

Darmchirurgie

'DE RISICOLOZE INGREEP BESTAAT NIET'

De cijfers van problemen bij darmoperaties in ziekenhuizen zijn openbaar gemaakt. Ogenschijnlijk is in een oogopslag te zien welke ziekenhuizen op het gebied van darmchirurgie het beste presteren. Toch is dat minder makkelijk dan het lijkt, zegt chirurg Alexander de Vries.

'De directe aanleiding om de kwaliteitscriteria van de darmchirurgie te openbaren komt uit de koker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. 'Die schrijft sinds 2003 alle ziekenhuizen aan. Ze wil dat die op 150 vragen een antwoord geven. Deze vragen gaan over veel verschillende zaken: worden gemaakte fouten digitaal bijgehouden? Hoe lang duurt het eer iemand met een gebroken heup wordt geopereerd?'

Aan het woord is chirurg Alexander de Vries. Hij werkt in het Medisch Centrum Haaglanden in Den Haag. Hij heeft namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) de totstandkoming begeleid van het openbaren van de gegevens. 'De maatschappij als geheel vraagt dat wij rekenschap afleggen, mensen willen graag weten hoe moeilijk het is, hoe goed wij het doen, en naar welk ziekenhuis ze moeten gaan.'

Hij vervolgt: 'Van die 150 vragen hebben er tien specifiek betrekking op chirurgie. Het is een soort scan die de Inspectie elk jaar van alle ziekenhuizen maakt. En elk jaar komt er een boekje uit, genaamd "Het resultaat telt". Daarin staat hoe de ziekenhuizen in Nederland scoren.

De Inspectie kan dit rondvragen autonoom doen. Maar ze doet het in overleg met de NVvH, omdat ze daardoor de juiste vragen kan stellen. Soms

zijn de onderlinge uitkomsten namelijk zo verschillend, dat de Inspectie er niets aan heeft. Simpelweg omdat de verkeerde vragen zijn gesteld.

Bijvoorbeeld: voorheen werd gevraagd hoeveel ongeplande heroperaties er worden uitge-

voerd. Maar zoiets gaat over heel de chirurgie, en dan weet je nog niet veel. Je krijgt daar wel een cijfer uit, maar je weet niet wat het betekent.

Gelukkig worden er nu gericht vragen gesteld over darmchirurgie. Dit soort chirurgie komt vaak voor, en er komen

ook redelijk vaak problemen voor. De getallen die daar uitkomen hebben dan ook betekenis. Ze zijn ook, en dat is niet onbelangrijk, zinvol voor het publiek.'

Grote verschillen

Uit de gepubliceerde cijfers blijkt dat er tussen de ziekenhuizen grote verschillen bestaan. Doen

zich in het ene ziekenhuis maar bij 2 procent van de operaties problemen voor, bij een ander kan dat maar liefst 25 procent zijn. Volgens Alexander de Vries is dat begrijpelijk: 'Bij een ziekenhuis dat een laag percentage aangeeft, kan dit zijn omdat ze probleemsituaties standaard doorverwijzen naar grotere centra. Omgekeerd zijn er grote centra die elk wisselwasje noteren. En ja, daar komt dan een hoog percentage uit.

Maar het is pas het eerste jaar dat deze vraag is gesteld, dus er is meteen wat ophef geweest. Het voordeel daarvan is dat alle chirurgen wakker zijn geschud. Volgend jaar gaan we weer registreren en dan zal er meer gelijkvormigheid bestaan. Dan wordt onderling beter afgesproken welke criteria worden gehanteerd, bijvoorbeeld wanneer een ingreep echt als zodanig moet worden genoteerd. De discussie daarover is nu in volle gang.

Waarschijnlijk liggen de volgende keer de verschillen dicht bij elkaar. Nu ligt het percentage tussen de 2 en 25 procent, wellicht ligt het volgend jaar tussen de 6 en 14 procent. Het is natuurlijk geen wetenschappelijk onderzoek, maar dat is ook nooit de bedoeling geweest.'

Als het zelfs voor de chirurgen niet duidelijk is hoe de cijfers moeten worden geïnterpreteerd, hoe kan een patiënt dit dan doen? De Vries: 'Het allerbelangrijkste resultaat is dat de patiënt wordt geïnformeerd over de hoge risico's bij een darmoperatie, want dit is een gecompliceerde vorm van chirurgie. Wij weten dat zelf natuurlijk al heel lang en vertellen dit ook tegen de patiënten. Maar die pikken zoiets lang niet altijd op - al was het maar omdat ze het niet graag horen.

Wanneer nu een ongeruste patiënt met de cijfers in de hand vraagt hoe het nou zit met die verschillende percentages, dan weet ik in ieder geval dat daar een goed gesprek uit voortkomt. Met als groot voordeel dat de patiënt na dat



Foto: Ben Melis

gesprek weet waaraan hij begint als hij die operatie ingaat. Moet bij een patiënt een ziek gedeelte van de darm worden verwijderd, dan is het goed dat hij of zij zich een beeld vormt over de risico's. Dan kan de patiënt aangeven over hoeveel risico's hij wil nemen, want de ene operatie is riskanter dan de andere. Het aanleggen van een stoma is bijvoorbeeld minder risicovol dan het aanbrengen van een naad tussen twee darmgedeeltes. Het is pure winst als een patiënt mede kan bepalen dat hij liever met een stoma door het leven gaat, dan dat er een grote kans op een naadlekkage bestaat.'

Conditie

Over met name de risico's van een naadlekkage bestond veel onduidelijkheid. Maar een chirurg kan, in tegenstelling tot wat veel mensen denken, niet iemand genezen of repareren, zegt Alexander de Vries: 'Wij kunnen alleen maar die twee darmstukken bij elkaar brengen, zodat áls die gaan genezen ze in ieder geval op de goede plek weer aan elkaar groeien.

Wanneer we die twee gedeelten aan elkaar verbinden - meestal met naald en draad, maar er bestaat ook een soort nietmachine voor - dan moet dat subtiel gebeuren. Niet te strak, want dan komt de doorbloeding in gevaar, maar ook niet te slap, want dan kan de naad gaan lekken. En pas daarna moet het geheel gaan genezen.

Ik ben er overigens van overtuigd dat de conditie van de patiënt en de plaats waarop het gebeurt bepaalt hoe goed iemand genezen. Maar hoe dan ook, het is nu eenmaal zo dat er een flinke kans is dat de wond niet goed geneest. Er kan een gat ontstaan en daaruit kan de darminhoud in de buik lekken. Hierdoor ontstaat dan een buikvliesontsteking. En dan heb je een groot probleem. ...'

De komende jaren verwacht Alexander de Vries dat de onderlinge verschillen tussen de ziekenhuizen kleiner worden dankzij het jaarlijkse onderzoek. 'Ik denk wel dat we heel moeilijke operaties gaan centreren. Maar de ongeveer tienduizend darmoperaties moeten jaarlijks in elk ziekenhuis in Nederland goed kunnen worden uitgevoerd.

De grote winst zal op het vlak van de communicatie worden behaald. Ten eerste tussen patiënt en chirurg, maar ook tussen de chirurgen onderling. Wanneer blijkt dat telkens weer dezelfde ziekenhuizen betere resultaten behalen, dan kun je aan die chirurgen vragen wat hun manier van werken is. Misschien ligt het aan het protocol dat ze hanteren? Of aan iets heel anders. Feit is dat de hele beroepsgroep op termijn profijt kan trekken, en daarmee zal ook de patiënt beter af zijn.'

'Dankzij het jaarlijkse onderzoek worden de onderlinge verschillen tussen de ziekenhuizen kleiner'

Ben Melis

Op de website van de Nederlandse stomavereniging zijn de precieze prestaties van elk ziekenhuis in ons land terug te vinden, als het gaat om heroperaties van de dikke darm. De zes slechtst presterende ziekenhuizen (meer dan 15 procent heroperaties) zijn inmiddels aangeschreven en is gevraagd om een verklaring. Van enkele ziekenhuizen is inmiddels een reactie ontvangen. Deze brief en de precieze prestaties zijn terug te vinden op www.stomavereniging.nl.

