

Gerard Griever, Ilse Nugter, Louk Oudenhoven

Kwaliteit: van visitatie tot benchmark

ADAS	Algemeen Digitaal Audit Systeem
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CT	computertomografie
FTE	fulltime-equivalent
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten

Al jaren is de kwaliteit van radiologische zorg een belangrijk aandachtspunt voor de NVvR. Sinds 1995 voert de NVvR kwaliteitsvisitaties uit, initieert richtlijnontwikkeling en ontwikkelt kwaliteitsindicatoren. De laatste tijd is er ook een verandering gaande in de verhouding tussen de medische beroepsgroep en de maatschappij. Er is een maatschappelijk inzicht ontstaan dat er meer transparantie en verantwoording moet komen over de kwaliteit van ziekenhuizen en de medisch-specialistische zorg.

Het meten van kwaliteit

Transparantie over de kwaliteit van zorg kan niet zonder afspraken over de wijze waarop kwaliteit wordt gemeten en wordt vergeleken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van indicatoren. Indicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de mate van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie. Indicatoren kunnen zorgaanbieders inzicht geven in de resultaten van het eigen zorgproces en helpen bij interne sturing en verbetering ervan. Indicatoren kunnen ook gebruikt worden om de prestaties van maatschappen of instellingen onderling te vergelijken (benchmarken). De te ontwikkelen indicatoren dienen inzicht te geven in de kwaliteit van zorg. Dit kan verschillende kwaliteitsdomeinen betreffen, zoals effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid. Er kunnen drie soorten indicatoren worden onderscheiden:

- *structuurindicatoren* zeggen iets over de context waarin de zorg wordt geleverd, zoals voorzieningen om goede zorg te leveren. Hierbij kan worden gedacht aan beschikbaarheid van personeel en middelen;
- *procesindicatoren* beschrijven een serie gebeurtenissen in een zorgtraject zoals doorlooptijden en de mate van gebruik van protocollen;
- een *uitkomstindicator* meet het gewenste of ongewenste resultaat van zorgverlening, zoals het percentage correcte radiologische diagnoses bij geopereerde acute buiken.

In 2007 heeft een werkgroep binnen de NVvR een set van elf indicatoren ontwikkeld die verschillende aspecten van de radiologische praktijkvoering beschrijven [1].

Het project 'Integraal kwaliteitsbeleid'

De NVvR voert sinds 1995 gestructureerde kwaliteitsvisitaties uit bij de radiologieafdelingen in de niet-opleidingsklinieken. Sinds 2005 is deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke vereniging verplicht voor herregistratie van de medisch specialist, en sinds 2006 worden ook de opleidingsklinieken gevisiteerd.

De NVvR is in samenwerking met het CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg gestart met digitale ondersteuning van de kwaliteitsvisitaties door middel van het Algemeen Digitaal Audit Systeem (ADAS). Het systeem faciliteert de verschillende fasen van een visitatie. In ADAS zijn de visitatievragenlijsten van de NVvR opgenomen. Deze kunnen gestructureerd worden afgenomen, en er worden spiegelgegevens gegenereerd.

De kwaliteitsvisitatiecommissie heeft door de opzet van deze visitatiewijze en het ADAS-systeem de mogelijkheid om radiologieafdelingen van spiegelinformatie (benchmark) te voorzien. In 2008 is de algemene visitatievragenlijst, de zelfevaluatie, herzien. Een belangrijke wijziging was het opnemen van de interne indicatorenset in de vragenlijst.

Deze actualisering van het visitatiekader met behulp van de upgrade van het ADAS-systeem vormde aanleiding om het project 'Integraal kwaliteitsbeleid' te starten met een actieve inzet en betrokkenheid van de kwaliteitsvisitatiecommissie. In juli 2008 is het project van start gegaan, en in juli 2010 zal het worden afgerond. Het project is gefinancierd vanuit het gealloceerd budget van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) (zie kader).

In dit artikel zal worden stilgestaan bij de eerste resultaten van het project en een selectie van benchmarks die zijn gegenereerd. Daarnaast hopen we hiermee een aanzet te geven tot discussie. Alle gegevens van 2005-2009 zijn al verspreid onder de gevisiteerde groepen.

