

Prestatie-indicatoren ongeschikt om complexe zorg te beoordelen én te verbeteren

R.W.M.Giard

Zie ook het artikel op bl. 967.

Iedere patiënt wenst de behandeling die de beste kans op een zo goed mogelijke uitkomst geeft en die bovendien met toewijding wordt gegeven. Dat is de beste motivering om onophoudelijk te zorgen voor kwaliteit. De context waarbinnen deze kwaliteitszorg plaatsvindt, verandert voortdurend en wordt steeds minder vrijblijvend. Er is een uitgebreid juridisch kader gecreëerd dat individuele hulpverleners wettelijk verplicht goede zorg te leveren en zorginstellingen opdraagt om hun kwaliteit te waarborgen.

De Inspectie voor de Volksgezondheid vraagt ziekenhuizen jaarlijks hun kwaliteit openbaar te maken aan de hand van een set prestatie-indicatoren. De media besteden gretig aandacht aan medische misslagen en publiceren periodiek kwaliteitsranglijsten van ziekenhuizen.¹ Zorgverzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties besloten onlangs samen rapportcijfers te gaan geven aan zorginstellingen.² Artsen worden dus in toenemende mate publiekelijk afgerekend op de kwaliteit van hun zorg. Hoe kunnen zij daar het best mee omgaan?

Kwaliteitstoetsing en -bevordering is niet alleen een cyclisch, maar ook een complex proces. Centraal staat de vraag: hoe meet je kwaliteit? Enkelvoudige uitkomstmaten, zoals een complicatie- of sterftekans, zijn op zich onvoldoende als maat voor de te evalueren kwaliteit van de geleverde zorg. Er dient immers rekening te worden gehouden met een samenspel van biologische, medische en operationele variabelen en dus richt de aandacht zich tevens op onderzoek naar patiëntkenmerken in samenhang met zorgprocessen. Kwaliteitsverbetering is alleen mogelijk als er ruimte is tussen de gemeten actuele prestaties en de best bereikbare uitkomsten. Hoe maak je die marge duidelijk en hoe motiveer je het veld om die te verkleinen?

Elders in dit nummer confronteren Pillay et al. ons met deze problematiek.³ Patiënten met een heupfractuur hebben er in het algemeen baat bij zo snel mogelijk operatief behandeld te worden. Men kan het percentage patiënten dat daadwerkelijk binnen 24 uur na het trauma werd geopereerd als prestatie-indicator hanteren. Aan de hand van hun retrospectieve onderzoek plaatsen Pillay et al. kritische

kanttekeningen bij deze indicator: is dit wel een geschikte uitkomstmaat en lopen wij niet het gevaar dat niet optimaal voorbereide patiënten te snel worden geopereerd omwille van het gewenste percentage? In dit artikel zal ik aan de hand van dit voorbeeld stilstaan bij problemen rond het meten en normeren van kwaliteit, de manier om kwaliteit te verbeteren en het motiveren van artsen om meer aandacht aan deze materie te besteden.

EMPIRISCH ONDERZOEK BIJ PATIËNTEN MET HEUPFRACTUREN

Binnen onze dubbel vergrijzende populatie vormen heupfracturen een frequent en groeiend probleem. Omdat de meeste patiënten ouder dan 70 jaar zijn, spelen comorbide factoren een belangrijke rol bij zowel de kans om te vallen als bij het ziektebeloop na de fractuur. Vandaar de hoge morbiditeit en sterfte binnen deze specifieke geriatrische patiëntenpopulatie. Klinisch-epidemiologisch onderzoek naar de invloed van het moment van de operatie op morbiditeit en sterfte is niet eenvoudig vanwege de talrijke factoren die daarbij tegelijk van invloed zijn.⁴ Tussen verschillende behandelcentra blijken grote populatie- en prestatiever verschillen te bestaan.⁵ Onderzoek naar de effecten van het tijdsinterval tussen fractuur en operatie heeft behalve met deze heterogeniteit ook nog te maken met verschillende vormen van bias.⁶ Dat alles maakt op voorhand al duidelijk dat het percentage patiënten dat binnen 24 uur na de heupfractuur wordt geopereerd een te grove kwaliteitsmaat is.

