

Registreer alleen gegevens die nodig zijn

DRS. FRANK VAN WIJCK, WETENSCHAPSJOURNALIST

Kwaliteitsregistraties in ziekenhuizen dragen vaak niet bij aan verbetering van de zorgkwaliteit, blijkt uit onderzoek van ZIRE (Zinnelijke Registratie). Een gesprek met onderzoeker drs. Gepke Veenstra (UMC Groningen) en projectleider Angelique Olde Meierink MSc. (UMC Utrecht) van het Citrienfonds-programma Naar regionale oncologienetwerken over hoge registratielast en hoe dat anders kan.

Zijn registraties in de zorg zinvol en worden ze door zorgprofessionals ook als zodanig ervaren? “Hierover is veel gediscussieerd en gepubliceerd, maar er zijn nauwelijks empirische studies”, vertelt Gepke Veenstra. “Toenmalig minister van VWS Edith Schippers bood de gelegenheid om in de praktijk te onderzoeken of die registratielast verminderd kon worden. Om te beginnen zetten we bestuurders, zorgverleners en onderzoekers bij elkaar om te discussiëren over de vraag: wat is precies het probleem? De zorgverleners gaven aan een georganiseerd wantrouwen te voelen bij alle registratie, terwijl zij juist vanuit hun professionele verantwoordelijkheid willen handelen.”

Op zoek naar efficiency

Om te kunnen bepalen of het beter kan, deed ZIRE een experiment onder auspiciën van het Consortium kwaliteit van zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Zorginstituut Nederland in drie ziekenhuizen: Radboudumc te Nijmegen, UMC Groningen en Rijnstate te Arnhem. Dit begon met een

inventarisatie van wat wordt geregistreerd, door wie en met welk doel. Van alle kwaliteitsregistraties in de ziekenhuizen bleek slechts 36% bruikbaar om de zorg te verbeteren. De rest diende ter verantwoording en daarin zat veel overlap.¹

“We hebben ook gekeken naar de vraag wat de zorgverleners vinden van de registraties, of ze er feedback op krijgen en wat het verband is tussen registreren en werkplezier”, vertelt Veenstra. “Een frustratie die ze melden was dat partijen dezelfde informatie geregistreerd wilden hebben, maar op een nét andere manier of op een ander moment. Over de thema's die relevant zijn om te worden uitgevraagd was iedereen het wel eens, maar het gebrek aan uniformiteit werd als vervelend ervaren. Ook hoorden we dat zorgverleners vooral registraties waarvan ze niet begrijpen waarom ze die moeten bijhouden frustrerend vinden. Ze leiden af van het werkplezier en het gevoel van autonomie. Ook hoorden we dat zorgverleners niets terug horen over registraties die ze op zich wel relevant vonden, of moeten betalen voor het terughalen

van geregistreerde gegevens om die te kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Een verpleegkundige vertelde dat ze gewoon gestopt was met een registratie waarvan ze het nut niet inzag. Het was inmiddels een jaar later en ze had er nooit wat over gehoord.”

Kernset

Het kan dus efficiënter, dat was duidelijk. “We ontwikkelden met zorgverleners en patiënten een kernset van indicatoren die zorgverleners zinvol vinden”, vertelt Veenstra. “Daarmee blijft maar zo'n 20% van de bestaande registraties over. Alles wat relevant is, wordt nog steeds geregistreerd, maar het is efficiënter gemaakt en de dubbelingen zijn eruit gehaald. Ook de eigen uitvraag van de ziekenhuizen is efficiënter gemaakt, bijvoorbeeld door een bepaalde registratie bij één

persoon te beleggen.”

Die kernset werd geïmplementeerd in focusgebieden in de drie ziekenhuizen. Die kregen in het kader van ZIRE experimenteerruimte om kwaliteitsindicatoren tijdelijk los te laten, om meer tijd te creëren voor patiëntenzorg en het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen. “In één ervan is de medisch leider er echt voor gaan staan om te bewerkstelligen dat niets meer werd geregistreerd wat niet zinvol was”, vertelt Veenstra. “Hiermee werd

van iets minder dan een uur registreren per dag twintig minuten afgehaald.”²

De ict speelde een belangrijke rol om de ontregeling van de registratie te laten slagen. Veenstra: “In het UMC

Groningen werd net een nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD) geïmplementeerd, waardoor sommige registraties niet konden worden losgelaten. Maar in een ziekenhuis waar het EPD verder was ontwikkeld, heeft dit juist een belangrijke positieve rol gespeeld in het ontregelen. Rijnstate en UMC Groningen hebben gekozen voor een gefaseerde aanpak, Radboudumc heeft het in één keer gedaan. In alle drie is de registratielast gedaald, in Radboudumc het meest.”

