tabel 3

Bron: Verheij ea, 2006

In 2003 werd 3,7 % (2,1 miljard euro) van de totale kosten van de gezondheidszorg besteed aan huisartsenzorg (Wieren, 2006). Met deze 3,7% handelt de huisarts 82% van de klachten zelf af, slechts 18% wordt doorverwezen naar andere zorgverleners. Zoals weergegeven in tabel 4 (www.cbs.nl, 2007).



Tabel 4

Bron: www.cbs.nl, 2007

3.2 Samenwerken

Ook in andere landen is een groot deel van de huisartsen in een groepspraktijk. (Brandson en Armstrong, 2004). In Engeland bijvoorbeeld worden huisartsen steeds meer gestimuleerd om te gaan samenwerken. Terwijl de meeste huisartsen gewend waren alleen verantwoordelijk te zijn voor al het werk binnen de solopraktijk, moet de verantwoordelijk nu worden gedeeld. Dit kan voor spanningen zorgen (Brandson en Armstrong, 2004). Dit heeft als oorzaak dat huisartsen andere werkwijzen hanteren. Zo zijn er de huisartsen die snel werken, terwijl een ander langer de tijd neemt voor een consult. Maar ook kunnen verschillende huisartsen hun prioriteiten anders leggen. De één vindt de patiëntenzorg heel belangrijk en laat daarvoor de organisatorische zaken schieten, terwijl een andere huisarts deze organisatorische taken minstens zo belangrijk vindt als patiëntenzorg. Het kan voorkomen dat de werkdruk daardoor niet evenredig verdeeld is over de verschillende huisartsen binnen de praktijk (Brandson en Armstrong, 2004). Het is daarom belangrijk duidelijke afspraken te maken over werkverdeling, om spanningen te reduceren (Brandson en Armstrong, 2004).

Met meer samenwerking binnen groepspraktijken wordt vaak beoogd de werkdruk van de huisarts te verminderen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Uit onderzoek van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) blijkt dit echter anders uit te pakken. Zo is een huisarts die werkzaam is in een groepspraktijk vermoeider dan een huisarts die werkzaam is in een solo- of duopraktijk (Tacken, 2003). De huisartsen die in een groepspraktijk werken hebben een grotere ervaren vermoeidheid, terwijl ze significant minder uren werkzaam zijn in de praktijk dan huisartsen die werkzaam zijn in een solo- of duopraktijk. Deze hogere ervaren vermoeidheid had niets te maken met het aantal patiënten of de samenstelling van de patiëntenpopulatie (Tacken, 2003). De hogere vermoeidheid is dus waarschijnlijk het gevolg van de praktijkvorm.

Toch worden er in Nederland steeds meer grote praktijkorganisaties opgezet van 3 huisartsen of meer. Hiermee worden grote voordelen beoogd, zoals onderling overleg en toetsing, gestructureerd overleg met anderen, functiedifferentiatie, automatisering, beschikbaarheid en management (Crebolder ea, 1997). Aan de andere kant staat de visie op huisartsenzorg in Nederland. Huisartsen zijn in Nederland de spil van de eerstelijnszorg. Er wordt verwacht dat zij generalistische, toegankelijke en persoonsgerichte zorg verlenen (Schellevis ea, 2006). Deze zou in gevaar kunnen komen door de toenemende grootschaligheid van de huisartsenzorg.

Patiënten stellen steeds hogere eisen aan de huisartsenzorg. Om zich te onderscheiden moeten huisartsen dus meer service gaan bieden aan patiënten, zoals ruimere openingstijden, zodat patiënten naar de huisarts kunnen zonder daarvoor werk af te hoeven zeggen. De werkdruk van huisartsen zou daardoor toe kunnen nemen, maar in een groepspraktijk kunnen huisartsen voor elkaar waarnemen, waardoor de huisarts niet meer uren hoeft te gaan werken. Dat zou een belangrijke reden zijn waardoor de solopraktijk in de toekomst niet meer haalbaar is. Dit beweert managementdeskundige Guido Thys in een interview in het tijdschrift 'Medisch Ondernemen' (Zweden, 2006).

3.3 Kwaliteit

De aandacht voor kwaliteit in de gezondheidszorg is in de afgelopen decennia sterk toegenomen. Het wordt in politieke debatten steeds vaker genoemd, veelal in combinatie met kosten om de doelmatigheid van de zorg aan te geven (www.minvws.nl, 2007). Ook patiënten krijgen steeds meer oog voor kwaliteit en vinden dat steeds belangrijker bij hun keuzes in de zorg. In dit onderzoek speelt kwaliteit ook een grote rol. Maar wat is kwaliteit nu eigenlijk?

Vanuit de bedrijfskundige aanpak wordt kwaliteit niet gezien als een kenmerk van een object, maar als eigenschap van de relatie tussen subject en object. Het gaat bij zorg dus om de relatie tussen de zorg (object) en de ervaring van de patiënt (subject). Verschillende subjecten kunnen hetzelfde object op een verschillende manier beoordelen (Harteloh en Casparie, 1998). Binnen de gezondheidszorg zijn verschillende partijen met verschillende belangen die op een andere manier naar kwaliteit kunnen kijken. Zo ontstaan verschillende perspectieven.

- Overheid: de overheid heeft te maken met twee verschillende belangen. Ten eerste wil deze de kwaliteit van de zorg goed is en dat daardoor de volksgezondheid op peil blijft, maar de overheid heeft ook een groot belang bij een betaalbare gezondheidszorg. De kosten dienen dus in de hand gehouden te worden.
- Patiënt: de patiënt ziet kwalitatief goede zorg als de zorg die het beste zijn zorgvraag beantwoord. Hoe dichter de patiënt bij zijn beoogde doel komt, hoe beter bij de kwaliteit zal beoordelen.
- De beroepsbeoefenaar: de beroepsbeoefenaar zal kwaliteit beoordelen als het best haalbare resultaat. Daarbij zal hij kijken naar de kosten, deze zal hij zo laag mogelijke houden. Dit omdat hij op die manier zoveel mogelijk mensen kan helpen.
- Verzekeraar: de verzekeraar zal in eerste instantie kijken naar de doelmatigheid als het om kwaliteit gaat. Verzekeraars willen een zo hoog mogelijke kwaliteit voor zo min mogelijk geld. Verzekeraars zijn niet gebaat bij mindere kwaliteit voor lage prijzen, omdat dit uiteindelijk zal leiden tot hogere kosten.

Het streven naar een betere kwaliteit vanuit alle perspectieven is dus complex. Er dient met veel verschillende belangen rekening gehouden te worden (Harteloh en Casparie, 1998).

3.4 Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is de manier waarop in een organisatie gewerkt wordt aan kwaliteit. Dit begint met kwaliteitsbewaking (Bakker en Steenbergen, 2006). Daarbij wordt een product of dienst nadat het is geproduceerd of geleverd getoetst aan de geldende normen. In de gezondheidszorg is kwaliteitsbewaking niet eenvoudig. Het gaat om zorgverlening die moeilijk te normeren is en in iedere situatie anders is. Daarbij stuit men in een professionele bureaucratie vaak op veel weerstand tegen kwaliteitsbewaking (Harteloh en Casparie, 1998).

De verdieping van de kwaliteitszorg vindt plaats als men gaat werken aan kwaliteitsbevordering. Daarbij worden actief nieuwe technieken geïmplementeerd en activiteiten ondernomen om de kwaliteit te verbeteren. Als wordt gewerkt aan het verhogen van de kwaliteit worden criteria opgesteld waaraan de kwaliteit kan worden getoetst. Er zijn een aantal algemene maatstaven die in iedere sector gebruikt kunnen worden. Zo kan kwaliteit worden getoetst aan de hand van effectiviteit, efficiëntie, legitimiteit en satisfactie (Vinkenburg, 1992).

Daarnaast zijn er zorgspecifieke maatstaven die in de gezondheidszorg zeer belangrijk zijn in tegenstelling tot andere sectoren.

- Technische maatstaven: hierbij gaat het om zorginhoudelijke kwaliteit, die kan worden afgemeten aan bijvoorbeeld standaardisatie en de opgestelde behandelplannen.
- Functionele maatstaven: deze maatstaven hebben betrekking op de manier waarop de arts en de patiënt zich hebben ingezet om de behandeling tot een goed einde te brengen.
- Relationele maatstaven: hebben betrekking op de bejegening en de arts-patiëntrelatie.
- Institutionele maatstaven: hoe is de kwaliteit van de diensten rondom de medische behandeling, zoals organisatie en communicatie.
- Financiële maatstaven: financiering, prijs/kwaliteitverhouding en de honorering van de professionals.

(Vinkenburg, 1992).

De kwaliteit van diensten en producten kan worden afgemeten aan de hand van deze maatstaven en van te voren gestelde eisen. Voor producten en diensten in de gezondheidszorg is dit minder eenvoudig dan in andere sectoren, omdat in de gezondheidszorg geen sprake is van een universeel product. De uitkomst van een behandeling is moeilijk te toetsen omdat er in de zorg vaak moet worden ingespeeld op veranderende of complexe situaties, bijvoorbeeld bij complicaties. Hierdoor moet de nadruk bij het beoordelen van de kwaliteit niet zozeer liggen op de uitkomst, maar op het proces. Heeft de arts op het juiste moment de juiste beslissing genomen? Ook speelt de satisfactie van de patiënt een belangrijke rol (Vinkenburg, 1992).

Vaak blijkt dat professionals andere aspecten van kwaliteit belangrijk vinden dan cliënten. Dit speelt niet alleen bij artsen, maar ook bijvoorbeeld bij advocaten. Professionals leggen de

nadruk op de kern van het proces, de technische en functionele maatstaven. Dit in tegenstelling tot de patiënten, die de relationele, financiële en institutionele aspecten belangrijker vinden. Dit heeft twee oorzaken; professionals vinden hun expertise belangrijk, omdat deze onmisbaar is in het bereiken van het gewenste resultaat. Daarnaast hechten patiënten meer belang aan de kwaliteit van organisatie en bejegening. Dit heeft mede te maken met het feit dat de medisch inhoudelijke kwaliteit moeilijk te beoordelen is voor de patiënt (Vinkenburg, 1992).

Kwaliteitsbevordering

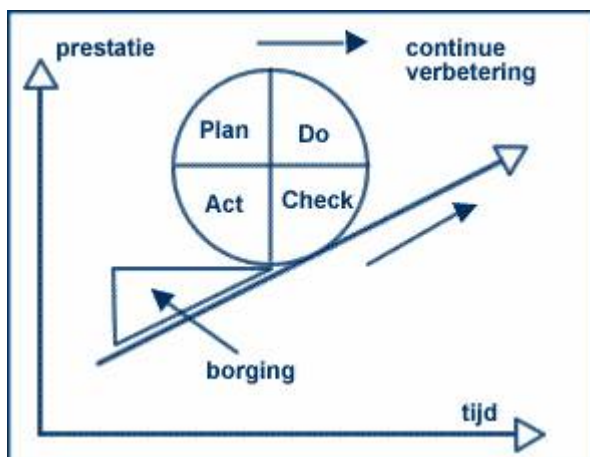
Om aan de gestelde eisen op het gebied van kwaliteit van zorg te voldoen moet actief aan kwaliteitsverbetering worden gewerkt. Hiervoor zijn een aantal instrumenten beschikbaar die toepasbaar zijn in de huisartsenzorg. Deze zijn:

- **Standaardisering en protocollering**
Door middel van het maken en gebruiken van protocollen kan de kwaliteit en veiligheid van de zorg verbeteren. Protocollen kunnen medisch-technische, organisatorische en gedelegeerde taken beschrijven (Sluijs ea, 2007).
- **Cyclische kwaliteitszorg**
Continue kwaliteitsverbetering vindt plaats aan de hand van een kwaliteitscyclus. Op verschillende vlakken kan door het cyclisch verbeteren de kwaliteit van zorg toenemen. Vaak gebeurt dit aan de hand van de PDCA- cyclus van Deming. Voorbeelden van cyclische verbetering zijn intercollegiale toetsing, benchmarking, risico-inventarisatie en marktonderzoek (Sluijs ea, 2007).
- **Betrekken van patiënten**
Patiënten zijn de klanten in de gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk de patiënt te betrekken bij kwaliteitsbevordering. Door inspraak van de patiënt kan de zorg meer op de wensen van de patiënt worden toegespitst (Sluijs ea, 2007).
- **Bijscholing**
Voor goede zorgverlening is het van belang dat de zorgverleners regelmatig worden bijgeschoold. Hierdoor blijven zij op de hoogte van ontwikkelingen en kunnen zij de best mogelijke zorg leveren. Het gaat hier niet alleen om het bijscholen van de arts, maar van alle medewerkers in de praktijk. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg (Sluijs ea, 2007).
- **Certificering**
Huisartsen kunnen door middel van accreditatie een keurmerk verdienen dat aantoont dat zij continu actief bezig zijn met kwaliteitsverbetering. Dit keurmerk wordt afgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Door het traject van

accreditatie in te gaan kan de kwaliteit worden verbeterd en kan dit aan de buitenwereld kenbaar worden gemaakt (www.praktijkaccreditering.nl, 2007).

Kwaliteitscyclus

Cyclische kwaliteitszorg is een van de instrumenten om de kwaliteit in de huisartsenpraktijk te verbeteren. Om cyclisch te werken kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van de kwaliteitscyclus van Deming. Deze bestaat uit vier stadia. De eerste fase in de kwaliteitsverbetering is de plan-fase. Hierbij moeten een aantal zaken worden vastgesteld. Ten eerste moet worden geschreven welk proces verbeterd dient te worden. Daarna dient men doelen te stellen, waarna het probleem nauwkeurig moet worden beschreven en geanalyseerd. Als de oorzaken zijn gevonden kan men starten met het formuleren van mogelijke oplossingen. In de tweede fase dient men de oplossingen die in de plan-fase zijn bedacht te implementeren. Die wordt gezien als de do-fase. Na deze implementatie kan men controleren of de gestelde doelen zijn bereikt, dit is de check-fase. In de laatste fase, de act-fase, van de cyclus worden de plannen bijgesteld en kan de cyclus opnieuw beginnen (Bakker en Steenbergen, 2006).



Bron: Bakker en Steenbergen, 2006

Alle vier de onderdelen komen bij bijvoorbeeld intercollegiale toetsing aan de orde. Intercollegiale toetsing is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de gezondheidszorg op peil te houden en te verbeteren. In de gezondheidszorg zijn resultaten moeilijk te meten en te waarderen. De cyclus van Deming is ook heel geschikt voor de gezondheidszorg, omdat het continue evaluatie van werkwijzen vraagt (Harteloh en Casparie, 1998).

In de huisartsenzorg is de cyclus van Deming goed toepasbaar. Deming ontwierp de cirkel vanuit de visie dat kwaliteit niet te ingewikkeld moet zijn. Hij wilde geen loze uitspraken en kreten, maar een duidelijk en eenvoudig systeem dat ervoor zorgt dat kwaliteitsverbetering iets van iedere dag wordt (Bakker en Steenbergen, 2006).

Door de toenemende werkdruk van de artsen en de taakdelegatie die dat met zich meebrengt is er meer behoefte aan kwaliteitsbewaking (Berg, 2004). De cyclus van Deming zou hierbij een goed middel kunnen zijn. Daarbij komt dat Deming rekening houdt met een veranderende omgeving, iets dat in de huisartsenzorg goed van pas komt. (Bakker en Steenbergen, 2006). De ontwikkelingen in de zorg gaan snel en er moet gebruik worden gemaakt van een systeem waarmee daarop kan worden ingespeeld.

