

## KOSTEN & BATEN

Nigel Jack

anesthesioloog, Sint Maartens-  
kliniek Nijmegen

DE WET VAN DE VERMINDERDE MEEROPBRENGST GAAT ANESTHESIOLOGIE OPBREKEN

# Zóveel kwaliteitsvoorschriften, dat werkt contraproductief



---

Het kwaliteitsdenken heeft veel goeds gebracht, maar slaat nu door. De kosten van veel maatregelen zijn aanzienlijk hoger dan de opbrengsten, en de evidence is vaak mager. Tijd voor een tegengeluid, vindt anesthesioloog Nigel Jack.

**O**ns vakgebied wordt steeds defensiever. Tussen de vele veiligheidsmaatregelen in de anesthesie zijn er die – zoals het invoeren van een time-outprocedure vóór aanvang van een operatie en het vervangen van een standaardlaryngoscoop door een videolaryngoscoop – relatief goedkoop zijn en de veiligheid aantoonbaar vergroten. Maar er worden er steeds meer geïntroduceerd die hoge kosten met zich meebrengen en waarvan de meerwaarde niet eens is bewezen. Steeds groter wordt het aantal richtlijnen, accreditaties en protocollen. Inmiddels is de anesthesie in Nederland zo veilig geworden dat gigantische investeringen in tijd en geld nodig zijn om het risico van 1 overlijden op 500 duizend anesthesieën naar 0,9 op 500 duizend terug te brengen. Dat betekent dat we doorslaan en ons doel voorbijschieten. Als anesthesioloog met veertig jaar ervaring vrees ik dat de vraag ‘is de reëel te verwachten winst in verhouding tot de kosten?’ te zelden wordt gesteld.

### Utopie

In Nederland werd tot na de Tweede Wereldoorlog de anesthesie meestal door een verpleegkundige toegediend – dit in tegenstelling tot andere Europese landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, waar een gespecialiseerde arts bij elke anesthesie betrokken werd. Na de oorlog maakte de toegenomen complexiteit van de chirurgie duidelijk dat anesthesiologen nodig waren. Deze zijn het dan ook geweest die de meest belangrijke verbeteringen in het vak geïntroduceerd hebben, zoals nieuwe technieken en apparatuur. Omdat er in Nederland nauwelijks anesthesiologen opgeleid werden, was het nodig om mensen uit andere landen hiernaartoe te halen en om een systeem te ontwikkelen waarbij één anesthesioloog toezicht had over meerdere operatiekamers. Goed opgeleide anesthesiemedewerkers bewaken elke patiënt. Hoewel uit noodzaak geboren, werkt dit systeem bijzonder kosteneffectief, veilig en kwalitatief goed.

Er is 2,5 miljoen nodig om die ene infectie te voorkomen

In de loop van de tijd volgden zinvolle verbeteringen, zoals het ééntafelsysteem voor complexe en hoogrisico-ingrepen (kleine kinderen, hart-longchirurgie, sectio's enz.). Tegenwoordig lijkt het of sommigen een zeronisicosituatie nastreven. Alle maatregelen om deze utopie te bereiken maken ons werk ingewikkelder, duurder, bureaucratischer en minder leuk – maar doorgaans níét aantoonbaar veiliger.

### Onder de radar

De antiseptische maatregelen die tegenwoordig veel worden toegepast bij ‘single shot’ perifere zenuwblokkades vormen een prima voorbeeld. Hiervan heb ik er gedurende dertig jaar vele duizenden uitgevoerd. Zeker twintig jaar heb ik ze beschouwd als een ‘no touch’-techniek. Als enige maatregel – waarschijnlijk overbodig – werd de huid gedesinfecteerd. Ik heb nooit een infectie gezien als gevolg van deze werkwijze en ik heb nooit iemand gesproken die dat wel gezien heeft. De inschatting van de frequentie van zulke infecties ligt rond de twee per miljoen. Inmiddels wordt vaak 5 euro of meer per blok aan antiseptische maatregelen besteed. Het betekent dat 2,5 miljoen euro nodig is om die ene (mogelijke) infectie te kunnen voorkomen; een die met een eenvoudige antibioticakuur behandeld zou kunnen worden. Bij een bloedafname wordt op sommige prikposten de plek nog gedesinfecteerd, maar bij vele inmiddels niet meer, omdat het al vijftig jaar als een zinloze handeling gezien wordt. Maar heel veel maatregelen in ons vak kruipen onder de radar door. Gaasje hier, handschoenen daar en voor je het weet is het de nieuwe norm. Achter dit soort beslissingen zit vaak meer gevoel dan wetenschap. Niemand maakt dan ook een kosten-batenanalyse.

### Steeds strakker

Ik heb de indruk dat de standpunten van de Vereniging voor Anesthesiologie steeds strakker geïnterpreteerd worden. Aan de hand van twee uitkomsten van visitaties wil ik dit toelichten.

Ik vind ze namelijk problematisch, en ze wekken frustraties in klinieken waarvan ik uit ervaring weet dat er met een groot gevoel voor verantwoordelijkheid, efficiëntie en patiëntvriendelijkheid gewerkt wordt.

