

SCHAARSTE DOET DENKEN AAN HARTINFARCTENGOLF VAN DE JAREN ZEVENTIG

Capaciteitstekort: waar kennen we dat van?



Het (dreigende) beddentekort tijdens de corona-epidemie heeft een pendant in het verleden. Enkele decennia terug schoot de ziekenhuisinfrastructuur eveneens tekort, en moest je voor een bypassoperatie naar het buitenland.

Tijdens de eerste golf van de covid-19-epidemie dreigde een tekort aan intensivacarebedden. Dankzij een enorme inspanning van de ziekenhuizen lukte het om het tij te keren. Ze werden daarbij ruimhartig ondersteund door de Haagse politiek. In het verleden heeft zich vaker een tekort aan ziekenhuisinfrastructuur voorgedaan. Zij het dat toen de daarvoor noodzakelijke financiering in eerste instantie te lang op zich liet wachten. Het ging, rond 1970, om een onverwachte forse toename van het aantal patiënten dat in aanmerking kwam voor een levensreddende en dure hartoperatie. Hoe ontstond dit probleem, en hoe werd het uiteindelijk opgelost?

Rookgedrag

Vanaf 1930 vond een geleidelijke toename plaats van aandoeningen aan de kransslagaderen. Steeds meer mensen kregen last van angina pectoris en uiteindelijk leidde dit in veel gevallen tot een hartinfarct. In 1970 overleden hieraan iedere dag vijftig Nederlanders (totaal 12.520 mannen en 6509 vrouwen) Nooit eerder – en naar later bleek noch daarna – werd dit aantal gehaald.

Diverse factoren waren van invloed op deze toename. Dat bleek onder andere uit de Framingham Heart Study, waarin vanaf 1948 in het Amerikaanse plaatsje Framingham de gezondheid van vijfduizend inwoners tussen de 30 en 60 jaar werd gemonitord. Het rookgedrag bleek een belangrijke rol te spelen. Na de Tweede Wereldoorlog gingen steeds meer mensen roken. In 1958 rookte zelfs 91

procent van de Nederlandse mannen tussen 20 en 64 jaar. Door toename van de welvaart en het veranderende – ongezonde – eetpatroon ontstonden overgewicht en obesitas, met een stijging van het cholesterol als gevolg. Ook suikerziekte en hoge bloeddruk kwamen steeds vaker voor.

Omleiding

Naast de preventieve maatregelen die vanaf de jaren zeventig werden genomen, zocht men naar een chirurgische behandeling van de levensbedreigende aandoening van de kransslagaderen. De Nederlandse hartchirurgie had zich pas na 1945 ontwikkeld, en aanvankelijk waren alleen kortdurende ingrepen mogelijk. Pas de introductie van de hart-longmachine maakte langer durende operaties mogelijk. Het aantal hartpatiënten dat hiervoor in aanmerking kwam nam daarmee wel toe, maar was nog steeds beperkt. Het opereren van vernauwingen in de kransslagaderen werd geprobeerd vanaf het midden van de jaren vijftig. Lokale trombo-endarteriëctomieën met of zonder patchplastiek en interpositiegrafts ter plaatse van de vernauwde segmenten bleken lastig uitvoerbaar en hadden vaak niet het gewenste resultaat. In 1969 stelde de in de Cleveland Clinic werkende Argentijnse chirurg Favaloro een andere benadering voor: probeer niet de beschadigde coronairarterie te repareren of te vervangen, maar zorg voor een omleiding langs het vernauwde of afgesloten deel. Daarvoor gebruikte hij de vena saphena magna. De ‘*coronary-artery bypass graft*’ (CABG) bleek een goed uit te voeren

behandeling voor coronaire ischemie en de resultaten waren prima. Het aantal patiënten dat in aanmerking kwam voor deze operatie was groot. De cardiologen en hartchirurgen stonden klaar om te gaan behandelen.

Kostenbeheersing

De beschikbare infrastructuur bleek echter onvoldoende en er ontstonden lange wachtlijsten. Patiënten overleden terwijl ze op hun operatie wachtten. Dit was een maatschappelijk onacceptabele zaak, die echter niet snel kon worden opgelost door de Haagse politiek. Hartchirurgie werd als een dure voorziening gebudgetteerd en uit de AWBZ bekostigd. Het politieke discours in het Nederlandse parlement ging over de kostenbeheersing in de gezondheidszorg en werd gekleurd door de theorie van de Engelse epidemio-

Veel geld uitgeven
aan dure curatieve
zorg werd onder-
werp van discussie

loog McKeown: op basis van demografische gegevens was hij tot de conclusie gekomen dat de geneeskunde maar in beperkte mate had bijgedragen aan de toegenomen gezondheid van de Europese bevolking. Andere ontwikkelingen zoals betere woningen, betere voeding en beter sanitair waren veel belangrijker geweest. Veel geld uitgeven aan dure curatieve zorg, waarvan slechts een kleine groep mensen profiteerde, zoals bij hartoperaties, werd onderwerp van discussie. Den Haag was traag en terughoudend. De Gezondheidsraad nam weliswaar initiatief door het installeren van de eerste begeleidingscommissie hartchirurgie, en een door deze commissie uitgebracht rapport had wel enige uitbreiding van

infrastructuur tot gevolg. Maar die bleek al snel onvoldoende om het probleem op te lossen.

Luchtbruggen

De Nederlandse Hartpatiënten Vereniging (NHV) kwam daarop in actie. Zij zocht via haar voorzitter Henk Fievet contact met The Texas Heart Institute in Houston, het grootste hartchirurgisch centrum in Amerika. Fievet kreeg het voor elkaar dat Nederlandse hartpatiënten daar geopereerd konden worden. De kosten werden begroot op ongeveer 35.000 gulden per patiënt. De verzekeraars besloten uiteindelijk akkoord te gaan met de luchtbrug en de kosten te vergoeden. In juni 1976 werden de eerste patiënten naar Amerika gevlogen. De

patiënten al naar Genève.

De hartluchtbruggen bleven tot begin jaren tachtig bestaan. Toen was, vooral onder druk van de publieke opinie, de capaciteit van de Nederlandse hartcentra voldoende uitgebouwd en konden alle hartpatiënten in Nederlandse ziekenhuizen worden geopereerd.

Les

De plotselinge vraag in de jaren zeventig naar meer operatiefaciliteiten voor hartoperaties bij coronaire ischemie, was een van de eerste keren dat de noodzakelijke financiering hiervan onderwerp van discussie was in het Nederlandse parlement. Het beheersen van de kostenstijging in de gezondheidszorg was voor politiek Den Haag de reden om in eerste instantie terughoudend te zijn en veel te traag uitbreiding van de behandel mogelijkheden toe te staan. De Nederlandse Hartpatiënten Vereniging leverde een belangrijke bijdrage aan de discussie door het mobiliseren van de publieke opinie.

Een vergelijking met het recente tekort aan intensivacarebedden ten gevolge van de covid-19-epidemie gaat op veel plaatsen mank. Maar de financiering van een noodzakelijke uitbreiding van ziekenhuisfaciliteiten om een acuut capaciteitsprobleem op te lossen, is nooit meer onderwerp van discussie geweest. Politici in Den Haag hadden hun les in 1976 geleerd en bleken die bijna vijfenveertig jaar later nog steeds niet vergeten. ■

Politici in Den Haag hadden hun les in 1976 geleerd

NHV organiseerde daarna ruim drie jaar lang elke twee weken een luchtbrug naar Houston voor 20 tot 25 Nederlandse hartpatiënten. In 1977 werd een tweede luchtbrug geopend, naar het St. Anthony's Hospital in Londen.

Het antwoord van de Gezondheidsraad op deze actie van de hartpatiëntenvereniging kwam snel. De Werkgroep Hartchirurgie Buitenland van de raad organiseerde onder leiding van hoogleraar chirurgie J. M. Greep een hartluchtbrug naar een privékliniek in Genolier, vlak bij Genève. De totale kosten van reis, verblijf en operatie bleken voor Zwitserland aanzienlijk lager dan voor Houston: 25.000 gulden, terwijl bij dit bedrag ook het verblijf van een familielid van de patiënt was inbegrepen. In juli 1976 vlogen de eerste vijf

ALS HET MAAR GLIJDT...

Onze praktijk werkt aan een accreditatietraject. Met onze deelname aan onderzoek, zorgprojecten en opleiding op verschillende niveaus zou ik kunnen zeggen dat we in de loop der jaren altijd al kritisch zijn geweest en 'verbeteren' hoog op het lijstje staat. Nu het praktijkteam ook met het Lean-voorraadbeheer besmet is, kan ik zelfs zeggen dat de la van mijn spreekkamer een weerspiegeling van mijn eigen OCD-karakterkenmerken is geworden. Glunderend van trots wordt het getoond door een van de assistentes aan de preauditeur. Maar wat schetst onze verbazing: de vase-line wordt afgekeurd, zo ook het glijmiddel. Er moet naast de aanvaardbare houdbaarheid zelfs rekening gehouden worden met het moment van openen. Huh? Weet de beste man wel waar we dit spul voor gebruiken? In het ergste geval schift er iets en heb ik een olieachtige substantie te pakken; en verontreiniging in de loop van de tijd? Op huisbezoeken pak ik desnoods een pakje boter uit de koelkast, als het maar glijdt. En in de vele kieren van het lichaam waar ik het voorrecht heb mij te mogen begeven, doet steriliteit er niet bepaald toe.

Zijn we met protocollen over knoeien van fenol, het gebruik van veilige naalden, het dagelijks bijhouden van een koelkastlijstje ons doel met accreditatie niet een beetje voorbijgeschoten? Ik vraag me af hoe we in de afgelopen jaren onze praktijk hebben kunnen draaien, zonder iatrogene infecties of prikaccidenten...

contact

avandert@xs4all.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl