

ONVERKLAARDE PRAKTIJKVARIATIE BIJ BORSTKANKERBEHANDELING

Indicatoren zonder kwaliteit

Sommige ziekenhuizen geven nooit chemo voor de operatie van een kleinere borsttumor met positieve lymfeklieren, andere altijd. Er is geen kwaliteitsnorm voor, dus niemand weet wat wijsheid is. Het klinische-registratieorgaan voor borstkanker NBCA heeft meer van dit soort praktijkvariatie in beeld gebracht en gaat op onderzoek uit.

Borstkankerregistratie bestaat pas sinds 2011, maar er zijn al mooie resultaten gemeten. Het aandeel borstoperaties waarbij het snijvlak niet 'schoon' is van kankercellen moet volgens de norm lager zijn dan 15 procent. In 2011 had gemiddeld 6 procent van de snijvlakken na chirurgie nog kankercellen, en in 2013 was dat verder gedaald naar 4,7 procent. Verder voldoen inmiddels alle ziekenhuizen aan de norm dat het multidisciplinair overleg bij 90 procent van de patiënten moet plaatsvinden, terwijl dat in 2011 en 2012 nog niet overall het geval was.

De NBCA registreert tien indicatoren met een kwaliteitsnorm (zie *kader*) maar ook twintig indicatoren waarvoor geen norm is afgesproken. Afgelopen jaren is er bij drie van deze indicatoren opvallend veel variatie gezien: preoperatieve MRI-scan, neoadjuvante systemische behandeling bij stadium-IIB-tumoren en directe reconstructie na borstamputatie. In juni presenteerde de NBCA deze bevindingen op het DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing)-congres in

Amsterdam. De NBCA doet nu onderzoek naar deze variatie. Thijs van Dalen is oncologisch chirurg in het Diaconessenhuis in Utrecht, en lid van de wetenschappelijke raad van de NBCA. 'We moeten ons afvragen of we deze indicatoren wel moeten blijven registreren', aldus Van Dalen. 'Als indicatoren niets zeggen over de kwaliteit van zorg, dan kunnen ze beter geschrapt worden.'

MRI voor operatie

Een MRI-scan voor een operatie kan meer informatie geven over de tumor, vinden voorstanders van de scan. Tegenstanders wijzen op nevenbevindingen op de MRI die voor onrust kunnen zorgen. Dit verschil van inzicht is terug te zien in de NBCA-registratie – dat is namelijk een puntenwolk (zie *figuur*). In het ene ziekenhuis krijgt meer dan 80 procent van de patiënten een MRI preoperatief en in het andere niemand, en de andere ziekenhuizen zitten ertussenin. Er bestaat wel een richtlijn, en die schrijft een MRI voor in specifieke gevallen, bijvoorbeeld als er een discrepantie bestaat tussen tumor-diameter bij klinisch mammografisch en echografisch onderzoek. Kijkend naar die richtlijn zou een ziekenhuis pakweg in 30 procent van de gevallen een MRI moeten doen voor de operatie, maar een groot

BORSTKANKERREGISTRATIE UITGELEGD

De NABON Breast Cancer Audit (NBCA) is een multidisciplinaire klinische registratie van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Borstkankerchirurgen, radiologen, pathologen, radiotherapeuten, internisten-oncologen en plastisch chirurgen doen mee. Verder zitten Borstkanker Vereniging Nederland en Zorgverzekeraars Nederland aan tafel bij de wetenschappelijke raad van de registratie. De registratie omvat dertig indicatoren en tien daarvan hebben een kwaliteitsnorm. Sinds 2013 doen alle 92 ziekenhuizen die borstkanker behandelen mee, en worden alle 57.000 borstkankerpatiënten in Nederland geregistreerd.

deel van de ziekenhuizen wijkt daar dus sterk van af. De universiteit van Maastricht onderzoekt voor de NBCA waar de variatie vandaan komt. Thijs van Dalen: 'Het onderzoek zal specifiek kijken naar de patiënten die niet onder de richtlijn vallen en toch een MRI krijgen. Is daar een goede reden voor? Zo ja, dan wordt de indicator doorontwikkeld tot een kwaliteitsindicator met norm. Maar zo nee, dan moeten we ons afvragen of dit een indicator is om te handhaven. Hij geeft dan alleen maar verwarring.'

Directe borstreconstructie

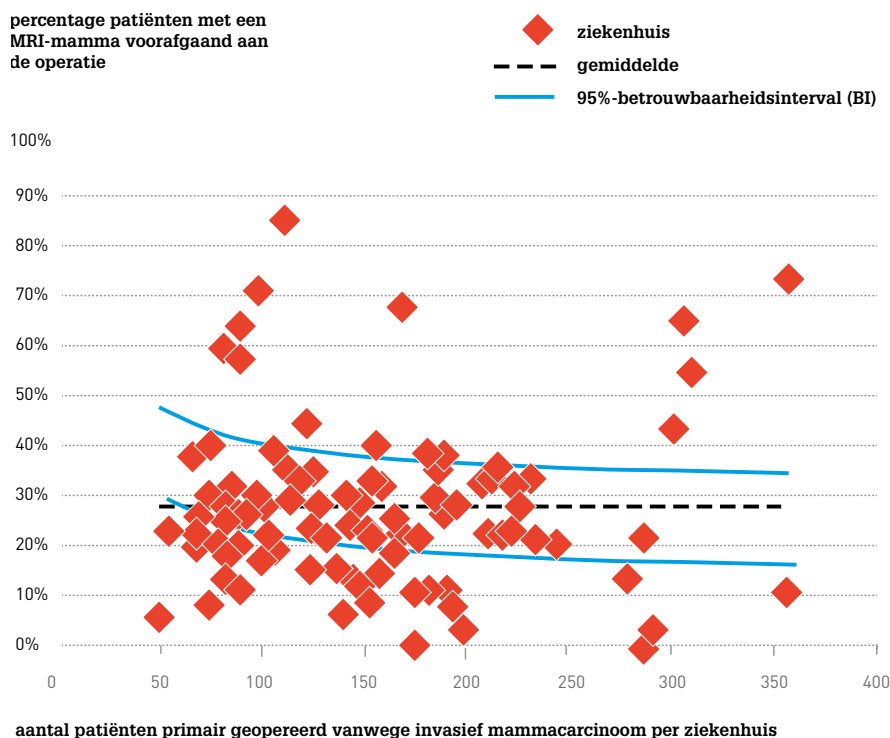
Iets soortgelijks geldt voor directe borstreconstructie bij een amputatie. In twee ziekenhuizen krijgt bijna 80 procent van de vrouwen direct een borstreconstructie na een amputatie, in veel andere ziekenhuizen is dat 0 procent. Het gemiddelde is 17 procent, maar de variatie is enorm. Er is geen richtlijn of norm voor directe reconstructie, dus je kunt niet zeggen welk ziekenhuis goede kwaliteit levert. Van Dalen: 'Het is verleidelijk om de ziekenhuizen met hoge percentages aan te wijzen, maar we weten nog niets over de kwaliteit van deze reconstructies of over de variatie tussen verschillende patiëntengroepen.'

De NBCA probeert helderheid te vinden in deze kwestie. Daartoe gaan de plastisch chirurgen, die deelnemer zijn van de registratie, de patiënten met een directe reconstructie opzoeken in hun nog jonge borstimplantatenregister en ze vergelijken met patiënten die de reconstructie later hebben laten doen. Zo kunnen ze zien of directe reconstructie goede uitkomsten geeft voor de patiënt. Van Dalen: 'Daarnaast zien we dat de doorlooptijd van diagnose tot operatie langer kan worden met directe reconstructie. Het inschakelen van de plastisch chirurg vraagt een andere logistiek, en een andere voorbereiding.'

Neoadjuvante therapie

De derde indicator waar veel variatie in is gemeten is de inzet van neoadjuvante therapie, oftewel chemotherapie voor de borstoperatie. De richtlijn schrijft

Procesindicator zonder norm: MRI-scan preoperatief



Puntenwolk voor de verschillen tussen ziekenhuizen in het percentage patiënten met een invasief M0 (geen metastasen)-mammacarcinoom of DCIS (ductaal carcinoma in situ van de mamma) dat een MRI-mamma heeft gekregen preoperatief (NBCA-jaar 2014).

neoadjuvante therapie voor bij tumorstadium III of IV, en soms bij stadium IIB. Gemiddeld geven ziekenhuizen de chemokuur aan 40 procent van de patiënten met stadium IIB, maar de spreiding gaat van 0 tot 100 procent. Ook bij stadium III is grote variatie gemeten, van 0 tot 100 procent, met een gemiddelde van 78 procent. Van Dalen: 'Hier is veel discussie over, en dat zien we terug in de

klinische registratie. Deze indicator zegt niets over kwaliteit, maar hij laat wel zien dat hier veel discussie over is. Verder valt op dat de variatie even groot is bij hoog- en laagvolumeziekenhuizen. Er is geen verband tussen de inzet van neoadjuvante therapie en het aantal patiënten dat een ziekenhuis behandelt. We zien het verband met volume overigens bij geen enkel domein. Toch is het geloof in volume als maatstaf voor de kwaliteit hardnekkig.'

Volume

Het volume aan borstkankerpatiënten per ziekenhuis varieert enorm. Van iets meer dan 50 (de minimumnorm) tot meer dan 550 patiënten. Er gaan regelmatig geluiden op om de zorg te concentreren. Van Dalen: 'De essentie van deze audit is dat je juist weg wilt blijven uit de volume-

'Het geloof in volume als maatstaf voor kwaliteit is hardnekkig'

TELEFOON

Een jaar of vijf geleden kreeg ik te horen dat onze telefooncentrale aan vervanging toe was. Dat leek me een simpele klus te zijn waar niet al te veel bestuurlijke aandacht voor nodig was. Neem het aantal toestellen waarmee we bellen en kijk hoeveel buitenlijnen erop inhamen: hoe moeilijk kan het zijn. Maar nee, ik kreeg de waarschuwing dat telefonie sinds de revolutie in informatie- en communicatietechnologie haar onschuld had verloren. De telefoon is niet langer dat bakelieten ding met een krulsnoer eraan, dat rinkelt of een bezetton laat horen. Een telefoon is een *smart* multimediacomputer die spraakwolkjes de *cloud* in stuurt en veel meer kan dan alleen dat. Het kopen van een nieuwe telefooncentrale is dus deel geworden van een heuse communicatiestrategie. Daar hoort een nieuwe taal bij: *voip* (*voice over internet protocol*), *pivots* (slimme telefoontoestellen), *vos/mos* (verpleegkundig/medisch oproepsysteem) en... ach, ik zal u er niet mee lastigvallen. Om een lang verhaal kort te maken: de telefooncentrale is nu een server met allemaal computerprogramma's. Een bron van ellende dus. Die smartphone vertoont opeens eenrichtingverkeer. Of als je iemand doorschakelt kun je zelf meegenieten van de dialoog die volgt. De ingesprektoon, die zo vanzelfsprekend leek dat die niet in een programma van eisen stond, blijkt niet meer te bestaan. De server, ver weg buiten het ziekenhuis, valt om duistere redenen uit. En zo verder. De moraal? Dit is de vooruitgang. Ooit zal die tot geweldige nieuwe mogelijkheden leiden. Maar vooralsnog zie ik menigeen terugverlangen naar bakeliet met een krulsnoer.

