

Toegankelijke kwaliteitsinformatie is de basis voor kwaliteitsverbetering  
**Best practice als handvat voor verbetering nierzorg**

De kwaliteit van de nierzorg is in de basis op orde, blijkt uit het rapport van Nefrovisie 'Analyse van kwaliteitsindicatoren Chronische Nierschade 2013-2015'. De Nierstichting heeft aan de hand van dat rapport de succesfactoren geïnterpreteerd bij zorginstellingen die goed presteren op gebied van vroege transplantatiezorg en thuisdialyse. Dat levert handvatten op waarmee andere centra hun zorg kunnen verbeteren. Daarover gaat dit document.

Opvallende punten bij **vergelijking** van de uitkomsten van de kwaliteitsindicatoren

- 1** Dialysecentra laten patiënten niet te vroeg starten met dialyse  
 Op basis van de door de dialysecentra aangeleverde data wordt duidelijk dat in het merendeel van de instellingen (circa 90%) er geen patiënten zijn die te vroeg starten met dialyse. Dit is belangrijk omdat uit onderzoek duidelijk is geworden, dat het niet zinvol is om een patiënt bij een klaring hoger dan 15 ml/min te laten starten met dialyse. Alleen in uitzonderlijke gevallen kan hiervan afgeweken worden. Bij zeven instellingen zijn één of twee patiënten met een klaring boven de 15 gestart met dialyse.
- 2** Het aantal patiënten met een tijdige permanente dialysetoegang verschilt per centrum  
 In de predialysefase vindt de voorbereiding op de dialyse plaats. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt, voordat hij of zij start met dialyse, al een permanente dialysetoegang krijgt: een bruikbare shunt bij hemodialyse, of een PD-katheter. Het aandeel patiënten dat bij de start van de dialyse een werkende shunt of PD-katheter heeft, bedraagt gemiddeld 83%. Bij vergelijking van instellingen onderling, wordt duidelijk dat sprake is van praktijkvariatie. Door deze verschillen zijn op instellingsniveau nog kwaliteitsverbeteringen mogelijk.
- 3** Regionale verschillen ten aanzien van het aantal vroege transplantaties  
 In de predialysefase wordt gestart met de voorlichting aan de patiënt: over de behandelmogelijkheden, over de keuze in en de voorbereiding op de behandeling, waarbij de transplantatiestatus van de patiënt bepaald moet worden. Bij iets meer dan de helft van de instellingen is de transplantatiestatus van alle patiënten bekend binnen zes maanden na start van de dialyse. Het gemiddeld aandeel patiënten waarvan de transplantatiestatus bekend is, bedraagt 93%. Dit betekent nog niet dat al deze patiënten ook direct transplantabel zijn; zo is bij een deel van de patiënten bijvoorbeeld het onderzoek nog niet afgerond.

Bij een transplantatie is een vroege transplantatie, namelijk voordat de patiënt is gestart met dialyse, het beste voor de patiënt. Het aantal pre-emptieve transplantaties per centrum varieert van 0 tot 19 transplantaties per centrum. Tabel 1 geeft aan welke tien instellingen het best scoren gelet op het percentage pre-emptieve transplantaties ten opzichte van het aantal chronische dialysepatiënten.

Tabel 1 - **Top 10** van instellingen die het best scoren op **pre-emptief** in 2015

		<b>Aantal</b> (doorverwijzingen voor) <b>pre-emptieve transplantaties</b>	<b>Aandeel pre-emptief</b> t.o.v. aantal chronische dialysepatiënten
<b>1</b>	Erasmus MC	19	23%
<b>2</b>	Leids Universitair Medisch Centrum	13	19%
<b>3</b>	VU medisch centrum	11	12%

4	Stichting Albert Schweitzer Ziekenhuis	9	9%
5	Reinier de Graaf Groep	5	8%
6	Stichting Ziekenhuisgroep Twente	10	8%
7	Stichting Rode Kruis ziekenhuis	3	8%
8	Bravis Ziekenhuis	7	6%
9	Universitair Medisch Centrum Utrecht	6	6%
10	Universitair Medisch Centrum St Radboud	6	6%

### Belangrijke succesfactoren pre-emptieve transplantaties

De regio Rotterdam scoort hoog op het aantal pre-emptieve transplantaties. Als mogelijke succesfactor hiervoor geeft het Erasmusmc aan dat zij met het hele team, de nefrologen samen met de transplantatiechirurgen en maatschappelijk werk, voorlichting geven in de perifere ziekenhuizen aan de patiënten. Het Erasmus werkt hierbij nauw samen met de perifere nefrologen. En vanuit het academisch centrum wordt meerder malen per jaar nascholing georganiseerd.

