

V18 – Kwaliteit, veiligheid, richtlijnen en protocollen

V18.01

Het persisterend cardioprotectief effect van bisoprolol en fluvastatine na een operatie

Voûte MT¹, Winkel TA¹, Dunkelgrün M¹, Hoeks SE¹, Schouten O², Domburg van R¹, Boersma E¹, Bax JJ³, Verhagen HJM¹, Poldermans D¹

¹Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, afdeling Vaatchirurgie

²Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

³Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Operaties kunnen gepaard gaan met cardiovasculaire complicaties op korte en lange termijn. Eerdere studies tonen aan dat perioperatieve bètablokkade en statine-therapie het risico hierop kunnen verlagen. Recent zijn opgenomen in Europese richtlijnen voor perioperatieve zorg. Omdat onbekend is of het effect ook op langere termijn aanhoudt, werd een follow-up-studie verricht.

1066 patiënten die een niet-vaatchirurgische operatie ondergingen, werden zowel gerandomiseerd voor perioperatieve bètablokker-therapie, alsook voor statine-therapie. Primaire uitkomstmaat van de studie was een gecombineerd eindpunt van myocardinfarct en cardiovasculaire mortaliteit. Dertig dagen postoperatief werd alle studiemedicatie gestaakt. Follow-up informatie werd verkregen uit de dossiers van gemeente, ziekenhuizen, huisartsen en patiënt-vragenlijsten. Om een additioneel langetermijn-effect te evalueren werd een mijlpaal-analyse verricht naar de incidentie van cardiovasculaire complicaties, vanaf beëindigen van de studiemedicatie.

Van 890 patiënten werd follow-up informatie verkregen (83.4%), met een gemiddelde duur van 30.7 maanden. Slechts 113 patiënten (12.7%) hadden sinds het staken van de studie bètablokkers gekregen, en 118 (13.3%) patiënten statines. In totaal waren 225 patiënten (25.3%) overleden. Het primaire eindpunt werd tot de meest recente follow-up door 76 patiënten (8.5%) bereikt.

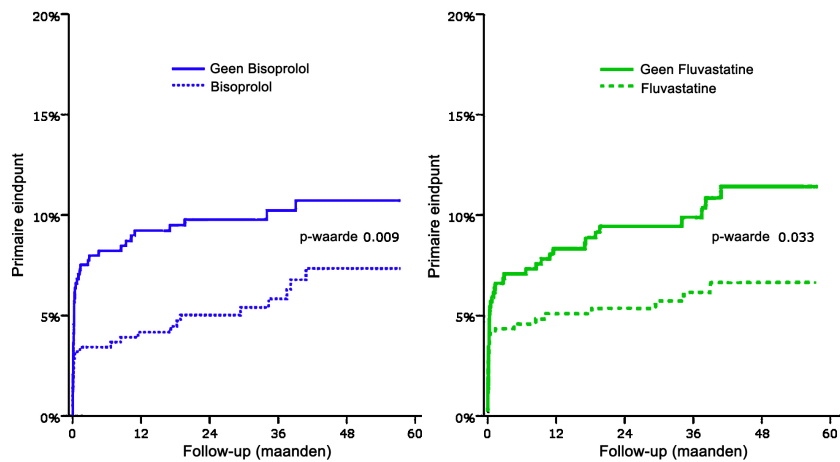
Evenals na 30 dagen, was de incidentie van cardiovasculaire complicaties na langetermijn follow-up in de bisoprolol-groep (n=442) significant lager dan in de bisoprolol-controlegroep (n=448), 6.1% versus 10.9% (p=0.009). Dit kwam voornamelijk voort uit het perioperatief effect. De mijlpaal-analyse toonde aan dat na het staken van de medicatie er geen additioneel verschil ontstond in de incidentie van cardiovasculaire complicaties, 2.9% versus 3.5% (p=0.61).

