

Darmchirurgen gebruiken hun zorguitkomsten om zichzelf te verbeteren

# Registreren, terugkop

Twan van Venrooij,  
journalist

In het buitenland levert het vastleggen, terugkoppelen en openbaar maken van zorgcijfers betere zorg op. In Nederland registreren darmkankerchirurgen sinds kort ook hun resultaten. Andere beroepsgroepen kunnen daarvan profiteren.

**P**restatie- en kwaliteitsindicatoren geven geen precies beeld van de kwaliteit van zorg. Of het registreren van zorguitkomsten meer kwaliteit oplevert, is nog maar de vraag. Probleem is onder andere dat ziekenhuizen niet goed zijn te vergelijken.<sup>1</sup> Het zorgvuldig registreren van uitkomsten én van patiëntkarakteristieken en deze vervolgens terugkoppelen, blijkt wel tot betere zorg te leiden. Dit proces wordt ook wel een medical audit genoemd (hoewel hiermee ook andere vormen van kwaliteitsverbeteringsprocessen worden bedoeld). In de VS, Engeland en Noorwegen zijn hiermee indrukwekkende resultaten behaald.

## Congres

In de Amerikaanse Veterans Affairs-ziekenhuizen werd halverwege de jaren negentig voor het eerst een landelijke medical audit ingevoerd.

(Het idee is overigens al veel ouder, zie kader *The End Result*). Medical audits zijn afgedwongen door het Amerikaanse Congres. Dat meende dat de mortaliteitscijfers na operaties in de Veterans Affairs-ziekenhuizen te hoog waren en

nam daarom een wet aan die deze ziekenhuizen verplichtte om jaarlijks hun chirurgische uitkomsten te publiceren en te vergelijken met het nationale gemiddelde. Probleem was dat niemand kon vertellen wat het nationale gemiddelde was.

Nadat in een klein aantal ziekenhuizen een auditsysteem was ontwikkeld, werd het registratiesysteem in 1994 ingevoerd in alle Veterans Affairs-ziekenhuizen. Dit heeft inmiddels een databank opgeleverd waarin jaarlijks gegevens van 110.000 operaties worden verzameld.<sup>2</sup> De uitkomsten worden teruggekoppeld naar individuele ziekenhuizen en chirurgen, en vormen zo een prikkel voor ondermaats presterende centra om hun klinische prestaties te verbeteren. Door de registratie worden ook *best practices* geïdentificeerd. De bedoeling is dat minder goed presterende ziekenhuizen hun zorgproces hieraan spiegelen om zo het eigen klinisch traject te verbeteren.

In de Amerikaanse Veterans Affairs-ziekenhuizen daalde de postoperatieve mortaliteit in de tien jaar na het invoeren van de audit met 27 procent (van 3,1 naar 2,3%). De postoperatieve morbiditeit daalde in deze periode met 45 procent. Ook nam het aantal opnamedagen af: van negen naar vier dagen (dat is twee dagen minder dan in algemene ziekenhuizen in die tijd). Sinds begin 2001 is onder de vlag van de Amerikaanse chirurgenvereniging een vergelijkbare registratie opgezet waar alle ziekenhuizen aan kunnen meedoen.<sup>3</sup> Om deel te nemen betaalt een ziekenhuis jaarlijks 35.000 dollar plus het salaris van een medewerker die alle data verzamelt. Momenteel doen meer dan 200 ziekenhuizen mee.

In Engeland en Noorwegen zijn vergelijkbare audits opgezet. In Noorwegen is in 1993 een registratie opgezet voor rectumcarcinoom-operaties. Dat heeft eveneens goede resultaten

## De postoperatieve morbiditeit daalde met 45 procent

# pelen en publiceren

opgeleverd. De lokale recidiepercentages waren in 1999 gehalveerd en ook de overleving was significant verbeterd. Inmiddels is besloten het programma uit te breiden naar alle gastro-intestinale tumoren. Engeland kent sinds 1998 de National Bowel Cancer Audit. Ongeveer driekwart van de ziekenhuizen waar darmkankeroperaties plaatsvinden, doet hieraan mee. Ook de Engelsen melden een afname van de postoperatieve mortaliteit na dertig dagen (met 40%) en een vermindering van het aantal ligdagen (van 12 dagen in 2004 naar 8 in 2008).

