Jan Bonte
neuroloog

EEN WAARSCHUWING UIT DUITSLAND

Blind kwaliteitscriteria volgen leidt tot slechte zorg



GETTY IMAGES

Tijdens een waarneming in Duitsland ziet neuroloog Jan Bonte hoe desastreus kwaliteitsindicatoren kunnen zijn voor de gezondheidszorg.

Ik ben net terug uit Hamburg, waar ik als voorwacht waarnam in een neurologische kliniek. Het was wat mij betreft mijn laatste waarneming in Duitsland. Op de wekelijkse vrijdagbespreking in mijn laatste week kregen we te zien hoe deze kliniek scoort als het gaat om de verzorging en behandeling van patiënten met een beroerte – dit ten opzichte van negen andere klinieken in Hamburg, aan de hand van patiëntkarakteristieken en een aantal evidencebased kwaliteitsindicatoren.

Sinds 1999 wordt in Duitsland landelijk een gestandaardiseerde evidencebased registratie bijgehouden van patiëntkenmerken en toegepaste diagnostiek en behandeling op de stroke-unit van de verschillende Duitse ziekenhuizen. In 2014 publiceerde het Ärzteblatt een artikel met daarin deze verzamelde data aan de hand van patiëntkenmerken en vijftien kwaliteitscriteria.[1] Het artikel begint met de stelling dat deze studie de *extern gemeten* kwaliteit laat zien van de verzorging en behandeling van patiënten met een beroerte in Duitsland.

Beste ter wereld

De voordracht van een van de *Oberärzte* liet duidelijk zien dat deze neurologische kliniek in 2018 op vrijwel alle parameters beter scoorde dan in 2017 en op een aantal van deze kwaliteitscriteria bij de beste drie neurologische klinieken van Hamburg behoorde. Het aantal getrombolyseerde patiënten was fors toegenomen, het percentage van het beeldvormend onderzoek dat binnen een halfuur werd verricht was duidelijk toegenomen, vrijwel iedereen kreeg trombocytenaggregatieremming of, in het geval van boezemfibrilleren, orale anticoagulantia voorgeschreven. Iedereen werd gescreend op slikstoornissen, vrijwel iedereen kreeg fysio- en ergotherapie. Een groot deel van de patiënten stroomde door naar een revalidatieplek. Niet voor niets noemde een strokeverpleegkundige tegenover mij het Duitse systeem van diagnostiek en behandeling van patiënten met een beroerte het beste ter wereld.
De conclusie van de *Chefarzt* was dan ook dat het goed ging met de zorg voor patiënten op de stroke-unit. Weliswaar waren er nog enkele punten waarop men nog beter zou kunnen scoren, maar de tendens was toch dat het steeds beter ging met de verzorging en behandeling van patiënten met een beroerte in de eigen neurologische kliniek. De getallen waren fraai en de grafiekjes overtuigend. Het kwaliteitsmanagement wierp zijn vruchten af.

Ernstig dement

In deze maand zag ik op de stroke-unit van dit ziekenhuis overwegend patiënten op hoge tot zeer hoge leeftijd, van wie ongeveer een kwart tot de helft dement was, en niet zelden ernstig dement. Een kleiner deel was al chronisch bedlegerig met een encyclopediewaardige mate van de meest diverse comorbiditeit, maar zij werden desondanks naar het ziekenhuis gebracht bij een beroerte. Daar kwamen ze op de stroke-unit terecht wegens een afhangende mondhoek, of een milde parese, of duizeligheid. Een zeer oude en zeer demente man werd opgenomen wegens dubbelbeelden die hij zou hebben volgens zijn zoon, waar hij zelf echter niet over klaagde. Hij klaagde zelf alleen over pijn in zijn nek. Al deze patiënten kregen een CT-scan en vrijwel altijd een CT-angiografie van de halsvaten, verder een duplex van de halsvaten, omdat het ziekenhuis anders geen *komplexbehandlung* mag afrekenen. Bij het overgrote deel werd ook een MRI van het brein verricht om het infarct aan te tonen. Ik heb er in ieder geval opnieuw van geleerd dat de lokalisatorische vaardigheden van de neuroloog op zijn best beperkt zijn.

Geen contra-indicatie

Een deel van deze patiënten liet het gelaten over zich heen komen, een ander deel was of werd fors verward en moest gesedeerd en/of gefixeerd worden. Iedereen kreeg 24 tot 72 uur ritmebewaking, een groot deel een echografie van het hart. Ongeacht de comorbiditeit, en ondanks de ernst van de dementie kregen patiënten trombocytenaggregatieremming en een statine (een nieuwe kwaliteitsparameter) bij een herseninfarct, of orale anticoagulantia in het geval van atriumfibrilleren. Dementie vormt formeel geen contra-indicatie voor trombolyse, en wordt als comorbiditeit daarom ook niet geregistreerd. En dus werden ook diepdemente patiënten in het geval van een duidelijk herseninfarct getrombolyseerd, ook op zeer hoge leeftijd en in een klinische conditie die het niet bijzonder moeilijk maakte te voorspellen dat ze niet lang meer zouden leven. Leeftijd is immers ook geen contra-indicatie voor trombolyse. En levensverwachting ook niet.

De tendens was dat het steeds beter ging

Een patiënt met een gevorderd stadium van een cerebrale amyloïdangiopathie, met als gevolg een forse dementie, kreeg een transesofageale echo bij atriumfibrilleren; men zou immers nog over kunnen gaan tot het afsluiten van het linkeratrium om trombo-embolieën te voorkomen. Het meest trieste geval was een 56-jarige patiënt met het syndroom van Down en ernstige dementie, die nog nooit had gesproken en opgenomen werd onder verdenking van een staminfarct omdat hij niet meer slikte. Hij weerde alles af, inclusief het infuus, en tijdens een van mijn diensten vond de dienstdoende arts-assistent psychiatrie het nog het meest verstandig om hem te fixeren om hem op deze manier toch vocht en medicijnen te kunnen toedienen, hetgeen ik slechts kon afwenden met midazolam en haloperidol intramusculair. Hij ontwikkelde een pneumonie, die antibiotisch behandeld werd, ongeacht mijn vraag of hij ooit nog zou gaan slikken.

Twijfelachtig nut

Ik besef heel goed dat het Duitse gezondheidssysteem een ander is dan het onze, maar de Duitse artsen zijn medisch minstens even goed onderlegd als wij, en de ethische normen en waarden zijn echt niet zoveel anders dan de onze. Ik heb verschillende artsen, onder wie de *leitender Oberarzt* en de andere *Oberärzte*, gevraagd naar het mijns inziens twijfelachtige nut van behandeling op de stroke-unit van eerdergenoemde patiënten, met altijd daarbij de vraag of zij ook zo zouden handelen als het hun eigen ouder of partner zou betreffen. De

leitender Oberarzt was aangenaam verrast door mijn vragen, en had zelf grote twijfels over deze vorm van geneeskunde. Verreweg de meeste artsen realiseerden zich heel goed dat wat zij deden op de stroke-unit geen enkele klinische consequentie had, niets bijdroeg aan welzijn of kwaliteit van leven van patiënten, in tegendeel, niet zelden alleen maar een toename van lijden tot gevolg had. Ze wisten heel goed dat de overmaat aan diagnostiek zelfs niets toevoegde aan de levensverwachting. De meeste artsen zouden desgevraagd hun eigen ouders of partner adviseren zich in een dergelijke situatie niet te laten behandelen of op de stroke-unit laten opnemen, en enkelen hadden zelf ook al actief maatregelen genomen om te voorkomen dat dergelijke situaties zich bij familieleden en vrienden zouden voordoen of hadden daadwerkelijk al voorkomen dat hun ouders of grootouders ten prooi vielen aan het ziekenhuissysteem.

Wat zij deden, droeg niet bij aan de kwaliteit van leven

Goede cijfers

De arts-assistenten vroegen regelmatig aan de *Oberärzte* waarom ze op deze manier handelden, en ook ik heb dat meerdere malen gevraagd. De drie meestgehoorde antwoorden waren, omdat de *Chefarzt* het graag zo wilde (wat ik enigszins betwijfel), maar vooral omdat het management druk uitoefende op de artsen om toch vooral goede cijfers aan te leveren, zodat de accreditatie van de stroke-unit niet zou vervallen, en omdat de *Krankenkasse* anders niet zou betalen en de kliniek zelf voor de kosten zou opdraaien.
Het doet mij denken aan een zin uit het boek van David Graeber, *Bullshit jobs: 'Of course, on some level, all bureaucracies work on this principle: once you introduce formal measures of succes, "reality" – for the organization – becomes that what exists on paper, and the human reality that lies behind it is a secondary consideration at best.'* Het venijn zit hem in de laatste twee woorden: *at best*.
Hoewel de oosterburen al langer dan wij de weg van het zogenaamde *kwaliteitsmanagement* bewandelen, durft iemand nog te zeggen dat wij niet sluipenderwijs dezelfde weg zijn ingeslagen? ■

contact
gjbonte@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

web
De genoemde lijsten met patiëntkenmerken en kwaliteitsindicatoren, en de voetnoot vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE NEUROCHIRURG



CARMEN VLEGGEERT-LANKAMP
is werkzaam in het LUMC

Pittige types

Van alle kinderen die nu worden geboren, wordt de helft 100 jaar of ouder. Het intrigeert me buitengewoon. Ik vind mezelf vrij laagdrempelig waar het opereren van zeer oude mensen betreft. Als de neuroloog weleens schoorvoetend vraagt of 'die dame van 93' nog mag worden doorgestuurd (twijfelende blik, beginnende neeschud-beweging) roep ik altijd ruimhartig: 'Ja hoor, kom maar door, ik kijk wel.' Het zijn namelijk vaak wat pittiger types, die negentigers (zo heet dat, heb ik opgezocht). Daar kwam ze: 94 en kordaat mijn kamer binnenstappend. Ik was uiteraard meteen verkocht. Ze vroeg me het hemd van het lijf met een priemende schooljuffrouwenblik. Eerlijk heb ik haar uitgelegd dat haar verouderde lichaam wel wat te verduren zou krijgen, maar dat ze me vief genoeg leek om nog wat jaren voor de boeg te hebben en dat het prettiger zou zijn om die jaren lopend door te brengen. Nadat ze haar lijstje met vragen streng had afgevinkt, gaf ze informed consent.
Bij de postoperatieve poliklinische controle kwam ze opnieuw met een lijstje. Ze was tevreden, maar vond dat ik de boel op de afdeling maar matig in de hand had. Eten kwam te laat, terwijl ze dat nodig had om aan te sterken, de fysiotherapeut was een jandoedel en ze had mij ook maar één keer gezien. En de ontslagmedicatie voldeed niet. Waar ik bij een ander geërgerd zou zijn, liet ik me door haar als een pupil terechtwijzen. Ze had ook vast wel gelijk; ik zou actie ondernemen. Tevredengesteld vertrok ze: het lijstje was afgewerkt. Ik was ook tevreden: dame geholpen, ik weer wat nederiger en wijzer. En het mooie is: ik ben niet de enige die ze naar grotere hoogten stuwt; dat doet ze vast met haar hele omgeving. Koesteren dus, dit type dames.

DE FYSIOTHERAPEUT WAS EEN JANDOEDEL

Er kunnen mij niet genoeg pittige negentigers zijn. Maar hoe is dat over dertig jaar? Zijn er dan hordes pittige tantes en baasjes die ons kordaat 'de weg wijzen'? Of moet je daar tegen die tijd 115 voor zijn? Ik kan er eindeloos over filosoferen.