

De 'beste' ziekenhuizen van Nederland; kanttekeningen bij de Elsevier-enquête

J.J.E. VAN EVERDINGEN

Voor de vierde maal heeft het weekblad *Elsevier* een enquête gehouden onder artsen, verpleegkundigen en ziekenhuisdirecteuren waarin vragen werden gesteld over de reputatie van algemene en academische ziekenhuizen. Voor de vierde maal leverde dit een ranglijst op van wat *Elsevier* de beste ziekenhuizen van Nederland noemt.¹ En voor de vierde maal was de respons van de geënquêteerde zorgverleners buitengewoon gering. De beroepsgroep werkt niet echt mee aan deze 'kwaliteitsbeoordeling' en maakt zich ook niet druk om de uitkomsten, zo lijkt het. Er zijn op de enquêteresultaten vrijwel geen reacties gekomen, geen commentaren in andere nieuwsbladen, geen ingezonden brieven, zelfs niet in *Elsevier* zelf. Waar ligt dat aan? De meest voor de hand liggende conclusie is dat niemand de enquête serieus neemt. Is dat zo? En zo ja, is dat terecht?

AANLEIDING

Het is alweer ruim 10 jaar geleden dat prof.dr.A.J. Dunning in een hoofdartikel van dit tijdschrift onder de titel 'De derde revolutie: rekenschap' voorspelde dat de beroepsgroep de daaropvolgende jaren in toenemende mate gevraagd zou worden door middel van verslaggeving inhoudelijke verantwoording af te leggen tegenover de buitenwereld.² Die vraag is gekomen. Van binnenuit, maar ook van buitenaf, door overheid, media en consumentenorganisaties, is druk uitgeoefend op de gezondheidssector om gegevens over de kwaliteit van zorg openbaar te maken. Ofschoon het publiekelijk bekendmaken van deze zogenoemde prestatiegegevens in de Verenigde Staten al op ruime schaal gebeurt, zijn Nederlandse activiteiten op dit gebied nog geen gemeengoed. Ze zijn nu nog op de vingers van één hand te tellen: een in 1999 door de Consumentenbond uitgevoerd onderzoek³ naar de dienstverlening van ziekenhuizen in de provincie Utrecht en de eerdergenoemde 'reputatieonderzoeken' van *Elsevier*.^{1 4-6} Maar de trend is gezet.

DE ENQUÊTE

In juli 2000 ontvingen ruim 6000 zorgverleners een enquête waarin hun werd gevraagd aan de hand van een aantal items rapportcijfers te geven aan algemene ziekenhuizen. Ik was een van degenen die de vragenlijst ontvingen en niet terugstuurden – niet omdat ik deze enquête wilde boycotten, zoals eerder werd gepropageerd,⁷ maar omdat ik mij niet competent achtte.

Het onderzoek was een reputatiemeting. Het was gebaseerd op de veronderstelling dat de schriftelijk geënquêteerden – specialisten, huisartsen, afdelingshoofden in ziekenhuizen, verpleegkundigen en ziekenhuisdirecteuren – door hun beroep zicht hebben op de kwaliteiten en gebreken van de algemene en academische ziekenhuizen in hun omgeving. De inleidende tekst luidde: 'Met welke algemene ziekenhuizen – al dan niet in uw regio – bent u goed à redelijk op de hoogte. Denk aan perifere, topklinische zorg en academische ziekenhuizen. Over deze ziekenhuizen, inclusief uw eigen ziekenhuis, vernemen wij graag uw mening. Ook uw oordeel over ziekenhuizen waar u zijdelings mee op de hoogte bent, stellen wij op prijs. De ziekenhuizen, inclusief uw eigen ziekenhuis, die u bij deze vraag invult, houdt u in gedachten verderop in de vragenlijst.'

