

prof. dr. Marinus de Kleuver
orthopedisch chirurg, voorzitter
MaartensFacts-raad, medical
information officer, Sint
Maartenskliniek (SMK), Nijmegen

dr. Alfons den Broeder
reumatoloog, medisch hoofd
afdeling Reumatologie, SMK,
bestuurslid Nederlandse
Vereniging voor Reumatologie

dr. Bart Swierstra
orthopedisch chirurg, medisch
manager afdeling Orthopedie, SMK

drs. Miranda van Hooff
onderzoeker, SMK

GEZONDHEIDSWINST AANTONEN DOOR PATIËNTBEVINDINGEN TE PUBLICEREN

Maartenskliniek draait warm met uitkomstmaten

Goede uitkomstindicatoren geven inzicht in de kwaliteit van zorg, verschaffen patiënten keuzemogelijkheden en faciliteren zorgverzekeraars bij hun zorginkoop. Sint Maartenskliniek experimenteert met maximale transparantie en ervaart welke haken en ogen daaraan zitten.

Het frustreert veel zorgverleners dat de discussie over de zorg, met de politiek en de zorgverzekeraars en in de ziekenhuizen zelf vooral gaan over de kosten van de zorg. De baten, gezondheidswinst, blijven buiten beeld. Om de gezondheidswinst in de discussie te betrekken moet deze wel worden gemeten. Dit is de kern van *value based health care*: het optimaliseren van gezondheidswinst per eenheid kosten.¹ In de Sint Maartenskliniek worden zorguitkomsten systematisch gemeten en openbaar gemaakt in de publicatie 'MaartensFacts': een verzameling medische uitkomsten van verschillende behandelingen inclusief kenmerken van de behandelde patiënten, zoals leeftijd en ernst van de klachten.² Hiermee streven we naar openheid voor patiënten, verwijzers en zorgverzekeraars over de resultaten van de zorg die wij leveren.



HOLLANDSE HOOGTE

De Sint Maartenskliniek kijkt voor de uitkomstmaten vooral naar de verbetering die de patiënt ervaart op de domeinen 'functioneren', 'pijn' en 'kwaliteit van leven'.

Bovendien kunnen we hiermee onze zorg beter sturen en de uitkomsten ervan in de toekomst optimaliseren.³

Informatieve waarde

Uitkomstindicatoren, mits gecorrigeerd voor casemix, hebben de grootste informatieve waarde. In 2013 was het aandeel uitkomstindicatoren in de ziekenhuiszorg nog erg laag: 7 procent van alle indicatoren.⁴ In plaats daarvan worden vaak structuurindicatoren en procesindicatoren gebruikt, vooral omdat ze makkelijk te meten zijn. Maar deze indicatoren vertellen ons niet of de geleverde zorg betekenisvol is voor de patiënt. Bovendien zijn de ministers van VWS, volgens de Rekenkamer, er in de afgelopen twee decennia niet in geslaagd om de zorg zó transparant te maken dat patiënten de geboden informatie kunnen gebruiken om te kiezen en de IGZ om toezicht te houden. Ook voor zorgverzekeraars is de informatie over de kwaliteit van de zorg niet toereikend.⁵ Derhalve worden inmiddels veel programma's, zoals Zichtbare Zorg (ZiZo), weer teruggeschroefd en volgen nieuwe inspanningen, zoals onlangs het 'jaar van transparantie'.

Verbetering voor patiënt

Het effect van een behandeling is het best aan te tonen met medisch harde uitkomstmaten en *patient reported outcome measures* (PROM's). Voor het verzamelen van goede data zijn voor- en nametingen in grote, aselechte groepen patiënten nodig. Passend bij de missie van de Sint Maartenskliniek (SMK) kijken we vooral naar de verbetering die de patiënt ervaart op de domeinen 'functioneren', 'pijn' en 'kwaliteit van leven' – voor andere ziekenhuizen kan mortaliteit een belangrijke aanvulling zijn.

We meten en evalueren bij verschillende patiëntengroepen. Er wordt vaak onderscheid gemaakt op basis van diagnose (zoals reumatoïde artritis) of specifieke behandeling (zoals prothesiologie van een gewricht). De geselecteerde meetinstrumenten werken met gevalideerde en internationaal geaccepteerde maten.

Dit is echter 'werk in uitvoering'. Nog niet voor alle patiëntengroepen en behandelingen zijn resultaten beschikbaar. Als er geen uitkomstmaten beschikbaar zijn, proberen wij mee te doen met het ontwikkelen ervan, zoals bij de opzet van de Dutch Spine Surgery Registry, de Nijmegen decision tool for chronic low back pain en de identificatie van reumatoïde artritis flare-criteria.^{6,7}

Direct beschikbaar

Alle gegevens worden systematisch verzameld: voorafgaand, tijdens en na de behandeling. Het meten vóór de behandeling is essentieel om de verbetering vast te stellen. Ook kan zo de uitgangssituatie (bijvoorbeeld de ernst van de aandoening) als een belangrijke casemix-variabele worden meegenomen voor benchmarking.

Het structureel verzamelen van gegevens vraagt veel inzet van de hele organisatie. Er is een 'medical information officer' aangesteld (een medicus), net als in veel Amerikaanse ziekenhuizen. Verder nemen alle medische vakgroepvoorzitters zitting in een sturend orgaan, MaartensFactsraad, en zorgt een werkgroep voor implementatie op administratief en IT-gebied. Het meten van uitkomsten valt expliciet onder verantwoordelijkheid van de vakgroepen en niet van ondersteunende stafdiensten.

Het streven is om de meetresultaten direct beschikbaar te hebben voor de patiëntenzorg. Om de (meestal) online ingevulde PROM's vóór en na de behandeling beschikbaar te maken voor de behandelend arts in de spreekkamer, is er een koppeling gemaakt met het elektronisch patiëntendossier. Hiermee verwachten wij dat de compliance van patiënten en

het draagvlak in de organisatie vergroot worden. De uitkomsten zijn niet alleen bruikbaar om op geaggregeerd niveau uitspraken te doen over de kwaliteit van de zorg, maar ook om in de behandelkamer de voortgang van een individuele behandeling te bespreken. Op aggregatieniveau zijn de data realtime beschikbaar als stuur- en spiegelinformatie, desgewenst uitgesplitst per behandelaar.

Eerste resultaten

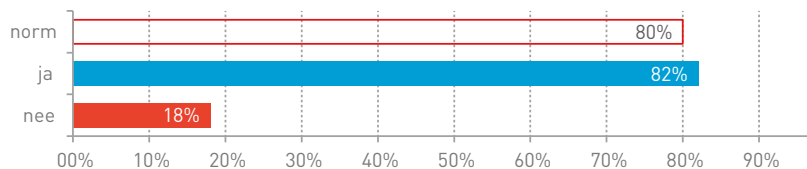
De onlangs verschenen eerste publicatie van MaartensFacts is het resultaat van meer dan drie jaar werk. Van circa twintig diagnose- of behandel specifieke cohorten van de specialismen orthopedie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, anesthesiologie/pijnbestrijding, farmacie en radiologie zijn de resultaten in kaart gebracht. Enkele voorbeelden:

- Van 82 procent van de 3072 reumapatiënten die het afgelopen jaar poliklinisch zijn behandeld, hebben we ten minste één meting van ziekteactiviteit (DAS28-score) en van functioneren (HAQ Health Assessment Questionnaire) vastgelegd. Van deze patiënten had 64 procent een ziekteactiviteit onder niveau van remissie (DAS28 <2,6). Protocollair wordt gestuurd op een DAS28 <3,2 (lage ziekteactiviteit) of <2,6 (ziekte in remissie). Worden die scores niet bereikt, dan wordt de medicatie aangepast en wordt de patiënt na drie maanden weer op de polikliniek gezien (*figuur 1a-c* op blz. 626).
- Bij patiënten die een primaire totale heupprothese krijgen wordt de mate van functioneren voor en na de operatie in kaart gebracht met onder meer de Oxford Heup Score (conform NOV-advies). Na drie maanden zijn 328 van de 350 geopeerde patiënten verbeterd (93,7%). Na twaalf maanden is dat opgelopen tot 96,3 procent. Hierbij loopt de gemiddelde score op het criterium 'moeite met functioneren' terug van 31,9 preoperatief tot 17,5 na twaalf maanden (*figuur 2*).
- In 2012 is in de SMK het wervelkolomregister gestart. Alle patiënten met rugklachten krijgen online screeningsformulieren. Inmiddels zijn 4604 patiënten geregistreerd van wie er 308 zijn geope-

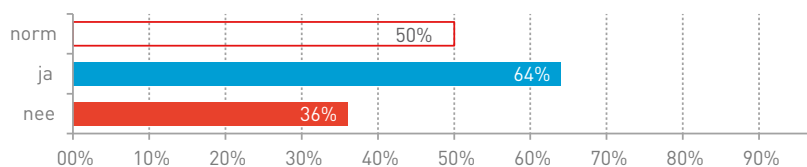
Doel is om zorg
die niet effectief is,
uit te bannen

1 Mate van ziekteactiviteit (DAS28) bij reumatoïde artritis

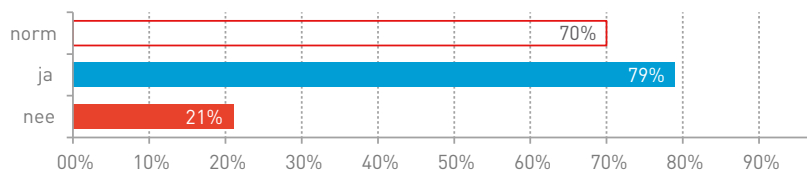
a DAS28-meting uitgevoerd (norm 80%)



