

MEDISCH SPECIALISTEN AAN ZET

Ranglijstjes geven geen betrouwbaar zicht op zorgkwaliteit

Initiatieven om klantervaringen te meten en te vergelijken, zeggen weinig over de zorgkwaliteit van een instelling. Daarvoor is het nodig dat medisch specialisten zelf het initiatief nemen en hun handelen landelijk registreren, evalueren en inzichtelijk maken.



Er is in toenemende mate belangstelling voor het vergelijken van de kwaliteit van zorg die instellingen in de gezondheidszorg leveren. Zowel de overheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ), zorgverzekeraars als patiëntenorganisaties trachten kwaliteitsindicatoren vast te stellen, die in de media breed worden uitgemeten. Het is opvallend dat deze ranglijsten elkaar meer dan eens tegenspreken.¹ Dit leidt tot onrust. Niet alleen onder patiënten, maar ook onder ziekenhuizen en medisch specialisten. Het wordt tijd dat medisch specialisten zelf het heft in handen nemen en door registratie en evaluatie van hun handelen komen tot een betrouwbaar systeem om kwaliteit meetbaar en inzichtelijk te maken.

Op initiatief van de IGZ worden sinds 2003 prestatie-indicatoren gepubliceerd met de intentie meer inzicht te krijgen in de lokale kwaliteit en risico's voor patiënten.² Hierdoor is gericht toezicht mogelijk. Het is echter volstrekt onduidelijk of dit een kwaliteitsverbetering tot gevolg heeft. Het accent ligt vooral op transparantie en weinig op verbetertrajecten. Alleen door dat laatste is uiteindelijk een structurele winst in zorgkwaliteit mogelijk.

Ook is er twijfel of prestatie-indicatoren wel een evenwichtige afspiegeling

tiek, zullen wellicht matig scoren op de indicator 'heroperatie na colorectale chirurgie'. Als de norm belangrijker is dan de context, leidt dit tot risicomijdend gedrag. En dan krijgt de patiënt niet de zorg die hij verdient. Het streven naar meetbare kwaliteit is een goede ontwikkeling, maar de instrumenten zijn onvoldoende nauwkeurig.

MANKRACHT

Wetenschappelijke beroepsverenigingen voeren in Nederland elk hun eigen kwaliteitsbeleid. Doorgaans is dit gestoeld op richtlijnontwikkeling, visitatie, scholing en (soms) certificatie. De afgelopen jaren zijn er veel middelen en mankracht ingezet om te komen tot evidence-based richtlijnontwikkeling. Het verrijken van de individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek (evidence-based medicine) heeft kwaliteitsverbetering in de medisch specialistische zorg tot doel.

Helaas is de hoeveelheid bewijs beperkt en ontbreken de gegevens die nodig zijn om het kwaliteitsbevorderende effect van de richtlijnen te evalueren. Dit onvermogen heeft tot logisch gevolg dat externe partijen in toenemende mate transparantie afdwingen. Recente initiatieven om klantervaringen in de zorg te meten en te vergelijken, geven inzicht in de kwaliteit van de zorgservice, maar zeggen helaas niets over de zorginhoud.⁶

dence-based richtlijnen, op valide wijze kunnen worden verzameld in elk ziekenhuis in Nederland. Dit inzicht in verschillen kan worden gebruikt om visitaties en certificaties inhoudelijk te verbeteren.

FEEDBACK

Er zijn voldoende voorbeelden waarin een kwaliteitsregistratie, soms gecombineerd met bijscholing, kan leiden tot aantoonbare verbetering van zorg. Het Norwegian Rectal Cancer Project werd gestart in november 1994 met als doel de kwaliteit van de rectumchirurgie in Noorwegen te verbeteren.⁸ In deze nationale audit werd de registratie van uitkomst van zorg op een landelijk niveau gecombineerd met een scholingsprogramma voor chirurgen in een gestandaardiseerde operatietechniek (TME-resectie). Deze registratie toonde een aanzienlijk verschil in het percentage lokale recidieven en overleving tussen de verschillende ziekenhuizen. Op grond van deze registratie kregen de chirurgen een training aangeboden om hun chirurgische competenties en technieken te verbeteren.