En dan de kwantitatieve maatstaf waaraan voldaan dient te worden: wie, maar vooral wát bepaalt deze norm? Wat zijn de onderliggende ideeën? Als men betekenis toekent aan een percentage: welke statistische aanname ligt daaraan ten grondslag? ‘Veronderstelt men een normale verdeling van alle verzamelde prestatie-indicatoren aan de hand waarvan vervolgens bepaald wordt welke zorg wél en welke niet van voldoende kwaliteit is? Zo ja, is een dergelijke relatieve norm een bruikbaar uitgangspunt voor het realiseren van strategische organisatieveranderingen? Men streeft toch niet naar een gauss-verdeling, maar juist naar excellente resultaten in absolute zin?’ Een andere – nieuwe – statistische benadering is daarvoor nodig.⁷

Praktisch dient er preoperatief prioriteit te worden gegeven aan behandeling van acute comorbide factoren, want vooral die zijn van grotere invloed op de sterfte dan de

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara, afd. Klinische Pathologie, Postbus 9119, 3007 AC Rotterdam.

Hr.dr.dr.R.W.M.Giard, patholoog, klinisch epidemioloog en jurist (tevens: Ikazia Ziekenhuis, afd. Pathologie, Rotterdam) (giardr@mcrz.nl).

wachttijd voor operatie.⁸ Daardoor verschuift de aandacht bij kwaliteitsonderzoek van uitkomsten naar het gedetailleerd onderzoeken van patiëntfactoren en het op grond daarvan sturen van zorgprocessen. Maar hoe dient dat in zijn werk te gaan?

KWALITEIT EN COMPLEXITEIT VAN ZORGSYSTEMEN

Zowel politiek, organisatorisch als medisch-inhoudelijk valt de hedendaagse gezondheidszorg kernachtig met één woord te karakteriseren: complex (figuur). Dat heeft gevolgen voor de manier waarop zowel onderzoek als beleid betreffende kwaliteitsverbetering wordt uitgevoerd. Een eenvoudig mechanisch model van een raderwerk dat beter moet worden afgesteld of van nieuwe wieljes voorzien, klopt niet. Op het gebied van gezondheidszorgonderzoek dienen nieuwe wegen ingeslagen te worden die juist deze complexiteit als uitgangspunt nemen.^{9 10}

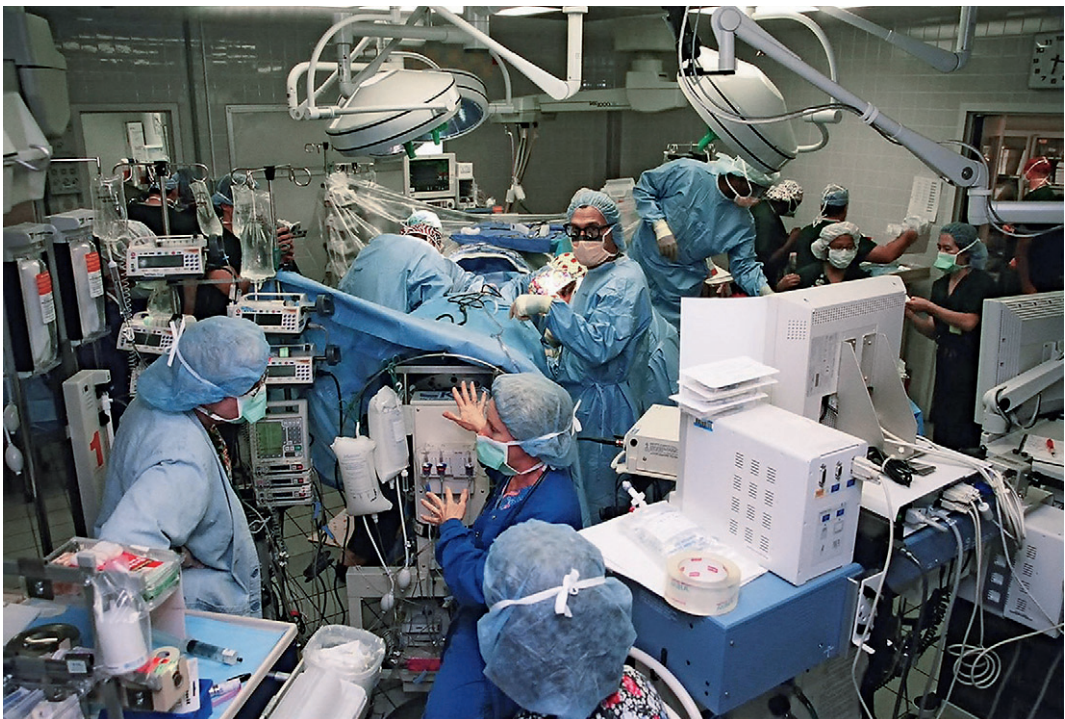
Want wat dient er bijvoorbeeld allemaal te worden veranderd om de gemiddelde tijd tussen het oplopen van een femurfractuur en de operatieve behandeling ervan te bekorten? Wij hebben te maken met het functioneren van de afdelingen Spoedeisende Hulp, Radiodiagnostiek en het laboratorium inclusief bloedbank, en de directe beschikbaarheid van een chirurg of orthopeed en van een anesthesieteam. Vaak zijn eerst consulten nodig van cardiologen en/of

