

Routine zorgdata nog niet geschikt

Huisartsen leggen gegevens over de verleende zorg routinematig vast in elektronische patiëntendossiers. Deze zijn in toenemende mate een waardevolle bron voor het genereren van informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Het NIVEL onderzocht in samenwerking met Zorginstituut Nederland in hoeverre deze routinematige registratie bruikbaar is voor het berekenen van vergelijkbare en betrouwbare kwaliteitsinformatie.

Zorgverleners moeten vaak dezelfde gegevens meermalen vastleggen ten behoeve van verschillende kwaliteitsregistraties. Daarbij moeten ze de gegevens vaak net weer anders vastleggen en aanleveren. Deze huidige praktijk van parallelle registratie is geen basis voor een toekomstbestendig kwaliteitsbeleid. Daarom heeft Zorginstituut Nederland in samenwerking met Nictiz een visie opgesteld om te komen tot een stelsel van duurzame kwaliteitsregistraties van hoge kwaliteit dat beheersbaar is in aantal, financiering en administratieve lasten. Een belangrijk standpunt daarin is, dat er zoveel mogelijk gewerkt wordt volgens het principe 'eenmalig registreren, meervoudig gebruik'. Dit houdt in dat er optimaal gebruik moet worden gemaakt van gegevens die al in het primaire proces worden vastgelegd.

Huisartsen leggen de gegevens voor de directe zorgverlening vast in het huisartseninformatiesysteem (HIS). In theorie kunnen daar veel van de gevraagde kwaliteitsindicatoren uit worden afgeleid. Voorwaarde is wel dat ze die gegevens op de juiste plek en met de juiste codes vastleggen. Neem bijvoorbeeld de kwaliteitsindicator '% diabetespatiënten bij wie de nierfunctie is gemeten'. De gegevens die huisartsen moeten vastleggen om uiteindelijk de indicator nierfunctie goed te berekenen zijn:

- 1 de patiënt moet geregistreerd zijn als vaste patiënt en met de juiste diagnosecode,
- 2 het hoofdbehandelaarschap van deze diabeet moet zijn vastgelegd (in dit geval 'de huisarts'),
- 3 de nierfunctiewaarde moet op de juiste plek met de juiste code in het systeem worden gezet.

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat kwaliteitsinformatie gebaseerd is op verschillende categorieën gegevens: patiëntenpopulatie, medicatie en diagnostische bepalingen in het HIS. Wij hebben de kwaliteit van de registratie van deze gegevens nader onderzocht. Dit hebben we gedaan met gegevens van huisartspraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, aangevuld met interviews met (ervarings)deskundigen. Doel was na te gaan in hoeverre huisartsen in staat zijn om betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de chronische zorg te genereren, wat belangrijk is bij externe verantwoording over de kwaliteit van de zorg.

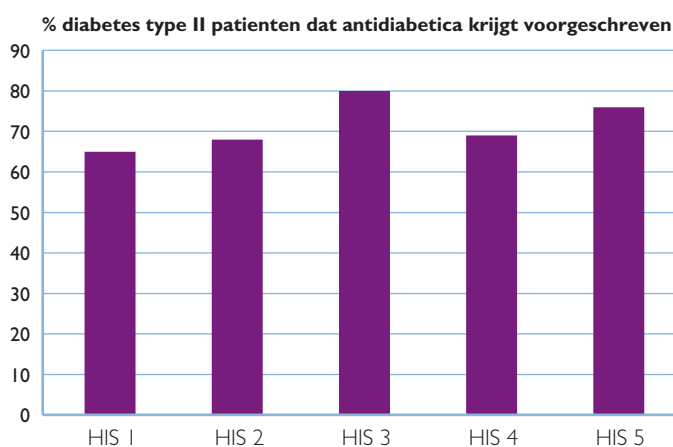
Afbakenen patiëntenpopulatie

Om de patiëntenpopulatie te kunnen bepalen is het vastleggen van een juiste diagnosecode essentieel. Maar het stellen van een diagnose gaat vaak samen met een mate van onzekerheid die niet in een code tot uitdrukking kan komen. Dit speelt bij sommige aandoeningen sterker dan bij andere. Een gebroken been is een gebroken been en bij diabetes is het ook meestal wel duidelijk, maar of een patiënt astma heeft en als zodanig geregistreerd moet worden, is al een stuk minder duidelijk. Huisartsen gaan hier verschillend mee om. En die verschillen hebben belangrijke consequenties voor de vergelijkbaarheid van kwaliteitsinformatie. Een ander obstakel voor het goed kunnen definiëren van de patiëntenpopulatie is dat specialistenbrieven handmatig verwerkt moeten worden.