Ondertussen bleven de deelnemers hun klinische data insturen en ontvingen zij periodiek feedback over hun eigen performance gekoppeld aan de landelijke gemiddelden. Sommige units vroegen gedetailleerde klinische data op uit de registratie om meer inzicht te krijgen in hun zorgproces. Andere ziekenhuizen stopten vrijwillig met rectumchirurgie en verwezen hun patiënten naar gespecialiseerde units in andere ziekenhuizen. Het project heeft geleid tot een aantoonbare kwaliteitsverbetering in de rectumchirurgie in Noorwegen.⁹

Ook de Zweedse audit voor rectumchirurgie was succesvol. De historisch slechtere prognose van het rectumcarcinoom ten opzichte van die van het coloncarcinoom verbeterde daar dusdanig dat de prognose van beide tumorsoorten nu vergelijkbaar is.¹⁰ Het land besloot daarom onlangs tot uitbreiding van het nationale auditprogramma.

OPERATIESTERFTE

In Nederland wordt er in de regio van het Integraal Kankercentrum West (IKW) een vergelijkbaar registratieproject uitgevoerd op het gebied van de oesofaguschirurgie.¹¹ Aanleiding waren verschillen in operatiesterfte na deze ingreep.¹² In dit project wordt niet alleen de operatiesterfte, maar een veel uitgebrei- >>

Het registreren van complicaties geeft nog geen inzicht in de ernst ervan

geven van de daadwerkelijke kwaliteit van medische zorg.³⁻⁵ Onder de indicatoren bevinden zich veel afgeleiden van kwaliteit. Zo is de aanwezigheid van een complicatieregistratie al voldoende voor een positieve score, zonder dat die registratie inzicht geeft in het aantal of ernst van de complicaties.

Daarnaast doen prestatie-indicatoren geen recht aan de verschillen tussen patiënten en ziekten in hun verschijningsvorm (*case-mix-correcties*). Chirurgen die patiënten behandelen met uitgebreide comorbiditeit en chirurgisch-technisch lastige darmproblema-

Daardoor wordt kwaliteit eenzijdig gemeten; de nadruk ligt op het proces en te weinig op het resultaat. Omdat beroepsbeoefenaren zich niet herkennen in de gepubliceerde kwaliteitsvergelijkingen, leidt dit bij hen tot een onbehaaglijk gevoel. Daarom moeten beroepsverenigingen zelf inzicht zien te krijgen in de geleverde kwaliteit.⁷

Registratie van uitkomsten van zorg is de missende schakel in het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen. Betrouwbare kwaliteitsvergelijkingen komen pas in zicht als informatie over uitkomstindicatoren, gebaseerd op evi-

1. VOORWAARDEN KWALITEITSREGISTRATIE

- **VOLLEDIGHEID:** behandelaren moeten alle operaties en behandelde patiënten inbrengen.
- **EENDUIDIGHEID:** de geregistreerde gegevens moeten vergelijkbaar zijn en daarom eenduidig worden geregistreerd.
- **BETROUWBAARHEID:** keuze voor 'harde parameters', die niet of weinig afhankelijk zijn van de interpretatie van de individuele behandelaar.
- **QUALITY ASSURANCE:** er moet een controlemodel zijn om 'missende patiënten' te kunnen signaleren en/of te achterhalen.
- **EENVOUD:** behandelaars moeten eenvoudig kunnen registreren zonder excessieve administratieve lasten, liefst binnen bestaande structuren in de kliniek.
- **PRIVACY:** de gegevens moeten niet direct herleidbaar zijn naar de individuele patiënt (versleuteling).

Noodzakelijke voorwaarden voor een betrouwbare kwaliteitsregistratie.

BEELD IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

<< dere set geregistreerd. De resultaten worden halfjaarlijks aan de deelnemende chirurgen gepresenteerd. Behalve inzicht in de eigen resultaten, zien zij ook die van anderen.

Net als in Noorwegen heeft dit project kwaliteitsverschillen inzichtelijk gemaakt en heeft het ertoe geleid dat sommige chirurgen samenwerkingsverbanden zijn aangegaan en anderen met deze vorm van chirurgie zijn gestopt. In de IKW-regio heeft het geleid tot een significante vermindering van het aantal complicaties en de operatiesterfte, en een hogere langetermijnoverleving van patiënten. De operatiesterfte daalde van 14,3 procent in de periode 1990-1994 naar 4,7 procent in 2000-2004. Deze verbetering staat in een schril contrast met de landelijke trend waarin de resultaten van de pancreas- en oesofaguschirurgie de afgelopen tien jaar nauwelijks zijn verbeterd.¹³ In de IKW-regio heeft het succes ertoe geleid dat voor verscheidene vormen van complexe chirurgie een uitgebreide registratie is opgezet om de kwaliteit in de regio permanent te kunnen monitoren.

AMBITIEUS

Het opzetten van een landelijke kwaliteitsregistratie is een ambitieus project,

dat moet worden gedragen door de wetenschappelijke verenigingen. Eenduidige registratie en zorgvuldigheid is geboden om te voorkomen dat appels met peren worden vergeleken. Gevalideerde methoden voor *case-mix*-correctie en uitkomstanalyse zijn hierbij onontbeerlijk. Ook het geprotocolleerd vastleggen van gegevens, bij voorkeur in een elektronisch patiëntendossier, is hierbij essentieel. Een controlemodel is verder noodzakelijk om de kwaliteit

gekoppeld, levert het zowel de beroepsverenigingen als de individuele behandelaren nieuwe kwaliteitsinstrumenten op (zie *overzicht 2*).

De achilleshiel blijft de wijze van registreren. Het vooruitzicht op extra administratieve lasten zal de medewerking van individuele behandelaren negatief beïnvloeden. Dat leed zou ietwat worden verzacht met software die registratie vereenvoudigt en tevens voordelen oplevert (denk bijvoorbeeld aan

Kwaliteitsverschillen inzichtelijk maken: daar gaat het om

van de vergaarde data te garanderen (zie *overzicht 1*). Het pathologisch anatomisch landelijk geautomatiseerd archief (PALGA) waarin alle in Nederland verwijderde weefsels worden geregistreerd, zou hierin een rol kunnen spelen.

Het potentiële kwaliteitsverbeterende effect is al deze inspanningen meer dan waard. Doordat de verzamelde data zowel landelijk als op ziekenhuisniveau kunnen worden geanalyseerd en terug-

voordelen in de communicatie met de verwijzend huisarts/specialist of presentatie van zijn patiënt in multidisciplinaire besprekingen). Bovendien moet voor de deelnemers exact duidelijk zijn waarvoor de registratie dient, welke outputparameters worden gebruikt en aan wie op welke wijze wordt gerapporteerd. Om oneigenlijk gebruik van gegevens te voorkomen, moet er worden gewerkt met versleutelde dataverwerking, een

2. KWALITEITSINSTRUMENTEN

Op ziekenhuisniveau:

- PERFORMANCE MONITORING: behandelars kunnen schommelingen in de door hen geleverde kwaliteit signaleren en waar nodig (proces)maatregelen nemen.
- SPIEGELINFORMATIE: de individuele behandelaar krijgt informatie over zijn resultaten, die hij kan vergelijken met die van collega's met een overeenkomstige patiëntengroep.
- HOSPITAL-BASED PATIENT INFORMATION: in de patiëntenvoorlichting over resultaten en risico's van interventies kunnen ziekenhuisgebaseerde cijfers worden getoond in plaats van cijfers uit de literatuur.

