

L I N K H



ZORG VOOR KWALITEIT

HUISARTSENZORG

Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010-2015

Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg

Landelijke Huisartsen Vereniging
Nederlands Huisartsen Genootschap
Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg

Geaccordeerd door de LHV Ledenraad op 24 juni 2010

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	3
2	KWALITEITSBELEID HUISARTSENZORG	4
2.1	Doelen stuurgroep kwaliteit	4
2.2	Kwaliteitsbeleid	4
2.3	Kwaliteitssysteem.....	5
2.4	Kwaliteitsorganisatie	5
3	LANDELIJKE KWALITEITSORGANISATIE	6
3.1	Overheid	6
3.2	Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg	6
3.3	Landelijke Huisartsen Vereniging	6
3.4	Nederlands Huisartsen Genootschap	7
3.5	Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg	7
3.6	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden	7
3.7	College voor Accreditatie Huisartsen KNMG	8
3.8	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn	8
4	REGIONALE KWALITEITSORGANISATIE	9
4.1	LHV-huisartsenkring	9
4.2	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen	9
4.3	Perifeer Accreditatie Medewerker	9
4.4	Erkend kwaliteitsconsulent.....	10
4.5	Toetsgroep	10
4.6	Huisartsenvoorziening	10
4.7	Kaderopleiding en differentiatie	10
4.8	De zorggroep of zorgcoöperatie.....	11
4.9	Regionale ondersteuningsstructuur	11
5	UITGANGSPUNTEN KWALITEITSBELEID	12
5.1	Landelijke uitgangspunten	12
5.2	Regionale uitgangspunten.....	12
5.3	Uitgangspunten voor de huisartsenvoorziening.....	13
6	TOEKOMSTPLANNEN	14
6.1	Kwaliteitsbeleid	14
6.2	Kwaliteitsverbetering	14
6.3	Kwaliteitsborging	16
7	KOSTEN EN VERGOEDINGEN KWALITEITSSYSTEEM	19
7.1	Probleemstelling.....	19
7.2	Activiteiten kwaliteitssysteem huisartsenzorg: kosten en vergoedingen	20
7.3	Kwaliteitsbevordering en praktijkvoering	20
7.4	Opleiding.....	20
7.5	Accreditatie en certificering	21
7.6	Kwaliteitsprojecten	21
7.7	Slot	21
BIJLAGEN	24	
Bijlage 1	Literatuur	24
Bijlage 2	Voorwaarden, taken en verantwoordelijkheden PAM	25
Bijlage 3	Taken en verantwoordelijkheden EKC	26
Bijlage 4	Criteria toetsgroep en bijeenkomsten toetsgroep.....	27
Bijlage 5	Overzicht LHV-Handreikingen.....	28
Bijlage 6	Overzicht van kaderopleidingen en registers	29
Bijlage 7	Gebruikte afkortingen en verklarende woordenlijst	30
FINANCIËLE PARAGRAAF	31	

1 INLEIDING

Deze notitie “Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg” is een initiatief van LHV, NHG, LINKH en VHN. Na het wegvallen van de DHV-structuur ontbrak een helder kader voor de verantwoordelijkheden en de organisatie van de kwaliteitverbetering in de beroepsgroep. De organisatie van de huisartsenzorg en de eisen aan de kwaliteit daarvan veranderen snel. Dit komt mede door de nieuwe Zorgverzekeringswet (2006), de vorming van huisartsencoöperaties en de roep om transparantie. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in de huisartsenvoorziening.

Huisartsen moeten willen investeren in de kwaliteit van de zorg en de benodigde infrastructuur, kortom in hun eigen kwaliteitssysteem.

Anderzijds is er een maatschappelijk belang om optimale bekwaamheid van huisartsen te bevorderen. Het is goed als de beschikbare tijd voor nascholing besteed wordt aan de grote zorgbehoeften (ouderenzorg, jeugd, chronische ziekten, klinisch denken, GGZ) in plaats van door commercie of willekeur bepaalde DKB-agenda's.

Die verantwoordelijkheid is de kern van dit kwaliteitsbeleid.

LHV, NHG, LINKH en VHN ondersteunen huisartsen met de beperkte middelen bij het werken aan een transparante en toetsbare uitvoering van het kwaliteitsbeleid.

Meerdere partijen in de zorg hebben evenwel een belang bij en verantwoordelijkheid voor een optimale kwaliteit van huisartsenzorg.

Deze notitie beschrijft hoe de komende vijf jaar (2010 - 2015) wordt gewerkt aan het kwaliteitssysteem huisartsenzorg en is een vernieuwing van de notitie KOK (Kwaliteit op Koers) uit 1996. De ambities verschilden niet veel en zijn door de ontvlechting (wegvallen DHV-structuur) nooit goed uitgevoerd. [1,2,3]

Beperkingen bij de ambities in dit kwaliteitsbeleid (disclaimer)

Voor kwaliteitsbeleid op praktijkoverstijgend niveau zijn in de huisartsenzorg nauwelijks structurele middelen beschikbaar. De individuele praktijken ontvangen via de inschrijf- en verrichtingstarieven middelen voor het kwaliteitsbeleid binnen de eigen praktijk.

Kwaliteitsbeleid op meso- en macroniveau wordt zoveel mogelijk opgepakt door LHV, Huisartsenkringen, NHG en LINKH, organisaties die alle afhankelijk zijn van contributies van de individuele leden zonder de free riders. Dat is heel anders dan in bij zorginstellingen als bv. ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties, waar deze middelen structureel deel uitmaken van het premiegefinancierde instellingsbudget.

Dit ontbreken van structureel budget voor kwaliteitsbeleid op praktijkoverstijgend niveau beperkt de mogelijkheden voor een stevig beroepsbreed kwaliteitsbeleid zeer.

Immers, het kwaliteitsbeleid moet vooral binnen het budget van LHV en Huisartsenkring, concurreren met andere beroepsbelangen. Bovendien dragen niet-leden van LHV, Huisartsenkring en NHG financieel niet bij aan het kwaliteitsbeleid en dat is zonder consequenties. Met alleen ledengeld kunnen de ambities van dit kwaliteitsbeleid maar ten dele worden gerealiseerd.

Leeswijzer

- Hoofdstuk 2 gaat in op het kwaliteitsbeleid huisartsenzorg en de doelen die daarbij gesteld worden.
- Hoofdstuk 3 geeft de landelijke kwaliteitsorganisatie weer.
- Hoofdstuk 4 gaat over de regionale kwaliteitsorganisatie.
- Hoofdstuk 5 benoemt de landelijke en regionale uitgangspunten voor het kwaliteitsbeleid en beschrijft de uitgangspunten voor de huisartsenvoorziening.
- Hoofdstuk 6 gaat in op de toekomstplannen.
- Hoofdstuk 7 behandelt tot slot de kosten en vergoedingen van het kwaliteitssysteem.

2 KWALITEITSBELEID HUISARTSENZORG

Dit hoofdstuk gaat in op het kwaliteitsbeleid huisartsenzorg en de doelen die daarbij gesteld worden. De LHV, het NHG en het LINKH stellen zich ten doel om continu en systematisch de kwaliteit van de huisartsenzorg te bevorderen. Door als beroepsgroep zelf de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de huisarts te nemen, dragen we bij aan de kwaliteit van huisartsenzorg. Dit, met inachtneming van de disclaimer, die in de inleiding is geformuleerd. Op die manier borgen we de onafhankelijkheid die nodig is voor het vertrouwen van de patiënt. Het kwaliteitsbeleid draagt bij aan de realisatie van de huisartsenzorg zoals verwoord in de visie huisartsenzorg 2012.

2.1 Doelen stuurgroep kwaliteit

LHV, NHG en LINKH zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg en willen in de periode 2010-2015, waar mogelijk, samen met partners in de eerste en tweede lijn, het volgende bereiken:

- De formulering van samenhangende en heldere uitgangspunten voor het kwaliteitsbeleid binnen de huisartsenzorg in Nederland;
- Een afgestemd beleid tussen diverse betrokken landelijke organisaties over de uitvoering;
- Samenwerking vindt plaats met de verschillende landelijke en regionale organisaties betrokken bij het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg;
- (Regionale) organisaties die zich bezig houden met het opstellen en invoeren van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg krijgen advies en ondersteuning door de partijen van de stuurgroep;
- In elke regio is een kwaliteitsorganisatie voor de huisartsenzorg actief en zijn de randvoorwaarden ervoor geregeld;
- Nieuwe initiatieven tot vernieuwing in de huisartsenzorg (landelijk, regionaal en lokaal);

2.2 Kwaliteitsbeleid

Huisartsenzorg is continue, integrale zorg op maat conform de zes internationaal erkende kwaliteitsaspecten:

- **Patiëntgerichtheid:** de huisartsenzorg is afgestemd op de behoeften, wensen en waarden van de patiënt.
- **Veiligheid:** de zorg is gericht op het vermijden van risico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers.
- **Effectiviteit:** de geleverde zorg is betrouwbaar, gebaseerd op wetenschappelijke kennis.
- **Efficiency:** de zorg draagt bij aan de vraagstelling van de patiënt en verspilling wordt vermeden.
- **Tijdigheid:** de zorg wordt op het juiste moment geleverd en er is een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid.
- **Gelijkheid:** alle patiëntengroepen ontvangen gelijkwaardige zorg.

LHV, NHG, LINKH en VHN streven ernaar dat in elke regio een kwaliteitsorganisatie actief is die het kwaliteitsbeleid van de huisartsen ondersteunt. De huisartsenkringen, de regionale ondersteuningsstructuren (ROS), Perifeer Accreditatie Medewerkers (PAM) en de Erkend Kwaliteitsconsulenten (EKC) hebben hierin een voortrekkersrol.

De regionale kwaliteitsorganisatie zet zich in voor brede participatie van huisartsen in kwaliteitsbevorderende activiteiten. De huisarts is primair verantwoordelijk voor het kwaliteitssysteem in de eigen praktijk.

Groepspraktijken, zorggroepen en andere instellingen waar huisartsen werken (waaronder HAPs), vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen.

