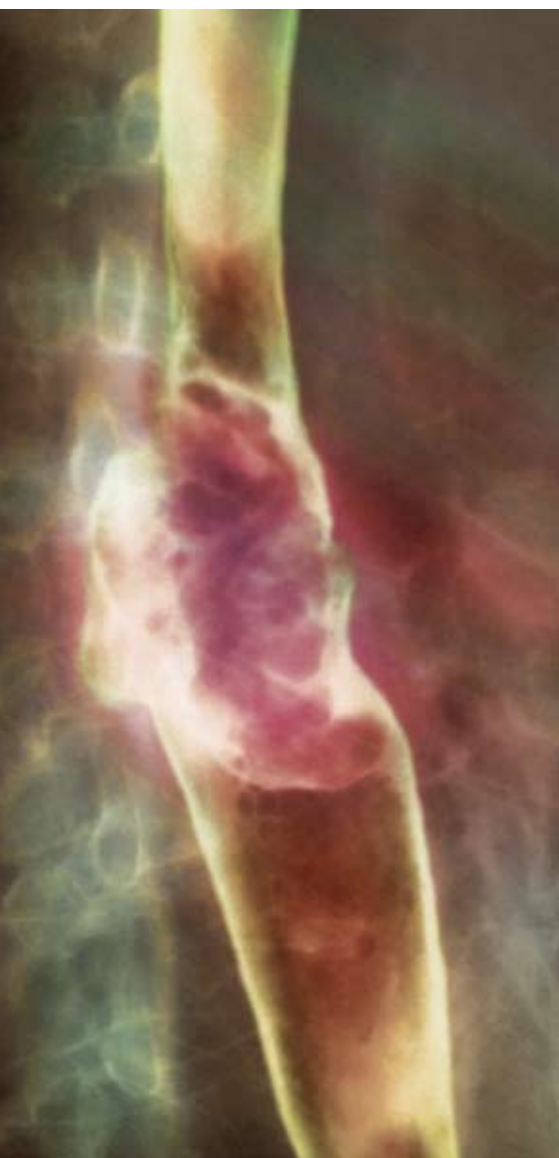


MINSTENS TIEN KEER PER JAAR

Kwaliteit oesofaguscardiaresecties vereist ervaring

Bij slokdarmkanker is de overlevingskans groter als de tumor wordt verwijderd in een ziekenhuis dat die ingreep jaarlijks minstens tienmaal uitvoert. De inspectie zal die norm handhaven. Eronder? Dan is het stoppen óf regionaal concentratieafspraken maken.



BEELD: ANP

KRIS SMOLDERS C.S.

Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 1450 mensen slokdarmkanker vastgesteld. De sterfte is hoog: de vijfjaarsoverleving is nog geen 10 procent.¹

De kans op overleving is groter (20-25%) als de tumor operatief kan worden verwijderd.^{2,3} Slechts 10 tot 30 procent van de patiënten voldoet echter aan de criteria voor deze operatieve behandeling. Daardoor is in Nederland het totaal aantal oesofaguscardiaresecties (OCR) gering.^{3,4} Het succes van de behandeling op de lange termijn hangt vooral af van de aanwezigheid van (lymfeklier)metastasen.^{2,3} Adequate preoperatieve diagnostiek is dus van groot belang.

Uit de literatuur blijkt dat er een consistente relatie bestaat tussen sterfte op korte termijn (3 tot 10% ziekenhuissterfte) en het aantal oesofaguscardiaresecties dat een ziekenhuis uitvoert.^{2,3} In grote centra blijkt de mortaliteit beduidend lager dan in kleine. De laagste sterfte wordt steeds gevonden in ziekenhuizen die jaarlijks meer dan tien of zelfs meer dan twintig resecties uitvoeren.⁵⁻⁷ In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom wordt dan ook gesteld dat deze ingreep uitgevoerd moet worden in ziekenhuizen waar jaarlijks ten minste tien à twintig van deze procedures worden verricht.²

In het kader van het toezicht op verantwoorde zorg, vraagt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) sinds 2003 aan ziekenhuizen prestatie-indicatoren

openbaar te maken.^{8,9} Er wordt onder meer gevraagd naar het aantal oesofaguscardiaresecties in het ziekenhuis, maar ook naar de postoperatieve zorg op de Intensive Care. Dit geeft inzicht in de ervaring van de vakgroep Chirurgie en de bijbehorende complexere perioperatieve zorg. Op basis hiervan is onderzocht of de zorg voor patiënten die deze operatie ondergaan is geconcentreerd in Nederland en of hier sinds de invoering van de prestatie-indicatoren veranderingen in zijn opgetreden.

