

Nicole Ezendam
epidemioloog, Integraal
Kankercentrum Zuid en Tilburg
University

Hanny Pijnenborg
gynaecologisch oncoloog,
TweeSteden Ziekenhuis

Brenda Pijlman
gynaecoloog met aandachts-
gebied oncologie, Jeroen Bosch
Ziekenhuis

Valery Lemmens
klinisch epidemioloog,
Integraal Kankercentrum Zuid
en Erasmus MC

BENCHMARKING LEVERT MEER OP ALS ARTSEN DIRECT WORDEN BETROKKEN

Vergelijk oncologische zorg regionaal

Het Integraal Kankercentrum Zuid verzamelt gegevens over oncologiezorg in de regio, zodat de aangesloten ziekenhuizen hun resultaten onderling kunnen vergelijken. De discussies die dit oplevert, leiden tot grote betrokkenheid van artsen en concrete verbeteringen van de zorg.

De kwaliteit van de oncologische zorg kan worden verbeterd door per ziekenhuis de verschillen in behandelingen en in uitkomsten te beschrijven. Op landelijk niveau wordt de behandeling van diverse aandoeningen, de geleverde zorg en de uitkomsten ervan tussen ziekenhuizen vergeleken – zogeheten benchmarking. Dit gebeurt vooral onder de vlag van het Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA).

DICA is een stichting van beroepsverenigingen en werkt samen met onder meer patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS. Dit geeft direct ook een mogelijke beperking aan van DICA, want de belangen van al die samenwerkingspartners zijn niet per definitie gelijk aan die van de zorgprofessionals. Naast landelijke benchmarking zijn er ook andere mogelijkheden. Zo is in de regio van het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ) gekozen voor een kleinschalige, regionale vorm van benchmarking, waarbij de registratie van diagnostiek, behandeling en uitkomst in de tien regionale ziekenhuizen door getrainde onafhankelijke registratiemedewerkers wordt uitgevoerd (zie *kader*). Bovendien wordt een vervolgtrajec geïmplementeerd, waardoor het verwachte rendement voor de praktijk groter is. Dit vervolgtrajec bestaat uit discussie over de uitkomsten en onderzoek naar de oorzaken van eventuele verschillen. Deze vorm van benchmarking is objectief en onpartijdig, en de registratielast in de ziekenhuizen is beperkt. Bij deze aanpak staat de dagelijkse praktijk van de medisch specialist centraal.

Factsheet

Om de stand van zaken voor gynaecologische tumoren in de IKZ-regio in kaart te brengen werd een factsheet ontwikkeld. Hierin zijn gegevens opgenomen van de Nederlandse Kankerregistratie over patiënten in de IKZ-regio die in de periode 2006 tot en met 2010 zijn gediagnosticeerd.¹ De factsheet toont trends in behandeling, informatie over behandeling per stadium, comorbiditeit, locatie

Bij deze benchmark bepalen klinici zelf waar de zorg beter moet

van metastasen en morfologie per tumor. Het zichtbaar maken van verschillen in behandeling tussen ziekenhuizen is een belangrijk onderdeel van de factsheet, en de eerste stap om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ieder ziekenhuis krijgt inzicht in de eigen resultaten en kan deze data spiegelen aan de data van andere ziekenhuizen in de regio. Door casemixcorrectie kunnen de werkelijke en verwachte behandelingen met elkaar worden vergeleken.

Belangrijk is dat hiermee de benchmark niet eindigt. In een vervolgtrajec wordt daadwerkelijk toegewerkt naar kwaliteitsverbetering. Daarvoor is het nodig om transparant te zijn en verschillen openlijk te bespreken, om zo beter te begrijpen waardoor verschillen kunnen ontstaan. Daarom wordt nader onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in de verschillen. Ten slotte wordt dit inzicht vertaald in aanpassingen die leiden tot een betere kwaliteit van zorg en een uniforme aanpak.

