

Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering

Samenvatting

Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning JCC, Wensing M. Effecten van de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2016;59(9):388-93.

ACHTERGROND Wereldwijd gebruikt men accreditering van gezondheidszorgorganisaties om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren. Wij hebben de effectiviteit onderzocht van verbeterplannen als onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering, gericht op CVRM.

METHODE Huisartsenpraktijken in de interventiegroep (n = 22) kregen de opdracht om verbeterplannen tijdens de interventieperiode op CVRM te richten, terwijl praktijken in de controlegroep (n = 23) zich op elk domein richtten, behalve CVRM en diabetes mellitus.

RESULTATEN De primaire uitkomsten waren systolische bloeddruk < 140 mmHg, LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l en het voorschrijven van trombocytenuitremmers. Secundaire uitkomsten waren 17 indicatoren van CVRM en de mate waarin de deelnemers vonden dat de doelen van het gekozen verbeterproject waren bereikt. We hebben de voor- en nameting in onafhankelijke groepen patiënten verricht. We hebben geen effect op de primaire uitkomsten gevonden.

Streefdoelen voor bloeddruk werden bij 39,8% van de patiënten in de interventiegroep en bij 38,7% van de patiënten in de controlegroep bereikt; 44,5% respectievelijk 49,0% bereikte de cholesterolstreefniveaus; in beide groepen kreeg 82,7% van de patiënten trombocytenuitremmers voorgeschreven. Zes secundaire uitkomsten verbeterden: rookstatus, controle van bewegen, dieetcontrole, registratie van alcoholgebruik, het meten van de middelomtrek en het meten van de nuchtere glucose. De mate waarin de deelnemers de doelen bereikten was in beide groepen hoog: gemiddelde scores van 7,9 en 8,2 op een tienpuntschaal.

CONCLUSIE Ons onderzoek laat zien dat dit programma verbetering bracht in een aantal aspecten van professionele prestaties met betrekking tot CVRM in de praktijken die hun verbeterplannen op CVRM hadden gericht. De primaire uitkomsten verbeterden echter niet. De deelnemers bereikten in ruime mate de doelstellingen van hun verbeterprojecten.

INLEIDING

Accreditering van gezondheidszorgorganisaties wordt wereldwijd gebruikt om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren. De meeste accrediteringssystemen beoordelen de

service en prestaties van gezondheidszorgorganisaties door de naleving van standaarden te evalueren met behulp van enquêtes, dossieronderzoek en audits.¹

In Nederland kunnen huisartsenpraktijken op vrijwillige basis deelnemen aan de NHG-Praktijkaccreditering. Dit programma bestaat uit een uitgebreide audit, gericht op klinische en organisatorische domeinen, gevolgd door het opstellen van verbeterplannen en uiteindelijk een formele beoordeling door een externe auditor.² Het verbeteren van professionele prestaties en praktijkorganisatie is een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering.³⁻⁵

Uitgebreide evaluaties van de effecten van praktijkaccrediteringsprogramma's zijn schaars⁶ en de effecten van accreditering op klinische prestaties, organisatorische processen en financiële status zijn inconsistent.^{7,8} Bij de NHG-Praktijkaccreditering ligt de focus op leren en verbeteren. Vanaf het begin was er zorg over de belasting van huisartsenpraktijken.⁹ Huisartsen vinden veelal dat het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de accreditering betrekkelijk veel tijd vergt. Deze inspanning staat op gespannen voet met de doelstellingen van Het Roer Moet Om (HRMO). Een belangrijk streven van HRMO is juist administratieve lastenverlichting. Als uitwerking hiervan moet het aantal indicatoren worden beperkt.

Het doel van ons onderzoek was het vaststellen van de effectiviteit van verbeterplannen binnen de NHG-Praktijkaccreditering. Hierbij hebben wij ons gericht op cardiovasculair risicomanagement (CVRM), een belangrijke taak binnen de

Wat is bekend?

- Verbeteren van professionele prestaties en praktijkorganisatie is een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering.
- Het verzamelen en aanleveren van gegevens voor de NHG-Praktijkaccreditering vergt veel tijd.
- De NHG-Praktijkaccreditering is een methode die praktijkteams aanmoedigt tot een cyclische aanpak van de verbetering van hun kwaliteit.

Wat is nieuw?

- Een aantal elementen vergemakkelijkt de uitvoering van de NHG-Praktijkaccreditering: het aanwijzen van een verantwoordelijke voor het programma, zorgen voor duidelijke communicatielijnen binnen de praktijk en het hebben van affiniteit met of het stimuleren van enthousiasme voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. We hebben geen verbetering gevonden op de primaire uitkomsten, maar secundaire uitkomsten verbeterden wel. Daarnaast hebben de deelnemende praktijken hun doelen uit de verbeterplannen bereikt.
- Om de effecten van de NHG-Praktijkaccreditering te vergroten, moeten de verbeterplannen op het verbeteren van uitkomsten van de zorg worden gericht.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Ruitenberglaan 31, 6826 CC Arnhem: dr. E. Nouwens, docent. Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboud Universiteit Nijmegen, Medisch centrum, Nijmegen: J. van Lieshout, huisarts/onderzoeker; M. Bouma, senior onderzoeker; J.C.C. Braspenning, UHD/senior onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, Hoogleraar Implementation Science. • Correspondentie: elvira.nouwens@han.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning JCC, Wensing M. Effectiveness of improvement plans in primary care practice accreditation: a clustered randomized trial. *Plos One* 2014;9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Nederlandse huisartsenpraktijk omdat de meerderheid van de hart- en vaatziektenpatiënten deze zorg binnen de praktijk ontvangen.¹⁰ Dit artikel is een verkorte versie van het oorspronkelijke artikel.¹¹

METHODE

Onderzoeksontwerp

Het onderzoeksontwerp was een twee-armige clustergerandomiseerde trial met een blokontwerp. Hierbij hebben we per groep van vier praktijken geloot voor de interventie- of controlegroep, om een gelijke verdeling tussen de twee onderzoekarmen te waarborgen. Huisartsenpraktijken vormden de eenheden van clustering. We hebben een voor- en nameting uitgevoerd bij onafhankelijke groepen patiënten. Het onderzoeksprotocol hebben we elders gepubliceerd (trialnummer NCT00791362).¹²

Ethische goedkeuring en informed consent

De medisch-ethische commissie Arnhem-Nijmegen heeft goedkeuring gegeven voor dit onderzoek (dossiernummer 2008/258). Voor de voormeting hebben we gegevens over patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten gebruikt, die zijn verzameld ten behoeve van de NHC-Praktijkaccreditering. Voor de nameting hebben we aan patiënten *informed consent* gevraagd voor de uitvoering van dossieronderzoek. Alle gegevens hebben we anoniem verwerkt.

Deelnemers

Huisartsenpraktijken

Huisartsenpraktijken die zich hadden aangemeld voor de NHC-Praktijkaccreditering hebben we tussen september 2008 en april 2010 benaderd voor deelname aan het onderzoek. Na de voormeting hebben we praktijken toegewezen aan de interventie- of controlegroep. Praktijken in de interventiegroep implementeerden een verbeterplan op het gebied van CVRM, praktijken in de controlegroep implementeerden een verbeterplan dat niet was gericht op CVRM of diabetes mellitus. Praktijken met een duidelijke voorkeur voor een verbeterplan voor een specifiek domein hebben we uitgesloten van deelname.

De datum van het verkrijgen van het accreditatiekeurmerk was de startdatum van de interventieperiode. De gegevens van de nameting hebben we verzameld van februari 2010 tot mei 2012, twaalf maanden na het starten van de interventie.

Patiënten

Het onderzoek richtte zich op patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten (HVZ), zoals vastgelegd in de medische dossiers: angina pectoris (K74), acuut myocardinfarct (K75), andere chronische ischemische hartziekten (K76), TIA (K89), cerebraal infarct (K90.3), perifere arterieel vaatlijden (K92.1) en aneurysma aortae (K99.1).^{13,14} Patiënten moesten minimaal twaalf maanden bij hun huisarts zijn ingeschreven. We hebben patiënten geselecteerd vanuit het elektronisch patiëntendossier op basis van de bijbehorende International Classification of Primary Care codes (ICPC-codes).¹⁵

Primaire en secundaire uitkomsten

Het NHG heeft een set van twintig kwaliteitsindicatoren opgesteld voor de zorg voor patiënten met HVZ.¹⁷ Hiervan hebben we er drie geselecteerd als primaire uitkomsten: het percentage patiënten met een systolische bloeddruk < 140 mmHg, het percentage patiënten met een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol/l en het percentage patiënten met voorgeschreven trombocytenaggregatiemiddelen.

Secundaire uitkomsten waren de zeventien overige indicatoren: registratie van systolische bloeddrukmeting, registratie van LDL-cholesterolmeting, voorgeschreven statine, rookgedrag bekend, rookstatus van de patiënt, stoppen-met-rokenadvies gegeven, Body Mass Index (BMI) gemeten, BMI < 25 kg/m², middelomtrek gemeten, nuchtere glucose gemeten, griepvaccinatie gegeven, registratie alcoholgebruik, controle en advies lichaamsbeweging en dieet, en compleet risicoprofiel vastgesteld. We hebben de gegevensverzameling vanuit medische dossiers met een gestandaardiseerde procedure uitgevoerd; we hebben de gegevens voor elke patiënt afzonderlijk verzameld.

Een aanvullende secundaire uitkomst was de mate waarin de doelen van de verbeterplannen werden bereikt. Deze hebben we uitgevraagd door middel van interviews met de huisarts of de assistent en gemeten op een likertschaal.

Steekproefgrootte

Gegevens van deelnemende praktijken tot 2006 lieten scores op de gekozen primaire uitkomsten zien van 36 tot 53% (niet gepubliceerde gegevens). De steekproefgrootte hebben we berekend onder de aanname dat de accreditatie 5 tot 10% verbetering zou geven, overeenkomstig het mediane effect in een review van 235 onderzoeken naar kwaliteitsverbetering.⁵ Met gegevens van 30 patiënten per indicator per praktijk zouden per onderzoekarm 31 praktijken nodig zijn (power = 0,80, alfa = 0,05, ICC = 0,05¹⁶). Rekening houdend met uitval wilden we in totaal 70 praktijken includeren.

Randomisatie

De eenheid van randomisatie was de huisartsenpraktijk. Een onafhankelijke statisticus genereerde een randomisatielijst met blokontwerp en gebruikte deze om praktijken in groepen van gelijke grootte over interventie- en controlegroep te verdelen. Dit gebeurde op volgorde van aanmelding.

Blinding

Huisartsen waren ervan op de hoogte in welke groep zij waren ingedeeld omdat zij moesten weten op welk gebied zij een verbeterplan moesten schrijven en implementeren. De gegevensverzamelaars waren geblindeerd. Blinding van patiënten was niet nodig omdat er alleen dossieronderzoek is gedaan.

Gegevensanalyse

Voor descriptieve gegevens gebruikten we SPSS 16.0. Alle uitkomstmaten waren dichotoom en analyseerden we met een 2-level logistisch regressiemodel, waarbij we rekening hielden met het feit dat patiënten in praktijken waren geclusterd. Co-

variëren op praktijkniveau waren praktijklocatie in een achterstandswijk, aanwezigheid van een praktijkondersteuner met CVRM-taken en praktijktype (solo-, duo- en groepspraktijk). Op patiëntniveau hielden we rekening met comorbiditeit, leeftijd en geslacht. Voor deze analyses hebben we het pakket SAS versie 9.2 gebruikt (procedure PROC GLIMMIX).

Voor de analyse van het ervaren van het bereiken van gestelde doelen hebben we een analyse met één level gebruikt.

RESULTATEN

Voor de NHG-Praktijkaccreditering hebben zich in de weringsperiode van het onderzoek 336 huisartsenpraktijken aangemeld, die een uitnodiging voor deelname kregen. Vijfenvertig praktijken stemden in met deelname. De statisticus wees 22 praktijken toe aan de interventiegroep en 23 praktijken aan de controlegroep. Voor de nameting hebben we voor 20 praktijken gegevens verzameld in de interventiegroep en 21 praktijken in de controlegroep.

De interventiegroep bestond voor 57,1% uit solopraktijken, 19% uit duopraktijken en 23,8% uit groepspraktijken. Voor de controlegroep was dit respectievelijk 36,4%, 36,4% en 27,3%. Van de praktijken in de interventiegroep participeerde 6,3% in een CVRM-zorggroep, in de controlegroep was dit 35,0%.

Primaire uitkomsten

Geen van de primaire uitkomsten verbeterde [tabel]. Het aantal patiënten met een systolische bloeddruk < 140 mmHg nam in beide groepen af; in de interventiegroep van 50,5% naar 39,8% en in de controlegroep van 50,6% naar 38,7%. Het aantal patiënten met LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l veranderde nauwelijks. Het aantal patiënten met voorgeschreven trombo-cytenaggregatieremmers nam in de interventiegroep af van 84,3% naar 82,7% en in de controlegroep van 84,9% naar 82,7%.

Secundaire uitkomsten

Zes van de 17 secundaire uitkomsten lieten significante verbeteringen zien als gevolg van de interventie [tabel]. Dit betrof patiënten van wie de rookstatus bekend is (verandering respectievelijk met 27,2% en 14,2%; p < 0,001); registratie van beweging (9,9% en 2,9% verandering; p = 0,0042); registratie van dieetcontrole (3,6% en 0,9% verandering; p = 0,0258); registratie van alcoholgebruik (16,0% en 6,1% verandering; p = 0,0007); meten van de middelomtrek (5,8% en 5,6% verandering; p = 0,0346) en het meten van de nuchtere glucose (10,1% en 1,8% verandering; p = 0,0360).

Tabel Weergave van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement in elektronische medische dossiers

Type indicator	Interventiegroep			Controlegroep				
	Voormeting (n = 799)	Nameting (n = 952)	Verandering %	Voormeting (n = 886)	Nameting (n = 719)	Verandering %	Verandering tussen groepen %	
Uitkomst	Systolische bloeddruk < 140 mmHg	297/588 (50,5)	283/712 (39,8)	-10,7	342/676 (50,6)	225/581 (38,7)	-11,9	1,2
Proces	Systolische bloeddruk gemeten	588/796 (73,9)	712/948 (75,1)	+1,2	676/886 (76,3)	581/716 (81,1)	+4,8	-3,6
Uitkomst	LDL-cholesterol < 2,5 mmol/l	174/382 (45,6)	232/521 (44,5)	-1,1	215/448 (48)	217/443 (49)	+1,0	-2,1
Proces	LDL-cholesterol gemeten	384/793 (48,4)	521/937 (55,6)	+7,2	448/884 (50,7)	443/716 (61,9)	+11,2	-3,0
Proces	Patiënten met LDL-cholesterol ≥ 2,5 mmol/l met voorgeschreven statine	137/207 (66,2)	200/289 (69,2)	+3,0	146/233 (62,7)	176/225 (78,2)	+15,5	-12,5
Proces	Trombocytenaggregatieremmers voorgeschreven	671/796 (84,3)	787/952 (82,7)	-1,6	751/885 (84,9)	593/717 (82,7)	-2,2	-0,6
Proces	Rookgedrag	293/796 (36,8)	609/951 (64)	+27,2	436/882 (49,4)	457/719 (63,6)	+14,2 [†]	13,0
Uitkomst	Patiënt rookt	93/292 (31,9)	134/609 (22)	-9,9	136/436 (31,2)	123/457 (26,9)	-4,3	5,6
Proces	Stoppen-met-rokenadvies	58/93 (62,4)	69/133 (51,9)	-10,5	67/134 (50)	65/118 (55,1)	+5,1	-15,6
Proces	Controle beweeggedrag	220/798 (27,6)	357/951 (37,5)	+9,9	264/885 (29,8)	234/715 (32,7)	+2,9 [†]	7,0
Proces	Advies beweeggedrag	155/798 (19,4)	198/951 (20,8)	+1,4	191/884 (21,6)	182/714 (25,5)	+3,9	-2,5
Proces	Dieetcontrole	191/799 (23,9)	261/949 (27,5)	+3,6	237/886 (26,8)	185/715 (25,9)	-0,9 [*]	4,5
Proces	Dieetadvies	196/799 (24,5)	266/952 (27,9)	+3,4	224/883 (25,6)	230/716 (32,1)	+6,5	-3,1
Proces	Alcoholgebruik geregistreerd	197/797 (24,7)	383/941 (40,7)	+16,0	277/885 (31,3)	266/711 (37,4)	+6,1 [†]	9,9
Proces	Gemeten middelomtrek	87/788 (11)	158/938 (16,8)	+5,8	125/873 (14,3)	140/705 (19,9)	+5,6 [*]	0,2
Proces	Nuchtere glucose gemeten	501/799 (62,7)	687/944 (72,8)	+10,1	621/881 (70,5)	516/714 (72,3)	+1,8 [*]	8,3
Proces	BMI gemeten	217/797 (27,2)	362/921 (39,3)	+12,1	241/882 (27,3)	278/695 (40)	+12,7	-0,6
Uitkomst	BMI < 25 kg/m ²	33/217 (15,2)	66/362 (18,2)	+3,0	46/241 (19,1)	45/278 (16,2)	-2,9	5,9
Proces	Griepvaccinatie gegeven	609/799 (76,2)	475/758 (62,7)	-13,5	669/884 (75,7)	520/634 (82)	+6,3	-19,8
Proces	Compleet risicoprofiel [†]	32/799 (4)	63/952 (6,6)	+2,6	51/886 (5,8)	62/719 (8,6)	+2,8	-0,2

* P-waarde < 0,05 (verschil in verandering gecorrigeerd voor patiënten genest in praktijken).