Het is belangrijk dat de voorlichting in een vroeg stadium bij de nierpatiënten plaatsvindt om patiënten de gelegenheid te geven om een nierdonor te zoeken.

W. Zuidema, stafadviseur niertransplantatie Erasmus MC: "Als er bij de 1<sup>e</sup> poli-afspraken op de pre-transplantatie geen mogelijke donoren zijn, dan krijgen de patiënten een vervolgspraak. Ze krijgen dan voorlichtingsmateriaal mee om te kijken of er mogelijke donoren in hun omgeving zijn."

Een andere reden waardoor binnen het Erasmus een groot aantal pre-emptieve transplantaties kan worden uitgevoerd, is het gebruik van *domino paired-procedures* waardoor met behulp van een anonieme donor, meerdere paren die zelf geen match vormen, geholpen kunnen worden.

Het VUmc noemt als belangrijke succesfactor voor het vergroten van het aantal pre-emptieve transplantaties, dat de behandeld nefroloog al in de predialysefase contact legt met de transplantatie-artsen, en zij patiënten gezamenlijk bespreken. Het uitgangspunt is daarbij voor alle patiënten met CNS IV-V: *pre-emptive transplantation first*.

F. van Ittersum, Internist-nefroloog Vumc: "We doordringen al het personeel, dus ook verpleegkundig, MMW en dietisten, van het uitgangspunt: *pre-emptive transplantation first*. Als iedereen dat zegt, en er geen ruimte wordt gelaten voor twijfel, dan zal de patiënt en diens familie eerder en harder op zoek gaan naar een levende nierdonor. Regelmatige scholing is wat dat betreft essentieel."

### Grote verschillen op het gebied van thuisdialyse

Om goede zorg te kunnen bieden, wordt een relatie verondersteld tussen de omvang en de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. In dat kader is per centrum het aantal dialysepatiënten, PD-patiënten en thuishemodialysepatiënten gerapporteerd. Het gemiddeld aandeel thuishemodialysepatiënten ten opzichte van het totaal aantal chronische patiënten bedraagt 18% (waarvan gemiddeld 14% PD en 4% thuishemodialyse). Opvallend is dat het aandeel thuisdialyse per centrum aanzienlijk verschilt. De top 10 van centra met het hoogste aandeel thuisdialyse staan in tabel 2.

Tabel 2 - Top 10 van de instellingen die goed scoren op thuisdialyse in 2015

		Aandeel thuisdialyse t.o.v. totaal aantal patiënten chronische dialyse	Waarvan thuishemodialyse	Waarvan PD
1	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	43%	0%	43%
2	Stichting Gelre Ziekenhuizen	35%	10%	25%
3	Academisch ziekenhuis Maastricht	33%	14%	18%
4	Universitair Medisch Centrum Utrecht	32%	0%	32%
5	Stichting Viecuri	30%	8%	22%
6	Stichting Rijnstate	30%	9%	20%
7	ZorgSaam wooncentrum Vremdieke	29%	0%	29%
8	Erasmus MC	27%	1%	26%
9	Stichting Catharina Ziekenhuis	25%	14%	10%
10	Stichting Flevoziekenhuis	24%	5%	19%

### Belangrijke succesfactoren thuisdialyse

Het Flevoziekenhuis noemt als belangrijke succesfactor voor het vergroten van het aantal patiënten dat thuis dialyseert: de bewustwording en acceptatie dat het merendeel van de patiënten thuis kan dialyseren, en dit in de behoefte voorziet van de patiënt. Hierbij is het essentieel dat het hele team vanaf het begin wordt betrokken bij het ontwikkeltraject.