2.3 Kwaliteitssysteem

Een kwaliteitssysteem is: *het geheel van activiteiten nodig voor verbetering van de kwaliteit (van zorg)*. De landelijke en regionale kwaliteitsorganisatie hebben gezamenlijk als opdracht om te komen tot een kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem omvat diverse, onderling samenhangende activiteiten:

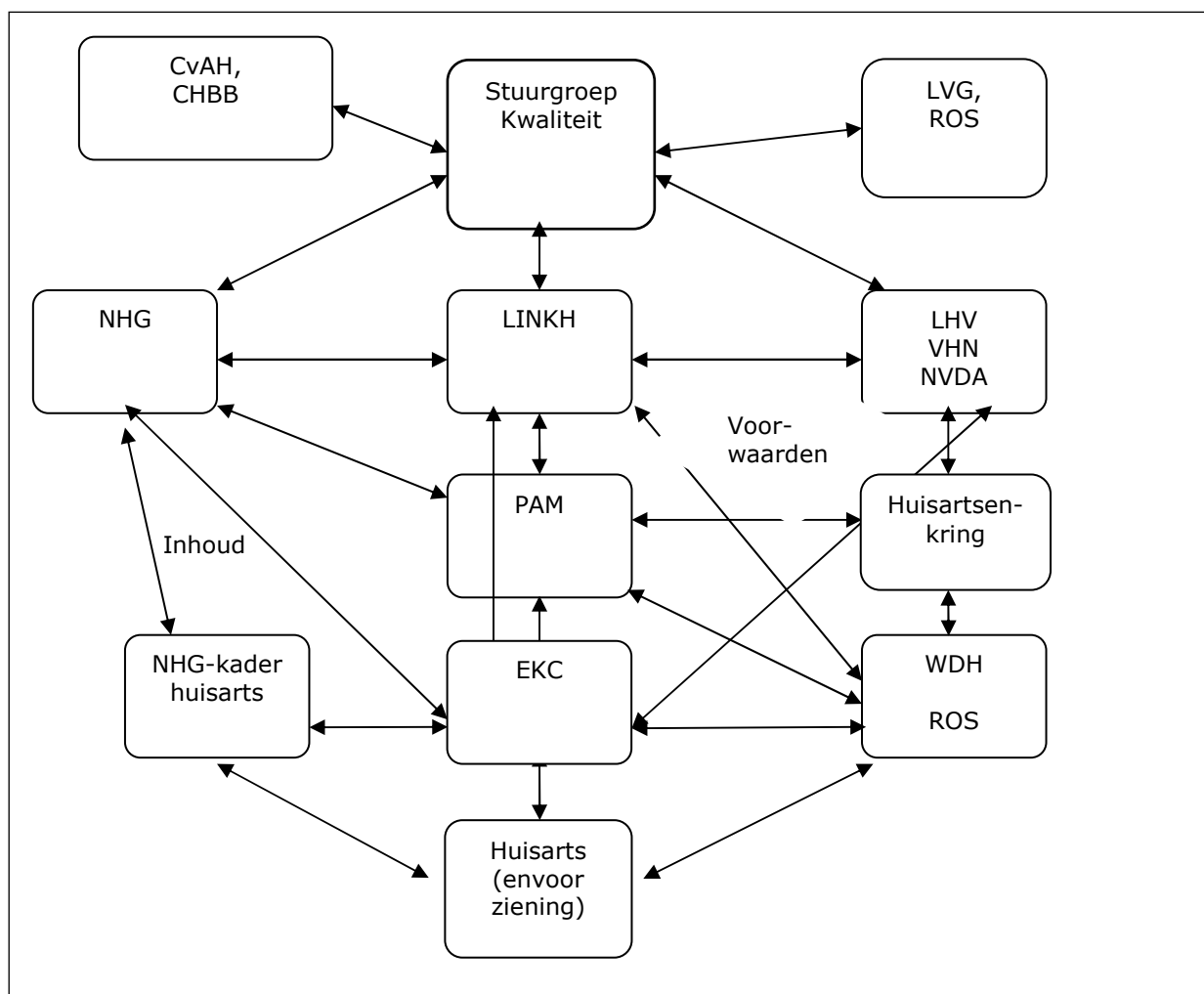
- Het stellen van prioriteiten: aspecten van de zorg waar verbetering nodig en mogelijk is.
- Het formuleren van de gewenste zorg in de vorm van richtlijnen, protocollen en doelen voor verbetering, en het identificeren van best 'practices'.
- Het beoordelen van de feitelijke zorg aan de hand van indicatoren, benoemen van criteria, gegevensverzameling, ontwerpen van instrumenten, procedures enz.
- Het waar nodig verbeteren van de zorg door goed voorbereide plannen en programma's voor verandering.
- Het evalueren of de zorg daadwerkelijk verbeterd is.

Om de kwaliteit van de huisartsenzorg te borgen moet de kwaliteitscyclus van plannen, uitvoeren, meten en verbeteren steeds opnieuw doorlopen worden [1].

2.4 Kwaliteitsorganisatie

De structuur en onderlinge relaties van de partijen die op landelijk en regionaal niveau deel uitmaken van de kwaliteitsorganisatie zijn weergegeven in onderstaande figuur. In de volgende twee hoofdstukken is beschreven hoe deze organisaties, ieder vanuit eigen deskundigheid, bijdragen aan het kwaliteitsbeleid huisartsenzorg.

Figuur 1. Kwaliteitsorganisatie



3 LANDELIJKE KWALITEITSORGANISATIE

Bij de kwaliteitsorganisatie voor huisartsen op landelijk niveau zijn de volgende organisaties betrokken:

- Overheid
- Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg (LHV, NHG en LINKH)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (+ regiokantoren en LHV-huisartsenkringen)
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)
- Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg
- College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
- College voor Accreditatie Huisartsen
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Voor de deskundigheidsbevordering van ondersteunend personeel in de voorziening huisartsenzorg zijn behalve bovenstaande partijen ook betrokken:

- Nederlandse Vereniging van DoktersAssistenten (NVDA)
- V&VN

Hieronder is uitgewerkt hoe deze organisaties betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg.

3.1 Overheid

Volgens de wet moeten zorgverleners verantwoorde zorg van goede kwaliteit leveren, ofwel patiëntgericht, veilig, effectief, efficiënt, tijdig en gelijkwaardig. Het kabinet heeft drie prioriteiten benoemd (4):

- Het zichtbaar en meetbaar maken van de zorg om de kwaliteit ervan goed te kunnen beoordelen. Hiervoor worden indicatoren opgesteld. Voor de huisartsenzorg werken VWS, de Inspectie en de huisartsenkoepels (NHG, LHV) hieraan. VWS heeft IGZ hiertoe opdracht gegeven, die dit vervolgens heeft uitbesteed aan Zichtbare Zorg (ZiZo)
- Het vergroten van de invloed van patiënten. De positie van de patiënt zal wettelijk steviger worden verankerd. Daarnaast moeten patiënten beter in staat worden gesteld om weloverwogen keuzes te maken op grond van betrouwbare informatie. Dit beleid wordt geconcretiseerd door de patiënt leading te maken bij de te ontwikkelen zorgstandaarden.
- Het veiliger maken van de zorg. In alle sectoren van zorg staan patiëntveiligheid en het terugdringen van vermijdbare schade centraal. Daarnaast creëert het kabinet meer ruimte voor innovatie en wordt er gewerkt aan het terugdringen van administratieve lasten [4]. De patiëntveiligheid is goed omschreven, maar implementatie ervan is de uitdaging.

3.2 Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg

In de Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg zijn nu de LHV, het NHG en LINKH vertegenwoordigd. De stuurgroep moet een brug slaan tussen het centrale kwaliteitsbeleid (richtlijnen, standaarden en best practices) en de regionale organisaties/functionarissen die zich inspannen om de kwaliteit van de huisartsenzorg te bevorderen. De doelen van de Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg zijn vermeld in paragraaf 2.1. Uitbreiding van de stuurgroep met de VHN is in beraad.

3.3 Landelijke Huisartsen Vereniging

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) behartigt de belangen van de Nederlandse huisartsen. Het kwaliteitsbeleid van de LHV wordt in samenwerking met het NHG vormgegeven. De LHV stelt zich ten doel systematisch de kwaliteit van de praktijkorganisatie van de huisarts te verbeteren. Hiervoor zijn goede randvoorwaarden nodig, die voldoende garantie bieden voor het op peil houden en verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Een kwalitatief hoogwaardig aanbod van

deskundigheidsbevordering, onafhankelijk van commercie, heeft de aandacht. Om dit te realiseren zijn geoormerkte middelen in het tarief nodig. Hiermee kan ook de in deze notitie voorgestelde structuur van PAM, EKC en regionale nascholing worden gefinancierd. Dit is een beleidsspeerpunt van de LHV, zo ook van het NHG en LINKH. Om de organisatie van en de samenwerking binnen de huisartsenzorg te optimaliseren maakt de LHV praktische handreikingen. Een overzicht hiervan vindt u in bijlage 5. De LHV werkt bij de belangenbehartiging en het bekendmaken en implementeren van handreikingen nauw samen met de LHV-huisartsenkringen en regionale LHV-bureaus.

3.4 Nederlands Huisartsen Genootschap

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. De belangrijkste doelstelling van het NHG is het bevorderen en ondersteunen van een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door huisartsen. Het NHG-kwaliteitsbeleid draagt bij aan de professionalisering van de beroepsgroep, met als hoofdbestanddelen standaardenontwikkeling, deskundigheidsbevordering en de bevordering van een goede praktijkvoering.

De belangrijkste activiteiten van het NHG zijn:

- Het ontwikkelen van richtlijnen voor de huisartsenpraktijk. Voorbeelden hiervan zijn NHG-Standaarden, Landelijke Transmurale Afspraken, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken en Farmacotherapeutische Richtlijnen.
- Het ontwikkelen en verzorgen van scholingsmaterialen en scholing.
- Het ontwikkelen van materialen voor deskundigheidsbevordering, praktijkvoering en patiëntenvoorlichting, zowel voor huisartsen als voor de overige medewerkers in de huisartsenvoorziening.
- Het ontwikkelen van richtlijnen en hulpmiddelen voor de ICT en automatisering in de huisartsenvoorzieningen. De materialen sluiten aan bij de NHG-Standaarden.
- Het opzetten en uitvoeren van accreditatieprogramma's.

3.5 Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)

De Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) is de brancheorganisatie voor huisartsenposten. Een van de statutaire doelstellingen van de VHN is het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor huisartsenposten en het bevorderen van de toepassing ervan. Huisartsenposten zijn wettelijk verplicht een kwaliteitssysteem te handhaven. Deze taak hebben zij voortvarend opgepakt. Er is een HKZ-certificeringsschema voor Huisartsendienstenstructuren opgesteld. Veel HDS-en zijn hier inmiddels mee bezig of hebben het HKZ-certificaat al behaald. De VHN ondersteunt haar leden bij het opbouwen en onderhouden van een dergelijk systeem. Ondermeer door het ontwikkelen van handreikingen voor de huisartsenpost en het diplomeringstraject voor triage-assistenten.

3.6 Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg

Het Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg (LINKH) is de landelijke netwerkorganisatie en belangenbehartiger van de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen en de perifere kwaliteitsorganisaties voor de huisartsenzorg. De LINKH-deelnemers zijn nauw gelieerd aan de regionale huisartsen; hun activiteiten hebben als kenmerk: voor en door huisartsen. Alle aangesloten organisaties zijn in het bezit van een instellingsaccreditatie van het College voor Accreditatie Huisartsen van de KNMG. LINKH heeft als doel de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren door een aanbod van deskundigheidsbevordering, toetsing en vormen van kwaliteitsbevordering. Daarnaast is LINKH intermediair tussen de landelijke kwaliteitsontwikkelaars en huisartsen.(6)

3.7 College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden

Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) registreert en herregistreert huisartsen die naast een basis- en aanvullend zorgaanbod ook bijzondere zorg willen bieden. Het CHBB is door de LHV en het NHG opgericht om:

- de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg te borgen door het stellen van minimumeisen aan competenties en praktijkvoering (bijvoorbeeld op het gebied van echografie, verloskunde, reizigersadvies en oogheelkunde);
- transparant te zijn voor derden (patiënten, verzekeraars) over de huisartsen met bijzondere bekwaamheden. (7)

3.8 College voor Accreditatie Huisartsen KNMG

Het College voor Accreditatie Huisartsen (CvAH) valt onder de KNMG. Het College accrediteert nascholing voor huisartsen en draagt hiermee bij aan inhoudelijke kwaliteitsborging van de nascholing. Er zijn verschillende vormen van nascholing met aanvullende voorwaarden zoals programma-accreditatie, nascholing met vaste groepen, individuele nascholing, waaronder e-learning, en persoonlijk leerplan. Het CvAH verleent instanties, zoals de Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH'en), op basis van gebleken kwaliteit van hun nascholing, de mogelijkheid om hun eigen producten te accrediteren met een instellingsaccreditatie (IA06, Instellingaccreditatie 2006). Het CvAH wijst een PAM aan op voorspraak van de kring, die zich laat adviseren door de WDH'en in de regio. Alle aanvragen, al dan niet goedgekeurd, worden ingevoerd in de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie (GAIA).