Integrale kwaliteitszorg

Integrale kwaliteitszorg is een stap verder dan kwaliteitszorg op basis van hiervoor genoemde instrumenten. Bij integrale kwaliteitszorg is het van belang alle medewerkers te betrekken bij de kwaliteitszorg gedurende het hele proces. In de zorg heeft integraal twee betekenissen. Ten eerste is het gebaseerd op de situatie dat alle werknemers betrokken zijn bij het proces van kwaliteitsverbetering. Daarnaast wordt het hele zorgproces onder de loep genomen, dus van het ontwerp tot de patiënt (klant). Integrale kwaliteitszorg is gebaseerd op een houding of attitude van alle werknemers. De werknemers moeten altijd op kwaliteit gericht zijn en hun eigen gedrag zien in relatie tot het systeem waarin zij werken. Het gaat bij integrale kwaliteitszorg om voortdurend verbeteren. Het proces begint ergens en houdt nooit meer op (Harteloh en Casparie, 1998). Deze vorm van kwaliteitszorg is zeer geschikt in de huisartsenzorg. Huisartsen werken samen met veel verschillende disciplines, die allemaal een belangrijke rol spelen in het zorgproces. Om kwaliteitsverbetering te laten slagen is het van belang om iedereen te betrekken bij het proces.

In Nederland is de plicht om aan kwaliteit te werken wettelijk vastgelegd in de wet BIG voor zorgaanbieders en in de Kwaliteitswet Zorginstellingen voor instellingen. De aanbieders en instellingen werken zelf aan systemen om de kwaliteit op peil te houden en te verbeteren. Instellingen zijn verplicht om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen, om transparant te maken wat zij doen aan het verbeteren van de kwaliteit. Sinds 1991 is daarbij een aantal aspecten van belang:

- Het zorgaanbod dient te zijn afgestemd op reële behoefte van de patiënt
- De verleende zorg is van goed niveau
- De zorg is doelmatig verleend
- De zorg is patiëntgericht

(Harteloh en Casparie, 1998).

Ondanks dat huisartsenpraktijken niet aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen hoeven te voldoen, zijn deze vier aspecten wel toepasbaar op de zorg die door huisartsen geleverd wordt. Deze elementen bekijken de zorg vanuit verschillende perspectieven. Ten eerste de kundigheid van de arts die wordt gemeten in het niveau van zorg. Maar daarnaast wordt ook de beleving van de patiënt meegenomen. En daarbij worden ook de kosten niet uit het oog verloren. Om de kwaliteit van huisartsenzorg meetbaar en vergelijkbaar te maken zijn deze vier indicatoren uitermate geschikt.

Samenvattend kan worden gezegd dat om de kwaliteit structureel te verbeteren, men aan de hand van de maatstaven eisen kan opstellen. Hierna kan aan de hand van instrumenten als standaardisatie, de kwaliteitscyclus en bijscholing de kwaliteit worden verbeterd. Daarmee kan de kwaliteit op alle genoemde gebieden worden verbeterd.

4. Methodologie

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de manier waarop dit onderzoek is verricht. In de eerste paragraaf zullen de methoden worden beschreven, waarna de betrouwbaarheid (4.2) en validiteit (4.3) aan de orde komen.

4.1 Methoden

Door middel van kwalitatief onderzoek zal worden onderzocht wat de verschillen zijn in de manier waarop met kwaliteitszorg wordt omgegaan in een solopraktijk ten opzichte van een groepspraktijk. Er zal een vergelijking gemaakt worden tussen drie groepspraktijken en drie solistische huisartsen. Gekozen is voor kwalitatief onderzoek, omdat er een ontwikkeling wordt onderzocht en geen bestaande theorieën worden getoetst. De ontwikkeling is dat steeds meer huisartsen zich vestigen en wensen te vestigen in een groepspraktijk. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de manier waarop wordt omgegaan met kwaliteitszorg. Deze gevolgen zullen in dit onderzoek in beeld worden gebracht. Er wordt onderzocht wat de ervaringen en belevenissen zijn van de betrokkenen en wat hun achterliggende redenen tot handelen zijn (Jong en Vandenbroele, 1998). De betrokkenen zijn in dit onderzoek de huisartsen.

De betrokkenen zal door middel van interviews gevraagd worden naar hun ervaringen en beweegredenen. Er is gekozen om dit doormiddel van interviews te laten plaatsvinden, omdat daarbij kan worden gewerkt met open vragen. Op deze manier kan worden doorgevraagd naar voor het onderzoek relevant onderwerpen. De interviews zullen semi-gestructureerd van aard zijn. Dit zorgt ervoor dat de respondenten de kans krijgen om hun ervaringen en meningen te delen, maar ook dat de onderzoeker richting kan geven aan het verhaal door middel van een topiclist (Jong en Vandenbroele, 1998). In dit onderzoek is dat van belang, omdat bepaalde aspecten al van te voren zijn vastgesteld. Belangrijke onderwerpen zullen zijn: hoe huisartsen werken aan kwaliteitszorg, de activiteiten die worden ondernomen om de kwaliteit te verbeteren op verschillende gebieden. Ook zal worden gevraagd naar de motieven van de artsen om te werken in een groepspraktijk of de motieven van solisten om dat juist niet te doen.

Het onderzoek zal plaatsvinden in de vorm van een meervoudige casestudie. Er worden in totaal 6 huisartsen geselecteerd, waarvan 3 solisten en 3 huisartsen werkzaam in groepspraktijken. Er is voor een multiple-casestudie gekozen, omdat de onderzoeksvraag

een beschrijvend karakter heeft. De drie groepspraktijken zullen worden vergeleken met de drie solistische huisartsenpraktijken. De kenmerken groepspraktijken en solopraktijk liggen ver uit elkaar, waardoor een multiple-casestudie een passende onderzoeksopzet is (Jong en Vandenbroele, 1998). Er zal worden beschreven wat de verschillen tussen groepspraktijken en solopraktijken voor gevolgen hebben voor de kwaliteitszorg.

4.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek kan bij een kwalitatieve opzet verminderen door invloed van de onderzoeker (Jong en Vandenbroele, 1998). Daarbij is het onderzoek gebaseerd op meningen en ervaringen in ongestructureerde interviews. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen, moet een aantal zaken in acht worden genomen. Zo moet goed worden nagegaan welk belang de respondenten bij het onderzoek hebben, zodat de data in de goede context kan worden geplaatst. Daarnaast moet worden voorkomen dat de onderzoeker, door vooringenomenheid, suggestieve vragen stelt en mensen woorden in de mond legt. Hierbij is zelfcontrole belangrijk. (Crewell, 2003). Daarnaast zullen alle verzamelde gegevens worden beschreven in de analyse, zodat de lezer zelf een interpretatie kan maken. Door met deze zaken rekening te houden wordt getracht het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk uit te voeren.

4.3 Validiteit

Door te kiezen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode is de kans op vertekening groot (Jong en Vandenbroele, 1998). Om dit zoveel mogelijk te voorkomen is gekozen voor het anonimiseren van de onderzoeksgegevens. Op deze manier kunnen de betrokkenen eerlijk antwoorden en hoeven niet bang te zijn voor eventuele gevolgen. Naast de interviews zijn de websites van de huisartsenpraktijken bekeken en zal worden gevraagd om het kwaliteitsjaarverslag in te zien. Door deze datatriangulatie zal de validiteit van het onderzoek toenemen (Crewell, 2003). Tijdens de interviews zal zo nauwkeurig mogelijk aantekeningen worden gemaakt, zodat de juiste gegevens in het onderzoek worden meegenomen. Ook zal de onderzoeker bedacht moeten zijn op eventuele vooringenomenheid en dit door zelfcontrole tot een minimum beperken (Creswell, 2003). Door de kwalitatieve onderzoeksmethode en het karakter van de multiple casestudy is generaliseren niet mogelijk (Jong en Vandenbroele, 1998). Om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van wat speelt in de huisartsenzorg is gekozen voor drie huisartsen met een solopraktijk en drie huisartsen die werkzaam zijn in een groepspraktijk.

5. Analyse

In totaal zijn zes huisartsen geïnterviewd over de manier waarop zij werken aan kwaliteitszorg. Drie hiervan zijn solist en de andere drie werken in een groepspraktijk. In dit hoofdstuk zullen de verzamelde gegevens worden beschreven. Daarna zullen de opvallende verschillen tussen de solopraktijken en de groepspraktijken worden geanalyseerd. In de eerste paragraaf zullen de verschillende huisartsenpraktijken worden beschreven en vergeleken. Daarna zal een paragraaf gewijd zijn aan de manier waarop de geïnterviewde huisartsen naar kwaliteit kijken en wat zij belangrijk vinden. In paragraaf 5.3 wordt behandeld hoe de huisartsen in dit onderzoek de kwaliteit in de praktijk meten. Daarna zal worden ingegaan op de samenwerking binnen de huisartsenzorg en de kwaliteitsaspecten daarvan. Waarna in paragraaf 5.5 besproken zal worden welke rol de patiënt speelt in het proces tot kwaliteitsverbetering. Paragraaf 5.6 zal gaan over hoe de artsen werken aan het verbeteren van de bereikbaarheid van de praktijk. In paragraaf 5.7 zal beschreven worden hoe doelmatigheid een rol speelt bij de verbetering van de kwaliteit. Paragraaf 5.8 zal gaan over de overvallende verschillen en overeenkomsten tussen groepspraktijken en solopraktijken.

5.1 De huisartsenpraktijken

In dit onderzoek zijn zes huisartsen geïnterviewd. Drie solistische huisartsen en drie huisartsen werkzaam in een groepspraktijk. In deze paragraaf zal worden ingegaan op de praktijken en wie er werkzaam zijn. Daarna zal een vergelijking worden gemaakt tussen de solopraktijken en groepspraktijken.

Solopraktijken

Huisarts 1 is werkzaam als huisarts sinds 1986. Zijn praktijk bestaat uit 3000 patiënten. Naast 1 fulltime huisarts werken in de praktijk drie praktijkassistentes die samen 1,5 fte bezetten. Daarnaast is er 20 uur per week een praktijkondersteuner (POH) werkzaam.

Huisarts 2 is een vrouwelijke huisarts en werkzaam sinds 1993. Zij deelt haar baan met een tweede huisarts. Samen vullen zij één formatie. Zij hebben 2500 patiënten. Daarnaast zijn er 2 assistentes werkzaam in de praktijk, samen 1,3 fte.

Huisarts 3 werkt sinds 1987 als huisarts. Sinds 1998 werkt hij als solist. Zijn praktijkpopulatie telt 2650 patiënten. Huisarts 3 heeft 1,5 dag per een huisarts in dienstverband (HIDHA). Ook is er 1,5 dag per week een praktijkondersteuner in dienst. De drie assistentes die werkzaam zijn in de praktijk bezetten samen 1 fte.

Groepspraktijken

In groepspraktijk A, opgericht in 1972, zijn in totaal zeven huisartsen werkzaam. Het grootste deel werkt op parttime basis. Gezamenlijk vullen zij 4,7 formatie. De praktijk telt 12000 patiënten. De huisartsen zijn met elkaar geassocieerd in een maatschap. Naast de huisartsen zijn er 10 praktijkassistenten werkzaam, in totaal 6,5 fte. Er is een boekhoudmedewerker aangesteld voor 1,5 dag. De twee praktijkondersteuners zijn samen goed voor 1,1 fte. Verder zijn er in de praktijk twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) werkzaam en een nurse practitioner (NP). Naast de huisartsenpraktijk zijn er in het gezondheidscentrum andere disciplines aanwezig, zoals fysiotherapie, logopedie en de thuiszorgorganisatie. Ook is er in het pand een apotheek gevestigd.

Groepspraktijk B bestaat sinds 1985. In tegenstelling tot in groepspraktijk A zijn de 6 huisartsen in groepspraktijk B in dienst van een stichting. Doordat zij in dienst zijn van een stichting werken zij onder een directie, maar delen zelf de verantwoordelijkheden voor het runnen van de praktijk. De zes huisartsen vullen gezamenlijk 3,3 formatie. Ze hebben in totaal 7000 patiënten. Er is 3,8 fte praktijkassistente, opgevuld door 5 assistentes. 3 praktijkondersteuners zijn samen goed voor 1,3 fte. Naast de huisartsenpraktijk zijn er in het gebouw gevestigd: fysiotherapie, algemeen maatschappelijk werk, thuiszorg en een apotheek.

Groepspraktijk C is een maatschap van 4 fulltime huisartsen. De praktijk heeft in totaal 12000 patiënten. Naast de huisartsen werken 7 praktijkassistenten, samen 4,7 fte en 3 praktijkondersteuners, samen 1,8 fte. Daarnaast is er een fulltime medisch secretaresse en een administratief medewerker, die 0,5 fte werkzaam is in de praktijk. Naast de huisartsen zijn er in het gezondheidscentrum een groot aantal andere disciplines gevestigd. Dit zijn onder andere logopedie, apotheek, fysiotherapie, thuiszorg en algemeen maatschappelijk werk.

Praktijk	FTE huisarts/ 1000 patiënten	FTE assistente/ 1000 patiënten	FTE POH/ 1000 patiënten	Overige
Huisarts 1	0,33	0,5	0,18	
Huisarts 2	0,4	0,52	0	
Huisarts 3	0,42	0,38	0,11	
Groepspraktijk A	0,39	0,54	0,09	SPV, NP
Groepspraktijk B	0,47	0,54	0,19	
Groepspraktijk C	0,33	0,39	0,15	Medisch secretaresse, administratief medewerker

Wat opvalt, is dat in twee van de drie groepspraktijken extra disciplines werkzaam zijn. In de solopraktijken in dit onderzoek komt dit niet voor. Deze twee groepspraktijken hebben echter gekozen voor andere vormen van ondersteuning. De één kiest voor medisch inhoudelijk personeel en in de andere praktijk is gekozen voor administratieve ondersteuning. In groepspraktijk A is gekozen voor werknemers om het zorginhoudelijke aspect te ondersteunen. Groepspraktijk C zocht de ondersteuning meer in de administratieve richting. Wat betreft de bezetting huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners per 1000 patiënten zijn geen verschillen te ontdekken die te verklaren zijn door het verschil tussen solopraktijken en groepspraktijken.

5.2 Visie op kwaliteitszorg

Alvorens er wordt gekeken naar de manier waarop huisartsen werken aan kwaliteitsverbetering, zal worden ingegaan op de manier waarop huisartsen naar kwaliteitszorg kijken en waarom zij aan kwaliteitsbevordering werken. Daarnaast zal worden beschreven welke voordelen huisartsen ervaren in de door hun gekozen praktijkvorm ten aanzien van kwaliteitszorg.

Alle solistische huisartsen in dit onderzoek geven aan op het gebied van kwaliteit geen voordelen te zien in de vorming van een groepspraktijk.

‘Alles wat in een groepspraktijk kan, kan ook in een solopraktijk, mits de wil en de ruimte voldoende zijn.’ (Huisarts 1 2007, persoonlijke communicatie)

Huisarts 2 en 3 gaan hierin nog een stap verder. Zij geven allebei aan dat in een solopraktijk beter aan kwaliteitsverbetering gewerkt kan worden. Als reden hiervoor geven zij aan dat door de kleinschaligheid van de praktijk, de huisarts eindverantwoordelijk is voor alle processen en daardoor overzicht houdt. Op die manier zouden veranderingen sneller kunnen worden geïmplementeerd.

De huisartsen in de groepspraktijken zeggen echter dat zij meer kwaliteitsverbetering kunnen doorvoeren door het werken in een groepspraktijk. Volgens de huisarts uit groepspraktijk A komt dit doordat in een groepspraktijk specialisaties mogelijk zijn, zodat van iedere arts de sterke kanten worden benut. Daarnaast ziet hij een groot voordeel in de korte lijnen met andere disciplines in het pand. Alle groepspraktijken in dit onderzoek werken in een pand waar naast de huisartsenpraktijk ander gezondheidszorgdisciplines gehuisvest zijn.

De huisarts uit groepspraktijk B geeft aan dat het voor hem mogelijk is aan kwaliteit te werken omdat hij niet alleen verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van de praktijk, maar deze verantwoordelijkheid deelt met de andere huisartsen die werkzaam zijn in de praktijk.

'Ik werk liever aan de kwaliteit van mijn vak, dan dat ik bezig ben met het kruideniersschap.'

(Huisarts uit groepspraktijk B 2007, persoonlijke communicatie)

Samenvattend kan worden gesteld dat de solistische huisartsen vinden dat in hun kleinschalige praktijken sneller veranderingen kunnen worden doorgevoerd en dat zij daardoor beter aan kwaliteitszorg kunnen werken. De huisartsen in groepspraktijken geven echter aan dat zij door specialisaties en de verdeling van taken meer tijd hebben om zich bezig te houden met kwaliteitszorg. In dit onderzoek zal aan de hand van de onderwerpen samenwerking, bereikbaarheid, doelmatigheid en het meten en borgen van kwaliteit gekeken worden wat daadwerkelijk de verschillen zijn tussen solopraktijken en groepspraktijken.

5.3 Kwaliteit meten

Deze paragraaf gaat over de manier waarop huisartsen de kwaliteit binnen de praktijk meten. In de gezondheidszorg is het meten van kwaliteit of resultaten moeilijk. Toch is het meten of bewaken van kwaliteit een belangrijk onderdeel van kwaliteitsverbetering (Harteloh en Casparie, 1998). Allereerst zal worden beschreven hoe de solistische huisartsen kwaliteit meetbaar maken en daarna hoe dit gedaan wordt in de groepspraktijken. Vervolgens zullen deze twee met elkaar vergeleken worden.

De solohuisartsen benoemen alle drie dat het meten van kwaliteit lastig is. Huisarts 1 geeft aan dat alleen het werk dat de praktijkondersteuner doet op het gebied van diabeteszorg meetbaar is aan de hand van de HbA1c-score. Dit is de gemiddelde glucosewaarde in het bloed was in de afgelopen 2-3 maanden. Verder zijn er volgens huisarts 1 geen meetbare feiten in de kwaliteit van zorg.

'Voor het meten van kwaliteit van zorg zijn geen goede parameters beschikbaar.' (huisarts 1 2007, persoonlijke communicatie)

Hij gebruikt daarom de tevredenheid van de patiënt als belangrijkste maatgever, hoewel hij deze niet actief meet. Hij zegt dat hij het idee heeft dat mochten patiënten niet tevreden zijn over de bejegening of de behandeling zij dit kunnen melden. Hiervoor is geen vaste procedure. Ook huisarts 2 zegt het meten van kwaliteit niet eenvoudig te vinden. In haar praktijk is kortgeleden het diabetessprekeuur opgezet. Om de kwaliteit hiervan de waarborgen wordt gecontroleerd of alle diabetespatiënten iedere drie maanden op controle komen of zonder reden niet komen. Op deze manier wordt voorkomen dat patiënten uit het

oog worden verloren. Huisarts 3 meet de kwaliteit onder andere aan de hand van patiënttevredenheidsonderzoek. Dit is uitgevoerd in het kader van de NHG-accreditatie. Daarnaast heeft er visitatie plaatsgevonden door een onafhankelijke praktijkconsulent. Aan de hand van de, bij de visitatie verzamelde gegevens, wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering.

De geïnterviewde huisarts van groepspraktijk A geeft aan dat het meten van kwaliteit lastig is. Toch hebben zij een aantal methoden om de kwaliteit van zorg te meten. Zo is de praktijk een aantal jaar geleden gevisiteerd door een externe organisatie, die de kwaliteit hebben gewaardeerd. Dit kan gezien worden als de voorloper op de NHG-accreditatie, waarmee groepspraktijk A in de nabije toekomst gaat beginnen. Dan zal de kwaliteit op een aantal vlakken opnieuw worden gemeten. Naast deze visitaties worden op eigen initiatief met regelmaat patiënteninterviews gehouden. Aan de hand hiervan wordt de patiënttevredenheid gemeten. Daarnaast worden onderlinge verschillen in voorschrijf- en verwijsgedrag tussen de verschillende huisartsen gemeten. Op het gebied van voorschrijven van medicatie doet de apotheek dit, het verwijsgedrag wordt geregistreerd door de dominante zorgverzekeraar. In groepspraktijk B vergelijken de huisartsen ook de manier van zorgverlenen met elkaar. Verschillen in werkwijzen worden besproken. Door goed naar elkaar te kijken en te luisteren waarom een bepaalde werkwijze wordt gevolgd blijven de artsen van elkaar leren, geeft de huisarts uit groepspraktijk B aan. Daarnaast is deze groepspraktijk in het bezit van het NHG-keurmerk, wat betekent dat de kwaliteit is gemeten aan de hand van de door de NHG gestelde criteria. Ook heeft groepspraktijk B meegewerkt aan het ontwikkelen van een enquête voor patiënttevredenheidsonderzoek in groepspraktijken. De enquête is in deze groepspraktijk als één van de eerste in Nederland afgenomen. Ook groepspraktijk C meet de kwaliteit op verschillende manieren, al geeft de geïnterviewde huisarts aan dat dit in de zorg lastig is. De kwaliteit is in hier gemeten aan de hand van de NHG-accreditering, waaraan deze praktijk deelneemt. Maar al voor de start van het traject van accreditering is er een keer een visitatie geweest door een ander orgaan, dat de voorloper was van de NHG-accreditering. Daarnaast heeft de praktijk op eigen initiatief een patiëntenenquête afgenomen voordat de NHG-accreditatie begon.

Zowel de huisartsen in de solopraktijken, als de huisartsen in de groepspraktijken geven aan dat het meten van kwaliteit lastig is. Toch doet het overgrote deel van de geïnterviewde huisartsen zijn best om de kwaliteit meetbaar te maken, voornamelijk door middel van patiënttevredenheidsonderzoek. Opvallend is dat dit in de groepspraktijken vaker en gestructureerder gebeurt dan in de solopraktijken. Naast patiënttevredenheidsonderzoek wordt gebruik gemaakt van visitaties om de kwaliteit te meten. In de huisartsenzorg gebeurt

dit vaak in het kader van de NHG-accreditering. Dit gebeurt slechts in één van de solopraktijken en de andere twee solistische huisartsen zijn niet voornemens dit in de nabije toekomst te gaan doen. Dit in tegenstelling tot de groepspraktijken, die in dit onderzoek zijn meegenomen, allemaal deelnemen of van plan zijn deel te nemen aan NHG-accreditering.

5.4 Samenwerking

Mede door de toename aan groepspraktijken wordt er steeds meer samengewerkt in de huisartsenzorg. Maar huisartsen werken niet alleen onderling samen. Ook werken zij samen met de praktijkassistente en de praktijkondersteuning binnen de praktijk. In dit hoofdstuk zal worden beschreven hoe, in de drie solopraktijken en de drie groepspraktijken, gewerkt aan verbetering op het gebied van samenwerking, waarna een vergelijking zal worden gemaakt.

Samenwerking met andere huisartsen

Samenwerking is een belangrijk thema in de interviews die zijn gehouden. Bij de vorming van een groepspraktijk ontstaat ten slotte een nauwe samenwerking met collega huisartsen. In deze paragraaf zal worden ingegaan op de manier waarop samenwerking tussen huisartsen kan leiden tot meer aandacht voor kwaliteit.

Huisarts 1 geeft aan de samenwerking met andere huisartsen niet te missen. Hij geeft aan het prima te vinden dat hij zelf verantwoordelijk is voor alles binnen de praktijk. Met andere huisartsen werkt hij samen in de dienstenstructuur. De dienstenstructuur bestaat uit alle huisartsen uit een bepaalde regio die buiten kantooruren voor elkaar waarnemen op en zogenoemde huisartsenpost die gevestigd is op een centrale locatie. Huisarts 2 werkt binnen de praktijk samen met een andere huisarts, met wie zij samen de praktijk heeft. Door de verantwoordelijkheden te delen en samen te werken vindt huisarts 2 de werkdruk goed verdeeld. Daarbij heeft deze huisarts bewust gekozen om niet in de groepspraktijk te gaan werken toen deze mogelijkheid zich voordeed. De reden hiervan was dat zij vindt dat om goed te kunnen samenwerken, huisartsen niet onder een dak hoeven te werken.

Specialisaties zijn volgens huisarts 2 ook mogelijk op verschillende plaatsen. Zij noemt deze vorm van samenwerking 'virtuele samenwerking'. Daarbij was zij bang voor de vergadercultuur in een groepspraktijk zou kunnen ontstaan. Een voorbeeld van virtuele samenwerking is een coöperatie die zal worden gevormd. Huisartsen kunnen zich bij deze coöperatie aansluiten. Zo ontstaat een breed draagvlak voor het ontwikkelen van projecten en kan centraal worden onderhandeld met de zorgverzekeraars. Huisarts 3 geeft aan dat na een aantal jaar in een maatschap met twee andere huisartsen te hebben gewerkt, hij nu een

aantal jaar als solist werkzaam is. Hij geeft aan de intensieve samenwerking te missen op het gebied van overleg en waarneming. Voor de kwaliteit van zorg ziet hij geen voordelen in de vorming van groepspraktijken. Ook hij neemt deel aan projecten waarbij meerdere huisartsen uit de regio zijn aangesloten. Zo neemt hij deel aan een project dat zich richt op het ontwikkelen van DBC's binnen de huisartsenzorg. Gestart is met het ontwikkelen van een DBC voor Diabetes Mellitus. Op deze manier bundelen verschillende huisartsen hun krachten om samen aan kwaliteitsverbetering te werken.

De geïnterviewde huisarts uit groepspraktijk A geeft aan dat hij en zijn collega huisartsen samenwerken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit doen zij onder andere door het vergelijken van de verschillende werkwijzen binnen de praktijk. Jaarlijks krijgen zij van de zorgverzekeraar spiegelinformatie aangeleverd. Daarin is het voorschrijf en verwijsgedrag van de huisartsen vermeld. Als er bijvoorbeeld grote verschillen zijn in het verwijzen wordt door middel van de diagnoses gekeken waar deze verschillen vandaan komen en of dit verbeterd zou kunnen worden. Daarnaast wordt er in het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) gekeken naar het voorschrijfgedrag van de verschillende huisartsen. Bijvoorbeeld naar het voorschrijven van benzodiazepinen. Daarbij is er aandacht voor het rationeel voorschrijven en de verschillen tussen de verschillende huisartsen. Rationeel voorschrijven houdt in dat er zoveel mogelijk wordt gekozen voor generieke middelen in plaats van merkmiddelen, die veel duurder zijn. De huisartsen van groepspraktijk B zijn samen een project gestart met een academisch medisch centrum met als doel het ontwikkelen van zorgprogramma's rondom hart- en vaatziekten, astma/COPD en GGZ. Bij deze zorgprogramma's wordt in samenwerking met de medisch specialisten gekeken wanneer het nodig is een patiënt te verwijzen naar de tweede lijn of dat het mogelijk is om de specialist om advies te vragen, zodat de patiënt in de eerste lijn kan blijven voor de behandeling. Het doel van het ontwikkelen van deze zorgprogramma's is om zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn te houden. Daarnaast geeft de huisarts uit groepspraktijk B aan dat de taken in het kader van de praktijkorganisatie binnen de praktijk verdeeld zijn tussen de verschillende huisartsen. Iedereen heeft zijn eigen verantwoordelijkheden. Zo is er een arts verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid, iemand voor de ICT enzovoorts. Hierdoor blijft er meer tijd over om nieuwe initiatieven te ontplooiën en te innoveren. In groepspraktijk C werkt men op dit moment mee aan een onderzoek naar medicatie en bijwerkingen. Dit onderzoek heeft tot doel om de bijwerkingen van medicatie te laten verminderen en de voorgeschreven medicatie in te toekomst beter te kunnen afstemmen op de behoefte van de patiënt. De huisarts uit deze praktijk geeft aan de samenwerking met zijn collega's onder een dak belangrijk te vinden, omdat hij veel zegt te leren van 'het kijken naar elkaar'. Door werkwijzen te vergelijken en verschillen te analyseren zou de kwaliteit verbeteren.

Opvallend is dat de artsen in solopraktijken op het gebied van kwaliteit voordelen zien in de praktijkvorm die zij hebben gekozen. Samenwerking is ook mogelijk als huisartsen niet onder een dak werken, zo blijkt bij twee van de drie huisartsen. Tegenover deze visie staat de visie van de huisartsen die werkzaam zijn in groepspraktijken juist door de samenwerking meer tijd hebben om zich te richten op kwaliteitsverbetering. Samenwerking is niet alleen mogelijk als huisartsen samenwerken onder een dak. Ook als huisartsen 'virtueel samenwerken' kunnen voordelen ontstaan. Virtuele samenwerking vindt al plaats, zo blijkt uit de interviews met de solistische huisartsen. Maar of er sprake is van een samenwerking die net zo veel opbrengt als die binnen de groepspraktijken is de vraag. Gezien de taakverdelingen binnen de groepspraktijken en de mogelijkheid om werkwijzen met elkaar te vergelijken en daar op aan te passen kan gezegd worden dat binnen groepspraktijken meer en directer aan de kwaliteit wordt gewerkt.

Taakdelegatie naar assistente

In de afgelopen jaren is er steeds meer sprake van taakdelegatie in de huisartsenzorg. Dit heeft tot doel de werkdruk van de huisarts te verminderen. Zo kunnen er een aantal taken worden gedelegeerd naar de praktijkassistentes. Omdat de huisarts deze taken niet meer zelf uitvoert, maar wel eindverantwoordelijkheid draagt over de uitvoering van deze taken is het belangrijk dat de huisarts de kwaliteit ervan op peil kan houden. In deze paragraaf zal worden beschreven hoe dit in solopraktijken en groepspraktijken gedaan wordt, waarna deze met elkaar worden vergeleken.

Huisarts 1 geeft aan dat zijn assistentes een aantal taken hebben overgenomen. Voorbeelden hiervan zijn oren uitspuiten, injecties geven en uitstrijkjes maken. Dit alles is protocollair vastgelegd en wordt altijd nabesproken met de huisarts. De assistentes worden in deze praktijk extern bijgeschoold als er bijscholingen worden aangeboden die de assistentes aanpreekt. Ook bij huisarts 2 is de taakdelegatie protocollair vastgelegd. De praktijkassistentes hebben hier echter meer taken dan in de praktijk van huisarts 1. Naast de basiswerkzaamheden zijn zij ook verantwoordelijk voor het maken van ECG's en doen zij de driemaandscontrole bij de diabetespatiënten. De assistentes worden extern bijgeschoold op basis van de taken die zij overnemen van de huisarts, bijvoorbeeld de diabetescontroles. In de praktijk van huisarts 3 hebben de assistentes nog meer gedelegeerde taken. In deze praktijk zijn de praktijkassistentes naast de eerder genoemde activiteiten ook verantwoordelijk voor het doen van longfunctieonderzoek en het maken van een audiogram of tympanogram. Voor al deze taken zijn protocollen geschreven. De activiteiten vinden plaats onder supervisie van de huisarts. Huisarts 3 geeft aan dat het hem vaak aan tijd

ontbreekt om de protocollen te herzien. Ook deze huisarts laat zijn assistentes externe bijscholingen doen als er iets aangeboden wordt wat hen aanspreekt. Daarnaast doet hij zijn best zoveel mogelijk intern bij te scholen, maar door tijdgebrek doet hij dit minder dan hij zou willen.

Net als in solopraktijk 3 zijn in groepspraktijk A zijn veel taken gedelegeerd naar de assistentes. Zo verrichten zij de basisverrichtingen als injecties, uitstrijkjes en oren uitspuiten. Deze handelingen zijn geprotocolleerd en worden uitgevoerd onder supervisie. De assistentes worden extern bijgeschoold en één keer per maand geeft één van de huisartsen een klinische les, waar de assistentes zelf het onderwerp mogen uitkiezen. In groepspraktijk B hebben de assistentes veel eigen verantwoordelijkheid.

'Alles wat naar de assistentes kan worden gedelegeerd, is bij ons in de praktijk gedelegeerd.'

(Huisarts groepspraktijk B 2007, persoonlijke communicatie).

Zij beantwoorden zelfstandig vragen en handelen zaken af. Het gaat hierbij om kleine kwalen, zoals verkoudheid en diaree. Naast het verrichten van basishandelingen zijn de assistentes in deze praktijk verantwoordelijk voor het afnemen van ECG's en audiometrie. De assistentes in deze groepspraktijk hebben eigen specifieke spreekuren, bijvoorbeeld voor diabetescontrole. Ook hier zijn alle taken geprotocolleerd en worden de assistentes regelmatig bijgeschoold. Zo worden ieder jaar de protocollen herzien en moeten de assistentes de gedelegeerde taken een aantal keer onder toezicht uitvoeren, om onderlinge verschillen te voorkomen. Daarnaast wordt één keer per maand een NHG-standaard doorgenomen met de assistentes. Waar nodig worden assistentes extern bijgeschoold. De huisartsen in groepspraktijk C hebben ook taken gedelegeerd naar de assistentes. Het gaat hierbij alleen om de basishandelingen als uitstrijkjes, wratten en injecties. De assistentes uit deze praktijk worden extern bijgeschoold als er een bijscholing wordt aangeboden die hen aanspreekt. Verder wordt één keer per maand een onderwerp besproken in het wekelijks overleg, een vorm van interne bijscholing. Daarnaast wordt één keer in de maand een onderwerp uit de NHG-telefoonwijzer besproken om de triage te bevorderen. De gedelegeerde en geprotocolleerde taken worden twee keer per jaar onder toezicht van de huisarts verricht en afgetekend.

Alle geïnterviewde huisartsen hebben een aantal taken en handelingen gedelegeerd naar de praktijkassistenten. Allen geven aan deze taken te hebben geprotocolleerd. Hierin verschillen de solopraktijken niet van de groepspraktijken. Waar wel een belangrijk verschil ontdekt is in de herziening van de protocollen. De huisartsen in de groepspraktijken geven aan de protocollen minimaal één keer per jaar te herzien of één van de assistentes deze verantwoordelijkheid te hebben gegeven. Daarnaast worden de gedelegeerde handelingen

in twee van de drie groepspraktijken met regelmaat onder toezicht van een arts of collega uitgevoerd. Op deze manier wordt cyclisch gewerkt aan de bevordering van kwaliteit van de gedelegeerde handelingen. Naast het herzien en evalueren van de protocollen valt ook op de in de groepspraktijken meer interne bijscholing wordt gegeven aan de assistentes. In de drie groepspraktijken gebeurt dit met regelmaat en op vaste momenten. De solistische huisartsen geven aan dit ook zoveel mogelijk te doen. Echter het ontbreekt hen vaak aan tijd. In alle praktijken, zowel solo- als groepspraktijken, worden de assistentes wel extern bijgeschoold. Dit gebeurt echter niet gestructureerd op basis van lacunes. Standaardisering en bijscholing zijn belangrijke instrumenten om de kwaliteit te verbeteren. In alle praktijken is sprake van standaardisering en bijscholing. Er kan echter wel worden gesteld dat de bijscholing in de groepspraktijken vaak beter is gestructureerd en dat in deze praktijken meer tijd en aandacht is voor het evalueren en bijstellen van de protocollen.

Taakdelegatie naar praktijkondersteuning

Naast taakdelegatie naar de praktijkassistentes is er in de huisartsenzorg een aantal jaar geleden een nieuwe discipline ontstaan. Dit is de praktijkondersteuner huisarts (POH). Het betreft een HBO-verpleegkundige of een doktersassistente met HBO-vervolgopleiding. De praktijkondersteuner kan de taken van de huisarts overnemen waarvoor de praktijkassistente niet voldoende is opgeleid. In deze paragraaf zal worden bekeken hoe de praktijkondersteuner in de verschillende praktijken bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Huisarts 1 heeft, naast assistentes, een praktijkondersteuner in dienst om verschillende groepen chronisch zieken te volgen en te begeleiden. Per 1000 patiënten is er 0,18 fte praktijkondersteuning werkzaam in de praktijk. Deze taak heeft de praktijkondersteuner overgenomen van de huisarts. Op deze manier krijgen patiënten met diabetes, Astma/COPD en verhoogd risico op hart- en vaatziekten begeleiding. De praktijkondersteuner kan de tijd nemen voor deze mensen. Huisarts 2 geeft aan de diabetesbegeleiding te hebben gedelegeerd naar de praktijkassistentes, omdat zij geen praktijkondersteuner in dienst heeft. In het opzetten van dit diabetesspreekuur worden zij begeleidt door een diabetesverpleegkundige van een thuiszorgorganisatie. De praktijkondersteuner/assistente werkt volgens protocollen die vaak in het huisartsen informatie systeem zijn opgenomen. Alle handelingen worden nabesproken met de arts, die de eindverantwoordelijkheid draagt. Door het inzetten van praktijkondersteuning voor de groepen chronisch zieken, kan ervoor worden gezorgd dat patiënten regelmatig op controle verschijnen. In de praktijk van huisarts 3 begeleidt de praktijkondersteuner de patiënten met diabetes, Astma/COPD en verhoogd

risico op hart- en vaatziekten. Per 1000 patiënten gaat het hier om 0,11 fte praktijkondersteuning.

Groepspraktijk A, B en C hebben alle drie meerdere praktijkondersteuners in dienst, variërend van 0,09 tot 0,19 fte per 1000 patiënten. In groepspraktijk A ondersteunt de praktijkondersteuner de chronische patiëntengroepen met Astma/COPD, Diabetes en hart- en vaatziekten. Daarnaast heeft groepspraktijk A voor kleine medische vragen een nurse practitioner in dienst genomen. Deze begeleidt daarnaast ook de ouderen in het verzorgingshuis bij het gezondheidscentrum. De praktijkondersteuning in groepspraktijk B is naast de begeleiding van de drie chronische patiëntengroepen verantwoordelijk voor de behandeling van kleine medische kwalen, zoals kinderen met oorpijn en luiereczeem. Daarnaast heeft de praktijkondersteuner in deze praktijk een specifiek eigen spreekuur, het vrouwenspreekuur. Hier kunnen vrouwen terecht met vragen over anticonceptie, ondergangsklachten en incontinentie. Ervaren wordt dat, ondanks dat er 3 vrouwelijke huisartsen werkzaam zijn in de praktijk, dit spreekuur voor patiënten laagdrempeliger is dan naar de huisarts gaan. In groepspraktijk C werkt de praktijkondersteuner, naast de begeleiding van patiënten met diabetes, Astma/COPD en HVZ, aan de vroegtijdige opsporing van geheugenstoornissen en dementie. De praktijkondersteuning werkt in alle groepspraktijken zoveel mogelijk aan de hand van protocollen en onder supervisie van de huisarts.

Wanneer de twee praktijkvormen met elkaar worden vergeleken valt op dat in alle groepspraktijken en in twee solopraktijken is praktijkondersteuning aanwezig. In alle praktijken zijn de praktijkondersteuning verantwoordelijk voor de begeleiding van chronisch zieken. In twee van de drie groepspraktijken heeft de praktijkondersteuning als taak om ook de kleine kwalen voor haar rekening te nemen. In een van de groepspraktijken is deze taak weggelegd voor een nurse practitioner die ook de ouderen begeleidt. Ook is er in een van de praktijken een vrouwenspreekuur bij de praktijkondersteuning. Alle gedelegeerde taken zijn geprotocolleerd en worden verricht onder supervisie van de huisarts. Praktijkondersteuners zijn vanuit hun opleiding bekend met de begeleiding van chronisch zieken. Dat zij in de groepspraktijken ook kleine kwalen behandelen betekent dus dat zij hiervoor extra moeten worden opgeleid. Dit gebeurt veelal in de praktijk, door de huisartsen. Hier moeten de huisartsen dus tijd in investeren. Hiervoor is in de groepspraktijken blijkbaar meer tijd beschikbaar. Dit is een overeenstemming met de verschillen in de bijscholing van assistentes. Mogelijk is dit een verklaring voor het verschil in het inzetten van praktijkondersteuning tussen solopraktijken en groepspraktijken.

Samenwerking andere disciplines

Naast samenwerking met andere huisartsen binnen of buiten de praktijk en de medewerkers in de praktijk wordt er door huisartsen ook samengewerkt met andere zorgverleners. In deze paragraaf zal worden beschreven hoe deze samenwerking kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Huisarts 1 werkt samen met andere disciplines op afstand. In zijn praktijk wordt alleen huisartsenzorg geleverd. In de praktijk van huisarts 2 wordt ook andere zorg geleverd. Zo is er een psycholoog werkzaam in het pand, waarmee wordt samengewerkt. In de toekomst wil huisarts 2 deze multidisciplinariteit uitbreiden met het aantrekken van andere disciplines, bijvoorbeeld een verloskundige. Zij ziet de multidisciplinariteit als een belangrijke stap in de verbetering van de kwaliteit. Net als huisarts 1 werkt huisarts 3 alleen als huisarts in de praktijk. Samenwerken met andere disciplines doet hij op afstand.

Doordat er in het gebouw van groepspraktijk A meer disciplines zijn ondergebracht wordt door de artsen in deze praktijk een voordeel ervaren. Zij vinden dat er door de korte lijnen een betere samenwerking rondom de patiënt ontstaat. Op het gebied van palliatieve zorg kan snel de thuiszorg worden geïnformeerd over veranderingen. Ook is er een samenwerking met de thuiszorgorganisatie op het gebied van begeleiding bij stoppen met roken, waarbij patiënten die stoppen met roken worden begeleidt door iemand van de thuiszorg. Daarnaast is er een samenwerkingsprotocol opgesteld in samenwerking met de fysiotherapeut, zodat deze op het juiste moment de huisarts bij een behandeling betreft. Ook heeft groepspraktijk A een sociaal psychiatrisch verpleegkundige in huis. Deze begeleidt patiënten met psychische problemen. De huisartsen hebben hiervoor gekozen, omdat zij vinden dat de GGZ-instellingen waar patiënten anders in terecht komen te grootschalig zijn.

‘Wij willen voorkomen dat de patiënt met psychische problemen in een grote, logge GGZ-instelling verdwijnt.’ (Huisarts groepspraktijk A 2007, persoonlijke communicatie)

Ook in de gezondheidscentra waarin de groepspraktijken B zijn andere disciplines gevestigd. De geïnterviewde huisarts uit deze praktijk ervaart vooral de samenwerking met de apotheek als belangrijk, omdat dit de service aan de patiënt vergroot. De patiënt kan nu direct de medicatie ophalen die de huisarts heeft voorgeschreven tijdens het consult. De huisarts uit groepspraktijk C ervaart de aanwezigheid van andere huisartsen niet als een belangrijke toegevoegde waarde voor de kwaliteit binnen de huisartsenpraktijk. Ook samenwerking op afstand met andere disciplines is heel goed mogelijk.

Dat er andere disciplines in het pand aanwezig zijn wordt alleen door de huisarts uit groepspraktijk A en huisarts 2 als een voordeel ervaren als het gaat om kwaliteit. De andere

groepspraktijken, waarbij ook andere disciplines gehuisvest zijn, geven niet aan dit te zien als verbetering van de huisartsenzorg. De twee solistische huisartsen, die niet onder een dak werken met andere disciplines, geven aan dit niet te missen. Zij werken samen op afstand. Samenwerking met andere disciplines onder één dak wordt dus door een minderheid van de huisartsen gezien als kwaliteitsverbetering. Andere huisartsen geven aan dat werken op afstand even effectief is. In de visie op samenwerking onder een dak ten aanzien van de kwaliteit van zorg bestaan geen verschillen tussen de solopraktijken en de groepspraktijken in dit onderzoek.

5.5 De patiënt centraal

Belangrijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg is om rekening te houden met patiëntgerichtheid en zorg te leveren die gericht is op de reële behoeften van de patiënt (Harteloh en Casparie, 1998). Patiënten weten vaak zelf niet welke zorg nodig is en hebben hierbij een arts nodig om dit voor hen te bepalen. Maar daarbij is het wel belangrijk om de patiënt te betrekken bij de zorg. Ook is het voor patiënten prettig als zij op de hoogte worden gehouden van veranderingen in de praktijk. Deze paragraaf gaat over de manier waarop huisartsen de patiënt betrekken bij de zorg en de praktijk. Daarnaast zal worden bekeken welke maatregelen worden genomen om de zorg af te stemmen op de reële behoefte van de patiënt en hoe wordt gewerkt aan patiëntgerichte zorg. Hierbij zullen patiëntveiligheid, de rol van de patiënt en de uitbreiding van het zorgaanbod aan bod komen.

Patiëntveiligheid

Patiëntgerichte zorg is zorg die voor de patiënt op dat moment het beste is. Patiëntveiligheid is hiervan een belangrijk onderdeel. Deze paragraaf zal beschrijven hoe de huisartsen uit solopraktijken en de huisartsen uit groepspraktijken hiermee omgaan.

Alle huisartsen geven aan de patiëntveiligheid belangrijk te vinden. Huisarts 1 probeert deze te verbeteren door te strijden voor een koppeling tussen het huisartsen informatiesysteem (HIS) en het informatiesysteem dat gebruikt wordt door de dokterspost. In de huidige situatie kan de dienstdoende arts tijdens de waarneming niet zien wat de medische voorgeschiedenis is van de patiënt. Mocht een koppeling mogelijk worden, dan zal de patiëntveiligheid volgens huisarts 1 sterk toenemen. Ook huisarts 2 neemt maatregelen om de patiëntveiligheid te verbeteren. Op dit moment ligt de nadruk daarbij op het diabetesspreekuur. In het kader van het opzetten hiervan is een systeem ontwikkeld om ervoor te zorgen dat alle diabetespatiënten iedere drie maanden op controle komen of met een goede reden niet komen. 'Op deze manier verdwijnt niemand meer tussen de wal en het

schip.' (Huisarts 2 2007, persoonlijke communicatie). Sinds september 2006 is huisarts 3 in het bezit van het NHG-keurmerk. Dit betekent dat de praktijk aan een aantal vooraf gestelde eisen voldoet. In dat kader zijn een groot aantal verbeterplannen geïmplementeerd. Naast het verbeteren van de zorg aan chronische patiëntengroepen is er ook gewerkt aan veiligheid. Zo zijn er protocollen geïmplementeerd voor het afvoeren van afval, het schoonmaken van instrumentarium en het in de gaten houden van de verloopdatum van medicatie.

Groepspraktijk A is voornemens om deel te nemen aan de NHG-accreditatie. Daarnaast werken zij aan de patiëntveiligheid door het voorschrijfgedrag van de verschillende artsen te monitoren. Daarbij wordt bijvoorbeeld ook gelet op het voorschrijven van maagbeschermers bij bepaalde medicatie. Groepspraktijk B is al in het bezit van het NHG-keurmerk. Aan de daarvoor gestelde eisen op het gebied van patiëntveiligheid hebben zij dus al voldaan. De herhaalrecepten in groepspraktijk B lopen via de apotheek. Deze houdt daarbij de interacties tussen verschillende medicijnen en bijwerkingen in de gaten, om de medicatieveiligheid te verbeteren. Ook praktijk C is in het bezit van het NHG-keurmerk. Zij hebben dus voldaan aan de eisen op het gebied van patiëntveiligheid.

Wat betreft patiëntveiligheid zijn er weinig verschillen te ontdekken in de manier waarop de huisartsen hier in de twee praktijkvormen mee omgaan. Er zijn zowel solopraktijken als groepspraktijken die hier actief aan werken. Mede door het aandeel van de patiëntveiligheid in de NHG-accreditatie zijn een aantal huisartsen hiermee aan de slag gegaan. Doordat de groepspraktijken meer deelnemen aan de accreditatie wordt de indruk gewekt dat er in die praktijken meer aan veiligheid wordt gewerkt. Echter de artsen uit de groepspraktijken noemen geen specifieke voorbeelden als het gaat om de patiëntveiligheid en de verbetering ervan. De solistische huisartsen daarentegen benoemen specifieke projecten waarmee zij de patiëntveiligheid verbeteren. Het is daarom moeilijk te concluderen of en welke verschillen er zijn tussen solopraktijken en groepspraktijken als het gaat om patiëntveiligheid.

Betrokkenheid patiënt

Deze paragraaf zal gaan over de manier waarop de huisarts de patiënt probeert te betrekken bij de behandeling en de zorg. Door de patiënt actief bij de zorg te betrekken en naar zijn mening te vragen, kan de zorg worden toegespitst op de behoeftes van de patiënt. Op deze manier ervaart de patiënt een betere kwaliteit (Sluijs ea, 2007).

Huisarts 1 geeft aan de tevredenheid van de patiënt het belangrijkste te vinden. In dat kader streeft hij naar gezamenlijke besluitvorming. Het is voor hem belangrijk om samen met de

patiënt tot een beslissing rondom de behandeling te komen. Ook huisarts 2 vindt het belangrijk om de patiënt te betrekken bij de behandeling. Hiervoor heeft de arts een website, waarop veel informatie over ziektebeelden is te vinden. Op deze site worden bijvoorbeeld adviezen gegeven over bewegen. Ook huisarts 3 heeft een website met veel adviezen en oefeningen die mensen kunnen doen voor een gezonder leven. Ook op het gebied van kwaliteitsverbeteringen willen de artsen de patiënten betrekken. Huisarts 1 doet dit door middel van een folder in de wachtkamer, waarin hij transparant maakt welke activiteiten in de praktijk worden ondernomen. De huisartsen 2 en 3 gaan hierin een stapje verder. Zij houden de patiënten op de hoogte via een website. Huisarts 3 is bovendien van plan om een kwaliteitsjaarverslag te schrijven waarin alle activiteiten op het gebied van kwaliteit worden beschreven en ook wat de uitkomsten hiervan waren. Huisarts 1 geeft aan dat patiënten altijd bij hem terecht kunnen met klachten of opmerkingen. Hij geeft aan de patiënttevredenheid in zijn praktijk als voldoende te ervaren. Ook huisarts 2 zegt open te staan voor klachten en opmerkingen. Daarbij geeft zij aan dat NHG-accreditatie wat haar betreft een goede manier is om de patiënt te betrekken bij de kwaliteit van zorg. Mede door deze reden denkt zij erover om te starten met de NHG-accreditatie. Huisarts 3 heeft voor opmerkingen of klachten een formulier op de website geplaatst. Door middel van dit formulier kan de patiënt zijn opmerkingen kwijt. Daarnaast heeft huisarts 3 het NHG-keurmerk ontvangen. In het traject voorafgaande aan het keurmerk is de patiënttevredenheid een belangrijk onderdeel. Door middel van een enquête wordt een aantal patiënten gevraagd wat zij vinden van de bejegening en de service in de praktijk.

Groepspraktijk A vindt het belangrijk om patiënten te betrekken bij zorgvernieuwing in de praktijk. In het kader daarvan worden regelmatig patiënteninterviews gehouden. Ook is een aantal jaar meegewerkt aan een visitatie om de kwaliteit in de praktijk te waarderen. In de nabije toekomst zal de praktijk starten met de NHG-accreditatie, waarbij de patiënten opnieuw naar hun mening zal worden gevraagd. Patiënten worden op de hoogte gehouden van de vernieuwingen binnen de praktijk via twee websites. Eén van het gezondheidscentrum in het geheel en een van de groepspraktijk in het bijzonder. Daarnaast zijn er op de website NHG-patiëntenbrieven te vinden en adviezen over gezond eten en bewegen. Op deze manier wordt de patiënt geïnformeerd over gezondheid en ziekte. Ook is op deze website een bericht te vinden over de rechten die een patiënt heeft. De huisartsen vinden het belangrijk dat de patiënt hiervan op de hoogte is. Mochten de patiënten op- of aanmerkingen hebben op de behandeling door de huisarts of een andere medewerker in de groepspraktijk, dan kan dit via de website worden gemeld. Ook via de website van groepspraktijk B kunnen op- of aanmerking worden gecommuniceerd. Bovendien worden veranderingen via de website gecommuniceerd. Via de website worden de patiënten ook

verwezen naar websites over gezondheid en gezondheidszorg. Verder wordt de patiënt betrokken bij de kwaliteit door patiënttevredenheidsonderzoek. In twee vormen is dit onderzoek uitgevoerd. In eerste instantie in het kader van de NHG-accreditatie. Daarnaast heeft groepspraktijk B meegewerkt aan het ontwikkelen van patiënttevredenheidsonderzoek onder patiënten in groepspraktijken. In de toekomst zal deze enquête door alle gezondheidscentra in Nederland worden gebruikt. Groepspraktijk C vindt de mening van de patiënten heel belangrijk en dit is aan een aantal zaken merkbaar. Ten eerste is de praktijk begonnen met het afnemen van een eigen patiënttevredenheidsenquête. Deze is aangevuld met de enquête die in het kader van de NHG-accreditatie is afgenomen. Daarbij staat de praktijk open voor op- en aanmerkingen van patiënten. Dit is op de website duidelijk vermeld. Ook kan de patiënt op de website informatie en links vinden over gezondheid en ziektebeelden. Deze zijn op de website duidelijk onderverdeeld en gemakkelijk te vinden. In groepspraktijk C is er veel aandacht voor de privacy van de patiënt. Dit was één van de verbeterplannen aan de hand van de NHG-accreditatie. Voor alle onderzoeken waaraan de praktijk meewerkt wordt nadrukkelijk de toestemming van de patiënten gevraagd. De bescherming van de privacy van de patiënt is ook een van de redenen dat e-consult in groepspraktijk C nog niet mogelijk. De artsen willen hier pas mee beginnen als zij de vertrouwelijkheid van de informatie kunnen garanderen en dat is nu nog niet het geval. Naast informatie over gezondheid en ziekte kan de patiënt op de website van groepspraktijk C informatie vinden over veranderingen in de praktijk, net als op posters in de wachtkamer. In de toekomst zal ook het kwaliteitsjaarverslag op de site worden gezet, zodat dit inzichtelijk wordt voor de patiënt. Tot nu toe was dit kwaliteitsjaarverslag niet inzichtelijk voor patiënten. Ook op de websites van groepspraktijk A en B wordt de patiënt regelmatig op de hoogte gehouden van het wel en wee binnen de praktijk. Groepspraktijk A en B maken ook allebei een kwaliteitsjaarverslag. De kwaliteitsverbeteringen worden daarnaast uitgevoerd aan de hand van eerder gestelde speerpunten. In groepspraktijk A en groepspraktijk C is dit vastgelegd in een beleidsplan, waarin ieder jaar de plannen voor het komende jaar worden vastgelegd. Groepspraktijk B legt ook de plannen voor het komende jaar vast. Echter zij doen dit in een managementcontract, dat ieder jaar met de directie van de stichting wordt gesloten.

De patiënt wordt in de praktijken op verschillende manieren bij de organisatie betrokken. Zo is er in een aantal praktijken aandacht voor patiëntenrechten en wordt patiënten de mogelijkheid geboden hun op- en aanmerkingen kenbaar te maken. Vaak kan dit via een website waar ook veel informatie over ziektes en gezondheid te vinden is. Op deze manier wordt de patiënt gestimuleerd actief met zijn gezondheid bezig te zijn. Alle geïnterviewde huisartsen, met uitzondering van huisarts 1, hebben een website. Dit is ook een belangrijk

middel om veranderingen en verbeteringen aan de patiënt kenbaar te maken. Naast de website zijn er praktijken die de patiënt bij de zorg betrekken door middel van patiënttevredenheidsonderzoek. Patiënttevredenheidsonderzoeken worden, zoals eerder vermeld, in groepspraktijken vaker afgenomen. Op het gebied van de andere vormen van patiëntbetrokkenheid zijn geen verschillen te ontdekken tussen solopraktijken en groepspraktijken.

Uitbreiding zorgaanbod

De patiënt heeft de afgelopen jaren steeds meer keuzevrijheid gekregen. De steeds kritischer wordende patiënt verwacht steeds meer service in de huisartsenpraktijk (Zweden, 2006). De huisarts kan door het uitbreiden van een aanbod van de zorg tegemoetkomen aan de wensen en behoeftes van de patiënt en daarbij is de zorg meer patiëntgericht (Harteloh en Casparie, 1998). Deze persoongerichte aanpak wordt in Nederland steeds meer van huisartsen verwacht (Schellevis ea, 2006). Daarbij is de huisarts verantwoordelijk voor het verwijzen van de patiënt naar de juiste zorgverlener in de tweede lijn, mocht dit noodzakelijk zijn (Schellevis ea, 2006). In deze paragraaf zal worden ingegaan op de manier waarop de verschillende huisartsen trachten het zorgaanbod uit te breiden.

Sinds kort is er in de praktijk van huisarts 1 de mogelijkheid om bloed te laten afnemen voor laboratoriumonderzoek. Hierdoor hoeven patiënten daar niet meer voor naar een andere locatie. Huisarts 2 heeft in het afgelopen jaar de spreekuren uitgebreid met een diabetesspreekuur. Daardoor is er voor deze groep nu extra aandacht. Daarnaast is de diagnostiek uitgebreid en krijgt de assistente steeds meer taken, zoals eerder beschreven is. Ook huisarts 3 heeft het zorgaanbod in de praktijk de afgelopen jaren uitgebreid met meer aanvullende onderzoeksmogelijkheden die door de assistente worden uitgevoerd. Deze onderzoeksmogelijkheden zorgen ervoor dat er meer diagnostiek mogelijk wordt in de huisartsenpraktijk en dat de patiënt minder vaak hoeft te worden verwezen. Naast deze onderzoeken heeft ook huisarts 3 verbeterplannen opgesteld en geïmplementeerd om de zorg aan chronisch zieken te verbeteren, door deze groepen beter te monitoren.

Groepspraktijk A geeft aan zoveel mogelijk zorg te willen bieden binnen de praktijk, in de vorm van speciale spreekuren en aanvullende onderzoeken. Patiënten kunnen binnen de praktijk voor veel zaken terecht. Daarnaast is de zorg uitgebreid door het aanstellen van een nurse practitioner en de sociale psychiatisch verpleegkundige. Ook groepspraktijk B werkt op deze manier aan de uitbreiding van het zorgaanbod. Bijvoorbeeld door het starten van het vrouwenpreekuur en het ontwikkelen van zorgprogramma's. Groepspraktijk C biedt naast de basiszorg een groot aantal keuringen aan. Van rijbewijskeuring tot duikerskeuring, er is

veel mogelijk. Hierdoor kan de patiënt voor veel zaken bij de huisarts terecht. Naast de keuringen is de praktijkondersteuning binnen groepspraktijk C ook opgeleid om de Mini-Mental State Examination (MMSE) af te nemen. Hierdoor kunnen geheugenstoornissen en dementie in een vroeg stadium worden opgespoord.

Een belangrijke ontwikkeling, die in zowel de solo- als de groepspraktijken opvalt, is de toenemende aandacht voor chronisch zieken. Daarnaast worden binnen de praktijken steeds meer verschillende onderzoeken aangeboden. Dit wordt gedaan voor verbetering in diagnostiek, maar ook om patiënten in de eerste lijn te houden. Zowel de solisten als de huisartsen in groepspraktijken bieden deze onderzoeken aan. De groepspraktijken lopen wel voorop in het ontwikkelen van bijvoorbeeld zorgprogramma's. In solopraktijken wordt minder aan dergelijke innovatieprojecten meegewerkt. Daarnaast valt op dat in een groepspraktijk vaak meer keuringen mogelijk zijn dan in een solopraktijk. Ook heeft een groepspraktijk baat bij het aantellen van een nurse practitioner voor het monitoren van ouderen. Door de grootte van deze groep in de groepspraktijk is er voldoende werk om de nurse practitioner van voldoende werk te voorzien. Ook de solopraktijken werken hard aan het uitbreiden van het zorgaanbod en willen zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn houden. Echter door het grote patiëntenaantal en de verschillende artsen is het in een groepspraktijk mogelijk om extra personeel aan te nemen, veel verschillende soorten keuringen aan te bieden en zijn deze praktijken interessant voor bijvoorbeeld academisch medische centra om in het kader van innovatie mee samen te werken.

5.6 Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit als gekeken wordt vanuit de ogen van de patiënt. Voor de patiëntgerichtheid en de patiënttevredenheid is een goede ervaren bereikbaarheid zeer belangrijk. In deze paragraaf zal worden ingegaan op de manieren waarop de verschillende huisartsen trachten de bereikbaarheid te verbeteren. Dit zal worden gedaan aan de hand van de telefonische bereikbaarheid ende bereikbaarheid van de spreekuren.

Telefonische bereikbaarheid

Het eerste contact dat een patiënt met de huisartsenpraktijk heeft is vaak telefonisch. Patiënten bellen naar de assistentes voor het maken van een afspraak, het aanvragen van een recept of andere vragen. Op bepaalde momenten kan de telefonische druk in de huisartsenpraktijk zeer hoog zijn, waardoor de wachttijden kunnen oplopen. In deze

paragraaf zal worden uitgelegd hoe de huisartsen in dit onderzoek de telefonische bereikbaarheid doen verbeteren.

Huisarts 1 geeft aan dat de telefonische bereikbaarheid van de praktijk verbeterd zou kunnen worden, maar hij weet niet goed hoe hij dit zou kunnen verbeteren. De praktijk van huisarts 1 is de gehele dag telefonisch bereikbaar. Huisarts 2 ervaart in de praktijk een goede telefonische bereikbaarheid. In deze praktijk is gekozen voor een terugbelspreekuur, dit in tegenstelling tot het gebruikelijke telefonische spreekuur. Bij een terugbelspreekuur kunnen patiënten in de loop van de ochtend bellen met hun vraag, waarna ze 's middags worden teruggebeld door de huisarts. Op deze manier worden lange wachttijden tijdens het telefonisch spreekuur voorkomen. Daarnaast benoemt zij het voordeel van een kleinschalige praktijkvorm. Er zijn korte lijnen tussen de assistente en de arts, waardoor de assistente kleine vragen van patiënten gemakkelijk kan voorleggen. Daardoor kunnen de patiënt snel worden teruggebeld en hebben ze snel antwoord. Ook patiënten van deze praktijk kunnen de hele dag telefonisch contact opnemen met de assistente. Huisarts 3 heeft gewerkt aan het verbeteren van de bereikbaarheid tijdens het telefonisch spreekuur. In deze praktijk kunnen patiënten bellen naar het telefonisch spreekuur dat iedere dag een half uur duurt. Mocht het de patiënt niet lukken om de huisarts te spreken, kan dit worden doorgegeven aan de assistente. De patiënt zal dan op een ander moment worden teruggebeld. Mede door deze maatregel ervaart huisarts 3 een goede telefonische bereikbaarheid. In de praktijk staat op dit moment 1,5 uur per dag het antwoordapparaat aan. Deze tijd hebben de assistentes nodig voor andere werkzaamheden. Huisarts 3 vindt 1,5 uur per dag eigenlijk nog te veel. In de toekomst zal ernaar worden gestreefd deze tijd te verkorten. Voor spoedgevallen hebben zowel huisarts 2 als huisarts 3 een spoednummer. Op deze manier kan de patiënt in geval van nood de praktijk te allen tijden bereiken.

