

STATISTIEK FLUIT DE VOLUMENORM TERUG

Aantal verrichtingen geen optimale maat voor kwaliteit chirurgie

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Volume wordt gebruikt als maat voor de kwaliteit van complexe chirurgie. Maar om de risico's bij dergelijke operaties statistisch betrouwbaar te reduceren, zijn zeer veel operaties nodig. Veel meer dan er zich jaarlijks in Nederlandse ziekenhuizen voordoen.

JOB KIEVIT
JOHAN LEGEMAATE

Er is steeds ruimere belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid. Kwaliteit van zorg is al lang een 'hot item'. Van recenter datum is de poging om via indicatoren inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de geboden zorg.¹ Patiëntveiligheid is nadrukkelijk op de agenda gekomen naar aanleiding van buitenlandse onderzoeken, waarvan de extrapolatie naar de Nederlandse situatie suggereert dat door fouten jaarlijks duizenden patiënten overlijden. Via een recent advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek en een ministeriële opdracht aan ZonMw worden onderzoeksprogramma's in gang gezet en een platform voor patiëntveiligheid geïnitieerd.² Deze initiatieven beogen in de eerste plaats meer transparantie en inzicht, zodat kwaliteitsverschillen worden blootgelegd. Op termijn mag men verwachten (of op zijn minst hopen) dat een instelling een eventueel kwaliteitsdeficit zal aanpakken, dan wel dat >>

SIGNIFICANTE RISICOVERSCHILLEN

risico in groep A	risico in groep B												
	0,25%	0,5%	1,0%	2,5%	5%	10%	20%	25%	30%	40%	50%	70%	95%
0,1 %	16.300	3.920	1.413	463	212	97	43	32	25	16	11	5	1
0,25%		12.548	2.314	557	233	102	44	33	25	16	11	5	1
0,5 %			6.248	770	272	110	46	34	26	16	11	5	1
1 %				1.600	377	130	49	36	27	17	11	5	1
2,5 %					1.208	214	63	44	33	20	13	5	1
5 %						578	97	62	43	25	15	6	1
10 %							263	130	79	39	22	9	2
20 %								1.460	389	105	48	16	4
25 %									1.670	200	74	21	5
30 %										473	121	28	6
40 %											515	53	10
50 %												121	15

Aantal patiënten dat nodig is om een significant risicoverschil te bereiken tussen groep A en groep B ($\alpha = 0,05$ en $\beta = 0,1$; α is de kans dat een verschil significant wordt geacht terwijl het dat niet is; β de kans dat een in werkelijkheid significant verschil wordt gemist.)

<< patiëntenstromen zullen verschuiven van minder goede naar betere zorgcentra. In beide gevallen wordt het einddoel - betere zorgkwaliteit - bereikt.

INDIVIDUELE HULPVERLENER

Even belangrijk als de vraag naar de kwaliteit en de veiligheid op instellingsniveau, is de vraag of een hulpverlener in een instelling in staat is verantwoorde zorg te bieden, dat wil zeggen zorg van voldoende kwaliteit. Die vraag is aan de orde als een wetenschappelijke vereniging tracht vast te stellen welke expliciete eisen moeten worden gesteld aan specialisten die minder frequente en meer complexe vormen van zorg uitoefenen. Diezelfde vraag dringt zich ook op als men als deskundige in het kader van een klacht of een tuchtzaak moet beoordelen of de geleverde zorg wel goed genoeg was. De WGBO zegt daarover in artikel 453: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.' Alhoewel de bedoeling een ieder duidelijk zal zijn, is niet onmiddellijk helder hoe je kunt beoordelen of is voldaan aan de omschrijvingen 'goed

hulpverlener' of 'professionele standaard'. In de praktijk geschiedt de operationalisering van beide omschrijvingen in overwegende mate op basis van bronnen en gegevens uit de medische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek.

Zorgkwaliteit kan niet worden bepaald op basis van de zorguitkomst alleen. Immers, dat een ongewenste uitkomst is opgetreden, betekent niet dat de eraan voorafgaande zorg van onvol-

ding + kennis + ervaring), maar ook een arts die in algemene zin bekwaam is, kan in specifieke gevallen tekortschieten. Daarom worstelen veel specialisten regelmatig met die vraag, niet in het minst als zij een expertise verrichten voor een letselcasus. De afwezigheid van duidelijke criteria leidt gemakkelijk tot willekeur en subjectiviteit, wat zowel voor patiënt als voor hulpverlener nadelig kan zijn. Een gezondheidsjurist zei daarover ooit:

**bekwaamheid =
opleiding + kennis + ervaring**

doende kwaliteit was. Medische interventies, ook in een veilig zorgsysteem, zullen nooit geheel risicovrij zijn. Juist omdat dat besef in de huidige veiligheidshausse wat op de achtergrond raakt, is het goed dat de ministeriële brief nog eens heeft benadrukt dat een zorgvuldige afweging van inherente risico's een van de pijlers van een goede zorgverlening is.³ Als de uitkomst in één geval geen antwoord geeft op die vraag, hoe beantwoorden we de vraag of verantwoorde zorg is geleverd dan wel? Uitgangspunt is de bekwaamheid van de arts (bekwaamheid = oplei-

'Zolang ik altijd wel een emeritus hoogleeraar of gepensioneerd specialist kan vinden die beargumenteert dat die zorg niet in de haak was, ben ik geneigd de patiënt het voordeel van de twijfel te geven.'

AANTALLEN

Om de kwaliteit van de geboden zorg te bepalen wordt in navolging van internationale en nationale ontwikkelingen gebruikgemaakt van het criterium 'aantallen'. Het aantal verrichtingen dat iemand jaarlijks doet, gebruikt men als een voor-speller van kwaliteit. De rechtvaardiging

KWALITEITSCRITERIA VOOR CHIRURGEN

daarvoor is dat over het criterium 'goed genoeg' doorgaans geen routinematige informatie beschikbaar is, en dat in veel onderzoek een verband is gevonden tussen kwantiteit en kwaliteit.⁴ Dat lijkt redelijk, omdat 'oefening baart kunst' immers ook opgaat in de heelkunde, en dan niet alleen voor het snijden, maar ook voor de voorafgaande besluitvorming, de voor- en nazorg, de procedures en de organisatie. In de Indicatorenset 2004 was het aantal risicovolle operaties dat in een instelling (door één of meer chirurgen) werd verricht, één van de opmerkelijkste indicatoren.

Internationaal heeft de LeapFrog-organisatie op basis daarvan richtlijnen voor evidence-based verwijzing opgesteld.⁵ Natuurlijk is kwantiteit geen perfecte voorspeller van kwaliteit en zijn er specialisten en instellingen door wie

meen bekende formule voor power-berekening is in de tabel (zie linkerpagina) aangegeven welke aantallen ingrepen nodig zijn om verschillen in uitkomsten (gewenst dan wel ongewenst), tussen twee series verrichtingen significant te krijgen.⁶

Duidelijk is dat - zeker bij een laag uitgangsrisico en een klein risicoverschil - veel patiënten nodig zijn om dergelijke verschillen significant te krijgen. De meeste Nederlandse (en buitenlandse) ziekenhuizen realiseren dergelijke aantallen per jaar zelden of nooit.

Nemen wij als voorbeeld galwegletsels, die zeldzaam zijn, in de grootteorde van 0,25 procent.⁷ Als in een instellingsjaar die incidentie van galwegletsels (en daarmee de schatting van het risico) het dubbele (0,5%) of het tienvoudige (2,5%) van dat streefniveau is, zijn voor

Inzicht in de uitkomsten van zorg: daar gaat het uiteindelijk om

en waar ingrepen op bescheiden schaal worden verricht met voortreffelijke resultaten.

Birkmeyer vond in zijn onderzoek naar carotis-endarterectomie zelfs een negatieve correlatie tussen kwantiteit per ziekenhuis en uitkomstkwaliteit.⁴ Voor het beste oordeel over kwaliteit dient men naar uitkomsten te kijken, liefst niet alleen door de bril van de hulpverlener, maar getoetst door een onafhankelijke instantie.

