



Betrouwbare kwaliteitsinformatie essentieel voor gezondheidszorg

Kwaliteitsindicatoren vo ontwikkelen zich in rap

Patiënten en zorgverzekeraars vragen in toenemende mate om informatie. Er moet geconcurrereerd en bezuinigd worden, maar dat mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van onze gezondheidszorg. Sterker nog, we willen de beste zorg die er is. Betrouwbare kwaliteitsinformatie zou hierop het antwoord moeten zijn.

Door Evelien van Herwaarden

In 2004 presenteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg de eerste basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen. Na een eerste facultatief jaar moesten de gegevens verplicht worden aangeleverd en werden de uitkomsten openbaar gemaakt. Dit leidde

al snel tot publicaties in de media, zoals de top 100 in het Algemeen Dagblad en Elseviers 'Beste Ziekenhuizen'. Het was wennen voor de zorgaanbieders, maar nog geen acht jaar later blijkt de sector de bal actief te hebben opgepakt. De koplopers,

zoals de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, zoeken inmiddels zelf de landelijke media op. Onlangs verschenen zij met hun nieuwe volumenormenten nog in het NOS journaal en NRC Handelsblad. Er is een duidelijke verandering gaande.



Zichtbare Zorg heeft ruim veertig indicatorensets ontwikkeld voor de ziekenhuizen.

keling te stimuleren en stelde de middelen ter beschikking om het programma Zichtbare Zorg te starten. Vanaf het begin hebben we alle partijen uitgenodigd om mee te praten over de inhoud van de indicatoren en hoe deze voor meerdere doeleinden gebruikt kunnen worden.'

De medewerkers van Zichtbare Zorg ondersteunen elf zorgsectoren bij het zichtbaar en vergelijkbaar maken van hun kwaliteit. Samen met externe bureaus biedt Zichtbare Zorg de expertise om tot valide en betrouwbare data te komen. Mona Wets benadrukt dat het om een programma gaat: 'Wij geven een boost aan de indicatorenontwikkeling in de zorg en zorgen dat er een basis ligt. Daarna moet het veld het zelf gaan doen. De indicatoren die we ontwikkelen zijn echt bedoeld als indicatie. Het geeft een beeld van waar verbeteringen mogelijk zijn en daarover ga je met elkaar in gesprek. De ziekenhuizen zijn verplicht om de kwaliteitsgegevens aan te leveren voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De uitkomsten zijn dus voor iedereen inzichtelijk.'

Proces en uitkomst

Inmiddels zijn er door Zichtbare Zorg ruim

zijn veertig medische aandoeningen door de stuurgroep geselecteerd', vertelt Wets. 'Per aandoening is een werkgroep ingesteld die het hele zorgproces doorloopt en op zoek gaat naar de beste indicator. In dat proces wordt gekeken naar validiteit, registratiebetrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Ook het discriminerend vermogen van de indicator en de statistische betrouwbaarheid zijn van belang. Het aantal patiënten met een bepaalde aandoening kan per ziekenhuis te klein zijn om er betrouwbare uitspraken over te kunnen doen. De registratiebron vormt soms ook een probleem. Je wilt bijvoorbeeld iets weten over een complicatie, maar die blijkt nog niet goed te destilleren uit de datasystemen van het ziekenhuis. De stuurgroep Ziekenhuizen kan besluiten om een op andere aspecten goed scorende indicator toch te selecteren, juist om de registratie ervan te bevorderen.'