## Prestatie-indicator

De goede resultaten met dit soort audits in het buitenland hebben Nederlandse darmkankerchirurgen geïnspireerd. In april 2006 hebben zij de Stichting Dutch Surgical Colorectal

Audit (DSCA) opgericht. De DSCA heeft bij het opzetten van de colorectale audit gebruikge maakt van de ervaringen van de National Bowel Cancer Audit Project uit Engeland en de Rectal Cancer Registries uit Noorwegen.

Vanaf augustus 2008 is een pilot van start gegaan waaraan inmiddels meer dan 90 procent van alle ziekenhuizen meedoet (91 ziekenhuizen per 4 maart). Op een digitaal formulier kunnen artsen of physician assistants gegevens doorgeven waarna deze geanonimiseerd in een centrale databank worden opgeslagen. Sinds 1 januari 2009 is deelname aan de DSCA een IGZ-prestatie-indicator.

## Casemix

Er bestaan in Nederland ook andere registraties, zoals de cataractregistratie van het

Bij colorectale chirurgie kunnen in een bepaalde periode ineens veel meer complicaties voorkomen. Meestal is onduidelijk waardoor dit komt.

beeld: Reporters



## The End Result

Ernest Amory Codman, een chirurg uit Boston (1869-1940), wordt gezien als de grondlegger van de medical audit.<sup>5</sup> Hij bedacht het End Result System. Dat hield in dat bij iedere patiënt direct na ontslag en één jaar na behandeling, de uitkomst van de behandeling werd geëvalueerd. Daarbij probeerde Codman gemaakte fouten – die hij nauwgezet registreerde tijdens zijn werk – te koppelen aan de uitkomst.

Hij identificeerde vier typen fouten: onkunde of te weinig kennis, chirurgische beoordelingsfouten, een gebrek aan zorg of materiaal en diagnostische fouten. Naast de foutencategorieën registreerde hij vier calamiteiten waarover de arts geen controle heeft.

Omdat het Massachusetts General Hospital waar hij werkte in 1914 weigerde om zijn plan voor het beoordelen van de competentie van chirurgen door te voeren, begon hij een privékliniek die hij het End Result Hospital noemde. Jaarlijks maakte hij de zorguitkomsten van zijn ziekenhuis bekend. Kopieën hiervan verstuurde hij naar directies van andere ziekenhuizen om hen uit te dagen hetzelfde te doen.



Beeld: Shutterstock

Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG), waarover vorig jaar in MC een artikel verscheen.<sup>4</sup> Toch is de DSCA hiermee niet helemaal te vergelijken. Andere registraties kunnen patiëntkenmerken als tumorstadium, leeftijd en comorbiditeit niet zo uitgebreid aan uitkomsten koppelen als de DSCA. Terwijl dat nu juist essentieel is om de uitkomsten van zorg te kunnen vergelijken, stelt Rob Tollenaar, hoogleraar oncologische chirurgie in Leiden en een van de initiatiefnemers van de DSCA. 'Corrigeren voor casemix is erg belangrijk. Om uitkomsten van zorg goed te kunnen interpreteren, moeten alle beïnvloedende factoren in kaart zijn gebracht.'

In totaal worden momenteel 136 items zoals patiëntkenmerken en zorguitkomsten vastgelegd. Dr. Eric-Hans Eddes, voorzitter van de DSCA en gastro-intestinaal chirurg in het Deventer Ziekenhuis: 'Dat is veel, maar helaas noodzakelijk. Alleen daardoor kunnen we uiteindelijk analyseren welke gegevens bepalend en welke overbodig zijn. De registratie moet een tijd lopen om op valide wijze een minimale dataset tot stand te brengen.'

Belangrijk is ook dat de aan te leveren gegevens eenduidig zijn en op een uniforme manier worden aangeleverd. Verder moeten er voldoende gegevens zijn om harde conclusies te kunnen trekken. Tollenaar: 'Je moet grip hebben op variabiliteit door toeval. Iedere chirurg die colorectale chirurgie doet, weet dat er periodes zijn waarin er ineens twee of drie keer zo veel complicaties zoals naadlekkages voorkomen. Meestal is compleet onduidelijk waardoor dit komt. Het kan een gevolg zijn van natuurlijke variabiliteit.'