Gynaecologische oncologie

De factsheet liet voor de gynaecologische tumoren zien dat de zorg doorgaans volgens de richtlijn wordt gegeven en dat grote internationale studies van invloed zijn op het beleid in de loop van de jaren. De verzamelde gegevens brachten ook verrassende resultaten aan het licht. Zo varieert het percentage patiënten met stadium-I-ovariumcarcinoom dat adjuvante chemotherapie krijgt tussen de tien ziekenhuizen van 8 tot 67 procent (zie *figuur*).

In de tumorwerkgroep is over deze variatie gediscussieerd. De verklaring ervoor werd deels gevonden in de verschillende mate waarin patiënten optimaal werden gestadieerd. Vervolgonderzoek liet zien dat meer patiënten optimaal worden gestadieerd als een gynaecologisch oncoloog bij dit proces betrokken was. Vervolgens zijn de onderlinge afspraken aangescherpt, is er een regionaal zorgpad ovariumcarcinoom tot stand gekomen, kwam er regionaal overleg met internist-oncologen, en zijn er afspraken gemaakt voor detachering van gynaecologisch oncologen. Het resultaat was meer optimaal gestadieerde patiënten en een uniform beleid voor adjuvante chemotherapie.

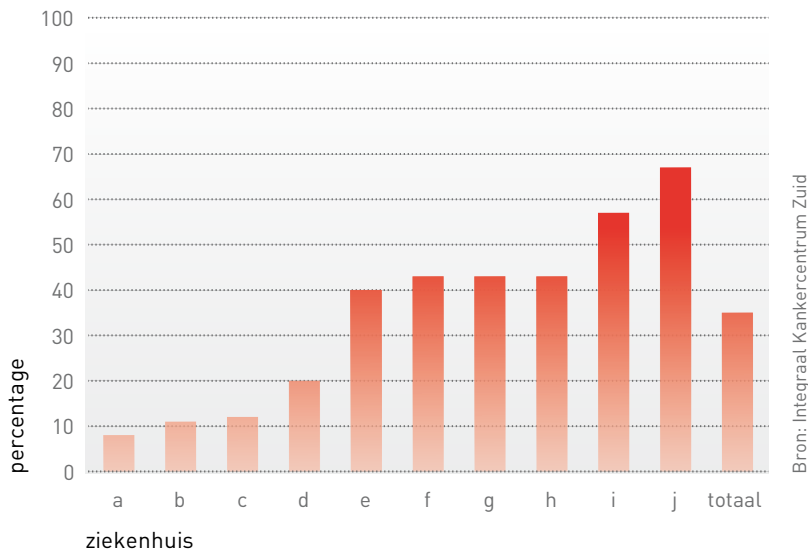
Van binnenuit

Groot voordeel van deze manier van benchmarking is dat klinici zelf bepalen waar de zorg kan en moet worden

KLEINSCHALIGE BENCHMARKING

De kleinschalige, regionale vorm van benchmarking waarvoor het Integraal Kankercentrum Zuid (IKZ) heeft gekozen, vindt plaats op basis van registratiedata uit de Nederlandse Kankerregistratie. Deze landelijk dekkende registratie, waarbij onafhankelijke registratiemedewerkers patiënt-, tumor- en behandelgegevens uit de medische dossiers vastleggen, wordt gefinancierd door de overheid. Het IKZ heeft op basis van de data van de IKZ-regio factsheets over verschillende tumoren ontwikkeld, die zijn bediscussieerd in de regionale tumorwerkgroepen. Zo is de factsheet voor gynaecologische tumoren besproken in de regionale werkgroep gynaecologische oncologie (OOG-IKZ). In de werkgroep zitten naast gynaecologen ook internist-oncologen, radiotherapeuten, gynaecologisch verpleegkundigen en epidemiologen. Naar aanleiding van de gesignaleerde verschillen heeft de werkgroep verbeterplannen gemaakt.

Percentage patiënten met stadium-I-ovariumcarcinoom dat adjuvante chemotherapie krijgt



verbeterd. Het signaleren van verschillen in zorg gaat hand in hand met discussie over mogelijke oorzaken en oplossingen. Deze aanpak stimuleert veranderingen van binnenuit, door transparantie, betrokkenheid en korte lijnen tussen het signaleren en de klinische praktijk. Daardoor is er meer kans om de zorg te verbeteren dan wanneer algemene prestatie-indicatoren worden gebruikt. Deze worden relatief vaak afgedaan als variatie door achtergrondverschillen of terzijde geschoven doordat een gezamenlijk gevoel van urgentie ontbreekt. Daarnaast blijkt dat deze prestatie-indicatoren soms geen betrekking hebben op de belangrijkste uitkomstmaten voor de zorg en de verandering van de zorg. Een ander voordeel van de factsheet is dat deze is gebaseerd op gegevens van alle patiënten uit de IKZ-regio, en dat deze data door onafhankelijke en getrainde registratiemedewerkers worden geregistreerd.

Verbetering

Het voorbeeld van de behandeling van stadium-I-ovariumtumoren laat zien dat de aanpak van de oncologiewerkgroep van de IKZ tot verbetering van de zorg

leidt. De hierbij betrachtte transparantie, openlijke discussie, inzet van nader onderzoek waar noodzakelijk, en snelle implementatie van verbetertrajecten hebben ook hun dienst bewezen bij andere tumorwerkgroepen in de regio, zoals die voor colorectaal-, mamma-, prostaat- en longcarcinoom. Deze werkwijze kan een waardevolle toevoeging zijn om de kwaliteit van de oncologische zorg in Nederland te verbeteren. Gegevens van een objectieve registratie zoals de Nederlandse Kankerregistratie kunnen hiervoor een goed uitgangspunt zijn. Maar ook intensieve samenwerking en bereidheid tot openheid en transparantie van ziekenhuizen en artsen onderling zijn voorwaarden om de noodzakelijke vervolgstappen in kwaliteitsverbetering te kunnen maken. ■

contact

n.ezendam@ikz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

U vindt de voetnoot bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

ZWARTE PIET

Zwarte Piet heeft het moeilijk. Het publiek keert hem de laatste tijd letterlijk de rug toe. Om redenen van politieke correctheid, ingegeven door een recent populair geworden schuldgevoel.

Maar misschien dat het nog een stapje serieuzer is: Zwarte Piet blijkt slecht voor de gezondheid. En wel voor die van zijn kleine fans. Ze zijn te jong en onbevleed om zich maatschappelijk schuldig te voelen, maar jong genoeg om bevreesd te zijn voor het oorspronkelijk maatschappelijke nut van Piet: het in het gareel houden van de ontvlambare kinderziel.

Het gevolg van deze vrees kan zeer verscheiden zijn, maar een ervan is stress. Zoals eenieder weet kan stress ongezonde effecten hebben en zo blijkt inderdaad uit recente onderzoeksgegevens uit Utrecht. Stress kan – bij hen die daar gevoelig voor zijn – namelijk epileptische aanvallen opwekken. En dat is precies wat Piet blijkt te doen. Het aantal kinderen dat een epileptische aanval krijgt, vertoont een sterke stijging op de dag dat Sint en zijn Pieten aan wal komen en op de avond voor hun vertrek (ook wel pakjesavond genoemd). Tussendoor blijft de frequentie van aanvallen verhoogd, maar de pieken bevinden zich op eerder genoemde dagen. Dat komst en vertrek met een dergelijke acute stress gepaard gaan, lijkt me het gevolg van Piet, niet van zijn bisschoppelijke baas. Immers, deze toename van insulpen zien we niet bij Santa Claus, oftewel de Kerstman. En die reist zonder een schare Zwarte Pieten. De data zijn bijna zo overtuigend als van een gerandomiseerde studie: Zwarte Piet is de enige variabele die in beide armen verschilt. Hij moet de oorzaak van de stress zijn. Of is dat ook weer niet politiek correct?

René Kahn