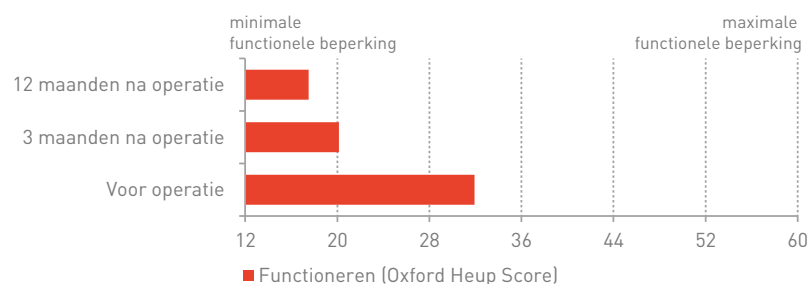
b DAS28-score <2.6 (norm 50%)



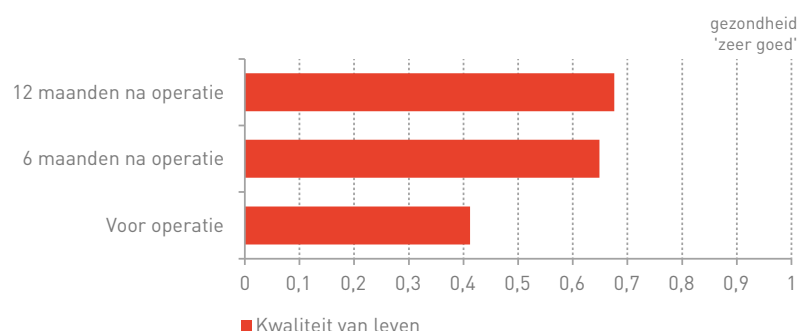
c DAS28-score <3.2 (norm 70%)



2 Mate van functioneren (Oxford Heup Score) bij primaire totale heupprothese



3 Ervaren mate van kwaliteit van leven (EQ5D) bij lumbale wervelkolomchirurgie



reerd. Van deze groep wordt systematisch gezondheidswinst gemeten, middels onder meer de EQ5D. Voor de operatie scoorden patiënten gemiddeld 0,412, na zes en twaalf maanden was dit respectievelijk 0,649 en 0,676 (figuur 3) op een schaal voor kwaliteit van leven die loopt van 0 tot 1.

• Bij de scoliosechirurgie bleek het gemiddelde intra-operatieve bloedverlies in 2011 1000 ml (range 360-6100) te zijn. Na multidisciplinair overleg tussen de wervelkolomchirurgen en de anesthesiologen is de werkwijze (afspraken over het opereren met twee wervelkolomchirurgen bij complexe operaties), en het bloedmanagementprotocol (o.a. de dosering en duur van gebruik van tranexaminezuur) aangepast. Daardoor is het bloedverlies in 2014 met hetzelfde operatieteam significant gedaald naar 500 ml (range 50-2500).

Verbeteren

Het meten van klinische uitkomsten en PROM's is zinnig, maar ook een grote uitdaging. Behandelukomsten worden in de eerste plaats openbaar gemaakt voor patiënten. Zij kunnen mede daardoor bewust kiezen voor een behandeling. Het is echter veel werk om de patiëntenvoorlichting en website continu aan te passen, en om de relevante uitkomsten op begrijpelijke wijze weer te geven. Hierin moeten we ons nog verbeteren.

Daarnaast valt het niet mee om behandeluitkomsten goed en systematisch te verzamelen. We stellen veel vragen aan onze patiënten, ook na afronding van de behandeling. Dat vereist een adequaat ingerichte organisatie. De logistiek moet goed zijn en de medische staf moet proactief zijn. Dat kost tijd en geld. Maar het bespaart ook werk. In de spreekkamer kan de arts beschikken over verschillende uitkomstmaten en veel door de patiënt zelf ingevulde data, wat het afnemen van de anamnese vereenvoudigt. Het is ook prikkelend, zoals uit de voorbeelden is te zien, omdat de uitkomsten laten zien in hoeverre ons handelen bijdraagt aan optimale zorg, en waar nog ruimte is voor verbetering. Uiteindelijk is het doel om