Op landelijk niveau:

- BENCHMARKING: het ontwikkelen van kwaliteitscriteria waar de zorg minimaal aan moet voldoen, zowel voor wat betreft het zorgproces als de uitkomsten van zorg.
- ACCREDITATIE: ziekenhuizen die goede resultaten tonen, kunnen voor de betreffende ingreep worden geaccrediteerd.
- BEST PRACTICES: de ziekenhuizen met goede prestaties kunnen model staan voor instellingen die reden hebben hun resultaten te verbeteren.

Kwaliteitsinstrumenten te ontleen aan landelijke kwaliteitsregistratie van uitkomsten van zorg.

BEELD IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

BEELD: CORNIS

privacyreglement, gebruikersovereenkomsten en een klachtencommissie.

DBC-OPSLAG

De Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO), de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC) en de Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG), starten dit jaar met een landelijke registratie van alle in Nederland uitgevoerde operaties voor colorectaal carcinoom (Dutch Surgical Colorectal Audit). In dit project is expertise op medisch inhoudelijk gebied en op het terrein van de registratiemethodiek gebundeld en zijn alle hierboven genoemde randvoorwaarden ingevuld. Het succes van deze audit zal niet alleen afhangen van de inzet en expertise van de initiatiefnemers, maar vooral van de bereidheid van de individuele medisch specialisten om hun kwaliteit inzichtelijk te maken. Een DBC-opslag zoals die door de zorgverzekeraars voor de landelijke protheseregistratie is gecreëerd, zou ziekenhuizen de mogelijkheid geven om medisch specialisten te faciliteren bij de registratie van hun performance.

Voor de medische beroepsverenigingen liggen er mogelijkheden de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen daadwerkelijk meetbaar en inzichtelijk te

maken. Zij moeten hiertoe zelf het initiatief nemen. Krachtige ondersteuning door overheid en zorgverzekeraars is echter onontbeerlijk om te kunnen investeren in *dedicated* software en expertise voor kwaliteitsvergelijkingen. Alleen op deze wijze kan geïntegreerd kwaliteitsbeleid worden geïnitieerd. Overheid, zorgverzekeraars en patiënten worden als resultante voorzien van betere informatie over het zorgproces en kunnen bovendien profiteren van de continue kwaliteitsverbeteringen die de nationale auditprogramma's opleveren. ■

drs. M.W.J.M. Wouters,
chirurg, NKI-Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis/Leids
Universitair Medisch Centrum

Dr. E.H. Eddes, chirurg, Deventer ziekenhuis, voorzitter Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA); dr. O.R.C. Busch, chirurg, Academisch Medisch Centrum, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie (NVGIC), dr. W.J.H.J. Meijerink, chirurg, VU Medisch Centrum, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie (NVEC), prof. dr. C.J.H. van de Velde, Hoogleraar Chirurgische Oncologie, Leids Universitair Medisch Centrum, secretaris Dutch Colorectal Cancer Group (DCCG), dr. R.A.E.M. Tollenaar, hoogleraar Chirurgische Oncologie, Leids Universitair Medisch Centrum, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO).

Correspondentieadres: r.a.e.m.tollenaar@lumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

SAMENVATTING

- De kwaliteit van medisch specialistische zorg is onvoldoende meetbaar en inzichtelijk.
- Medisch specialisten moeten zelf het heft in handen nemen om (verschillen in) uitkomst van zorg te registreren.
- Een betrouwbare uitkomstregistratie, geïntegreerd in het kwaliteitsbeleid van wetenschappelijke verenigingen, leidt niet alleen tot meer inzicht, maar ook tot verbetering van kwaliteit van zorg.
- Initiatieven vanuit de beroeps-groepen moeten door de overheid krachtig worden ondersteund.

Meer MC-artikelen over kwaliteitsmeting vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweek.