

Concentratie van zorg vergroot doctor's delay en verhoogt vermijdbare sterfte

# Spoedchirurgen in spagaat

Op de SEH komt een patiënt binnen met ernstig thoraxletsel, maar het ziekenhuis doet niet genoeg spoedthoracotomieën en heeft daardoor geen contract met de ziektekostenverzekeraar voor deze ingreep. Wat te doen?



beeld: Corbis

dr. Jan Seegers,  
chirurg

Ton van Engelenburg,  
chirurg

Slingeland Ziekenhuis,  
Doetinchem

Correspondentieadres:  
psb@slingeland.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

**D**e Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft voor een aantal chirurgische behandelingen kwaliteitsnormen opgesteld.<sup>1</sup> Chirurgen moeten voldoen aan certificeringseisen om bepaalde operaties te mogen verrichten.<sup>2,3</sup> Ook zijn er kwalitatieve en kwantitatieve voorwaarden geformuleerd waaraan instellingen die deze behandelingen uitvoeren, moeten voldoen.

Er zijn chirurgen die bovengenoemde volume-criteria voor bijvoorbeeld electieve oesofagus- en pancreaschirurgie, ontoereikend vinden om de gewenste kwaliteit te bereiken. Zij pleiten voor veel verdergaande centralisatie. Maar de keerzijde daarvan is dat adequate chirurgische zorg in gevaar kan komen.

Hoofdinspecteur Schellekens van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft eerder dit jaar de wetenschappelijke verenigingen opgeroepen om kwaliteitsvoorwaarden en volumenormen op te stellen voor hoogcomplexere operaties en behandelingen.<sup>4,5</sup> De IGZ heeft nu met de volumenorm voor longresecties en aneurysmachirurgie (20 per jaar per ziekenhuis), indirect, kwaliteits-eisen voor *acute* chirurgische zorg geformuleerd.

## Ongewenste gevolgen

Met het vaststellen van de chirurgische kwaliteitsnormen voor zorginstellingen en chirurgen lijkt er een eind te komen aan de discussie over concentratie c.q. regionalisatie van bepaalde, hoogcomplexere chirurgische ingrepen en

## Kan hij een klacht tegemoet zien wegens nalatig handelen?

het hanteren van volumecriteria daarbij. Als de veldpartijen deze normen toepassen, worden de hoogcomplex, laagvolume chirurgische behandelingen herverdeeld en geconcentreerd in een kleiner aantal, in die betreffende behandelingen gespecialiseerde ziekenhuizen. Wij willen aandacht vragen voor de gevolgen die deze door alle partijen geaccrediteerde kwaliteits- en volumenormen hebben voor de bereikbaarheid van de zorg en voor de organisatie van zorginstellingen en hulpverleners. We doen dit aan de hand van twee casussen uit onze eigen praktijk.

### Casus 1

*Een 60-jarige vrouw wordt met buikpijnklachten gepresenteerd op de SEH. Echografisch wordt de diagnose geruptureerd aneurysma van de aorta abdominalis gesteld. Omdat er voor de postoperatieve zorg geen bed beschikbaar is op de intensive-care unit (ICU), wordt besloten de patiënte direct over te plaatsen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Na telefonisch overleg met de chirurg aldaar wordt ze per ambulance getransporteerd. Onderweg ontwikkelt zij echter een hypovolemische, hemorragische shock en overlijdt ze ondanks resuscitatie. Dit incident is gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De opvatting van de inspectie destijds (2005) was dat patiënten die potentieel in levensgevaar verkeren, eerst geopereerd dienen te worden, alvorens ze in gestabiliseerde toestand verplaatst kunnen worden naar een ICU elders.*