Mogelijk wordt eerst alleen eenduidige en relatief neutrale informatie naar buiten gebracht, bijvoorbeeld over het aantal operaties. Tollenaar: 'We zullen de eerste jaren niet over alle data rapporteren, maar we willen wel transparant zijn over de data die goed interpreteerbaar zijn. We vragen om tijd om een eerlijke vergelijking te kunnen maken. Daarmee sla je twee vliegen in één klap. Je biedt de patiënt het perspectief dat de informatie komt en je geeft de beroepsgroep de zekerheid dat dit niet zonder nadenken op straat wordt geslingerd.'

## Zelfcorrigerend systeem

Jaarlijks ontvangen alle deelnemende klinieken een rapport waarin per item staat hoe men heeft gepresteerd ten opzichte van de rest van Nederland. Daarnaast krijgen ziekenhuizen ieder kwartaal een overzicht van de belangrijkste gegevens en van de kwaliteit van de ingevoerde data. De DSCA kan gericht gegevens teruggeven voor het doen van onderzoek. In april 2009 ontvangen de deelnemende klinieken een eerste terugrapportage over de kwaliteit van de gegevens en worden de ruwe, ongecorrigeerde data teruggegeven. De eerste officiële rapportage verschijnt naar verwachting in de loop van 2010.

Ook komt een openbare landelijke rapportage. Maar alle klinieken blijven daarin anoniem, vertelt Eric-Hans Eddes. 'Deze rapportage is daarmee een objectieve weergave van hoe het met de zorg in Nederland is gesteld.' Eddes benadrukt dat de registratie niet is bedoeld om ziekenhuizen aan de schandpaal te nagelen.

## SAMENVATTING

- Het meten van uitkomsten en het – gecorrigeerd voor casemix – vergelijken van de resultaten van operaties, heeft in het buitenland geleid tot betere zorg.
- Dit wordt wel een medical audit genoemd.
- Het openbaar maken van de zorguitkomsten is een prikkel voor klinieken en individuele artsen om de zorg te verbeteren.
- De Dutch Surgical Colorectal Audit heeft een medical audit opgezet voor darmkankeroperaties.
- Ook andere beroepsgroepen die deze systematiek willen toepassen, kunnen het door de DSCA ontwikkelde systeem gebruiken.

## ‘Registreren wordt zo een deel van het zorgproces’



Links naar buitenlandse audit-programma's en meer vindt u bij dit artikel op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

### Literatuur

1. Visser J. Prestatie-indicatoren niet gebruiken om ziekenhuizen te vergelijken. *Medisch Contact* 2008; 33/34: 1336.
2. Khuri SF et al. The Comparative Assessment and Improvement of Quality of Surgical Care in the Department of Veterans Affairs. *Arch Surg.* 2002; 137: 20-7.
3. [https://acsnsqip.org/main/about\\_history.asp](https://acsnsqip.org/main/about_history.asp).
4. Tan HS, Henry YP. Scherp op het netvlies. *Medisch Contact* 2008; 47: 1968-70.
5. Neuhauser D, Ernest Amory Codman MD. *Qual. Saf. Health Care* 2002; 11: 104-5.

‘Wij zijn geen controlerend orgaan; wij geven de informatie slechts aan het ziekenhuis terug. Het is vervolgens aan de directie van het ziekenhuis, of eventueel aan de inspectie om corrigerend op te treden als dat nodig blijkt.’

Maar waarschijnlijker is dat benedengemiddeld presterende ziekenhuizen zelf de handschoenen oppakken. Dat gebeurde in ieder geval wel in het buitenland na invoering van de audits. De ervaringen daar laten zien dat er een zelfcorrigerend systeem ontstaat, vertelt Eddes. ‘Op een gegeven moment kwamen alle Noorse ziekenhuizen – op één na – naar buiten met hun resultaten. Dat ene ziekenhuis had zulke slechte resultaten, dat degene die de data ontving ze verstopte! Hij vertelde aan niemand, ook niet in de eigen organisatie, dat de auditcijfers binnen waren. Dat was natuurlijk niet vol te houden, toen andere ziekenhuizen met hun resultaten naar buiten kwamen.’

