

PROJECT VOOR HET OPENBAAR MAKEN VAN UITKOMSTEN NOG IN DE KINDERSCHOENEN

Dotterkwaliteit lastig te vergelijken

Het dotteren wint veel terrein, onder meer bij acute hartinfarcten. Maar er is intussen weinig publiekelijk bekend over de kwaliteitsverschillen tussen hartcentra bij deze risicovolle ingreep.

Sinds begin jaren tachtig stijgt het aantal dotterbehandelingen van de kransslagaderen flink. Terwijl er in 1983 nog maar een paar honderd percutane coronaire interventies (PCI) plaatsvonden, waren het er in 2012, met 45.000 behandelingen, een veelvoud daarvan, zo laat het cijferboek 2013 van de Hartstichting zien. En het worden er alleen nog maar meer, nu patiënten niet alleen een PCI krijgen bij instabiele en stabiele angina pectoris, maar ook in de acute fase van een hartinfarct. In Nederland mogen dertig centra dotterbehandelingen uitvoeren. Maar welk centrum brengt de meeste interventies

tot een goed einde? Waar is de sterfte het laagst, gecorrigeerd voor de casemix? En waar zijn de minste complicaties of heroperaties? Nuttige informatie voor patiënten, maar ook voor verwijzers. In een dichtbevolkt gebied als Amsterdam, is er bij geplande ingrepen keuze uit maar liefst drie centra. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie heeft kwaliteit en transparantie hoog in het vaandel staan en werkt aan databanken, kwaliteitsvisitaties en normen. Maar de transparantie over de geleverde kwaliteit per centrum zoals die in New York bestaat (zie *kader PCI in New York*), hebben we niet in Nederland.

De indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg geven maar beperkt inzicht in kwaliteitsverschillen op het gebied van PCI, blijkt uit een landelijke vergelijking. De andere databanken bieden vooral spiegelinformatie voor deelnemers, niet voor patiënten of verwijzers.

Volume telt

De enige openbare bron waar alle ziekenhuizen informatie aan leveren is op dit moment de verzameling van de inspectie-indicatoren op de website ziekenhuizentransparant.nl (zie *kader PCI vergelijken in Nederland*). Daar kan prima een enkel ziekenhuis worden opgezocht, maar vergelijken is lastig. Je kunt niet zien in hoeverre een ziekenhuis afwijkt van het gemiddelde, of van andere ziekenhuizen in de buurt. MediQuest is een bedrijf dat deze zorggegevens verzamelt en opschoont, en was bereid om Medisch Contact inzage te geven in het landelijk opgeschoond overzicht van de prestatie-indicatoren voor specifiek PCI bij ST-elevatie myocardinfarct (STEMI). Het landelijk overzicht van MediQuest laat onder meer zien welke centra de meeste PCI-ingrepen bij STEMI doen en dat zijn het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven (932) respectievelijk Isala (577). Er is geen norm voor het aantal PCI's bij STEMI, dus er is op dat gebied geen 'meetlat' waar je de ziekenhuizen langs kunt leggen. Wel is te zien dat het landelijk gemiddelde 405 interventies bij STEMI is. UMC Utrecht, het Scheper Ziekenhuis en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis zitten daar duidelijk onder met 199, 191 en 156 ingrepen in 2012.

Maar het beeld is niet compleet, want vier van de dertig centra hebben geen cijfers over PCI bij STEMI-prestaties aangeleverd bij de IGZ over 2012, terwijl ze wel op de witte lijst staan: het Atrium MC

Er is geen norm
voor het aantal
PCI's bij STEMI

PCI IN NEW YORK

New York werd eind jaren tachtig geplaagd door grote praktijkvariatie in mortaliteit en complicaties bij hartpatiënten. De overheid nam maatregelen en creëerde een groot register voor de uitkomsten van hartbehandelingen. Begin jaren negentig kwam daar een apart onderdeel voor PCI bij. En niet zonder gevolg: de sterfte daalde, laagvolume centra stopten met PCI, dokters met hoge sterfte stopten eveneens en zorgverzekeraars gebruikten de cijfers voor de inkoop. De resultaten van dit register worden gepubliceerd in The New York Times. Op de website van het Department of Health staan de prestaties per ziekenhuis en per dokter.

De Amerikaanse cardiologievereniging begon in 1998 ook met een PCI-registratie voor het hele land, onder de naam CathPCI. In het begin deden 75 ziekenhuizen mee, vandaag de dag zijn dat er 1620. De voordelen zijn naar eigen zeggen: een kortere deur-tot-ballontijd, lagere kosten voor preventie van complicaties en minder heropnames. Sinds juli 2013 kunnen deelnemende ziekenhuizen vrijwillig het aantal heropnames binnen dertig dagen publiceren op een nationale ziekenhuizenvergelijkingsite.