Resultaten

In de periode na de ADAS-upgrade (2008) zijn er 19 (niet-opleidings)ziekenhuizen gevisiteerd. Alle genoemde resultaten hebben betrekking op 2009. De gevisiteerde maatschappen gaven alle toestemming voor inclusie van de gegevens uit de vragenlijst voor de benchmark. De vragenlijsten waren over het algemeen goed ingevuld, maar indien er toch gegevens ontbreken wordt dit vermeld.

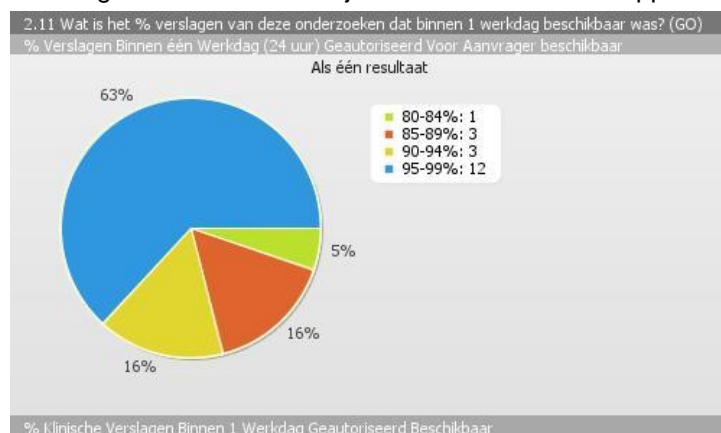
Vanuit de vragenlijsten zijn 25 benchmarks gegenereerd. Deze zijn in te delen in de volgende categorieën: praktijkbeschrijvingen, zoals aantallen FTE en verrichtingen; procesindicatoren, zoals snelheid van verslaglegging en functioneren van mammabesprekingen; structuurindicatoren, zoals het gebruik van een complicatieregistratie, en uitkomstindicatoren, zoals het percentage bruikbare cytologische puncties.

De gemiddelde omvang van de gevisiteerde maatschappen betrof 5,5 FTE (3,0 tot 8,8). Gemiddeld werden er per maatschap 79.828 verrichtingen gedaan (30.768 tot 145.075).

Figuur 1a benchmark 2.10 toont het percentage klinische onderzoeken dat binnen een dag na aanvraag werd verricht bij de 19 gevisiteerde maatschappen.



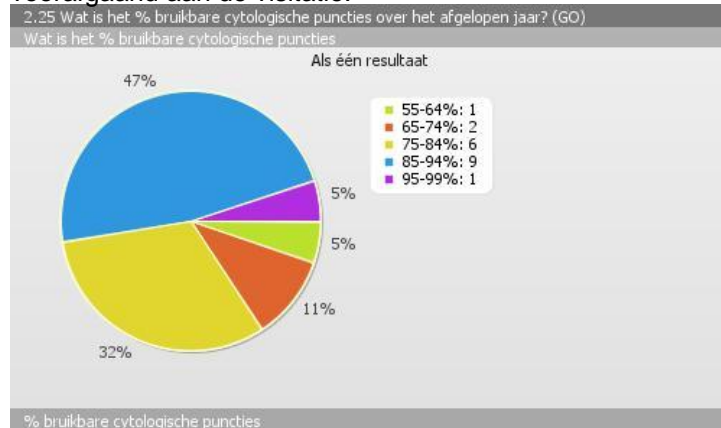
Figuur 1b benchmark 2.11 toont het percentage klinische onderzoeken waarbij het verslag binneneen werkdag beschikbaar was bij de betrokken maatschappen.



Figuur 2a benchmark 2.24 toont het percentage bruikbare histologische puncties over het jaar voorafgaand aan de visitatie.



Figuur 2b benchmark 2.25 toont het percentage bruikbare cytologische puncties over het jaar voorafgaand aan de visitatie.



In 2009 werden door 12 van de 19 maatschappen standaard de risicofactoren voor contrastnefropathie vastgelegd bij gebruik van intraveneus jodiumhoudend contrastmiddel. Zeven maatschappen meldden dat op hun afdeling bij de aanwezigheid van risicofactoren ook daadwerkelijk altijd een nierfunctie wordt bepaald. Bij drie maatschappen werden de risicofactoren bij meer dan 80% van de onderzoeken vastgelegd en werd er evenzovaak een nierfunctie bepaald bij de aanwezigheid van een risicofactor voor contrastnefropathie. In vier praktijken werd het risico van contrastnefropathie niet vastgelegd en werd de nierfunctie niet bepaald.