ZEKERE CONCENTRATIE

Ziekenhuizen zijn op grond van het aantal oesofaguscardiaresecties in de periode 2003 tot en met 2005 verdeeld in vier categorieën: zij die geen resecties uitvoeren, ermee zijn gestopt, er onvoldoende of voldoende uitvoeren (zie tabel).^{8,9} Verder zijn de ziekenhuizen verdeeld over drie groepen: universitair medische centra (UMC's), grote en kleine algemene ziekenhuizen. Ten slotte is in drie regio's gekeken naar de mate van concentratie.

Uit de data van de prestatie-indicatoren blijkt dat in Nederland jaarlijks ongeveer 600 oesofaguscardiaresecties worden uitgevoerd, waarvan 42 procent in UMC's, 52 procent in de grote en 6 procent in de kleine algemene ziekenhuizen. Ziekenhuizen die deze ingreep jaarlijks minder dan tienmaal uitvoeren, nemen 24 procent van de resecties voor hun rekening. De overige 76 procent van de resecties wordt uitgevoerd door ziekenhuizen die tien tot twintig resecties per jaar doen (42%) en ziekenhuizen die er meer dan twintig per jaar uitvoeren (34%).

De overlevingskansen van patiënten bij wie slokdarmkanker wordt vastgesteld, zijn gering.

KWALIFICERING RESECTIES

Ziekenhuiscategorie	geen ^c	gestopt ^d	voldoende ^e	onvoldoende ^f	totaal
UMC	0	0	8	0	8
groot algemeen^a	10	3	14	17	44
klein algemeen^b	31	5	0	7	43
totaal	41	8	22	24	95

a = Ziekenhuizen met een budget van meer dan 85 miljoen euro in 2005.

b = Ziekenhuizen met een budget van minder dan 85 miljoen euro in 2005.

c = Ziekenhuizen die geen resecties uitvoeren en hun patiënten hiervoor doorverwijzen naar gespecialiseerde centra.

d = Ziekenhuizen die in 2004 of 2005 zijn gestopt met het uitvoeren van resecties.

e = Ziekenhuizen die 10 of meer resecties per jaar uitvoeren in ten minste twee jaren.

f = Ziekenhuizen die minder dan 10 resecties per jaar uitvoeren in ten minste twee jaren.

Kwalificering OCR in de periode 2003-2005 per ziekenhuiscategorie.

Bron: IGZ. Het resultaat telt. 2003, 2004 en 2005.

In 2003 was al sprake van een zekere concentratie: 41 ziekenhuizen voerden bewust geen resecties uit (zie tabel). Sindsdien zijn acht ziekenhuizen ermee gestopt. Het aantal ziekenhuizen dat deze ingreep jaarlijks tienmaal of vaker uitvoert, nam in drie jaar toe van 18 naar 22, terwijl het aantal ziekenhuizen dat onder die grens zit van 33 naar 24 daalde. Geen enkel klein ziekenhuis verrichtte in de afgelopen drie jaar tien of meer oesofaguscardiaresectie per jaar.

DOORVERWIJZEN

In de regio Zuid-Holland-Zuid vindt 60 procent van de 120 resecties die er jaarlijks worden verricht, plaats in het Erasmus MC. De overige vijftig resecties worden uitgevoerd in zeven algemene ziekenhuizen. Bij deze ziekenhuizen daalde het aantal oesofaguscardiaresecties, waarbij één ziekenhuis dit verklaarde door de invoer van een nieuwe diagnostische techniek. Zes andere ziekenhuizen deden dit bewust niet (meer) en verwezen hun patiënten door naar gespecialiseerde centra.

In Noord-Brabant werden in dezelfde periode jaarlijks ongeveer 66 oesofaguscardiaresecties uitgevoerd. Hierbij was door regionale samenwerking al sprake van verregaande concentratie. Eén groot algemeen ziekenhuis in Eindhoven voerde meer dan 50 procent uit, twee grote algemene ziekenhuizen namen de andere helft voor hun rekening. Tien van de dertien ziekenhuizen voerden de ingreep bewust niet (meer) uit. Bij hen was het beleid omtrent oesofaguscardiaresecties helder: alle patiënten doorverwijzen. In deze regio maakte een aantal ziekenhuizen afspra-

In Friesland voerden een groot algemeen ziekenhuis en drie kleine algemene ziekenhuizen jaarlijks achttien resecties uit. Bij de kleinere ziekenhuizen doen sinds 2004 weliswaar telkens dezelfde chirurgen deze ingreep, maar per ziekenhuis werden in 2005 respectievelijk slechts één, vier en vijf resecties uitgevoerd. Hierdoor is de perioperatieve zorg onvoldoende gewaarborgd. Bovendien kan hierdoor ook het volume in het grote algemene ziekenhuis onder druk komen te staan.

GROTE VERSCHILLEN

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat ervaring in het uitvoeren van oesofaguscardiaresecties de overlevingskans vergroot. Om die reden is in de richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom een ondergrens van tien resecties per jaar gesteld. Uit de prestatie-

ziekenhuizen haalt meer dan de helft de ondergrens van tien resecties per jaar niet. Van de kleine algemene ziekenhuizen is er niet één die deze ondergrens haalt.

Uit onderzoek van Lanschot c.s. blijkt dat de sterfte in ziekenhuizen die meer dan vijftig oesofaguscardiaresecties per jaar uitvoeren, 2,5 maal lager is dan in ziekenhuizen die tien of minder resecties per jaar uitvoeren en 1,5 maal lager dan in ziekenhuizen die dit jaarlijks tussen de elf en twintig keer doen.⁷ Op basis hiervan kunnen in Nederland de beste resultaten worden behaald als er naast de twee genoemde UMC's maximaal negen ziekenhuizen zijn die jaarlijks ieder meer dan vijftig resecties uitvoeren.

De richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom beveelt een iets minder rigoureuze concentratie aan: ten minste tien à twintig operaties per jaar.² Als de 460 resecties verdeeld zouden worden over 23 instellingen, betekent dat een gemiddelde van twintig resecties per ziekenhuis per jaar. Hiermee is een betere spreiding over Nederland mogelijk en blijven alle ziekenhuizen ruim boven de ondergrens uit de richtlijn. De verwachting is echter dat het aantal te opereren patiënten zal afnemen door nieuwe diagnostische technieken die (nog) niet in ieder ziekenhuis beschikbaar zijn.⁸ Hierdoor neemt het totaal aantal oesofaguscardiaresecties af en de noodzaak tot concentratie verder toe.

FRIESE 'OPLOSSING'

Concentratie vereist regionale samenwerking en afspraken. Er zijn al >>

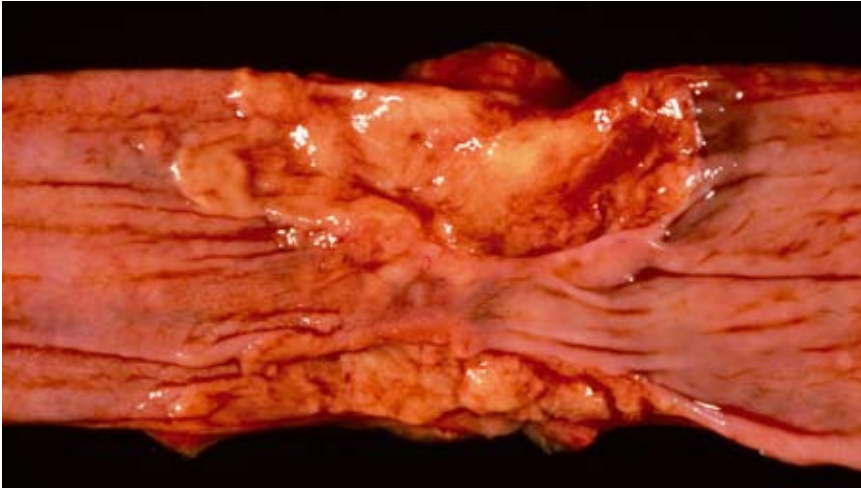
In Noord-Brabant voeren enkele ziekenhuizen alle resecties uit

ken. Zo verwees een ziekenhuis in Breda alle patiënten met een indicatie voor een oesofaguscardiaresecties door naar Tilburg, terwijl het zelf alle levercelcarcinoomresecties in de regio voor haar rekening nam.

Ook waren er twee ziekenhuizen die weliswaar zelf geen oesofaguscardiaresecties uitvoerden, maar waarvan de chirurgen dit wel deden in twee nabijgelegen ziekenhuizen.

indicatoren blijkt dat het uitvoeren van deze verrichting enigszins wordt geconcentreerd, maar dat dit nog onvoldoende is. Daarnaast bestaan er grote verschillen tussen de regio's.

Van de 600 resecties die jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd, nemen het Erasmus MC en het AMC er samen gemiddeld 140 voor hun rekening. De overige 460 worden uitgevoerd in 44 ziekenhuizen. Van de grote algemene



De kans op overleving van slokdarmkanker is groter als de tumor operatief kan worden verwijderd in een ziekenhuis met veel ervaring.

<< regio's waar dit tot stand is gekomen, bijvoorbeeld in Noord-Brabant. Daar voeren enkele ziekenhuizen alle resecties van de regio uit. De overige ziekenhuizen richten zich op andere complexe operaties of onderscheiden zich met een ander soort specialistische zorg, zoals ouderenzorg.

Helaas zijn er ook regio's waar afspraken niet leiden tot concentratie of voldoende kwaliteitsverbetering. Soms blijken samenwerkingsafspraken onduidelijk of worden ze niet opgevolgd. Verscheidene ziekenhuizen noemen zich concentratieziekenhuis, terwijl het aantal uitgevoerde resecties er niet toeneemt of zelfs vermindert.

De uitvoeringskosten van deze ingreep zijn over het algemeen hoger dan de vergoeding. Blijkbaar zijn er dus andere redenen om deze operatie toch

gen met langere wachttijden, veroorzaakt door de capaciteit van de OK en de huidige financieringswijze. Ook kunnen de reistijden voor patiënten en hun naasten toenemen. Daarnaast kan de overdracht van de behandeling na ontslag uit een gespecialiseerd centrum naar een lokaal ziekenhuis risico's inhouden.

De voordelen van concentratie wegen echter zwaarder dan de nadelen: minder complicaties, een kortere opnameduur en vooral een grotere overlevingskans, ook op langere termijn.

ONVERANTWOORD

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt de prestatie-indicatoren niet als directe maat voor de kwaliteit van de zorg, maar wel als een signaal om nadere vragen te stellen. Voor slokdarmkanker heeft de beroepsgroep echter een

Verscheidene instellingen noemen zich ten onrechte concentratieziekenhuis

te blijven doen. Uit onderzoek is gebleken dat het volume-uitkomsteffect voor ruim de helft is toe te schrijven aan het ziekenhuis.^{6 10} Voldoende ervaring bij alle zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt die een resectie ondergaat, is dan ook onmisbaar.⁹ De Friese 'oplossing', waarbij de chirurg naar de patiënt toegaat, is dan ook niet geschikt om de ervaring van het ziekenhuis in het hele pre- en postoperatieve proces voldoende te onderhouden.

CAPACITEIT OK

Concentratie kan echter ook nadelen hebben. Patiënten kunnen te maken krij-

multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld, die aangeeft dat een ziekenhuis jaarlijks minimaal tien oesofaguscardiaresecties moet doen om deze ingreep verantwoord te kunnen uitvoeren.

Natuurlijk is het mogelijk, en soms ook wenselijk, om incidenteel van een richtlijn af te wijken. Ziekenhuizen die deze ingreep jaren achtereen minder dan tien keer uitvoeren, wijken echter niet incidenteel, maar structureel af van de richtlijn. Om die reden is er in deze ziekenhuizen sprake van onverantwoorde zorg.

De IGZ zal dan ook ziekenhuizen die in 2006 opnieuw minder dan tien

SAMENVATTING

- Bij slokdarmkanker is de overlevingskans groter als de tumor operatief wordt verwijderd in een ziekenhuis met veel ervaring.
- Uit de prestatie-indicator van de IGZ blijkt dat de concentratie van deze zorg nog onvoldoende is en er grote regionale verschillen bestaan.
- Nadelen van zorgconcentratie (langere wacht- en reistijden), wegen niet op tegen voordelen (minder complicaties, kortere opnameduur en een grotere overlevingskans).
- Ziekenhuizen die structureel minder dan tien oesofaguscardiaresecties per jaar uitvoeren, blijven achter bij de minimumnorm uit de richtlijn. Hierdoor is sprake van onverantwoorde zorg.
- Ziekenhuizen die in 2006 opnieuw minder dan tien oesofaguscardiaresecties deden, moeten stoppen met het uitvoeren hiervan óf door samenwerkingsafspraken tot tien of meer resecties komen.

oesofaguscardiaresecties uitvoerden, om een plan van aanpak vragen. Daarin moeten zij aangeven binnen drie maanden te stoppen met het uitvoeren ervan óf door samenwerkingsafspraken zeker stellen dat zij tot tien of meer resecties per jaar komen. ■

ing. K.H.A. Smolders, MSc,
toezichtmedewerker

dr. A.L. den Ouden,
inspecteur

drs. J. Haeck,
inspecteur

drs. J.M.J. van den Berg,
inspecteur

drs. W.A.H. Nugteren,
inspecteur

prof. dr. G. van der Wal,
inspecteur-generaal

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres: kh.smolders@igz.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweek.