

Accreditering van de huisartsenpraktijk: Dokter Bob verzamelt gegevens!



In een heus 'feuilleton' verhaalt *In de praktijk* deze maanden over de gang van zaken rond visitatie en accreditering van de huisartsenpraktijk. De eerste afleveringen behandelden de voorbereiding, aanmelding en intake voor de accreditering en de voorbereiding van de gegevensverzameling. Dit keer gaat het over de gegevensverzameling zelf. In volgende nummers komen aan de orde:

- ▶ visitatie;
- ▶ opstellen van verbeteringsplannen;
- ▶ uitvoering van de verbeteringsplannen;
- ▶ toetsing door de accreditateur;
- ▶ vervolg.

Dokter Bob heeft in zijn agenda een middag vrijgehouden om alles te doen wat nodig is om aan zijn verplichtingen rond de accreditering te voldoen. Hij is erg tevreden over zichzelf als 'coördinator kwaliteit'. Heeft hij niet alle taken keurig verdeeld? Dokter Monique heeft de longaanandoeningen in haar takenpakket, en zal dus de medische gegevensverzameling rond astma/COPD voor haar rekening nemen. Dokter Erik heeft GGZ als specialisatie, maar dat is natuurlijk een bijna niet te meten kwaliteitsgebied; daarom neemt die de gegevensverzameling van hart- en vaatziekten op zich. Dokter Bob zelf doet de diabeteszorg in de HOED, en zal dus vanmiddag eens kijken hoe hij een en ander op een rijtje kan krijgen. Maar voor hij daaraan begint, wil hij eigenlijk wel eens weten wat er zoal aan de patiënten wordt gevraagd.

Hij heeft Sibille nauwkeurige instructies gegeven. Omdat zij de enige assistente is die fulltime werkt, is zij aangewezen als verantwoordelijke voor de verzameling van de gegevens van de assistentes én de patiënten. In de NHG-Accrediteringsmap zaten dertig enquêteformulieren voor de patiënten met vragen over de praktijk, bijvoorbeeld de bereikbaarheid, de inrichting van de wachtkamer en de gang van zaken rond waarneming. Ook zijn er nog eens dertig formulieren per huisarts waarop de patiënten hun mening over diens zorgverlening kunnen weergeven. Sibille zal de formulieren verspreid over een week uitdelen aan de patiënten van de drie huisartsen van de HOED.

Dokter Bob pakt er een formulier bij. Het gaat om het oordeel van patiënten over de zorg in de afgelopen twaalf maanden, ziet hij. In 23 vragen kunnen ze hun mening geven over uiteenlopende aspecten. Dokter Bob leest het formulier in vogelvlucht door en ziet dat zowel aspecten van medische zorg als van bejegening en organisatie worden bevraagd. Bijvoorbeeld 'Wat vindt u van uw huisarts als het gaat om:

- ▶ het u betrekken bij beslissingen over uw medische behandeling?
- ▶ het hulp bieden bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?
- ▶ het doen van lichamelijk onderzoek?
- ▶ het uitleg geven over de bedoeling van onderzoeken en behandelingen?

- ▶ de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?
- ▶ de wachttijd in de wachtkamer?'

De patiënten kunnen bij dit soort vragen in een vijfpuntsschaal hun oordeel weergeven. Dat gebeurt anoniem; er wordt alleen naar hun leeftijd en geslacht gevraagd.

Als hij de vragen zo bekijkt, kan dokter Bob zich niet voorstellen dat er voor hem slechte uitkomsten uit zouden kunnen voortkomen. Hij is altijd aardig en zorgvuldig, meent hij, en hij werkt keurig op tijd. Hij voelt hoe onwillekeurig zijn schouders zich rechten en zijn borstkas zwelt. Handenwrijvend gaat hij aan de slag met het volgende onderwerp.

Dokter Bob pakt de diskette met vragen die door alle praktijkmedewerkers moeten worden ingevuld en stopt die in zijn computer. In het inlogschermpje ziet hij dat er sprake is van verschillende formulieren voor alle huisartsen in de praktijk en alle overige praktijkmedewerkers. Bovendien zijn er extra formulieren voor de 'praktijkvertegenwoordigende' huisarts en assistente. Dokter Bob realiseert zich dat hij als 'coördinator kwaliteit' ook dat extra formulier moet invullen, en dat hij bovendien aan Sibille zal moeten vragen om het extra formulier voor de praktijkassistente voor haar rekening te nemen. Maar als hij de vragen doorneemt merkt hij tot zijn opluchting dat deze gemakkelijk en snel te beantwoorden zijn.

Een uurtje later kan dokter Bob al beginnen aan het moeilijkste deel van de gegevensverzameling, namelijk dat over de medisch-inhoudelijke aspecten. Weliswaar heeft de VIA-consulente¹ van het NHG beloofd dat ze zou helpen als het lastig mocht blijken de gegevens boven tafel te krijgen, maar dat is zijn eer te na. Dus welgemoed bekijkt hij de vragen over de diabeteszorg.

Eigenlijk liggen de vragen nogal voor de hand, ziet hij. Bij hoeveel patiënten met diabetes mellitus type 2 is in het afgelopen jaar de bloeddruk gemeten? En het HbA1c? Bij hoeveel patiënten is voetonderzoek verricht? En natuurlijk ook de uitkomsten: bij hoeveel patiënten worden de streefwaarden voor bloeddruk en HbA1c bereikt?

Maar hoe logisch de vragen ook mogen zijn, dokter Bob heeft geen flauw benul van de antwoorden. Hoe moet hij daar in hemelsnaam achterkomen? Enigszins vertwijfeld kijkt hij naar zijn computer. Dáár zitten de antwoorden in, zo weet hij. Maar hoe krijgt hij ze eruit?

Zoals altijd wanneer hij een probleem heeft, flits er één naam door zijn gedachten: Sibille! Hij belt haar snel en vraagt of ze even bij hem kan langskomen. Sibille moppert een beetje over drukte en achterstallige administratie, maar komt toch al gauw naar zijn kamer. Als hij haar het probleem voorlegt snuift ze minachtend. 'Nou, dat is toch sim-

pel!', zegt ze. 'Je laat gewoon de patiënten op de ICPC-code voor diabetes mellitus type 2 selecteren, dan heb je die alvast bij elkaar. En dan zoek je bij die groep patiënten naar de diverse bij hen gedane verrichtingen en de bereikte streefwaarden.'

Dokter Bob knikt met een wat domme uitdrukking op zijn gezicht. Sibille ziet het al: dat wordt niks zo. Ze trekt een stoel bij en gaat naast dokter Bob achter de computer zitten. 'Kijk', zegt ze, 'zo doe je dat.' Ze laat dokter Bob zien hoe prettig het is dat hij die ICPC-codering altijd heeft gebruikt, ook al heeft hij er het nut nooit van ingezien. Met een paar muisklikken selecteert ze de hele diabetespopulatie.

'Je bent geweldig!', roept dokter Bob. 'Een kind kan de was doen!' 'Ja ja', mompelt Sibille sceptisch. Ze voorziet dat ze nog wel een paar keer vaker zal moeten helpen, voordat dit grote kind de was heeft gedaan. En inderdaad, het enthousiasme van dokter Bob tempert alweer snel als hij ziet dat hij niet automatisch de verrichtingen en streefwaarden tevoorschijn kan toveren, maar deze handmatig moet

opzoeken. 'Als we een praktijkondersteuner in dienst hadden gehad, dan had dié dit klusje mooi kunnen opknappen', moppert hij. 'Ja, natuurlijk', antwoordt Sibille. 'Maar het is ook een kwestie van je erop instellen. Als je weet dat je dit soort vragen volgend jaar opnieuw krijgt, is het wel zo handig om elke maand even te kijken wat je zoal hebt gedaan op dit gebied, dan is het niet zo'n grote klus in één keer. En nu dit soort gegevens regelmatig moeten worden opgehoest, zijn ze vast al bezig om software te ontwikkelen waarmee je ze gemakkelijker kunt oproepen. Dat weet die VIA-consulente vast wel, of die andere vrouw, die praktijkconsulente.'

