ADEPD-REGISTREREN

Welke voordelen heeft de ADEPD-richtlijn voor de huisartsenpraktijk?

Met de richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) geeft het NHG adviezen voor het registreren van informatie in het HIS. Wat levert het je op als je je aan deze adviezen houdt? Maret Zonneveld, huisarts en werkzaam bij het NHG voor het programma Informatisering Huisartsenzorg, en Casper Tombrock, huisarts en bestuurslid van NedHIS, vertellen welke voordelen de huisartsenpraktijk heeft bij deze richtlijn.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

FOTO MARCO KEYZER

Casper Tombrock

Maret: 'Er zijn heel veel redenen voor een huisarts om zich aan de ADEPD-richtlijn te houden. Ten eerste omdat de informatie op de juiste plek in het patiëntdossier staat en daardoor voor iedereen goed vindbaar is. Dit is voor de eigen praktijk belangrijk, maar ook voor waarnemers, die met verschillende HISsen werken.' Casper: ' Met name bij kwetsbare patiënten moet je erop kunnen vertrouwen dat degenen die de zorg overnemen de juiste informatie krijgen om de juiste beslissingen te kunnen nemen.' Ook voor je eigen zorgverlening heb je profijt van registreren volgens de richtlijn. Casper: 'Om adequaat vervolg te kunnen geven aan klachten van een pati-

CASPER TOMBROCK:

‘DE SOEP-REGELS EN DE OPENSTAANDE EPISODES ZIJN TOEGANKELIJK VOOR DE PATIËNT EN DAAROM IS HET BELANGRIJK DAT DE EPISODELIJST OP ORDE IS’

ent is het belangrijk dat je deze goed hebt gedocumenteerd, zodat je ze gemakkelijk kunt terugvinden. Dat begint met het op de juiste manier invullen van de SOEP-regels. Ingewikkelde zaken moet je uitgebreider documenteren in de S- en de O-regel. Bij eenvoudige klachten is het voldoende om de SOEP-regels met wat steekwoorden in te vullen. Voor als dit later toch nog complicaties geeft, is het ook hier van belang om conform de richtlijnen te registreren.’

In urgente situaties komen gegevens direct boven water

Maret: ‘Op de huisartsenpost kan de informatie alleen goed uit het HIS opgehaald worden als de eigen huisartsenpraktijk alles netjes in het dossier heeft vastgelegd. Wanneer je bijvoorbeeld de behandelgrenzen op de juiste manier vastlegt in het HIS, dan is het ook bij de uitwisseling van gegevens in urgente situaties makkelijker om deze boven water te krijgen, zonder dat je daarvoor het hele HIS door hoeft te doorzoeken.’

Snelle verwijzing naar de specialist

Maret: ‘Ook de verwijzing naar een specialist, bijvoorbeeld via Zorgdomein, gaat veel gemakkelijker en sneller bij een juiste registratie. Een verwijsbrief bestaat uit vaste onderdelen, die automatisch ingevuld kunnen worden, mits de benodigde informatie op de juiste manier in het HIS is weggeschreven.’
Casper: ‘Zorgdomein is ICPC-gestuurd. Via de ICPC-code zie je het hele dienstenaanbod van specialisten en bij welke ziekenhuizen en poliklinieken dit wordt aangeboden. Als je goed hebt geregistreerd, heb je slechts 2 à 3 minuten werk om de patiënt te verwijzen.’

Profijt van het ondersteunende systeem

Maret: ‘Als je overgevoeligheden en contra-indicaties op de juiste plek vastlegt, word je gewaarschuwd bij het voorschrijven van medicatie waarvoor een overgevoeligheid of contra-indicatie bestaat. Zo voorkom je dat je patiënt later weer eenzelfde allergische reactie heeft, maar dan een slagje erger. En als je de ICPC-code goed hebt vastgelegd, werkt de consultondersteuning, zoals Prescriptor, ook beter. Voorschrijven wordt daardoor eenvoudiger, waardoor je minder kans hebt op fouten.’
Casper: ‘Uiteindelijk kan het ondersteunende systeem bij een aandoening als blaasontsteking ook door doktersassistentes worden gebruikt. Via dit systeem kan ze de patiënt dan documentatie of een link meegeven naar thuisarts.nl.’