Koen Blok, Internist-Intensivist-Nefroloog Flevoziekenhuis: "Niet zoeken naar onmogelijkheden waarom thuisdialyse niet zou kunnen, maar juist zoeken naar wat er nodig is om het wel voor elkaar te krijgen."

VieCuri richt zich met name op vroegtijdige predialyse voorlichting en zelfmanagement; hierdoor zien zij een wenselijke groei van het aantal patiënten wat voor THD maar ook voor PD kiest.

Max Gaasbeek, Viecuri: "Wij maken via Vitaal Thuisdialyse gebruik van Thuishemodialyse Met Meerzorg. Daardoor kunnen patiënten die op basis van de training niet zelf verantwoordelijk willen of kunnen zijn, toch thuishemodialyseren. Realiseer je, dat soms alleen hulp bij het aanprikken van de shunt al het verschil kan maken voor de patiënt, om wel of niet te kiezen voor THD."

De ervaring leert, dat patiënten vaker kiezen voor thuisdialyse als de voorlichting over de behandel mogelijkheden vroeg in de predialysefase plaatsvindt, en een centrum zelf de mogelijkheid biedt voor thuisdialyse.

Het Bravis ziekenhuis scoort ook relatief goed op thuisdialyse (21%). Als belangrijke voorwaarde voor succes wordt het commitment genoemd van zowel de zorgverleners, als het management van het ziekenhuis. Ook samenwerking met de ketenpartners, zoals huisartsen en V&VT sector is belangrijk

voor de groei van de thuisdialyse. Daarnaast moeten er goede afspraken zijn met de leverancier, over levering van diensten, met name over de tijdspanne en de kwaliteitsgarantie.

H. Krepel, nefroloog Bravis ziekenhuis: "Neem thuisbehandeling als uitgangspunt bij de voorlichting in de pre-dialysepoli, en zie de overige mogelijkheden als tweede optie. Zorg wel dat het primaat bij de patient blijft: deze moet immer achter de keuze staan."

Het UMCU scoort hoog ten aanzien van het aandeel PD. De belangrijkste succesfactor hiervoor is de beschikbaarheid van een dedicated team met voldoende kennis van en ervaring met de PD-behandeling.

### • Niet alleen indicatoren, maar ook kwaliteitsnormen definiëren

Het is goed om te zien dat vrijwel alle behandelcentra verbetering laten zien in de afgelopen jaren. De Nierstichting pleit er wel voor om de inhoud van een aantal indicatoren aan te scherpen.

Een belangrijk voorbeeld is het moment van vaststellen van de transplantatiestatus (transplantabel, niet-transplantabel of getransplanteerd): dat is nu gedefinieerd als zes maanden na start van de dialyse. De Nierstichting vindt dat de status vóór de start van dialyse bekend zou moeten zijn, om preëemptieve transplantatie beter mogelijk te maken en te stimuleren.

Verder vindt de Nierstichting dat de huidige indicator met betrekking tot het aantal geregistreerde nefrologen dat actief betrokken is bij de dialysebehandeling, niets zegt over de daadwerkelijke beschikbare capaciteit (aantal fte per dialysepatiënt).

Ook vindt de Nierstichting dat er een norm door de beroepsgroep moet worden gedefinieerd, zodat je weet: bij welk percentage scoort een centrum ondermaats en is ingrijpen nodig.

### • Kwaliteit nierzorg verder verbeteren

Om de kwaliteit van de zorg op instellingsniveau verder te kunnen verbeteren, is het belangrijk dat spiegelinformatie wordt aangereikt aan de instellingen. Zo weten zij waarop zij (minder) goed scoren en waar kwaliteitsverbeteringen mogelijk zijn. Nefrovisie, gericht op de kwaliteit van de zorg, kan hierbij een belangrijke rol spelen. Door spiegelinformatie te verstrekken en het gesprek hierover aan te gaan, kunnen instellingen van elkaar leren. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars op basis van goede informatie meer gaan sturen op kwaliteit bij de zorginkoop.

<<