

# Patiënt heeft weinig aan kwaliteitscriteria bij rugchirurgie

## 26 INDICATOREN MAAR NIET ÉÉN KIJKT NAAR DE UITKOMST VAN DE BEHANDELING

Pieter van Eijsden

In de krappe wachtkamer van de polikliniek Neurologie en Neurochirurgie zitten jong en oud door elkaar. Sommigen zijn duidelijk patiënt, aan anderen is weinig te zien. Patiënt A, een 43 jarige vrouw en moeder van 3 jonge kinderen, zit ongemakkelijk op haar linker bil. Al sinds de eerste zwangerschap heeft ze last van rugpijn, die soms uitstraalt naar het rechter been tot in de voet. De afgelopen jaren heeft ze regelmatig de huisarts en fysiotherapeut bezocht. Die hebben haar geadviseerd om af te vallen en oefeningen te doen. Tijdens de zwangerschappen is ze telkens toch weer aangekomen. Het sporten komt er eigenlijk nooit van vanwege de pijn en het drukke gezin. De pijn in haar been is nu al weken bijna ondraaglijk en op een MRI-scan is een hernia op niveau S1 rechts te zien.

Op de vraag waarom ze hiernaartoe is gekomen, antwoordt ze dat de huisarts haar heeft verwezen. 'Ik heb er niet bij stilgestaan dat ik daarover had kunnen meedenken.' Ze weet dat je veel op internet kan vinden maar ze is zo gepreoccupeerd met de pijn en andere beslommeringen dat ze zich daar niet in heeft verdiept. 'Ze zullen het allemaal wel een beetje kunnen, denk je niet?' Op de vraag wat ze belangrijk vindt aan de neurochirurg die haar zal opereren, zegt ze met een wrang lachje: 'Op dit moment eigenlijk alleen dat hij mij van de pijn kan afhelpen.'

Slechts een aantal patiënten laat zich gedegen voorlichten over de verschillende behandelaars of wil actief meebeslissen over de diagnostische en therapeutische opties.<sup>1</sup> Toch lijkt dat geen overbodige luxe. De spinale chirurgie wordt geplaagd door schandalen en scoort laag op kwaliteitsparameters. Dit roept twijfels op of de behandeling wel overal goed wordt uitgevoerd. Het heeft er bovendien toe geleid dat de lage-rugchirurgie onder het vergrootglas ligt. Over de schouder van patiënt A kijkt een klein dozijn aan instanties mee – zoals, NPCE, ZN, NVZ, NFU, ZiN, DICA en NZA, DSS, NVVN, NVO –, die haar 'zorgproces' scoren op 26 indicatoren van kwaliteit. Kwaliteit moet sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet de hoeksteen van het systeem zijn. Patiënten willen het hebben, dokters moeten het leveren, verzekeraars moeten het kosteneffectief maken. Nu de wet ruim 10 jaar in werking is, wordt het tijd om eens na te gaan of

## 'Kwaliteitsbewaking is verschoven naar de voorgrond van de specialistische zorg'

de kwaliteit van zorg inderdaad die leidende rol is gaan spelen. Als patiënt A een specialist zou willen kiezen op basis van de daadwerkelijke kwaliteit, zou ze dat dan ook werkelijk kunnen? En beschikken haar huisarts of verzekeraar over voldoende instrumenten voor zo'n keuze?

### KWALITEITSDEFINITIE

Eén ding staat vast: kwaliteitsbewaking is verschoven van de achtergrond naar de voorgrond van de specialistische zorg. De media publiceren ranglijsten van ziekenhuizen. Indicatoren en volumennormen leiden tot sluiting van afdelingen of ontslag van chirurgen en zijn een belangrijke aanleiding voor fusies. Vrijwel alle gezondheidszorgorganisaties profileren zich met het thema 'kwaliteit'.

*Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.*

*Dr. P. van Eijsden, adjunct-hoofdredacteur (p.van.eijsden@ntvg.nl).*

Wat ze daar onder verstaan, is vaak onduidelijk. De website van het ministerie van VWS noemt een aantal definities, maar maakt geen keuze. De gezondheidsraad definiëerde kwaliteit in 1990 in vrij generieke termen als 'de mate waarin het geheel van eigenschappen van een pro-

## 'Van alle geregistreerde verrichtingen vertoont de lage-rugchirurgie de grootste praktijkvariatie'

duct, proces en dienst voldoet aan de er aan gestelde eisen, die voortvloeien uit een gebruikersdoel'. Het Amerikaanse Institute of Medicine benadrukt daarnaast dat deze resultaten behaald moeten worden 'op een wijze die overeenkomt met de huidige professionele kennis'.