Veenstra: “In alledrie de ziekenhuizen in het experiment is de registratielast gedaald”



Gepke Veenstra

Proeftuin Gegevensset colorectaal carcinoom

Het programma Naar regionale oncologienetwerken richt zich op trefzekere zorg voor iedere patiënt met kanker, onder meer door te werken aan goede registratie en gegevensuitwisseling. In zes proeftuinen voor verschillende patiëntengroepen worden standaardgegevenssets ontwikkeld. Deze patiënten worden immers vrijwel altijd gezien en behandeld in een regionaal netwerk, waarbij ze soms onderdelen van de diagnostiek, behandeling en follow-up in verschillende ziekenhuizen krijgen.

“Dan is makkelijke en veilige gegevensuitwisseling belangrijk. Je wilt een helder beeld hebben van de basisgegevens die zinvol zijn om te registreren voor bijvoorbeeld multidisciplinair overleg”, zegt Angelique Olde Meierink in het verlengde van het verhaal van Veenstra. Zij is projectleider van de proeftuin Gegevensset colorectaal carcinoom bij het Regionaal



Angelique Olde Meierink

- Het Citrienfondsprogramma **Naar regionale oncologienetwerken** richt zich op trefzekere zorg voor iedere patiënt met kanker. Het programma faciliteert en stimuleert daartoe samenwerking in regionale oncologienetwerken.
- Het Citrienfonds zet in op de juiste zorg met de juiste informatie op de juiste plek. Dit fonds is een initiatief van de NFU en mede mogelijk gemaakt door ZonMw.

Regionale
Oncologienetwerken



www.oncologienetwerken.nl
citrienfonds.nl

Oncologienetwerk Midden Nederland. “Effectieve registratie op basis van een goede basisset betekent dat je gegevens van de patiënt eenvoudig kunt uitwisselen binnen én tussen ziekenhuizen. Dat is voor alle zorg relevant, maar zeker voor oncologische zorg, omdat een patiënt met kanker soms voor behandeling in zijn lokale ziekenhuis terecht kan, maar vaak ook wordt verwezen naar een gespecialiseerde afdeling of centrum en later weer terug. Adequate registratie is dus de basis voor de juiste behandeling op de juiste plek op het juiste moment mét de juiste informatie. Een ‘slanke’ gegevensset betekent dat de behandelaars daarbij tijd besparen en door de standaardisatie zijn gegevens ook beter bruikbaar voor kwaliteitsdoeleinden.”

De proeftuin Gegevensset colorectaal carcinoom is opgezet om precies dit te realiseren. “We werken hierin samen met het zusterprogramma Registratie aan de bron”, vertelt Olde Meierink. “Het primaire doel is de zorg in oncologische netwerken verbeteren, maar het beperken van de registratielast is een waardevolle bijvangst. We zijn nu bezig met het in kaart brengen en accorderen van het zorgproces. Hierbij kijken we als uitgangspunt naar welke klinisch relevante gegevens uit het zorgproces moeten worden geregistreerd.” Er is al een algemene oncologische gegevensset waarvan de Basisgegevensset Zorg deel uitmaakt. “Die vullen we nu aan met een tumorspecifieke set voor het colorectaal carcinoom. Door het zorgproces als uitgangspunt te nemen en de zorgprofessionals er actief bij te betrekken, creëer je draagvlak: zij weten welke registratie waardevol is of niet”, aldus Olde Meierink.

Ook hier speelt ict een rol. “De ziekenhuizen in onze proeftuin werken met verschillende EPD’s. Aan de ene kant lastig, maar aan de andere kant ook wel uitdagend, want het betekent dat elk ziekenhuis op een andere manier registreert. Het is leerzaam om te zien wat dit voor de praktijk betekent en hoe we toch kunnen standaardiseren.”

De gegevensset colorectaal carcinoom en de gegevenssets voor andere tumorsoorten die het programma Naar regionale oncologienetwerken nu ontwikkelt en toetst, komen beschikbaar voor andere ziekenhuizen en netwerken. “Ook is er regelmatig goede afstemming met het oncologienetwerk in Zuidoost-Nederland, waar dezelfde proeftuin loopt, om elkaar te versterken en ondersteunen”, zegt Olde Meierink. “Op die manier werken wij en ook de andere proeftuinen, stapje voor stapje toe naar landelijke standaardisatie.”

Referenties

1. Zegers M, et al. IJHMP in press. DOI: 10.34172/ijhpm.2020.96
2. Veenstra G, et al. Te raadplegen via www.gruux.com

Intercollegiale toetsing houdt endoscopisten scherp

DRS. MARC DE LEEUW, WETENSCHAPSJOURNALIST

Is de kwaliteit van een coloscopie onvoldoende, dan kunnen darmkanker of voorlopers ervan - poliepen - worden gemist. Cruciaal is daarom dat endoscopisten vaardig zijn en hun bekwaamheid toetsen. De Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit (DGEA), gericht op intercollegiale toetsing, voorziet hierin. Prof. dr. Evelien Dekker, maag-darm-leverarts en hoogleraar Gastro-intestinale oncologie aan het Amsterdam UMC, en medisch manager van Bergman Clinics te Amsterdam, en dr. Michel Wouters, chirurg-oncoloog bij het Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam, en wetenschappelijk hoofd van de Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA), leggen uit hoe dit tot stand kwam.

“Aanvankelijk was er onder endoscopisten veel weerstand tegen auditing. Maar de kwaliteit van coloscopieën hangt samen met het risico om alsnog te overlijden aan colorectaal carcinoom (CRC), zo bleek uit Pools en Engels onderzoek”, zegt Evelien Dekker. “Tijdens een coloscopie mag de endoscopist geen poliepen missen die kunnen uitgroeien tot CRC - ofwel adenomateuze poliepen. Deze moeten volledig worden verwijderd.

Bij coloscopie, een onderzoek van de dikke darm en endeldarm, brengt de endoscopist via de anus een lange dunne slang met op het uiteinde een videocameraatje in de darm. Het uit-

einde van de slang moet zover komen dat de endeldarm en de hele dikke darm, inclusief het coecum - de plaats waar de dikke darm overgaat in de dunne darm - worden gezien. Is die plaats bereikt, ongeveer een meter van de anus vandaan, dan wordt de slang langzaam teruggetrokken. Zorgvuldig wordt geïnspecteerd op darmkanker, poliepen of andere afwijkingen. Voor verwijdering registreert de endoscopist gegevens van elke poliep: locatie, vorm en de waarschijnlijke pathologische diagnose, zoals kanker of adenoom”, legt Dekker uit.

Heel belangrijk dus dat de endoscopist adenomateuze poliepen kan detecteren. Dekker: “Zo’n poliep kan worden

Evelien Dekker (foto: © Marlou Pulles)



Michel Wouters

gemist als er nog veel ontlasting aanwezig is of als de endoscopist de slang iets te snel terugtrekt. Het uitvoeren van een coloscopie kan lastig zijn als de darm in allerlei kronkels ligt.”

Kwaliteitsindicatoren

De mate waarin een endoscopist in staat is om een adenomateuze poliep te ontdekken, hangt dus direct samen met de kwaliteit van de coloscopie. Een parameter hiervoor is de zogeheten *adenoma detection rate* (ADR): het percentage patiënten waarbij minstens

onderzoek maar zonder voorafgaande ontlastingsstest zoals in Nederland - een ADR-afkappunt van 20% gehanteerd: bij endoscopisten met een gemiddelde ADR van minder dan 20% is de kans op latere CRC significant hoger dan bij endoscopisten met een ADR van meer dan 20%.² De ADR is daarom een belangrijk criterium bij de intercollegiale toetsing zoals die plaatsvindt binnen de DGEA. De ADR is gelinkt aan de *polyp detection rate* (PDR). Michel Wouters. “De PDR is makkelijker te bepalen. Het is het totale aantal poliepen, los van de histologische aard. Pas na

Dekker: “Als de adenoma detection rate lager uitvalt dan gedacht, kan dit endoscopisten motiveren hun kwaliteit op te schroeven”

één adenoom is gedetecteerd. De ADR kan sterk verschillen tussen endoscopisten. Er is een onafhankelijk verband tussen de ADR met het risico op CRC na een screeningscoloscopie: elke 1% toename in ADR verhoogt de CRC-incidentie met 3% en laat de CRC-sterfte afnemen met 5%.¹

In de literatuur wordt voor primaire screeningscoloscopieën - bevolkings-

pathologisch onderzoek weet je of een poliep inderdaad adenomateus is.” Andere criteria die de kwaliteit van een coloscopie weergeven zijn de *cecal intubation rate* (CIR), de *Boston Bowel Preparation Scale* (BBPS) - indicatief voor de kwaliteit van de darmlavage - en de American Society of Anesthesiologists (ASA)-score, en leeftijd en geslacht van de patiënt. De ASA is een