De telefonische bereikbaarheid in groepspraktijk A wordt als voldoende ervaren. Omdat de praktijk in groepen is verdeeld met verschillende telefoonnummers, wordt een verbeterde bereikbaarheid ervaren. Daarnaast heeft groepspraktijk A sinds een aantal jaren een telefoonlijn met keuzemenu, zodat de juiste vraag op de juiste plaats terecht komt. Het kan ook zijn dat de patiënt te horen krijgt dat hij voor het maken van een afspraak op een ander moment terug moet bellen. Er is altijd een keuzetoets voor spoedgevallen. Daarnaast is er een speciaal telefoonnummer voor collega hulpverleners, zodat deze altijd kunnen bellen. Herhaal recepten kunnen 24 uur per dag kunnen ingesproken. Groepspraktijk B geeft aan de telefonische bereikbaarheid van de praktijk belangrijk te vinden, maar de patiënt wel te willen sturen. Het is niet efficiënt als patiënten de hele dag bellen voor bijvoorbeeld het maken van afspraken. Daarvoor staat op drie momenten per dag het antwoordapparaat aan, er is dan

wel een escape voor spoedgevallen. Een antwoordapparaat staat in groepspraktijk C slechts sporadisch aan. Over het algemeen zijn zij de gehele dag bereikbaar. Eén van de verbeterplannen die zijn doorgevoerd in het kader van de NHG-accreditatie betreft deze telefonische bereikbaarheid. Door het aantal lijnen dat open staat en de bezetting achter de telefoon aan te passen aan de drukte, is de praktijk nu goed bereikbaar. De patiënt kan in groepspraktijk C ook via internet een afspraak aanvragen. Hij wordt dan teruggebeld door de assistente op een moment dat het minder druk is. Voor het bestellen van herhaalrecepten kan 24 uur per dag worden gebeld.

Het grootste deel van de geïnterviewde huisartsen heeft maatregelen genomen om de telefonische bereikbaarheid van de praktijk te verbeteren. In de groepspraktijken zijn de maatregelen die worden genomen ingrijpender dan in de solopraktijken. Dit kan echter te maken hebben met het grote aantal patiënten, en daarmee het grote aantal telefonische contacten, in een groepspraktijk ten opzichte van een solopraktijk. Het aanschaffen van een telefoonbeantwoorder met keuzemenu wordt in groepspraktijken als een goede oplossing gezien om de telefonische bereikbaarheid te verbeteren. Voor de organisatie binnen de praktijk is dit een voordeel, omdat kan worden gezorgd dat de juiste vragen op de juiste plaats terecht komen. De artsen die een keuzemenu hebben denken dat de voor de patiënt duidelijkheid biedt. De vraag is echter of patiënten niet liever direct telefonisch te woord worden gestaan, in plaats van dat zij een keuzemenu te horen krijgen. Het duidelijke verschil dat is op te merken tussen de solistische huisartsen en de huisartsen in een groepspraktijk is dat de solo huisartsen streven naar zoveel mogelijk bereikbaarheid, terwijl de groepspraktijken ervoor kiezen om de patiënten meer te 'sturen'. Dit houdt in dat zij graag willen dat de patiënt niet de hele dag belt, maar op gezette tijden.

Spreekuren

De spreekuren zijn het onderdeel in de huisartsenpraktijk dat het meeste contact met de patiënt oplevert. Gemiddeld bezoekt een Nederlander in 2005 2,6 keer het spreekuur van de huisarts (Verheij ea, 2006). De beschikbaarheid van plaatsen tijdens het spreekuur is dus zeer belangrijk. Patiënten willen graag snel terecht kunnen als zij een klacht hebben. In deze paragraaf wordt beschreven welke maatregelen huisartsen hebben genomen om de bereikbaarheid van de spreekuren te verbeteren.

Wat betreft de spreekuren geeft huisarts 1 aan dat er altijd voldoende ruimte is. In het verleden is in de praktijk begonnen met avondspreekuren voor mensen die overdag niet in de mogelijkheid zijn te komen. De ervaring leerde hem dat dit niet de bedoelde doelgroep aantrok. Juist die mensen die overdag weinig om handen hadden en te laat belde voor een

afspraak kwamen naar het avondspreekuur. Voor de assistente was het moeilijk om de juiste patiënten te selecteren. In plaats van een avondspreekuur heeft huisarts 1 nu een ochtendspreekuur. Dit spreekuur begint om half zeven en wordt wel door de juiste groep patiënten bezocht. In de praktijk van huisarts 3 wordt er voldoende ruimte voor afspraken ervaren. Naast het afsprakenspreekuur heeft huisarts 3 iedere ochtend een inloopspreekuur. Dit spreekuur is voor kleine medische zaken. Hiervoor hoeft geen afspraak te worden gemaakt. Patiënten worden geholpen op volgorde van binnenkomst. Op deze manier kunnen patiënten met korte vragen toch snel terecht. Huisarts 2 is tevreden over de openingstijden van de praktijk. Zij ervaart geen problemen.

'De praktijk is 52 weken per jaar van 8.00 uur tot 17.00 uur open en dat moet voldoende zijn.'

(Huisarts 2 2007, persoonlijke communicatie)

In alle groepspraktijken wordt aangegeven dat triage door de assistentes een belangrijk onderdeel is van het verminderen van de drukte op de spreekuren. Doordat de assistente een aantal vragen stelt over de reden van de komst van de patiënt, kan zij inschatten of en op welke termijn een afspraak met de huisarts noodzakelijk is. In een aantal gevallen kan de assistente de vraag zelfstandig, in overleg met de arts, afhandelen. Op deze manier worden de spreekuren zinvoller, is de ervaring in groepspraktijk A. Ook is het voor patiënten van groepspraktijk A sinds kort mogelijk om via e-consult vragen te stellen aan de huisarts. Daardoor kunnen patiënten altijd hun vraag mailen en kan de arts op een rustig moment zijn antwoord doorgeven aan de patiënt. Naast groepspraktijk A ervaren ook de artsen uit de andere groepspraktijken een verminderde werkkruk voor triage. In de verschillende praktijken wordt veel tijd besteed aan het bijscholen van de assistentes aan de hand van de NHG-standaarden. Ook doordat de assistentes en praktijkondersteuners hun eigen spreekuren hebben en in groepspraktijk A de nurse practitioner, wordt de druk op de spreekuren van de huisartsen verminderd. Op deze manier is er voldoende ruimte op de spreekuren. In groepspraktijk B en C, worden zijn in dit kader verbeterplannen ingevoerd. In groepspraktijk B wordt gewerkt aan het verminderen van de uitloop van de spreekuren en in groepspraktijk C is er aandacht voor het stroomlijnen van de spreekuren. In groepspraktijk A wordt waarschijnlijk binnenkort begonnen met een avondspreekuur, omdat de vraag hiernaar toeneemt.

Zowel de huisartsen in groepspraktijken als de solistische huisartsen in dit onderzoek vinden beschikbaarheid belangrijk. Opvallend is dat de solisten alle drie aangeven de beschikbaarheid tijdens de spreekuren als voldoende te ervaren. In de groepspraktijken zijn de afgelopen jaren wel de nodige maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat de ruimte nu als voldoende wordt ervaren. Zo zijn de assistentes in groepspraktijken, meer dan in

solopraktijken, opgeleid in triage. Dit zorgt ervoor dat patiënten niet onnodig naar de praktijk komen, maar dat kleine klachten al aan de telefoon kunnen worden afgehandeld. Op die manier worden de spreekuren effectiever.

'Mijn spreekuren zijn zinvoller dan tien jaar geleden' (Huisarts groepspraktijk A, 2007, persoonlijke communicatie).

Dit is zowel voor de arts een voordeel. Het is uitdagender dan een spreekuur met mensen waar de huisarts weinig voor kan betekenen. Maar ook voor de patiënt is dit een voordeel. Deze hoeft niet onnodig naar de praktijk te komen en mocht het toch nodig zijn, dan is er meer ruimte en kan de patiënt op korte termijn terecht. Naast de triage kan de huisarts de patiënt ook tegemoet komen door bijvoorbeeld de spreekuurtijden uit te breiden naar de avonden. Hierdoor kan de arts zich onderscheiden. Dit is belangrijk in een maatschappij waarin de patiënt steeds mondiger en kritischer wordt (Zweden, 2006). In tegenstelling tot deze constatering blijkt in dit onderzoek dat er nog weinig aan bedrijfstijduitbreiding wordt gewerkt in de huisartsenzorg. Zelfs in de groepspraktijken in steden werkt men van 8 tot 5. Slechts een solist zegt zijn tijden te hebben uitgebreid en een groepspraktijk heeft plannen in die richting, al zijn deze nog niet concreet. Op dit punt zijn geen grote verschillen tussen groeps- en solopraktijken. In beide praktijkvormen geven artsen aan de huidige tijden als voldoende te ervaren.

5.7 Doelmatige zorg

Ongeveer 4% van de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland zijn kosten gemaakt in de huisartsenzorg. De huisarts handelt voor dit geringe percentage ongeveer 80% van de klachten af (Wieren, 2006). Huisartsenzorg is dus relatief goedkope zorg. Hoe meer de huisarts zelf afhandelt, hoe minder de kosten van de gezondheidszorg zullen stijgen. Er bestaat een spanningsveld tussen de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid ervan. Er is een gevaar dat de kwaliteit ten koste gaat van de doelmatigheid. Toch benoemen Harteloh en Casparie doelmatige zorg al één van de aspecten van kwalitatief goede zorg (1998). In deze paragraaf zal worden beschreven hoe de huisartsen in dit onderzoek werken aan de doelmatigheid van de zorg. Daarbij zal worden gekeken welke rol preventie hierin speelt.

Doelmatigheid

Doelmatigheid speelt een belangrijke rol in de Nederlandse gezondheidszorg. In deze paragraaf zal worden gekeken hoe de huisartsen uit dit onderzoek omgaan, moet doelmatigheid en wat hun motieven zijn om hieraan te werken.

Op het gebied van doelmatigheid geeft huisarts 1 aan dat hij patiënttevredenheid belangrijker vindt. Dit mag van hem ten koste gaan van de doelmatigheid van de zorg. Huisarts 1 geeft aan niet actief bezig te zijn met de doelmatigheid van zorg. Huisarts 2 geeft aan een doelmatige manier van werken te zien als noodzakelijk kwaad. In de toekomst verwacht zij dat de financiering van de huisarts hierop zal worden afgestemd. Mede daarom wil zij graag een jaarverslag opstellen. Door middel van de speciale spreekuren en de taakdelegatie naar de assistente probeert zij de doelmatigheid te verbeteren. Huisarts 3 geeft aan dat hij doelmatigheid belangrijk vindt. De zorg wordt op duurder en een doelmatige manier van werken is daarom belangrijk. Maar naast het verminderen van de zorgkosten heeft doelmatige manier van werken ook een direct voordeel voor de huisarts. Door optimaal gebruik te maken van de aanwezige ruimte en middelen worden ook de opbrengsten voor de praktijk groter. In deze praktijk kunnen daarom verschillende onderzoeken.

In groepspraktijk A is men actief bezig met de doelmatigheid van de geleverde zorg. Dit gebeurt mede door de werkwijzen van de verschillende artsen met elkaar te vergelijken, zoals eerder is uitgelegd. In alle groepspraktijken wordt triage door de praktijkassistentes als belangrijk ervaren. Ook dit draagt bij aan de doelmatigheid van de zorg. Ook in de groepspraktijken is sprake van uitbreiding van het zorgaanbod. Buiten dat wordt er meegewerkt aan grote projecten, zoals de zorgprogramma's. Al deze zaken kunnen bijdragen aan een doelmatiger gezondheidszorg.

Onder de geïnterviewde huisartsen leeft het onderwerp doelmatigheid sterk. Alle, in dit onderzoek meegenomen, huisartsen in groepspraktijken en twee van de drie solistische huisartsen werken actief aan het verbeteren van de doelmatigheid. De onderliggende gedachten over doelmatigheid variëren sterk. De solistische huisartsen werken vooral aan doelmatigheid door meer onderzoeken aan te bieden in de praktijk. Alle geïnterviewde huisartsen uit groepspraktijken geven aan de doelmatigheid te verbeteren door de triage door assistentes te verbeteren om de spreekuren zinvoller te laten zijn. Daarnaast geeft een van de artsen uit een groepspraktijk aan dat het verwijs- en voorschrijfgedrag van de verschillende artsen met elkaar wordt vergeleken om zo de doelmatigheid te bevorderen. Als gekeken wordt naar de verschillen tussen de twee praktijkvormen, blijkt dat ze vooral verschillen op het gebied van triage. In de groepspraktijk is of wordt meer tijd besteed aan het opleiden van de assistentes op het gebied van triage. Als gevolgd daarvan wordt hiervan in de groepspraktijken een groter effect ervaren.

Preventie

De afgelopen jaren is de aandacht voor preventie in de huisartsenpraktijk toegenomen. Dit is een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg geworden, omdat ook de doelmatigheid van de zorg steeds meer aandacht krijgt (Harteloh en Casparie, 1998). Hierdoor is de werkdruk van de huisarts toegenomen met als gevolg taakdelegatie (Berg, 2004). Op het gebied van preventie is een belangrijke taak weggelegd voor de praktijkondersteuning. Ook in de NHG praktijkaccreditatie is bijzondere aandacht voor preventie en de begeleiding van chronisch zieken (www.praktijkaccreditering.nl, 2007). In onderstaande paragraaf zal worden toegelicht hoe huisartsen werken aan preventie in de eerste lijn.

In de praktijk van huisarts 1 wordt gewerkt aan preventieve gezondheidszorg, zoals het maken van een cardiovasculair risicoprofiel bij patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Daarbij zijn op het gebied van chronische patiëntengroepen taken gedelegeerd naar de praktijkondersteuner. Door een goede begeleiding van deze patiënten kunnen kosten voorkomen worden. Ook huisarts 2 onderneemt activiteiten om de zorg aan chronisch zieken te verbeteren, door middel van het invoeren van een diabetesspreekuur. In de toekomst wil huisarts 2 graag meer spreekuren voor chronisch zieken opzetten. In de praktijk van huisarts 3 heeft de praktijkondersteuner een aantal groepen chronisch zieken onder behandeling. Mede door de verbeterplannen in het kader van NHG-accreditatie worden deze groepen nu goed gevolgd en begeleid bij hun ziekte.

In groepspraktijk A werkt aan preventie door het aanstellen van de nurse practitioner. Daarnaast is de begeleiding van chronisch zieken door de praktijkondersteuner een belangrijk deel van de preventieve zorg die in de praktijk wordt geleverd. Groepspraktijk B heeft ook veel zorg aan chronisch zieken bij de praktijkondersteuning ondergebracht. Daarnaast streven zij door de ontwikkeling van zorgprogramma's naar voorkoming van doorverwijzing naar de tweede lijn. Ook groepspraktijk C heeft een praktijkondersteuner voor chronische zieke patiënten. Wat betreft de begeleiding van deze patiëntengroepen is de praktijk verevorderd. Op dit moment wordt meegewerkt aan een onderzoek naar medicatie en bijwerkingen. In de toekomst zullen bijwerkingen van medicatie en andere klachten hierdoor kunnen worden voorkomen.

Alle praktijken met praktijkondersteuning hebben veel aandacht voor de begeleiding van chronisch zieken en preventie. Bij de groepspraktijken is opvallend dat hier naast de praktijkondersteuning andere grote projecten in het kader van preventie zijn gestart. Groepspraktijk B werkt samen met een academisch medisch centrum aan de ontwikkeling van zorgprogramma's en doet groepspraktijk C dit in het kader van een onderzoek naar

medicatie en bijwerkingen. Op dit gebied wordt in de groepspraktijken meer aan preventie gewerkt dan in de solopraktijken.

5.8 Verschillen en overeenkomsten

In de voorgaande paragrafen zijn de solopraktijken met de groepspraktijken vergeleken op het gebied van kwaliteitszorg. In deze paragraaf zullen de belangrijkste verschillen en overeenkomsten worden benoemd.

Wat betreft het aantal werknemers in de praktijk per 1000 patiënten zijn er variaties zichtbaar. Deze variaties lijken niets te maken te hebben met het verschil tussen groepspraktijken en solopraktijken. Ook het aantal patiënten per huisartsen is niet anders in een solopraktijk dan in een groepspraktijk. De visie op kwaliteit is tussen beide soorten huisartsen wel verschillend. Zo geven de solistische huisartsen aan juist door de kleinschaligheid van de praktijk beter aan kwaliteit te kunnen werken. De huisartsen uit groepspraktijken daarentegen zeggen door de grootschaligheid meer tijd te hebben, door taakverdeling over de verschillende huisartsen. Als het gaat om het meten van kwaliteit zijn de groepspraktijken in het voordeel. Deze zijn zowel op het gebied van patiënttevredenheidsonderzoek als NHG-accreditatie meer met het meten van kwaliteit bezig dan de solistische huisartsen.