### Casus 2

*Een 26-jarige man heeft bij een ongeval thoraxletsel opgelopen en komt per ambulance op de SEH. Een X-thorax toont een hematopneumothorax en multiple ribfracturen links. De patiënt is in shock. Er wordt een thoraxdrain ingebracht die in korte tijd 2000 ml bloed produceert. De patiënt wordt geresusciteerd op de SEH en krijgt ongekruist bloed. Hij blijft hemodynamisch instabiel en er wordt besloten tot een spoedthoracotomie links. Hierbij wordt een ernstig gelacereerde, profuus bloedende linkeronderkwab gezien, waarbij een lobectomie van de onderkwab noodzakelijk blijkt. Deze procedure verloopt verder ongecompliceerd. Op de zesde dag postoperatief kan hij in goede conditie worden overgeplaatst naar het ziekenhuis in zijn eigen woonomgeving.*

Beide casussen spelen zich af in een middelgroot perifere ziekenhuis, in een landelijke regio met een relatief grote spreiding van

ziekenhuizen. De maatschap chirurgie telt acht personen. De dienstdoende chirurg is gecertificeerd vaatchirurg en gecertificeerd longchirurg; het ziekenhuis beschikt over een level-II-ICU. (In een level-II-ICU hoeft men niet in staat te zijn patiënten met zeer gecompliceerde ziekten te behandelen.) Ondanks ruime ervaring in deze behandelingen bestaat de mogelijkheid dat het ziekenhuis in de nabije toekomst niet meer aan de volume-eisen voldoet en hiervoor niet meer zal worden gecontracteerd door de zorgverzekeraar.

Laten wij eens aannemen dat door het nieuwe contracteringsbeleid in dit ziekenhuis geen aneurysma- en longchirurgie meer plaatsvindt. Denkend aan bovengenoemde casussen komen de volgende vragen op:

Blijft de inspectie bij haar standpunt dat de patiënte in de eerste casus in dit ziekenhuis geopereerd zou moeten worden? Hoewel de chirurg (nog) gecertificeerd vaatchirurg is, zou hier geen aneurysmachirurgie verricht mogen worden.

Als deze patiënte toch in dit ziekenhuis wordt geopereerd vanwege het geruptureerd aneurysma en perioperatief zou overlijden, welk oordeel velt de inspectie dan over het optreden van de gecertificeerde vaatchirurg in kwestie en welke consequenties zou dit voor die chirurg hebben? Een klacht wegens dood door schuld? Kan de ziektekostenverzekeraar weigeren de kosten van de zorg voor de patiënt in de tweede casus ter vergoeden, omdat de operatie is verricht in een niet-gecontracteerd ziekenhuis dat niet aan de volume-eisen voldoet?

Als wordt besloten de patiënt met thoraxtrauma niet te opereren maar over te plaatsen naar een ander ziekenhuis, hoe zou de chirurg worden beoordeeld als de patiënt tijdens het transport overlijdt? Kan hij een klacht tegemoet zien wegens nalatig medisch handelen?

### Paradox

Het toepassen van de normeringseisen voor sommige (electieve) hoogcomplex, laagvolume chirurgische behandelingen heeft verstrekken de consequenties voor soortgelijke ingrepen die in de acute situatie worden uitgevoerd. Als de patiënt hiervoor moet worden verwezen naar een ziekenhuis in de regio dat wel gecontracteerd is, loopt de behandeling vertraging op. Het delay, dat ontstaat doordat patiënten verder moeten worden vervoerd, betekent naar verwachting dat meer mensen onderweg zullen overlijden. Het is ook niet ondenkbaar dat in de nabije toekomst het aantal SEH's in Nederland zal worden verminderd, vanwege een 'beheers-

## SAMENVATTING

- De concentratie van de (electieve) zorg heeft ook consequenties voor de acute geneeskunde.
- De transporttijd zal toenemen en ook de vermijdbare mortaliteit.
- Uitbreiding van kwaliteitseisen en volumenormen op het gebied van acute zorg leiden tot medisch-ethische conflicten voor de zorgverlener.

te kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg' door 'terugdringen van de uitgavengroei in de ziekenhuizen'.<sup>6</sup>

Dit heeft ontegenzeggelijk gevolgen voor de tijdsduur tot het moment waarop er definitieve medische hulp aan de patiënt kan worden geboden. De vermijdbare mortaliteit zal daarmee naar verwachting toenemen. Desondanks zullen de uitkomsten van de chirurgische zorg tegelijkertijd beter worden, de meest vitaal-bedreigde patiënten zullen overleden zijn vóór chirurgische behandeling en niet in de *standardised mortality ratio* van de behandeling worden meegenomen.<sup>7</sup> Deze kwaliteitsparadox wordt maar zelden benoemd in de analyse van maatregelen die leiden tot regionalisatie c.q. centralisatie van de acute zorg, maar is wel degelijk van belang.


### Gericht inkopen

De inspectie zal vanaf 2012 de kwaliteitsnormen voor chirurgische behandelingen, die van kracht zijn geworden om de kwaliteit van de chirurgische zorg te verbeteren gaan handhaven. Dit brengt onvermijdelijk met zich mee dat de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg gaat veranderen. Ziektekostenverzekeraars gaan vanaf 2012 gericht inkopen, maar de benodigde infrastructurele aanpassingen binnen deze ziekenhuizen zijn niet per direct geregeld. De capaciteit van de operatiekamers en de intensive-care units moet worden uitgebreid. Ook het aantal chirurgen dat gecertificeerd is voor deze ingrepen, moet binnen deze ziekenhuizen toenemen om te voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan en om permanente continuïteit van zorg te kunnen garanderen.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde propageert regiomaatschappen in een poging de chirurgische zorg nog oppervlakte-dekkend te kunnen aanbieden (A-12-ziekenhuizen, Stedendriehoek). Dat betekent transport van patiënt of chirurg. Er zijn nog geen richtlijnen voor de aanrijtijd van de chirurg naar het ziekenhuis en de geaccepteerde transporttijd van de patiënt naar het betreffende ziekenhuis. Méér ambulances zullen verder moeten rijden om de patiënten naar het ziekenhuis te brengen dat de definitieve zorg kan leveren. Dit alles heeft gevolgen voor het tijdstip waarop definitieve medische hulp voor de patiënt effectief ter plaatse is. Het doctor's delay zal toenemen en daarmee de vermijdbare mortaliteit.

De heersende mening is dat patiënten kiezen voor een langere reistijd indien er kwalitatief betere zorg wordt geboden.<sup>8</sup> De vraag is welke patiëntencategorie bovengenoemde veranderingen als kwaliteitsverbetering zal ervaren. Bovendien zal bij centralisatie van zorg de patiënt niet meer kunnen kiezen.

Als bij calamiteiten de verantwoordelijke chirurg toch besluit om een hemodynamisch instabiele patiënt te opereren en niet op transport te zetten naar het ziekenhuis dat wél gecertificeerd en gecontracteerd is voor deze behandelingen, kunnen de in dit artikel geschetste medisch-ethische en juridische problemen ontstaan. Naar onze mening is de chirurg wettelijk verplicht naar vermogen die hulp te verlenen die naar kennis en kunde mogelijk is.

Wij roepen op tot reactie(s) in de hoop dat er handzame richtlijnen komen om medisch-ethisch en juridisch correct te handelen in bovengenoemde situaties. 



De voetnoten vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Daar staat ook een link naar het MC-dossier Volumenormen.

Er zijn nog geen richtlijnen voor de aanrijtijd van de chirurg naar het ziekenhuis.

beeld: iStockphoto



#### Voetnoten

1. Normstelling Chirurgische Behandelingen, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
2. Certificering Longchirurgie, Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie.
3. Certificering Vaatchirurgie, Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie.
4. Seegers J. Centralisatie van zorg. Ned.Tijdschrift v. Heelkunde 2011; 20 (2): 58.
5. Maassen H. Volumenorm spaart levens. Medisch Contact 2011; 5: 280-3.
6. Het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de minister van VWS, getekend op 4 juli 2011.
7. Zeer goede resultaten van operatieve behandeling AAAA met zeer lage mortaliteit (langste transporttijd: 9 uur!). Voordracht Dr. B. Starnes, Seattle, VS. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäächirurgie, Berlijn, 2010.
8. Kiezen voor kwaliteit, mei 2010. The Boston Consulting Group.