

Medici moeten meedenken over indicatoren

# Ongegronde angst voor prestatiemeting

drs. Michael van den Berg,  
wetenschappelijk onderzoeker  
en redacteur Zorgbalans voor  
het onderdeel kwaliteit van  
zorg, RIVM, Centrum voor  
Preventie en Zorgonderzoek

dr. Mattijs Lambooi,  
wetenschappelijk onderzoeker  
naar kwaliteit van zorg, RIVM,  
Centrum voor Preventie en  
Zorgonderzoek

Correspondentieadres:  
michael.van.den.berg@rivm.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

beeld: iStockphoto

Prestatiemetingen zijn al jaren onderwerp van een gevoelig debat. Want rationele argumenten strijden nogal eens met de angst voor reputatieschade. Die angst is begrijpelijk, maar mag het belang van de patiënt – reële cijfers over de zorgkwaliteit – niet overvleugelen.

**S**inds het einde van de jaren '90 heeft het meten van prestaties in de zorg met indicatoren een hoge vlucht genomen. Verschillende partijen zijn actief in het ontwikkelen, meten en rapporteren van deze prestatie-indicatoren. Belangrijke doelen van prestatiemetingen zijn het vergroten van de transparantie en het vaststellen van benchmarks in de zorg. Al jaren woedt hierover een debat, waarbij wetenschappelijke argumenten en de angst voor transparantie door elkaar lijken te lopen. Het is echter in het belang van de patiënt om die angst te overwinnen.

## Niet verwonderlijk

Grofweg zijn er vier motieven om prestaties te meten aan de hand van indicatoren:

- om intern op te sturen;
- om extern verantwoording af te leggen, bijvoorbeeld aan verzekeraars of de inspectie;
- om patiënten te kunnen voorzien van informatie waarop zij hun keuze voor een zorginstelling kunnen baseren, denk bijvoorbeeld aan kiesBeter.nl;
- om op macroniveau informatie te vergaren waarmee beleidsmakers zicht krijgen op het functioneren van ons zorgsysteem, denk bijvoorbeeld aan de Zorgbalans.

Hoewel de invalshoek dus kan verschillen, is in alle gevallen het uiteindelijke doel kwalitatief goede zorg voor patiënten. Kritiek vanuit de medische hoek heeft meestal betrekking op indicatoren die worden verzameld voor het tweede en derde doel. Dat is begrijpelijk, want

in zulke gevallen kan het consequenties hebben voor specifieke zorgaanbieders als zij slechter presteren dan hun collega's. Niet verwonderlijk dus, dat nogal wat medici in de pen klimmen als ze het gevoel hebben afgerekend te worden op een oneerlijke vergelijking. Veel kritiek is dan ook terecht. Maar daaruit mag niet zomaar worden geconcludeerd dat het zinloos is om prestaties te vergelijken.

## Unieke patiënt

Een veelgehoord kritiekpunt is dat algemene cijfers voorbijgaan aan het specifieke van de situatie en het unieke van elke patiënt. Wat voor de ene patiënt goede zorg is, dat voor de andere patiënt niet.<sup>1</sup>

Natuurlijk spreekt de uniciteit van patiënten en casussen voor zich. Mensen verschillen in leeftijd en gezondheidstoestand, kunnen specifieke allergieën of comorbide aandoeningen hebben, enzovoort. Daarom kan het bij sommige patiënten beter zijn om niet het generieke, maar het duurdere geneesmiddel voor te schrijven of wel antibiotica voor te schrijven terwijl de richtlijn dat niet aanbeveelt. Altijd volgens een vast recept handelen is *cookbook medicine* en dan verdwijnt de praktische kennis en ervaring van de arts naar de achtergrond.<sup>2</sup>

Dit hoeft prestatiemeting echter niet in de weg te staan omdat heel veel zaken juist wel gelijk zijn voor patiënten. Niemand wil decubitus of een wondinfectie krijgen, iedere patiënt wil serieus worden genomen en geen enkele verpleeghuisbewoner zit te wachten op een



### *Uitzonderingen komen binnen alle instellingen voor*



valincident. Ook in het zorgproces zelf zijn er naast verschillen vooral ook overeenkomsten. Het is bijvoorbeeld beter om een heupfractuur zo snel mogelijk te opereren. Mogelijk zijn er in specifieke gevallen zwaarwegende redenen om dat niet te doen. Bij het vergelijken van instellingen is het echter niet zozeer van belang dat dergelijke uitzonderingen zich voordoen, omdat ze binnen alle instellingen voorkomen.