Op het gebied van taakdelegatie naar de assistentes zijn opvallende verschillen waarneembaar. Alle huisartsen hebben taken gedelegeerd naar de praktijkassistentes. Deze zijn in alle praktijken geprotocolleerd. Echter in de groepspraktijken is een beter systeem in het herzien van de protocollen. Ook op het gebied van bijscholing van de assistentes scoren de groepspraktijken beter. Daarnaast is er in de groepspraktijken veel aandacht voor triage en is er veel tijd geïnvesteerd in het opleiden van de assistentes op dit gebied. Dit gebeurt in mindere mate in de solopraktijken. Naast taakdelegatie naar de assistente is er in vijf van de zes huisartsenpraktijken ook sprake van taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. In alle praktijken is de praktijkondersteuner verantwoordelijk voor de begeleiding van chronisch zieken. Maar in twee van de drie groepspraktijken zijn er meer taken gedelegeerd naar de praktijkondersteuner. Het gaat hierbij om de eenvoudige diagnostiek. In de derde huisartsenpraktijk worden deze taken uitgevoerd door een nurse practitioner. Er kan worden geconcludeerd dat er in de groepspraktijk meer taken worden gedelegeerd naar de praktijkondersteuner dan in een solopraktijk.

Een belangrijk aspect van kwaliteit is de rol van de patiënt. Op het gebied van transparantie zijn geen verschillen te ontdekken tussen de beide praktijkvormen. Alle praktijken streven naar een zo goed mogelijke informatievoorziening naar de patiënt en doen dit voornamelijk via internet. Een ander aspect van de zorg rondom de patiënt is de patiëntgerichtheid. Dit kan worden verbeterd door het aanbod van zorg in de praktijk uit te breiden. Op dit gebied is een belangrijk verschil ontdekt tussen de groepspraktijken en de solopraktijken. De groepspraktijken hebben een uitgebreider aanbod aan zorg en nemen meer initiatieven dit aanbod verder uit te breiden. Daarbij gaan zij verder dan het aanbieden van verschillende onderzoeken in de praktijk.

Naast patiëntgerichte zorg is het voor een patiënt belangrijk dat de huisarts goed bereikbaar is. Het eerste contact dat de patiënt met de praktijk heeft is vaak telefonisch. Om deze bereikbaarheid te verbeteren wordt door alle praktijken veel ondernomen. Het grote verschil tussen groepspraktijken en solopraktijken is hierbij dat de groepspraktijken vaak werken met een telefoonbeantwoorder met keuzemenu om de bereikbaarheid te verbeteren. De solistische huisartsen vinden de bereikbaarheid juist goed als ze geen gebruik maken van een telefoonbeantwoorder, maar de hele dag direct bereikbaar zijn. Naast de telefonische bereikbaarheid is het belangrijk dat er voldoende plek is op het spreekuur van de huisarts. Om dit te verbeteren wordt, vooral in de groepspraktijken, hard gewerkt aan triage door de praktijkassistente. Door de assistente goed op te leiden kan de druk op het spreekuur afnemen. Aan het opleiden van de assistentes op dit gebied wordt in de groepspraktijken aanmerkelijk meer gedaan dan in de solopraktijken.

Aan kwaliteit zijn vaak kosten verbonden en in de gezondheidszorg moeten deze juist dalen. Daarom is de doelmatigheid belangrijk. Hieraan wordt in de groepspraktijken meer gewerkt dan in de solopraktijken. Door de assistente goed op te leiden in triage en zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn te houden kan de doelmatigheid sterk toenemen. Preventie is een belangrijk onderdeel van doelmatigheid, omdat het hoge kosten in de toekomst kan voorkomen. Preventie in de huisartsenzorg wordt vooral gedaan door de praktijkondersteuning. Deze is in bijna alle praktijken aanwezig, maar toch zijn er verschillen te ontdekken. In groepspraktijken wordt vaker dan in solopraktijken meegewerkt aan grote innovatieve projecten die in de toekomst hoge kosten voorkomen.

6. Conclusies

Aan de hand van de verzamelde gegevens zal in dit hoofdstuk antwoord worden gegeven op de probleemstelling. De probleemstelling die wordt beantwoord luidt:

In hoeverre verschilt de manier waarop wordt omgegaan met kwaliteitszorg in een groepspraktijk van die in een solopraktijk?

Het antwoord op de probleemstelling zal zijn gebaseerd op de deelvragen die eerder in dit onderzoek zijn geformuleerd.

- Hoe kan kwaliteit in de huisartsenpraktijk worden bevorderd?
- Hoe wordt in een groepspraktijk omgegaan met kwaliteitszorg?
- Op welke manier werkt een solistische huisarts aan kwaliteitszorg?
- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?

In paragraaf 6.2 zal worden beschreven hoe een huisarts kan werken aan kwaliteitsverbetering. De laatste drie deelvragen zullen worden beantwoord in paragraaf 6.3, waarna in paragraaf 6.4 antwoord zal worden gegeven op de probleemstelling.

6.1 Kwaliteitsbevordering

Deze paragraaf gaat over de instrumenten die de huisartsen tot beschikking hebben om de kwaliteit in de praktijk te verbeteren. De deelvraag die in deze paragraaf wordt beantwoord luidt: *Hoe kan kwaliteit in de huisartsenpraktijk worden verbeterd?* Aan de hand van de interviews zal deze vraag worden beantwoord.

Kwaliteit in de gezondheidszorg is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Maar wat is nu kwalitatief goede zorg? Kwalitatief goede zorg voldoet aan een aantal voorwaarden:

- Het zorgaanbod dient te zijn afgestemd op reële behoefte van de patiënt
- De verleende zorg is van goed niveau
- De zorg is doelmatig verleend
- De zorg is patiëntgericht

(Harteloh & Casparie, 1998).

Om de kwaliteit binnen de gezondheidszorg te verbeteren bestaan een aantal instrumenten.

Deze zijn:

- Standaardisering en protocollering
- Cyclische kwaliteitszorg
- Betrekken van patiënten
- Bijscholing
- Certificering

(Sluijs ea, 2007)

Deze instrumenten om de kwaliteit te verbeteren worden in de huisartsenpraktijken die deel hebben genomen aan dit onderzoek als volgt toegepast:

Standaardisatie en protocollering

Binnen de huisartsenzorg wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap gezorgd voor standaarden rond de behandeling van patiënten met bepaalde ziektebeelden. Dit geeft de huisarts een leidraad over hoe deze patiënt het beste behandeld kan worden.

Met betrekking tot triage door praktijkassistenten heeft het NHG een telefoonwijzer ontwikkeld. Aan de hand van deze klapper kunnen de assistenten vragen stellen en bepalen of de patiënt door een huisarts gezien moet worden of dat een advies voldoende is.

Naast de triage zijn er de afgelopen jaren steeds meer taken gedelegeerd naar de praktijkassistenten. Zo kan men in alle praktijken bij de assistente terecht voor het uitspuiten van oren, het aanstippen van wratten, uitstrijkjes maken en injecties geven. Deze handelingen kunnen worden geprotocolleerd, zodat de assistente de behandelingen op de juiste manier uitvoert.

Naast protocollen voor assistenten zijn er protocollen voor handen die het werk van de praktijkondersteuners standaardiseren. Deze protocollen zijn gebaseerd op de NHG-standaarden met betrekking tot de chronische ziektebeelden, zoals diabetes en astma/COPD. Deze protocollen zijn in een aantal gevallen geïntegreerd in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS).

Cyclische kwaliteitszorg

In de huisartsenzorg is de afgelopen jaren steeds meer aandacht voor chronische ziektebeelden en preventie. Door taakherschikking zijn er nieuwe disciplines bijgekomen,

zoals de praktijkondersteuner en nurse practitioner. Hierdoor zijn grote veranderingen doorgevoerd in de praktijken.

Door dergelijke grote veranderingen cyclisch aan te pakken kan de kwaliteit ervan worden bevorderd. Tot een aantal jaar geleden werd dit in de huisartsenzorg niet gedaan. Een middel dat de huisartsen op dit gebied krijgen aangereikt is de NHG-accreditatie. In dit traject is het belangrijk verbeterplannen te schrijven, te implementeren en te evalueren. Na deze evaluatie kan een aanpassing worden gedaan. Daarnaast kan de huisarts door regelmatig werkoverleg te hebben met alle werknemers uit de praktijk de ingevoerde veranderingen evalueren en zo nodig bijstellen.

Een ook gehoorde mogelijkheid om ervoor te zorgen dat verbeterprojecten effectief worden geïmplementeerd is het inhuren van externe begeleiding. Deze begeleider kan ervoor zorgen dat de verandering goed wordt geïmplementeerd en dat de doelstelling niet uit het oog wordt verloren.

Betrekken van patiënten

Omdat kwaliteit van zorg moeilijk te meten is wordt vaak de patiënttevredenheid als belangrijke graadmeter gezien. Om dit te meten kan de huisarts ervoor kiezen om een patiënttevredenheidsonderzoek te doen. Ook dit is onderdeel van de NHG-accreditatieprocedure.

Naast een enquête kan de patiënt zijn mening ook kenbaar maken aan de hand van een klacht of opmerking. Dit recht heeft de patiënt altijd gehad, maar in de afgelopen jaren wordt deze mogelijkheid steeds meer onder de aandacht van de patiënt gebracht. Zo is er bijvoorbeeld de mogelijkheid dit te doen via de website van de huisarts.

Naast de tevredenheid van de patiënt wordt het ook belangrijk gevonden de veranderingen in de praktijk transparant te maken naar de patiënten. Dit kan worden gedaan door middel van websites, folders en posters in de wachtkamer.

Bijscholing

Huisartsen moeten zich iedere vijf jaar opnieuw registreren in het BIG-register. Om dit te kunnen doen moeten ze een bepaald aantal bijscholingspunten halen. Alle huisartsen in dit onderzoek voldoen aan deze eis.

Naast de huisartsen zijn er andere medewerkers in de praktijk, die taken uitvoeren die zijn gedelegeerd door de huisarts. Een groot aantal taken is gedelegeerd naar de praktijkondersteuner of praktijkassistente. Het is dus belangrijk dat ook deze disciplines op de hoogte blijven van de nieuwste inzichten. Daarvoor dienen zij te worden bijgeschoold. Dit kan op twee manieren. Externe bijscholing vindt plaats door een onderwijsinstituut of farmaceutische industrie. Daarnaast wordt door de Vereniging voor doktersassistenten (NVDA) een aantal bijscholingen aangeboden. Ook interne bijscholing is een mogelijkheid. Hierbij worden de assistentes of praktijkondersteuners door de huisarts bijgeschoold over een ziektebeeld of behandeling. Dit kan als er nieuwe behandelingen mogelijk worden gemaakt in de praktijk, maar ook bijvoorbeeld aan de hand van een NHG-standaard of de NHG-telefoonwijzer.

Certificering

Binnen de huisartsenzorg is het mogelijk te accrediteren. Hierbij wordt door de NHG een keurmerk afgegeven. De accreditatie heeft betrekking op verschillende onderdelen van het werk van de huisarts. Het medisch handelen binnen de praktijk wordt geoordeeld, maar ook de organisatie en praktijkvoering. Daarnaast is het oordeel van de patiënt belangrijk. Na de nulmeting worden verbeterplannen geschreven en uitgevoerd. Bij deze verbeterplannen wordt cyclisch gewerkt en is er begeleiding van een praktijkconsulent.

6.2 Kwaliteitszorg

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de manier waarop huisartsen in solopraktijken en huisartsen in groepspraktijken omgaan met kwaliteitszorg. Hierbij zal voornamelijk worden ingegaan op de verschillen en overeenkomsten tussen beide praktijkvormen. De beschrijvingen van de activiteiten die worden ondernomen om de kwaliteit te verbeteren zijn terug te vinden in hoofdstuk 5. In deze paragraaf worden 3 deelvragen beantwoord, namelijk *Hoe wordt in een groepspraktijk omgegaan met kwaliteitszorg?* en *Op welke manier werkt een solistische huisarts aan kwaliteitszorg?* en *Wat zijn de verschillen en overeenkomsten?*. Waarbij aan de laatste vraag de meeste aandacht wordt besteed.

De respondenten

De zes geïnterviewde praktijken verschillen allemaal van elkaar. Ook binnen dezelfde praktijkvormen zijn verschillen waarneembaar. Als gekeken wordt naar het aantal medewerkers per 1000 patiënten zijn nauwelijks verschillen te ontdekken tussen de groepspraktijken en de solopraktijken. Ook het aantal patiënten per huisarts is niet anders in een solopraktijk dan in een groepspraktijk. Wel is een groot verschil waarneembaar in de

visie van huisartsen aangaande kwaliteit. Zo geven de solistische huisartsen aan dat zij door de kleinschaligheid van de praktijk beter overzicht hebben op alle processen en daardoor beter en sneller aan kwaliteit kunnen werken. De huisartsen die werkzaam zijn in groepspraktijken geven echter aan dat zij juist beter aan kwaliteit kunnen werken, omdat zij taken hebben verdeeld. Op die manier blijft er tijd over voor het verbeteren van de kwaliteit.

Taakdelegatie

In alle praktijken zijn taken gedelegeerd naar de praktijkassistente en praktijkondersteuning. Daardoor is de werkdruk van de huisartsen afgenomen. In alle praktijken zijn de gedelegeerde taken geprotocolleerd. Echter in de groepspraktijken worden structureel de protocollen herzien en geautoriseerd. Dit gebeurt vaak jaarlijks. De protocollen worden dan herzien en de gedelegeerde taak wordt onder toezicht uitgevoerd en afgetekend. Op die manier wordt jaarlijks een cyclus doorlopen. In solopraktijken ontbreekt deze herziening van protocollen vaak. Ook op het gebied van interne bijscholing hebben de groepspraktijken een voorsprong op de solopraktijken. Deze bijscholingen vinden met regelmaat plaats. Bij de solopraktijken is ontbreekt deze structuur in de bijscholingen.

Wat opvallend is in de taakdelegatie naar de praktijkondersteuning is dat de groepspraktijken aanzienlijk meer taken hebben gedelegeerd dan de solopraktijken. Waar de praktijkondersteuning in de solopraktijken nog slechts verantwoordelijk is voor de begeleiding van chronisch zieken, behandelen de praktijkondersteuners in de groepspraktijken ook kleine medische problemen.

De patiënt

De patiënt betrekken bij de zorg vinden alle geïnterviewde artsen zeer belangrijk. Allen werken zij hard aan informatievoorziening naar de patiënt. De meerderheid van de artsen probeert de patiënten vooral via internet op de hoogte te houden. Hierin verschillen de groepspraktijken niet van de solopraktijken. Bijna allemaal hebben zij een website met ongeveer dezelfde soorten informatie. Ook kan de patiënt via een aantal websites klachten kwijt over de zorg of de bejegening in de praktijk. Dit is niet zo op alle websites, maar deze verschillen zijn niet gebonden aan het verschil tussen groepspraktijken en solopraktijken.

Bereikbaarheid

Bereikbaarheid is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de huisartsenpraktijk. Het bepaalt voor een groot deel de patiënttevredenheid, maar is ook zeer belangrijk bij spoedgevallen. De telefonische bereikbaarheid wordt door de huisartsen op verschillende manier verbeterd. Hierin is een belangrijk verschil waarneembaar tussen de solopraktijken

en de groepspraktijken. Waar solistische huisartsen de telefonische bereikbaarheid goed vinden als de praktijk de hele dag bereikbaar is, vind huisartsen in groepspraktijken het belangrijk om de patiënt te 'sturen'. Dit doen zij vaak door middel van een telefoonbeantwoorder met keuzemenu. Hierdoor wordt efficiëntie gewonnen en is er duidelijkheid voor de patiënt, zo verklaren de artsen in groepspraktijken. Een telefoonbeantwoorder komt in de solopraktijken slechts sporadisch voor en er wordt gestreefd om dit tot een minimum te beperken. In solopraktijken wordt gestreefd naar zo min mogelijk telefoonbeantwoorders en in de groepspraktijken wordt de telefoonbeantwoorder juist als een verbetering ervaren.

