

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.