#### **Buiten de invloedssfeer**

Hoewel uitzonderingen overal voorkomen, kunnen patiëntenpopulaties soms sterk variëren per instelling en daarmee neemt het risico op bepaalde ongewenste uitkomsten toe. Een tweede argument tegen prestatiemetingen luidt dan ook dat de cijfers worden beïnvloed door factoren waar de zorginstelling geen invloed op heeft.<sup>3</sup>

Toch is dit geen onoverkomelijk bezwaar. Want, hoewel je als zorginstelling niets kan doen aan de aard van de patiëntenpopulatie, valt bij het vergelijken van instellingen eenvoudig te corrigeren voor deze zogeheten casemixvariabelen. De cijfers worden dan gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en bijvoorbeeld herkomst. Er zijn al goede voorbeelden in de medische wereld waar casemixcorrectie wordt uitgevoerd bij het vergelijken van ziekenhuizen.<sup>4</sup>

Maar wat als er factoren van invloed zijn, die we niet kennen? Verbrugh bijvoorbeeld, stelde onlangs dat bekende patiëntfactoren, bekende factoren van het operatieteam en omgevingsfactoren slechts voor een beperkt deel kunnen verklaren waarom wondinfecties in het ene ziekenhuis meer voorkomen dan in het andere ziekenhuis: 'We weten niet waarom het ene ziekenhuis een zeer laag (<1%) infectiepercentage rapporteert en een ander ziekenhuis meer dan 10 procent.'<sup>5</sup> Daarom, zo stelt Verbrugh, is het zinloos om te vergelijken. Dat is een merkwaardig argument. Het niet kennen van oorzaken is immers juist een belangrijke reden om verschillen en mogelijke oorzaken in kaart te brengen. Als dat niet gebeurt, zullen we nooit leren waarom het ene ziekenhuis beter presteert dan het andere. Door ziekenhuizen te vergelijken en te zoeken naar verklaringen voor de verschillen, kunnen we niet alleen de meetmethode verbeteren, maar ook nog eens nieuwe determinanten op het spoor komen.

#### **Openbaarheid**

Soms worden factoren aangevoerd waar de zorginstelling geen invloed op zou hebben, maar die wel degelijk beïnvloedbaar zijn of verband houden met kwaliteitsverschillen. Verbrugh

bijvoorbeeld stelt dat bepaalde ziekenhuizen hun infectiepercentages onmogelijk onder de streefwaarde kunnen krijgen (en dat vergelijken dus niet zinvol is) 'omdat zij opleidingsprogramma's in de chirurgische vakken hebben en ingrepen worden verricht door nog onervaren operatieteams'. Dit is nu juist waarom een vergelijking wél zinvol is: in die ziekenhuizen wordt dus slechtere zorg geleverd! Volgens de redenering van Verbrugh moet dat niet in de openbaarheid komen, want dan willen patiënten niet meer naar ziekenhuizen met onervaren artsen en er moet nu eenmaal worden opgeleid. Een ander voorbeeld heeft betrekking op de prestatie-indicator heupfractuur, waarover de anesthesioloog Harbers stelt dat het streven naar opereren binnen 24 uur aanzet tot opereren buiten kantooruren en dat zou geen goede zaak zijn. 'Wij weten uit een grote studie van onze collega Sesmu Arbous dat de mortaliteit en morbiditeit voor heupoperaties buiten kantooruren 2,5 keer hoger ligt. Dat komt voor een deel doordat de patiënt minder goed wordt gevolgd, maar het kan er ook mee te maken hebben dat de teams in de diensten minder ervaren zijn'.<sup>6</sup> Vanuit kwaliteitsoogpunt zou dit een argument kunnen zijn om de

indicator aan te scherpen, bijvoorbeeld door deze factor mee te nemen in de metingen. Daarbij zijn er mogelijk ziekenhuizen die buiten kantooruren wel even goede zorg leveren. De slechte ziekenhuizen kunnen dan van de goede leren hoe de prestatie kan

worden verbeterd. De op zich correcte kritiek zou dus juist moeten worden benut om beter te meten en de oorzaken van de verschillen te achterhalen, in plaats van om de indicator maar niet te gebruiken.

#### **Slecht registreren**

Een derde reden voor kritiek op prestatie-metingen is dat er zoveel mis kan gaan bij de registratie. Cijfers worden gemanipuleerd (windowdressing) of de registratie is gewoon slecht of subjectief en daarmee onbetrouwbaar. Fouten in de registratie vormen een van de grootste uitdagingen bij het verzamelen van kwaliteitsinformatie. Want onjuiste registratie kan tot verkeerde conclusies leiden. Deze registratiebias kan ontstaan door windowdressing: cijfers worden bewust gemanipuleerd om naar de buitenwereld de schone schijn op te houden. Hoewel dit meer te verwachten valt naar-

*Vergelijking is een impuls om te werken aan betere registratie*





## SAMENVATTING

- Prestatiemeting aan de hand van indicatoren krijgt veel kritiek, vooral uit de medische hoek.
- Critici verzetten zich vooral tegen het vergelijken van instellingen omdat de cijfers worden vertekend door zaken waar zorgaanbieders geen invloed op hebben en omdat registraties niet betrouwbaar zijn.
- Hoewel veel kritiek terecht is, zijn ook veel argumenten ingegeven door angst voor transparantie.
- Meedenken en meewerken aan verbetering van prestatiemetingen levert voor iedereen meer op dan het verzet daartegen.


mate de gevolgen van slecht presteren groter zijn, mogen we in principe van professionals integriteit verwachten. Zo hebben artsen in de artseneed gezworen het belang van de patiënt voorop te stellen, zich 'open en toetsbaar' op te stellen en hun verantwoordelijk voor de samenleving te kennen.<sup>7</sup> Het bewust onjuist invullen van gegevens past daar niet in.

Een veel groter probleem is de registratiebias waarbij geen kwade opzet in het spel is. Oorzaken zijn onduidelijke definities, het gebruik van verschillende bronnen of het domweg vergeten om te registreren. Juist hierbij kan het vergelijken van instellingen een belangrijke impuls zijn om te werken aan een betere registratie en dus aan een grotere betrouwbaarheid van indicatoren. Eerst door uitwisseling tussen zorgaanbieders onderling, daarna door het openbaar maken van gegevens. Het feit of een zorgaanbieder überhaupt de moeite neemt om zaken te registreren, vormt daarbij een goede indicator voor de wil om te werken aan kwaliteit.

## Meer samenwerken

Natuurlijk moeten indicatoren zorgvuldig worden geïnterpreteerd. Zo levert het combineren van de cijfers over ligduur met het percentage heropnames, een waardevoller beeld op dan alleen cijfers over ligduur. Zo moet ook bij iedere indicator de vraag worden gesteld: op welke manier kun je de verkeerde conclusie trekken bij deze indicator, en welke aanvullende informatie is nodig om de juiste conclusie te trekken?

Om meer relevante, goed meetbare en valide indicatoren te ontwikkelen, is het noodzakelijk dat multidisciplinaire groepen van artsen, statistici en onderzoekers meer gaan samenwerken.

Door van elkaar te leren wordt het mogelijk de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg in kaart te brengen, en de oorzaken van de verschillen in kwaliteit te begrijpen. De meeste medici willen dat ook, zij willen immers niets liever dan goede zorg leveren. Maar om echt van elkaar te kunnen leren, is het soms nodig om kritisch naar jezelf en kritisch naar elkaar te kijken. Een van de grootste hindernissen daarbij is de bezorgdheid om reputatieschade door het openbaar maken van cijfers. Die angst is begrijpelijk en moet ook worden erkend. Maar als de angst om met slechte cijfers in de openbaarheid te komen, zwaarder gaat wegen dan de angst om vermijdbare schade aan te richten, is de patiënt het kind van de rekening. 

# veldwerk

## De NMa in een heldenrol

'Duurdere zorg na twee fusies ziekenhuizen' kopte NRC op de laatste dag van het vorige jaar. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) had onderzoek gedaan naar de kosten van de gezondheidszorg voor en na twee fusies in Het Gooi en de regio Den Haag/Rotterdam. En die waren dus gestegen. Het wordt tijd dat de NMa meer van dergelijke studies uitvoert, want de vraag is wie er nu eigenlijk beter wordt van de fusies in de gezondheidszorg. De patiënt in elk geval niet, zo vermoed ik, want elke keuzevrijheid is hem ontnomen.

Met name in de psychiatrie heeft een ware fusiegolf de keuze van patiënten geminimaliseerd, meestal tot slechts één monsterggz. De enige mogelijkheid die nog rest, is naar een algemeen ziekenhuis te gaan waar zich soms nog een psychiatrische afdeling bevindt die niet is opgeslokt door zo'n ggz-instelling. Of naar de vrijgevestigde psychiater, waar er gelukkig steeds meer van komen. Zelfs academische ziekenhuizen staan in de rij om zich te voegen bij een ggz-instelling. Er zijn er nog maar twee zelfstandig: Utrecht en Rotterdam.

Toch suggereert het NRC-artikel dat een tegenbeweging op gang begint te komen. Laat, maar hopelijk niet té laat. Want fusies zijn helemaal niet nodig om efficiëntere zorg te bewerkstelligen: regionale laboratoria, gemeenschappelijk inkoopbeleid en gecombineerde backoffices leiden allemaal tot kostenbesparing en zijn goed mogelijk zonder fusies. De patiënt die zogenaamd centraal staat, staat in wezen alleen, keuzeloos, overgeleverd aan die ene instelling in de regio. En als je niet tevreden bent, wat dan? Misschien is het een goed idee als de NMa eens kijkt naar patiënttevredenheid als gevolg van de fusies in plaats van louter naar de kale kosten. Een iets minder harde uitkomst, dat wel, maar wel relevanter voor de patiënt. En daar ging het om. Toch?

René Kahn,  
psychiater



De referenties vindt u bij dit artikel op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Referenties

1. Visser J. Prestatie-indicatoren niet gebruiken om ziekenhuizen te vergelijken. Medisch Contact 2008; 33/34: 1336.
2. Offringa-Hup AK. Ruimte rond de richtlijn. Medisch Contact 2009; 11: 453-5.
3. Leenen LPH. Statische norm is een slechte maat. Medisch Contact 2004; 36: 1405-8.
4. Van Venrooij T. Registreren, terugkoppelen en publiceren. Medisch Contact 2009; 11: 448-51.
5. Verburgh HA. Vergelijken is zinloos. Medisch Contact 2009; 27: 1197-9.
6. Pronk E. Twist over heupfracturen. Medisch Contact 2008; 9: 365-7.
7. Nederlandse artseneed (inclusief Eed van Hippocrates/Verklaring van Genève), richtlijn. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2004.