Volgens het OECD-rapport Health at a glance is de dertigdagensterfte na een opname voor acuut hartinfarct in Amerika 5,5 procent, terwijl het in Nederland 6,8 procent is.

PCI VERGELIJKEN IN NEDERLAND

In Nederland zijn percutane coronaire interventies (PCI) geconcentreerd in dertig hartcentra. Deze centra staan op de zogenaamde 'witte lijst' van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), en voldoen aan de normen van de vereniging. Een centrum moet minimaal 600 therapeutische coronaire interventies per jaar verrichten en 150 per cardioloog. Verder moeten er vier interventiecardiologen in dienst zijn en moet het centrum 7x24 uur open zijn voor patiënten. De prestaties per centrum staan niet op de NVVC-website.

De Nationale Cardiovasculaire Data Registratie (NCDR) bevat net als de Amerikaanse registraties gedetailleerde resultaten van onder meer PCI-operaties. De registratie heeft een landelijke dekking en geeft spiegelinformatie binnen de beroepsgroep. Er is een intensieve samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen. De NVVC en de zorgverzekeraars kunnen wel toegang krijgen voor kwaliteitsinformatie.

De Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland verzamelt eveneens gegevens over onder meer PCI. De commissie is een samenwerkingsverband tussen wetenschappelijke verenigingen. De BHN levert spiegelinformatie aan deelnemende centra, maar geen publieke informatie. Wel komen er landelijke overzichten naar buiten, bijvoorbeeld in het jaarlijkse overzicht van de Hartstichting.

Op de website ziekenhuizentransparant.nl staan de prestatie-indicatoren die ziekenhuizen jaarlijks aanleveren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De indicatoren op het gebied van dotterbehandelingen zijn opgesteld in overleg met de NVVC, en worden elk jaar geëvalueerd. Deze indicatoren gaan specifiek over PCI bij ST-elevatie myocardinfarct (STEMI).

in Heerlen, Tergooi in Hilversum, MCH Westeinde in Den Haag en het VieCuri Medisch Centrum in Venlo. 'Deze centra zijn nieuw en krijgen drie jaar de tijd om een volwaardig interventiecentrum te worden', legt Eric Dubois uit, voorzitter van de commissie kwaliteit van de NVVC. De nieuwe centra rapporteren regelmatig aan de vereniging en ze worden gevisiteerd. Tijdens de visites wordt gelet op infrastructuur, bemensing, het aantal ingrepen en samenwerking met hartchirurgen en verwijzende centra. De volumenorm voor therapeutische PCI is een zwaarwegend criterium. Dubois: 'Ik kan geen namen noemen, maar één ziekenhuis bleek niet in staat om de juiste infrastructuur te organiseren, en het juiste aantal patiënten te behandelen. De verzekeraars sloten geen contract meer met dit ziekenhuis voor deze behandeling.'

