

Goed opereren is véél opereren

GENEESKUNDE De meeste chirurgie is niet *evidence based*. Maar in elk geval komen er nu normen voor operaties. Chirurgen stellen ze op; chirurgen moeten zich eraan houden.

Frederiek Weeda

Hij vergelijkt het graag met pianospelen. Alleen de virtuoos kan elk stuk onmiddellijk goed spelen. De meeste pianisten moeten oefenen voordat ze een nieuw stuk beheersen. De één vijf keer, de ander tien. En ze moeten het bijhouden.

Zo is het ook met operaties, zegt chirurg Peter van den Akker. Hij werkt al 26 jaar als chirurg, waarvan 20 in het Medisch Centrum Alkmaar. Hij heeft zo'n 10.000 operaties gedaan, vooral vaatoperaties. Van versleten heupen of tumoren weet hij minder.

Van den Akker is voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Nvvh), die wetenschappelijke ontwikkelingen in de chirurgie volgt en de belangen van chirurgen behartigt. De vereniging is de afgelopen twee jaar aan een hervorming begonnen die grote gevolgen zal hebben: ze is normen gaan stellen. Een soort Bovaag-keurmerk, maar dan voor operaties. Zodat de patiënt weet waar hij aan toe is. En de chirurg. En het ziekenhuispersoneel. En de verzekeraar. En, in het geval er fouten worden gemaakt, de rechter.

Drie normen zijn net af: voor bepaalde vormen van kanker, obesitas en vaatziekten. Begin dit jaar kwamen de eerste drie af. Begin januari volgen weer drie normen – tot elk gebied gedekt is.

Chirurgen vogelen daarvoor per operatie uit hoe vaak een ziekenhuis die ingreep moet doen om genoeg ervaring in huis te hebben. Welke apparatuur er moet zijn. Hoe de complicatieregistratie in elkaar moet zitten. Wat het laboratorium moet kunnen en welk ondersteunend personeel er moet zijn.

De ziekenhuizen zullen blij met u zijn.

“Ziekenhuizen zullen bepaalde operaties moeten afstoten. Tien keer per jaar een borstkankeroperatie doen is te weinig. Tien keer per jaar een schildklier opereren ook. Sommige ziekenhuizen zijn bang dat ze, als ze bij te veel diagnoses de norm niet halen, misschien dicht moeten op termijn. Vooral in dunbevolkte, perifere gebieden: Friesland, Zeeland, Drenthe. Maar ze kunnen zich specialiseren in bepaalde ziektebeelden waardoor patiënten juist daarvoor naar hen toekomen. En basiszorg zal elk ziekenhuis blijven leveren. Een operatie aan een liesbreuk of blindedarm komt zó vaak voor.”

Waarom zijn normen nodig?

“Patiënten willen steeds meer zekerheid dat ze volgens de laatste inzichten behandeld zijn. Zij willen dat de chirurg zich aan richtlijnen houdt. Vroeger was er voor veel behandelingen geen bewijs. Chirurgen handelden op basis van ervaring, inzicht en gevoel. En eerlijk gezegd is van veel behandelingen nog steeds niet het wetenschappelijke bewijs geleverd dat ze effectief zijn. We handelen dan vooral op basis van ervaring en gewoonte.”

Chirurgen deden maar wat?

“Dat deden we goed hoor, maar het was voor niemand inzichtelijk waarom we bepaalde beslissingen namen.

Die beslissingen nam de dokter in de spreekkamer en de patiënt accepteerde dat. Wij waren met de dominee en notaris de notabelen van het dorp, niemand stelde ter discussie wat wij deden.”

Waren sommige ingrepen overbodig?

“In de jaren zestig en zeventig haalden we bij 90 procent van de kinderen de amandelen eruit. We dachten dat dat nodig was. Onzin, weten we nu. Wat een tijd- en energieverspilling. Maar neem ook borstkanker. Aanvankelijk werden de operaties voor borstkanker steeds groter. Niet alleen de borst maar ook de onderliggende spieren en de omgevende lymfeklieren moesten zo radicaal mogelijk verwijderd worden.

“Tegenwoordig weten we dat met veel kleinere operaties, naast medicijnen en bestralingen, betere resultaten worden behaald. Die behandelingen zijn dan op maat gemaakt voor de patiënt. Of zelfs blindedarmontsteking. Er zijn aanwijzingen dat je een blindedarm er niet altijd uit hoeft te halen terwijl we dat wel altijd deden. Dat is voortschrijdend inzicht.”

Voelen jullie de noodzaak je te verantwoorden?

“Het begon ermee dat patiënten vijf tot tien jaar geleden aan ons vroegen: kan elke chirurg die ingreep bij mij doen? Wettelijk is iedere chirurg bevoegd om een operatie te doen. Maar volgens diezelfde wet moet hij ook bekwaam zijn. Wij vonden de vraag terecht en begonnen steeds meer het standpunt in te nemen dat bepaalde ingrepen niet meer door alle chirurgen gedaan moesten worden. Dus we zijn richtlijnen gaan maken per aandachtsgebied. En nu dus normen voor het hele ziekenhuis.”

De mondige patiënt eist dat de chirurg zijn ingrepen toelicht?

“De patiënt kan tegenwoordig kiezen. Hij heeft een auto en kan naar een ander ziekenhuis rijden. Hij zoekt dingen op op internet. Hij durft vragen te stellen. Ik merk trouwens heus nog wel dat de dokter gezag heeft. Men wil dat je voor hem beslist, dat hij niet alles zelf hoeft te beslissen. Als je maar aardig en bekwaam bent. Nog steeds accepteren patiënten dat er risico's zijn verbonden aan een operatie. Alleen: ze willen wel dat je alles eraan doet om problemen te voorkomen. Dat ze weten dat je echt je best voor ze hebt gedaan. Dus niet de arrogante dokter bent, die het allemaal beter weet.”

Waarom kan niet elk ziekenhuis alles bieden?

“Neem een aneurysma – een duimdikke buikslagader die zo is uitgerekt (ter grootte van een tennisbal) dat hij kan knappen. Zoals een klapband. Het eerste teken is ondraaglijke buikpijn, en de patiënt kan overlijdt vaak door een interne bloeding. Dat klappen is te voorkomen door een operatie waarbij de buikslagader verstevigd of vervangen wordt.

“Die operatie wordt zo'n 2.000 keer per jaar uitgevoerd, vooral bij oudere patiënten. Hoe meer ouderen



Chirurg Peter van den Akker: “Van veel behandelingen is nog niet bewezen dat ze effectief zijn.” FOTO BRAM BUDEL

er zijn hoe vaker we die operatie zullen moeten doen. Veel operaties worden gepland. Maar er zijn ook acute gevallen. Daarvan overlijdt een kwart van de patiënten meteen, thuis of op straat, als die slagader knapt. Van de patiënten die de operatietafel halen overlijdt nog eens 45 procent. Het is een ingewikkelde operatie. Onze nieuwe norm stelt dat een ziekenhuis minimaal twintig aneurysma's per jaar moet doen om er goed genoeg in te zijn.”

Waarom twintig en niet tien of dertig of veertig?

“Medicare, de Amerikaanse verzekeraar, heeft van tientallen duizenden patiënten geregistreerd wat de overlevingskansen zijn van aneurysmapatiënten die in een ziekenhuis worden geopereerd dat veel van die operaties doet of juist weinig. Het is graadueel: hoe vaker ze het doen, hoe groter de overlevingskans.

“Maar in een ziekenhuis dat zo'n operatie minder dan twintig keer per jaar doet, is de kans dat je sterft rond de operatie significant groter dan in

een ziekenhuis dat meer dan twintig keer per jaar doet. [Voor details van de onderbouw: www.vaat-chirurgie.nl, richtlijn AAA, pagina 75 – FW]. Het verschil tussen 19 keer en 21 keer per jaar is niet groot, maar we moesten érgens een afkappunt kiezen.”

Dat haalt niet elk ziekenhuis.

“We houden bij een norm van twintig keer ongeveer 70 van de 100 ziekenhuizen over waar die operatie mogelijk is. Idealiter doe je hem tachtig keer per jaar – bij dat volume is de kans op sterfte pas weer echt kleiner. Maar hoe hoger je de lat legt, des te minder ziekenhuizen hem kunnen doen en des te verder de meeste patiënten zullen moeten reizen. Dat zijn de afwegingen.”

Iemand in Drenthe met zo'n acute en fatale pijn zal het een zorg zijn of u 15 keer of 30 keer per jaar die operatie doet. Als het maar snel gebeurt en hij niet te lang in de ambulance hoeft te rijden.

“Het heeft wel degelijk invloed op je overlevingskansen als een zieken-

huis of de chirurg het te sporadisch doet. De kans dat je door tijdverlies in de ambulance overlijdt, onderweg naar een ziekenhuis met veel ervaring in huis, is veel kleiner dan als de operatie door onervaren chirurgen wordt gedaan.

“In Amsterdamse ziekenhuizen bleek onlangs dat maar 30 procent van de patiënten overleed, als ze door een heel ervaren vaatchirurg werden geopereerd. In plaats van 45 procent. Je verliest mogelijk een klein aantal patiënten dat door de grotere afstand overlijdt in de ambulance maar de winst van de betere operatie met vijftien procent meer overlevenden is groot.”

Gaat de patiënt echt die normen doorploegen?

“Nee, dat zullen anderen voor hem doen. De verzekeraar bijvoorbeeld. Voordeel is dat de patiënt kan zien of hij door een deskundig team is geholpen. De chirurg zal eerder aanspreekbaar worden gesteld voor een medische misser als hij of het ziekenhuis niet aan de norm voldoet.”