### KAMPT DE LAGE-RUGCHIRURGIE MET KWALITEITSPROBLEMEN?

Valt er dan toch iets over de kwaliteit van de rugchirurgie in Nederland te zeggen? Zijn, om te beginnen, de recente incidenten een aanwijzing voor serieuze problemen? In Nederland kreeg een orthopedische chirurg van het Waterlandziekenhuis te Purmerend een tuchtzaak, een letselschadezaak en een strafrechtelijk onderzoek aan zijn broek. Hij werd vrijgesproken maar in een andere strafzaak kreeg een inmiddels gepensioneerde orthopeed 3 maanden voorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd vanwege een ondeskundig uitgevoerde herniaoperatie. Deze incidenten passen in een wereldwijd beeld. De top 5-specialismen die te maken krijgen met 'malpractice suits' in de Verenigde Staten zijn allemaal chirurgisch. Neurochirurgie staat op plaats 1 en orthopedie op plaats 4; claims vanwege spinale ingrepen leveren daaraan het grootste aandeel.<sup>2</sup>

Er zijn dus problemen maar de meeste zaken die de publiciteit halen, betreffen complexe ingrepen bij patiënten bij wie correcties en stabilisaties van de wervelkolom worden uitgevoerd. Bij deze ingrepen is het risico op complicaties en teleurstellende uitkomsten groter dan bij de eenvoudigere herniaoperaties. Paradoxaal genoeg is er vooral geïnvesteerd in een kwaliteitssysteem rond de eenvoudige ingrepen.

### MYTHEVORMING ROND PRAKTIJKVARIATIE

Een minder incidentgerichte en meer kwantitatieve maat voor de kwaliteit van specialistische behandelingen en behandelaars, is de praktijkvariatie. De aanname bij deze indicator is dat een grote afwijking van de gemiddelde

### Indicatie operatie voor rughernia

De afgelopen 10 jaar is een aantal gerandomiseerde studies verschenen, vooral van eigen bodem, waardoor nu vrij goed is uitgekristalliseerd hoe de indicatiestelling moet verlopen. Kortweg moet sprake zijn van een hevige uitstralende pijn in het been, waarbij een MRI-scan een hernia laat zien op het wervelniveau dat past bij dat uitstralingspatroon. Deze pijn moet ten minste 6-12 weken aanwezig zijn omdat in die periode ongeveer 70% van de patiënten spontaan herstelt. Bij ondraaglijke pijn, caudasyndroom of motorische uitval kan eerder worden ingegrepen. Operatie leidt niet tot méér gezondheidswinst maar tot vroegere gezondheidswinst. Daar staan het chirurgische letsel en postoperatieve herstel tegenover. Patiënten die niet geopereerd worden doen het na 1 jaar even goed als patiënten die wel worden geopereerd. In de studie waarin dit werd aangetoond kozen relatief veel patiënten bij wie werd afgewacht nog tijdens de studie voor een operatie (cross-over). Dit vertroebelt de resultaten enigszins en kan pleiten voor een iets groter effect van chirurgisch ingrijpen dan is aangetoond. De uitkomstmaten waarop bovenstaande conclusies worden gebaseerd zijn allemaal patiëntgerelateerd. Het gaat om scores van pijn, mobiliteit en kwaliteit van leven via vragenlijsten.

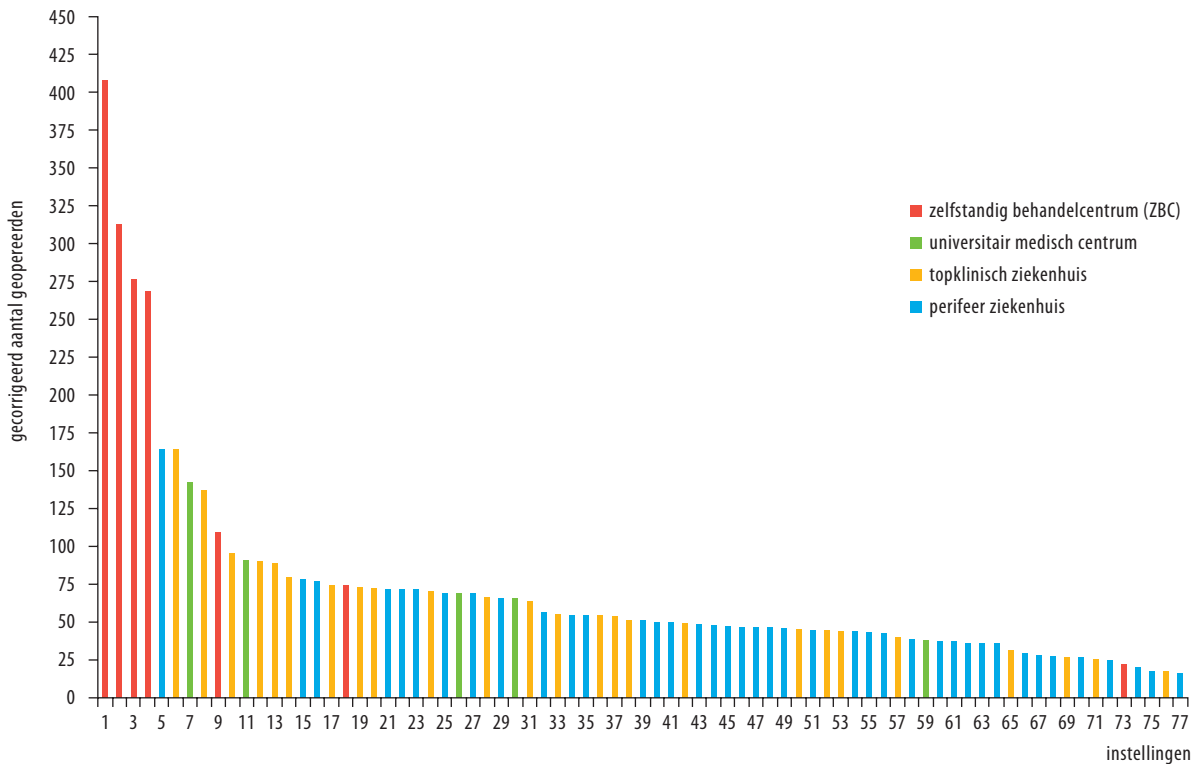
### Slechte uitkomsten

Het feit dat conservatieve en operatieve behandelingen op langere termijn geen verschillend resultaat opleveren, moet haast wel betekenen dat de chirurgische behandeling slechts een beperkte rol speelt in het ziekte- en genezingsproces. Patiëntkenmerken – leeftijd, lichaamsgewicht – of ziektekenmerken, natuurlijk beloop en anatomische kenmerken van de hernia, spelen waarschijnlijk een grotere rol. Dit geldt ook voor de complicaties, die deels patiëntgerelateerd zijn – pneumonie bij COPD – en deels een gevolg van kansprocessen. Het overgrote merendeel van de complicaties is van voorbijgaande aard zonder consequenties voor de patiënt op de langere termijn, bijvoorbeeld wondlekkage. Complicaties met ernstige blijvende morbiditeit of mortaliteit zijn zeldzaam.

### Conclusie

Al deze elementen zorgen ervoor dat slechte uitkomsten voor patiënten op de korte en zeker op de lange termijn maar in beperkte mate te beïnvloeden zijn door verbetering van de indicatiestelling, chirurgisch-technische elementen of perioperatieve zorg. Dat laat natuurlijk onverlet dat deze elementen in orde moeten zijn en daar nog zeker winst te behalen is.

frequentie waarmee een verrichting wordt uitgevoerd, kan wijzen op onder- of overbehandeling door een andere indicatiestelling en daarmee iets zegt over de kwaliteit. Sinds 2012 worden de praktijkvariatiecijfers geanalyseerd door Plexus, een onderdeel van het consultancybureau KPMG. Zij gebruiken de DBC-gegevens van Vektis, het landelijk informatiecentrum van de zorgverzeke-