UITKOMSTEN

De aantallen verrichtingen alleen geven geen betrouwbare indruk over zorgkwaliteit; daarom dient er bij voorkeur inzicht te bestaan in de uitkomsten van zorg. Dat is immers wat de patiënt ervan merkt, en waar het uiteindelijk om gaat. Ook hier kent het gebruik van getalsmatige informatie echter bepaalde beperkingen, maar nu om een andere reden.

Omdat jaarlijks per instelling of zorgverlener slechts een beperkt aantal complexe ingrepen wordt verricht en de ene patiënt de andere niet is, speelt randomvariatie een belangrijke rol. Iedere hulpverlener kent het verschijnsel dat maanden of jaren van complicatie- en/of sterftenvrije zorg soms ineens worden afgewisseld met een clustering van probleemgevallen. Uitgaande van de afge-

het significant krijgen van dergelijke verschillen aantallen nodig van respectievelijk 12.548 en 557 patiënten. Natuurlijk kan men genoeg nemen met een lagere betrouwbaarheid door α en/of β aan te passen, doch dat verandert aan de validiteitsvraag zelf niets. Een uitschieter in één jaar naar boven of beneden berust dus veelal op randomvariatie, en is slechts zelden significant. Geconstateerde verschillen in uitkomsten - het is al vaak gezegd, ook door de inspectie - verdienen nader onderzoek naar de mate waarin aan kwaliteitscriteria wordt voldaan, en niet een voorbarige veroordeling.

MINDER WILLEKEUR

Terug naar de eisen die de WGBO stelt, en de consequenties daarvan voor specialisten die meer complexe vormen van zorg uitoefenen. Om de invloed van subjectiviteit en willekeur te beperken, kan de WGBO-omschrijving van de eisen worden geconcretiseerd in een conceptset van vier criteria: opleiding, standaard, ervaring en transparantie. Inmiddels is dat concept al verder ontwikkeld aan de hand van discussies met collega's binnen het eigen ziekenhuis en binnen en buiten de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (onder andere de werkgroep Endoscopie en de Richtlijncommissie

Een chirurg is bevoegd en bekwaam een (complexe/hooigrisico) operatie te doen indien hij:

- over de vereiste opleiding en/of nascholing beschikt, en
- handelt volgens de geldende professionele standaard*, en

hetzij

- een voldoende aantal van deze of vergelijkbare operaties in de laatste vijf tot tien jaar heeft uitgevoerd**,

dan wel

- bekend is met de uitkomsten van zijn zorg en weet:
- bij welke operaties complicaties zijn opgetreden (veiligheid),
- bij welke operaties het beoogde resultaat is gehaald (effectiviteit),
- dat die percentages, gecontroleerd voor relevante determinanten, niet ten nadele verschillen van de acceptabele range,
- bereid is mee te werken aan adequate transparantie aangaande de bovenstaande kwaliteitseisen.

* onder de professionele standaard wordt verstaan: een richtlijn van wetenschappelijke (sub)vereniging, landelijke of regionale Orde/CBO/IKC- of vergelijkbare richtlijn, dan wel consensus vanuit de internationale stand van wetenschap.

** vergelijkbaar naar techniek, moeilijkheidsgraad en/of anatomische regio, en uitgevoerd door de chirurg zelf al dan niet onder supervisie, of door een andere operateur onder supervisie van de chirurg in kwestie

Schildklierkanker).⁸ De huidige (chirurgische) versie staat in bovenstaand kader.

Vervangt men 'chirurg' door 'medisch specialist' en 'operatie' door 'interventie', dan is de omschrijving toepasbaar voor andere specialismen. Natuurlijk is ook deze criteriaset niet meer dan een raamwerk. Dat raamwerk moet verder worden aangescherpt, en voor specifieke ingrepen naar toetsbare en concrete maatstaven worden vertaald. Afhankelijk van het beoogde gebruik kan die >>

<< invulling door wetenschappelijke verenigingen, richtlijncommissies of andere instanties plaatsvinden.

ADEQUATE BEOORDELING

Naast het belang van kwaliteit en veiligheid op instellingsniveau is ook kwaliteit van de zorgverlener, individueel of als groep, van groot belang. De vertaling van het concept van de 'goede hulpverlener' en de 'professionele standaard' naar praktische en toetsbare criteria is gewenst, zowel voor duidelijke medisch-specialistische streefcriteria, als voor een adequate beoordeling van complicaties en andere ongewenste uitkomsten van zorg, al dan niet in het kader van klachten of anderszins.

Het accent dat daarbij op getalmatige onderbouwing is komen te liggen is enerzijds gerechtvaardigd, maar kent anderzijds diverse beperkingen. Voorbijgaan aan die beperkingen kan leiden tot voorbarige en onjuiste oordelen,

zeker als de media minder genuanceerd omgaan met externe indicatoren dan door inspectie, RIVM en andere betrokken partijen wordt bepleit. ■

prof. dr. J. Kievit,
chirurg, hoogleraar Medische Besliskunde, LUMC

mr. dr. J. Legemaate,
beleidscoördinator Gezondheidsrecht, KNMG

Correspondentieadres: Prof. dr. J. Kievit, afdeling Heelkunde (hoofd sectie endocriene chirurgie/hoofdhalschirurgie), afdeling Medische Besliskunde, LUMC, Postbus 9600, 2300 RC Leiden, e-mail: j.kievit@lumc.nl.

Het advies van de Raad voor
Gezondheidsonderzoek, de richtlijnen
van Leapfrog Group en de bij dit artikel
behorende referenties vindt u via:
www.medischcontact.nl/dezeweek



SAMENVATTING

- Een betrouwbaar oordeel over kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg is minder makkelijk te geven dan uit veel discussies over dit onderwerp naar voren komt.
- Het aantal verrichtingen is een redelijke stand-in voor kwaliteit, doch is allerminst een perfecte voorspeller.
- Ook uitkomstkwaliteit, gekwantificeerd aan de hand van waargenomen ongewenst of gewenste uitkomsten, is niet onproblematisch. In de meeste ziekenhuizen worden immers niet die jaarlijkse aantallen gehaald die voor een betrouwbare risicoschatting gewenst zijn, zodat sampling over een periode van vele jaren noodzakelijk zou zijn.
- Er wordt een voorstel gedaan voor een praktische vertaling van het kwaliteitsconcept 'verantwoorde zorg', die recht doet aan bovenstaande overwegingen.

PRAKTIJKPERIKEL



Praktijkperikel Even de zuster bellen

Vijfentwintig jaar geleden was alles eenvoudig in Gezondheidsland. Had ik als huisarts voor een patient hulp nodig van de wijkzuster, dan belde ik haar op: 'Zeg Riet, wil jij vanmiddag even naar mevrouw Jansen gaan?' En dan gebeurde dat. Totdat duidelijk werd dat dit kon leiden tot ongelijkheid. Stel je voor dat mevrouw Pietersen de hulp van Riet harder nodig had, maar haar huisarts zater er minder achterheen?

De oplossing werd gevonden in het stichten van een speciale instelling die met professionele indicatiestellers prioriteiten

stelde en de hulp eerlijk verdeelde. Ik moest een formulier invullen en dat leidde dan tot het bezoek van een functionaris die noodzaak en urgentie vaststelde. Als de hulp er was, kreeg de patient waar hij recht op had. Als die er was, want uit het zorgbudget moest ineens een hele nieuwe organisatie worden betaald.

Aan alle extra administratieve rompslomp en tijdsverlies waar we mee te maken hadden, is nu een einde gemaakt en mijn geluk kent geen grenzen. Het is zo eenvoudig!

Vanmiddag kreeg ik een brief van de koepelorganisatie die tegenwoordig de wijkverpleegkundigen aanstuurt: de wijkverpleegkundige heeft een indicatiebevoegdheid gekregen. Hij of zij kijkt welke hulp nodig is, levert die dan direct aan de patient en vult later de benodigde papieren in. Die gaan vervolgens naar de indicatieorganisatie, die achteraf toestemming geeft.

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: www.medischcontact.nl.