Ook belangrijk is dat er voldoende ruimte is op het spreekuur. Het is voor patiënten niet prettig als ze lang moeten wachten voordat ze terecht kunnen bij de huisarts. Er wordt daarom gewerkt aan het verminderen van onnodige consulten. Dit kan door middel van triage door de assistente. Hierbij stelt de assistente een aantal gestandaardiseerd vragen aan de patiënt. Door het gebruik van de NHG-telefoonwijzer kan zij inschatten of het nodig is dat de patiënt naar het spreekuur komt of dat een telefonisch advies voldoende is. Om de triage op goed niveau te brengen en te houden dienen de assistentes regelmatig te worden bijgeschoold. In de groepspraktijken wordt dit structureel gedaan. Regelmatig wordt er bijvoorbeeld een onderwerp uit de NHG-telefoonwijzer besproken. In de solopraktijken ontbreekt deze structurele bijscholing.

Doelmatigheid

Ondanks het spanningsveld tussen doelmatigheid en kwaliteit, wordt doelmatigheid ook gezien als onderdeel van kwaliteit. Het is belangrijk dat de zorgkosten in Nederland dalen omdat de zorg anders in de toekomst onbetaalbaar wordt. Door de assistente goed op te leiden in triage wordt bijgedragen aan doelmatige zorgverlening. Daarnaast is het belangrijk om zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn te leveren, omdat dit goedkoper is dan in de tweede lijn. Dit kan worden gedaan door meer onderzoeken aan te bieden in de huisartsenpraktijk. Ook de praktijkondersteuning draagt bij aan de doelmatigheid van de zorg, omdat deze preventieve zorg levert binnen de praktijk. De toename aan aanvullende onderzoeken is waarneembaar in alle praktijken, zowel groepspraktijken als solopraktijken. Ook op het gebied van preventie door de praktijkondersteuner zijn beide praktijkvormen gelijk. Maar de groepspraktijken werken ook aan innovatieve projecten om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren, zoals de ontwikkeling van zorgprogramma's en onderzoek naar medicijngebruik. Daarnaast wordt in de groepspraktijken meer gewerkt aan het verbeteren van de triage. Dit alles maakt dat kan worden geconcludeerd dat in groepspraktijken meer wordt ondernomen om de doelmatigheid te verbeteren.

6.3 Beantwoording probleemstelling

In deze paragraaf zal op basis van voorgaande deelconclusies antwoord worden gegeven op de probleemstelling. Deze luidt: *In hoeverre verschilt de manier waarop wordt omgegaan met kwaliteitszorg in een groepspraktijk van die in een solopraktijk?*

Door het grote aantal patiënten, is het in een groepspraktijk eerder mogelijk om extra personeel aan te nemen. Een goed voorbeeld hiervan is de nurse practitioner in groepspraktijk A. Daarnaast worden groepspraktijken eerder benaderd door bijvoorbeeld ziekenhuizen om mee te werken aan projecten, zoals het ontwikkelen van zorgprogramma's in groepspraktijk B. Ook de bijscholing is in de groepspraktijken, door de aanwezigheid van meerdere huisartsen, goed geregeld. Door een aantal huisartsen in groepspraktijken wordt aangegeven dat specialisatie een groot voordeel is van het werken in een groepspraktijk. Echter dit werd weinig concreet gemaakt. Behalve het verdelen van de taken met betrekking tot de praktijkorganisatie werd weinig medisch inhoudelijke specialisatie benoemd.

Echter solohuisartsen kunnen ook met elkaar samenwerken. Er zijn al enkele initiatieven in die richting genomen, zoals de coöperatie waaraan huisarts 2 deelneemt. In de toekomst zouden verschillende huisartsen samen personeel kunnen aanmenen om bijvoorbeeld de ouderen te monitoren. Ook kan een huisarts in plaats van voor alleen zijn eigen personeel, ook bijscholing geven aan het personeel van andere solistische huisartsen. Op die manier kunnen deze huisartsen kleinschalig blijven. Voordelen hiervan zijn dat ze verspreid zijn in het gebied en dus voor iedereen goed bereikbaar. Daarnaast zijn er korte lijnen en kan de huisarts goed overzicht houden. Huisarts 2 omschreef deze manier van samenwerken, maar niet onder een dak, als 'virtueel samenwerken'. Op die manier wordt een situatie gecreëerd met het beste uit twee werelden. Zoals huisarts 1 aan aangaf:

'Alles wat in een groepspraktijk kan op het gebied van kwaliteit, kan ook in een solopraktijk. Mits de wil en de ruimte er maar zijn.' (Huisarts 1 2007, persoonlijke communicatie)

Doordat de huisartsen als ze solistisch blijven werken niet bij elkaar werken en elkaar niet dagelijks zullen zien, zal samenwerking meer moeite kosten. Totdat solistische huisartsen deze moeite gaan doen, blijven de groepspraktijken wat betreft kwaliteitszorg de solopraktijken voor.

7. Discussie

Dit onderzoek is uiterst zorgvuldig uitgevoerd. Toch zijn er bepaalde zaken in dit onderzoek naar voren gekomen waar in een volgend onderzoek rekening mee kan worden gehouden. Daarom zullen in dit hoofdstuk een aantal belangrijke punten worden benoemd, waarbij in een volgend onderzoek rekening mee kan worden gehouden.

Selectie respondenten

Bij de start van dit onderzoek is gekozen om de respondenten te selecteren in dezelfde stad of regio. Op die manier zou vertekening door verschillen in de patiëntenpopulatie worden voorkomen. Huisartsen in de stad hebben immers te maken met een andere patiëntenpopulatie dan huisartsen op het platte land. Tijdens het zoeken naar huisartsen die mee wilde werken aan dit onderzoek, bleek dat zeer weinig huisartsen bereid waren zich beschikbaar te stellen voor een interview. Daarom is uiteindelijk afgestapt van het idee de huisartsen in dezelfde omgeving te zoeken. De huisartsen die hebben meegewerkt zijn geen van allen gevestigd in dezelfde stad of dorp. De groepspraktijken zijn alle drie gevestigd in een stad en één van de solisten is dit ook. De andere twee solistische huisartsen zijn gevestigd in een dorp. Door de verschillen in de patiëntenpopulatie kan vertekening zijn ontstaan.

De geselecteerde huisartsenpraktijken zijn binnen de groepen vrij verschillend. Zo is er bij de groepspraktijken het verschil tussen een maatschap of een stichting. Daarbij verschilt het aantal huisartsen dat werkzaam is in een groepspraktijk sterk tussen de deelnemende praktijken. Ook de deelnemende solistische huisartsen zijn onderling vrij verschillend. Een van de huisartsen heeft een duobaan met een andere huisarts. Een andere huisarts heeft een HIDHA in dienst en de derde huisarts werkt als enige huisarts in de praktijk. Zeker bij de solistische huisartsen verschillen de praktijken sterk. Slechts één van de drie huisartsen werkt als enige huisarts in de praktijk. Bij de andere twee huisartsen is sprake van een samenwerking binnen die praktijk, al is deze anders dan in een groepspraktijk. Voor de validiteit van de gegevens was het beter geweest om te kiezen voor praktijken die binnen dezelfde groep niet teveel van elkaar verschillen, echter door gebrek aan medewerking van huisartsen is dit in dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Onderzoeksinstrument

Omdat gekozen is voor een kwalitatieve opzet van dit onderzoek lag het voor de hand te kiezen voor interviews met de respondenten. Om de validiteit van dit onderzoek is gestreefd

naar triangulatie. Naast interviews zijn websites bekeken en als deze beschikbaar zou zijn zouden ook kwaliteitsjaarverslagen worden bestudeerd. Doordat veel van de deelnemende huisartsen geen kwaliteitsjaarverslag hebben gemaakt is ervoor gekozen dit niet mee te nemen in het onderzoek. Zodoende werden alleen de interviews en websites gebruikt voor het onderzoek.

Daarbij kan vertekening ontstaan doordat huisartsen niet geheel eerlijk zijn geweest in de interviews. Het is aannemelijk dat alleen de positieve aspecten van de kwaliteitszorg in de praktijk zijn benoemd. Door goed door te vragen en te vragen naar voorbeelden is getracht dit zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast is de huisartsen beloofd de gegevens anoniem in het onderzoek te verwerken, zodat deze zo eerlijk mogelijk zouden zijn. Door het kleine aantal negatieve feiten dat in de interviews naar voren is gekomen is het waarschijnlijk dat er vertekening is ontstaan. Daarbij heeft geen van alle respondenten heeft in beide praktijkvormen gewerkt. Zij hebben dus geen van allen vergelijkingsmateriaal. In volgend onderzoek kan het verstandig zijn om ook artsen te interviewen die in zowel een solopraktijk als in een groepspraktijk werkzaam zijn of zijn geweest.

Interpretatie van de onderzoeksresultaten

Bij de interpretatie van onderzoeksgegevens is zo nauwkeurig mogelijk gewerkt. Toch kan het zijn dat er vertekening is opgetreden door vooringenomenheid van de onderzoeker. Daarbij is bij de meeste huisartsen geen sprake geweest van member-check omdat de respondenten aangaven dit niet nodig achtte en hiervoor geen tijd hadden. Bovendien zijn alleen huisartsen geïnterviewd. Zij hebben een bepaalde visie op het werken aan kwaliteitszorg in de huisartsenpraktijk, maar de vraag is of de andere medewerkers in de praktijk dit ook vinden. Het kan daarom verstandig zijn om ook bijvoorbeeld de assistentes te interviewen en te vragen naar hun meningen en ervaringen.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen in groepspraktijken meer tijd hebben geïnvesteerd in het opleiden van de assistentes in triage. Ook ervaren zij hiervan meer effect. Daarnaast zijn in groepspraktijken meer taken gedelegeerd naar de praktijkondersteuning. Dit zou kunnen betekenen dat de huisartsen in groepspraktijken minder patiënten zien en daardoor meer tijd hebben voor bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering. Door tijdgebrek was het niet mogelijk om hier voor dit onderzoek verder op in te gaan. Voor volgend onderzoek zou het interessant kunnen zijn her aandacht aan te kunnen besteden.

Literatuurlijst

- Bakker, C., E. Steenberghe- Meertens. 2006. *IKZ - Integrale kwaliteitszorg en verbetermanagement*. Groningen: Wolters- Noordhoff.
- Berg, M.J. van den et al. 2003. 'De werkdruk van de huisarts.' *Medisch Contact* 58 (26/27): 1054-1056.
- Boot, J.M. en M.H.J.M Knapen. 2001. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*. Zevende, herziene druk. Hentelaar boek, Wijk bij Duurstede. [2001]
- Brandson, R. en D. Armstrong. 2004. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. *BMJ*. 329(7462):381.
- Crebolder, H.F.J.M. ea. 1997. 'De huisarts van morgen. Van de HOED en de thuisrand.' *Medisch Contact*. 52(9): 284-286.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. Second edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1998. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Vierde herziene druk. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom. [1991]
- Jong, A de en H. Vandenbroele. 2002. *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Eerste druk, vierde oplage. ELSEVIER gezondheidszorg, Maarssen. [1998]
- Kenens, R.J. en L. Hingstman. 2005. Cijfers uit registratie van huisartsen. Peiling 2005 [Internet]. NIVEL, 01-11-05 [aangehaald op 10-11-06]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-2005.pdf>.
- Schellevis F.C. ea. 2006. Wat is huisartsenzorg? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid [Internet]. RIVM, 11-09-06 [aangehaald op 10-11-06] <http://www.nationaalkompas.nl/Zorg\Eerstelijnszorg\Huisartsenzorg>.

Sluijs, E, A. Keijser en C. Wagner. 2007. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*. Utrecht: Nivel.

Tacken, M. 2003. Huisartsen dien in een groepspraktijk werken zijn vermoeider. *Huisarts en Wetenschap*. 46(4):185.

Verheij, R.A. ea. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. NIVEL/WOK, 17-08-06 [aangehaald op 10-11-06] bereikbaar op <http://www.LINH.nl>.

Vinkenburg, H.H.M. 1992. *Het invoeren van Kwaliteitszorg*. In: Colsen, P.J.A. , P.P.M. Harteloh & A.P.J. Höppener, et al. (red.). *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg Band I: A3 pp 1-31.

Wieren, S. Aan welke ziekten en aandoeningen wordt het geld besteed? [Internet]. RIVM, 11-09-06 [aangehaald 14-02-07]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5545n20332.html.

Zweden, C. van. 2006. Het einde van de solopraktijk. *Medisch Ondernemen* 3(5):8-11.

(Centraal Bureau voor de Statistiek). Jaarlijks 57 miljoen huisartscontacten. Polsslagen [Internet]. Centraal Bureau voor de statistiek, 20-12-2006 [aangehaald op 20-02-07]. Bereikbaar op <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/7D6CF1F5-4991-4C79-B53E-BD0B9C11DDCC/0/index1053.pdf>.

(Nederlands Huisartsen Genootschap). Continu werken aan kwaliteitsverbetering van de zorg [Internet]. NHG Praktijk Accreditering bv., 22-09-06 [aangehaald 13-05-06]. bereikbaar op: www.praktijkaccreditering.nl.

(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Huisartsen naar praktijkvorm [Internet]. Ministerie van VWS, 18-05-2005 [aangehaald op 5-7-2007]. Bereikbaar op http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o274n392.html.

(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Kwaliteit van de zorg [Internet]. Ministerie van VWS, 18-05-2005 [aangehaald op 5-7-2007]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/dossiers/kwaliteit_van_de_zorg/default.asp.

(RIVM), Preventie in de huisartsenpraktijk [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid, 31-07-2007 [aangehaald op 05-07-2007]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4645n27429.html.

Bijlage 1 Topiclijst

Sinds wanneer huisarts?

1. Gekozen praktijkvorm
2. Waarom deze praktijkvorm?

Grootte praktijk?

3. Wie zijn er werkzaam in praktijk?

Taakverdeling?

Wie is verantwoordelijk voor kwaliteit?

- Arts
 - Combinatie van disciplines
 - Taakdelegatie
4. Is er een gestructureerd plan op het gebied van kwaliteitszorg?
 5. Op welke manier is er aandacht voor kwaliteit?
 6. Waarom is het belangrijk om aan kwaliteit te werken?
 - Kosten
 - Resultaat
 - Tevredenheid van patiënt
 - Niveau van de zorg
 - Veiligheid
 7. Aan welke aspecten van kwaliteit wordt gewerkt?
 - Zorghoudelijke aspecten (preventie)
 - Taakdelegatie naar assistente: kwaliteitsbewaking daarvan?
 - Functionele aspecten: betrokkenheid arts en patiënt bij behandeling (patiëntenbrieven?)
 - Relationele aspecten: bejegening, arts-patiëntrelatie
 - Institutionele aspecten: diensten rondom behandeling, bereikbaarheid, omgeving, service
 - Financiële aspecten: doelmatigheid
 8. Hoe wordt de kwaliteit op deze gebieden verbeterd?
 - Standaardisering
 - Cyclisch werken
 - Betrekken patiënten (klachtenprocedure)

- Bijscholing
- Certificering

9. Hoe wordt de kwaliteit gemeten?
10. Hoe worden verbeteringen geborgd?
11. Wordt de kwaliteit transparant gemaakt?
 - Aan patiënten

Denkt u dat een groepspraktijk/solopraktijk op het gebied van kwaliteitsbevordering voordelen heeft?

