

Chirurgenvoorzitter en ziekenhuisbestuurder in discussie

Zin en onzin van concentratie

Michiel Hordijk

Concentratie van zorg leidt tot betere zorg. Dat zegt Peter van den Akker, voorzitter van de heelkundevereniging. Bart Berden, bestuursvoorzitter van het Elisabeth Ziekenhuis, denkt daar anders over. Een gesprek over volumenormen, hygiënemaatregelen en superspecialisten.

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde bracht in september de Normering Chirurgische Behandelingen uit, met daarin een breed pakket kwaliteitseisen waaronder volumenormen voor specifieke chirurgische ingrepen.¹ Centralisatie van zorg is bij deze nieuwe normering het adagium. Volumenormen variëren van twintig operaties per jaar voor weinig voorkomende ingrepen als een aneurysma aorta abdominalis, tot vijftig per jaar voor vaak voorkomende ingrepen als een mammacarcinoom.²

Bart Berden, bestuursvoorzitter van het St. Elisabeth Ziekenhuis en hoogleraar organisatieontwikkeling aan de universiteit van Tilburg:

‘Wat ik me hierbij afvraag, is hoe men aan zo’n exacte ondergrens is gekomen voor het verband tussen volume en kwaliteit.

Waarom ligt de ondergrens precies waar hij ligt? Er is nauwelijks literatuur die ons helpt bij het trekken van strenge grenzen. En hoe zit het met de samenstelling van de chirurgische teams? Het maakt veel uit of honderd operaties worden uitgevoerd door twee teams in een vaste samenstelling of door vijf sterk wisselende teams.’

Meer dan alleen volume

Peter van den Akker, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH): ‘Laat ik voorstellen dat onze normen nadruk-

kelijk gaan om de gehele behandeling inclusief het stellen van de diagnose, de juiste medicatie, en de aanwezigheid van andere specialisten; het gehele medische team. Er speelt dus veel meer dan alleen volume. Voldoe je niet aan alle eisen dan komt opereren niet eens in beeld. Dat neemt niet weg dat volumenormen bij de kwaliteitseisen horen. Internationaal is er ook de suggestie dat centralisatie positief kan werken, al is het onduidelijk waar voor elk ziektebeeld nu juist de grens moet worden gelegd. Volumes zijn nu vastgesteld op basis van de aanwezige wetenschappelijke onderbouwing, gekoppeld aan praktijkkennis en -ervaring. We hebben opzettelijk gekozen voor normen per ziekenhuis; over het aantal chirurgen laten we ons niet uit. In het algemeen vinden we dat minstens twee chirurgen zich met een specialisatie moeten bezighouden en dat niet te veel chirurgen een laagvolume-ingreep moeten doen. De verdeling moet zo zijn dat er goede ervaring is. Een goede opstap zijn de certificeringsrichtlijnen voor Nederlandse chirurgen die zijn opgesteld door de NVvH. Hierdoor doen op korte termijn alle chirurgen al niet meer alle ingrepen, iets wat in de praktijk in de meeste ziekenhuizen overigens al zo is.

Daarnaast gaat het niet alleen om de chirurg, het gaat om het hele team, de faciliteiten, de anesthesie, de voor- en nabegleiding. Zodra we ons gaan bemoeien met aantallen per chirurg, zouden we ons ook met dat soort zaken moeten gaan bemoeien. Het is echter al moeilijk genoeg om de huidige volumenormen op te stellen,

‘We zien nu nogal wat beren op de weg’

daarom doen we het stapje voor stapje. Mocht er in de toekomst behoefte zijn aan nadere definiëring, dan gaan we die maken. We zien daarvoor nu echter nogal wat beren op de weg. We hebben heel veel verschillende soorten operaties in de heelkunde, het lijkt ons ondoenlijk om voor al die operaties een uitspraak te doen over het minimumaantal per chirurg.'

Overspannen verwachting

Berden twijfelt niet alleen aan de zinvolheid van het stellen van volumenormenten, hij denkt ook dat er meer en sneller winst valt te halen uit andere maatregelen. 'Uit onderzoek van Hollenbeck e.a. kwam naar voren dat het flankerend beleid voor het verbeteren van operaties minstens zo belangrijk is.³ Zij onderzochten de relatie tussen volume en kwaliteit bij cystectomieën vanwege blaaskanker. Een hoger volume bleek inderdaad met een hogere kwaliteit geassocieerd, maar dit kwam vaak door factoren die

niet alleen met de kwaliteiten van de chirurg te maken hadden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het al dan niet cardiaal testen van een patiënt voor de operatie en de bewaking tijdens de operatie.

Er is daarbij sprake van een *confounder*-relatie: volume heeft een relatie met kwaliteit, maar ook met betere procesfactoren, die in grotere ziekenhuizen makkelijker te regelen lijken. De werkelijke relatie is er dus een tussen procesfactoren en betere kwaliteit. Die procesfactoren zijn ook te verbeteren zonder de hele infrastructuur van het zorglandschap om te gooien. Voor de verschuiving van patiëntenstromen is een enorme ombouwoperatie nodig. Een ander voorbeeld is het onderzoek van Pronovost e.a. over het inbrengen van een lange lijn.⁴ Met het volgen van een bundel van vijf hygiënemaatregelen toonden zij aan dat de incidentie van katheterinfecties op de totale populatie met maar liefst 11 procent kan dalen. Dit kan leiden tot 200 miljoen euro besparing op de intensive care. In Nederland wordt zeer beperkt met die bundel gewerkt, terwijl iedereen het kan. Ik denk dan: focus meer op dat soort factoren, in plaats van die overspannen verwachting van een ziekelijke waardering voor concentratie. Met zoiets weet je zeker dat het werkt, terwijl concentratie veel te weinig specifiek is en je bij volumenormenten niet eens weet wat het afkap-punt is.'

Complexe chirurgie

Van den Akker: 'Bij zo'n lange lijn zit de clou inderdaad vooral in de hygiënemaatregelen. Hoe je hem inbrengt is ook belangrijk, maar de randvoorwaarden zijn misschien nog wel belangrijker. In sommige situaties kan het verbeteren van de randvoorwaarden dan ook heel nuttig zijn. Bij operaties als mammachirurgie zijn die randvoorwaarden echter zeer specifiek. Als er meer dan honderd beleidslijnen zijn voor al die specifieke operaties, dan is het lastig om die op orde te krijgen in centra waar die behandelingen minder vaak voorkomen dan onze normen voorschrijven. Een minimum-norm garandeert immers niet alleen dat er meer operatie-ervaring is, maar ook dat er meer ervaring is met het flankerend beleid. En ook meer ervaring met uitzonderingsgevallen of zeldzaamheden.

Bovendien staat bij complexe chirurgie de operatie zelf, anders dan bij een lange lijn, toch wel erg centraal. Zeker bij laag volume, zeer complexe chirurgie is de vaardigheid van de chirurg erg belangrijk. We hebben zelfs de indruk dat het ook speelt bij hoogvolumechirurgie, dat

Chirurgenvoorzitter Peter van den Akker: 'Er speelt veel meer dan alleen volume. Het gaat om de gehele behandeling inclusief de diagnose, de medicatie, de aanwezigheid van andere specialisten.'

beeld: De Beeldredactie, Erik van 't Woud





Ziekenhuisbestuurder Bart Berden: 'Als er tien behandelers bij een patiënt betrokken zijn, wie waakt er dan nog over de samenhang tussen al die specialisten?'

beeld: St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

je daar als centrum toch beter in wordt als je het vaak doet. Je ziet bijvoorbeeld dat wanneer de operaties van liesbreuken georganiseerd worden in straten, de patiënten in enquêtes meer tevreden zijn, de resultaten goed zijn en de kosten lager liggen.'

Volgens Van den Akker heeft concentratie veel voordelen, al is het misschien niet in alle opzichten zaligmakend. 'Natuurlijk zijn er ook nadelen. Maar concentratie is ook niet het doel, het is het middel om patiënten betere

zorg te geven. Dat is het uitgangspunt. Een vorige jaar verschenen rapport van de Boston Consulting Group (BCG) stelt dat de prestaties van de zorg met sprongen vooruitgaat als ziekenhuizen zich specialiseren.⁵ Maar als je alle liesbreuken bijvoorbeeld in één ziekenhuis gaat doen, dan wordt de reistijd van de patiënt een probleem. Ook kan de opleiding van artsen en de beschikbaarheid van artsen in een regio een probleem worden. Wij willen als vereniging dan ook niet naar heel grote centra waar alles moet gebeuren. Wat wij willen is dat iedere patiënt veilige zorg krijgt en geopereerd wordt door een chirurg die voldoende ervaring heeft.'


'Concentratie is een middel om patiënten betere zorg te geven'

Verlies van overzicht

De NVvH verwacht dat door de nieuwe kwaliteitseisen complexe ingrepen in een deel van de ziekenhuizen zullen verdwijnen. Berden vreest dat een dergelijke concentratie uiteindelijk zal leiden tot superspecialisatie. 'Er is straks geen enkele specialist-generalist meer te vinden die het proces nog overziet. In het Elisabeth Ziekenhuis bestuderen en beoordelen acht tot tien professionals van de commissie 'Onbedoelde schade' de dossiers van alle overleden patiënten. Deze commissie vertelt mij dat mensen die in het Elisabeth overlijden vaak wel tien behandelaars hebben. Als er tien behandelaars bij een patiënt betrokken zijn, wie waakt er dan nog over de samenhang tussen al die specialisten? Hoe verder je alles verbijzondert, hoe groter de kans op overzichtsverlies is.'

Van den Akker: 'Het is waar dat een grote mate van specialisatie op één vlak leidt tot minder kennis op andere gebieden. De triage is daarom erg belangrijk. De opvang in een ziekenhuis wordt niet gedaan door de eindspecialist. Een patiënt komt binnen op een Spoedeisende Hulp, waar bredere dokters zitten. Maar ik kan niet ontkennen dat het wel eens scheelt aan dokters met een brede blik.

Iets anders is dat het ook bij ambulances en huisartsen bekend moet zijn dat we bepaalde chirurgie niet meer in alle ziekenhuizen doen. Huisartsen kunnen dan specifiek verwijzen en ambulances moeten niet meer naar ziekenhuizen rijden waar patiënten met een bepaalde aandoening niet geholpen kunnen worden. In de overgangsfase zullen mensen nog naar het verkeerde ziekenhuis gebracht worden, maar dat zal minder worden.

Er zijn voldoende aanwijzingen dat uitstel door doorverwijzing van de operatie bij een aneurysma aorta abdominalis bijvoorbeeld per saldo tot winst leidt. Door het doorverwijzen zal een enkele patiënt de operatietafel niet halen, maar de winst door de betere uitvoering compenseert dit meer dan voldoende. Ten slotte blijft het ook altijd aan de dokter in een perifeer ziekenhuis om een patiënt toch te opereren als vervoer geen optie is. Als een chirurg denkt: vervoer overleeft hij sowieso niet, bij mij heeft hij tenminste nog een kans, dan mag hij altijd, ook zonder veel ervaring, toch gewoon die operatie doen.' 



De voetnoten en een eerder MC-artikel over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Voetnoten

1. Normering Chirurgische Behandelingen zijn online te lezen op http://www.heelkunde.nl/uploads/qJ/P_/qJP_Ms0aAh34emgnd1ePw/NORMEN-2.0.pdf
2. Maassen H. Volumenorm spaart levens. Volgens hoofdinspecteur Schellekens is de tijd van discussiëren voorbij. Medisch Contact 2011; 66 (5): 280-3.
3. Hollenbeck BK, Wei Y, Birkmeyer JD. Volume, process of care, and operative mortality for cystectomy for bladder cancer. Urology 2007; 69 (5): 871-5.
4. Pronovost P e.a. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006; 355: 2725-32, Berenholtz SM e.a. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. Crit Care Med 2004; 32 (10): 2014-20.
5. Kiezen voor kwaliteit. Portfolio keuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten. Boston Consulting Group, mei 2010.