Signaleren dat interventies nodig zijn

Maret: ‘Op patiëntniveau wordt het gemakkelijker om uitslagen met referentiewaarden te vergelijken en het verloop bij te houden. Hierdoor signaleer je sneller dat een patiënt een bepaalde interventie nodig heeft, bijvoorbeeld het aanpassen van diabetesmedicatie bij een oplopende suiker. En op praktijkniveau helpt goede (ICPC-)registratie om eenvoudig patiëntselecties te maken – bijvoorbeeld op basis van chronische ziekten –, zodat je daar beleid op kunt inzetten. Denk aan diabetes- en COPD-patiënten, die een vaccinatie-uitnodiging moeten krijgen.’
Casper: ‘Als je niet goed ICPC-codeert krijg je ook geen goede grieplijsten. Daarnaast is het ook voor de monitoring nodig. In onze praktijk doen we dat bij patiënten die regelmatig een nierfunctieonderzoek nodig hebben. Die mensen gaan daar lang niet allemaal zelf achteraan. Door goede registratie krijgen wij een seintje vanuit het HIS, waarna onze assistente de patiënt belt dat het tijd is voor een niercontrole. Dat gaat om aanzienlijke aantallen.’

Visualiseren van de status

Maret: ‘Het NHG heeft voor leveranciers een richtlijn opgesteld, waarmee ze een functionaliteit kunnen bieden die het mogelijk maakt om de status van de patiënt met een chronische aandoening te visualiseren met een afbeelding. Ook hiervoor geldt: je kunt alleen een kloppende afbeelding krijgen als je netjes hebt geregistreerd.’

Vertrouwen van de patiënt

Maret: ‘Een ander voordeel van ADEPD is dat het kan bijdragen aan het vertrouwen van een patiënt in de huisarts. Het dossier is weliswaar primair voor zorgverleners bedoeld, maar patiënten hebben het recht om het in te zien. En dan helpt het als informatie goed is op te halen en terug te vinden. Daarbij wil ik wel benadrukken dat het patiëntdossier geen communicatietool is.’
Casper: ‘De Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) gaat er vanuit dat de regie van de gezond-

FOTO STUDIO CHIEN

Maret Zonneveld

MARET ZONNEVELD:

‘OP PRAKTIJKNIVEAU HELPT GOEDE (ICPC-) REGISTRATIE OM EENVOUDIG PATIËNT-SELECTIES TE MAKEN, ZODAT JE DAAR BELEID OP KUNT INZETTEN’

heidszorg bij de patiënt zelf ligt. Dat betekent dat de wensen van de patiënt goed in diens dossier worden vastgelegd. Bij voorkeur in een voor de patiënt gebruikelijke taal. De SOEP-regels en de openstaande episodes zijn toegankelijk voor de patiënt. Dus ook wat dat betreft is het belangrijk dat de episodelijst op orde is. Als er tachtig episodes openstaan, is dat voor de patiënt niet duidelijk.’

Andere doeleinden dan patiëntenzorg

Maret: ‘Ook voor andere doeleinden dan patiëntenzorg heb je profijt van ADEPD. Denk aan extracties voor een jaarverslag, om te declareren, aan wetenschappelijke of scholingsdoeleinden en aan farmacotherapeutisch overleg (FTO). Zo is het bijvoorbeeld eenvoudig om op basis van ATC-codes[1] medicatiedata uit het HIS te halen. Op praktijkniveau heb je profijt van ADEPD bij het in beeld brengen van trends en het maken van overzichten van de ketenzorgresultaten van de praktijk. Dat kan alleen als je meetwaarden van tests netjes als gestructureerde uitslagen in het HIS hebt vastgelegd.’

Casper: ‘Ik doe mee aan FTO. Op wijkniveau zitten dan huisartsen en apothekers bij elkaar. We hebben onlangs antibioticumgebruik met elkaar vergeleken. De onderlinge verschillen en de afwijking van de landelijke standaard bleken enorm. Naar aanleiding daarvan proberen we het antibioticumbeleid te harmoniseren. Voor dit soort benchmarking heb je cijfers nodig uit je HIS. Dus ook daarvoor is goed registreren essentieel. Ook kun je op basis van de ICPC-codes overzichten uitdraaien om beleidskeuzen te maken voor je praktijk. Zo kun je kijken hoeveel patiënten je onder de tien jaar hebt met zorgvragen. Het aantal zou bijvoorbeeld een reden kunnen zijn om een POH Jeugd te contracteren. Ook voor claimzaken is goede registratie buitengewoon belangrijk. Het Medisch Tuchtcollege werkt op basis van de gegevens in het HIS. Als je alles direct tijdens het patientcontact netjes hebt gedocumenteerd, dan sta je sterk. Ik heb zelf net een zaak gehad met een patiënt die vond dat hij niet goed behandeld was en dat het te lang had geduurd voordat ik kwam. Alles wat ik gedaan en besproken had, had ik netjes ingevuld in de SOEP-regels en de verwijzing naar ziekenhuis had ik direct via mijn laptop geregeld. Uit het dossier bleek daardoor duidelijk dat de klacht van de patiënt en zijn perceptie van tijd niet klopten. De klacht werd daarom ongegrond verklaard.’

Teamactiviteit

Maret: ‘Goed registeren kost tijd, maar levert ook op. Het is een teamactiviteit, waar iedereen belang bij heeft, dus niet alleen de POH. Als de POH de patiëntendossiers niet goed bijhoudt, dan heeft de huisarts daar last van. Maar andersom geldt hetzelfde. Als de huisarts bijvoorbeeld geen duidelijk SOEP-verslag heeft ingevuld, dan is niet het niet duidelijk of de patiënt op controle is geweest en moet de POH daar achteraan.’ ■

Noot

1 *Dit classificatiesysteem van de World Health Organization deelt een geneesmiddel in door aan elke werkzame stof of combinaties daarvan een eigen code toe te kennen.*

NEGEN REGISTRATIETIPS DIE VEEL TIJD OPLEVEREN

‘Als je 20% op orde hebt, komt de rest vanzelf’

Jeroen Stroucken is als huisarts in een van de acht gezondheidscentra van de GAZO (Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost) van begin af aan betrokken geweest bij het opstellen van de ADEPD-richtlijn. Momenteel geeft hij als docent Huisartsgeneeskunde college over ICPC-coderen en ADEPD-richtlijnen. Hij heeft een aantal tips voor het adequaat registreren, die veel tijd en werkplezier opleveren.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

Jeroen ervaarde in zijn tijd bij de GAZO het belang van gestandaardiseerd registreren: ‘Jaarlijks verhuisde daar maar liefst 20% van de patiënten. Dat betekent voor 7500 patiënten dus 1500 nieuwe dossiers per jaar, dat is 250 per huisarts, dus gemiddeld één dossier per werkdag. Dan scheelt het wel enorm veel tijd als het verhuisdossier op orde is. Ik heb wel eens tegen een nieuwe patiënt gezegd: “Ik kan jou op dit moment niet inschrijven, want je dossier is een puinhoop. Er zit geen enkele ordening in, geen episodes, medicatie niet gekoppeld, correspondentie is niet gekoppeld.”
Jeroen geeft zowel aan MIK (medische informatiekunde)- als aan haio (huisarts in opleiding)-studenten college over nut en noodzaak van ADEPD-registratie en ICPC-coderen. Daarbij is hij verbonden aan het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC (ANHA) en geeft hij scholing over ADEPD-registratie aan zorggroepen en huisartsengroepen. ‘Ik vind goed registreren heel belangrijk. Het kost je niet echt veel meer tijd, maar levert wel veel werkgemak en werkplezier op. Je wint tijd, omdat je niet hoeft te zoeken.’

