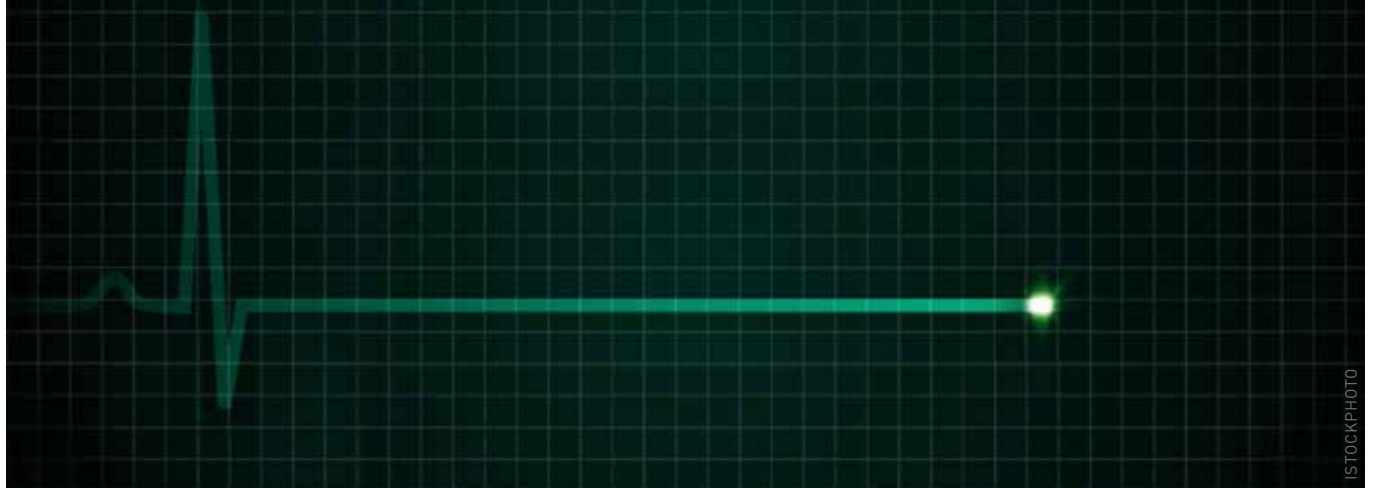


Peter Bijlstra

intensivist, St. Elisabeth
Ziekenhuis, Tilburg

DOORGESCHOTEN TRANSPARANTIE NADELIG VOOR PATIËNTEN

Maak sterftecijfer ic's niet openbaar



ISTOCKPHOTO

Onder druk van zorgverzekeraars en de publieke opinie wil de stichting Nederlandse Intensive Care Evaluatie (NICE) sterftecijfers bekendmaken. Heel onverstandig, vindt intensivist Peter Bijlstra, want deze schijnbare transparantie kan leiden tot geleur met patiënten.

Van het gestandaardiseerde sterftecijfer per ziekenhuis (HSMR) weten we dat deze kan worden beïnvloed door onder andere regionale verschillen in cultuur, religie, mantelzorg en kwaliteit van ziekenhuiszorg. Daardoor is dit instrument nog niet geschikt voor een vergelijking van ziekenhuizen.¹

Een soortgelijk onderzoek is voor de Standardized Mortality Ratio (SMR) uit de database van de Nederlandse Intensive Care Evaluatie (NICE) nog niet verricht, maar er is alle reden om aan te nemen dat

de gevonden beperkingen hiervoor ook gelden. Desondanks heeft het bestuur van de stichting NICE, waarbij nagenoeg alle intensive cares (ic's) van Nederland zijn aangesloten, een plan opgesteld voor het vrijgeven van data over onder meer het aantal (her)opnames, demografie, behandelduur, beademingsduur, organisatorische indicatoren (aantal bedden, formatie en level-indeling) en SMR.

Goed of slecht

Het plan heeft een stevig intern debat uitgelokt. En terecht. NICE-experts

betrapten zichzelf er al eens op dat ze spraken over 'betere' en 'slechtere' ic's op basis van parameters die niet geschikt zijn voor het vaststellen van zorgkwaliteit. Als het voor insiders al moeilijk is om een zuivere discussie over deze materie te voeren, dan laat het zich raden wat er in het publieke domein met geopenbaarde mortaliteitscijfers uit de NICE-databank zal gebeuren. De media zullen niet aarzelen om prachtige lijsten te publiceren met 'goede' en 'slechte' ic's.

Uiteraard kunnen ziekenhuizen zich aan deze openbaarheid onttrekken, maar veel ziekenhuisbestuurders zullen denken dat ze goede sier kunnen maken met publicatie. Bovendien lijkt het of je iets te verbergen hebt als je niet meedoet. Dit betekent dat de gegevens openbaar zullen worden als NICE het plan doorzet en dat ziekenhuizen er alles aan gaan doen om zo goed mogelijk voor de dag te komen. Geen probleem, zult u misschien denken,

daar wordt de zorg toch alleen maar beter van? Niets is minder waar.

De hele keten

De Standardized Mortality Ratio is de ratio tussen de werkelijke en voorspelde mortaliteit. Voor de buitenwereld lijkt het alsof een ic met een lage SMR het beter doet dan een ic met een hogere SMR. Dat is echter niet waar. Ten eerste wordt de SMR berekend aan de hand van ziekenhuismortaliteit. Ook patiënten die na ic-opname in het ziekenhuis overlijden en patiënten die in slechte conditie met grote overlijdenskansen worden opgenomen, hebben invloed op de SMR. De SMR is dus niet zozeer een indicator voor de mortaliteit op de ic, maar een maat voor de ketenzorg die alle insturende en ontvangende specialismen in het ziekenhuis samen leveren.

Het tweede probleem is dat de voorspelde mortaliteit wordt berekend aan de hand van de APACHE-score bij opname. Deze is samengesteld uit de leeftijd van de patiënt en 11 fysiologische metingen, en geeft in principe de ernst van de ziekte weer. De APACHE kan echter worden vertekend door compensatiemechanismen van het lichaam, medicatie en reeds ingezette behandeling. Daardoor kunnen de waardes er gunstig uitzien, terwijl de lichamelijke reserves volledig zijn verbruikt en er maar weinig hoeft te gebeuren om het evenwicht te laten omslaan. Vooral in latere fases van een (chronische) ziekte zijn de marges klein en kan de voorspelde mortaliteit op basis van de APACHE-score enorm verschillen van de werkelijke kans op overlijden.

Verstrekkende gevolgen

Intensivisten streven al naar een lage SMR door continue kwaliteitscontrole en verbetertrajecten. Worden de SMR's van hun afdelingen openbaar gemaakt en – ten onrechte – met elkaar vergeleken, dan neemt de druk om 'beter' te scoren dan andere ziekenhuizen toe. Dit heeft mogelijk verstrekkende gevolgen voor patiënten die de statistieken negatief zouden kunnen beïnvloeden. Enkele voorbeelden:

1. Een COPD-patiënt stadium GOLD IV die vanwege de ernst van zijn ziekte niet meer invasief beademd of gereanimeerd zal worden, kan bij een nieuwe exacerbatie op de ic worden opgenomen voor non-invasieve beademing. Als dit niet tot verbetering leidt, wordt de behandeling gestaakt en krijgen de patiënt en familie intensieve stervensbegeleiding. Zo nodig wordt met terminale sedatie een lijdensweg voor de patiënt voorkomen. Deze patiënt laat de SMR van de ic echter stijgen. De langdurige COPD heeft zijn reserves namelijk aangetast, waardoor zijn werkelijke kans om te overlijden groter is dan zijn overlijdenskansen volgens de APACHE-score. Na publicatie

Houd de ogen open en de rug recht

van de SMR's kan het voor intensivisten verleidelijk zijn om deze patiëntencategorie te weigeren, met alle nadelen van dien. Patiënten lopen dan een mogelijk zinvolle behandeling mis en kunnen ook niet rekenen op een zacht levenseinde, waar ic's veel ervaring mee hebben.

2. Een patiënt met een grote intracerebrale bloeding waarvoor hemicraniëctomie die in vegetatieve toestand blijft, kan nu rekenen op mededogen van het multidisciplinaire behandelteam. In samenspraak met de familie kan worden besloten de behandeling te staken om te voorkomen dat de patiënt als een 'kasplantje' in een verpleeghuis eindigt. Ook hier wordt gezorgd voor intensieve begeleiding van de familie en het uitblijven van een lijdensweg. En ook bij deze categorie patiënten is de voorspelde mortaliteit lager dan de werkelijke mortaliteit. Als de SMR te veel gewicht krijgt, zullen intensivisten er mogelijk voor zorgen dat dergelijke patiënten niet in het ziekenhuis sterven, maar bijvoorbeeld rechtstreeks worden

overgeplaatst naar een verpleeghuis.

3. Alle patiënten zonder kans op herstel, zoals de patiënt uit voorbeeld 2, zullen na openbaarmaking van de SMR's mogelijk langer worden doorbehandeld om uiteindelijk ontslag mogelijk te maken en zo overlijden in het ziekenhuis te voorkomen. Dit zinloze behandelen is slecht voor de patiënt en de zorgkosten, onethisch en mogelijk strafbaar.² Bovendien zijn er ic-bedden voor nodig, wat betekent dat kansrijke patiënten mogelijk niet op tijd kunnen worden opgenomen.

Perverse prikkels

Deze fictieve voorbeelden illustreren de potentieel ernstige bijwerkingen van transparantie. Overdreven? Misschien. Maar als u naar uw eigen praktijk kijkt, zult u dan niet ook (be)handelingen achterwege laten die slecht zijn voor uw prestatie-indicatoren? Vooral als uw buurman die kansen wel benut en aan het eind van het jaar een lagere SMR laat zien? Of gaat u aan de inspectie uitleggen dat uw hogere SMR te wijten is aan menslievende zorg en zorg op maat? En gaan wij als beroepsgroep keer op keer in de media uitleggen dat deze data ongeschikt zijn om te gebruiken om ziekenhuizen te vergelijken?

Er is niets mis met transparantie en controle op kwaliteit van ic's, mits er gebruik wordt gemaakt van goed te interpreteren data en er geen perverse prikkels ontstaan.^{1 3} De SMR uit de NICE-database voldoet niet aan die voorwaarden en zou daarom niet moeten worden gepubliceerd. Als het toch zo ver komt, hoop ik dat wij allen de ogen open houden en de rug recht. ■

contact

p.bijlstra@elisabeth.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Reageren? Ga naar dit artikel via medisch-contact.nl/artikelen. Daar vindt u ook links naar meer artikelen over ziekenhuissterfte als kwaliteitsmaat.