Onbetrouwbare medicatiegegevens

Huisartsen geven aan dat ze hun medicatiedossier niet altijd vertrouwen, dat ze gegevens uit de tweede lijn handmatig moeten invoeren, dat de automatische terugkoppeling van de apotheek problematisch kan zijn en dat zij chronische medicatie dubbel moeten registreren. Voor een deel van de proble-

Figuur 1: Verschillen tussen huisartsenpraktijken in het percentage diabetespatiënten (onder behandeling van de huisarts) dat een antidiabeticum krijgt voorgeschreven, naar HIS. *



* In de figuur is te zien dat er aanzienlijke verschillen tussen HISsen zijn. In één van de HISsen (HIS 3) is de registratie van medicatiegegevens over het algemeen completer dan in de andere.

voor kwaliteitsindicatoren



men hebben huisartsen en HIS'en zelf oplossingen bedacht, met als gevolg dat de registratie van (chronische) medicatie tussen huisartsen en HIS'en verschilt. Deze problemen zijn bekend. Mede naar aanleiding hiervan heeft het NHG samen met de KNMP de richtlijn 'bouwstenen voor het medicatieproces' opgesteld. Maar deze is nog niet in gebruik. Het gevolg is dat kwaliteitsinformatie op basis van (chronische) medicatiegegevens uit het HIS op dit moment niet vergelijkbaar en betrouwbaar is (Figuur 1).

Registratieproblemen bij diagnostiek

Ook diagnostische bepalingen worden niet allemaal uniform en volledig vastgelegd in het HIS. Zo gebruiken veel huisartsenpraktijken een apart (keten)informatiesysteem (KIS) voor de chronische zorg. Dit betekent dat de vastlegging van meetwaarden rondom de chronische zorg veelal in het KIS gebeurt en niet alle KIS'en sturen deze informatie naar het HIS. Dit zien we terug in tabel 1. Op basis van de gegevens uit het HIS scoren huisartsenpraktijken die tevens een KIS gebruiken systematisch lager op twee van de drie getoonde kwaliteitsindicatoren.



Tabel 1: Verschillen tussen praktijken die geen KIS en die wel een KIS gebruiken op drie kwaliteitsindicatoren. In beide groepen zijn de indicatoren berekend op basis van de HIS gegevens.

Indicator	Praktijken zonder KIS		Praktijken met een KIS	
	Gemiddelde	(min max)	Gemiddelde	(min max)
% diabetespatiënten met een funduscontrole in de afgelopen 2 jaar	70%	(47% - 82%)	60%	(0% - 92%)
% diabetespatiënten van wie het alcoholgebruik is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar	80%	(8% - 93%)	60%	(0 - 91%)
% diabetespatiënten bij wie de bloeddruk is bepaald*	77%	(65% - 91%)	78%	(12%-97%)

* Voor de indicator bloeddruk zien we op groepsniveau weinig verschil. Op individueel niveau zien we wel een aantal praktijken met een KIS die beduidend lager scoren (<60%) dan praktijken zonder KIS. Terwijl praktijken zonder KIS niet lager scoren dan 65% op de indicator bloeddruk.

Een ander probleem waar huisartsen tegenaan lopen is een gebrekkige koppeling tussen laboratorium en HIS, waardoor labbepalingen handmatig moeten worden ingevoerd of niet goed worden overgenomen in het HIS. Huisartsen ervaren bovendien een hoge registratiedruk door de vele, soms weinig inhoudelijke bepalingen die ze moeten vastleggen. De plek waar ze de bepalingen moeten vastleggen in het HIS vinden ze ook niet altijd even handig.

Conclusie

Het huisartsinformatiesysteem is in theorie een ideale bron van gegevens voor het berekenen van kwaliteitsinformatie. Gegevens in het HIS worden echter niet altijd uniform, betrouwbaar en volledig vastgelegd. Dit vertaalt zich door naar niet vergelijkbare en valide kwaliteitsinformatie. Gebrek aan uniformiteit

en gebrekkige aansluiting tussen systemen blijft voorlopig nog wel zorgen voor problemen met de vergelijkbaarheid en validiteit van kwaliteitsinformatie. Dit hindert ook de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners in het primaire proces, de zorg voor patiënten. Recente initiatieven, zoals invoering van nieuwe 'medicatie bouwstenen', het 'roer moet om' en de aanscherping van de beschrijving van kwaliteitsindicatoren door InEen, zullen op termijn wel vruchten afwerpen. Maar zover is het nog niet en er is meer voor nodig om de gesignaleerde problemen op te lossen. De resultaten van het onderzoek worden binnenkort gepubliceerd in een rapport. <<

Tekst: Sjoukje van der Bij, Sabine de Hoon, Dolf de Boer, Anco de Jong, Mark Nielen, Robert Verheij

Foto: Thinkstock