Oneindig zwanger

‘Tijdens mijn colleges laat ik zien dat je als je goed registreert, je zelf makkelijk spiegelinfo uit je HIS kunt halen. Een mooi voorbeeld is de zwangerschapsepisode. Per definitie is dat een eindige situatie. Vaak wordt bij zwangerschap in het dossier ingetikt dat de patiënt is bevallen, maar wordt de episode niet afgesloten en de ICPC-titel niet gewijzigd. Dan kan het gebeuren dat – járen na de bevalling – de apotheker je belt om een alternatief geneesmiddel te bespreken, omdat de patiënt volgens het systeem nog steeds zwanger is.’

TIP 1: 20-80-PRINCIPE

‘Huisartsen die starten met het op orde brengen van dossiers, adviseer ik het 20-80-principe. Dat betekent: ga je niet blind staren op al je 2000 patiënten, maar richt je in eerste instantie op de 20% patiënten die 80% van je tijd vragen en dus de meeste zorg nodig hebben, zoals ouderen en chronisch zieken. Als je die 20% op orde hebt, komt de rest vanzelf.’

‘ALS JE GOED REGISTREERT, KUN JE ZELF MAKKELIJK SPIEGELINFO UIT JE HIS HALEN’

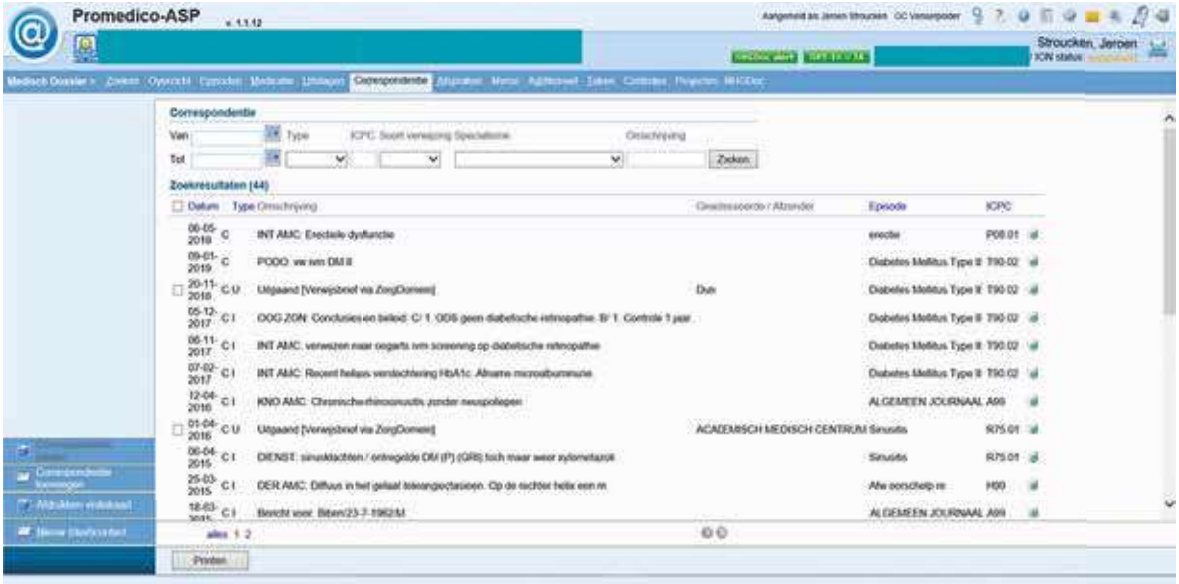
FOTO MICKEY GRAAFLAND

Jeroen Stroucken

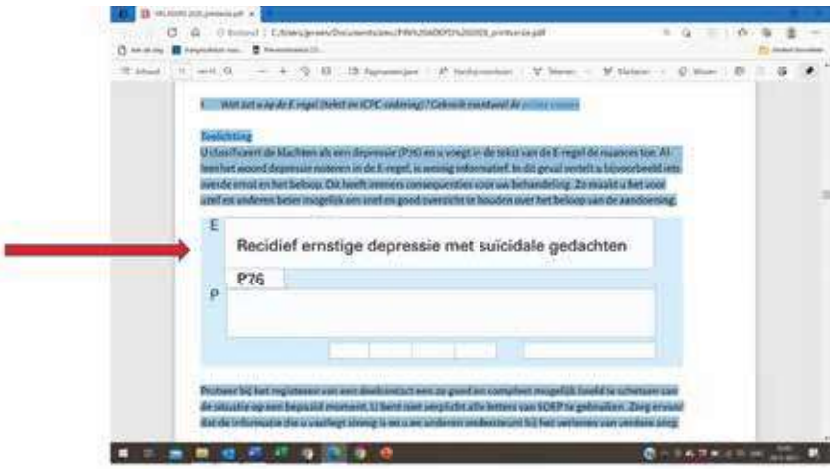
TIP 2 MAKKELIJK ZOEKEN NAAR DE INHOUD VAN DOCUMENTEN

'Als je episodes , medicatie, correspondentie, ICA (intolerantie, contra-indicatie, allergieën) goed hebt geregistreerd, is het heel makkelijk zoeken naar bijvoorbeeld de inhoud van de laatste specialistenbrief, labuitslagen en verwijsbrieven. Een voorbeeld: bij binnenkomende digitale post wordt het specialistenbericht op een standaard manier aan het patiëntdos-