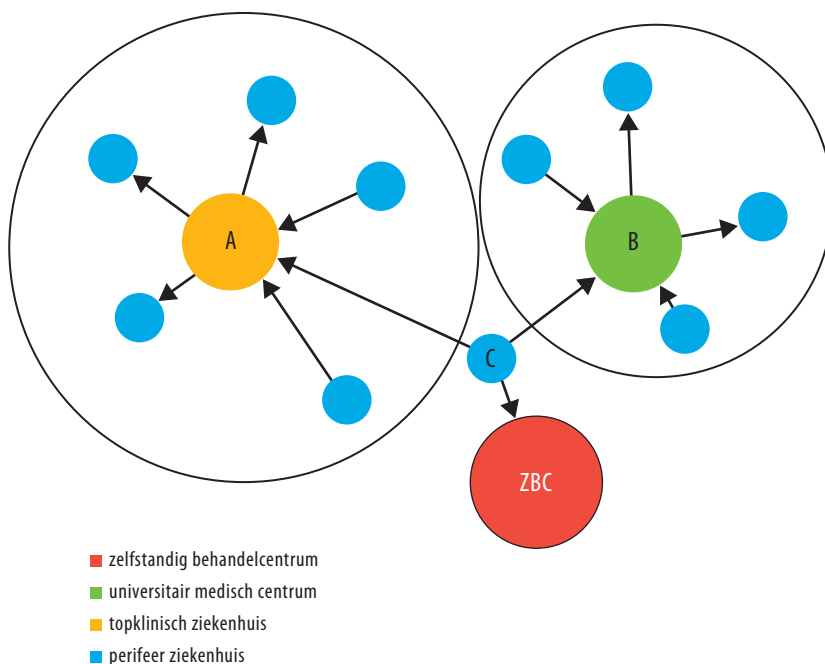


**FIGUUR 1** Gecorrigeerd aantal patiënten geopereerd voor rughernia per 100.000 inwoners, weergegeven per instelling. De aantallen zijn gebaseerd op declaratiegegevens over 2011.<sup>3</sup> De mediaan ligt op 50 geopereerden per instelling. Hoe meer het gecorrigeerde aantal geopereerden afwijkt van de mediaan, des te groter de praktijkvariëtescore van de instelling. De methode voor het vaststellen van de mate van praktijkvariatie is te vinden in het supplement bij dit artikel op [www.ntvg.nl/B1266](http://www.ntvg.nl/B1266).

raars. Van alle geregistreerde verrichtingen vertoont de lage-rugchirurgie de grootste praktijkvariatie. In theorie wijst dat op grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen en behandelaars. Maar wat is de praktijk? Uit het rapport over de praktijkvariatie bij rughernia van december 2013 – het enige dat in detail bekend is gemaakt –,<sup>3</sup> bleek dat de kans om aan een lage-rughernia geopereerd te worden in het ene ziekenhuis 5,5 keer zo hoog kan zijn dan in een ander ziekenhuis. Dit haalde ongeveer alle kranten en Ab Klink, lid van de raad van bestuur van de VGZ, concludeerde in *de Volkskrant* dat de reductie van praktijkvariatie over de hele linie kan leiden tot 8 miljard aan besparing. Dat was wel erg kort door de bocht. Praktijkvariëtescores worden berekend op basis van landelijke gemiddelden met correctie voor het gemiddelde in het adhe-

## 'De alarmerende toon van verzekeraars en Plexus moet enigszins getemperd worden'

rentiegebied van de aanbieder. Deze methodiek gaat ervanuit dat herniapatiënten uit Ede die zich melden bij Ziekenhuis de Gelderse Vallei te Ede gemiddeld vergelijkbaar zijn met herniapatiënten uit Ede die zich melden bij NedSpine, een zelfstandig behandelcentrum dat 500 meter verderop is gevestigd. Het is echter aannemelijk dat patiënten in deze tweede groep een hardere operatie-indicatie of een grotere wens tot chirurgische interventie hebben. In 2006 werden zelfstandige behandelcentra (ZBC's) toegelaten tot het zorgstelsel om de concurrentie te bevorderen binnen de planbare, laag-complexe zorg met hoge behandelvolumes. En wat blijkt? De 4 instellingen met de hoogste praktijkvariëtescore in de rugchirurgie zijn allemaal ZBC's (figuur 1). Zorgmanagers van de ZBC's Bergman Clinics (nummer 1 in figuur 1) en Klein Rosendaal



**FIGUUR 2** Voorbeelden van verwijfspatronen voor patiënten met lumbale hernia en organisatie van de spinale chirurgie in Nederland. Neurochirurgen hebben zich georganiseerd in regionale maatschappen. Vanuit hun centrale ziekenhuis verdelen zij de spinale chirurgie in de regio en concentreren ze de herniazorg vaak in een van hun perifere ziekenhuizen. De neurochirurgen in maatschap A (linker cirkel) zijn volledig vrijgevestigd met een topklinisch ziekenhuis als standplaats. In universitair medisch centrum B heeft de neurochirurg een parttime aanstelling. Hij voert een deel van de hernia-operaties uit in perifere ziekenhuizen die binnen het verzorgingsgebied van het umc vallen. Ziekenhuis C bevindt zich in een grensregio. Vanuit dit ziekenhuis kunnen patiënten met een hernia voor een operatieve behandeling worden doorverwezen naar een topklinisch ziekenhuis (A), een universitair medisch centrum (B) of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat is gespecialiseerd in hernia-operaties. Door dit soort patronen kunnen ziekenhuizen binnen één regio heel verschillende praktijkvariatiesscores krijgen (zie voor de berekening het supplement op [www.ntvg.nl/B1266](http://www.ntvg.nl/B1266)).