Bij de interne indicatorenset uit 2007 was de volgende uitkomstindicator geformuleerd: "Neem de laatste 100 patiënten met een acute buik bij wie voorafgaand aan de operatie beeldvormend diagnostisch onderzoek werd verricht. Bij hoeveel patiënten (%) was de radiologische diagnose GEHEEL juist (d.w.z. zowel de operatie-indicatie was juist, als de pathologische/anatomische diagnose)?"

Van de 19 gevisiteerde maatschappen werd er door 13 praktijken aangegeven dat er een volledig juiste diagnosestelling was in gemiddeld 89,9% (80-100%) van het aantal radiologische onderzoeken.

Bij de vervolgvraag, in hoeveel gevallen er dan sprake was van een deels juiste radiologische diagnose (operatie-indicatie juist, maar de pathologische/anatomische diagnose onjuist), werd er door 10 van deze 13 maatschappen aangegeven dat 99 tot 100% van de diagnoses ten minste deels juist zijn. Bij de overige drie maatschappen was dit percentage respectievelijk 98, 97 en 95%.

Discussie

De uitkomsten van indicatoren worden vaak beschouwd als maat voor de kwaliteit van zorg. Daarbij is voorzichtigheid geboden. Bij het gebruik van indicatoren als versimpeling van de realiteit moet men zich telkens de vraag stellen of er wel werkelijke kwaliteit wordt gemeten. Ofwel, wat zeggen de cijfers nu echt?

Met deze vraag in het achterhoofd zijn het juist de maatschappen die in staat moeten zijn de uitkomsten te interpreteren. Begrip van de rol van kwaliteitsinstrumenten in het algemeen en indicatoren in het bijzonder is hierbij van groot belang.

De doorlooptijd van klinische onderzoeken en verslaglegging lijkt in *Figuur 1a* bij de gevisiteerde maatschappen goed op orde. Wellicht is er bij de drie ziekenhuizen die minder dan 90% van de klinische patiënten binnen een dag kunnen helpen, helemaal geen kwaliteitsverbetering te bereiken door de patiënten sneller te helpen, omdat er in de zorgprocessen vooruit wordt gepland en aangevraagd? En hoe lang is de wachttijd voor specifieke onderzoeken? Aan u om de betekenis van deze cijfers en vragen te koppelen aan uw praktijk.

De uitkomsten van de histologische en cytologische puncties (*Figuur 2a* en *2b*) kunnen interessante vragen oproepen. In een gemiddelde praktijk worden deze onderzoeken waarschijnlijk het meest voor de mammadiagnostiek gedaan. Wat is de plaats van cytologie als minder dan tweederde van de puncties iets oplevert? Ligt dit resultaat aan de casemix, de indicatiestelling of de techniek?

Met de NVvR-richtlijn Contrastnefropathie uit 2007 en het thema 'voorkomen contrastnefropathie' in het veiligheidsmanagementsysteem zal verwacht mogen worden dat de zorg rondom het gebruik van jodiumhoudend contrast in de komende jaren bij de meeste maatschappen goed zal worden georganiseerd. De huidige bevindingen leiden tot de conclusie dat de richtlijn nog onvoldoende is geïmplementeerd.

Van de indicatoren is een uitkomstindicator het meest betekenisvol omdat deze de uitkomst van zorg beschrijft. De prestatie-indicator is daardoor echter ook de meest gecompliceerde indicator om te ontwikkelen en te interpreteren. Wellicht wordt dit teruggezien in de gegevens over het percentage correcte radiologische diagnoses. Bij 6 van de 19 maatschappen werd geen getal ingevuld, en bij de overige maatschappen was de prestatie opmerkelijk goed, in ieder geval veel beter dan in de literatuur beschreven voor echo en/of CT [2]. De vraag dringt zich op of hier wel een echte analyse heeft plaatsgevonden?