† P-waarde < 0,001 (verschil in verandering gecorrigeerd voor patiënten genest in praktijken).

[‡] Positieve score wanneer de volgende indicatoren in het dossier in de voorgaande twaalf maanden zijn vastgelegd: bloeddruk, BMI, middelomtrek, nuchtere glucosemeting, LDL-cholesterol, rookgedrag, alcoholgebruik, dieetcontrole en -advies en beweegcontrole en -advies.

Bereiken van doelen

De verbeterplannen in het kader van CVRM betroffen voornamelijk het oprichten van een CVRM-spreekuur, het achterhalen van patiënten die in aanmerking komen voor CVRM en de verbetering van de registratie in elektronische medische dossiers. Aan de hand van interviews met 30 van de deelnemende praktijken zijn we nagegaan in hoeverre de doelen werden bereikt.¹⁷ Uit de resultaten blijkt dat de doelen grotendeels werden bereikt. In de interventiegroep was de gemiddelde score voor het bereiken van de doelen 7,9 (sd 1,2) en in de controlegroep 8,2 (sd 1,2). Er was geen verschil tussen de interventie- en de controlegroep ($p = 0,45$), wat impliceert dat doelen op het gebied van CVRM in de interventiegroep in dezelfde mate werden bereikt als de doelen op andere domeinen van chronische zorg in de controlegroep.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat enkele aspecten van professioneel handelen in het kader van CVRM verbeterden bij praktijken die hun verbeterplannen op CVRM richtten, maar we vonden geen verbeteringen op de primaire uitkomsten. De deelnemers slaagden er grotendeels in om de doelen uit hun verbeterplannen te behalen.

Hoewel observationele onderzoeken al eerder accrediteringsprogramma's hebben geëvalueerd, is dit een van de eerste gecontroleerde onderzoeken van deze methode om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Als we onze primaire uitkomsten vergelijken met de resultaten van onderzoeken naar audit en feedback (een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering), zien we effecten die aansluiten bij de ondergrens van de gevonden effecten in eerder onderzoek. De effecten op een aantal secundaire uitkomsten waren slechts iets groter dan die andere onderzoeken naar audit en feedback hebben gevonden, gecombineerd met het maken van doelen en verbeterplannen. Ons onderzoek laat dus wat betreft de primaire uitkomsten zien dat de NHG-Praktijkaccreditering geen toegevoegde waarde heeft voor de effectiviteit van enkel audit en feedback. De organisatie van de praktijk verbeterde dankzij de NHG-Praktijkaccreditering echter wel dankzij protocollen voor bijvoorbeeld het veilig melden van incidenten. Audit en feedback blijken effectief in het kader van de kwaliteitsverbetering.⁸ Onduidelijk is hoe binnen de NHG-Praktijkaccreditering zal worden omgegaan met de HRMO-doelstelling om minder gegevens aan te leveren en op welke manier dit zal doorwerken in de effectiviteit van het accrediteringsprogramma.

Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan effecten is de invloed van patiëntfactoren op de resultaten, zoals problemen rond therapietrouw en comorbiditeit.¹⁸ Bovendien bestond een groot deel van de praktijken in de interventiegroep uit solo-praktijken. Groepspraktijken zijn wellicht beter georganiseerd en kunnen misschien meer aandacht aan kwaliteit schenken.

Uit de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van huisartsen en die van ons onderzoek blijkt dat een aantal elementen de uitvoering van de NHG-Praktijkac-

creditering vergemakkelijkt.¹⁹ Dit zijn het aanwijzen van een verantwoordelijke voor het programma, zorgen voor duidelijke communicatielijnen binnen de praktijk en het hebben van affiniteit met of het stimuleren van enthousiasme voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Voordelen van het programma die teamleden uit de praktijken noemden waren het positieve effect van de NHG-Praktijkaccreditering op het werkklimaat en de toename van het verantwoordelijkheidsgevoel voor de kwaliteit van de zorg onder alle teamleden. Een nadeel was dat de patiëntenzorg niet direct werd beïnvloed door deelname aan het programma en dat vooral de gegevensverzameling erg tijdrovend was.

Sterke en zwakte punten

Voor zover wij weten is dit een van de eerste trials van een accrediteringsprogramma in de eerstelijnsgezondheidszorg. De prestatie-indicatoren die we in het programma hebben gebruikt waren zorgvuldig ontwikkeld.^{20,21} De gegevens voor dit onderzoek hebben we handmatig uit huisartsinformatiesystemen gehaald. De steekproefgrootte hebben we berekend op dertig patiënten per praktijk. De praktijken die deelnemen aan de NHG-Praktijkaccreditering moesten echter gegevens verzamelen van veertig patiënten. In de analyse hebben we uitkomsten uit de voormeting meegenomen in het model, waardoor het grotere aantal patiënten in de voormeting enige compensatie bood voor het feit dat het ons niet is gelukt het beoogde aantal praktijken te includeren.

Voor de analyse zou het krachtiger zijn geweest wanneer de gegevens van de nameting en de voormeting van dezelfde patiënten afkomstig waren geweest, maar dat was niet mogelijk. We hebben gegevens op patiëntniveau gebruikt als indicator voor de kwaliteit van de zorg op praktijkniveau.

De controlegroep in ons onderzoek vertoonde ook verbeteringen. Dit kan komen doordat praktijken in de controlegroep ook aan de NHG-Praktijkaccreditering deelnamen. Een ander onderzoeksontwerp zou wellicht een groter effect hebben kunnen aantonen, maar dit was niet haalbaar. Een andere beperking van het onderzoek is het risico van selectiebias in de nameting, doordat patiënten toestemming moesten geven voor de gegevensverzameling.

Randomisatie bepaalde het onderwerp van verbeterplannen in het eerste jaar van de accreditatiecyclus. Idealiter bepalen de uitkomsten van de feedbackrapporten die onderwerpen, op basis van de eerste meting van de NHG-Praktijkaccreditering. Bovendien kan het feit dat randomisatie het onderwerp van de verbeterplannen bepaalde verklaren waarom slechts een klein deel van de praktijken aan ons onderzoek wilde meedoen.

Bij ons onderzoek bepaalden deelnemende praktijken zelf hun doelen in de verbeterplannen, zonder daarin beperkt of begeleid te worden. Wanneer verbeterplannen meer gericht zouden zijn geweest op de verbetering van uitkomstmaten, waren de gevonden effecten wellicht groter.

Het was niet mogelijk om de resultaten te beoordelen op uitkomsten op patiëntniveau, zoals overlijden, hartinfarct of

beroerte, maar het zou interessant zijn om te onderzoeken of de NHG-Praktijkaccreditering ook op deze uitkomsten invloed heeft.

Generaliseerbaarheid

De huisartsenpraktijken in dit onderzoek hebben zich op vrijwillige basis aangemeld voor de NHG-Praktijkaccreditering. Dit zou kunnen betekenen dat praktijken in dit onderzoek een meer dan gemiddelde affiniteit met kwaliteit van zorg en daardoor een betere startpositie hebben, en aldus minder aspecten hoeven te verbeteren. Bovendien werd de NHG-Praktijkaccreditering in 2005 geïntroduceerd. De praktijken in dit onderzoek zijn de *early adopters* (geneigd tot innovatie) onder de Nederlandse huisartsenpraktijken, waardoor ze wellicht meer openstaan voor verbetering.²² Een groot aantal praktijken in ons onderzoek is een opleidingspraktijk. Van deze praktijken is te verwachten dat zij meer openstaan voor vernieuwingen. Aan de andere kant hebben ze de druk gevoeld van de verwachting deel te nemen aan de NHG-Praktijkaccreditering.

De resultaten van ons onderzoek zijn te vergelijken met die van een groot observationeel onderzoek in de Europese eerstelijnsgezondheidszorg (EPA Cardio). Daarbij heeft men gegevens verzameld in acht Europese landen, waaronder Nederland, over cardiovasculaire aandoeningen op basis van gevalideerde kwaliteitsindicatoren.²³ In Nederlandse praktijken in EPA Cardio had 28,9% van de patiënten een systolische bloeddruk onder 140 mmHg, wat lager is dan in de voor- en de nameting in ons onderzoek. Bovendien had 43,0% van de patiënten in EPA Cardio een LDL-cholesterolgehalte < 2,5 mmol/l, vergelijkbaar met de patiënten in ons onderzoek. Trombocytenaggregatieremmers werden voorgeschreven bij 82,8% van de patiënten, wat eveneens overeenkomt met onze resultaten. De accrediterende praktijken uit ons onderzoek zijn dus vergelijkbaar met andere Nederlandse praktijken.

CONCLUSIE

De NHG-Praktijkaccreditering is een methode die praktijkteams aanmoedigt tot een cyclische aanpak van de verbetering van hun kwaliteit. Het programma probeert verbetering te stimuleren op organisatorische en klinische domeinen, waarbij de nadruk op chronische zorg ligt. Ons onderzoek toont aan dat er ruimte is voor verbetering op alle aspecten van CVRM. De NHG-Praktijkaccreditering stimuleert samenwerking in teamverband, transparantie in kwaliteit van zorg en gedeelde verantwoordelijkheid voor het leveren van de best mogelijke zorg.⁹ Hoewel we geen verbetering hebben gevonden op de primaire uitkomsten, hebben de deelnemende praktijken wel hun doelen uit de verbeterplannen bereikt. De effecten zijn mogelijk groter wanneer dit onderzoek zou worden herhaald in het tweede of derde jaar van de accreditatiecyclus. Organisatorische aspecten rondom de praktijkvoering zijn dan reeds aangepakt en praktijken kunnen zich richten op de verbetering van hun klinische uitkomsten.²⁴ Daarnaast is de NHG-Praktijkaccreditering in de loop der jaren aangepast op basis van evaluaties, om de uitvoering meer haalbaar

en flexibeler te maken. Het verzamelen van gegevens kan over verschillende jaren worden verspreid, verbeterplannen kunnen op een flexibeler manier worden gedocumenteerd en het gebruik van praktijkconsulenten is optioneel. Nieuw evaluatieonderzoek is nodig om de gevolgen van deze veranderingen te onderzoeken.

Wij denken dat het te vroeg is om te concluderen dat de NHG-Praktijkaccreditering niet effectief is, omdat deze gebaseerd is op goed onderbouwde methoden en principes van gedragsverandering. Om de effecten ervan te vergroten, moeten de verbeterplannen op het verbeteren van uitkomsten van de zorg worden gericht. Bovendien kunnen extra interventies nodig zijn, zoals financiële prikkels of openbare kwaliteitsrapportage. Deze methoden kunnen de doeltreffendheid van de NHG-Praktijkaccreditering helpen optimaliseren.

DANKBETUIGING

We danken Reinier Akkermans voor de ondersteuning bij de gegevensanalyse van het onderzoek. Ook bedanken we ZonMw voor het subsidiëren van het onderzoek 'Effects and costs of a national continuous improvement program on cardiovascular diseases in primary care', projectnummer 170883001. ■

LITERATUUR

- 1 Braithwaite J, Westbrook J, Johnston B, Clark S, Brandon M, Banks M, et al. Strengthening organizational performance through accreditation research – a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol. *BMC Res Notes* 2011;4:390.
- 2 Buetow SA, Wellingham J. Accreditation of general practices: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003;12:129-35.
- 3 Frijling B, Hulscher ME, Van Leest LA, Braspenning JC, Van den Hoogen H, Drenth AJ, et al. Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice. *Br J Gen Pract* 2003;53:934-41.
- 4 Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME, Akkermans RP, Van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual Saf Health Care* 2003;12:181-7.
- 5 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.
- 6 Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care* 2009;18:162-3.
- 7 Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008;20:172-83.
- 8 Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6:CD000259.
- 9 Van Doorn-Klomborg AL, Kirschner K, Bouma M, In 't Veld CJ, Wensing M, Braspenning JCC. Ervaringen met de NHG-Praktijkaccreditering. *Huisarts Wet* 2011;54:360-5.
- 10 In 't Veld CJ, Grol RP. Standaarden en praktijkaccreditering: hoogtepunten van 50 jaar kwaliteitsbeleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:2916-9.
- 11 Nouwens E, Van Lieshout J, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness of improvement plans in primary care practice accreditation: a clustered randomized trial. *PLoS One* 2014;9:e114045.
- 12 Nouwens E, Van Lieshout J, Adang E, Bouma M, Braspenning J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of a practice accreditation program on cardiovascular risk management in primary care: study protocol of a clustered randomized trial. *Implement Sci* 2012;7:94.
- 13 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. *Huisarts Wet* 2012;55:14-28.
- 14 Van Althuis T. Overzicht en definitie van indicatoren voor cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met bekende hart- en vaatziekten in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2008.
- 15 Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract* 2008;25:312-7.

- 16 Campbell MK, Fayers PM, Grimshaw JM. Determinants of the intracluster correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials* 2005;2:99-107.
- 17 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
- 18 Furthauer J, Flamm M, Sonnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2013;14:47.
- 19 Nouwens E, Van Lieshout J, Wensing M. Determinants of impact of a practice accreditation program in primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2015;16:78.
- 20 Braspenning J, Pijnenborg I, In 't Veld CJ, Grol R. Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- 21 Engels Y. Assessing and improving management in primary care practice in the Netherlands and in Europe. Nijmegen: UMC St Radboud, 2005.
- 22 Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1983.
- 23 Van Lieshout J, Grol R, Campbell S, Falcoff H, Capell EF, Glehr M, et al. Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators. *BMC Fam Pract* 2012;13:96.
- 24 Smeel I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg. *Huisarts Wet* 2012;55:194-8.

Uw diagnose

Een 32-jarige buschauffeur stoot regelmatig zijn hand op het werk. Nadat hij zich in zijn vinger heeft gesneden ter hoogte van MCP-3, is er een niet-pijnlijke, wat rode plek ontstaan.



Wat is uw diagnose?

- a. Knucle pad
- b. Verruca seborroica
- c. Verruca vulgaris
- d. Granuloma annulare

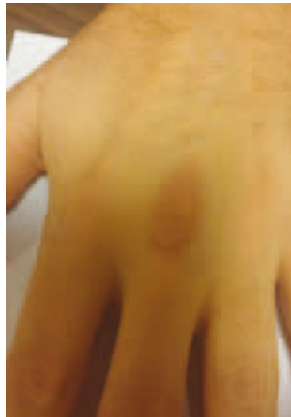


Foto: Lia ten Hove, huisarts-in-opleiding

Fotoquiz van de maand september

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op www.henw.org.

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Robert Willemsen

ECG-casus: hartfalen

Casus

Patiënt:

Man, 67 jaar.

Voorgeschiedenis:

DM2, hypertensie, actief rokend (40 pak-jaren). In verleden intermitterend episodes van luchtweginfecties met piepen, maar spirometrie was normaal.

Medicatie:

Metformine 3 x 500 mg, gliclazide mga 2 x 80 mg, metoprolol mga 1 x 100 mg, enalapril 1 x 10 mg, simvastatine 1 x 40 mg.

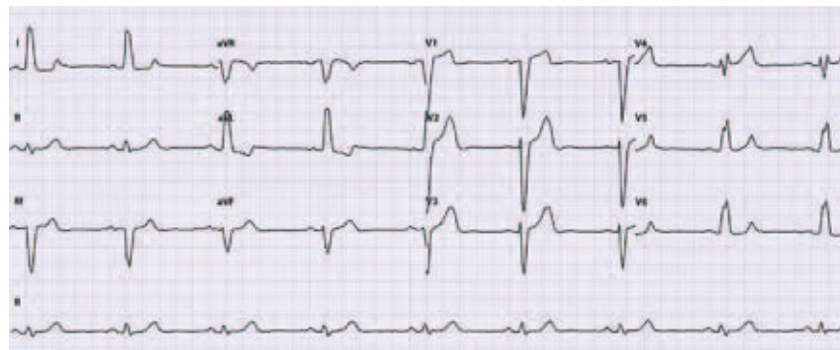
Anamnese:

Sinds twee maanden is de patiënt bij traplopen halverwege de trap al kort van adem; eerder had hij daar geen last van. In verband met orthopnoe slaapt hij sindsdien op twee tot drie kussens.

Lichamelijk Onderzoek:

Bloeddruk 146/94 mmHg. Pols 80/min regulair. Hart: normale tonen met een soufflé graad 2/6, systolisch. Longen: vesiculair ademgeruis zonder bijgeluiden. Geen enkeloedeem.

ECG



OPGAVE

Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10⁺ en stel de diagnose in de conclusie.¹ Wilt u ook een beleidsvoorstel doen? Het juiste antwoord vindt u op

www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG 10⁺: systematisch ECG's beoordelen. *Huisarts Wet* 2016;59:166-70.