Dokter Bob knikt en begrijpt nu dat het misschien toch wel nodig zal blijken om de hulp van de VIA-consulente in te roepen bij het verzamelen van de gegevens. Maar eerst probeert hij het toch nog even zelf... (AS)

(Wordt vervolgd)

¹ VIA staat voor Visitatie Instrument Accreditering

Praktijkgeval

Herziene NHG-Standaard Hartfalen: Dikke benen, weinig lucht

Hartfalen is een veelvoorkomend probleem en het aantal patiënten met hartfalen neemt nog toe door onder andere de vergrijzing. Patiënten met hartfalen kunnen behandeld worden door de cardioloog of de huisarts. Oudere patiënten met hartfalen zijn doorgaans bij hun huisarts onder behandeling. In onderstaande casus over een patiënt met hartfalen, zoals een huisarts die in zijn praktijk vaak meemaakt, komen enkele aspecten betreffende de diagnostiek uit de herziene NHG-Standaard Hartfalen aan de orde.

Casus: tekens aan de wand

De heer Derksen is 75 jaar. Hij heeft al zo'n dertig jaar hypertensie, waarvoor hij eenmaal daags hydrochloorthiazide 25 mg gebruikt. Zijn bloeddruk is hiermee goed gereguleerd. Verder heeft hij geen belangrijke aandoeningen in de voorgeschiedenis. Hij rookt niet en drinkt sporadisch alcohol. Vanmiddag bezoekt hij het spreekuur omdat hij de laatste maanden toenemend last heeft van kortademigheid bij inspanning. Hij wandelt wel eens en loopt dan ongeveer drie kwartier zonder klachten in een rustig tempo. Maar als hij even snel de trap op loopt, geeft dat een flinke kortademigheid.

Kortademigheid bij inspanning bij een man op deze leeftijd doet de huisarts uiteraard aan hartfalen denken. Zijn verdere vragen en lichamelijk onderzoek richten zich dan ook op aanwijzingen hiervoor.

Desgevraagd vertelt de heer Derksen dat hij de laatste maanden in de loop van de dag dikke benen krijgt. Hij is een enkele keer 's nachts wat benauwd wakker geworden. Hij ging dan even plassen en kon weer gewoon verder slapen. De heer Derksen heeft nooit pijn op de borst.

De bevindingen bij lichamelijk onderzoek zijn als volgt: gewicht 84 kg bij een lengte van 1,79 meter, bloeddruk 148/88, aan het hart geen afwijkingen, bij auscultatie van de longen basale crepitaties, de centraal veneuze druk (CVD) verhoogd met R - 1 cm H₂O, oedeem aan beide enkels en pretibiaal.

Een voorlopige diagnose

Vaak is een casus bepaald niet zo duidelijk als bij de heer Derksen. Om onderdiagnostiek te voorkomen, is het daarom belangrijk dat de huisarts aan de mogelijkheid van hartfalen denkt bij alle patiënten met dyspnoe, moeheid of oedeem. De heer Derksen meldt echter duidelijke klachten en de huisarts stelt op grond van zijn bevindingen tot dusver de waarschijnlijkheidsdiagnose hartfalen. Hartfalen is een syndroom waarbij een stoornis in de pompfunctie van het hart klachten veroorzaakt. Om de diagnose te kunnen stellen, moet minstens één van de kernsymptomen van hartfalen aanwezig zijn. De heer Derksen heeft zowel last van kortademigheid bij inspanning als oedeem. Deze klachten komen echter vaak voor, ook bij patiënten zonder hartfalen. Aanwezigheid hiervan is dan ook niet voldoende voor het stellen van de diagnose.

Bij lichamelijk onderzoek dragen het vinden van crepitaties en een verhoogde CVD bij aan de zekerheid van de diagnose. De CVD wordt bepaald met de methode van Lewis-Borst-Molhuysen. Hierbij wordt de halsvene bij de kaakhoek dichtgedrukt en vervolgens gekeken waar deze tijdens inspiratie collabeert. Normaal bevindt dit punt zich 4 cm of meer onder het referentiepunt: de overgang van manubrium naar