Eddes: ‘Inmiddels blijkt dat in Noorwegen de combinatie van een jaarlijkse landelijke rapportage, gecombineerd met een tegelijkertijd verstrekte individuele benchmark, een sterk zelfcorrigerend en transparantiebevorderend effect heeft. Alle klinieken tonen hun gegevens en men participeert zonder speciale regeling in verbetertrajecten of staakt met het geven van een behandeling.’

Eddes: ‘Inmiddels blijkt dat in Noorwegen de combinatie van een jaarlijkse landelijke rapportage, gecombineerd met een tegelijkertijd verstrekte individuele benchmark, een sterk zelfcorrigerend en transparantiebevorderend effect heeft. Alle klinieken tonen hun gegevens en men participeert zonder speciale regeling in verbetertrajecten of staakt met het geven van een behandeling.’

### Registratielast

De DSCA denkt dat de registratie van prestatie- en kwaliteitsindicatoren heeft gezorgd voor draagvlak om uitkomsten te registreren. Tollenaar: ‘Iedereen is zich ervan bewust dat het meten van kwaliteit belangrijk is. Maar we zien ook dat er heel weinig prestatie-indicatoren zijn die al gevalideerd zijn en die echt meten wat we willen meten. Als je echt bruikbare informatie wilt hebben, moet je een audit doen.’

Eerdere registraties hebben mogelijk ook de angst voor de registratielast verminderd. Als het elektronisch patiëntendossier (EPD) is ingevoerd, wordt het registreren van uitkomsten minder arbeidsintensief, denkt Eddes: ‘We hopen dat we de hele dataset die wordt gebruikt voor de DSCA, kunnen overhevelen naar het patiëntendossier. Zo wordt op een gegeven moment registreren een deel van het zorgproces.’ Tollenaar: ‘Als we de beroepsgroep nu meekrijgen en samen afspreken wat we willen registreren, kan hiermee rekening worden gehouden bij het maken van het EPD. Binnen de heekunde proberen we dat te doen; we definiëren van alle complexe zorg een aantal datasets. Over een aantal jaar moeten registratie en administratie dan samengaan.’

### Mogelijkheden

De darmchirurgen hopen dat andere beroepsgroepen het initiatief overnemen. Want in plaats van gevraagde prestatie- of kwaliteitscijfers te verstrekken, is het slimmer om als beroepsgroep zelf de touwtjes in handen te nemen, stellen Tollenaar en Eddes. Tollenaar: ‘Dit is een *window of opportunity*. Als je de komende twee jaar binnen de beroepsgroepen datasets definieert, kunnen we erop toezien dat verzamelde indicatoren een goed beeld geven van de werkelijke kwaliteit van de geleverde zorg. Uiteindelijk vormen deze gegevens een enorm goede basis om te komen tot kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg.’

Het houden van de regie bij het aanleveren van indicatoren heeft veel voordelen, stelt Eddes. ‘De verschillende partijen die om informatie vragen, willen soms allemaal andere gegevens. Daarbij zijn de items die worden gevraagd door de inspectie of door de zorgverzekeraars soms ook helemaal niet zo zinnig, bijvoorbeeld omdat ze niet zijn gecorrigeerd voor casemix. Je kunt veel beter als beroepsgroep, in overleg met alle partijen, aan een overkoepelend systeem werken waarbij zorgbreed en op een valide wijze eenduidig wordt gerapporteerd.’

Afgelopen 12 februari organiseerde de DSCA daarom een symposium over audits en transparantie. De bijeenkomst was onder meer bedoeld voor disciplines die ook een audit willen starten. Eddes: ‘We zijn twee jaar bezig geweest met het ontwikkelen hiervan en hebben de DSCA zo opgezet dat mensen die andere registraties willen opzetten, gemakkelijk kunnen aanhaken. Als je helemaal opnieuw begint, loop je twee jaar achter, terwijl je bij ons als het ware de stekker erin kunt steken en meteen van start kunt gaan.’ 