

STRUCTURELE AUDIT VERMINDERT POSTOPERATIEVE STERFTE AANZIENLIJK

Kwaliteitsregistraties maken de zorg beter

Registraties als DUCA (Dutch Upper GI Cancer Audit) leiden aantoonbaar tot betere zorguitkomsten voor patiënten, zegt DUCA-voorzitter Johanna van Sandick. Een registratiesysteem verdient zichzelf bovendien terug.

In de Nederlandse zorgsector, die circa 100 miljard euro groot is, staat een professionele kwaliteitsmeting feitelijk nog in de kinderschoenen. Toch is dit de toekomst, want door kwaliteitsregistraties verbetert niet alleen de zorg, maar kunnen ook de snel groeiende kosten worden beheerst. De Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA) is hier een goed voorbeeld van.

Slokdarm- en maagkanker

Jaarlijks vinden in Nederland ongeveer 750 resecties vanwege slokdarmkanker plaats en ongeveer 500 vanwege maagkanker. In de DUCA, een van de zeventien deelregistraties van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), worden sinds 2011 de resultaten van de chirurgische behandeling van slokdarm- en maagkanker geregistreerd. Zo'n 35 ziekenhuizen leveren hiervoor gegevens aan over in totaal honderd variabelen per patiënt. Na vier jaar registreren is een database opgebouwd met kwaliteitsinformatie over het perioperatieve zorgproces en postoperatieve uitkomsten bij patiënten die geopereerd worden vanwege een slokdarm- of maagcarcinoom. Meest opvallende bevinding in de audit is de daling van de direct postoperatieve sterfte bij maagkanker: van 8,5 procent in

2011 naar 4,5 procent in 2014. Vertaald van meer dan 8 naar 5 procent. Vertaald naar mensenlevens betekent dit dat tot vier jaar geleden circa 40 patiënten kort na de operatie overleden, en nu 25.

Beroepseer

Het is een bekend verschijnsel, en niet alleen in de medische wereld, dat alleen al het terugkoppelen van kwaliteitsinformatie – tezamen met een benchmark, een gemiddelde – leidt tot kwaliteitsverbetering. De deelnemende medische teams in de DUCA ontvangen informatie over hun eigen presteren, afgezet tegen een landelijk gemiddelde. Voor het eerst zien zij op welke variabelen ze bovengemiddeld scoren en op welke ondergemiddeld. Met de DUCA-gegevens kunnen teams ook van elkaar leren. Er worden best practices geïdentificeerd op basis van de ziekenhuizen met de beste uitkomsten. In deze best

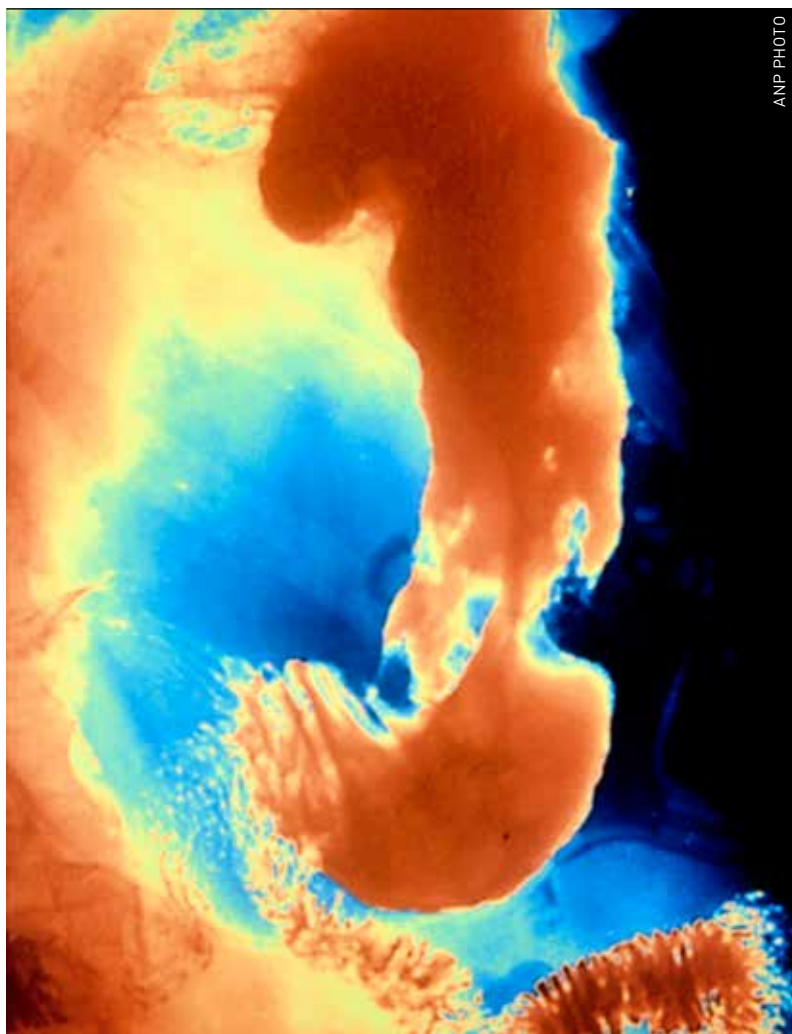
practices zijn infrastructuur, randvoorwaarden en volumes per definitie optimaal.

Het succes van een kwaliteitsregistratie als DUCA heeft zeker ook te maken met beroepseer. Teams die in bepaalde onderdelen van het behandeltraject flink onder de benchmark scoren, gaan hieraan automatisch meer aandacht geven, wat vrijwel direct tot kwaliteitsverbetering leidt. In mijn eigen ziekenhuis, het Antoni van Leeuwenhoek (AVL), bleek een bovengemiddeld hoog percentage naadlekkages in de hals voor te komen, een feit dat door de DICA-registratie aan de oppervlakte kwam. Na een aantal aanpassingen is dat percentage nu gedaald. Ook de doorlooptijden in het AVL bleken boven het landelijk gemiddelde te liggen. Dat hebben we aangekaart bij de raad van bestuur, waarna een onderzoek is gestart naar de oorzaken hiervan. Het zorgproces bleek beter georganiseerd te kunnen worden, en ook vertraging bij de verwijzing is teruggebracht. Bovendien is meer operatietijd toegekend.

Kracht van de DUCA

Een ander voordeel van een landelijke kwaliteitsregistratie als de DUCA is dat er statistische trends te zien zijn, die anders onder de radar blijven. De minimumnorm van operaties bij zowel slokdarm als maagkanker ligt bijvoorbeeld op twintig per ziekenhuis per jaar. Dat is te weinig om harde conclusies aan te verbinden. De DUCA loopt echter vier jaar, waardoor zelfs het ziekenhuis met een minimaal aantal operaties een aanzienlijke dataset heeft. Die groep is groot

Transparantie
kán leiden tot
*naming, shaming
en blaming*



ANP PHOTO

Ingekleurde röntgenopname van het abdomen. De onregelmatige vernauwing (aan de rechterkant) wijst op een maagtumor

genoeg om trends te zien, temeer omdat bijna één op de drie patiënten na een slokdarmkankeroperatie en één op de vijf patiënten na een maagkankeroperatie een gecompliceerd postoperatief beloop heeft.

Dat medici soms terughoudend zijn als het gaat om het verzamelen van kwaliteitsinformatie en het publiceren daarvan is begrijpelijk. Het risico dat de media appels met peren vergelijken en, nog erger, dat transparantie leidt tot *naming*, *shaming* en *blaming* is niet ondenkbeeldig. Kracht van de DUCA is echter dat het risico op bovenstaande klein is. Dat heeft veel te maken met de manier waarop de audit is georganiseerd.

In de eerste plaats gaat het in de DUCA niet om individuele artsen maar om

teams. Zorg is altijd een proces waarbij vele professionals betrokken zijn, niet alleen de chirurg die de operatie uitvoert. Ten tweede is de kwaliteitsborging van informatie binnen DUCA een van de belangrijkste speerpunten. Deelnemende teams kunnen ervan op aan dat alle deelnemende ziekenhuizen hetzelfde type gegevens aanleveren en dat deze informatie gevalideerd is. DICA werkt hiertoe samen met MRDM – Medical Research Data Management – een onafhankelijke organisatie die de ingevoerde data verifieert, bijvoorbeeld door checks uit te voeren bij de deelnemende ziekenhuizen.

Minder opnametijd

Het is jammer dat de discussie over zorgkwaliteit zich in Nederland lijkt te veren-

gen tot volumenormen. Daarbij wordt vaak gewezen naar Denemarken, waar de overheid het aantal ziekenhuizen waar maagkankerchirurgie plaatsvond terugbracht van 37 naar 5. De postoperatieve sterfte daalde van 8 naar 2,5 procent. Maar er wordt niet bij verteld dat het aantal maagkankerresecties met bijna een kwart afnam. Uitkomsten van behandeling worden sterk beïnvloed door selectie. Nederland moet in deze tijd juist gebruikmaken van de bestaande ziekenhuisvariatie om zorgprocessen en ziekenhuiskenmerken te identificeren die leiden tot een goede uitkomst voor de patiënt. Zo kan centralisatie op kwaliteit gestuurd worden.

Voor de toekomst moeten we streven naar een verdere uitbouw van kwaliteitsregistraties als de DUCA. De DUCA zal uitgebreid moeten worden met gegevens van patiënten met slokdarm- of maagkanker die geen operatie ondergaan, maar een andere behandeling krijgen. DICA realiseert dit inmiddels voor een aantal andere audits. Voorwaarde is wel dat er in de ziekenhuizen registratiemedewerkers komen die zo kort mogelijk op de situatie alle data verzamelen en invoeren in de DUCA. En niet pas maanden later. Extra mensen kosten uiteraard geld. Maar dit valt gemakkelijk te bekostigen uit de gerealiseerde kwaliteitsverbetering. Uit de DUCA is bekend dat iemand zonder complicaties negen dagen in het ziekenhuis ligt en iemand met complicaties zestien dagen. Het voorkómen van complicaties, bijvoorbeeld door naar best practices te zoeken, resulteert in een week minder opnametijd. Dat is veel geld. Ziekenhuizen kunnen dit geld herinvesteren, bijvoorbeeld in een goede inbedding van de kwaliteitsregistratie in de dagelijkse praktijk. ■

contact

a.temmink@clinicalaudit.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.