HET ROER GAAT OM

Eindrapport werkgroep

Intrinsieke Kwaliteit

Februari 2016

Amsterdam 27-02-16

Geachte leden van de Taskforce Kwaliteit en leden van de Stuurgroep ‘het Roer moet om’ ,

Bij deze bieden wij u onze notitie Intrinsieke Kwaliteit aan.
Wij zijn van mening dat het kwaliteitssysteem van de huisarts beter kan en moet. We geven daarvan de hoofdlijnen aan.
Veel moet verder worden uitgewerkt. Daarbij zullen organisatorische en financiële randvoorwaarden nog veel aandacht vragen.

We verwachten dat deze notitie bijdraagt aan de door ons allen gewenste vermindering van de administratieve lasten. Echter de motivatie van de werkgroep leden was toch ook om het kwaliteitssysteem vooral beter te maken.

Dirk Achterbergh, voorzitter, Ruud Stam, secretaris.
Stijn van den Broek, Harrie Geboers, Marije Holtrop, Henriette van der Horst, Vera Kampschöer, Tim Linssen, Carin Littooij, Bart Meijman, Karel Rosmalen, Norbert Schilder, Ivo Smeele, Herman Suichies, Toosje Valkenburg.

Voor een eenduidige interpretatie van de tekst in deze notitie is het goed eerst een aantal begrippen te definiëren:

Lexicon

Visitatie huisartsen
Visitatie van de huisarts is een verplicht onderdeel van de 5-jaarlijkse herregistratie. Deze visitatie is bedoeld om te leren, niet om te selecteren. De input van de visitatie bestaat uit een vragenlijst waarmee de huisarts zijn/haar competentieprofiel kan vaststellen. Daarbij wordt collegae en patiënten systematisch om feedback gevraagd. Met een erkend gespreksleider bespreekt de huisarts de uitkomst van de vragenlijsten, krijgt zo inzicht in sterke en zwakke kanten en maakt op basis hiervan een Persoonlijk Ontwikkel Plan. De evaluatie van dit plan is onderwerp van gesprek in de volgende visitatie.

Intervisie
Tijdens intervisie delen mensen *uit eenzelfde vakgebied* ervaringen met elkaar en bespreken ze ervaren problemen met het doel daarvan te leren en op die wijze de kwaliteit van hun professionele handelen te verbeteren. De deelnemers bepalen zelf wat ze inbrengen tijdens de intervisie. Intervisie vindt plaats in een vaste groep, omdat elkaar (leren) kennen en een veilig klimaat nodig zijn voor een optimaal functioneren van de intervisie. Al het besprokene is vertrouwelijk, eventuele verslagen worden alleen met de deelnemers gedeeld.

Intercollegiale toetsing (IT)
Bij intercollegiale toetsing spreken de deelnemers aan die IT *van te voren* af welk onderwerp/aspect van het werk ze systematisch willen evalueren. Centrale elementen in IT zijn a) stapsgewijs aspecten van de zorgverlening/praktijkvoering evalueren en b) planmatige verbeterafspraken maken (die vervolgens na verloop van tijd worden geëvalueerd). Intercollegiale toetsing kan in wisselende samenstelling plaatsvinden: een artsengroep, alle praktijkmedewerkers, leden van een zorggroep etc. De gemaakte afspraken kunnen ook met anderen gedeeld worden. IT kan plaats vinden aan de hand van spiegelinformatie, maar dat is zeker niet een absolute voorwaarde.

Spiegelinformatie
Spiegelinformatie is een cijfermatige vergelijking tussen een aantal 'eenheden', zoals individuele praktijkmedewerkers, praktijken, zorggroepen, etc. op basis van systematisch geregistreerde en vergaarde gegevens. Spiegelinformatie is een hulpmiddel voor kwaliteitsverbetering waarbij je:

a) gezamenlijk kunt vaststellen of er relevante verschillen bestaan in bijvoorbeeld voorschrijfgedrag, verwijzingspatronen etc. tussen praktijkmedewerkers, praktijken of zorggroepen, e.d., en
b) gezamenlijk kunt bekijken of er sprake is van een te verklaren variatie en of deze variatie gewenst (bijvoorbeeld door verschillen in praktijkpopulatie) of ongewenst is. (bijvoorbeeld door inadequaat AB voorschrijfgedrag in sommige praktijken). Spiegelinformatie kan eventueel anoniem aangeleverd en besproken worden, waarbij de deelnemers onder couvert hun eigen data krijgen zodat ze die kunnen afzetten tegen de data van de andere deelnemers). In dat geval is er minder verdieping mogelijk.

Praktijkcertificering
Vorm van externe auditing waarbij een door de raad voor de accreditering goedgekeurde partij een geschreven garantie/keurmerk geeft dat een praktijk beantwoordt aan wettelijke regels en beroepsnormen en daarbij constant werkt aan kwaliteitsverbetering.

Kwaliteitssysteem huisartsen
Een samenhangend geheel van activiteiten, hulpmiddelen, instituties, regels en afspraken om de kwaliteit van de huisartsenzorg op peil te houden en te bevorderen.

0. Inleiding

De actiepunten van het comité "het Roer moet om" hebben in het voorjaar 2015 brede steun gekregen uit de huisartsenwereld. Voor het thema kwaliteit is een taskforce opgericht van beroepsorganisaties, verzekeraars, patiëntenorganisatie en VWS. Deze taskforce heeft 4 werkgroepen kwaliteit ingesteld waaronder de werkgroep intrinsieke kwalititeit. De taskforce heeft aan deze werkgroep gevraagd om met voorstellen te komen voor een kwaliteitssysteem dat uitgaat van vertrouwen, dat inspirerend is voor de praktiserende huisarts, dat goed uitvoerbaar is zonder stapeling eisen en met beperking van bureaucratische ballast, en dat voor verzekeraars, patiënten en overheid inzichtelijk maakt hoe huisartsen de kwaliteit van hun zorg op peil houden.

De werkgroep bestond uit 12 huisartsen, vanuit het actiecomité " het Roer moet om", vanuit de universiteit, vanuit de huisartsopleiders en vanuit beroepsorganisaties (LHV, NHG, VPH, Ineen). De werkgroep stond onder leiding van een onafhankelijk voorzitter en secretaris.

1. Inhoudelijke oriëntatie van de werkgroep

De focus van de werkgroep lag op het vastleggen van de (duurzame) basiselementen van het kwaliteitssysteem en op de daarbij horende koerswijziging in het systeem. De werkgroep beveelt de beroepsorgansaties aan om in afstemming met betrokken partijen een verdere praktische uitwerking ter hand te nemen. De werkgroep richtte zich in haar opdracht op de kwaliteit die men als inwoner van Nederland bij iedere huisarts en huisartspraktijk mag verwachten. De werkgroep heeft zowel uitspraken gedaan over de normen voor kwaliteit als over het systeem voor kwaliteitsontwikkeling en – borging. De werkgroepleden zijn van mening dat **de zorg voor chronisch zieken** moet worden gedefinieerd als onlosmakelijk onderdeel van de basishuisartsenzorg. Het kwaliteitssysteem van de huisarts omvat ook deze zorg, een apart systeem van verantwoording is overbodig. Als de huisartsenzorg(inclusief POH) onderdeel uitmaakt van een ketenzorg arrangement dan heeft naar de mening van de werkgroep het kwaliteitssysteem van de huisartsenzorg betrekking op het huisartsendeel van de ketenzorg, inclusief de samenwerking en afstemming met ketenpartners, niet op de uitvoering door de ketenpartners als zodanig.

Afstemming met patiënten:
Systematisch verkrijgen en evalueren van patiëntenervaringen is een onderdeel van het kwaliteitssysteem van de beroepsgroep huisartsen en past derhalve binnen de opdracht van de werkgroep. Keuze informatie voor patiënten heeft onze werkgroep buiten beschouwing gelaten omdat dit vooral het terrein is van werkgroep 4

Afstemming met verzekeraars:
Onderdeel van de oriëntatie van de werkgroep was ook de betrokkenheid van de verzekeraars bij het kwaliteitssysteem. De werkgroep stelt zich op het standpunt (zie ook uitgangspunten) dat de zorg voor de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde de verantwoordelijkheid is van de beroepsgroep (de individuele huisarts en de beroepsorganisaties) waarover zij op gepaste wijze inzicht zal geven aan alle stakeholders.

2. **De bevindingen van de werkgroep**

In de werkgroep bestaat onvrede met het functioneren van het huidige kwaliteitssysteem . Het kost onevenredig veel tijd en het levert ondanks een positieve waardering op onderdelen (de bouwstenen) als geheel (het gebouw) te weinig op. Anderzijds is er trots: de huisarts heeft in de zorg een sterke positie weten op te bouwen en de huisartsgeneeskunde is stevig onderbouwd. Echter om datgene wat bereikt is ook in de toekomst te verankeren, vindt de werkgroep dat het kwaliteitssysteem van de huisartsen moet worden herijkt en verbeterd.

De leden van de werkgroep willen de zorg voor kwaliteit dicht bij de huisarts zelf en bij de beroepsgroep houden. De nadruk van het kwaliteitssysteem moet liggen op het aanspreken van de intrinsieke motivatie en niet op controle. De werkgroep wil vooral dat het kwaliteitssysteem er op is gericht dat de professional beter wordt in het eigen handelen door middel van instrumenten als reflectie en intercollegiale toetsing, die hij/zij kan gebruiken om tastbare resultaten voor de zorg in de eigen praktijk te realiseren.

In het huidige systeem is veel aandacht voor formele, in maat en getal uit te drukken elementen en voor procedurele aspecten. Aan de kwaliteit van de huisarts zelf en de relatie met de patiënt wordt wordt te weinig aandacht besteed. Daarmee raakt het huidige systeem onvoldoende de kern van de huisartsenzorg. De werkgroep heeft dus gezocht naar een mogelijkheid om in het kwaliteitssysteem deze kern meer dan nu het geval in beeld te brengen. Wij denken dat met meer nadruk op intervisie, intercollegiale toetsing en feedback van patiënten en collegae de kwaliteit van de huisarts beter in beeld komt en daarmee beter kan worden bevorderd dan tot nu toe het geval is.

We zijn ons er van bewust dat deze verandering niet per se minder werk hoeft te betekenen. Door afstemming met patiënten, verzekeraars en overheid kan dubbel werk worden voorkomen. Maar het belangrijkst is toch voor de werkgroep dat werken aan kwaliteit er echt toe doet en tot inspiratie, tot praktische resultaten en tot tevredenheid leidt. Dat is naar onze mening het echte resultaat van het Roer Moet Om, dat resultaat laat zich niet alleen vangen in ‘gewonnen uurtjes’ .

In deze notitie zijn de bevindingen van de werkgroep vastgelegd in de vorm van een advies aan de taskforce over de algemene uitgangspunten voor het kwaliteitssysteem voor de huisartsgeneeskunde. Wij vatten het begrip kwaliteitssysteem op als een samenhangend geheel van activiteiten, hulpmiddelen, instituties, regels en afspraken om de kwaliteit van de huisartsenzorg op peil te houden en te bevorderen.
De werkgroep doet uitspraken over het kwaliteitssysteem dat van toepassing is op iedere Nederlandse huisarts. Er wordt een raamwerk geboden (hoofdlijnen) voor wat betreft de (her)inrichting van dit systeem voor de nabije toekomst.

3. Uitgangspunten en randvoorwaarden voor een goed en gedragen kwaliteitssysteem

In de werkgroep hebben we de volgende *uitgangspunten* voor het kwaliteitssysteem vastgesteld:

- **De individuele huisarts is zelf verantwoordelijk** voor het leveren van kwaliteit en is daarop aanspreekbaar. De beroepsgroep, ondersteund door de beroepsorganisaties, stelt de normen voor de kwaliteit vast.
- **Het systeem is gebaseerd op vertrouwen.** De werkgroep wil toe naar een kwaliteitssysteem dat gebaseerd is op gerechtvaardigd vertrouwen in de professional. Dat wil zeggen dat de buitenwereld vertrouwen heeft in de professionaliteit van de huisarts en in het vermogen van de beroepsgroep om die professionaliteit te garanderen. Daarvoor is nodig dat huisartsen (professionals in het algemeen) duidelijk maken hoe ze hun kwaliteit borgen, niet door het verschaffen van betekenisloze uitkomst- en procesindicatoren, maar door inzicht te geven in hoe ze zelf werken aan het handhaven en optimaliseren van de kwaliteit van hun handelen en van de praktijkorganisatie.

- **Het systeem gaat uit van de intrinsieke motivatie van de professional.** Het kwaliteitssysteem moet inspirerend zijn en als hulpmiddel fungeren voor de professionals in de praktijk. De werkgroep wil toe naar een systeem waarin het stimuleren van professioneel handelen, reflecteren (op eigen en elkaars handelen) en leren centraal staat in plaats meten en controleren. Een systeem dat inspireert en enthousiasmeert en dat direct leidt tot zichtbare verbeteringen van de zorg in de praktijk. Bruikbare instrumenten hiervoor zijn intervisie, intercollegiale toetsing en geaccrediteerde nascholing.

- **Het systeem is gebaseerd op de principes van continu leren.** Het systeem zou moeten voorzien in het zich cyclisch ontwikkelen van de professional waarbij continu leren de (academische) norm is, gericht op het up to date houden van het kwaliteitsniveau.

- **Evidence moet leidend zijn voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem**.
  De inzichten over hoe het kwaliteitssysteem moet zijn ingericht veranderen in de loop van de tijd, waarbij de evidence (welke interventies hebben een bewezen positief effect op de kwaliteit?) leidend moet zijn voor de ontwikkeling van het systeem.

Randvoorwaarden voor een dergelijk systeem zijn daarbij:

- **Aanspreekbaarheid.** De individuele huisarts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die hij levert en is daarop aanspreekbaar. De norm binnen de beroepsgroep is dat je elkaar op constructieve wijze aanspreekt op het functioneren. Onderling vertrouwen geldt hierbij als basis. De aanspreekcultuur in de beroepsgroep dient hiervoor verder te worden ontwikkeld en versterkt. Deze begint bij de opleiding en wordt gecontinueerd gedurende de hele carrière van de huisarts.

- **Veilige omgeving.** Voor zo'n lerend systeem is het nodig een veilige omgeving te creëren. Het gaat hierbij om een groep huisartsen die volgens een (h)erkend model samenwerkt aan en reflecteert op kwaliteit van de professional. Dergelijke peer groups kunnen op verschillende wijzen worden ingericht. Het herintroduceren van de HAGRO als peer group is daarbij een optie, maar peer groups kunnen ook ontstaan vanuit de groepspraktijk, de coöperatie, de zorggroep of de huisartsenpost.

- **Administratieve belasting.** Het registreren beperkt zich tot die parameters die bewezen nut hebben voor de kwaliteit van zorg. Registratie staat ten dienste van het primaire zorgproces. Gegevens en data

ten behoeve van kwaliteitsbevordering en verantwoording moeten uit de primaire registratie geëxtraheerd kunnen worden. Dubbeling van kwaliteitseisen uit verschillende gremia moet worden vermeden.

- **Borging door herregistratie.** De beginnend huisarts begint op een prima niveau dankzij de kwalitatief uitstekende huisartsopleiding. Voor de praktiserende huisarts gebeurt dit, naast geaccrediteerde nascholing, via verplichte intervisie en intercollegiale toetsing in peer groups. Om te borgen dat intercollegiale toetsing en intervisie (op een goede manier) gebeuren, is het nodig dat deze instrumenten, inclusief de rol van de peer groups, worden opgenomen in het formele, algemeen geldende systeem van herregistratie door het College Geneeskundige Specialismen (CGS).

- **Heldere en voor iedereen inzichtelijke normen**
  Voor wat betreft de kwaliteit van de praktijkvoering wordt de norm bepaald door de wetgeving. Bovendien zijn normen zoals die door de beroepsgroep worden gesteld van toepassing. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om aan deze normen te voldoen en hierover inzicht te bieden aan belanghebbenden. Beroepsorganisaties helpen hun leden om de kwaliteit van de praktijkvoering op peil te houden en geven aan patiënten en verzekeraars duidelijkheid over waar de huisartsenpraktijk op aanspreekbaar is.

4. Raamwerk (hoofdlijnen) voor (her)inrichting van dit systeem

In dit hoofdstuk wordt een raamwerk gepresenteerd voor het kwaliteitssysteem voor huisartsen. Hierbij maken we onderscheid tussen het systeem voor borging van de professionele kwaliteit van de huisarts en het borgen van de kwaliteit van de praktijk.

4.1 Professionele kwaliteit huisarts

De werkgroep is van mening dat de professionele kwaliteit door de opleiding (het diploma) en de herregistratie kan worden geborgd. Als aan de eisen van opleiding en herregistratie is voldaan, is dit voldoende waarborg voor goede huisartsenzorg. Hiervoor is nodig dat intervisie, intercollegiale toetsing, visitatie en externe verantwoording op een goede wijze is ingebouwd in de herregistratie.

De werkgroep wil hiermee een heldere en eenvoudige boodschap geven over de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. De huisarts is uitstekend opgeleid via de huisartsopleiding, hij/zij doet voldoende ervaring op door werken in de praktijk en blijft up to date, hierbij mede ondersteund (en geborgd) door een uitstekend systeem voor herregistratie.

Visitatie, intervisie en intercollegiale toetsing in de herregistratie

1. In het herregistratietraject voor huisartsen vormen de elementen nascholing, visitatie, intervisie en/of intercollegiale toetsing een verplicht onderdeel.

2. De verhouding tussen intercollegiale toetsing- intervisie en geaccrediteerde nascholing (10/190 uur over 5 jaar) verschuift aanzienlijk ten gunste van de eerste. De werkgroep is van mening dat de kwaliteitsbevordering door middel van evaluatie en leerproces in een peergroup een wezenlijk

onderdeel is van het kwaliteitssysteem. Op termijn wordt door de werkgroep een 100/100 uur (over 5 jaar) verhouding wenselijk geacht.

3. Visitatie is een verplicht onderdeel van de herregistratie. In het kader van deze visitatie stelt iedere huisarts een Persoonlijk Ontwikkel Plan (POP) op. Hieruit volgt een evenwichtig portfolio van activiteiten die betrekking heeft op het programma van nascholing, intervisie en intercollegiale toetsing.

4. Samenstelling van deze intervisie/intercollegiale toetsing groepen is afhankelijk van het thema. Voor intervisie is een vaste groepssamenstelling een belangrijke voorwaarde.

5. Spiegelinformatie ten behoeve van intercollegiale toetsgroepen kan vanuit verschillende bronnen komen: de eigen zorggroep, verzekeraars, patiëntenfeedback, eigen HIS, academisch netwerk, apotheek etc. Belangrijk is dat de informatie betrouwbaar is, gerelateerd is aan de patiëntenpopulatie van de praktijk en dat de informatie wordt verzameld aan de hand van specifieke en relevante vragen. De zo verkregen informatie moet bruikbaar zijn voor kwaliteitsontwikkeling. Data die betrekking hebben op de zorg voor chronisch zieken kunnen onderwerp zijn van intercollegiale toetsing.

6. Reflectie in intercollegiale toetsgroepen leidt tot actie en ontwikkeldoelen, voor de huisarts persoonlijk maar ook voor de toetsgroep als geheel, afhankelijk van het thema.

7. Thema's en agenda voor intercollegiale toetsing worden vastgesteld door de peergroup. De werkgroep beveelt aan dat met name groepen voor intercollegiale toetsing een meerjaars-agenda opstellen van te behandelen onderwerpen en spiegelinformatie en deze af te stemmen met regionale en landelijke stakeholders. Zo kan bijvoorbeeld in samenspraak met verzekeraars regionaal spiegelinformatie worden besproken die betrekking heeft op de lokale poortwachtersfunctie . Met IGZ kan worden afgestemd hoe het thematisch toezicht kan worden worden verbonden met de agenda van de toetsgroep. Deze afstemming moet worden gefaciliteerd door regionale en landelijke beroepsorganisaties zodat niet iedere peergroup genoodzaakt is deze afstemming zelf te organiseren.

8. De activiteiten in de intervisie en intercollegiale toetsgroep zijn gericht op kwaliteitsbevordering door de deelnemende huisartsen zelf. Instrumenten daarvoor zijn reflectie, evaluatie en bij intercollegiale toetsgroepen ook planmatige verbeterafspraken, die vervolgens in een later stadium weer worden geëvalueerd. Men zit er immers niet alleen om te reflecteren en te evalueren, maar ook om daar een gevolg aan te geven in de dagelijkse hulpverleningspraktijk. Het delen van de uitkomsten van dit proces om het maken van onderscheid tussen de deelnemende huisartsen voor externe partijen (verzekeraars, patiënten) mogelijk te maken is niet het doel van intervisie en intercollegiale toetsing.

9. De intercollegiale toetsing moet qua randvoorwaarden (o.a. spiegelinformatie) en logistiek goed worden gefaciliteerd en ondersteund. Hierbij is in ieder geval een professionele begeleider van de toetsgroep nodig voor het begeleiden van het proces en voor de verslaglegging. Dit is ook een eis van CGS (College Geneeskundige Specialismen) in het kader van de herregistratie. Het is van belang dat gekeken wordt naar de invulling hiervan. Dit kan bijvoorbeeld door de EKC'er (Erkend Kwaliteits Consulent). Aandacht verdient dan wel het functieprofiel, de opleiding, de inbedding van en de randvoorwaarden voor het functioneren van de EKC. Daarnaast kan er een rol zijn voor een externe professional (zoals bv. de erkend gespreksleider visitatie).

10. Verplicht onderdeel van de visitatie is een systematisch opgezette patiënte feedback. De huisarts stelt in afstemming met patiënten het thema van de feedback vast. De huisarts kan daarbij, afhankelijk van het gekozen thema gebruik maken van een gevalideerde vragenset, ontwikkeld door de beroepsgroep en patiëntenorganisatie tezamen. De vraagstelling kan ook worden gestuurd met behulp van andere bronnen zoals klachten en VIM meldingen. De data die door feedback worden verkregen worden gebruikt om de kwaliteit van de huisartsenzorg te verbeteren. Het delen van deze data met patiënten is geen onderdeel van het kwaliteitssysteem.

11. Veiligheid en aanspreekbaarheid. Uitgangspunt is dat de peergroupen voor intervisie en intercollegiale toetsing een veilige omgeving zijn voor de huisarts. Ze zijn gericht op leren, niet op controleren. Toch kan er een spanning ontstaan tussen veiligheid voor de huisarts en veiligheid voor de patiënt. Als deze laatste in het geding is door ondermaatse kwaliteit van de huisarts, is het de beroepsnorm om de desbetreffende collega aan te spreken. Deze beroepsnorm geldt ook in intervisie/intercollegiale toetsinggroepen. Mocht de patiëntveiligheid niet kunnen worden gegarandeerd, ondanks inspanningen van collegae en/of inzet van desbetreffende collega, dan behoort het tot de beroepsnorm om de IGZ te informeren. Het protocol " vermeend disfunctioneren van de huisarts' dat reeds is ontwikkeld, is dan van toepassing.

12. Elkaar als huisartsen beter aanspreken vormt onderdeel van de benodigde cultuurwijziging. De doelstelling is dat dit zich ontwikkelt in het kader van de vernieuwde intervisie en intercollegiale toetsing. Een ontwikkelprogramma dat betrekking heeft op de opleiding en op het traject van herregistratie is nodig om het aanspreken en de aanspreekbaarheid op een hoger plan te brengen.

13. De werkgroep vraagt aandacht voor de positie van waarnemers in het systeem van herregistratie. Patienten feedback en relevante spiegelinformatie is bij deze groep soms niet op dezelfde wijze te verkrijgen als bij gevestigde huisartsen.

4.2 Kwaliteit praktijk

1. Voor wat betreft de kwaliteit van de praktijkorganisatie wordt de norm bepaald door de wetgeving en de beroepsnormen. Iedere praktijk moet aan deze normen voldoen. Het is aan de huisarts/de praktijk zelf om zich hierover te verantwoorden en zelf te bepalen hoe hij /zij dit wil doen.
2. Huisartsen kunnen zich door de eigen beroepsorganisaties laten ondersteunen bij het inzichtelijk maken en op peil houden van de kwaliteit van de praktijkvoering.
3. Het aantal regels en normen voor praktijkvoering is in de loop van de tijd fors gegroeid, waarbij de toegevoegde waarde niet altijd even helder is. De werkgroep hecht veel waarde aan een evaluatie van deze regels en normen, waarbij een toets plaatsvindt aan de evidence, relevantie en haalbaarheid, toegespitst op de huisartsenpraktijk.
4. Feedbackinformatie voortkomend uit, klachten en incidenten meldingen kunnen worden ingebracht in het systeem van intercollegiale toetsing (zie borging professionele kwaliteit). Elke praktijk is er aan gehouden om Veilig Incident Melden (VIM) te garanderen en om aangesloten te zijn bij een klachtenregeling.
5. De huisarts/de praktijk is altijd aanspreekbaar op de kwaliteit van de bedrijfsvoering en het voldoen aan de normen en kan deze kwaliteit ook inzichtelijk maken. Voor sommige huisartsen kan een externe audit /praktijkcertificering een methode zijn, anderen zullen andere methoden gebruiken zoals een kwaliteitsjaarverslag of desgevraagd aan ieder die daartoe bevoegd en/of gekwalificeerd is laten zien dat aan de wet en norm wordt voldaan.

5. Ontwikkelagenda

Huisartsen en groepen voor intercollegiale toetsing willen zich zo weinig mogelijk bezig houden met logistieke en organisatorische kwesties. Ook willen zij niet ieder voor zich afstemmen met verzekeraars, patiënten en andere belanghebbenden. Ze willen dat beroepsverenigingen en koepelorganisaties op landelijk en regionaal niveau hen hierbij ondersteunen en de instrumenten en hulpmiddelen voor inzicht in de kwaliteitsontwikkeling/- borging onderhouden. Als logisch vervolg op de resultaten van deze werkgroep bevelen wij de taskforce dan ook aan dat de beroepsorganisaties een ontwikkelagenda opstellen met aansluitende vervolgstappen en een passende prioritering en doen daarbij de oproep om op 1 januari 2017 deze agenda klaar te hebben.