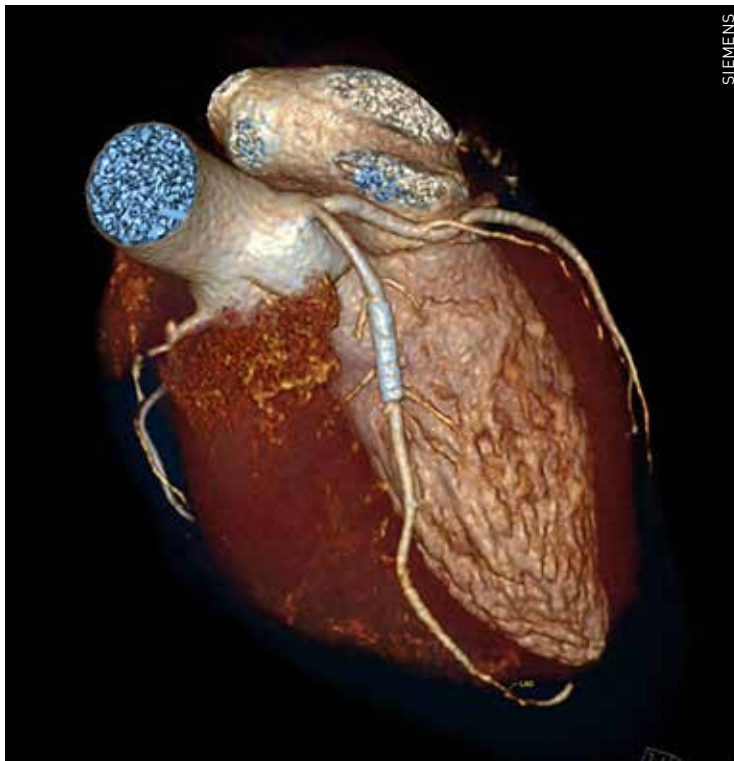
Deur tot ballon

Het adagium luidt 'tijd is spier', dus de 'deur-tot-ballontijd' is een belangrijke kwaliteitsindicator waar de inspectie naar vraagt. De resultaten zijn opmerkelijk: in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven zit de ballon er na 11 minuten in, terwijl het tot 46 minuten kost in andere ziekenhuizen. Dat kan niet kloppen, vreest Dubois. 'Officieel moet je rekenen van het eerste medische contact tot het aanprikken. Het kan zijn dat de een de ambulancerit meetelt en de ander niet. Daarom is het ook goed om structureel te overleggen met de inspectie over indicatoren. Je loopt vaker tegen dit soort dingen aan.'

Navraag bij het goed scorende Catharina Ziekenhuis leert dat er inderdaad wordt geklokt vanaf het moment dat de ambulance aanrijdt tot de patiënt op de operatietafel ligt. De ambulancerit zit niet in de deur-tot-ballontijd. De inspectie erkent dat landelijk vergelijken niet mogelijk is. Het is de IGZ er vooral om te doen dat ziekenhuizen de deur-tot-ballontijd zelf gebruiken om hun snelheid van handelen en samenwerken in de gaten te houden. Bij een STEMI is snel dotteren immers de richtlijn. De IGZ

ontdekte bij deze uitvraag bijvoorbeeld dat 30 procent van de patiënten eerst wordt aangeboden op een SEH van een niet-PCI-centrum. 'Het is te hopen dat dit een administratieve aanbieding is en geen fysieke, gezien de richtlijn', aldus de inspectie. Eric Dubois vult aan dat de NVVC een speciaal programma heeft opgezet onder de naam 'NVVC! Connect'. Regionaal zitten ziekenhuizen, ambulances, verzekeraars en huisartsen nu regelmatig rond de tafel om de samenwerking

De inspectie erkent dat landelijk vergelijken niet mogelijk is



SIEMENS

verder te verbeteren.

Een echte uitkomstindicator in het pakket is 'sterfte binnen dertig dagen na een PCI-ingreep bij STEMI'. De laagste sterfte wordt gemeld door het Amphia Ziekenhuis (0,54%), de hoogste sterfte door de Rijnstate Zorggroep (4,65%). Eerste nadeel: de indicator is niet gecorrigeerd voor casemix, landelijk vergelijken kan dus niet. Tweede nadeel is dat de sterftegegevens niet volledig zijn, benadrukt MediQuest in een reactie. Ziekenhuizen zijn afhankelijk van een koppeling met de gemeentelijke basisadministratie, en die is er niet overal. De sterftepercentages over 2012 kunnen verder slaan op de ziekenhuissterfte maar ook op de dertig-dagensterfte, volgens de inspectie, wat landelijk vergelijken eveneens in de weg zit. Ondanks deze beperkingen gebruikt de inspectie de sterftepercentages wel als afkappunt. Bij een sterfte lager dan 1,3 procent of hoger dan 3,6 procent komt de inspectie in actie.

Eric Dubois relateert de verschillen in

sterftepercentages. Ze vallen in het niet bij de algemene daling van de sterfte in de laatste jaren. Die is enorm, benadrukt Dubois. Aan het begin van de eeuw ging nog meer dan 10 procent van de mensen dood binnen dertig dagen na een dotteroperatie, nu is dat in de orde van 1 tot 5 procent.

Ranglijsten

Kort samengevat geven inspectie-indicatoren weinig publiekelijk inzicht in kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bij PCI-ingrepen op het gebied van sterfte en deur-tot-ballontijd, laat staan complicaties of heroperaties waar niet naar wordt gevraagd. De inspectie zegt het zelf ook met zoveel woorden in het jaaroverzicht voor ziekenhuizen. Het is de IGZ bij deze indicatoren vooral te doen om een goede lokale samenwerking tussen alle zorgverleners, zodat iemand met een hartinfarct zo snel mogelijk wordt gedotterd. De verschillen zijn wel te vinden bij De Nationale Cardiovasculaire Data Registratie (NCDR) (zie *kader PCI vergelijken in Nederland*), maar patiënten en verwijzers hebben er geen toegang toe. De NVVC kan de data wel inzien voor de kwaliteitsvisitaties en zorgverzekeraars kunnen de databank gebruiken voor de inkoop. De NCDR heeft met Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat iedere zorgverzekeraar die aan een ziekenhuis vraagt om de NCDR-data, deze ook krijgt. Dubois vindt transparantie een groot goed, maar is er geen voorstander van dat de databank geopend wordt voor het publiek. 'De media gaan dan ranglijsten met namen van dokters maken. Intern moet er een zodanig reinigend vermogen zijn dat je zelf aan de slag gaat als je cijfers afwijken. Patiënten zijn er het meest mee geholpen dat de NVVC gaat kijken hoe het er in een centrum aan toe gaat, en dat maatregelen worden genomen bij afwijkingen van de norm. Maar als ziekenhuizen dat zelf willen, kunnen ze natuurlijk hun eigen data publiceren.'

