



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, ANKE TENNISSEN

## OPINIE

# MANS GENOEG

*Mager bewijs ontkracht scherpe conclusie IGZ over oesofagusresecties*

In tegenstelling tot wat de inspectie beweert, zijn ziekenhuizen die minder dan tien oesofagusresecties per jaar uitvoeren prima in staat verantwoorde zorg te leveren. Het bewijs dat de uitspraken van de IGZ moet staven, is magertjes.

ANCO VAHL

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelde onlangs in Medisch Contact dat ziekenhuizen die jaren achtereen minder dan tien oesofagusresecties per jaar uitvoeren structureel afwijken van de richtlijn.<sup>1</sup> Om die reden zou er in deze ziekenhuizen sprake zijn van onverantwoorde zorg. Dit is een scherpe conclusie die nuance behoeft.

De richtlijn Oesofaguscarcinoom van het kwaliteitsinstituut CBO is een lijvige richtlijn van 268 pagina's. Zeer summier, op twee pagina's, staat een aantal argumenten waarom concentratie van oesofaguschirurgie wenselijk is. De auteurs, voor het overgrote deel afkomstig uit twee academische centra die veel oesofagusresecties uitvoeren, geven een kort literatuuroverzicht van grote retrospectieve cohortstudies, voor het overgrote deel, stellen zij, van niveau 2 (B).

Hieruit wordt een aanbeveling gedestilleerd van niveau 1. Onterecht, want de ene systematische review waaraan wordt gerefereerd, is een review van case-control-studies en wordt derhalve onterecht als A1 geclassificeerd.<sup>2</sup> Met andere woorden: de conclusies zijn hooguit aannemelijk, maar beslist niet aangetoond. Waarom de richtlijnwerkgroep dit zo heeft gesteld, is niet duidelijk. Bij de commentaarrronde is dit blijkbaar over het hoofd gezien.

De werkgroep is dan ook, terecht, genuanceerder dan de inspectie. Letterlijk staat in de richtlijn: 'In dit verband is het belangrijk te signaleren dat goede resultaten ook kunnen worden bereikt in relatief kleine centra; de relatie tussen volume en uitkomst geeft een gemiddelde weer'. En even verder: 'het is echter onmogelijk om deze kleine centra statistisch betrouwbaar te identificeren'.

Om die reden raadt de werkgroep af om deze vorm van chirurgie te verrichten in centra die deze ingreep minder dan tien keer per jaar uitvoeren. De werkgroep (de beroepsgroep) gebruikt de woorden 'onverantwoorde zorg' niet.

Het probleem is dus niet zozeer dat kleine centra altijd slecht presteren, maar het is blijkbaar onmogelijk om goed presterende kleine centra te identificeren. Is dit een goede reden om alle kleine instellingen over één kam te scheren en goed presterende kleinere centra te diskwalificeren? Wie heeft hier baat bij, de patiënt of de behandelaar in dat grote centrum?

#### ONVERANTWOORDE ZORG

Oefening baart kunst. Bij een ambachtelijk vak als chirurgie is het ongeloofwaardig dat te ontkennen. Het is echter onbekend hoeveel oefening iemand nodig heeft of moet hebben gehad om het vak verantwoord te kunnen (blijven) doen. Ook is niet bekend over welke infrastructuur een ziekenhuis minimaal moet beschikken. We hebben daar, al naar gelang de belangen die er onmiskenbaar spelen, wel een idee over.

De oesofaguschirurgie in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam heeft een lange traditie. De voorloper van de mechanische nietapparaatuur werd in het OLVG uitgevonden door Carlos Daantje. Dit 'ei van Daantje' werd in 1977 voor het eerst op de mens toegepast.<sup>3</sup> Later heeft Henk Hoitsma

dit voortgezet en na diens pensionering heeft Paul Borgstein de praktijk van (verantwoorde) oesofagusresecties voortgezet. Met een gemiddeld aantal van acht resecties per jaar is het OLVG een laagvolumecentrum. Maar is of was dit onverantwoorde zorg? Het OLVG meent van niet.

In het OLVG wordt gewerkt met een uitstekend operatieteam en anesthesie, en altijd geopereerd met twee stafleden. Het ziekenhuis heeft de beschikking over

een goed geëquipeerde afdeling Radiologie en er is goede nazorg op de level-III-intensive care. De verpleegkundigen van het ziekenhuis zijn eraan gewend te zorgen voor patiënten met een grote pathologie. Behalve technisch hoogwaardige kwaliteit moeten de chirurgen die in het OLVG werken doortastend, geduldig en betrokken zijn. Zij zijn altijd bereikbaar en bereid langs te komen als een patiënt vragen heeft of als er problemen zijn na een resectie.

Zou op deze wijze een goed presterend kleiner centrum kunnen worden geïdentificeerd? Uiteindelijk telt alleen het resultaat. Sinds de komst van het

huidige staf lid (hoofdoperateur voor oesofagusresecties) medio 1999, heeft het OLVG 49 oesofagusresecties gedaan met een ziekenhuismortaliteit van 1 (= 2%, 95% betrouwbaarheidsinterval 0,4-10,7%). Deze ene patiënt had levercirrose en een relatieve contra-indicatie voor de operatie. Op zijn uitdrukkelijke verzoek is een operatie ingezet, want een alternatief bij slokdarmkanker ontbreekt nog steeds. Het zou toeval kunnen zijn en mede gezien de bovengrens van het

## Wie is gebaat bij de diskwalificatie van goed presterende kleine centra?

betrouwbaarheidsinterval kan er over deze kleine serie geen directe uitspraak worden gedaan. Voor het OLVG is dit getal in elk geval geen reden om te spreken van onverantwoorde zorg.

#### AFKAPPUNT

In de literatuur is er een associatie tussen volume en uitkomst, maar er is geen eenduidig afkappunt te definiëren.<sup>4</sup> De aanbeveling is hooguit gebaseerd op retrospectieve cohort-case-control-studies (niveau 2/3). Dit kan allerlei vormen van bias genereren: met name *selection*, *performance* en *exclusion bias*. Ook het achteraf definiëren van een afkappunt, in het geval van de oesofagusresecties tussen de twee en de twintig, is subjectief en weinig wetenschappelijk.

Maar het meest in het oog springende is dat de uitkomst van de variabele 'volume' wordt gepresenteerd door middel van een univariate analyse. In bijna geen enkel stuk wordt met een goede multivariate analyse gecorrigeerd voor versturende factoren die de resultaten zowel negatief als positief beïnvloeden. Er wordt een keus gemaakt voor volume, waarbij andere mogelijke onafhankelijke voorspellers worden genegeerd.

Daarentegen zijn er voorbeelden die laten zien dat de resultaten van een gemiddeldvolumechirurg in een laagvolumeziekenhuis (één chirurg opereert alle patiënten van dat ziekenhuis met een oesofaguscarcinoom) net zo goed zijn als in een gemiddeldvolumeziekenhuis bij een laagvolumechirurg (meer chirurgen opereren deze patiënten).<sup>5</sup> Met hetzelfde *level of evidence* als voor de volume- >>

Het OLVG heeft de beschikking over een goed geëquipeerde afdeling Radiologie en er is goede nazorg op de level-III-intensive care.



<< norm, is onderzoek gepubliceerd dat aantoonde dat de mortaliteit na oesofaguschirurgie sterker is geassocieerd met het volume pancreaticoduodenectomie en aneurysmachirurgie in dat ziekenhuis dan met het volume van de oesofagus-

## De beroepsgroep bepaalt in deze zelf wat verantwoorde zorg is

resecties zelf.<sup>6</sup> Met andere woorden, de ervaring van de chirurg is belangrijk, net als dat de infrastructuur in het ziekenhuis ook is ingesteld op 'grote' chirurgie.

Dat is en was voor het OLVG de reden om deze vorm van chirurgie te willen blijven doen en daarmee, met goede redenen, afwijkt van de richtlijn. En dat mag. De beroepsgroep bepaalt in deze zelf wat verantwoorde zorg is. De groepsdynamiek in de vakgroep chirurgie zorgt ervoor dat er maatregelen worden genomen zodra er sprake zou zijn

*Het ziet er naar uit dat de oesofaguschirurgie in het OLVG haar langste tijd heeft gehad.*



## SAMENVATTING

- *Het is nooit aangetoond dat oesofaguschirurgie in laagvolumecentra altijd slechtere uitkomsten heeft.*
- *De uitspraak van de IGZ dat ziekenhuizen die minder dan 10 resecties per jaar doen onverantwoorde zorg leveren, is wetenschappelijk onderbouwd met een lage level of evidence.*
- *De term 'onverantwoorde zorg' dient op grond van deze lage evidentie niet te worden gebruikt.*
- *De setting waarin oesofaguschirurgie wordt gedaan, dient op z'n minst te worden meegenomen in de definiëring van verantwoorde zorg.*

van slechte resultaten. De prospectieve complicatieregistratie van het OLVG speelt hierbij een belangrijke rol.

Details kunnen worden nagelezen op de website van de afdeling chirurgie ([www.chirurgie-olvg.nl](http://www.chirurgie-olvg.nl)).

## UITKOMST

Er zullen nog veel meer, niet onderzochte, variabelen zijn die onafhankelijk voorspellen voor de uitkomst van zorg. Want om die uitkomst, daar gaat het om. Maar zoals al eerder is betoogd, is het statistisch bijna onmogelijk om significante verschillen aan te tonen bij de huidige aantallen in Nederland.<sup>7</sup> De klok wordt waarschijnlijk niet meer teruggedraaid. Het ziet er dus naar uit dat de oesofaguschirurgie in het OLVG haar langste tijd heeft gehad. De volumedruk wordt te groot. Het ziekenhuis is er niet gelukkig mee dat het kwaliteitsbeleid in Nederland op deze manier wordt afgedwongen. ■

dr. A.C. Vahl,  
chirurg/epidemioloog unitvoorzitter Algemene Chirurgie  
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Correspondentieadres: [a.c.vahl@olvg.nl](mailto:a.c.vahl@olvg.nl);  
c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

De CBO-richtlijn oesofaguscarcinoom vindt u via [www.artsenet.nl/richtlijnen](http://www.artsenet.nl/richtlijnen) of via [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek). Daar vindt u ook eerdere MC-artikelen over dit onderwerp.



## VELDWERK

### Geluksmomenten



*De neus is niet het eerste orgaan waaraan u zult denken bij het werk van een bedrijfsarts. Er zijn immers maar weinig functies waarbij speciale eisen worden gesteld aan het reukvermogen. Ik ken ze vooral in de sfeer van voeding en horeca (koks, vinologen). Verder zijn er beroepen waarbij het reukvermogen van belang is om gevaar te signaleren (gasfitters, brandweerlieden). Maar in het algemeen zijn bedrijfsartsen geneigd om de neus te verwaarlozen. Pas onlangs leerde ik voor het eerst dat de neus ook een risicofactor kan zijn.*

*Het voorval speelde zich af op een microbiologisch laboratorium. Bij een bloedkweek van een ernstig zieke patiënt zagen de medewerkers na enige dagen een aantal onbekende kolonies op de vaste voedingsbodems. De platen werden nauwkeurig bekeken en er werd aan geroken om aanwijzingen te krijgen tot welke species het micro-organisme behoorde. Drie dagen later werd bevestigd dat het ging om een Brucella-stam, die onder meer door inhalatie een infectie kan veroorzaken.*

*Gelukkig was er een attente assistent-in-opleiding, die zich realiseerde dat het ruiken nu ineens een aanzienlijke kans op besmetting met zich mee bracht. Gezien het mogelijk ernstige ziektebeeld en de onzekerheid over de blootstelling, kregen alle medewerkers die mee hadden geroken een profylactische antibioticabehandeling aangeboden en serologische controle gedurende enige maanden. Er heeft zich geen besmetting voorgedaan.*

*Elke arts kent momenten van grote tevredenheid over een bijzondere patiënt, een slimme diagnose, een geslaagde interventie. Ik merkte deze voldoening ook bij de bedrijfsarts en de biologisch veiligheidsfunctionaris die deze casus behandelden. Professionele geluksmomenten zijn het neusje van de zalm. Toch? ■*

Jan Maasen

de bedrijfsarts