De eerste is deze: *Wanneer men toezicht heeft over twee operatiekamers, en tegelijk locoregionale anesthesietechnieken (LRA) zoals spinaal, epiduraal of perifere zenuwblokkades op een voorbereidingsruimte toepast, is dat onverantwoord omdat het een verkappt drietafelsysteem is.*

Deze manier van werken wordt in veel klinieken toegepast. Het is een van de allergrootste voordelen van het Nederlandse systeem. De anesthesioloog heeft zijn handen vrij om deze technieken uit te voeren zonder het operatieprogramma te vertragen. Daarom worden deze waardevolle technieken meer toegepast in Nederland dan in omringende lan-

den, waar de anesthesioloog pas een LRA kan uitvoeren wanneer de vorige patiënt de ok verlaten heeft.

In Amerika zijn er veel klinieken die uitsluitend met *nurse anesthetists* werken – ze hebben niet eens een anesthesioloog in dienst. Studies met miljoenen patiënten hebben niet kunnen aantonen dat in zulke klinieken de patiënten meer gevaar lopen. Tot deze conclusie is ook een Cochrane-rapport gekomen.<sup>1,2</sup> Men zou kunnen concluderen dat goed opgeleide anesthesiemedewerkers in staat zijn om de veiligheid te waarborgen. Er is geen reden om het Nederlandse systeem aan te passen.

Ik heb ruim dertig jaar LRA toegepast en twee kamers gesuperviseerd. Ik zal vast weleens een collega gevraagd hebben om bij te springen, maar ik kan mij in al die jaren niet herinneren dat een patiënt schade opgelopen heeft omdat er geen anesthesioloog direct kon optreden. In de Sint Maartenskliniek in Nijmegen heb ik jarenlang programma's gedaan waarin ik twee ok's superviseerde en tot zestien LRA's op een dag uitvoerde. Nooit is een situatie ontstaan waarin ik niet tijdig bij een patiënt kon zijn en ik heb nooit onder die omstandigheden een collega met spoed erbij moeten roepen.

## Vervoeren

De tweede stelling, als uitkomst van een visitatie luidt: *Het is onverantwoord om een LRA toe te passen in de voorbereidingsruimte, en de patiënt daarna naar de operatiekamer te vervoeren. LRA dient op de operatiekamer zelf te worden uitgevoerd.*

Een tensiedaling of bradycardie tijdens vervoer is mogelijk, maar wij hebben het over een periode van twee tot drie minuten. In veertig jaar heb ik nooit meegemaakt dat een patiënt daardoor ernstig in de problemen kwam. De aanbeveling dat patiënten voor LRA-technieken op de ok zelf geprikt moeten worden is niet zinvol, terwijl prikken in de

## Als ik de ok betreed zonder mondkapje word ik bijna gelyncht

voorbereidingsruimte belangrijke voordelen heeft. Het is veel efficiënter omdat de LRA tijdig uitgevoerd kan worden zodat deze goed is ingewerkt voordat de patiënt naar de ok gaat. Eventuele tensiedalingen, bradycardiën, enzovoort, kunnen behandeld worden zodat de patiënt én goed verdoofd én stabiel is bij aankomst op de ok. LRA's kunnen een behoorlijke inwerktijd hebben, en als die op de ok geprikt

## AANBEVELINGEN: HOUD HET REALISTISCH!

### 1. Bij invoeren van nieuwe maatregelen, overweeg een oude maatregel te schrappen.

Als voorbeeld: het invoeren van een preoperatieve screening op de polikliniek kostte in de jaren tachtig veel geld. In die tijd werd bij elke patiënt boven de 40 jaar een ecg en thoraxfoto gemaakt. Door dit bewezen niet-kosteneffectieve onderzoek alleen op indicatie te gaan doen, werd veel van dat extra geld terugverdiend.

### 2. Aannemelijk is niet genoeg.

Laminar Flow-systemen op een ok lijken theoretisch zinvol, maar zijn inmiddels door goed onderzoek bewezen ineffectief.<sup>3,4</sup>

### 3. Pas op voor emotionele invloeden.

In het hele veld van desinfectie en steriel werken is er weinig goed bewijs. Als ik bijvoorbeeld de ok betreed zonder mondkapje word ik bijna gelyncht, maar er is geen duidelijk bewijs dat het dragen van een mondkapje de patiënt beschermt tegen infecties.

### 4. Introduceer geen oplossingen voor niet-bestaande problemen.

Zie de twee stellingen hierboven.

moeten worden, treedt er altijd vertraging op. De kans is dan aanwezig dat men uit tijdsdruk te snel met de operatie begint, en alsnog algehele anesthesie moet geven. In het Verenigd Koninkrijk wordt tegenwoordig gewerkt aan een systeem van nurse practitioners die steeds meer verantwoordelijkheden van dokters overnemen – bijvoorbeeld het uitvoeren van eenvoudige chirurgische ingrepen. In Amerika en Zweden is het normaal dat een verpleegkundige zelfstandig of onder toezicht anesthesie toedient. Het is dan frappant om te zien dat men in anesthesiologisch Nederland juist de andere kant op lijkt te willen gaan, waarbij extra anesthesiologen nodig zullen zijn.

## Acceptabel risico

Er bestaat natuurlijk een risico dat, onder het huidige systeem, het met een patiënt verkeerd afloopt. Statistisch gezien zal het ooit gebeuren dat er op twee operatiekamers tegelijkertijd een hartstilstand optreedt, terwijl op de verkoeverkamer nog twee patiënten een anafylactische shock oplopen. Maar moeten wij dan vier anesthesiologen inzetten voor twee programma's om het risico zo laag mogelijk te houden? Met al die doktoren aanwezig kan het nog steeds fataal aflopen. Laten we ons niet gek laten maken. Nul risico

bestaat niet, het gaat om een acceptabel risico dat in een gezonde verhouding staat tot de beschikbare middelen. Op dit moment kan een commissie moeiteloos voorstellen doen die grote kosten en praktische gevolgen met zich meebrengen, en met nauwelijks aantoonbare risicobeperking voor de patiënt. Andermans geld uitgeven is altijd gemakkelijk... Ziekenhuisdirecties, verzekeraars en patiënten hebben het recht om te weten of deze voorstellen een significante verbetering in uitkomsten zullen geven. Anders is het weggegooid geld dat heel goed elders besteed had kunnen worden.

Hierin hebben wij een verantwoordelijkheid: niet alleen als anesthesiologen voor ons eigen vak, maar als artsen voor de gezondheidszorg in Nederland. ■

#### contact

nigel.jack@me.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

#### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## REACTIE NEDERLANDSE VERENIGING VOOR ANESTHESIOLOGIE

Collega Jack beschrijft een zorg die breed in alle vakgebieden wordt gedeeld. Wij herkennen deze zorg: niet voor niets focust de NVA al jaren op het up-to-date houden van kwaliteitsdocumenten en niet op uitbreiding daarvan. In zowel het doen als het denken van anesthesiologen staat veiligheid van de patiëntenzorg centraal. Dit neemt niet weg dat de opvattingen over wat veilig is veranderen. De maatschappij verandert en daarmee ook de keuzes voor risicoacceptatie. Het patiëntenperspectief is hierin van groot belang. Dit maakt dat kwaliteitseisen regelmatig tegen het licht gehouden moeten worden en zo nodig gereviseerd. Natuurlijk moet er daarbij aandacht zijn voor doelmatigheid. Steeds vaker maken budget-impactanalyses en overleg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra dan ook deel uit van het proces van updaten van kwaliteitsdocumenten. De oproep tot zinnige en zuinige zorg en het appel op het verantwoordelijkheidsgevoel van medisch specialisten als het gaat om kwaliteit en kosten zijn dan ook zeer te prijzen.

Correctie ten aanzien van de tweede stelling: LRA hoeft niet op de operatiekamer zelf te worden uitgevoerd. In de leidraad Perioperatieve Anesthesiologische Zorg, appendix D, staat beschreven dat minimale monitorstandaarden gelden tijdens transport van een patiënt onder sedatie of anesthesie.

# VELDWERK

DE CHIRURG



**MARTIJN MÖLLERS** is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

## De verkeerde afslag

'Dokter, ik heb lang getwijfeld, maar uiteindelijk toch besloten mee te doen. Ik wil achteraf niet denken: Had ik maar...' Het argument van de 57-jarige vrouw om gevolg te geven aan de oproep voor darmkankerscreening was invoelbaar. Het is dezelfde geanticipeerde spijt die mensen laat meedoen aan de postcodeloterij. Ervoor kiezen om niet mee te doen zou zomaar eens kunnen betekenen dat jij sip thuis zit terwijl je burens feestvieren.

Haar colonoscopie toonde een benigne poliep in het sigmoïd, die niet direct te verwijderen bleek. Weer volgde een keuzemoment: laten zitten en nauwlettend vervolgen of toch maar chirurgisch verwijderen. Ik legde de voor- en nadelen van beide opties uitvoerig uit. Weer wikte en woog ze. 'Opereert u maar dokter, dan is ie maar weg.' De operatie verliep voorspoedig, de dagen erna niet. Een naadlekkage leidde tot

relaparotomie. En nu zat ze hier in mijn spreekkamer. Huilend, wijzend naar haar buik, waarop een stoma haar blijvend herinnerde aan de gemaakte keuzes van destijds. Zij, eerst zo gezond als een vis, was nu patiënt. 'Ik heb spijt dokter, spijt dat ik heb meegedaan aan het bevolkingsonderzoek. Konden we de tijd maar terugdraaien.' Ook ik voelde me ontdaan, beseffend dat ik degene was die het mes gehanteerd had.

In de dagelijkse praktijk zie ik deze keuzestress steeds vaker. Geregeld staan patiënten voor dilemma's. Niet alleen over hun ziekte en behandelmogelijkheden, maar in tijden van prescans en bevolkingsonderzoeken ook steeds vaker over gezondheid in het algemeen. Het woud van keuzes kent zo zijn valkuilen. Knap frustrerend soms, voor zowel patiënt als dokter. Zeker als een gekozen afslag de verkeerde blijkt te zijn.