internisten. Er moet ok-ruimte en -personeel beschikbaar zijn. Het patiënten aanbod kan bij gladheid soms grote pieken vertonen. Daarnaast zijn er tegelijkertijd nog andere spoedeisende problemen die om aandacht vragen. Complexiteit is dus troef bij dit probleem. De analyse daarvan en de daarop gebaseerde kwaliteitsverbetering vragen derhalve om een innovatieve benadering.¹⁰

Uitsluitend het percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen 24 uur wordt geholpen, maakt onderscheid tussen goede en slechte zorg onvoldoende mogelijk en toont niet waar het proces eventueel tekortschiet. De bedoeling is echter om zorg van onvoldoende niveau te signaleren en vervolgens de betrokken zorgverleners te stimuleren om actie te ondernemen. Dat brengt ons bij het vraagstuk van het op de juiste wijze motiveren van zorgverleners om optimale zorg te realiseren.

BETALEN VOOR BETERE KWALITEIT?

Afrekenen op kwaliteit van zorg kan ook heel letterlijk worden genomen: betere kwaliteit moet beter worden betaald; geldelijk gewin als motivatie voor kwaliteitszorg. Vooral in de VS bestaat momenteel veel aandacht voor deze 'pay-for-performance' (P4P). Is er al enig empirisch bewijs dat deze aanpak werkt? Een recente analyse maakt duidelijk dat dit niet het geval is.¹¹ Maar als wij er bij prestatie-indicatoren



Drukte op een operatiekamer, ter illustratie van de complexiteit van de zorg.

al bang voor zijn dat er te veel wordt toegewerkt naar het behalen van het juiste percentage ten koste van andere zaken, bestaat er dan bij de P4P-benadering niet het gevaar dat de kosten te veel de focus van aandacht zullen gaan vormen?¹²

Deze 'oplossing' omzeilt de vraagstukken die hierboven al werden gesignaleerd: hoe meet je kwaliteit op betrouwbare wijze (uitkomst- en/of procesindicatoren?) en hoe stuur je zorgprocessen zodanig dat de uitkomsten verbeteren? Eerst moeten deze primaire vragen worden beantwoord alvorens onderzocht kan worden of men met deze 'economische' motivering betere resultaten kan bereiken. Zonder goed ontworpen gerandomiseerde onderzoeken zullen wij alleen maar kunnen gissen naar antwoorden op technische en beleidsmatige vragen: wij vragen evidence-based beleid.¹³ Maar er is nog een ander belangrijk psychologisch aspect: hoe mobiliseer je artsen tot acties voor het onderzoeken en bevorderen van kwaliteit?

