



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Optimizing breast reconstructive surgery in the Netherlands using clinical audit data

Bommel, A.C.M. van

### Citation

Bommel, A. C. M. van. (2021, January 21). *Optimizing breast reconstructive surgery in the Netherlands using clinical audit data*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/139153>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/139153>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/139153> holds various files of this Leiden University dissertation.

**Author:** Bommel, A.C.M. van

**Title:** Optimizing breast reconstructive surgery in the Netherlands using clinical audit data

**Issue date:** 2021-01-21



## CHAPTER 10

### Samenvatting

## SAMENVATTING

Meer dan een eeuw geleden werd het systematisch evalueren van medische behandelresultaten voor het eerst beschreven door Ernest A. Codman.<sup>1</sup> In zijn tijd was het evalueren en verbeteren van de gezondheidszorg door zorgprocessen te meten een vooruitstrevende gedachte.

Dat is heden ten dage anders. Tegenwoordig zijn velen van mening dat het analyseren van gegevens van behandelde patiënten een belangrijk onderdeel is in de “Plan Do Check Act (PDCA)-cyclus”, waarmee de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd.<sup>2</sup> Terwijl klinici en ziekenhuizen hun eigen prestaties ten opzichte van collegae willen evalueren en verbeteren, pleit de samenleving voor transparantie van de kwaliteit van de zorg, zodat patiënten op basis van betrouwbare informatie een zorgaanbieder kunnen kiezen. Ook andere belanghebbenden zoals zorgverzekeraars en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vragen om transparantie van de kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen.

In Nederland werd de behoefte aan het meten van kwaliteit van zorg actueel vanwege een door de IGJ geïnitieerd onderzoek aan het begin van deze eeuw naar een mogelijke relatie tussen het aantal behandelde patiënten met een oncologische aandoening en de resultaten van de verleende zorg.<sup>3</sup> Mede om die reden werd voor verschillende chirurgisch oncologische aandoeningen een landelijke kwaliteitsregistratie, Clinical Audit genaamd, geïmplementeerd.

In 2011 resulteerden de inspanningen van een aantal klinici in de oprichting van een landelijke borstkankeraudit; de NABON Breast Cancer Audit (NBCA). De audit kenmerkt zich door zijn multidisciplinaire karakter met vertegenwoordigers van alle betrokken specialismen en belanghebbenden (patiënten, verzekeringsmaatschappijen, IGJ). Om inzicht te krijgen in alle aspecten van multidisciplinaire zorg voor borstkankerpatiënten werden initieel 32 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld (**Hoofdstuk 2**). Deelname van alle Nederlandse ziekenhuizen werd binnen twee jaar bereikt. Dit resulteerde in NBCA-gegevens van in totaal 56.927 patiënten die tussen 2011 en 2014 behandeld werden



vanwege de diagnose borstkanker. Veel indicatoren toonden verbeteringen in de eerste vier jaar van de registratie: het percentage patiënten dat werd besproken in een multidisciplinair teamoverleg steeg van 83% naar 98%, het gebruik van de radiologische BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System)-classificatie bij beeldvormend onderzoek bij patiënten met borstkanker steeg van 97% naar 99%, een toename werd gezien van het percentage patiënten waarbij het pathologieverslag alle klinisch relevante items bevat (van 83% naar 97%), evenals een afname van het percentage tumor-positieve marges na een eerste borstsparende operatie voor borstkanker van 5,9% naar 4,6%.

Het percentage patiënten dat borstsparende chirurgie onderging bleef stabiel gedurende deze vier jaar. Het idee leefde dat alleen het percentage borstsparende operaties onvoldoende representatief was als maat voor het esthetische resultaat van de lokale borstkanker behandeling. De uitkomstparameter "breast-contour-preserving procedure" (BCPP) werd gedefinieerd als een alternatieve lokale uitkomstparameter (**Hoofdstuk 3**). BCPP omvat meerdere behandelstrategieën die de contour van de borst behouden of herstellen. Naast borstsparende chirurgie als eerste behandeling, betrof dat ook borstsparende chirurgie na neo-adjuvante chemotherapie en borstamputatie gecombineerd met een directe borstreconstructie. Hoewel het percentage patiënten dat borstsparende chirurgie als eerste behandeling voor borstkanker onderging in de loop van de tijd stabiel bleef, steeg het percentage patiënten dat een BCPP onderging van 63% in 2011 naar 71% in 2015. Deze stijging was gerelateerd aan een stijging van het aantal borstsparende operaties na neo-adjuvante chemotherapie en van het aantal directe borstreconstructies na borstamputatie. Het BCPP-percentage was vergelijkbaar voor de meeste leeftijdscategorieën, maar binnen die categorieën verschilden de verhoudingen wel. Borstsparende behandeling na neo-adjuvante chemotherapie en een borstamputatie gecombineerd met een directe reconstructie werden vaak op jonge leeftijd uitgevoerd en de percentages van deze strategieën namen af met het toenemen van de leeftijd. Op oudere leeftijd werd vaker een 'klassieke' borstsparende operatie uitgevoerd.

Uit de gegevens van de NBCA kwam naar voren dat een directe borstreconstructie gemiddeld werd uitgevoerd bij 17% van alle patiënten die een borstamputatie ondergingen. Dit percentage varieerde in de 92 ziekenhuizen tussen 0% en 64%. Deze variatie in het uitvoeren van een directe borstreconstructie was de aanleiding voor het onderzoek in de **Hoofdstukken 4, 5 en 6**. Er werd in deze hoofdstukken gekeken naar kenmerken van de behandelde patiëntenpopulatie, kenmerken van de tumor, kenmerken van het ziekenhuis en de ideeën van artsen als potentiële factoren die deze variatie zouden kunnen verklaren.

Case-mix correctie is een statistische methode om behandelingen in ziekenhuizen te kunnen vergelijken indien ziekenhuizen een verschillende patiëntenpopulatie hebben. Indien in ziekenhuis A veelal patiënten komen met grotere, agressievere tumoren in de borst of indien er veel meer oude patiënten worden behandeld ten opzichte van de patiënten die in ziekenhuis B een behandeling krijgen, dan kan het zo zijn dat in ziekenhuis A vaker een borstamputatie verricht wordt. Met case-mix correctie wordt dit effect gecorrigeerd. Na correctie van de zogenoemde case-mix voor patiënt- en tumorfactoren die geassocieerd zijn met een hoger percentage directe borstreconstructies (zoals jonge leeftijd, multifocale tumor, kleine tumorgrootte, lage graad van maligniteit, geen betrokkenheid van lymfeklieren), was er nog steeds grote variatie tussen de ziekenhuizen (0% tot 43%; **Hoofdstuk 4**). Een vervolgstap was daarom om organisatorische factoren van ziekenhuizen te vergelijken voor alle ziekenhuizen in Nederland (**Hoofdstuk 5**). Factoren die het gebruik van directe borstreconstructies bevorderen waren: het ziekenhuistype (in perifere ziekenhuizen werd vaker een directe borstreconstructie uitgevoerd in vergelijking met universitaire ziekenhuizen), de aanwezigheid van meer plastisch chirurgen in een ziekenhuis die betrokken werden bij reconstructieve borstchirurgie, het aansluiten van een plastisch chirurg bij het preoperatieve multidisciplinaire teamoverleg en het percentage borstamputaties dat in het ziekenhuis werd uitgevoerd (in een ziekenhuis waar meer borstamputaties werden verricht werd ook vaker een directe borstreconstructie verricht).

Vervolgens werd de invloed van de betrokken medisch specialisten bestudeerd op de kans dat een borstreconstructie werd uitgevoerd. Aangezien de beslissing om

een directe borstreconstructie te ondergaan wordt genomen door patiënten naar aanleiding van gesprekken met een oncologisch chirurg en plastisch chirurg, werden meningen en attitudes van deze behandelaars over directe borstreconstructie onderzocht in een enquête-onderzoek (**Hoofdstuk 6**). Plastisch chirurgen meldden vaker patiëntgerelateerde risicofactoren voor wondgenezingsproblemen als een belangrijke contra-indicatie voor het uitvoeren van een directe borstreconstructie, terwijl oncologisch chirurgen vaker oncologische contra-indicaties rapporteerden als reden om een directe borstreconstructie af te raden. Overeenstemming tussen de verschillende artsen over indicaties en contra-indicaties voor directe borstreconstructie kan de patiëntvoorlichting en gedeelde besluitvorming (shared decision-making) verbeteren.

Ook patiënten werden bevroegd naar hun ervaringen in de aanloop naar een borstamputatie al dan niet gecombineerd met een directe reconstructie. Hieruit kwam naar voren dat het informeren van patiënten over een directe borstreconstructie resulteerde in een 14 keer hogere kans om ook daadwerkelijk een reconstructie van de borst na borstamputatie te ondergaan. Dit benadrukt het belang voor artsen om patiënten 'first and foremost' te informeren over deze behandelingsoptie tijdens het besluitvormingsproces rondom de chirurgische borstkankerbehandeling (**Hoofdstuk 7**).

Naast de medische en technische overwegingen is kennis over de kwaliteit van leven van patiënten die een directe borstreconstructie hebben ondergaan belangrijk voor zowel patiënten als chirurgen bij de afweging om wel of niet reconstructieve chirurgie te ondergaan of aan te bieden. Vanuit een patiëntperspectief werd de kwaliteit van leven in relatie tot het ondergaan van een directe borstreconstructie onderzocht met behulp van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (patient-reported outcome measures; PROMs). Een landelijk onderzoek naar de kwaliteit van leven werd uitgevoerd bij patiënten die een borstamputatie hadden ondergaan met of zonder directe borstreconstructie (**Hoofdstuk 8**). Patiënten bij wie een directe borstreconstructie werd uitgevoerd meldden een betere kwaliteit van leven op belangrijke psychosociale, seksuele en fysieke welzijnsdomeinen vergeleken met patiënten die een borstamputatie zonder reconstructie hadden ondergaan.



Met de oprichting van een multidisciplinaire landelijke audit zoals de NBCA worden de diverse zorgprocessen die deel uitmaken van een complexe multidisciplinaire behandeling inzichtelijk gemaakt. Dit is niet alleen relevant voor klinici en patiënten, maar ook voor andere belanghebbenden, zoals ziekenhuisorganisaties, verzekeraars en de overheid. De gegevens van de NBCA tonen een goede en nog altijd verbeterende kwaliteit van de huidige zorg voor patiënten die zijn gediagnosticeerd met borstkanker. Daarnaast geeft de registratie inzicht in deelgebieden waar nog steeds ruimte voor verbetering is. Met de implementatie van PROMs worden verdere stappen gezet om ook de resultaten van de behandeling en de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven te meten. Deze PROMs kunnen worden gebruikt voor beslissingen over een gewenste behandeling in de spreekkamer, waarmee het begrip shared decision-making verder gestalte wordt gegeven, alsmede bij het zelf-evalueren van herstel.

Door het continue meten, terugkoppelen en acteren op de gevonden data op zowel nationaal niveau alsmede in de spreekkamer zal het erfgoed van Ernest A. Codman zeker worden waargemaakt.

## REFERENCES

1. Neuhauser D. The Heroes and Martyrs series: job descriptions for health care quality improvement professionals? Qual Saf Health Care 2005;14:230.
2. Best M, Neuhauser D. W Edwards Deming: father of quality management, patient and composer. Qual Saf Health Care 2005 Aug;14:310-2.
3. GZ-report Zichtbare Zorg. Dutch Health Care Inspectorate. <http://www.igj.nl>.