

Martien Limburg

neuroloog Flevoziekenhuis, Almere, partner bij GHIP (Good Health Innovation Practice) en werkzaam voor Kennisnetwerk CVA

Suzanne Scherf

oudste coassistent bij de afdeling neurologie van het Flevoziekenhuis, werkzaam voor Kennisnetwerk CVA

Raymond Wimmers

werkzaam voor Kennisnetwerk CVA en Nederlandse Hartstichting

Hester Lingsma

epidemioloog, Erasmus MC, Rotterdam

BELANGRIJKER OM TE KIJKEN NAAR UITKOMSTEN EN PATIËNTERVARINGEN

Kwaliteitszorg CVA: volume is slechte raadgever



Ook bij een beroerte geldt een volumecriterium voor kwaliteit, namelijk minstens 350 patiënten per jaar. Onzin, vinden neuroloog M. Limburg e.a., die de kwaliteit van 63 ziekenhuizen onderzochten aan de hand van het trombolysepercentage en de deurtot-naaldtijd.

Net als bij andere medische domeinen, wordt ook in de zorg voor patiënten met een herseninfarct een – zij het zwakke – positieve relatie gesuggereerd tussen aantal patiënten per ziekenhuis en resultaat.¹⁻³ Dit heeft geleid tot het advies van een minimumaantal CVA-patiënten van 350 per centrum per jaar.⁴ Echter, andere studies hebben deze relatie niet bevestigd.^{5,6}

Vast staat wel dat intraveneuze trombolyse (IVT) leidt tot een significante vermindering van mortaliteit en morbiditeit bij patiënten met een herseninfarct en dat dit zo snel mogelijk moet worden gestart, in elk geval binnen 4,5 uur na de eerste verschijnselen van het infarct.⁷

Als volume geassocieerd is met betere uitkomsten, dan zouden grotere volumes geassocieerd kunnen zijn met snelle behandeling – oftewel korte deurtot-

naaldtijd, DNT – en hogere percentages getrombolysierde patiënten.

We onderzochten daarom de relatie tussen het aantal CVA-patiënten per centrum, het trombolysepercentage en de DNT.

Geen voorspeller

Voor ons onderzoek, dat plaatsvond in 2011, gebruikten we gegevens van de Stichting Kennisnetwerk CVA Nederland, waarin inmiddels de meeste Nederlandse stroke services, en dus ziekenhuizen participeren. Deze gegevens omvatten het totaal aantal ziekenhuisopnames voor patiënten met een beroerte, onderverdeeld in infarct en bloeding, gemiddelde leeftijd en geslacht, percentage getrombolysierde infarctpatiënten en gemiddelde DNT per ziekenhuis. 63 van de 86 ziekenhuizen deden aan het onderzoek mee.

We maakten onderscheid tussen academische (4), niet-academische (23) referentiecentra of regionale ziekenhuizen (36). De analyse had betrekking op 21.794 patiënten, 18.889 patiënten met een infarct en 2905 patiënten met een bloeding. De gemiddelde leeftijd bedroeg 72 jaar en 50,5 procent was man. Van de patiënten met een infarct werden 2692 (14,25%) getrombolysierd.