De spiegelinformatie beschikbaar in de benchmarks kan u helpen bepalen waar uw praktijk staat ten opzichte van uw collega's. Benchmarks beschrijven echter niet wat goede zorg is, dat bepalen wij met elkaar. Met andere woorden: wat is de norm? Met de start van het SKMS-project 'De radiologische normpraktijk' zal een begin worden gemaakt met het beantwoorden van deze moeilijke vraag. Ook vanuit de patiëntenverenigingen, de verzekeraars en de politiek is er een sterke ontwikkeling gaande om goede zorg te benoemen, normeren en meten. Het is voor de NVvR van groot belang hierin het initiatief te behouden door middel van richtlijnontwikkeling, protocollering van zorg en door het samenstellen van indicatoren.

Met het structureel beschikbaar maken van spiegelgegevens, het ontwikkelen van interne indicatoren en het project 'Integraal kwaliteitsbeleid' heeft de kwaliteitsvisitatiecommissie een start gemaakt met het verbeteren van de kwaliteit van radiologische zorg. Terwijl de database zich de komende jaren verder vult, zullen nieuwe benchmarks en indicatoren moeten worden ontwikkeld. De gegevens worden – indien u meewerkt aan de benchmark – beschikbaar gesteld aan uw maatschap voor uw eigen kwaliteitsbeleid. Het is echter aan u om de gegevens te gebruiken voor de verbetering van uw patiëntenzorg.

In aansluiting op deze informatie vindt u in het kader meer informatie over (SKMS-) kwaliteitsprojecten.

Vanuit SKMS (Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten) zijn er gelden beschikbaar gesteld voor de NVvR. In 2010 is een groot gedeelte van de gelden nog niet gereserveerd. De NVvR wil dit geld gebruiken om het kwaliteitsbeleid van de vereniging een sterke impuls te geven. Hierbij wordt aan alle leden een oproep gedaan om projecten aan te dragen. Deze projecten moeten een innovatief karakter hebben en een kwaliteitsverhogend effect voor de radiologische praktijkvoering, zoals de ontwikkeling van richtlijnen en indicatoren of een complicatieregistratie. Momenteel lopen er twee projecten: het project 'Integraal kwaliteitsbeleid' (tot eind juni 2010) en het project 'Radiologische normpraktijk'.

Elk lid van de NVvR kan een project indienen. Daarmee zorgt u voor kwaliteitsverbetering van de NVvR en de radiologie in Nederland. Wel hangt er ook een verantwoordelijkheid vast aan de uitvoering van een SKMS-project. Alvorens de projecten worden ingediend, wordt een projectgroep samengesteld waarin leden van de NVvR en eventueel andere specialismen samenwerken. In elke projectgroep wordt een voorzitter aangewezen die als aanspreekpunt fungeert voor de kwaliteitsmedewerker van de NVvR, het bestuur van de NVvR en SKMS. Deze projectgroep is verantwoordelijk voor de voortgang en uitvoering van het project. De begrote gelden moeten op de juiste wijze worden besteed en verantwoord. Kosten van onder andere vergaderingen, werkzaamheden van laboranten, materialen of het inwinnen van extern advies kunnen worden gedeclareerd. De kwaliteitsmedewerker van de NVvR fungeert als contactpersoon tussen de NVvR en SKMS. Tevens zorgt de kwaliteitsmedewerker voorafgaand en gedurende het project voor (inhoudelijke) ondersteuning. Meer informatie kunt u opvragen bij I.M. (Ilse) Nugter, kwaliteitsmedewerker NVvR. E-mail: kwaliteitsmedewerker@radiologen.nl.

G.E.R. Griever, radioloog & bestuurslid kwaliteit
I.M. Nugter, kwaliteitsmedewerker NVvR
L.F.I.J. Oudenhoven, radioloog & lid kwaliteitsvisitatiecommissie

Literatuur

1. Vos JA, et al. Interne indicatoren voor de radiologie. Internetsite Nederlandse Vereniging voor Radiologie. Beschikbaar via <http://www.radiologen.nl/266/3544/algemeen-en-organisatorisch/prestatie-indicatoren-radiologie.html>. Geraadpleegd maart 2010.
2. Salem TA, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Prospective study on the role of the CT scan in patients with an acute abdomen. *Colorectal Dis* 2005;7:460-6.