Hugo Keuzenkamp

'Het gaat erom dat ziekenhuizen er zelf mee aan de slag gaan'

discussie. Je kunt beter kijken naar het percentage irrationaliteit, de inzet van chemotherapie, de kans dat iemand een keurige reconstructie krijgt na een amputatie of het percentage patiënten dat snel geopereerd wordt. Dat is allemaal een veel betere maat van kwaliteit. Persoonlijk vind ik het nogal een griezelige gok dat de kwaliteit beter wordt als we de zorg concentreren en een volumenorm stellen van pakweg 150 patiënten. De NBCA-registratie laat zien dat hoog-volume centra niet beter scoren, sterker nog, de kwaliteit houdt helemaal geen verband met volume. Het percentage radicaliteit is in laag- en hoogvolume ziekenhuizen bijvoorbeeld gelijk.' Waar het bij de audit echt om draait is dat een behandelteam snel kan zien hoe het presteert ten opzichte van de burens, legt Van Dalen uit. Een paar jaar geleden zag de oncologisch chirurg zelf dat het 'wybertje' van zijn behandelteam in de puntenwolk bij het multidisciplinair overleg aan de lage kant zat. Nader onderzoek liet zien dat het overleg er bij de drukte rond feestdagen bij inschoot. Daar heeft hij maatregelen voor getroffen, en inmiddels is de score weer boven de norm. Van Dalen: 'Als iedereen die slechter scoort gaat onderzoeken waar dat door komt, en hoe het beter kan, wordt de kwaliteit voor de hele groep ziekenhuizen beter, en wordt de variatie kleiner. Je kunt een kwartaal later al zien hoe je hebt gepresteerd, dus je hebt een snelle feedback. Onze successen, zoals een landelijke daling in het percentage positieve snijvlakken, die mogen we met elkaar vieren, maar uiteindelijk gaat het erom dat ziekenhuizen die sterk afwijken van de norm dat opmerken en er zelf mee aan de slag gaan.'

Transparantie

De registratie moet voor de deelnemende artsen in de dagelijkse praktijk wat opleveren, vindt Van Dalen, en niet te veel administratieve lasten met zich meebrengen. De indicatoren waar nu zoveel variatie in is gemeten, mogen van de beroepsgroepen geschrapt worden, als ze niets over de kwaliteit blijken te zeggen. In de

toekomst wil de NBCA überhaupt minder indicatoren, een of twee per discipline, die de kwaliteit onomstreden weergeven. Voor de borstkankervereniging is dat lastig; zij wil juist alles weten over prestaties van ziekenhuizen. Alle indicatoren in de Borstkankerregistratie zijn vanaf het begin gepubliceerd in overleg met de belanghebbenden, ook wanneer er geen norm is. Er ontstaat dan discussie als er veel variatie wordt gemeten. Van Dalen: 'Je ziet een stippellijn die het gemiddelde aangeeft. Daarmee krijg je het gevoel dat je iets moet vinden van de lijn en de wolk eromheen, terwijl het eigenlijk nog onderzocht wordt. Het slechtste wat kan gebeuren is dat de stippellijn de norm wordt. De beroepsgroepen stellen de norm op basis van onderzoek. Het systeem werkt niet als je je kwaliteit moet spiegelen aan een norm waar je wetenschappelijke vereniging niet achter staat.' Het doel van de klinische registratie moet goed voor ogen worden gehouden, vindt Van Dale. 'We kunnen niet van al die zorgverleners steeds maar vragen om informatie te registreren die ons "wel interessant lijkt". Het grote belang van registratie moet altijd zijn dat het spiegelinformatie geeft voor de specialist over zijn kwaliteit. Eerlijk gezegd zijn er nu nogal wat indicatoren die niet echt iets zeggen over kwaliteit. Het adagium is: we moeten minder indicatoren hebben die meer zeggen over de kwaliteit. Less is more.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en verwijzingen naar websites met aanvullende informatie vindt u onder dit artikel op medisch-contact.nl/artikelen.