3.9 Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) is de overkoepelende organisatie voor eerstelijns samenwerkingsverbanden en voor de ROS'en, die gefinancierd worden door de zorgverzekeraars.

De LVG wil dat de eerstelijns met een fundamenteel zorgaanbod als fundament van de Nederlandse gezondheidszorg behouden blijft. De LVG onderneemt de volgende activiteiten:

- ondersteuning en helpdesk waar eerstelijnsmedewerkers terecht kunnen met vragen over interne organisatie en management, financiering, kwaliteitsbeleid en zorgaanbod en oprichten nieuwe samenwerkingsverbanden;
- adviesnetwerk;
- uitgave van publicaties;
- het organiseren en uitvoeren van scholing, onder andere op het gebied van interne organisatie, samenwerken en management;
- het publiceren van informatie op de ledensite;
- het publiceren over ontwikkelingen in de eerstelijnszorg.

De LVG behartigt de belangen van de ROS'en. Bij de LVG zijn 22 ROS'en aangesloten (zie paragraaf 4.9), die samen een landelijk dekkend netwerk vormen. De ondersteuning is regionaal bepaald. Deze richt zich op de gehele eerstelijnszorg en vooral op de implementatie van kwaliteitsbeleid, behoud van continuïteit van zorg en versterking van de mono- en multidisciplinaire samenwerking (8).

4 REGIONALE KWALITEITSORGANISATIE

Dit hoofdstuk gaat in op de regionale kwaliteitsorganisatie en hoe deze op hoofdlijnen is georganiseerd. Ook wordt beschreven hoe de verschillende organisaties zich tot elkaar verhouden en welke activiteiten zij in de regio ondernemen. Uitgangspunt is, rekening houdend met de couleur locale, te streven naar samenhang tussen landelijke en regionale speerpunten. Voor haar kwaliteitsbeleid werkt de LHV regionaal samen met zorggroepen LINKH, VHN, WDA (doktersassistenten), WDP (praktijkondersteuners) en ROS.

4.1 LHV-huisartsenkring

De LHV-huisartsenkringen zijn formeel verantwoordelijk dat het kwaliteitsbeleid in hun regio op basis van goede randvoorwaarden wordt uitgevoerd. De regionale LHV-bureaus kunnen ondersteuning bieden bij de realisatie van een goed en compleet kwaliteitssysteem (zie paragraaf 2.3). De huisartsenkring en het LHV-bureau werken daarin samen met de PAM. Idealiter is er per kring een commissie kwaliteit, waarin alle stakeholders zitten. De kringbesturen en -leden stellen zich realistische doelen voor kwaliteitsbeleid en deskundigheidsbevordering, en onderzoeken welke ondersteuning huisartsen nodig hebben voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. Ook is er aandacht voor de mate waarin participatie van de huisartsen (en andere praktijkmedewerkers) mogelijk is. Deze behoeftebepaling is uitgangspunt voor het beleid. Om tot regionaal beleid te komen wordt gebruik gemaakt van deskundigheid die de regionale organisaties zoals het regionale LHV-bureau, de WDH, LINKH, de ROS en andere aanbieders kunnen bieden.

4.2 Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen

De Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH'en) zijn nascholingsorganisaties met een instellingsaccreditatie van het CvAH. Elke huisarts kan zich aansluiten bij de WDH. De WDH'en stimuleren huisartsen in de regio om te werken aan het kwaliteitsbeleid. Een WDH kan zich aansluiten bij het LINKH.

De LHV-huisartsenkringen initiëren het kwaliteitsbeleid en stemmen dit af met de WDH'en, met als resultaat gezamenlijk geformuleerde regionale speerpunten en meerjarenplannen. De WDH probeert cyclisch (vijf jaarlijks) het Canmeds aanbod huisartsgeneeskunde aan de orde te laten komen. De WDH stimuleert en faciliteert de oprichting van WDP (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Praktijkondersteuners (Somatiek en GGZ) en WDA (Werkgroep Deskundigheidsbevordering Assistenten). De WDH dan wel de regionale LINKH-organisatie is onafhankelijk, binnen de kaders van de instellingsaccreditatie, en kan op het gebied van deskundigheids- en kwaliteitsbevordering met de ROS samenwerken. Ook kunnen huisartsen desgewenst samen met andere disciplines deskundigheidsbevordering organiseren.

4.3 Perifeer Accreditatie Medewerker

De Perifeer Accreditatie Medewerker (PAM) verleent accreditatie van deskundigheidsbevordering van een vaste groep regionale huisartsen (zoals toetsgroepen, Balint, Peergroups). De PAM kan op verzoek van een WDH (IA06-houder) het aanbod van derden beoordelen en accrediteren, dit wordt vervolgens opgenomen in het WDH-programma. De PAM is een huisarts met ervaring en interesse in deskundigheidsbevordering (DKB) voor en door huisartsen. De aanwijzing van de PAM door het CvAH gebeurt op voorstel van de huisartsenkring, na advies van de adherente WDH'en. De PAM begeleidt de EKC als het gaat om accreditatie van groepen. De EKC biedt de PAM via GAIA de nascholingen en bijbehorende informatie aan ter accreditatie. De functiebeschrijvingen van de PAM en de EKC staan in bijlage 2 en 3.

4.4 Erkend kwaliteitsconsulent

De Erkend kwaliteitsconsulent (EKC) stimuleert het werken aan kwaliteit binnen de eigen toetsgroep, en coördineert en bewaakt de voortgang van de voorgenomen verbeteringsacties. De EKC maakt ook een jaarplan en verzorgt de accreditatie van de toetsgroepen. Het is de bedoeling dat iedere toetsgroep een EKC heeft. Zie bijlage 3 voor een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de EKC.

4.5 Toetsgroep

Een toetsgroep bestaat uit minimaal drie huisartsen die met een gemeenschappelijk doel en een jaarplan tenminste twee keer per jaar bijeenkomen. Het gaat bij voorkeur om collega's 'dicht bij huis' met wie in de loop der jaren een vertrouwensband is gegroeid. De inhoud van de bijeenkomsten kenmerkt zich door de concepten 'van, voor en door huisartsen' en de 'interdoktervariatie'. Het toetsen volgt een bepaald stramien, met door de leden ingebrachte praktijkgegevens of casuïstiek. Ook toetsen de huisartsen elkaars vaardigheden, attitude, kennis en handelwijze bij het toepassen van standaarden of bij actuele thema's. De bijeenkomsten kunnen worden ondersteund door apothekers, experts uit de huisartsenkring (zoals kaderhuisartsen), of specialisten met wie nauw wordt samengewerkt. Tijdens de bijeenkomsten is een EKC aanwezig, die zorg draagt voor de kwaliteit van het proces en de inhoud. Meer informatie over de toetsgroepcriteria is te vinden in bijlage 4.

4.6 Huisartsenvoorziening

Borging van de kwaliteit van de huisartsenzorg is onder meer geregeld in de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen. De maatschappij mag kwalitatief goede zorg verwachten, volgens de kennis en normen van het moment. De nadruk is de laatste jaren verschoven van deskundigheidsbevordering/nascholing van de huisarts naar (kwaliteits)verbetering van de praktijk op basis van behoeftebepaling. Veel huisartsen zijn bezig met of bereiden zich voor op de NHG-praktijkaccreditering. Hiermee krijgen zij inzicht in de praktijkaspecten waar verbetering mogelijk is, waarna zij verbeteringsplannen kunnen maken en uitvoeren. Borging in een kwaliteitssysteem betreft alle medewerkers in de huisartsenvoorziening. Voor een goede patiëntenzorg is continue professionele ontwikkeling van alle praktijkmedewerkers dan ook een vereiste.(1)

4.7 Kaderopleiding en differentiatie

De kaderopleidingen dekken belangrijke aspecten van huisartsenzorg en maken deel uit van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. De kaderhuisartsen krijgen een grondige opleiding om regionaal en lokaal huisartsen te kunnen ondersteunen op dat betreffende onderdeel van de huisartsenzorg. De kaderopleidingen zijn functiegerichte opleidingen die uitgevoerd worden door de universitaire huisartsinstituten, onder eindverantwoordelijkheid van het NHG. De rol van het NHG bestaat uit het vaststellen van de eindtermen, de kwaliteitsbewaking, de certificering en de (her)registratie van de kaderopleidingen. Hiertoe dient de kaderhuisarts zich in te schrijven in het relevante CHBB-register. Het CHBB roept voor elke kaderopleiding een apart register in het leven.

Niet iedere huisarts ziet kans een meerjarige kaderopleiding te doen. Wel zullen veel huisartsen zich verder willen bekwamen op tal van gebieden omdat dat hun speciale belangstelling heeft of omdat zij dat gewenst achten voor hun patiënten. Denk hierbij aan bijzonder aanbod huisartsenzorg zoals reizigersadvisering, verloskunde en echografie die het basis- en aanvullend takenpakket van de huisarts overstijgen maar ook aan tal van aspecten uit basis- en aanvullend aanbod zoals palliatieve zorg, praktijkorganisatie, diabeteszorg, cardiologie, of dermatologie. Deze differentiatie kan helpen om een breder en kwalitatief hoger aanbod in een voorziening huisartsenzorg te bieden. De beroepsgroep dient zowel voor kaderhuisartsen als voor de differentiatie een

goed DKB-aanbod te faciliteren naast de DKB voor het reguliere aanbod. Bovendien borgt het CHBB de kwaliteit van bijzondere huisartsgeneeskundige zorg door de instelling van CHBB-registers met de bijbehorende registratie-eisen.

Een discussie over het benodigde kader om in de toekomst goede patiëntenzorg te kunnen blijven leveren is nodig om aantallen kaderartsen en huisartsen met een differentiatie te kunnen plannen. Zo'n planning sluit aan op bestaande bottom-up initiatieven, maar laat ook zien waar meer deskundigheid gewenst is. Voor een overzicht van de bestaande kaderopleidingen zie bijlage 6 en www.nhg.org.

4.8 De zorggroep of zorgcoöperatie

Zorggroepen zijn opgezet om de zorg voor chronische ziekten gestructureerd aan te bieden. Zij contracteren een bepaalde kwantiteit zorg met een bepaalde kwaliteit. Hierover leggen zij verantwoording af a.d.h.v. prestatie-indicatoren.

Dit brengt een verantwoordelijkheid met zich mee voor kwaliteitsverbetering, die de zorggroepen belangrijke spelers hebben gemaakt in het kwaliteitsbeleid. In de M&I-tarieven is de kwaliteit versleuteld.

Landelijk bieden de LHV, het NHG en VHN via de 'Adviesgroep Ketenzorg' ondersteuning aan. Het NHG voorziet de groepen van DKB-materiaal. In de DBC, die zorggroepen afsluiten zit geld verdisconteerd voor training en kwaliteitsverbetering. Ketenzorg en M&I-gelden voor kwaliteit zijn niet meegenomen in het overzicht.

4.9 Regionale ondersteuningsstructuur

De Regionale ondersteuningsstructuur (ROS) is opgericht door zorgverzekeraars en het ministerie van VWS voor de regionale ondersteuning van de gehele eerstelijnszorg. Het takenpakket van de diverse ROS'en in Nederland loopt uiteen. LHV, NHG en LINKH kunnen de regio's stimuleren om met de insteek van multidisciplinaire samenwerking meer activiteiten met de ROS te ondernemen. De Regionale Ondersteuningsstructuren kunnen, in overleg met andere regionale partijen, bijdragen aan de implementatie van het kwaliteitsbeleid door onder andere:

- Het bieden van procesbegeleiding bij implementatie van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA).
- Begeleiden van projecten voor o.a. patiëntveiligheid en ondersteuning bij het aanvragen van projecten in het kader van Modernisering en Innovatie.
- Het bieden van praktische ondersteuning aan en begeleiding van huisartsen bij deelname aan NHG praktijkaccreditatie door praktijkconsulenten.
- Het bieden van ondersteuning bij het opstellen van het kwaliteitsjaarverslag.
- Aanbieden van nascholing voor huisartsen.
- Aanbieden van individuele werkgerichte coaching.

De ROS ondersteunt namelijk vooral multidisciplinaire samenwerking en is minder gericht op de diverse eerstelijnsdisciplines afzonderlijk. Het NHG en de LHV hebben in de toekomst dan ook blijvend een belangrijke rol in het monodisciplinaire kwaliteitsbeleid. Beide partijen werken hierbij aan het versterken van het regionale kwaliteitsbeleid voor en door huisartsen en de uitvoering daarvan.

5 UITGANGSPUNTEN KWALITEITSBELEID

In dit hoofdstuk komen concrete uitgangspunten voor kwaliteitsbeleid voor de komende jaren op landelijk en regionaal niveau aan de orde. Ook wordt ingegaan op de uitgangspunten voor de huisartsenvoorziening.

5.1 Landelijke uitgangspunten

LHV, NHG, LINKH en VHN dragen de komende vijf jaren zorg voor de totstandkoming en implementatie van:

- Een samenhangend en helder kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg (landelijk, regionaal en op het niveau van de huisartsenvoorziening) door:
 - het bevorderen van de samenwerking tussen de verschillende organisaties die betrokken zijn bij het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg;
 - het geven van advies en ondersteuning aan organisaties die zich bezighouden met het invoeren van kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg;
 - het afstemmen van het beleid van de betrokken organisaties;
 - het nemen van initiatieven tot vernieuwingen van het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg;
 - het bieden van voldoende ondersteuning voor het kwaliteitsbeleid en het stroomlijnen van de afspraken;
 - het opzetten en invoeren van een landelijke infrastructuur voor en zorgen voor korte lijnen in de kwaliteitsorganisatie (dit dient voor 2015 afgerond te zijn);
 - het stimuleren van de LHV-kringen om de huisartsenbelangen te behartigen op het gebied van kwaliteitsbeleid, -bevordering en -borging op regionaal niveau (voor een uitwerking hiervan zie hoofdstuk 7).
- Ondersteunen van visitatie t.b.v. herregistratie alsook stimuleren van de NHG-praktijkaccreditering.
- Adviezen en richtlijnen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid, het melden van incidenten, communicatie (EPD en ICT) en het omgaan met klachten in de huisartsenvoorziening.
- Handreikingen over aspecten van zorg waarbij wordt samengewerkt met derden (thuiszorg, leefstijladvisering, patiëntveiligheid, jeugdzorg, ergotherapie, ouderenzorg, arbocuratieve zorg, zorg voor militairen, zorg voor verstandelijk gehandicapten en zorg bij rampen).
- Randvoorwaarden voor onafhankelijke nascholing, waaronder financiële bronnen om onafhankelijke nascholing marktconform te kunnen aanbieden.

5.2 Regionale uitgangspunten

De LHV-huisartsenkringen behartigen de huisartsenbelangen op het gebied van kwaliteitsbeleid, -bevordering en -borging op regionaal niveau en zorgen voor een klimaat waarin huisartsen ruimte hebben om hiermee aan de slag te gaan.

Rol van de LHV-huisartsenkringen:

- De huisartsenkringen dragen, in samenwerking met andere regionale partijen, zorg voor een regionaal kwaliteitsbeleidsplan en bijbehorend activiteitenplan. Die plannen kunnen zich ook uitstrekken tot WDA, WDP en HDS, indien nodig.
- De kring is verantwoordelijk voor en initieert dat er voldoende EKC'en en PAM'en actief zijn in de regio. Afstemming hierover vindt plaats met de WDH. EKC'en kunnen ook andere groepen zonder EKC (tijdelijk) begeleiden.
- Alle regio's en districten geven vorm aan het eigen kwaliteitsbeleid gebaseerd op analyse van de behoeften in de regio. De huisartsenkringen zijn actief in de gegevensverzameling over de geboden zorg in hun regio/district (gegevens over voorschriften, verwijzingen, kwaliteit van zorg en praktijkvoering).
- De uitvoering van het kwaliteitsbeleid in een kring (DKB, transparantie) kan ondergebracht zijn in aparte stichtingen maar de kring blijft eindverantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid in haar regio.

- De huisartsenkringen en het LHV-regiobureau geven bekendheid aan de kwaliteitsorganisatie op landelijk niveau.
- De huisartsenkringen geven bekendheid aan hun regionale activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
- Er worden afspraken gemaakt over taakverdeling in de regionale kwaliteitsorganisatie (WDH, huisartsenkring, kwaliteitscommissie, PAM, EKC) om huisartsen een goed en onafhankelijk nascholingsaanbod te kunnen doen.
- Iedere regio heeft vóór 2012 een actieve kwaliteitscommissie die ondersteund wordt door de PAM. Deze kwaliteitscommissie stemt het deskundigheidsbevorderingsaanbod in de regio af en werkt aan kwaliteitsverbetering.
- De huisartsenkringen en de LHV-regiobureaus voelen zich betrokken bij de organisatie van de zorggroepen en van goede ketenzorg. Zij zijn op de hoogte van wat daar aan kwaliteitsbevordering gebeurt en spelen een stimulerende rol. De inzet van de EKC is daarbij aan te raden.
- Elke regio streeft naar een regionaal cyclisch aanbod deskundigheidsbevordering voor en door huisartsen, gebruikmakend van onderwijsmateriaal en -methodieken van de beroepsgroep.

5.3 Uitgangspunten voor de huisartsenvoorziening

De Wet BIG stelt huisartsen individueel verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de patiëntenzorg die zij verlenen. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de eigen praktijkvoering en het eigen kwaliteitssysteem binnen de praktijk. Een huisartsenvoorziening realiseert een 'intern kwaliteitssysteem' (zie ook paragraaf 2.3), dat voldoet aan de onderstaande uitgangspunten:

- Er is een actief en continu kwaliteitsbeleid van huisartsen en praktijkmedewerkers.
- Allen hebben een eigen verantwoordelijkheid, het is duidelijk welke praktijkmedewerker het initiatief neemt voor het kwaliteitsbeleid.
- Het beleid van de huisartsenvoorziening en de prioriteitstelling ligt expliciet vast in een beleidsplan.
- In een jaarverslag wordt de voortgang van activiteiten jaarlijks gemonitord.
- Er is regelmatig overleg van huisartsen en medewerkers over de zorg- of praktijkvoeringsaspecten die verbeterd kunnen worden.
- De medewerkers van de huisartsenvoorziening toetsen regelmatig hun kennis en kunde (gaan actief op zoek naar lacunes in hun kennis en vaardigheden) en laten hun agenda voor deskundigheidsbevordering hierdoor bepalen. Toetsing van de praktijkvoering, de zorg en de kennis bieden hiervoor gegevens.
- De medewerkers van de huisartsenvoorziening werken planmatig aan verbetering van de zorg en de praktijkvoering. Dit gebeurt bijvoorbeeld a.d.h.v. feitelijke gegevens over de zorg (proces en outcome-indicatoren). Er is sprake van regelmatige evaluatie en toetsing van de geboden zorg.
- Er wordt gewerkt volgens een opgestelde klachtenprocedure. Als zich een klacht voordoet onderneemt de huisarts verbeteracties en rapporteert de klager hierover.
- Huisartsen nemen deel aan toetsgroepen.
- Huisartsen nemen deel aan deskundigheidsbevordering door en voor huisartsen.
- Huisartsen nemen deel aan deskundigheidsbevorderingsaanbod van de HAP.
- Huisartsen werken mee aan de verhoging van de Patiëntveiligheid door het realiseren van een Patiëntveiligheidssysteem (met ondermeer een VIM-procedure, toetsing en audit, casuïstiek etc. in de praktijk, alsook in hagroverband/ regionaal)
- Huisartsen werken actief aan het realiseren van een patiëntveiligheidscultuur binnen de eigen huisartsenvoorziening en de huisartsenpost.
- Huisartsen nemen deel aan visitatie volgens een door de wetenschappelijke vereniging vastgestelde en aan de LHV-ledenraad voorgelegde methode, die vanaf 2011 verplicht wordt voor herregistratie. (Kaderbesluit CHVG D17; 2009)
- Huisartsen oriënteren zich op de wenselijkheid van een evaluatiegesprek van het Individueel Functioneren (IF-H) waarnaar nu onderzoek loopt.

6 TOEKOMSTPLANNEN

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de toekomstplannen voor het kwaliteitsbeleid. Daarna worden activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering en -borging belicht. Aan de orde komen onder andere de NHG-Praktijkaccreditering, herregistratie-eisen en registers voor huisartsen met een bijzonder zorgaanbod. Tot slot wordt aandacht besteed aan landelijke en regionale nascholingsactiviteiten.

6.1 Kwaliteitsbeleid

De Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg zet zich in om de in deze notitie genoemde beleidsuitgangspunten en doelen de komende vijf jaar te realiseren (periode 2010-2015). Het plan is om te komen tot nieuw meerjarenbeleid en jaarlijks hieruit afgeleide speerpunten voor kwaliteit in de huisartsenzorg. Er wordt gezorgd voor commitment en beleidsafstemming door te overleggen met diverse betrokken partijen. De leden van de Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg zullen de regio's bezoeken, zodat waar nodig kwesties die regionaal spelen kunnen worden meegenomen in het landelijk beleid. Huisartsen en bij de huisartsenzorg betrokken organisaties zullen via diverse communicatiekanalen kennisnemen van het meerjarenbeleid en de jaarlijks vastgestelde speerpunten. Voor heldere informatievoorziening over het kwaliteitsbeleid aan huisartsen(organisaties) wordt een communicatieplan opgesteld en uitgevoerd.

6.2 Kwaliteitsverbetering

De LHV en het NHG hebben samen de volgende speerpunten geformuleerd op het gebied van kwaliteitsverbetering.

1. Chronische ziekten
2. Acute zorg
3. Praktijkmanagement/-voering, waaronder het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)
4. Persoonlijke ontwikkeling (supervisie, coaching, teamsamenwerking)
5. Ouderenzorg
6. Patiëntveiligheid

6.2.1 Strategieën voor kwaliteitsverbetering

De strategieën om systematische kwaliteitsverbetering in de komende jaren te realiseren zijn:

Stap 1. Het werken aan een cultuur van cyclische kwaliteitsverbetering:

- a. het stimuleren van toetsing en kwaliteitsverbetering aan de hand van gegevens over de zorg en praktijkvoering (toetsgroepen, videoconsultvoering en visitatie);
- b. het vergroten van kennis en vaardigheden bij huisartsen die een taak hebben in kwaliteitsbevordering.
- c. Het introduceren van een VMS in de praktijk (VeiligheidsManagementSysteem)

Stap 2. Het opstellen, invoeren en evalueren van centrale richtlijnen en (organisatie)modellen (onder andere in de vorm van 'best practices' en handreikingen voor goede zorg en organisatie).

Stap 3. Meer aandacht binnen de huisartsenvoorziening voor de systematische borging van afspraken. Het doorlopen van de *plan-do-check-act*-cyclus helpt om ingevoerde verbeteringen ook voor de toekomst te behouden. Elke verbetering die door de medewerkers van de huisartsenvoorziening is ondernomen, heeft ook een 'borgpen' nodig zodat verbeteringen leiden tot blijvende resultaten (3).

6.2.2 Landelijk kwaliteitsbeleid

Curriculum

Een evenwichtig curriculum van nascholing vloeit direct voort uit het basis- en aanvullend aanbod huisartsgeneeskunde en de daarvoor benodigde competenties. Dit curriculum wordt mede samengesteld op basis van een behoeftebepaling onder huisartsen. Deze behoeften kunnen bij het opstellen van een persoonlijk leerplan of tijdens de praktijkaccreditering naar voren komen. Een uitgebalanceerd nascholingsaanbod richt zich op zeven hoofdonderwerpen waarin huisartsen hun vakinhoudelijke kennis en vaardigheden periodiek bijhouden.

CanMEDS-model

Het is goed als huisartsen nascholing volgen op verschillende competentiegebieden. De stuurgroep kwaliteit wil inzetten op het CanMEDS-model. CanMEDS staat voor Canadian Medical Education Directions for Specialists. CanMEDS beschrijft de zeven professionele rollen van een specialist. Deze rollen betreffen:

1. vakinhoudelijk handelen
2. communicatie
3. organisatie
4. samenwerking
5. kennis en wetenschap
6. maatschappelijk handelen
7. professionaliteit

Figuur 2. CanMEDS-model



De competenties in CanMEDS-model zijn geformuleerd in termen van operationeel gedrag. Het gaat hierbij om feitelijke gedrag in de praktijk. Een competente specialist is dus niet alleen *in staat* om, bijvoorbeeld, goed te luisteren, maar doet dit ook in de dagelijkse praktijk. Meer over het CanMEDS-model is te vinden op de KNMG-website.

Er wordt gewerkt aan het opnemen van deze competenties in het nascholingsaanbod in GAIA. Hierdoor is het voor de aanvrager duidelijk op welk type nascholing wordt ingeschreven. Huisartsen kunnen achteraf een overzicht krijgen van de mate waarin aan elke competentie aandacht is besteed. Een evenwichtige samenstelling van het nascholingspakket is in de toekomst gespreksonderwerp voor het professioneel functioneren.

Landelijk scholingsaanbod

De ontwikkeling van scholingsaanbod (schriftelijke en 'webbased' kennisprogramma's, verdiepingsmodules, cursus voor kwaliteitsconsulenten, cognitief gedragstherapie) gebeurt in veel gevallen centraal door het NHG in samenwerking met de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde. Het NHG wil hiermee goede nascholing het kennis- en informatiemanagement in de huisartsenzorg ondersteunen. Daarnaast ontwikkelt het NHG centrale scholing in de Asklepion-Leergangen. Voorbeelden hiervan zijn de Leergangen 'Ken je standaard', 'Op weg in je praktijk' en 'Ervaren in de praktijk'.

NHG, LHV en LINKH zijn 'organisaties met een Instellingsaccreditering' (IA). De IA wordt door het CvAH steeds voor drie jaar verleend aan organisaties die zich richten op de behoefte aan deskundigheidsbevordering van de adherente groep huisartsen. De instelling dient een meerjarenopleidingsplan te hebben en daarvan afgeleid een jaarplan. De IA-instelling is bevoegd om in eigen beheer ontwikkelde scholing aan te bieden en te accrediteren. De IA-instellingen (zie regionale nascholingsactiviteiten) zijn verplicht zich aan door de Stichting Code Geneesmiddelen Reclame opgestelde regels te houden.(11)

6.2.3 Regionale nascholing

Binnen het LINKH zijn regionale organisaties actief om voor huisartsen een sterk aanbod aan deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering te bieden. Enkele regionale organisaties slagen daar goed in ondanks het vrijwel ontbreken van middelen. Soms maken deze regionale organisaties gebruik van sponsoring. Een tegenover de commercie concurrerend aanbod wordt moeilijker en veel WDH'en kampen met grote problemen. Dit bedreigt het gewenste aanbod aan goede en onafhankelijke nascholing. Ook is een grote regionale variatie in het deskundigheidsbevorderingsaanbod niet wenselijk. LINKH biedt een platform om kennis uit te wisselen en stimuleert een gelijksoortig en evenwichtig nascholingsaanbod in Nederland. De WDH'en en de PAM stimuleren versterking van de lokale organisatie van nascholing in huisartsen- en toetsgroepen, en het farmacotherapeutisch overleg.

Deelname aan toetsing in kleine groepen is onderdeel van de herregistratie-eisen. De deskundigheidsbevordering in kleine groepen (inclusief het farmacotherapeutisch overleg) is een bewezen effectieve nascholingsmethode en verdient een nieuwe impuls. Ook huisartsen uit zorggroepen komen bij elkaar om de resultaten van hun praktijk te bespreken. Dit gebeurt aan de hand van uitdraaien over de prestaties rond chronische ziekten per praktijk/huisarts. Deze vorm van toetsing is vergelijkbaar met het fto en dient te worden gestimuleerd. Accreditatie kan plaatsvinden als een Erkende Kwaliteitsconsulent (EKC) de bijeenkomsten begeleidt.

Het CvAH verzorgt via de PAM de accreditatie van de (na)scholing voor en door huisartsen in kleine groepen. Het betreft hier de instellingsaccreditering. Instellingen die hiervoor in aanmerking komen dienen (mede) als doel te hebben om vanuit de huisartsenwereld deskundigheidsbevordering te organiseren, te coördineren en te ontwikkelen. Bij het accrediteren wordt getoetst of de deskundigheids-bevorderende activiteit voldoet aan de eisen van programma-accreditering (zoals omschreven in de Regeling Programma Accreditatie Huisartsen 2002). De PAM kan op verzoek van de instelling programma's van derden accrediteren. De PAM heeft eveneens als taak het accrediteren van de activiteiten van groepen, zoals het fto, intervisie en toetsgroepen.(12)

De EKC stimuleert het werken aan kwaliteitsbeleid en -uitvoering binnen de eigen groep. Daarnaast coördineert en bewaakt de EKC de voortgang van de verbeteringsacties die binnen de groep ondernomen worden. Meer over de EKC is te vinden in bijlage 3. De EKC'en kunnen zich in de toekomst verder bekwamen tot kwaliteitsbegeleiders, die een taak krijgen in het coachen van huisartsen, praktijken en hagro's bij kwaliteitsverbetering. De scholing van EKC'en biedt het NHG regionaal aan.

6.3 Kwaliteitsborging

Eind 2008 is door NHG en LHV een voorstel gedaan aan het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) voor nieuwe herregistratie-eisen voor huisartsen. Deze zijn per 1 januari 2009 door de minister vastgesteld. Belangrijke toetssteen voor deze aanpassingen is dat de kwaliteit van de huisartsenzorg is geborgd. Dit betekent dat ook aan eisen voor transparantie en verantwoording moet worden voldaan. Voor de herregistratie gelden de volgende aanpassingen:

- Vanaf 1 januari 2009 wordt gerekend met een gemiddelde duur van de werkzaamheden, dit betekent dat ook weken waarin minder dan 16 uur is gewerkt kunnen worden meegerekend, als het gemiddelde over de betreffende periode ten minste 16 uur per week bedraagt.
- Voor waarnemend huisartsen is de eis dat alleen waarnemingen van twee weken aaneengesloten voltijds meetellen vervalt: vanaf 1 januari 2009 tellen dus alle waarnemingen mee.
- Het minimum van gemiddeld ten minste 10 ANW-diensten per jaar wordt gewijzigd in gemiddeld ten minste 50 uur ANW-diensten per jaar; voor 2006, 2007 en 2008 blijft echter het aantal diensten gelden.
- Huisartsen hoeven vanaf de datum dat zij 25 jaar aaneengesloten zijn geregistreerd, na 1 januari 2009 gemiddeld per jaar slechts 25 uur ANW-diensten te verrichten.
- Van de ten minste 200 uur die per vijf jaar moet worden deelgenomen aan deskundigheidsbevordering moet ten minste 10 uur (2 uur per jaar gemiddeld) worden besteed aan geaccrediteerde intercollegiale toetsing (= toetsgroep onder leiding van een Erkend Kwaliteits Consulente).
- De aparte regeling voor huisartsen die werkzaam zijn voor bijzondere categorieën patiënten is met ingang van 1 januari 2009 uitgebreid met twee categorieën (verstandelijk gehandicapten en ANW-zorg bij huisartsenposten). Deze huisartsen hoeven naast gemiddeld per week 16 uur werkzaamheden in deze zorg gemiddeld nog ten minste acht uur werkzaam te zijn in de huisartspraktijk.
- Ook de aparte regeling voor huisartsen die een gelijkgestelde functie hebben maar daarnaast nog in de huisartsenpraktijk werkzaam zijn is gewijzigd. Vanaf 1 januari 2009 is de omvang van de aanstelling in een gelijkgestelde functie van 16 uur per week voldoende. Daarnaast moeten huisartsen gemiddeld ten minste acht uur per week werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk. Wel moeten ze per 1 januari 2009 weer voldoen aan de voor alle huisartsen geldende eisen ten aanzien van ANW-diensten.
- Met ingang van 2011 is deelname aan een visitatieprogramma een herregistratie-eis. (9)

De Visitatieinstrument accreditering (VIA) zonder het praktijkaccrediteringstraject wordt wel aangeboden, maar tot nu toe slechts incidenteel ingezet. Huisartsenpraktijken die alleen de VIA doen, kunnen in een later stadium alsnog instromen in het accrediteringstraject. Met de VIA-gegevens die door de huisarts beschikbaar zijn gesteld (in het jaarverslag, voor accreditatie, voor overheid, zorgverzekeraars, IGZ) kunnen regio's en praktijken zich met lokale, regionale en landelijke cijfers vergelijken. De VIA is het enige instrument dat onder toezicht verzamelde, landelijke prestatie-indicatoren genereert, nodig voor beleid en toezicht. NHG/LHV, VWS en IGZ sloten een convenant voor het uniformeren van verzamelde gegevens. Gepoogd wordt door een eenmalige invoer van de gegevens, de huisarts administratief niet te zeer te belasten. De huisarts blijft zelf eigenaar van de gegevens.

De VIA kan een instrument zijn voor herregistratie. De rechtvaardiging is dat de huisarts in het belang van de patiënt inzage wil hebben hoe zijn zorg en praktijkvoering scoort ten opzichte van andere praktijken.

Apotheekhoudende praktijken kunnen hun apotheek laten certificeren conform de ISO- of KEMA systematiek. Het is intussen ook mogelijk niet apothekhoudende praktijken te certificeren. Een precieze plaatsbepaling hiervan is nog gaande alsook wat de meerwaarde ervan is. Er is geen wetenschappelijke informatie over validiteit en betrouwbaarheid van deze certificering.

De kwaliteit van de huisartsenzorg dient geborgd, herkenbaar en aantoonbaar te zijn voor patiënten, zorgverzekeraars, overheid en andere zorgverleners. Met het oog op deze doelstelling hebben de LHV en het NHG het College voor Huisartsen met Bijzondere

Bekwaamheden (CHBB) opgericht. Het CHBB houdt zich bezig met de ontwikkeling van registers voor en eisen aan huisartsen met bijzondere bekwaamheden.

De registers kunnen betrekking hebben op twee typen bekwaamheden. De eerste bekwaamheid betreft specifieke huisartsenzorg, die het basis- en aanvullend takenpakket van de huisarts overstijgt zoals verloskunde, reizigersadvisering, echografie, oogheelkunde en justitiële geneeskunde. De tweede bekwaamheid dient aanwezig te zijn bij huisartsen die door de beroepsgroep geïnitieerde *specifieke taken* vervullen, gericht op de *verbetering* van de *kwaliteit* van de huisartsenzorg. Dit zijn de registers voor kaderhuisartsen EKC, diabeteszorg, Astma/COPD, GGZ, palliatieve zorg en supervisie. Huisartsen die in deze registers ingeschreven wensen te worden/ te blijven dienen voldoende scholing en werkzaamheden op dit vlak te ontplooien.

De instelling van CHBB-registers is een taak voor LHV en NHG.

7 KOSTEN EN VERGOEDINGEN KWALITEITSSYSTEEM

Kwaliteit van zorg vraagt om optimale randvoorwaarden. De kosten en inspanningen die de beroepsgroep levert voor de kwaliteit van haar product dienen transparant te zijn. Het vrijmaken van voldoende middelen om het kwaliteitsbeleid te realiseren vraagt om commitment van alle belanghebbenden. Een vastgesteld bedrag in het tarief voor kwaliteit in de huisartsgeneeskundige zorg leidt tot kwaliteitsverbetering en uiteindelijk tot besparingen in de gezondheidszorg. Deze besparingen worden gerealiseerd door bijvoorbeeld: een onafhankelijk voorschrijfbeleid, door effectieve toetsing, door reductie van onnodige medicatie en door een breder aanbod huisartsenzorg/substitutie. De investering in kwaliteit in de huisartsenzorg leidt niet vanzelf tot 'return on investment' en vergroting van het marktaandeel is geen ambitie van huisartsen. Al in de tijd van het abonnementsstelsel, maar ook nu gaan investeringen in kwaliteit ten koste van netto inkomen. Dat werkt remmend en maakt een andere financiering wenselijk. In dit hoofdstuk wordt zichtbaar gemaakt wat goed kwaliteitsbeleid kost en wat er nu voor beschikbaar is (tabel 1).

7.1 Probleemstelling

NHG, LHV, LINKH en VHN zullen zich in moeten blijven zetten voor monodisciplinaire kwaliteitsverbetering. LINKH wil deze lacune helpen opvullen en stelt zich een bredere taak dan alleen deskundigheidsbevordering en nascholing, zij hebben hiervoor echter geen budget.

De problemen zijn:

1. Investeren in kwaliteit getuigt van professioneel werken. Het kost echter tijd en geld, daarentegen zijn resultaten van de inspanningen niet altijd direct zichtbaar.
2. WDH'en hebben een beperkt budget met gevolgen voor de kwaliteit van de deskundigheidsbevordering. Een cyclisch aanbod van DKB over de volle breedte van het vak komt hierdoor nauwelijks van de grond. De stuurgroep pleit voor een fonds voor onafhankelijke nascholing.
3. De commercie biedt een kwalitatief goed en goedkoop nascholingsaanbod. De nadruk ligt vooral op drug-related nascholing. Hierdoor kan de deskundigheid van de huisarts op den duur schade oplopen.

Het is van groot maatschappelijk belang dat kwaliteits- en deskundigheidsbevordering onafhankelijk van invloeden van buitenaf wordt gerealiseerd. Dit betekent onafhankelijk van de farmaceutische industrie, maar ook van andere belanghebbenden zoals zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties. De huisartsenvoorziening moet voor deze onafhankelijke kwaliteits- en deskundigheidsbevordering adequate middelen beschikbaar maken.

Kwaliteit is pas sinds de jaren negentig opgenomen in het tarief. Kwaliteitsbevorderende activiteiten leiden tot implementatie en productverbetering. Ze leiden echter zelden tot meer inkomsten in tegenstelling tot het bedrijfsleven. De benodigde tijd wordt gerekend tot de normale praktijkvoering en verschilt per praktijk. Kwaliteit hangt af van de tijd die de huisarts ervoor wil en kan vrijmaken, maar ook van de geboden ondersteuning. De tijd en kosten van implementatie zijn nauwelijks te schatten, maar liggen waarschijnlijk ver boven de 40 uur deskundigheidsbevordering per jaar. Veel van het geleerde blijft onbenut omdat onvoldoende tijd wordt vrijgemaakt voor daadwerkelijke implementatie in de praktijk. Dit probleem doet zich ook voor bij de implementatie van de NHG-Standaarden. Zonder ondersteuning is meer dan één kwaliteitsproject per jaar in de gewone praktijk al een opgave, terwijl meerdere projecten nodig zijn voor substantiële verbetering. Interessant is in dit verband dat de meest succesvolle kwaliteitsprojecten door artsen in opleiding (aios) en stagiaires worden uitgevoerd. Voor een dergelijk kwaliteitsproject is in de opleiding 40 uur berekend. Een optimale kwaliteit van zorg en praktijkvoering vergt dan ook veel extra tijd, die zelfs in een gunstig scenario nooit volledig zal worden vergoed.

7.2 Activiteiten kwaliteitssysteem huisartsenzorg: kosten en vergoedingen

In tabel 1 wordt omschreven welke activiteiten deel uitmaken van het kwaliteitssysteem huisartsenzorg en wat daarvan de kosten zijn per normpraktijk (2.350 patiënten). Ook wordt aangegeven welk deel van de kosten nu wordt vergoed. In de M&I-tarieven zijn de kosten voor kwaliteit versleuteld.

In de onderhandelingen met VWS en ZN zijn kwaliteitsbeleid en de financiering daarvan onvoldoende geëxpliciteerd. Slechts enkele multi-interpretabele passages staan in het zogeheten Vogelaar-akkoord: *'Partijen achten het van belang dat kwaliteitsbevordering en toetsing via onder meer accreditatie van huisartspraktijken gestimuleerd wordt'*, en: *'Partijen stimuleren een verdere implementatie van de beoogde accreditatie.'*

In het kostendeel van het huisartsentarief is voor vergoeding van de kosten voor kwaliteitsbevordering van de huisarts per normpraktijk ongeveer EUR 6.944 beschikbaar. De lidmaatschappen en abonnementen op tijdschriften zijn hierin meegeteld (zie tabel 1).

Dit bedrag dekt slechts een deel van de werkelijke huidige kosten. De kostenstijging door het stoppen van de subsidie van 18 miljoen D&O-gelden voor DKB moet de huisarts zelf financieren. Hieruit werd veel lokale en regionale nascholing gefinancierd (Warffum-, Sandwichcursussen, duodagen, toetsgroepbegeleiding).

De ROS richt zich alleen op alle eerstelijnsdisciplines en rekent monodisciplinaire deskundigheidsbevordering niet tot een kerntaak.

Bij de berekening van de feitelijke kosten dient ook het verlies van praktijkinkomsten door afwezigheid te worden meegenomen. Bovendien moet expliciet zijn hoeveel uren nodig zijn om het geleerde in praktijk te brengen. Gederfde uren staan in de kostenspecificatie in tabel 1.

Extra nieuwe kosten betreffen nieuwe activiteiten zoals de NHG-Praktijkaccreditering.

De huidige tariefstructuur motiveert onvoldoende tot optimale kwaliteitsverbetering in de huisartsenpraktijk.

7.3 Kwaliteitsbevordering en praktijkvoering

In het tweede deel van tabel 1 (bladzijde 21) zijn onder de kwaliteitsbevorderende activiteiten ook uren opgevoerd voor overhead/praktijkvoering. Een onderscheid tussen praktijkvoering en kwaliteitsbevordering is bijna niet te maken. Structureel en effectief kwaliteitsbeleid en een goede praktijkvoering gaan hand in hand en daarom worden beide gespecificeerd in de tabel.

In de tabel zijn de kwaliteitsverbetering door nieuwe huisvesting (inclusief kosten projectleiding), het optimaliseren van de praktijkuitrusting en de ICT (waaronder gebruik van de mogelijkheden van het EPD) niet genoemd.

7.4 Opleiding

De opleidingskosten voor aios worden vergoed door de Universitair Medische Centra en door de SBOH, werkgever voor alle huisartsen in opleiding. Voor ondersteunend personeel wordt dit betaald door het HBO/MBO. Ook is er een inderdieneffect door de declarabele werkzaamheden van de aios en door werkzaamheden van de stagiaires.

De vergoedingen voor het opleiden van aios en vooral ook voor co-assistenten en ondersteunend personeel (praktijkassistent, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige) zijn niet kostendekkend.

Het bieden van voldoende stagemogelijkheden is een intrinsiek onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de huisartsgeneeskunde. Al is de kostendekking onvoldoende, huisartsen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de opleiding van nieuw personeel. Actuele informatie hierover kunt u vinden op www.sboh.nl en de websites van LHV en NHG.

7.5 Accreditatie en certificering

Deelname aan visitatie valt zonder vergoeding en alleen op basis van vrijwilligheid tegen. Inmiddels wordt deelname aan NPA (deels) vergoed door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar betaalt, afhankelijk van de regio, tussen EUR 0,68 en EUR 1,16 per patiënt per jaar.

7.6 Kwaliteitsprojecten

Naast prestatievergoeding voor inschrijving op naam, consult en verrichtingen is er nog geen structurele vergoeding voor zinnig en zuinig werken. Goed huisartsgeneeskundig handelen (zoals een prudent slaapmiddelen- of antibioticabeleid, prescriptie van goedkopere alternatieven bij gelijke kwaliteit, vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt) dient te worden beloond. Onderzoek hiernaar (Transparantieproject Improvement Quality of Healthcare) is in volle gang en ook kan lering worden getrokken uit de kinderziekten in het Verenigd Koninkrijk.

Zorgverzekeraars kunnen op dit gebied de door hen gewenste kwaliteit en ook doelmatigheidswinst halen. Een beloning op een representatieve set van proces- en prestatie-indicatoren met inachtneming van de minder gemakkelijk meetbare aspecten van goede huisartsgeneeskundige zorg is een goede mogelijkheid om de kwaliteit en trots van de huisartsgeneeskunde in de gezondheidsmarkt te behouden, te weten:

Integrale, zinnige en zuinige zorg van hoge kwaliteit, dicht bij de patiënt in diens context.

7.7 Slot

Het is een gezamenlijk belang van zorgverzekeraars, overheid en beroepsgroep om kwaliteit te bevorderen en het is cruciaal om hiervoor voldoende middelen beschikbaar te stellen. Het kwaliteitsbeleid mag geen sluitpost worden. De sleutel is een geormerkt budget (deels in het tarief, deels als beloning bij gewenste activiteiten), dat voldoende garantie biedt voor stimulering van onafhankelijke nascholing en kwaliteitsverbetering.

Tabel 1. Kwaliteitssysteem huisartsenzorg op praktijkniveau, directe kosten excl. benodigde tijd voor implementatie en praktijkvoorzieningen/ICT

Kwaliteitsactiviteiten	Tijdsinvestering/kosten	Uren	Kosten*	Inkomsten*/***	
Deskundigheidsbevordering**					
Doel: verbeteren kennis, vaardigheden en professioneel functioneren	40 uur herregistratie, feitelijk 52 uur/jr (waarvan 12 uur toetsing zie hieronder)				
	40 uur x EUR 94,55	40	3.782	Bijdrage DKB	1.748
	Herregistratiekosten per 5 jaar EUR 310/5jr		62	Herregistratievergoeding	50
Toetsgroep					
Zichtbaar maken van variatie, kwaliteitsverbetering, afspraken en protocollering o.a. tbv farmacotherapie (FTO)	6-12 x 1-2 uur/jr x EUR 94,55	12	1.135	Toetsgroepbijdrage	541
Lidmaatschap NHG/LINKH/WDH/KNMG/LHV abonnement vakliteratuur					
Producten, richtlijnen, vakliteratuur bijhouden, lezen en implementeren	1,7 uur x 46 weken**** x EUR 94,55	78	7.394	Lidmaatschapbijdrage	2.255
NHG-praktijkaccreditering					
Doel kwaliteitsverbetering en borging	30 uur (20-40 uur)/jr gedurende 3 jaar, waarna continu in verband met heraccreditering	30	2.837	Afhankelijk van regionale afspraken met zorgverzekeraar	
	NHG deelnemersbijdrage voor 3 jaar EUR 5.474/jr (inclusief praktijkconsulent)		1.824	tussen 0,68-1,16 euro pp/jr	2.350
Jaarverslag					
Doel: verantwoording en beleidsvoorbereiding	± 30 uur (20-40 uur)	30	2.837		
Evaluatiegesprekken tbv professioneel functioneren					
Kwaliteitsverbetering (dis)functioneren	2 uur/jr (toekomst)	0	0		
Kwaliteitsproject	Wisselt, extra niet begrote kosten	0	0		
Toetsing RI&E					
Arbo-eis	8 uur/ jr schatting 6-10 uur	8	756		
Totale schatting		198	20.626		6.944

* kosten en inkomsten per jaar per normpraktijk

** VIA-gegevens, 2003

*** Inkomsten LHV-rekenmodel www.lhv.nl

**** gebaseerd op 46 werkweken per jaar, LHV normpraktijk

Vervolg tabel 1.

Praktijkvoering	Tijdsinvestering	Uren	Kosten*	Inkomsten*
Hagro-beleid afstemming zorg	42 uur/jr	42	3.971	
Praktijkoverleg zorg + praktijkvoering	25 uur/jr	25	2.364	
Nascholing staf DKB	20 uur/jr	20	1.891	602
Samenwerking in de eerste lijn afstemming zorg	39 uur/jr	39	3.687	
Overleg met specialist afstemming patiëntenzorg	15 uur/jr	15	1.418	
Totale schatting		141	13.332	602

*Per normpraktijk per jaar

BIJLAGEN

Bijlage 1 Literatuur

1. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging. Naar een realistisch en verantwoord kwaliteitssysteem huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2006.
2. Nederlands Huisartsen Genootschap. Meerjarenbeleidplan 2006-2011. Utrecht: NHG, 2006.
3. Landelijke Huisartsen Vereniging. Beleidsnotitie Kwaliteitssysteem huisartsenzorg en certificering. Thema 2 van het LHV-Meerjarenbeleidplan. Utrecht: LHV, 2004.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer. Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.
5. Nederlands Huisartsengenootschap. Website: www.nhg.org, 2007.
6. Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitssysteem Huisartsenzorg (LINKH). Website www.linkh.nl, 2007.
7. Landelijke Huisartsen Vereniging. De Huisarts in Nederland. Registratie voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Utrecht: LHV, 2006.
8. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. Website: www.lvg.nl, 2007.
9. KNMG, HVRC brief *Herregistratie-eisen huisartsen met ingang van 1 januari 2009 gewijzigd*. 29 januari 2009.
10. CHBB website. Ingeschreven huisartsen in CHBB-registers. www.chbb.lhv.nl (geraadpleegd op 25 juli 2008).
11. College voor Accreditatie Huisartsen. Regeling Beperkte Instellingsaccreditatie 06. http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R189183428242120
12. College voor Accreditatie Huisartsen. Regeling InstellingsAccreditatie 06. http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R181339360148724

Bijlage 2 Voorwaarden, taken en verantwoordelijkheden PAM

Voorwaarden

- De PAM is een huisarts.
- De PAM is aangesteld door de kring.
- De PAM beschikt over voldoende kennis en vaardigheden op het gebied van nascholing en kwaliteitsbeleid.
- De PAM heeft voldoende inbedding in de lokale nascholingsstructuren.
- De verantwoordelijkheid voor de randvoorwaarden voor het functioneren van de PAM berust bij de huisartsenkring, hiertoe aangestuurd door de LHV.

Taken

- Het accrediteren van regionale activiteiten van derden op verzoek van IA-instellingen.
- Het evalueren en beoordelen van activiteiten van de toetsgroepen.
- Het beoordelen van jaarplannen en jaarverslagen van de toetsgroepen.
- Het ondersteunen en coachen van EKC'en.
- Het organiseren van vervolgcursussen voor EKC'en in de regio.
- Het afstemmen van het beleid met de coördinator van het CvAH.
- Het zo nodig verantwoording afleggen aan het CvAH.
- Het bijwonen van de landelijke PAM-bijeenkomsten.

Verantwoordelijkheden

- Het bevorderen van het kwaliteitsbeleid in de eigen regio.
- Het coördineren en bevorderen van de voortgang van de kwaliteitsverbeterende activiteiten in de regio.
- Het bijhouden van kennis en vaardigheden door middel van PAM-bijeenkomsten en nascholingen.
- In goede samenwerking met de regionale huisartsenkringen en de IA-instellingen de behoeften van de huisartsen aan kwaliteitsverbeterende activiteiten vaststellen.

Bijlage 3 Taken en verantwoordelijkheden EKC

Verantwoordelijkheden

- Het bevorderen van het kwaliteitsbeleid binnen de eigen toetsgroep.
- Het coördineren en bevorderen van de voortgang van de kwaliteitsverbeterende activiteiten in de toetsgroep.
- Het bijhouden van eigen kennis en vaardigheden door middel van EKC-nascholingen.
- Ingeschreven staan in het CHBB-register.

Taken

- Het initiëren en coördineren van de nascholing binnen hagro's of andere samenwerkingsverbanden.
- Het samen met de toetsgroep opzetten van een jaarplan.
- Het samen met de toetsgroep opzetten van kwaliteitsverbeteringsplannen.
- Het bevorderen van de kwaliteit van de nascholing in de huisartsengroep.
- Het registreren van nascholing in GAIA.
- Het verslagleggen over inhoud en afspraken aan de PAM.
- Het adviseren van huisartsen die deelnemen aan de toetsgroep over praktijkaccreditering.
- Het intermediair zijn tussen de groep en IA-instelling.
- Het archiveren van verslagen en aanwezigheidslijsten.

Bijlage 4 Criteria toetsgroep en bijeenkomsten toetsgroep

Een toetsgroep voldoet aan de volgende criteria:

- Het is een vaste groep met een gemeenschappelijk doel en een jaarplan.
- De groep heeft minimaal drie huisartsgroepsleden.
- Tussentijdse wisseling is mogelijk.
- Er is minimaal één EKC per groep.
- Er zijn twee of meer samenkomsten per jaar.
- De randvoorwaarden voor het functioneren van de EKC vallen onder de verantwoordelijkheid van de groep.

De inhoud van de bijeenkomsten voldoet aan de volgende criteria:

- Programma 'van, voor en door' huisartsen.
- Het zichtbaar maken van de 'interdokter-variatie'.
- Verslaglegging van inhoud en afspraken.
- Getekende aanwezigheidslijst.
- Alleen het reële aantal cursussen telt.
- De EKC is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking.
- Inhoudelijke beoordeling vindt plaats door de PAM.

Bijlage 5 Overzicht LHV-Handreikingen

- Patiëntveiligheid in de huisartsenvoorziening
- Samenwerkingsafspraken huisartsenkoepels en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)
- Gebruik Meldcode Kindermishandeling in de huisartszorg.
- Declaratiewijzer
- De organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis
- Praktische Toolkit Snel beter bereikbaar zijn.
- P&O Handboek
- Samenwerking huisarts – jeugdgezondheidszorg
- Leefstijl en bewegen in de eerste lijn
- Contractering tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Borging en bevordering van zorgkwaliteit
- De as huisartsen - wijkverpleging
- De zorg van de huisarts aan werkende patiënten
- Competenties en eindtermen praktijkondersteuners
- Brochure Een andere huisarts kiezen. Informatie voor patiënt en huisarts
- Huisartsenzorg voor militairen en veteranen.

Bijlage 5a Overzicht VHN-Handreikingen

- Handreiking palliatieve zorg in de terminale fase
- Leidraad infectiepreventie
- Modelprotocol disfunctionerende huisarts
- Leidraad lijkschouwing
- Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg
- Handreiking waarnemers op de post
- Leidraad gegevensbeheer- en verkeer voor huisartsendienstenstructuren

Bijlage 6 Overzicht van kaderopleidingen en registers

Kaderopleidingen

- Kaderopleiding Hart- en vaatziekten
- Kaderopleiding GGZ
- Kaderopleiding ouderenzorg (ingediend bij CHBB)
- Kaderopleiding Beleid en Beheer (ingediend bij CHBB)
- Kaderopleiding Supervisie en Coaching
- Kaderopleiding Diabetes
- Kaderopleiding Urogynaecologie.
- Kaderopleiding Astma/COPD
- Wetenschappelijke Vorming en Opleiding tot huisartsonderzoeker
- Palliatieve zorg

Registers

- CHBB-register Diabetes Mellitus
- CHBB-register Echografie
- CHBB-register Kaderhuisarts Astma/COPD
- CHBB-register Kaderhuisarts EKC
- CHBB-register Kaderhuisarts GGZ
- CHBB-register Kaderhuisarts Palliatieve Zorg
- CHBB-register Kaderhuisarts Supervisor
- CHBB-register Kaderhuisarts Urogynaecologie
- CHBB-register Oogheelkunde
- CHBB-register Reizigersadvisering
- CHBB-register Verloskunde
- CHBB-register Justitiële geneeskunde

Bijlage 7 Gebruikte afkortingen en verklarende woordenlijst

Aios	Assistenten in opleiding tot specialist
ANW	Avond-, nacht en weekend
BIA	Beperkte instellingsaccreditatie
Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
CanMEDS	Het CanMEDS-model gaat uit van zeven taakgebieden die elk een serie competenties vertegenwoordigen op een bepaald terrein. Alle taakgebieden samen én de daarbij behorende competenties vormen 'het competentieprofiel' van de Huisarts.
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
CHVG	College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CvAH	College voor Accreditering Huisartsen
DGV	Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik (DGV staat voor Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening)
DKB	Deskundigheidsbevordering
DTO	Diagnostisch Toets Overleg
EKC	Erkend kwaliteitsconsulent
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FTO	Farmaco Therapieoverleg
FTTO	Farmacotherapeutisch toetsoverleg
GAIA	Gemeenschappelijk Accreditatie Internet Applicatie
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Hagro	Huisartsengroep
HDS	Huisartsendienstenstructuur
HVRC	Huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten
IA-06	Registratie Commissie van de KNMG
IA-06	Instellingsaccreditatie 2006
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
PAM	Perifeer Accreditatie Medewerker
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINKH	Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PAM	Perifeer Accreditatie Medewerker
PDCA	Plan Do Check Act-cyclus
PIN	Programma voor Individuele Nascholing
PL	Persoonlijk leerplan
RATO	Reizigersadvies toetsoverleg
RI&E	Risico-inventarisatie en -evaluatie
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts, Werkgever van huisartsen en verpleeghuisartsen in opleiding
Toetsgroep	Een vaste groep van minimaal 3 huisartsen met een gemeenschappelijk doel en een jaarplan die minimaal 2 x/ jaar bijeenkomen.
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VIA	Visitatie Instrument Accreditatie
VIM	Veilig Incident Melden
VIP	Visitatie Instrument Praktijkvoering (de voorloper van de VIA)
WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, nu: IQ healthcare, UMC St. Radboud, Nijmegen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

FINANCIELE PARAGRAAF

Inleiding en historie

De kosten voor kwaliteit en deskundigheidsbevordering zitten van oudsher in het tarief. (zie tabel 1, hoofdstuk 7 in de notitie "Zorg voor Kwaliteit") Die kosten werden aangevuld met D&O-geld (18 miljoen) tot de ontmanteling van de DHV-structuur in 2004.

