Publicatie is antwoord op publieke druk

Sterftecijfers bekend, maar weinigzeggend

Broer Scholtens,
journalist

Correspondentieadres:
redactie@medischcontact.nl

Met tegenzin hebben brancheorganisaties NVZ en NFU deze week de sterftepercentages gepubliceerd van vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen. Ze hopen dat de media notie nemen van de kanttekeningen die ze daarbij plaatsen. 'Deze cijfers betekenen niet veel.'

In de Nederlandse ziekenhuizen sterft jaarlijks gemiddeld 2,1 procent van de opgenomen patiënten. De variatie is groot: er zijn ziekenhuizen waar 2,7 procent van de patiënten overlijdt, er zijn er waar dat 1,4 procent is. Dat blijkt uit de sterftecijfers van 2009 die de NVZ vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) donderdag 15 juli naar buiten hebben gebracht. De ruwe sterftecijfers zijn op de websites van beide instanties gezet in alfabetische volgorde van plaats, niet in rangorde.

'De bekendmaking van ruwe cijfers is een eerste stap op weg naar gecorrigeerde sterftecijfers', aldus NVZ-bestuurder Wim van Harten.

beeld: De Beeldredaktie, Erik van 't Woud



'Het zijn ruwe sterftecijfers, ze zijn ongecorrigeerd en dus niet onderling vergelijkbaar. Dat is ook niet de bedoeling van het openbaar maken van de ziekenhuisdata', zegt NVZ-bestuurder Wim van Harten, directeur van het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam. Hij is bestuurlijk verantwoordelijk voor de landelijke expertgroep die zich bezighoudt met het opstellen van kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen.
Beide brancheorganisaties komen met het openbaar maken van sterftecijfers tegemoet aan toenemende druk van media als RTL4 en Elsevier, patiëntenverenigingen, de politiek en instanties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De NVZ en de NFU kondigden eind vorig jaar al aan dat ze in 2010 ruwe sterftecijfers zouden publiceren.

Ongecorrigeerd

Elk ziekenhuis heeft het aantal sterfgevallen en het aantal ziekenhuisopnamen in 2009 bekendgemaakt. De combinatie levert een 'ruw' sterftepercentage op voor elk ziekenhuis; de cijfers zijn niet gecorrigeerd voor specifieke ziekenhuisparameters. Zo zijn er ziekenhuizen die relatief veel kankerpatiënten opnemen of gespecialiseerd zijn in andere aandoeningen. Een ziekenhuis met veel terminale patiënten heeft als vanzelf een hoog sterfterisico. En er zijn ziekenhuizen die afspraken hebben met een hospice over doorverwijzing van stervende



Wim van Harten (links), bestuurlijk verantwoordelijk voor de landelijke expertgroep die kwaliteitsindicatoren opstelt. Naast hem voorzitter Cor Kalkman.

patiënten, waardoor ze een inherent lager sterfterisico hebben.
Een vergelijking van de sterftecijfers zonder correctie voor deze individuele eigenschappen, levert een verkeerd en onbetrouwbaar beeld op. 'Dit soort factoren beïnvloedt het sterfterisico', zegt Wim van Harten. 'De bekendmaking van ruwe cijfers is een eerste stap op weg naar gecorrigeerde sterftecijfers die wel als kwaliteitsindicator kunnen worden gebruikt. Medio 2011 willen we die openbaar maken.'

Britse ranglijst

Het is een trend dat patiënten een ziekenhuis of arts willen selecteren op basis van geleverde kwaliteit, zoals ze dat ook steeds vaker doen bij andere diensten en producten. Rangordelijsten daarvoor zijn alleen op te stellen als er goede kwaliteitsindicatoren zijn waarmee de zorg kan worden beoordeeld en vergeleken.

Veel terminale patiënten betekenen automatisch een hoog sterfterisico

In Engeland berekent het publiek-private bedrijf Dr Foster Intelligence voor elk ziekenhuis een gestandaardiseerd sterftecijfer, de zogeheten HSMR (*hospital standardized mortality rate*). Sterfte is een goed gedefinieerd begrip en eenduidig vast te stellen. De sterftecijfers van Britse ziekenhuizen worden gecorrigeerd voor een aantal factoren die ziekenhuisspecifiek zijn. Er wordt onder meer gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht van de patiënt, voor de hoofddiagnose bij opname, eventuele nevendiagnoses en voor de urgentie van de opname.
Op basis van de aangedragen informatie wordt voor elk ziekenhuis de HSMR berekend, die kan worden gezien als een soort sterfterisico. De Britse overheid komt vervolgens met een ranglijst naar buiten. Daarin staan namen van ziekenhuizen die bovengemiddeld en die onder de maat scoren. Patiënten kunnen zo zien of hun ziekenhuis bij de goed of slecht scorende zit. Een hoge HSMR kan een aanwijzing zijn voor vermijdbare sterfte. Overigens is het afgelopen jaar in bladen als British Medical Journal (BMJ) kritiek geuit op de HSMR-data, vooral vanuit medische hoek.

Negatief daglicht

De afgelopen jaren heeft Prismant, kennis- en expertisecentrum van de zorg, voor alle Nederlandse ziekenhuizen HSMR-cijfers berekend op basis van sterftecijfers van vijftig verschillende diagnoses. Enkele ziekenhuizen, vooral de goed presterende, hebben dat HSMR bekendgemaakt, de meeste ziekenhuizen niet. De openbaarmaking van HSMR-data heeft veel discussie losgemaakt. De NVZ en de NFU vreesden dat publicatie van sterftecijfers zonder onderbouwing oneerlijke vergelijking en media-aandacht in de hand zou werken. Zonder een correctie van sterftecijfers voor onder meer patiëntenpopulatie zouden ziekenhuizen mogelijk onterecht in een negatief daglicht komen te staan, was de redenering.
'In het kader van veiligheidsmanagement zijn er vorig jaar discussies geweest met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid over de vraag of zo'n HSMR als indicator zou kunnen dienen voor de veiligheid van Nederlandse ziekenhuizen, en vooral voor de ontwikkeling daarin', zegt NVZ-bestuurder Van Harten. 'Die instanties dachten indertijd vrij snel tot een positieve conclusie te kunnen komen. Wij, de NFU en de Orde van Medisch Specialisten hadden echter aarzelingen.'
In de sector is veel kritiek op het model met correctiefactoren van Prismant, zegt Van Harten. 'Zoveel dat we die eerst willen toetsen. Er is bovendien gebleken dat veel afhangt van correcte registratie van data. Voor ons staat niet voor honderd procent vast of deze benadering valide is.'

Verschillen in codering

In de registratie van data kan van alles misgaan, zegt anesthesioloog Cor Kalkman van UMC Utrecht, voorzitter van de landelijke expert-

ziekenhuis	dagopname	klinische opname	dag-mortaliteit	klinische mortaliteit	% dag-behandeling	% kliniek
1. St. Lucas Andreas Ziekenhuis	15.353	25.094	0	362	0,00	1,44
2. Martini Ziekenhuis	23.745	30.375	0	460	0,00	1,51
3. Talma Sionsberg	4.416	4.773	0	74	0,00	1,55
4. Hofpoort Ziekenhuis	10.354	11.039	1	180	0,01	1,63
5. UMC St Radboud	40.150	31.482	1	524	0,00	1,66
5. Diakonessenhuis, locaties Utrecht en Zeist	33.711	25.710	1	428	0,00	1,66

Deze zes ziekenhuizen hebben de laagste ruwe sterftecijfers. Dit zegt echter niet dat ze betere zorg leveren dan ziekenhuizen met een hogere mortaliteit: de cijfers zijn niet gecorrigeerd voor ziekenhuisparameters en dus niet vergelijkbaar. Bron: NVZ en NFU.

groep. Zo heeft het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein samen met zes collega-ziekenhuizen de wijze van codering vergeleken. Daarin zaten grote verschillen, bijvoorbeeld als het gaat om een dotteringreep, vertelt hij. 'Als die ingreep als "acuut" wordt gecodeerd, is de verwachte sterftekans groter dan wanneer die als een gewone opname wordt genoteerd. Het maakt bovendien uit of je binnenkomt voor een hartoperatie, of voor een hartoperatie met daarnaast andere aandoeningen als nierfalen of diabetes. Die nevendiagnoses vergroten de sterftekans. Niet alle ziekenhuizen coderen vergelijkbaar.'

Ziekenhuizen zijn bezig die correctiefactoren steeds beter te registreren, zegt Van Harten. 'Er zijn ziekenhuizen die deze cofactoren al uitstekend bijhouden, er zijn er ook die dat niet doen. Dat levert grote verschillen op. Zouden we nu met die correctie naar buiten komen, dan zouden er grove fouten in zitten omdat het ene ziekenhuis netjes codeert en het andere niet.' Om die reden publiceren NVZ en NFU nu alleen ruwe sterftecijfers.

Anesthesioloog Cor Kalkman: 'Nevendiagnoses vergroten de sterftekans.'



Publieke druk

Op de vraag wat dan de zin is van publicatie, antwoordt Van Harten: 'Deze cijfers betekenen inderdaad niet veel. We hebben ook heel lang volgehouden dat openbaar maken geen zin heeft. Dit is ons antwoord op druk vanuit de samenleving. Er zijn geen conclusies te trekken uit de cijfers, dat kan niet zonder het profiel van het ziekenhuis in de berekening te betrekken. Dit is een eerste stap. De hamvraag over de kwaliteit van ziekenhuizen in relatie tot sterfte, is dus nog niet te beantwoorden.'

In de lijst met sterftecijfers die de NVZ en de NFU op hun websites hebben gezet, is daarom opzettelijk geen rangorde aangebracht. De verleiding is groot om dat alsnog te doen. Vier muisklikken in het Excel-bestand met de alfabetische lijst en het ziekenhuis met het laagste sterftepercentage staat bovenaan. De bovenste vijf plaatsen worden dan ingenomen door het Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam), het Martini Ziekenhuis (Groningen), de Talma Sionsberg (Dokkum), het Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) en, op een gedeelde vijfde plaats, het UMC St Radboud (Nijmegen) en het Diakonessenhuis (locaties Utrecht en Zeist). Deze ziekenhuizen hebben een ruwe sterftekans van 1,44 tot 1,66 procent. Onderaan staan het Franciscus Ziekenhuis (Roosendaal), het Orbis Medisch Centrum (Sittard-Geleen), het Atrium Medisch Centrum Parkstad (Brunssum, Heerlen en

veldwerk

SAMENVATTING

- NVZ en NFU waarschuwen dat de gepubliceerde ruwe sterftecijfers van Nederlandse ziekenhuizen over 2009 niets zeggen over kwaliteit en niet onderling te vergelijken zijn.
- De ruwe cijfers maken wel duidelijk dat de ziekenhuissterfte de afgelopen tien jaar is gedaald van 3,3 naar 2,1 procent.
- Een expertgroep werkt aan gecorrigeerde sterftecijfers die kunnen dienen als kwaliteitsindicatoren. Publicatie daarvan wordt half 2011 verwacht.

Kerkrade), het Ziekenhuis Gelderse Vallei (Ede) en het Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) met sterftecijfers van 2,59 tot 2,73 procent. En dan kun je de krantenkoppen – 'X slechtste ziekenhuis van Nederland', 'Beste ziekenhuis staat in Y' – zo invullen.
Van Harten vindt het maken van een rangschikking een logische maar onjuiste reactie. 'Zolang er niet achter die cijfers is gekeken zijn verschillen in sterftecijfer niet te verklaren. Wel is het verstandig dat ziekenhuizen de patiëntendossiers nog eens tegen het licht houden en voor zichzelf nagaan waarom dat cijfer eruit komt, waarom dat anders is dan bij andere ziekenhuizen.'

Dalende cijfers

Het gemiddelde sterftecijfer in Nederland bedroeg in 2009 2,1 procent. 'Tien jaar geleden, toen een begin werd gemaakt met het centraal verzamelen van gegevens, was dat 3,3 procent', zegt Cor Kalkman. 'Het sterfterisico in ziekenhuizen is flink gedaald. In Engeland is het sterftecijfer in ziekenhuizen 6,5 procent per jaar. Wat overigens niet wil zeggen dat ons zorgsysteem beter is. De structuur van een zorgsysteem is bepalend.'
Van Harten: 'Het is een goed teken dat het sterfterisico daalt. Daar is een mix van redenen voor. De afgelopen jaren is er in de ziekenhuizen bijvoorbeeld hard gewerkt aan veiligheidsmanagement. Zo is er veel gedaan om infecties te voorkomen. Ook worden patiënten eerder uit het ziekenhuis ontslagen.'

Per afdeling

Veel goede ontwikkelingen dus. Maar hoe gaat het verder? 'We gaan nu gedifferentieerder achter de cijfers kijken, uiteindelijk mogelijk per diagnosegroep, per discipline of afdeling', zegt Van Harten. 'Er zijn aanwijzingen dat de kwaliteit van een ziekenhuis per afdeling of vakgroep sterk kan verschillen; die variatie valt weg in het totale sterftecijfer en ook in de HSMR. Het ligt voor de hand daar de registratie op te richten. Dat is arbeidsintensief. Specialisten zijn er al mee bezig. Een voorbeeld is de Dutch Surgical Colorectal Audit.'

'Patiënten met een hartkwaal willen weten of een hartafdeling goed is'

Kalkman: 'En daar gaat het om, patiënten met een hartkwaal willen weten of een bepaalde hartafdeling zaken goed aanpakt. Sterfte is een aspect dat moet worden gecombineerd met andere indicatoren voor een objectief oordeel. Een ziekenhuis uitsluitend beoordelen op basis van de *overall* sterfte kan niet.' mc

De lijsten met ruwe sterftecijfers kunt u vinden via de verwijzingen bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u bovendien eerdere MC-artikelen over dit onderwerp.

Een plat hoofd

Zo'n kwart eeuw geleden herstelde ik bij twee Keniaanse jongetjes die uit een boom waren gevallen een grote deuk in hun schedel met een vacuümpomp. Ik had de truc van een andere tropenarts geleerd. Inmiddels is de therapie obsoleet; het schijnt gevaarlijk te zijn.
Ik moest eraan denken toen ik tussen de post een brief van een kinderfysiotherapeut tegenkwam over een jongetje van negen maanden. Volgens de brief lijdt hij aan plagiocefalie en brachycefalie. De ouders hebben thuis houdings- en positioneringsadviezen gekregen.
De test waarmee de hoeveelheid platheid en scheefheid van de schedel wordt bepaald, wees echter ernstiger letsel uit.
De ODDI was 103 procent en de CPI 96 procent. Dat bleek het grootste probleem, want de CPI moet tussen de 70 en 90 procent zijn. 'Verder herstel door fysiotherapeutische behandeling zal onvoldoende zijn en op grond van de meting is er een keiharde indicatie voor helmtherapie', las ik.
Ik bekijk een foto van een van mijn zonen die op mijn bureau staat. Hij is geboren in Kenia en had het platste hoofd dat ik ooit heb gezien. Wat voor CPI zal hij hebben gehad, vraag ik me af. Vast en zeker ruim 130 procent. Zijn hoofd is inmiddels zo rond en symmetrisch dat hij er net niet mee wordt gepest.
Onbewezen alternatieve therapieën worden overal ter wereld toegepast. Maar het stoort me dat er een wetenschappelijk sausje overheen wordt gegooid door middel van testen die het schijnbare bewijs leveren dat er iets moet gebeuren aan een kwaal die vanzelf overgaat. De vele bioresonantietesten zijn er een mooi voorbeeld van. De argeloze burger wordt belazerd waar die bij staat.
Wat mijn plat- en scheefhoofdige patiëntje betreft: gelukkig ervaren de ouders voldoende spontaan herstel en gaan ze niet over tot helmtherapie.

Jos van Bemmel,
huisarts