Nog niet alle indicatoren scoren optimaal op alle aspecten. Zichtbare Zorg geeft dit per indicator aan met groene, oranje en rode vlaggen. 'We maken een ontwikkelingsproces door', zegt Wets. 'Soms moet je beginnen met een eenvoudige ja/nee-vraag, zoals: krijgen alle diabetespatiënten in uw ziekenhuis een voetonderzoek? Vervolgens wordt het een procesindicator waarbij het ziekenhuis tellers en noemers moet invullen. We zien dan bijvoorbeeld dat degenen die ja antwoordden op de structuurvraag toch geen 100% scoren op de procesindicator. Daar ligt dan de ruimte voor kwaliteitsverbetering. Uiteindelijk willen we zoveel mogelijk uitkomstindicatoren, maar dat is best lastig. De aantallen, bijvoorbeeld van wondinfecties na een bepaalde ingreep, zijn soms te laag. Het heeft ook te maken met het besluit van de stuurgroep om geen casemix-correcties toe te passen. De uitkomsten worden dus

veertig indicatorensets ontwikkeld voor de ziekenhuizen. Het gaat hier vooral om structuur- en procesindicatoren. Harde uitkomstindicatoren zijn nog te beperkt

Wij geven een boost aan de ontwikkeling van indicatoren in de zorg'

ontwikkeld. De indicatoren komen tot stand na zorgvuldige afstemming en overleg, onder meer met de wetenschappelijke verenigingen en de ziekenhuizen. 'Er

niet gecorrigeerd voor patiëntgebonden factoren zoals leeftijd en zorgzwaarte. Daarom vinden de medische professionals dit soort indicatoren vaak nog ongeschikt.'

or ziekenhuizen tempo

Zorg zichtbaar maken

Mona Wets is programmaleider ziekenhuizen en GGZ bij Zichtbare Zorg. Wets: 'In 2007 is het programma Zichtbare Zorg vanuit VWS opgericht. De set van de IGZ was vooral bedoeld voor toezichtdoeleinden, maar inmiddels had de informatiebehoefte zich verder uitgebreid. Patiëntenverenigingen wilden keuze-informatie voor hun patiënten en de zorgverzekeraars waren op zoek naar inkoopinformatie. Ook bij de zorgaanbieders zelf nam de behoefte aan zichtbaarheid toe. De overheid vond het belangrijk om deze ontwik-

Een duidelijk signaal

Juist het ontbreken van deze casemix-correcties is voor de Nederlandse chirurgen een van de redenen geweest om het heft in eigen hand te nemen. ‘Het corrigeren voor zorgzwaarte is heel belangrijk.’ Aan het woord is professor Rob Tollenaar, chirurg in het LUMC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). ‘Als je geen gegevens over casemix hebt, kom je al snel in een discussie dat resultaten niet vergelijkbaar zijn. Als je hiervoor corrigeert krijg je betere spiegelinformatie en creëer je draagvlak voor kwaliteitsvergelijking. Je kunt best practices identificeren en gerichte verbetertrajecten starten. En kwaliteitsverbetering is natuurlijk het uiteindelijke doel. We hebben als vereniging een gedegen discussie gevoerd over ons kwaliteitsbeleid. De basis hiervan zijn de evidence based richtlijnen. Indicatoren kwamen hierbij, maar we vonden dit niet goed genoeg. Daarom hebben we een uitkomstregistratiesysteem opgezet dat kan corrigeren voor casemix: een zogenaamde medical audit. Hierbij wordt essentiële informatie over het hele behandelproces op eenduidige wijze vastgelegd, centraal — geanonimiseerd — opgeslagen en vervolgens geanalyseerd. We zijn begonnen met de chirurgie voor dikkedarmkanker (de Dutch Surgical Colorectal Audit). Dit systeem wordt nu als blauwdruk gebruikt voor andere aandoeningen. Zo is er nu ook gestart met een registratie voor maag- en slokdarmchirurgie en in samenwerking met het IKNL en het NABON een mul-



zegt Tollenaar. ‘Er ontstond binnen korte tijd een publieke discussie over de openbaar gemaakte uitkomsten, met name over de borstkankeroperaties. Wij stonden in het brandpunt van de belangstelling. Binnen onze vereniging hebben we al snel begrepen dat we hier iets mee moesten doen. Inmiddels ontstonden er steeds meer vragenlijsten, eerst van Zichtbare Zorg en later ook van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen. Vaak met net weer

praktijk. Het systeem corrigeert voor casemix zodat er geen discussie ontstaat over de onderlinge vergelijkbaarheid. De NVvH werkt aan meer registraties volgens de DSCA-methode. Er is ook een aparte organisatie opgericht, het Dutch Institute for Clinical Auditing, die de hele infrastructuur hiervoor levert.’

Tollenaar benadrukt dat de uitkomstregistraties onderdeel zijn van het totale kwaliteitsbeleid. Evidence based richtlijnen vormen de basis, daarnaast zijn er indicatoren, audits en kwaliteitsvisitaties. ‘Je kunt richtlijnen maken wat je wilt, maar je moet weten of ze geïmplementeerd worden en effect hebben’, zegt hij. ‘Het sluitstuk in ons kwaliteitsbeleid vormen de normering en certificering.’

Meer dan volumenormen

Dit jaar presenteerden de chirurgen twee sets met kwaliteitseisen en indicatoren. Het waren vooral de volumenormen die het nieuws haalden. Tollenaar: ‘Als onderdeel van de kwaliteitseisen hebben we ook volumenormen afgesproken. Het gaat om complexe, niet veel voorkomende ingrepen

‘Ons registratiesysteem is een landelijk voorbeeld geworden’

tidisciplinaire uitkomstregistratie voor borstkanker.’

Een publieke discussie

Net als andere wetenschappelijke verenigingen was de NVvH vanaf het begin partij in de ontwikkeling van de indicatoren. Zij zijn betrokken geweest bij zowel de basisset van de IGZ als de indicatoren van Zichtbare Zorg. ‘Die set van de inspectie was natuurlijk een duidelijk signaal dat de buitenwereld informatie van ons wilde’,

andere definities en verschillende perioden waarover men de gegevens opvraagt. Dat zorgt voor een forse registratielast, terwijl de informatie soms weinig betekenisvol is, vinden wij. We hebben daarom besloten om het zelf aan te pakken en de Dutch Surgical Colorectal Audit opgezet. De chirurgen voeren in een web-based systeem gedetailleerde informatie in over patiënt en behandeling. Zij kunnen hun resultaten vergelijken met het landelijk gemiddelde en gericht verbeteringen invoeren in hun



Er komt steeds meer keuze-informatie voor patiënten, onder andere via websites van patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en Kiesbeter.nl.

zoals operaties voor slokdarmkanker of maagverkleiningsoperaties. We hebben gesteld dat een chirurgisch team in een ziekenhuis minstens twintig ingrepen per jaar moet uitvoeren. Voor borstkankeroperaties ligt dat aantal op vijftig. CZ trok vorig najaar veel media-aandacht met eigen volumennormen voor borstkanker, die de zorgverzekeraar hanteert bij het inkopen van zorg. Wij hadden onze normen dus al eerder dat jaar klaarliggen.'

Professor Tollenaar legt uit dat de volumennormen slechts een deel zijn van de kwaliteitseisen. 'Wij stellen bijvoorbeeld eisen met betrekking tot de beschikbare apparatuur, het naleven van richtlijnen en pre- en post-operatief multidisciplinair overleg. Daarnaast werken we zoveel mogelijk met uitkomstindicatoren. Zoals ik al aangaf is het voor ons belangrijk dat de registratielast beperkt blijft en de data gecorrigeerd wordt voor zorgzwaarte. De uitkomsten moeten ook te controleren en snel beschikbaar zijn. We hebben nu dus de DICA waarmee dit allemaal haalbaar is. De informatie is real-time beschikbaar en binnen vier maanden na het einde van het

jaar ontvangt iedereen een casemix-gecorrigeerde uitslag. Het is mooi dat de DSCA een landelijk voorbeeld is geworden. Er is dan ook goed over nagedacht, we hebben het zeker niet op een achternamiddag in elkaar gezet.'

Kwetsbaar opstellen

Een deel van de informatie is openbaar, maar de NVvH deelt niet alle uitkomsten direct met het publiek. 'De volumennormen maken we pas na zes maanden openbaar', zegt Tollenaar. 'We willen de chirurgen en ziekenhuizen eerst de kans geven om er zelf iets mee te doen. Ook de data in onze databases is niet voor iedereen toegankelijk. Uiteraard wordt de informatie voor de landelijk verplichte indicatoren van IGZ en Zichtbare Zorg aangeleverd en ook nog enkele andere uitkomsten. Maar als we alles direct openbaar zouden maken, zou het draagvlak onder de chirurgen drastisch afnemen. Stap één in dit proces is dat we ons onderling kwetsbaar durven opstellen. Bovendien is het voornaamste doel kwaliteitsverbetering en komt de openbaarheid van de gegevens op de tweede plaats. Dat betekent niet dat we weglopen voor de vraag om betekenisvolle informatie. De DSCA zal komend jaar de discussie met haar deelnemers aangaan om meer informatie openbaar te maken.'

Publieke taak

Binnen Zichtbare Zorg worden de chirurgen beschouwd als een van de koplopers. Ook onder de patiëntenverenigingen en de zorgverzekeraars zijn er koplopers en achterblijvers. Maar uiteindelijk zal iedereen mee moeten. 'Dit proces is niet meer terug te draaien', aldus Mona Wets. 'De ZiZo-indicatoren moeten weliswaar verplicht worden aangeleverd, maar de meeste partijen zijn nu om. We merken dat de beschikbare kwaliteitsinformatie actief wordt gebruikt door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. De aanzet is gemaakt, nu is het een kwestie van verder ontwikkelen.'

Voor Zichtbare Zorg wordt 2012 een overgangsjaar en in 2013 gaat het programma op in het nieuwe Kwaliteitsinstituut voor de Zorg. Wets: 'Wij trekken ons dan terug. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en uitvoering van indicatoren wordt

neergelegd bij het veld. Keuze-informatie voor patiënten en toezichtinformatie blijft een speerpunt voor het ministerie van VWS. Het ontwikkelen van inkoopinformatie vindt het ministerie bijvoorbeeld geen publieke taak. Het Kwaliteitsinstituut zal zorgdragen voor de metastandaarden, de toetsing en het vrijgeven van de openbare informatie. Er komt steeds meer keuze-informatie voor patiënten, onder andere via websites van patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en Kiesbeter.nl.'

Lagere kosten

Ook volgens Tollenaar is het proces niet meer te stoppen. 'De maatschappij vraagt van ons om transparant te zijn. We hebben ook te maken met kostenstijgingen waar we als artsen niet meer omheen kunnen. De tijd dat we alleen op kwaliteit hoefden te letten — ongeacht de kosten — is echt voorbij. Kwaliteit moet juist leiden tot kostenbesparing. In Zweden zijn ze daarmee al een stuk verder. De Boston Consulting Group heeft in het rapport 'Zorg voor Waarde' laten zien dat de kosten gedaald zijn in de Zweedse regio's waar kwaliteitsregistraties plaatsvinden. Er is uitgerekend dat in Nederland de jaarlijkse kosten, alleen al voor de colorectale chirurgie, met miljoenen euro's kunnen dalen. We gaan dus zeker door op deze weg en zullen voorlopig twee keer per jaar een nieuwe set met kwaliteitseisen presenteren. Het is work in progress, we blijven steeds ontwikkelen en bijschaven. Maar onze inspanningen op het gebied van kwaliteit vallen nu duidelijk op hun plaats.'

De registratielast ziet Tollenaar nog wel als een probleem. De DSCA is nu een opzichzelfstaande registratie die door de chirurgen apart wordt bijgehouden. Tollenaar: 'Ideaal gezien hebben we in de toekomst een versmelting van administratie en registratie. De oplossing daarvoor lijkt eenvoudig: gerubriceerde verslaglegging in een elektronisch ziekenhuisdossier met uitwisselbare modules. De praktijk rond de elektronische dossiers is echter weerbarstig. Iedereen heeft behoefte aan een goede bronregistratie en het is dramatisch dat we dat nog niet hebben. Daarmee zou weer een grote stap voorwaarts te maken zijn.' **Q**