SCHIZOFRENIE

Er woedt een discussie of schizofrenie al dan niet bestaat. Aanleiding is een opiniestuk in de NRC van 7 maart jl., waarin een viertal psychiaters – onder wie Van Os, een bekend schizofrenie-expert – stelt dat schizofrenie niet bestaat. Het gaat mij om de vorm (de inhoud komt elders aan de orde): het poneren van een dergelijke stelling in een dagblad, in plaats van in een wetenschappelijk tijdschrift. Wat evenmin onaangeroerd kan blijven is het feit dat twee van de vier psychiaters hebben getekend respectievelijk als voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie en de KNMG (terwijl zij achteraf – maar zonder rectificatie in de NRC – aangegeven hebben geen verenigingsstandpunt te verwoorden). Zoals Jaap van der Stel, lector aan de GGZ-hogeschool in Leiden aangeeft: kan iemand zich een prominent oncoloog voorstellen die in een dagblad zou poneren dat kanker niet bestaat? De oncologen hebben, zo schrijft hij, hoewel kanker inderdaad niet één ziekte is, de term meer dan tweeduizend jaar met rust gelaten. Terecht, want wat zou het afschaffen ervan hebben toegevoegd? Helemaal niets. Net als de stelling dat schizofrenie niet bestaat – ook al zou het waar zijn, zoals bij kanker – niets toevoegt. Publiekelijk ontkennen van schizofrenie vermindert het stigma niet, verbetert de behandeling niet (integendeel), en zal patiënten en hun familie niet meer hoop geven dan voorheen. Wel zal de buitenwereld zich afvragen wat de legitimiteit van de psychiatrie is. Terwijl de kinderspsychiatrie als discipline wankelt, de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten onder druk staat, en mensen met psychische problemen nauwelijks serieus worden genomen door de politiek – herinnert u zich nog de eigen bijdrage voor psychiatrische patiënten? – schrijven voor-aanstaande psychiaters in de krant dat de meest invaliderende aandoening in de psychiatrie niet bestaat. Wiens doel ermee gediend wordt? In elk geval niet dat van onze patiënten.

René Kahn

zorg die niet (voldoende) effectief is, uit te bannen – wat indirect ook besparing oplevert.

Lang niet alle behandelingen worden op deze wijze geëvalueerd. Dat komt deels omdat sommige indicatoren nog niet bestaan, niet wetenschappelijk zijn gevalideerd, of omdat er geen norm is. Een norm is nodig om een streefwaarde vast te stellen, iets wat erg belangrijk is in iedere verbetercyclus. Het zelf ontwikkelen van meetinstrumenten, en afstemming met de beroepsverenigingen en andere stakeholders zijn belangrijk om de juiste indicatoren en normen te ontwikkelen.

De behandel- uitkomsten van de SMK zijn een goede start voor de discussie

Veel interesse

Door uitkomsten te presenteren, stellen wij ons als ziekenhuis kwetsbaar op omdat er altijd ruimte is voor verbetering. In de contacten met patiënten, zorgverzekeraars, collega-zorgverleners en beroepsverenigingen komt de MaartensFacts-publicatie regelmatig ter sprake. Tijdens een relatiedag hebben we deze aan alle zorgverzekeraars gepresenteerd. Diverse onderwerpen kwamen daarna terug bij de zorginkoopgesprekken en bij de onderhandelingen over prijzen en volumes voor 2015. Veel interesse was er voor de kwaliteit van onze reumabehandeling, de reductie van dure geneesmiddelen bij reumatische aandoeningen, en de behandeluitkomsten van een gecombineerd fysiek en psychologisch zelfmanagementprogramma (RealHealthNL)

voor patiënten met ernstige zeer lang (gemiddeld 12 jaar) bestaande chronische lagerugklachten. Hierbij is aangetoond dat 50 procent van de 928 patiënten die gestart zijn met de training na de behandeling blijvend een Oswestry Disability Index-score hebben die vergelijkbaar is met mensen zonder rugpijn (ODI-score ≤ 22).

Gezondheidswinst

De verzamelde behandeluitkomsten van de Sint Maartenskliniek zijn een goede start voor de discussie over *value based health care*: ‘Heeft de behandeling de juiste resultaten opgeleverd voor de patiënt, tegen welke kosten, en waar is ruimte voor verbetering?’ Omdat het meten van gezondheidswinst alleen kan door vóór en na de behandeling te meten, en omdat het medische gegevens betreft, vinden wij dat dit moet gebeuren ‘aan de bron’, door óns als zorgverleners, en niet door andere partijen die patiënten vragenlijsten toesturen.

Als we de behandeluitkomsten en de gezondheidswinst zelf meten en openbaar maken, krijgen we de juiste informatie om het steeds beter te doen. Dan gaat het niet alleen meer om de kosten, en proces- of structuurindicatoren. In de toekomst zullen we ook gaan kijken naar de gezondheidswinst ten opzichte van de gemaakte kosten: de kern van *value based health care*. ■

contact

m.dekleuver@maartenskliniek.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op medisch-contact.nl/artikelen.