(nummer 4) laten weten dat het leeuwendeel van hun patiënten met een operatie-indicatie of operatiewens binnenkomt. Soms is dat op verzoek van de patiënt zelf, maar vaak ook juist op verzoek van de verzekeraar in het kader van wachtlijstbemiddeling. Volgens de praktijkvariatiesscore doen zij aan ‘overbehandeling’. In feite is dit zeker ten dele het gevolg van de specifieke expertise, korte wachtlijsten en keuzevrijheid van de patiënt, wat zowel verzekeraars als de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) graag zien. Omgekeerd krijgen de ziekenhuizen die te lijden hebben onder deze verwijfspatronen of daar actief op inspelen, een uitermate lage score. Ziekenhuis De Gelderse Vallei stelt wel diagnoses, maar opereert nauwelijks en staat daarom onderaan de lijst. Hun voorkeurspartner NedSpine staat echter op nummer 2. Ziekenhuis ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen

## Een uitschieter is geen diskwalificatie maar een reden voor verder onderzoek'

diagnosticeert wel hernia's maar verwijst alle patiënten die in aanmerking komen voor een chirurgische ingreep voor hun hernia, naar Gent en komt zo op de twee-na-laatste plaats uit.

Daar komt bij dat, omdat de hersenchirurgie onder de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen valt en slechts

in een beperkt aantal ziekenhuizen mag worden uitgevoerd, neurochirurgen zich organiseren in regionale maatschappen. Vanuit hun centrale ziekenhuis verdelen zij de spinale chirurgie in de regio en concentreren ze de herniazorg vaak in 1 van hun perifere ziekenhuizen (figuur 2). Hierdoor ontstaan binnen hun regio ziekenhuizen met lage en hoge scores. De paradox is dat ook deze ont-

wikkeling gestuurd wordt door de kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen aan faciliteiten en volumina.

Als we deze 2 effecten uitschakelen, en de beschikbare

gegevens herberekenen op het niveau van de maatschappijen met uitsluiting van de ZBC's en de ziekenhuizen in de grensregio's, blijkt de praktijkvariatie bij rugchirurgie geen factor 5,5 te bedragen, maar een factor 2. Dat is meer dan voldoende variatie voor verder onderzoek naar achterliggende oorzaken, maar de alarmerende toon die de verzekeraars en Plexus aansloegen in hun persberichten moet wel enigszins getemperd worden.

Artsen hebben altijd bezwaar gemaakt tegen de kritiek die ze te verduren kregen op basis van praktijkvariatie-onderzoek. Ze voeren dan aan dat de gegevens niet kloppen of te simplistisch geanalyseerd zijn. Zoals gezegd: alleen over de rugchirurgie zijn tot nu toe de details achter de praktijkvariatie gepubliceerd. In dat specialisme blijkt dit criterium aan zóveel vertekening onderhevig te zijn dat het voor patiënten niet bruikbaar is bij de keuze van hun zorgaanbieder, en evenmin bijdraagt aan hun vorming tot kritische, mondige burgers die zich goed informeren over hun zorgaanbieders en zo hun steentje bijdragen aan de kwaliteit en doeltreffendheid van het zorgstelsel.

#### INDICATIES OF SCORES

Hoe kijken verzekeraars en de patiëntenorganisatie tegen de praktijkvariatiесcores aan? Bij Achmea spreek ik met 3 medisch adviseurs: Margot Smits, opgeleid als verzekeringsarts, Bas Geerdes, een voormalig kinderchirurg, en Jacques van Limbeek, arts-epidemioloog. Zij geven direct toe dat analyse van praktijkvariatie op een ander niveau dan 'regio' of 'ziekenhuis' tot andere uitkomsten leidt en dat daar verstandige keuzes in moeten worden gemaakt. Geconfronteerd met bovenstaande analyse, zeggen ze

## 'De 26 kwaliteitsindicatoren voor lage-rughernia gaan niet over de uitkomst'

dat zij praktijkvariatie niet zien als een score, zoals artsen, ziekenhuizen en de media dat zien, maar als een indicator. Een uitschieter is geen diskwalificatie maar een reden voor verder onderzoek. In dit geval waren de uitschieters vooral de ZBC's en daar is nader onderzoek naar verricht. Bij één zo'n centrum bleek bijvoorbeeld dat het zich strikter dan noodzakelijk aan de richtlijn hield, wat in hun voordeel was (zie uitlegkader). De richtlijn

stelt voor om 6-12 weken te wachten, zodat patiënten die spontaan herstellen niet geopereerd hoeven te worden. In het bewuste ZBC werd een opvallend hoog percentage van patiënten na 6 weken meteen geopereerd. Dit wekte de indruk dat het beloop van de klachten nauwelijks een rol speelde bij die afweging.

Als de praktijkvariatiесcores zo afhankelijk zijn van de context en interpretatie, is het dan wel verstandig ze naar buiten te brengen? Het gedetailleerde rapport over rughernia is gepubliceerd onder druk van de NPCF, die wil dat patiënten geïnformeerd kunnen kiezen voor het beste ziekenhuis, precies zoals de Zorgverzekeringswet ook voor ogen heeft. Volgens Marilou Muris, senior beleidsmedewerker kwaliteit van de NPCF, is het absoluut niet de intentie van de NPCF om zomaar van alles openbaar te maken. 'Er worden afwegingen gemaakt: wat is belangrijk voor een geïnformeerde keuze en voor kwaliteitsselectie, maar ook: wat kan perverse prikkels creëren of nodeloos wantrouwen zaaien bij de patiënten?'. Ze vertelt dat de koepelorganisaties, NPCF, de verzekeraars en de toezichthouders in hun 'transparantie-overleggen' samen bepalen wat wel en niet openbaar wordt gemaakt. In dit overleg heeft de NPCF aangestuurd op openbaarmaking, mede doordat de variatie in de rugchirurgie zo groot was. 'Dit is relevante informatie voor de patiënt', zegt Muris.

Het probleem met deze opvatting is natuurlijk dat een indicator waar grote kanttekeningen bij moeten worden geplaatst en die alleen in de juiste context goed kan worden begrepen, ineens een vertekende rol kan gaan spelen in het politieke debat. Het is de vraag of dit de bedoeling van de kwaliteitscriteria in de zorg is en of de informatie in deze vorm 'relevant' is. Dit lijkt de NPCF zich inmiddels ook te realiseren, gezien de genuanceerde informatie die nu te vinden is op zorgkaart Nederland.<sup>4</sup>

#### 26 INDICATOREN MAAR UITKOMST BEHANDELING TELT NIET MEE

Praktijkvariatie is maar 1 van de in het totaal 26 kwaliteitsindicatoren. Zijn de andere 25 misschien informatiever en bruikbaar voor de patiënt? Daar valt op af te dingen. In zijn algemeenheid zijn er 3 soorten indicatoren: procesindicatoren, structuurindicatoren en uitkomstindicatoren. Praktijkvariatie is een procesindicator en geeft informatie over wát er precies gedaan wordt. Structuurindicatoren hebben betrekking op wat er beschikbaar is voor een bepaald type zorg in termen van geld, personeel en apparatuur. Wat opvalt is dat de 26 kwaliteitsindicatoren voor lage-rughernia zonder uitzondering gaan over de processen en structuren rond de behandeling van patiënten en niet over de uitkomst. Gert Westert, hoogleraar kwaliteit van zorg aan het Radboudumc, zegt hierover: 'We kunnen met dit type indicatoren eigenlijk heel weinig in praktische klinische zin,



omdat we ze zouden willen relateren aan indicatoren over de uitkomsten.' Deze opvatting komt overeen met die van de NPCF. Marilou Muris: 'De uitkomst van patiënten is wat telt en pas daarna kunnen we kijken naar hoe andere types indicatoren samenhangen met kwaliteit.'

In het ontbreken van uitkomstindicatoren is de lage-rugchirurgie niet uniek. In elk vakgebied is er een wildgroei aan indicatoren en doen juist de uitkomstmaten maar heel mondjesmaat hun intrede. Hier heeft de medische beroepsgroep reden om de hand in eigen boezem te steken. In alle specialismen is zij degene die de indicatoren voordraagt. De verklaring die zij meestal geeft voor het ontbreken van uitkomstindicatoren is dat deze subjectief en moeilijk meetbaar zouden zijn. Dit argument gaat in ieder geval voor de lage-rugchirurgie mank (zie uitlegkader). Alle wetenschappelijke studies die nu bepalen hoe de indicatiestelling en de operatieve zorg op dit gebied eruit moeten zien, zijn namelijk wél gebaseerd op uitkomsten van de behandeling zoals gerapporteerd door de patiënt. Deze studies zijn verschenen in toptijdschriften en beschrijven grote patiëntaantallen. Blijkbaar wordt dit soort maten wel degelijk gezien als voldoende objectief voor het beoordelen van de behandelingskwaliteit. Het gaat bovendien om eenvoudige vragenlijstjes over pijn, zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven die desnoods over de telefoon kunnen worden afgenomen. In principe staat niets dus het gebruik van uitkomstindicatoren in de kwaliteitsmeting in de weg.

Dat ze tot nu toe ontbreken in de lijst van 26, wijdt Gert Westert aan een algemene reflex bij artsen op het gebruik van kwantitatieve gegevens in kwaliteitsmetingen. Hij vat die reflex samen in zijn 'four stages of grief': 'de gegevens kloppen niet, mijn patiënten zijn zieker, mijn collega is het probleem en uiteindelijk acceptatie van het feit dat er persoonlijke verbetering mogelijk is en dat gegevens hiervoor een noodzakelijke bijdrage leveren'. Dergelijke acceptatie vereist een mate van zelfreflectie waar het medisch establishment moeite mee heeft. Dokters onderscheiden zich vooral met deskundigheid en vaardigheid. De beste dokter is de knapste dokter, die het meeste weet of het meeste kan. Hun kwaliteit meten ze zelf, met impliciete middelen; is de juiste diagnose gesteld, is de operatie deskundig uitgevoerd, was er iets te zien op de postoperatieve scan? Binnen de medische cultuur is de onderlinge beoordeling niet populair. Bovendien geldt de persoonlijke ervaring van de patiënt als een oordeel van buiten de beroepsgroep dat gebaseerd is op andere uitgangspunten dan waar artsen elkaar op waarderen. Westert roept de artsen op om hun weerstand terzijde te schuiven: 'Pak de zwakke broeders aan, kijk over de heg bij de burens en leer er iets van!'

Een ander probleem is dat de patiëntgerelateerde gegevens om redenen van privacy beheerd worden door de

beroepsverenigingen en niet toegankelijk zijn voor de zorgverzekeraars, die alleen inzicht hebben in de structuur- en procesindicatoren en zich daar dus logischerwijze op focussen. Deze constructie hindert de inzet van deze uitkomsten van patiëntenzorg in de kwaliteitsmeting, mede door het gesteggel over wie de kosten van

## 'Pak de zwakke broeders aan, kijk over de heg bij de burens en leer er iets van!'

registratie moet betalen. Al met al is het feit dat het tot nu toe nauwelijks is gelukt om tot uitkomstmetingen te komen, ook de beroepsgroepen zelf aan te rekenen. Gert Westert zegt hierover: 'Effectief kwaliteitsbeleid gericht op continue cyclisch verbeteren en leren is binnen de beroepsverenigingen tot op heden nog niet van de grond gekomen.'

### DE LANGE WEG VAN DE 'PATIENT RELATED OUTCOME MEASURES'

Volgens Westert begint alle publiciteit over de praktijkvariatie en de algemene kwaliteit van de medische zorg nu eindelijk te leiden tot betere samenwerking van de betrokken partijen. Zo verplicht een aantal van de 26 kwaliteitsindicatoren in de rugchirurgie artsen om uitkomstindicatoren en 'patient reported outcome measures' (PROM's) bij te gaan houden in het register van de Dutch Spine Society (DSS), een samenwerkingsverband van spinale chirurgen. Het gaat om belemmeringen in het dagelijks leven ('Oswestry Disability Index'), de kwaliteit van leven (EQ5D), de been- en rugpijn gemeten op een 10-puntschaal en de tevredenheid met de uitkomst op een 7-puntschaal; alles vóór en 3 maanden na de operatie. Deze testen zijn stuk voor stuk eenvoudig uitvoerbaar. De instellingen worden nog niet beoordeeld op deze uitkomstmaten, maar alleen op de registratie zelf. Hoewel we nog niet zover zijn, is dit natuurlijk een opmaat naar een beoordeling op basis van deze PROM's. Op de vraag waarom het zo lang geduurd heeft voor deze voorzichtige eerste stappen naar kwaliteitsmeting op basis van patiëntuitkomsten konden worden gezet, antwoordt Van Limbeek van Achmea: 'Het proces was complexer dan vooraf gerealiseerd. Om een goede vergelijking te maken tussen de toestand van de patiënt voor en na chirurgie is samenwerking vereist met de beroeps-

groepen en die verliep stroef.' Hij suggereert dat de verzekeraars in deze discussie misschien niet de juiste toon hebben aangeslagen, maar ook dat de specialisten de hakken in het zand hebben gezet.

Gert Westert denkt dat de reden voor de moeizame samenwerking mede het gevolg is van de zorgwet van 2006. 'Die wet houdt in principe een vorm van georganiseerd wantrouwen in. Dat was op dat moment ook wel begrijpelijk. De overheid ervoer een gebrek aan controle op de kwaliteit en kosten van de zorg. Haar oplossing was de partijen strijd met elkaar te laten leveren om die kosten en kwaliteit. Dit heeft echter het onbedoelde bijeffect gehad dat de partijen zich hebben teruggetrokken in hun eigen domein en zijn gaan twijfelen aan de goede intenties van de ander. Zij zijn niet zozeer gaan strijden voor kwaliteit of kostenreductie, maar vooral voor het eigenbelang.'

Die strijd heeft zijn weerslag gehad op de selectie van de kwaliteitsindicatoren en op de weigering van de chirurgen om inzage te geven in het DSS-register. Omgekeerd was het moeilijk voor academische vakgroepen die zich bezighouden met kwaliteit van zorg, zoals IQ Healthcare van Gert Westert, om toegang tot de brongegevens van de verzekeraars te krijgen, die hun gegevens liever lieten analyseren door een consultancybureau. Doordat die analyse vervolgens draagvlak mist onder specialisten, ontstaat een vicieuze cirkel van wantrouwen. Alle geïnterviewde partijen zeggen overigens dat dit wantrouwen vaak verdwijnt op het moment dat niet de bestuurders, maar de inhoudsdeskundigen aan één tafel zitten. Marilou Muris van de NPCF: 'Het is vaak heel moeilijk om de juiste personen te vinden om mee te praten. De NPCF probeert altijd tripartiet met meest deskundige mensen aan tafel te komen.' Volgens haar is de samenwerking in de lage-rugchirurgie 'al een paar jaar erg goed.' Ook Westert benadrukt dat de samenwerking met de verzekeraars nu goed begint te lopen, waarbij hij nu bijvoorbeeld onderzoek kan doen met de gegevens van de verzekeraar. De specialisten benadrukken dat het onderwerp 'kwaliteit' hoog op de agenda staat, waarbij via goede samenwerking met alle partijen in het afgelopen jaar grote stappen zijn gezet op het gebied van registratie, effectieve

zorg – verstandig kiezen –, patiëntenparticipatie en richtlijnontwikkeling, met name ook voor de complexe spine.

## CONCLUSIE

De vraag of de patiënt in de lage-rugchirurgie na 10 jaar Zorgverzekeringswet zijn keuze inderdaad kan baseren op de huidige kwaliteitscriteria moet voorlopig nog negatief beantwoord worden. Dat betekent niet dat patiënt A wat betreft haar behandeling niet beter af is dan 10 jaar geleden. Dat is ze waarschijnlijk wél, maar de redenen daarvoor liggen vooral in voortschrijdend inzicht door goed wetenschappelijk onderzoek. Met de nieuwe wet had de politiek ook vooral een herverdeling van de macht voor ogen. Dit leidde tot 10 jaar lang aftasten en worstelen in een sfeer van wantrouwen, waarbij onduidelijk was hoe het nieuwe formele, maar vooral ook informele machtsevenwicht zou komen te liggen. Steeds meer spelers voelden zich in deze arena genoodzaakt bestuurders aan te stellen met een politieke achtergrond. Deze context heeft goede inhoudelijke discussies over het kwaliteitsbeleid in de weg gezeten. Kortom, het ging het afgelopen decennium in de gezondheidszorg meer over macht dan over kwaliteit. Dat besef lijkt nu langzaam door te dringen. Bij alle partijen – verzekeraars, artsen en patiënten – benadrukken de inhoudsdeskundigen de waarde van het onderhandelen met andere inhoudsdeskundigen. Dat deze mensen elkaar steeds beter weten te vinden, maakt het mogelijk dat nu eindelijk de eerste stapjes worden gezet bij het registreren van relevante uitkomstmaten als uitgangspunt voor verder kwaliteitsbeleid.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 februari 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:B1266

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/B1266](http://WWW.NTVG.NL/B1266)**

## LITERATUUR

- 1 Bal R, Stoopendaal AM, Van de Bovenkamp H. Veerkracht en veiligheid. Hoe kan regulering van de zorg daaraan bijdragen? Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9614.
- 2 Josephson RA. Malpractice Risk According to Physician Specialty. N Engl J Med 2011;365:1939-40.
- 3 Zorgverzekeraars Nederland. Praktijkvariatiereport Rughernia. December 2013.
- 4 NPCF. Zorgkaart Nederland. Geraadpleegd op 24 februari 2016.