Het NHG kreeg na 2001 nog 10 eurocent per inwoner voor kwaliteitsbeleid en de oude vergoedingen in het tarief bleven bestaan. Het resultaat is minder beschikbare middelen. LINKH, de koepel van WDHen en hoeder van de kwaliteit door en voor huisartsen moest het zonder extern geld stellen en kan van een geringe contributie per WDH net het hoofd als koepel boven water houden. De WDHen bedruipen zichzelf. De LHV is uit contributiegelden gefinancierd.

De gevolgen zijn merkbaar. De concurrentie voor de WDHen en PAOGs op de nascholingsmarkt is fors, waardoor het niet haalbaar is dat WDHen een dekkend en liefst cyclisch aanbod aan DKB zouden bieden van alle aspecten van het vak onafhankelijk van prioritering of beïnvloeding door de commercie.

Door de nadruk op van productieverhoging (meer patiënten, meer verrichtingen en meer ketenzorg en de daarvoor benodigde bedrijfsvoering) staat het kwaliteitsbeleid en de DKB van vooral het basisaanbod onder druk.

Voor belangrijke zaken als: patiëntveiligheid, NHG-praktijkaccreditering en toetsing (over medisch handelen, FTO, DTO en supervisie/Balint), evaluatie van het Individueel Functioneren van Huisartsen (IF-H) en het vaststellen van lacunes in kennis en vaardigheden om daarop te scholen, voor al die aspecten is nauwelijks incentive/ ruimte. Winst van deze activiteiten in termen van betere zorg, substitutie en rationeler voorschrijven en diagnostiek aanvragen is wel aangetoond, maar de te behalen winst blijft giswerk.

Het bedrag dat verzekeraars nu in de ROSSen steken ($\pm$ 23 miljoen) is voor de hele eerstelijns en wordt nauwelijks aangewend voor monodisciplinaire nascholing.

Incentives bestaan nu voor deelname aan FTO, NHG-praktijkaccreditering, en enkele M&I-modules (bv polyfarmacie) vastgelegd in de individuele contracten van huisartsen.

De facto is de beroepsgroep – vergelijkbaar met andere vrije beoefenaren – sinds 2004 vrijwel volledig aangewezen op eigen geld voor haar kwaliteitsbeleid, deels versleuteld in het tarief. Extra geld voor kwaliteit is in de onderhandelingen niet meegenomen. De wens om te komen tot een onafhankelijk fonds voor de nascholing (conform het advies van de gezondheidsraad) maakt weinig kans in het huidige economische klimaat. Dit plaatst onze beroepsgroep voor een lastig dilemma. Incentives voor kwaliteit en patiëntveiligheid zijn niet goed onderhandelbaar, want daar sta je als professional al voor. Anderzijds lijdt kwaliteit onder gebrek aan middelen. Bij onze beroepsgroep blijkt dat uit een beperkt onafhankelijk nascholingsaanbod, langzame start accreditering, moeizaam bestaan van toetsgroepen (bv geen DTO, lage deelname aan zaken als super-/intervisie, Balint, consultvoering, geen cyclisch aanbod DKB rond basisaanbod huisartsenzorg). Ook de noodzakelijke initiatieven nodig voor verhoging van de patiëntveiligheid verlopen moeizaam en ook is er weinig animo voor het IF-H (Individueel Functioneren van Huisartsen), terwijl dat bij de specialisten al wordt geïmplementeerd.

Daar ligt de winst voor meer kwaliteit.

Hoe zorgelijk is de suboptimale kwaliteit van nascholing en wie moet daarin investeren?

Er is reden tot zorg zeker als we onze prominente positie willen behouden en patiënten de beste zorg willen kunnen garanderen. De beroepsgroep dient minstens vast te stellen welke kwaliteit en patiëntveiligheid we willen en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Kwaliteit dient verder altijd onderdeel uit te maken van de onderhandelingen met de verzekeraar/ overheid. Dat is niet alleen zo voor de M&I of DBC (waar het expliciet in de financiering zit), maar voor het hele aanbod.

Als de kwaliteit onvoldoende belegd is bij de WDH, zorggroep, VHN/ HAPs, Hagro's en overige stakeholders, dan is het uiteindelijk aan de beroepsorganisatie om te beslissen of huisartsen zo zorg kunnen en willen leveren. Welke voorwaarden moeten worden gesteld?

Wat is nodig voor het kwaliteitsbeleid beschreven in "Zorg voor Kwaliteit"?

"Zorg voor Kwaliteit" is een notitie met realistische ambities en anderzijds biedt de notitie kansen om meer te realiseren mits extra middelen worden geïnvesteerd. Hierbij valt vooral te denken aan meer tijd voor kwaliteitsbeleid. De tijd om zowel een goed patiëntveiligheidsbeleid in te voeren, aan de NHG-Praktijkaccreditering deel te nemen alsook in toetsgroepen te reflecteren aan de hand van spiegelinformatie is nu apert onvoldoende.

Verder dient de praktijk adequaat te investeren in de deskundigheidsbevordering van POH en Assistentie.

Hoe te financieren; praktijkniveau en regionaal

De financiering van het kwaliteitsbeleid is nu sterk regionaal bepaald met forse variatie (met name ook in de eigen bijdrage van de huisartsen aan hun WDH). In de tabel in hoofdstuk 7 zijn de kosten en uren die gemoeid zijn met het kwaliteitsbeleid af te lezen. Deze kosten maken een belangrijk deel uit van de praktijkkosten. Aan besef van 'urgency' om een goed kwaliteitsbeleid te realiseren ontbreekt het niet en men is zeer creatief bezig om dit met weinig middelen toch te realiseren. Zo is er - mede dankzij LINKH - een landelijk dekkend netwerk van PAMmen en EKCen. Duidelijk is dat de middelen te kort schieten.

Praktijkniveau

De praktijk draait nu zelf op voor haar kwaliteitsbeleid. Dit kwaliteitsbeleid maakt een belangrijk deel uit van de praktijkkosten. Goed af te grenzen zijn die kosten niet en dat is ook niet nuttig of wenselijk, omdat kwaliteit dagelijkse routine is. Ook staat toenemend het praktijkteam centraal en wordt met en voor hen kwaliteitsbeleid georganiseerd.

Regionaal zullen praktijken en zorggroepen vooral rond het basisaanbod financiering voor het kwaliteitsbeleid moeten afdwingen. Want het kan beter en daar is ook bewijs voor. Dat bewijs vergroot de noodzaak tot verbeterprojecten in de praktijk, werken aan patiëntveiligheid, polyfarmacie, doelmatig voorschrijven (FTO) en diagnostiek aanvragen (DTO). Deze activiteiten vergen een aantal dagen investering op jaarbasis (= 1-2 % inkomen). Ook dient de EKC- en PAM-functie (als regionale kwaliteitscoördinator) zo betaald te worden dat deze functionarissen hun taak naar behoren kunnen vervullen.

De (norm)praktijk zou idealiter incentives moeten krijgen om het gewenste extra kwaliteitsbeleid te kunnen realiseren. Dit kan via het tarief (bv (PAM-EKC-structuur, meerkosten van onafhankelijke nascholing) of regionaal (regionale verbeterprojecten). De kosten voor een VMS (VeiligheidsManagementSysteem) en het gewenste Individueel Functioneren van Huisartsen (IF-H) in de toekomst, zijn ook niet vergoede en nog te begroten kosten.

Praktijken besteden nu al veel tijd en middelen aan verbetering en borging van kwaliteit, waarvan een deel historisch in het tarief zit. De ontwikkelingen van de laatste jaren vergen echter een substantiële meerinvestering. De vergoeding blijft hier fors bij achter, waardoor een patstelling ontstaat omdat de extra investering in kwaliteit altijd ten koste

gaat van besteedbaar inkomen. Dat vraagt om geormerkte kostenvergoeding voor kwaliteit.

Meer tijd en geld in kwaliteit investeren kan leiden tot meer patiënttevredenheid, betere zorg en werkbevrediging, echter bij te grote patiëntaantallen per huisarts ook tot het omgekeerde: minder service en kwaliteit van zorg, minder continuïteit en tijd per patiënt. Te weinig beschikbare fte huisarts per patiënt komt niet ten goede aan de kwaliteit van zorg.

Het regionale niveau

Op regionaal niveau zijn veel verschillende oplossingen bedacht voor het borgen van de kwaliteit. In Twente is de kring en de WDH sterk verweven met een gekoppeld lidmaatschap. Kwaliteit geeft de kring daar inhoud en kracht. Meestal is er echter een volledige scheiding tussen kring en WDH (bv KOH, ZO-Brabant en Meetpunt) of WDH/ROS (bv KOEL, DOKH). Toch is daar de kwaliteit goed geborgd ook al is er afstand tot de kring. Te grote verschillen tussen regio's zijn onwenselijk

De beroepsgroep moet staan voor een goed kwaliteitsbeleid en de LHV ziet het als haar taak die kwaliteit in elke regio randvoorwaardelijk te borgen voor alle huisartsen. Zij doet dit samen met haar kringen met NHG en LINKH. De regiokantoren ondersteunen daarin. De Zorggroepen en de VHN dragen hieraan ook in belangrijke mate bij. Landelijk wordt samengewerkt met de PAM en de EKC, die nu nog worden gefinancierd uit lokale middelen. Een landelijke financiering hiervan zou betere garantie bieden op het realiseren van gelijke condities en een gelijk aanbod.

Beleid LHV tav de randvoorwaarden van "Zorg voor Kwaliteit"

De LHV committeert zich aan "Zorg voor Kwaliteit" in concept en zal zich inzetten voor de realisering ervan. Een voorwaarde is dat in de onderhandelingen over het budget geormerkte gelden worden gereserveerd voor de uitvoering van "Zorg voor Kwaliteit". De financiering dient het vrijmaken van tijd door het verlagen werkbelasting en /of het aantal patiënten.

Een rechttoe rechtaan berekening/ schatting van kosten nodig om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren tot het ambitieniveau genoemd in de notitie "Zorg voor Kwaliteit" zou zijn:

Landelijk

- | | |
|---|---------------|
| 1. Betaling PAM en EKC-netwerk (inclusief functioneren toetsgroepen) | ±€ 8.000.000 |
| 2. Structurele aandacht voor patiëntveiligheid
(1 dag/jaar = 8 praktijken a € 153,-) | ±€ 5.000.000 |
| 3. DKB aanbod door en voor huisartsen, hoogwaardig en cyclisch | ±€ 10.000.000 |
| 4. Onafhankelijke, kwalitatief hoogwaardige cyclisch aanbod DKB
(20 uur ¹ x 10.000 huisartsen x ± € 50 ²) = | ±€ 10.000.000 |

Regionaal onderhandelbaar (M&I, NHG-praktijkaccreditering)

Structureel tijd voor kwaliteitsverbetering in de (4000) praktijken (in teamverband, ± 20 praktijken/jaar)	±€ 12.000.000
---	---------------

¹ 20 uur omdat nu al de helft van de 40 uur DKB door en voor huisartsen is

² 50 euro is het geschatte bedrag dat anderen financieren om nascholing voor huisartsen aantrekkelijk te maken.