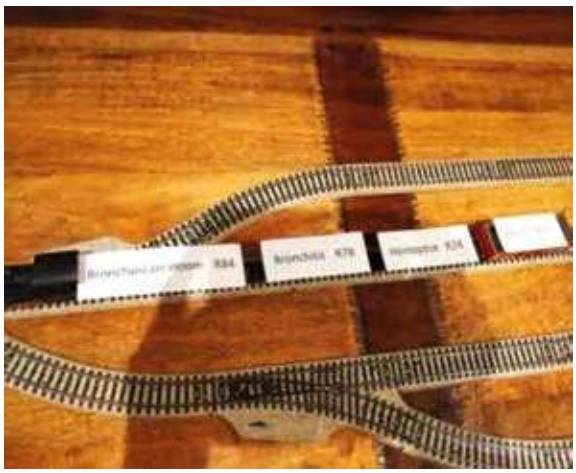
'SCHRIJF DE TEKSTEN IN DE PROFESSIONELE SAMENVATTING NIET IN JIP-EN-JANNEKETAAL, MAAR IN VAKTAAL'



Figuur 1. Correspondentie is gekoppeld aan episode



Figuur 2. Verfijn de episodetitel, dus niet alleen 'depressie', maar als in de figuur



Figuur 3. Door samen te voegen behoud je je voorregistratie en heb je overzicht

sier gekoppeld. Als je dat zo laat staan, worden in de dossiers van die patiënten, die bij verschillende specialisten lopen, al die verschillende specialistenberichten op dezelfde manier vermeld. Je ziet dan niet direct welk bericht van de kno-arts is en welk van de reumatoloog. Om dat te voorkomen vermeld ik bij elk bericht de eerste drie letters van het specialisme, gevolgd door een spatie, de eerste drie letters van het ziekenhuis en een korte samenvatting van de inhoud van de brief. Dus als het een bericht is van de kno-arts van het Onze Lieve Vrouw Gasthuis, dan schrijf ik die weg onder 'KNO OLV'. Als je in je werkscherm op deze vermelding met letters en samenvatting klikt, komt de hele brief tevoorschijn, maar vaak heb je al voldoende aan alleen de samenvatting.'

TIP 3 BREID DE E-REGEL UIT

'Met een kleine aanvulling van de E-regel (evaluatie/diagnose) is sneller relevante informatie zichtbaar. Want niet alles is in de ICPC-code te vangen. Bijvoorbeeld: zet achter "diabetes mellitus 2" "insulineafhankelijk", achter "depressie" "suïcidaal" of achter "gesprek levenseinde" "geen IC – geen reanimatie – geen beademing".'

TIP 4 STEL ZELF DE PROBLEEMEPISODELIJST SAMEN

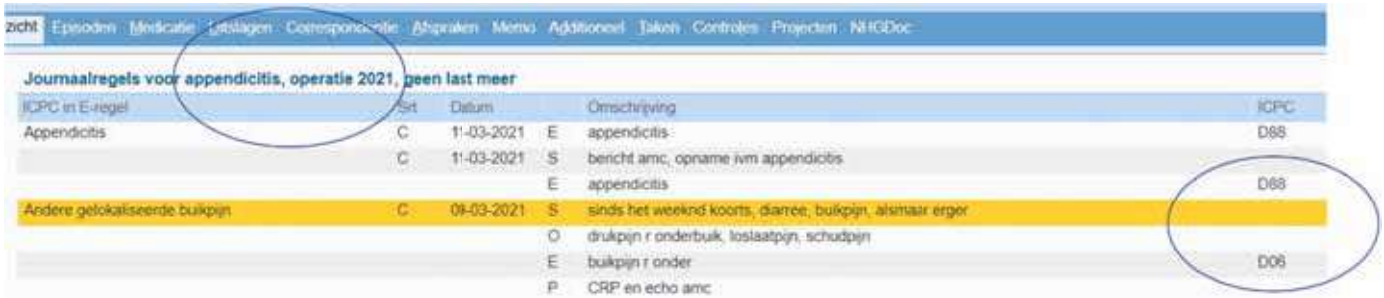
'Probleemepisodes staan bovenaan in de lijst in een afwijkende kleur, zodat ze continu je aandacht vragen. Ik raad aan om goed te kijken of die episodes nog steeds probleemepisodes zijn. Bijvoorbeeld "depressie": als je deze als probleemepisode weghaalt, verdwijnt deze uit de lijst, maar niet uit het patiëntdossier. Sommige HISsen hebben de mogelijkheid om een hiërarchie aan te geven in de lijst met probleemepisodes. In het werkblad is een maximaal aantal probleemepisodes zichtbaar en als je een nieuwe toevoegt, komt deze bovenaan en schuift de rest naar beneden. Je kunt dan handmatig een probleemepisode bovenaan zetten, bijvoorbeeld "Gesprek levenseinde".
Episodes als "diabetes" krijgen automatisch een probleemstatus. "Hoesten" niet, maar als je het belangrijk vindt dat dat extra aandacht krijgt, kun je er zelf een probleemstatus van maken.'

TIP 5 MAAK EEN EPISODETREIN

'Doordat je gedwongen wordt episodegericht te werken, bestaat het risico dat het aantal episodes te groot wordt en je het overzicht kwijtraakt. Kijk dus kritisch of je geen dubbelingen hebt in de episodelijst. En voeg de episodes die bij elkaar horen samen tot één episode. Zo kun je "hoesten", "bloed ophoesten", "chronisch bronchitis", "longcarcinoom" allemaal wegschrijven bij de episode "longcarcinoom". Dan zie je gelijk hoe het verloop is geweest. Dit heet een episodetrein.'

TIP 6 REGISTREER AT TRUE LEVEL

'Je hoort te registeren wat de situatie op dit moment



Figuur 4. At true level en tegelijk de episodetrein

Figuur 5. Collectief episode toekennen

is, en niet wat je denkt dat ze gaat worden. Je patiënt heeft bijvoorbeeld acute pijn in rechteronderbuik, koorts, vervoerspijn, drukpijn op het drukpunt van McBurney. Hier vermoed je een appendicitis, maar je hoort dit te coderen als gelokaliseerde buikpijn. Pas nadat gebleken is dat het inderdaad een appendicitis is, ga je de ICPC-code van appendicitis toevoegen en hanteer je de episodetrein.'

TIP 7 GEEF EEN SLUITINGSTERMIJN AAN

'Huisartsen zijn goed in het aanmaken van episodes, maar slecht in het sluiten daarvan. Geef in je HIS aan na welke periode episodes moeten sluiten als ze niet zijn gebruikt. In onze praktijk hebben we dat op veertien maanden ingesteld. We hebben hiervoor gekozen omdat bijvoorbeeld bij hooikoorts een seizoen elk jaar later of eerder kan beginnen. Probleemepisodes blijven altijd in beeld, tenzij je die handmatig sluit.'

TIP 8 SCHRIJF DE P-REGEL WAT MEER UIT, MAAR VERMIJD JIP-EN-JANNEKETAAL

'Als de patiënt toestemming heeft gegeven voor optin, kun je op de huisartsenpost de professionele samenvatting zien. Ik raad aan om de teksten die in de professionele samenvatting terechtkomen, niet in jip-en-janneketaal, maar in vaktaal te schrijven, zodat artsen elkaars berichten kunnen lezen. Schrijf deze dan wel wat meer uit, bijvoorbeeld "controle na 1e week" in plaats van "C 1wk". Dit doe je niet alleen vanwege inzage op de huisartsenpost, maar ook voor patiënten via het patiëntenportaal.'

TIP 9 GEBRUIK DE ONDERSTEUNINGSTOOLS

'Prescriptor is een handige tool om te kijken wat je kunt voorschrijven. Vaak weet je wel wat je moet voorschrijven, maar als je patiënt al verschillende producten heeft gebruikt die niet goed aanslaan, is het fijn om via Prescriptor alternatieven te vinden. Tevens kun je via Prescriptor de standaarden snel raadplegen.'

'Een patiënt met een nierfunctie minder dan 50 hoort een episode voor nierinsufficiëntie te krijgen. Met een handige tool in je HIS (Projecten in Promedico-ASP) kun je gemakkelijk destilleren welke patienten een nierfunctie van minder dan 50 hebben, maar nog geen episode "nierinsufficiëntie", waarna je deze groep collectief de episode kunt toekennen.'

NHGDoc

'NHGDoc is mooie ondersteuningstool, die niet standaard in het HIS is opgenomen. Je moet ervoor betalen, maar die kosten kun je voor een deel terugvragen bij de zorgverzekeraar. Het is handig voor als je een huisarts opleidt, bijvoorbeeld om de schildklierproblematiek in kaart brengen. NHGDoc helpt je herinneren. Met vinkjes kun je aangeven op welke informatie je geattendeerd wilt worden. Het kan bijvoorbeeld voor je bijhouden wanneer het bij diabetespatiënten tijd is voor de jaarlijkse HbA1C-controle. Je krijgt dan een melding in je HIS. NHGDoc houdt ook voor je bij of labaanvragen op tijd worden aangevraagd en geeft met kleuren aan welke labuitslagen wel en niet afwijkend zijn. Als je alleen de gegevens van schildklieronderzoek wilt, kun je dat aanvinken. Dat is wel arbeidsintensief. Daar komt bij dat sommige huisartsen onrustig worden van al die meldingen. Maar als je goed registreert, zul je steeds minder meldingen krijgen via NHGDoc, en heb je er meer profijt van.' ■

'HUISARTSEN ZIJN GOED IN HET AANMAKEN VAN EPISODES, MAAR SLECHT IN HET SLUITEN DAARVAN'

PATIËNTGEBONDEN EN EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK

Registratienetwerken, wat hebben we daaraan?

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw is in Nederland het eerste academische registratienetwerk huisartsengeneeskunde gestart. Inmiddels hebben alle acht vakgroepen huisartsgeneeskunde een of ander registratienetwerk dat gegevens van huisartsen aanlevert. En ook het niet-academisch registratienetwerk van Nivel neemt deel aan het landelijk overleg. Oud-huisarts Jos Boesten werkt als coördinator data voor het Research Network Family Medicine (RNFM) van Maastricht University. Hij legt uit wat het belang is van deze registratienetwerken.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

De voorloper van het RNFM was het allereerste registratienetwerk huisartsgeneeskunde. Het is opgestart bij de opkomst van de digitalisering van de huisartsenpraktijk. De aangesloten praktijken registreerden de medische gegevens van hun patiënten op uniforme wijze in het HIS, zodat deze data ook geschikt waren voor wetenschappelijk onderzoek. Tegenwoordig moet je volgens de ADEPD-richtlijn registreren als je je aansluit bij een registratienetwerk.

'WE BIEDEN MET ONS NETWERK TEGENWICHT TEGEN VERZEKERAARS'

Wat is het doel van de registratienetwerken?

Jos: 'De registratienetwerken hebben geanonimiseerde medische gegevens beschikbaar voor twee belangrijke doelen. Ten eerste het rekruteren van patienten voor patiëntgebonden onderzoek. In het verleden moesten we bij de praktijken leuren: "Heb je patiënten voor mij?" Nu kunnen we de gezochte patiënten direct via de database vinden, bijvoorbeeld voor onderzoeken rond kinderen en astma. Het andere doel is epidemiologisch onderzoek, het kunnen beschikken over gegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld retrospectief onderzoek naar de relatie tussen depressie en dementie. Met de gegevens uit patiëntendossiers kunnen we analyseren of patiënten die in het verleden een depressie hebben gehad vaker dan anderen dementie krijgen.'

Samenwerking geeft een grote hoeveelheid data

'Het landelijk overleg tussen alle huisartsenregistratienetwerken heeft geleid tot intensieve samenwerking tussen de netwerken Groningen, Utrecht, Amsterdam en Maastricht. Doordat we gebruikmaken van dezelfde infrastructuur, database en programmatuur kunnen we data uit die regio's samenvoegen. Deze samenwerking dekt ruim 1,5 miljoen patiënten en bij alle registratienetten gezamenlijk gaat het om maar liefst 4,5 miljoen patiënten. Met die data heb-

FOTO MICKEY GRAAFLAND

Jos Boesten, coördinator data voor het Research Network Family Medicine (RNFM)

ben we bijvoorbeeld onderzoek kunnen doen naar wat COVID-19 heeft betekend voor de contactfrequentie en daarmee het missen van diagnoses als kanker. Je hebt grote aantallen data nodig om hierover zinvolle uitspraken te kunnen doen.'

Waarom sluiten huisartsenpraktijken zich bij een registratienetwerk aan?

'Vroeger waren het de pioniers die zich bij ons aansloten, later gingen we zelf actief praktijken benaderen. Het correct registreren volgens richtlijnen was toen nog niet de norm. Nu benaderen zorggroepen zelf de registratienetwerken met de vraag of ze aangesloten kunnen worden. Ze zien namelijk in dat hen dat strategisch sterker maakt ten opzichte van de zorgverzekeraars.'

Tegenwicht tegen de vinkjescultuur

'In onderhandelingen met zorgverzekeraars over zorgstraten heb je geaggregeerde data nodig. Een zorgverzekeraar heeft niet de data van alle patiënten die je als praktijk onder je hoede hebt. Een registratienetwerk heeft die wel. Daarmee kun je je eigen analyses maken.'

'We zijn met de zorgstraten terechtgekomen in een vinkjescultuur, terwijl vinkjes niet synoniem zijn met goede kwaliteit van zorg. Zorgverzekeraars willen ons sturen en afrekenen op een aantal zaken, waarbij je merkt dat ze onvoldoende kennis hebben van wat er in de spreekkamer speelt. We bieden met ons netwerk tegenwicht tegen verzekeraars, die willen afrekenen op basis van kwaliteitsindicatoren, die ze vrij strak neerleggen. Zo willen ze dat je elk jaar van elke diabeet registreert of hij wel of niet rookt. Nietroken moet dus elk jaar bevestigd worden. Dan gaat het om registreren óm het registreren en niet om de kwaliteit van de zorg.'

Consequent registreren

'Voor de netwerken is het belangrijk dat de aangesloten praktijken consequent registeren. Als je van een bepaalde aandoening het verloop in de tijd wilt weten, is het noodzakelijk om zo specifiek mogelijk te coderen. Dus niet alleen aangeven dat het om diabetes gaat, maar ook of het type 1 of 2 betreft. En als je niet zeker weet of het om een appendicitis gaat, plaats dan een vraagteken en codeer als "andere gelokaliseerde buikpijn", in plaats van te coderen als appendicitis. Want als je dat wel doet, dan ligt het vast in het patiëntdossier, terwijl het wellicht niet klopt. Dat is niet handig voor wetenschappelijk onderzoek over appendicitis. Bovendien denk je dat de appendix er al uit is als de patiënt weer met buikpijn bij je terugkomt.' ■