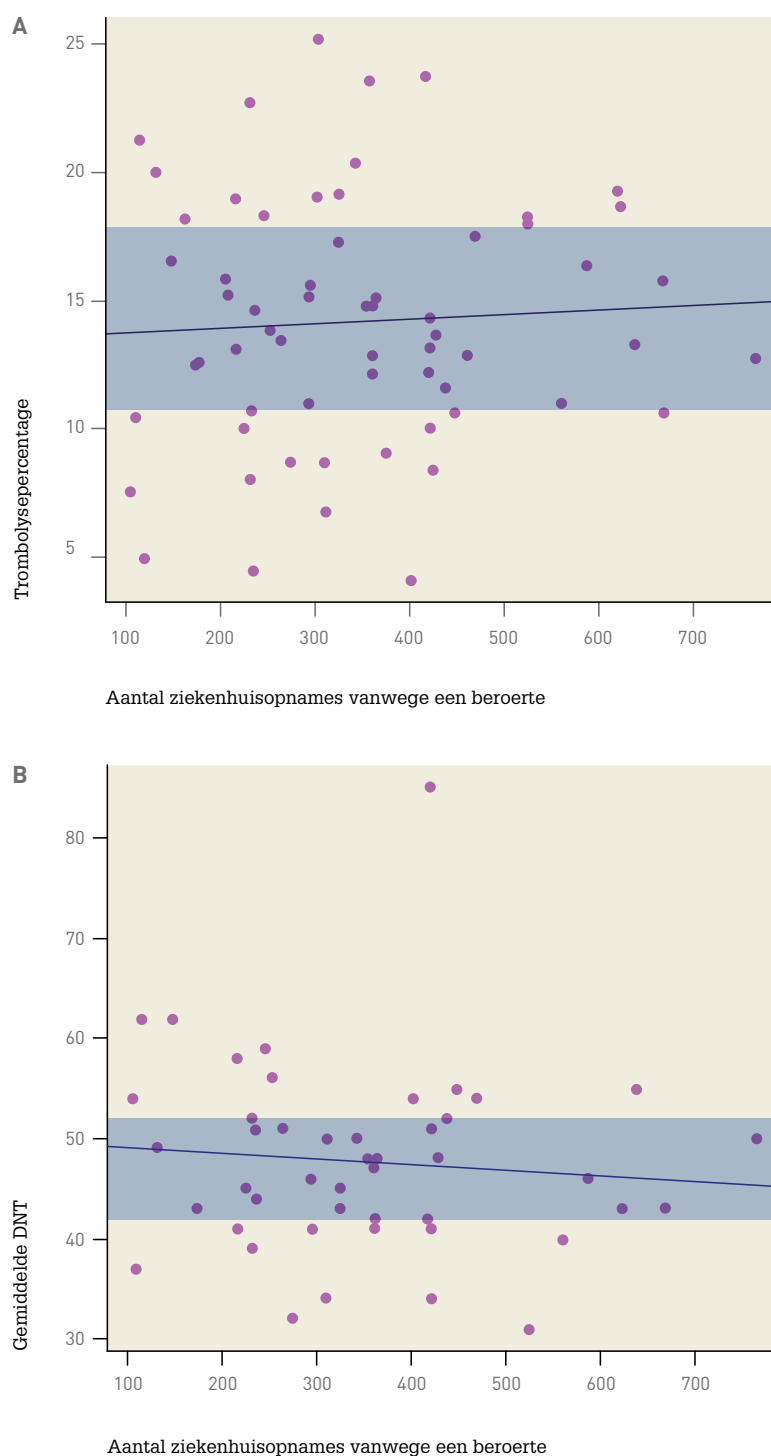
Trombolysepercentages waren hoger in academische ziekenhuizen (19,8%) dan in niet-academische referentiecentra (14,8%) en regionale ziekenhuizen (13,3%). Gemiddelde DNT voor academische ziekenhuizen was 46,5 minuten, voor niet-academische referentiecentra 46,8 minuten en voor de regionale ziekenhuizen 48,2 minuten. In de multivariabele modellen bleek soort ziekenhuis een onafhankelijke voorspeller van trombolysepercentage, waarbij academische ziekenhuizen hogere percentages hadden dan niet-academische referentieziekenhuizen en regionale ziekenhuizen. Het soort ziekenhuis was geen onafhankelijke voorspeller van DNT.

Volume was niet geassocieerd met trombolysepercentage en DNT (zie *figuur 1a en 1b*). Ook na correctie voor leeftijd, geslacht en soort ziekenhuis was patiënt-

Spreiding

Figuur 1 A en B

Spreidingsdiagrammen van gemiddelde trombolysepercentage en gemiddelde DNT afgezet tegen het aantal patiënten per ziekenhuis in 2011. Elke stip staat voor een gemiddeld trombolysepercentage resp. een gemiddeld DNT per ziekenhuis.



Patiëntvolume speelt een ondergeschikte rol bij zorgkwaliteit

volume geen significante onafhankelijke voorspeller voor trombolysesepercentages, of gemiddelde DNT.

Uitsluiting van een regionaal ziekenhuis met een extreem hoge DNT (85 minuten) leidde niet tot andere resultaten.

Geen optimale drempel

In dit onderzoek werd geen statistisch significant verband gevonden tussen het aantal behandelde patiënten met een beroerte en het trombolysesepercentage, noch met de gemiddelde DNT per centrum. De resultaten voor grotere centra waren iets beter, maar dit was niet statistisch significant. Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek waarin, als gezegd, geen verband tussen volume en kwaliteit van processen of uitkomsten werd aangetoond binnen de CVA-zorg.^{5 6 10}

De meeste onderzoeken naar de invloed van volume op de resultaten van zorg bij beroerte gebruikten drempelwaarden in de statistische analyse, bijvoorbeeld meer dan 300 patiënten.^{1-3 5} Echter, de gekozen afkapwaarden zijn arbitrair en hebben een directe invloed op de conclusies.^{3 8 9} Ze zijn daarnaast klinisch onrealistisch, omdat er geen plotselinge grote verbetering kan worden verwacht als een ziekenhuis één patiënt meer behandelt. In de wetenschappelijke literatuur zijn geen aanwijzingen dat een optimale drempel daadwerkelijk bestaat.⁹

Onze studie heeft een aantal sterke punten. Allereerst hebben we gebruikgemaakt van informatie over een groot aantal opnames uit 63 ziekenhuizen in het jaar 2011, een meerderheid van alle ziekenhuizen in Nederland. Het onderzoek werd landelijk uitgevoerd en bevatte als gezegd academische, grote niet-academische en regionale ziekenhuizen.

Ons onderzoek kent ook enkele beperkingen. Zo zijn de gegevens het resultaat van een jaarlijkse vrijwillige enquête en niet alle ziekenhuizen in Nederland doen mee. Deelnemende ziekenhuizen hebben misschien meer aandacht voor kwaliteitsverbetering in de zorg dan niet-deelnemende ziekenhuizen. Dat zou de generaliseerbaarheid van onze resultaten beperken. Verder was er alleen informatie op ziekenhuisniveau beschikbaar, zodat we niet in staat waren om correcties voor individuele patiëntkenmerken uit te voeren. Daarnaast hebben we geen informatie over de ernst van de beroerte, juist een belangrijke voorspellende factor. Verder moet genoemd worden dat we getallen presenteren over ziekenhuisopnames; het is mogelijk dat een patiënt meer dan één opname in hetzelfde jaar meemaakte.

Patiëntervaringen

Onze bevindingen wijzen erop dat patiëntvolume een ondergeschikte rol speelt in de analyse van zorgkwaliteit bij CVA-patiënten. In de discussies over lateraliserings- en concentratie van zorg kan beter gekeken worden naar uitkomsten, gecorrigeerd voor belangrijke patiëntkenmerken. Deze uitkomsten moeten niet alleen gaan over overleven en functionele toestand, maar zeker ook over patiëntervaringen. De huidige CVA-kwaliteitsregistratie kan veel beter door gebruik te maken van individuele patiëntgegevens; die zullen ons helpen om inzicht in uitkomsten te krijgen en eveneens in de processen die bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg, zoals trombolysen. We moeten ons realiseren dat de patiënt niet alleen met het ziekenhuis te maken heeft, maar met een zorgketen die van de acute fase doorloopt tot er een stabiele situatie bereikt is of nog langer. ■

contact

martienlimburg@gmail.com
cc.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het dossier volumenorment vindt u op medischcontact.nl.

KOPSTUKKEN

De media staan er bol van: wantrouwen jegens professionals. Het ene schandaal na het andere. Advocaten, notarissen en politici gaan voor de bijl. Ook het imago van de dokter wankelt.

Verpleegkundigen stellen beleid ter discussie: op de gang of naast een patiëntenbed. Het ambulancepersoneel weigert dagenlang het vervoer van een psychiatrische patiënt. Alleen de directeur doorbreekt de patstelling. Een 'mondige familie' eist chemotherapie. Pas de fourth opinion overtuigt hen van het tegendeel. Dit wantrouwen tast de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt aan. En juist die relatie is het belangrijkste: de patiënt moet kunnen vertrouwen op de integriteit van de arts. Die arts leert van zijn patiënt. En verrijkt zijn kennis door ervaring. Tel daar wetenschap en ethiek bij op, et voilà: de essentie van geneeskunst.

Patiënten zijn niet primair geïnteresseerd in correcte declaraties. Wél in betrokken artsen die advies en troost bieden. En er gewoonweg zijn. Artsen zitten niet te wachten op nieuwsberichten over 'gevallen collega's'. Leert de vrijdagmiddagborrel. Imago betekent beeld. Als dat afbrokkelt, zal de dokter niet meer leidend zijn. Maar verantwoording moeten afleggen aan Jan en alleman. Omgekeerd: een goed imago trekt talenten aan. En daarmee kwaliteit. Artsen betalen met hun vrijheid. Door de vele opleidingsjaren, de werkdruk, de verantwoordelijkheid. Daarvoor zouden ze vorstelijk moeten worden beloond. Met autonomie en goede ondersteuning. En met een goed salaris. Dan zullen ze er zijn: voor hun patiënten, voor het ziekenhuis, voor de samenleving. Zodat ze over een poosje nog altijd met gepaste trots kunnen zeggen: 'Ik ben dokter'.

Paul Dinant

aios psychiatrie