In de enquête was ruimte gecreëerd voor de beoordeling van 4 ziekenhuizen. De ziekenhuizen die men invulde, kwamen daarna in alle vragen terug. De items in die vragen hadden betrekking op zaken als 'complimenten' voor specialistengroepen en 'troeven' in de werkwijze, toerusting of situering van de ziekenhuizen. Zo werden vragen gesteld over onder andere klachtenbeleid, wachttijden, aandacht voor de pers, samenwerking met collega's en met huisartsen, medische fouten, decubitus, ziekenhuishygiëne en personeelstekort. Deze vragen kunnen geheel verschillend beantwoord worden (waar vraagt men bijvoorbeeld naar bij medische fouten?), maar ook om andere redenen zouden mijn antwoorden volstrekt onbetrouwbaar zijn geweest. Zo zou ik waarschijnlijk het ziekenhuis in Alkmaar hebben genoemd als een van de ziekenhuizen die ik redelijk goed ken. Ik kom er geregeld en er werken verschillende specialisten met wie ik in een ander verband (bijvoorbeeld in landelijke werkgroepen) regelmatig samenwerk. Ik acht hen hoog, maar wat weet ik over de patiëntenzorg die zij leveren? Eerlijk gezegd niet veel. Toch zou ik hun een positieve waardering hebben gegeven, want ik ken hen als hardwerkende collegae.

Wat weet ik over het klachtenbeleid in dat ziekenhuis, behalve dat een mij bekende daar werkzame specialist ooit een prachtig stuk heeft geschreven over het omgaan met fouten? Wat weet ik over de wachttijden, behalve dat het Alkmaarse ziekenhuis niet zo lang geleden negatieve publiciteit hierover heeft gekregen toen de specialisten en de huisartsen uit de buurt met elkaar botsen? Daarbij bedenk ik dan dat een ziekenhuis met de langste wachttijd wel degelijk het beste ziekenhuis kan zijn. In Alkmaar zijn de wachttijden langer dan in Hoorn en Den Helder, maar hierbij is geen rekening gehouden met de regionale functie van Alkmaar. De verschillen in

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht.
Dr.J.J.E.van Everdingen, dermatoloog, adjunct-directeur Medisch-specialistische Kwaliteit.

wachttijd hebben niet alleen met kwaliteit te maken. Het moge duidelijk zijn, ik zou Alkmaar hoog hebben laten scoren, voornamelijk omdat ik een aantal mensen ken die daar werken.

De betrouwbaarheid van de enquête. De openheid die in de enquête wordt gepropageerd, past *Elsevier* niet op zichzelf toe. Er ontbreken zoveel gegevens dat men over de betrouwbaarheid van deze enquête weinig kan zeggen. Hoe zag bijvoorbeeld de verdeling van de respondenten eruit? Waar komen zij vandaan? Heeft men de antwoorden van respondenten die meer dan één ziekenhuis hebben ingevuld even zwaar laten wegen als die van degenen die er maar één hebben genoemd?

Ook op andere aspecten van de enquête valt veel af te dingen, bijvoorbeeld op de keuze van de items (zoals aandacht voor de pers en wachtlijsten), de wijze waarop de score tot stand is gekomen (ziekenhuizen met minder dan 14 respondenten heeft men buiten beschouwing gelaten), de wijze waarop de vragen zijn gesteld (er bestaat niet de mogelijkheid om aan te geven dat men over bepaalde ziekenhuizen en items slechts zijdelings wat weet) en het lage responspercentage (13%). Het is een hachelijke zaak om op grond hiervan een uitspraak te doen over de beste ziekenhuizen in Nederland. Wanneer zorgverleners de uitslag van deze enquête niet serieus nemen, lijkt mij dat dan ook terecht, maar het ontstaat hen niet van de plicht verantwoording af te leggen en dus zelf orde op zaken te stellen.

Doel van de enquête. Wat was het doel van de *Elsevier*-enquête? De schrijver van het stuk, adjunct-hoofdredacteur Paul de Hen, geeft dat niet met zoveel woorden aan. De enquête is weliswaar niet meer dan een reputatiemeting, maar biedt wel vergelijkende informatie en zodoende aanknopingspunten voor patiënten die zich op een keuze voor een ziekenhuis willen beraden. De Hen meent dan ook dat patiënten hier hun voordeel mee kunnen doen. 'Uiteindelijk', zo stelt hij, 'komt het erop neer dat de behandelende specialisten hun vak moeten verstaan, en de verpleging geen fouten maakt.' Die uitspraak is te boud. Het spreekt voor zich dat fouten moeten worden bestreden, vooral fouten met potentieel ernstige gevolgen, maar foutloos werken is in de ziekenhuizen, net als in de luchtvaart, onmogelijk. Het gaat niet alleen om het begaan van fouten, maar evenzeer om het begaan zijn met de gedupeerde. Fouten moeten niet alleen worden bestreden, maar ook bespreekbaar worden gemaakt.

IMPACT VAN DE ENQUÊTE

Wat leveren publicaties als die van *Elsevier* nu op? De niet uitgesproken aanname is dat een dergelijke vorm van (dis)kwalificatie een prikkel vormt tot kwaliteitsverbetering. Dat is niet zonder meer het geval. In een onlangs in *The Journal of the American Medical Association* gepubliceerd overzicht van een twintigtal Amerikaanse onderzoeken is het effect nagegaan van het publiceren van vergelijkingen van medische prestatiegegevens.⁸ Het bleek dat deze publicaties en de daaropvolgende krantenartikelen vrijwel geen impact hadden op het gedrag van patiënten, noch op dat van verzeke-

raars, noch op dat van de zorgverleners zelf. Patiënten en verzekeraars weten geen raad met de gegevens en zorgverleners halen hun schouders op. Alleen directies van ziekenhuizen ondernamen enige actie. Wie hun motivatie ongunstig wil uitleggen, verklaart die uit de angst dat publieke ziekenhuiskwalificaties invloed gaan krijgen op verwijspatronen; ziekenhuizen zullen dan niet meer primair streven naar betere kwaliteit, maar naar een hogere kwalificatie.

REDUCTIE VAN COGNITIEVE DISSONANTIE

Laat ik nog even stilstaan bij de laconieke of afwijzende houding van de zorgverleners. Die zou vooral te wijten zijn aan het feit dat zij aan de enquête geen waarde hechten.⁹ De gegevens zouden een incompleet beeld geven, zouden berusten op verschillende definities en gebaseerd zijn op verschillende steekproeven of populaties, die niet gecorrigeerd zijn voor risico's en ernst van ziekte. Kortom, de uitkomsten zijn niet betrouwbaar.

De geringe belangstelling van zorgverleners zou ook verklaard kunnen worden met wat men 'cognitieve-dissonantiereductie' noemt. Door Festinger werd een theorie ontwikkeld die behelst dat mensen geneigd zijn alleen die informatie tot zich te nemen die een bevestiging vormt van reeds bij hen bestaande opvattingen.¹⁰ Het nieuwe materiaal bevestigt de bestaande visies en oordelen. Wijkt de informatie daar echter van af of is deze strijdig daarmee (cognitieve dissonantie), dan ontstaat er een onaangename en verontrustende cognitieve disbalans. Dat innerlijke conflict wordt gewoonlijk opgelost door vertekening en ontkenning. Zo kan met dit fenomeen worden verklaard waarom de meeste mensen vinden dat zij beter autorijden dan de gemiddelde weggebruiker. En zo vinden de meesten van ons het Nederlandse gezondheidszorgsysteem beter dan dat in andere landen; ook vinden wij de door ons verleende zorg meestal beter dan gemiddeld.

Of cognitieve-dissonantiereductie een belangrijke rol speelt bij het negeren van de *Elsevier*-enquête is moeilijk hard te maken. Ik herken het fenomeen in ieder geval bij mezelf. Mijn eerste reactie op de enquête was dat ik die als waardeloos terzijde wilde schuiven om de doodgewone reden dat de weergegeven rangorde in mijn eigen vakgebied, de dermatologie, binnen de academische ziekenhuizen niet overeenstemde met de scores die ik zelf zou hebben gegeven.

Kan de theorie van Festinger het uitblijven van reacties van de gehele beroepsgroep verklaren? Ten dele wel; immers, de enquête kent slechts 3 winnaars. De andere ziekenhuizen zijn weliswaar geen verliezers, maar ze zijn toch 'minder goed', en wie de ranglijst naloop, zal al gauw geneigd zijn de onderste 'slecht' te vinden (in werkelijkheid werden alleen de 'beste' 29 algemene ziekenhuizen en de 8 academische ziekenhuizen vermeld). Als de theorie van Festinger een rol speelt bij het doodzwijgen van de enquête, betekent dit dat de beroepsgroep wel degelijk belang hecht aan de uitslag.

Mijn verklaring daarvoor is dat de enquête een hoog sensatiegehalte heeft.

'SELF-FULFILLING PROPHECY'

Er is nog een ander fenomeen dat aan enquêtes kleef en hier aandacht verdient. Dat is het fenomeen van de 'self-fulfilling prophecy'. Met een enquête kan men in korte tijd gegevens verzamelen die na presentatie op hun beurt de meningsvorming onder de geënquêteerden weer beïnvloeden. In de politiek maakt men hier veelvuldig gebruik van door in te spelen op de behoefte aan 'nieuws' bij redacties en journalisten. Het Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling (NIPO) heeft dit goed begrepen: er gaat geen week voorbij of een duizendkopig panel krijgt wekelijks per e-mail vragen voorgelegd over de veiligheid van de samenleving, de informatiebehoefte van patiënten of het aantal 'piekerpatiënten' dat de huisarts lastigvalt. Het blad *Metro*, dat gratis wordt uitgereikt aan treinreizigers, heeft vrijwel dagelijks dit soort nieuws op de voorpagina.

Beïnvloeding van de publieke opinie met als doel: omzetverhoging. Self-fulfilling prophecy is op zichzelf een vrij onschuldig verschijnsel, maar als dit fenomeen wordt uitgebuit om de publieke opinie te beïnvloeden verliest het zijn onschuld. Het NIPO en vergelijkbare instituten zijn niet echt geïnteresseerd in de antwoorden op de vragen, ze voldoen aan de eisen van de opdrachtgevers en het zijn de opdrachtgevers voor wie de antwoorden relevant zijn. Neem het voorbeeld van de zogenoemde piekerpatiënten. De kop van het persbericht luidt: 'Piekerpatiënten belagen huisartsen – Onnodige consulten kosten tientallen miljoenen guldens'. Anders gezegd: overbezorgde patiënten vormen een last voor de huisarts en een kostenpost voor de samenleving. Ik weet niet of het waar is, maar interessanter is de vraag wie de opdrachtgever van het onderzoek was. Het antwoord: de firma Wyeth. En waarom? Deze firma vond een nieuwe 'anti-piekerpil' uit. Onder het mom van een enquête, uitgevoerd door een schijnbaar onafhankelijk instituut als het NIPO, introduceerde de firma een geneesmiddel. Ze wist waar ze geld in stopte. Immers, ongeacht het onderwerp en ongeacht het resultaat: elke enquête haalt de krant.

DE ROL VAN DE MEDIA

Het subtiele samenspel tussen commerciële voorlichting en massamedia werd onlangs ook door Meulenberg aangestipt in het blad *De Huisarts* en door Vermeulen in dit tijdschrift.^{11 12} Waar Meulenberg het opnam voor artsen die in de vuurlinie van het informatieoffensief nog wel eens uitglijden met hun voorschrijffpen, sprak Vermeulen zijn zorgen uit over de wijze waarop de media vermeende doorbraken naar buiten brengen.¹¹ Hij gaf een aantal voorbeelden waaruit blijkt dat verslagen over behandelingen in de meer op sensatie gerichte pers vaak zo inadequaat zijn dat ze meer kwaad dan goed doen. Volgens Vermeulen zouden journalisten van dagbladen, radio of televisie dezelfde zorgvuldigheid in acht moeten nemen als auteurs van vaktijdschriften. De meerderheid van de mensheid is echter sensatiegericht. Sensatiebladen als *De Telegraaf* trekken niet voor niets een groot, ook medisch georiënteerd, lezerspubliek. Vermeulen hoopt dat het ooit zo zal zijn 'dat de patiënt niet meer van verbazing van zijn stoel valt als hem wordt ge-

vraagd mee te doen aan een gerandomiseerd onderzoek, maar dat hij juist twijfels krijgt over de kwaliteit van een kliniek waar behandelingen niet worden onderzocht'. Hij koestert de gedachte dat patiënten dan gaan inzien hoe onwaarschijnlijk het is dat een of andere dokter als enige een effectieve behandeling zou hebben, en hoe weinig kans er is dat een onbegrijpelijke therapie die niet in goede medische centra wordt toegepast, werkzaam zou zijn. Vermeulens hoop is niet realistisch. De sensatiezucht van de mens wordt alleen nog maar groter als blijkt dat de genoemde verslagen zijn gebaseerd op fouten en leugens. Vandaar ook dat het televisieprogramma 'De leugen regeert', waarin fouten van de media aan de kaak worden gesteld, zo populair is.

Samenvattend stel ik vast dat de beroepsgroep in toenemende mate wordt gevraagd publiekelijk verantwoording af te leggen van het slagen en falen van het medisch handelen. Dat zal steeds vaker gebeuren in de vorm van vergelijkend onderzoek. Ik meen dat de *Elsevier*-enquête zich daar niet voor leent. Deze enquête heeft een hoog sensatiegehalte en ontleent voor een belangrijk deel daaraan zijn bestaansrecht. De ziekenhuiszorg lijkt mij veel meer gebaat bij de ontwikkeling van een beperkt aantal indicatoren voor kwaliteitsmeting dan bij een discutabele publieke kwalificatie gebaseerd op een competitief model. Casparie gaf kortgeleden in dit tijdschrift aan in welke vorm die ontwikkeling zou kunnen plaatsvinden en hoe men daarvan verantwoording zou kunnen afleggen tegenover de buitenwereld.¹³ Dat zou de betrouwbaarheid van de gegevens en de geloofwaardigheid van de kwaliteitsbevordering voor het publiek ten goede komen.

ABSTRACT

The 'best' hospitals of the Netherlands: comment on the Elsevier enquiry. – Health care workers are increasingly asked to disclose the achievements and failures of their medical interventions. Comparative evaluation of hospitals seems to be inevitable. In July 2000 about 6000 health care workers in the Netherlands received a questionnaire from the general lay weekly *Elsevier* asking them to grade the hospitals in their area: specialists, general practitioners, heads of departments in hospitals, nursing staff and hospital directors. The questionnaire has serious methodological flaws, e.g. regarding the items included (such as 'press sensitivity' and 'waiting lists'), the way in which the score was determined (hospitals that were scored by less than 14 respondents were excluded), the way the questions were formulated (there was no way respondents could indicate their level of experience with the hospitals involved) and the very low response rate (13%). In addition there were no data to determine the accuracy of the questionnaire, the distribution of the respondents, or whether the answers had been adjusted.

The questionnaire appears to be primarily aimed at creating sensation. It received little attention in the health care sector, probably because the results were contrary to the expectations.

Hospital care will undoubtedly benefit from surveys applying a limited number of well-designed indicators for quality of service, but a questionable public qualification based on a competitive model such as the *Elsevier* questionnaire will probably do more harm than good.

LITERATUUR

- 1 Hen P de. De beste ziekenhuizen. Elsevier 2000;32:94-106.
- 2 Dunning AJ. De derde revolutie: rekenschap. Ned Tijdschr Geneesk 1989;133:1-3.
- 3 Friele RD, Andela M. Visie patiënten op kwaliteit ziekenhuiszorg. Med Contact 2000;55:129-32.
- 4 Hen P de. De beste ziekenhuizen. Elsevier 1997;29:77-87.
- 5 Hen P de. De beste ziekenhuizen. Elsevier 1998;30:115-40.
- 6 Hen P de. De beste ziekenhuizen. Elsevier 1999;31:90-103.
- 7 Meijer van Putten JB. Elseviers ziekenhuisenquête, commentaar. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:2482.
- 8 Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000;283:1866-74.
- 9 Epstein AM. Public release of performance data: a progress report from the front. JAMA 2000;283:1884-6.
- 10 Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford, Calif.: Stanford University Press; 1957.
- 11 Meulenberg F. Communiceren op niveau. Medici tussen wetenschap en massamedia. De Huisarts 2000;10:9-11.
- 12 Vermeulen M. 'Alweer een doorbraak': meldingen in algemene pers wekken valse hoop. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:1879-82.
- 13 Casparie AF. Postoperatieve wondinfecties: een bruikbare indicator voor de kwaliteit van zorg? Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:460-2.

Aanvaard op 20 november 2000

Capita selecta

Proatherogene veranderingen door hemodialyse; mogelijk een gevolg van bio-incompatibiliteit

M.J.NUBÉ EN M.G.VERVLOET

Het risico op het krijgen van een cardiovasculaire aandoening is bij patiënten die chronische hemodialyse ondergaan ongeveer 22 keer zo hoog als bij gezonde personen.¹ Bekende risicofactoren als diabetes mellitus, hypertensie, dyslipidemie en hyperhomocysteinemie komen veelvuldig en vaak gecombineerd voor bij deze patiëntengroep. Daarnaast speelt vermoedelijk ook chronische overhydratie een rol.^{2,3} Toch lijkt de overmaat aan cardiovasculaire morbiditeit en sterfte bij chronisch gedialyseerde patiënten onvoldoende te worden verklaard door de aanwezigheid van deze factoren alleen.⁴

Tijdens hemodialyse worden witte bloedcellen en bloedplaatjes gestimuleerd door het contact met de lichaamsvreemde membraan van de kunstnier. Ook worden humorale systemen geactiveerd, waaronder de stollingscascade en het complementsysteem. Deze verschijnselen kunnen het beste beschouwd worden als een acute ontstekingsreactie die door het herhaald optreden een chronisch karakter heeft. De ernst van deze verschijnselen wordt in grote mate bepaald door de bio-incompatibiliteit van de kunstnier.⁵ Daarbij wordt 'bio-incompatibiliteit' gedefinieerd als de som van de interacties tussen het bloed en de verschillende componenten van het extracorporele circuit.

Ook atherosclerose wordt tegenwoordig gezien als een chronische ontstekingsreactie.^{6,7} In dit overzicht gaan wij na in hoeverre het aannemelijk is dat iedere af-

SAMENVATTING

- Het risico op het krijgen van een cardiovasculaire aandoening is bij patiënten die chronische hemodialyse ondergaan sterk verhoogd. De aanwezigheid van bekende risicofactoren, zoals dyslipidemie, hypertensie, hyperhomocysteinemie, diabetes mellitus en chronische overvulling kan dit gegeven maar ten dele verklaren.
- Een mogelijke oorzaak is dat hemodialysebehandeling zelf bijdraagt aan de versnelde atherosclerose bij deze patiënten.
- Atherosclerose wordt tegenwoordig beschouwd als een ontstekingsproces. Een disfunctie van het endotheel zou hieraan ten grondslag liggen. De combinatie van genoemde risicofactoren verandert de fysiologische eigenschappen van het endotheel, met als gevolg hechting van bloedplaatjes en leukocyten, waardoor verschillende vasoactieve mediators, cytokinen, zuurstofradicalen en groeifactoren vrijkomen.
- Door het contact tussen het bloed en de lichaamsvreemde kunstnier worden humorale systemen en cellulaire bloedelementen gestimuleerd, hetgeen eveneens te beschouwen is als een ontstekingsreactie. Als gevolg hiervan wordt het vaatoppervlak van hemodialysepatiënten bij herhaling blootgesteld aan de invloeden van cytokinen, stollingsproducten, vasoactieve mediators, gestimuleerde leukocyten en trombocyten, en oxidatieve stress.
- Het is aannemelijk dat de hemodialysebehandeling bijdraagt aan het sterk verhoogde cardiovasculaire risico van deze patiëntengroep.

zonderlijke hemodialysebehandeling een microtrauma is voor het endotheel en daardoor in belangrijke mate bijdraagt aan het versneld optreden van hart- en vaatziekten bij patiënten die chronische hemodialyse ondergaan.

RISICOFACTOREN VOOR ATHEROSCLEROSE

Al in een vroeg stadium van atherosclerose worden geactiveerde macrofagen en T-lymfocyten in het subendo-

Medisch Centrum Alkmaar, afd. Nefrologie en Dialyse, Wilhelminalaan 12, 1815 JD Alkmaar.

Dr.M.J.Nubé, internist-nefroloog.

Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, afd. Nefrologie en Dialyse, Amsterdam.

M.G.Vervloet, internist-nefroloog.

Correspondentieadres: dr.M.J.Nubé (nube.grooteman@wxs.nl).