Patiënteninformatie

Dat laatste hebben het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en het St. Antonius

in Nieuwegein/Utrecht gedaan over hun prestaties op dottergebied. Zij schreven in 2012 een rapport over de resultaten van hun hartcentra, onder de naam 'Meetbaar Beter'. Beide ziekenhuizen leverden al data aan de NCDR, maar besloten met een schone lei te beginnen. Welke uitkomstindicatoren laten voor patiënten het beste de kwaliteit van zorg zien? En welke zijn van belang voor inspectie en verzekeraars? De cardiologen hakten knopen door op het gebied van PCI, maar ook bypassoperaties en de behandeling van boezemfibrilleren. Op basis van deze nieuwe shortlist van indicatoren, gingen de ziekenhuizen scores met elkaar vergelijken, inclusief casemixcorrectie. Voor het eerst waren de volledige prestaties van twee Nederlands PCI-centra publiekelijk in te zien. Inmiddels zijn acht centra aangesloten bij het Meetbaar Beter-initiatief.

Het rapport is taaie kost, en vooral interessant voor de beter ingevoerde cardioloog met belangstelling voor kwaliteit. 'Dit eerste rapport was vooral bedoeld voor de deelnemende centra, om de kwaliteit van zorg nog verder te verbeteren', licht Dennis van Veghel van de stichting Meetbaar Beter toe.

Samen met de patiëntenvereniging De Hart & Vaatgroep wordt nu een project gestart, waarbij de complexe informatie wordt vertaald naar voor patiënten begrijpelijke kost. Patiënten kunnen dan voor planbare dotterbehandelingen een keuze maken tussen de centra, aan de hand van uitkomstinformatie. Van Veghel zet de ambitie nog eens stevig neer: voor alle hartcentra en cardiologische praktijken in Nederland kan – op initiatief van de arts – patiëntgerichte kwaliteitsinformatie openbaar gemaakt worden. ■

Met dank aan MediQuest voor de data. En aan Jacques Koolen van het Catharina Ziekenhuis en Dennis van Veghel van de Stichting Meetbaar Beter voor achtergrondinformatie.

web

Websites met aanvullende informatie vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.

GEEN TIJD

De participatiesamenleving komt eraan. Die heeft alleen kans van slagen als we onder ogen zien dat betaald werk slechts één manier is van participeren, en bovendien in Nederland niet voor iedereen weggelegd. Voor wie het wel is weggelegd, blijven er met het verdwijnen van de maakindustrie maar twee soorten functies over: de banen die directe aanwezigheid vereisen (de kapper, de dokter) en de functies waarbij werken en leren loopbaanlang met elkaar verbonden zijn (ontwikkeling, verkoop, bestuur). Vanwege de hoge productiviteit in Nederland en de wereldschaal van onze economische activiteit, zal het niveau van werken en leren in de laatstgenoemde functies hoog zijn. Dit niveau is slechts haalbaar voor een bovenlaag. Maar dat mag niet gezegd worden. Want alle mensen zijn gelijk. En dat is niet het geval. Er is een grote spreiding onder de bevolking als het gaat om intelligentie, creativiteit, durf en veerkracht, en hun tegenpolen bekrompenheid, starheid, jaloezie en nee-denken.

Als je wordt aangesproken op een niveau dat je niet haalt, ga je zeuren over werkdruk en burn-out. Als je niet kan inzien dat je te dom of te bang bent voor een taak, voelt de taak als te zwaar en hoor je: 'Ik krijg te weinig tijd.' Kwantiteit wordt verward met kwaliteit. Maakindustrie gaat om kwantiteit; de dienstindustrie, die ontwikkelt, verkoopt en bestuurt, alleen maar om kwaliteit. Zolang het een taboe blijft dat er grote verschillen zijn tussen mensen in wat ze tot stand brengen, blijft de grote dooddoener: 'Ik zou het wel willen, ik zou het zeker kunnen, maar ik heb (nu) geen tijd.' Zegt u dat nooit meer. U valt gigantisch door de mand. Want tijd is het enige wat gelijkelijk over alle mensen is verdeeld.

Eveline Knibbeler