

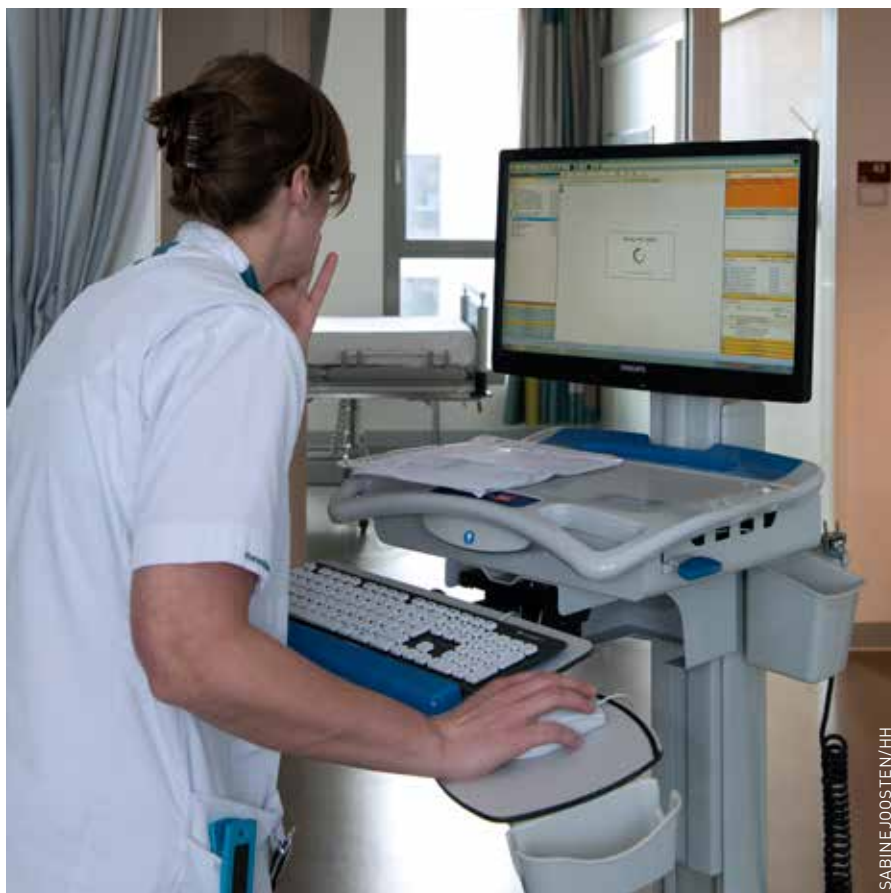
Sophie Broersen

s.broersen@medischcontact.nl

@medischcontact.nl

‘Registreer overleving en heropnames’

Er wordt wat afgeregistreerd in de Nederlandse ziekenhuizen. En toch willen de NZa en Zorginstituut Nederland daar nog een paar algemene indicatoren aan toevoegen. Hoogleraar Niek Klazinga legt uit waarom dat zinvol is.



SABINE JOOSTEN/HH

In tientallen registers voeren ziekenhuizen onder aanvoering van een leger kwaliteitsfunctionarissen duizenden getallen in. Toch denken de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland (ZiN) dat het nuttig is om er nog een paar aan toe te voegen, en wel ziekte- en specialisme-overstijgende cijfers.

Eén zo’n algemene indicator leidt al jaren tot veel discussie: de HSMR, het ziekenhuissterftecijfer. Toch komen daar – mits alle betrokken organisaties het eens worden – de volgende indicatoren bij: ongeplande heropname, ongeplande heroperatie en onvoorzien lange opnameduur. Het liefst zonder dat daarvoor heel veel extra geregistreerd moet worden, door gebruik te maken van bestaande dataverzamelingen.

Ziekteoverstijgend

Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde (AMC), signaleerde een paar jaar geleden al dat Nederland in vergelijking met andere landen opvallend weinig aandacht heeft voor algemene uitkomsten, afkomstig uit administratieve databases: ‘Wel de HSMR, maar de andere niet. Terwijl de HSMR veel beperkingen heeft, en moeizamer te interpreteren is dan heropnames en heroperaties.’ Klazinga onderzocht op verzoek van de NZa samen met andere experts of het in Nederland mogelijk is om die gegevens te halen uit bestaande databases, in het bijzonder het dbc-informatiesysteem. Conclusie: het kan, maar daarvoor zijn wel flinke verbeteringen van die databases nodig. Hun bevindingen waren de basis voor een uitgebreide consultatieronde bij betrokken partijen, zoals de inspectie, de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de NFU (de verenigde umc’s) en de Federatie van Medisch Specialisten. Daaruit bleek dat er een groot draagvlak is voor het ontwikkelen van ziekteoverstijgende indicatoren. De NZa en ZiN willen dan ook dat deze er gaan komen, blijkt uit hun gezamenlijke rapport ‘Ontwikkeling algemene indicatoren’. Al die betrokken partijen moeten nu uit gaan polderen welke indi-

catoren er gaan komen en hoe ze dat voor elkaar gaan krijgen. Dat het enkele jaren zal duren voor deze daadwerkelijk openbaar beschikbaar zijn zodat zorgverleners, -verzekeraars en patiënten deze kunnen gebruiken, moge duidelijk zijn.

Zijn nieuwe indicatoren nodig? Het niveau van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog en er wordt al heel veel geregistreerd.

Klazinga: 'Nou, ik wil bestrijden dat het zo goed gaat. Nederland doet het redelijk, maar zit echt niet op alle vlakken in de voorhoede. Als we werkelijk onze uitkomsten willen meten, moeten we goed registreren hoe het staat met de overleving, en ook met heropnames en andere relevante factoren. We leggen in Nederland wel veel vast, maar vaak in allemaal aparte datasystemen. Die verbrokkelde informatie geeft geen goed overzicht van wat er op hoofdlijnen gebeurt. We kunnen daarom beter onze energie richten op

schien komen we wel tot het inzicht dat we weinig informatie kunnen halen uit bepaalde maten. Dat lijkt me overigens niet waarschijnlijk: er is uitgebreide ervaring met deze maten in andere landen, waar het gebruik ook resultaat oplevert. De Denen hebben bijvoorbeeld het aantal ongeplande heropnames kunnen terugdringen, zonder de ligduur te verlengen.'

Uit uw onderzoek naar het halen van gegevens uit het dbc-systeem, het DIS, blijkt dat er nog veel moet gebeuren voordat dat informatie oplevert die een zinvolle vergelijking tussen ziekenhuizen mogelijk maakt.

'Ja, maar zoals u zegt: dat is op basis van het DIS, dat als voordeel heeft dat elke patiënt erin staat. Er hangt immers een betaling aan vast. Maar er staat ook veel informatie niet in die nodig is om betrouwbare cijfers te krijgen. Nu is de gedachte dat de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuizen (LBZ) een betere bron is,

kijken naar de continuïteit van zorg. Zorgen dat de overdracht naar huis zo goed mogelijk is, de patiënt weet welke medicatie hij moet gebruiken, ga zo maar door.'

Het is de bedoeling dat deze cijfers openbaar worden, net als de HSMR. Hoe zinvol vindt u dat?

'Je krijgt een genuanceerder beeld als je deze indicatoren naast de sterftcijfers zet, dan met de HSMR alleen. We zullen een debat moeten voeren over voor welke doeleinden ze vervolgens bruikbaar zijn. Het blijven indicatoren, het woord zegt het al: geen maten die met 100 procent sensitiviteit en specificiteit de kwaliteit van de zorg weerspiegelen. Ze zijn primair bedoeld om binnen instellingen te gebruiken, om te reflecteren op de zorg die ze leveren. Gezien de huidige data-kwaliteit is het nu nog niet verstandig om daar directe financiële prikkels aan te koppelen, zoals in de VS al het geval is.'

Maar als ze openbaar zijn, zullen zorgverzekeraars ze gebruiken, en patiënten ook. Dat werkt manipulatie van uitkomsten in de hand, dat staat ook expliciet in het rapport.

'Voor alle indicatoren geldt: je kunt ze volledig kapot maken door alleen in te zetten op externe verantwoording. Als je dat te ver doordrukt, krijg je een tegenreactie, dat men niet meer wil aanleveren. Of dat men probeert zo goed mogelijk te scoren, bijvoorbeeld door flink wat neven-diagnoses te noteren. Dan maak je het systeem kapot.'

Maar dat gebeurt toch?

'Dat weet ik niet, dat is voor een deel de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep en de ziekenhuizen zelf. Ze krijgen nu in ieder geval de mogelijkheid om het voor deze uitkomstmaten zelf op orde te krijgen, en ze zijn daar ook al mee bezig. Je kan met de hakken in het zand, of je zorgt dat het op orde komt.' ■

web

Het rapport van de NZa en ZiN en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

'Nederland doet het redelijk, maar zit echt niet overal in de voorhoede'

algemene indicatoren. Gebruiken wat we hebben, die databases goed en volledig maken, in plaats van ons informatielandschap nog verder te verkavelen. Een mogelijk bijeffect is dat we betere databases krijgen met betrouwbare langetermijninformatie. Die zijn bruikbaar om goede effectiviteitsstudies te doen, om te kunnen beoordelen wat een behandeling daadwerkelijk oplevert.'

Geven uitkomstmaten als heropname en heroperatie wel ziekteoverstijgende informatie? Het maakt nogal uit of het over een operatie van een gebroken been of voor borstkanker gaat.

'Ik denk ook dat we uiteindelijk alleen tussen kleinere eenheden, bijvoorbeeld per specialisme, zinvol kunnen vergelijken. Maar je weet pas welke eenheden zinvol zijn, als je het gaat meten. Mis-

sen dat vinden partijen als de NVZ ook. Daarvan was het nadeel dat deelname vrijwillig was, en dat de zelfstandige behandelcentra daar nog niet aan deelnamen. Ik begrijp dat die daar nu wel belangstelling voor hebben. Maar ook voor de LBZ geldt dat daarvoor nog heel wat slagen nodig zijn: beter, uniform coderen, ook de comorbiditeit, een onderscheid aanbrengen tussen geplande en ongeplande zorg, en zorgen voor een goede kwaliteitscontrole van het datasysteem zelf.'

Maar een heropname in het ziekenhuis valt niet altijd te voorkomen. Dat ligt voor een groot deel aan wat er thuis gebeurt. Waarom is dat dan een zinvolle uitkomstmaat?

'Juist daarom. Het kan een stimulans voor een ziekenhuis zijn om goed te