INITIATIEF EN LEIDERSCHAP

Het in 1999 verschenen rapport 'To err is human' bleek een belangrijke stimulans voor het kwaliteitsdebat.¹⁴ Welke vorderingen zijn er sindsdien op het gebied van patiëntveiligheid gemaakt? De voortgang is traag te noemen. Leape en Berwick noemen als barrières voor veiligheidsbevordering van medische zorg de toenemende complexiteit van zorg, de heersende cultuur binnen de geneeskunde (onder andere nadruk op professionele autonomie, fragmentatie van zorg), maar ook gebrek aan leiderschap.¹⁵ Initiatieven op het gebied van kwaliteitsnormering van zorg lijken primair te komen van gezondheidsjuristen, patiëntenfederaties, zorgverzekeraars en toezichthouders, en niet uit de gelederen van de professionals zelf. Waar blijven de leiders toch?¹⁶

Als artsen steeds vaker én dwingender worden beoordeeld op kwaliteit, dan vormt dat een stimulans voor een proactief en niet voor een reactief beleid. Beoordeling vindt steeds plaats na levering. Er moet dus alles aan gedaan worden om goede diensten te leveren. Dat vraagt om een cultuurverandering, maar ook om specifieke kennis en vaardigheden. De beste aansporing is misschien wel als artsen zich realiseren dat zij ooit zelf patiënt zullen worden en de zorg vanuit dat perspectief moeten bekijken.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 januari 2007

Literatuur

- 1 Giard RWM. Ziekenhuizentop-100: wisselende ranglijsten, wisselende reputaties. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006;150:2355-8.
- 2 Vermeulen M. Patiënten gaan zorg beoordelen. *Volkskrant* december 8 2006.
- 3 Pillay J, Wouden JC van der, Leenen LPH. De prestatie-indicator 'heupfractuur: opereren binnen 24 uur' retrospectief toegepast bij 217 patiënten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2000-2003: postoperatief minder vaak pneumonie, maar niet minder sterfte. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007;151:967-70.
- 4 Elliott J, Beringer T, Kee F, Marsh D, Willis C, Stevenson M. Predicting survival after treatment for fracture of the proximal femur and the effect of delays to surgery. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:788-95.
- 5 Freeman C, Todd C, Camilleri-Ferrante C, Laxton C, Murrell P, Palmer CR, et al. Quality improvement for patients with hip fracture: experience from a multi-site audit. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:239-45.
- 6 Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. *Qual Saf Health Care.* 2005;14:371-7.
- 7 McKelvey B, Andriani P. Why Gaussian statistics are mostly wrong for strategic organization. *Strategic Organization.* 2005;3:219-28.
- 8 Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:483-9.
- 9 Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: the challenge of complexity in health care. *BMJ.* 2001;323:625-8.
- 10 Kernick D. Wanted – new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? *Fam Pract.* 2006;23:385-90.
- 11 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med.* 2006;145:265-72.
- 12 Fisher ES. Paying for performance – risks and recommendations. *N Engl J Med.* 2006;355:1845-7.
- 13 Chassin MR. Does paying for performance improve the quality of health care? *Med Care Res Rev.* 2006;63(1 Suppl):122S-5S.
- 14 Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington: National Academy Press; 1999.
- 15 Leape LL, Berwick DM. Five years after To err is human: what have we learned? *JAMA.* 2005;293:2384-90.
- 16 Downton SB. Leadership in medicine: where are the leaders? *Med J Aust.* 2004;181:652-4.

Abstract

Performance indicators unsuitable to monitor and improve complex health care. – Medically, socially and legally doctors are expected to deliver care of sufficient quality. Adequate quality is never self-evident. Patients and payers increasingly demand public disclosure of the condition of healthcare. Performance indicators have been created for this purpose, but how adequate are these measures? The problem is complex, making single performance indicators, such as the percentage of patients with traumatic hip fracture who undergo surgery within 24 hours after admission, inadequate. Improving quality requires not only proper measurement to disclose weaknesses and monitor the road to recovery but also better motivation of healthcare professionals. Pay-for-performance does not address the basic problems of how to measure and improve care. Doctors have to change the culture of medicine and find ways to deal with the increasing complexity of medical care. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007;151:957-9