Hoewel de verschillen na 30 dagen klein waren, was de incidentie van cardiovasculaire complicaties na follow-up in de fluvastatine-groep (n=443) wel significant lager dan in de fluvastatine-controlegroep (n=447), te weten 6.5% versus 10.5% (p=0.033). De mijlpaal-analyse toonde aan dat vanaf het staken van de studie-medicatie, de fluvastatine-groep een aanhoudend beschermend effect genoot voor cardiovasculaire complicaties (1.9% versus 4.4%, p=0.038).

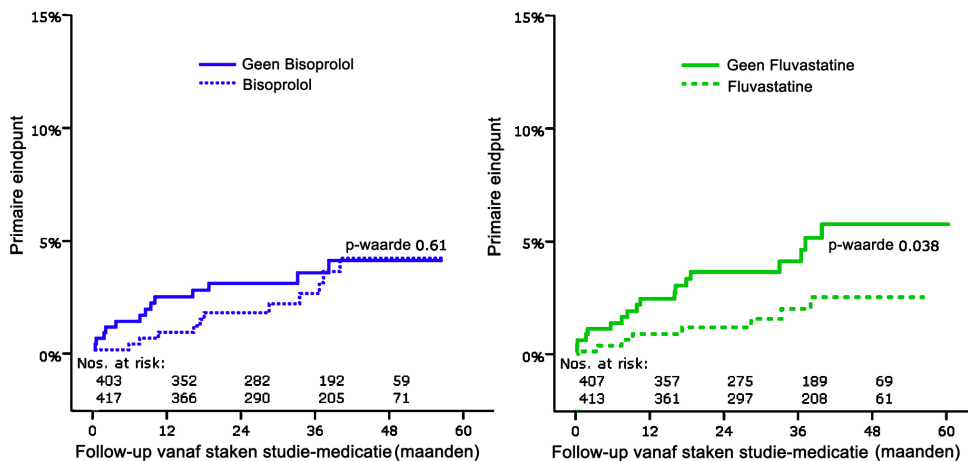
Uit multivariate analyse kwam naar voren dat perioperatieve therapie tot 30 dagen na operatie, gepaard ging met een relatieve risicoreductie van 46% voor bisoprolol (HR=0.54; 95% CI 0.34-0.87, p=0.011), en een relatieve risicoreductie van 43% voor fluvastatine (HR=0.57; 95% CI 0.36-0.90, p=0.018) bij langetermijn follow-up.

Conclusie: Perioperatieve bètablokkade en statine-therapie, gestart een maand voor en gestaakt een maand na de operatie, hebben beiden afzonderlijk een langdurig gunstige werking voor de patiënt. Dit uit zich in een significante risicoreductie voor cardiovasculaire complicaties, tot 30 maanden postoperatief. Patiënten met statine-therapie ervaren zelfs na het staken hiervan nog een gunstig nalatenschap, of 'legacy effect' van de

perioperatieve therapie.



Langetermijn effect van perioperatieve therapie



Additioneel effect na staken medicatie

V18.02

Het gebruik van de SURPASS checklist leidt tot minder complicaties en mortaliteit

Vries de EN¹, Prins HA², Crolla RMPH³, Outer den AJ⁴, Anandel van G⁵, Helden van SH⁶, Schlack WS¹, Gouma DJ¹, Dijkgraaf MGW¹, Smorenburg SM¹, Boormeester MA¹

¹Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, afdeling Heelkunde

²Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

³Amphia Ziekenhuis, Breda

⁴Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp

⁵Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

⁶Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht

De snijdende specialismen hebben een groot aandeel in de vermijdbare schade in ziekenhuizen; bijna de helft van de zogenaamde 'adverse events' is gerelateerd aan een operatie. Er is de laatste tijd veel aandacht voor de 'time out' procedure: een laatste veiligheidscheck terwijl de patiënt al op tafel ligt. Omdat meer dan de helft van alle chirurgische fouten buiten de operatiekamer plaatsvindt, is het aannemelijk dat een grotere verbetering in patiëntveiligheid kan worden bereikt door het gehele chirurgische traject aan te pakken. De SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist is een

multidisciplinaire checklist die het chirurgische traject van opname tot ontslag volgt. In deze studie werd het effect van de checklist op complicaties en mortaliteit onderzocht.

De checklist werd geïmplementeerd in twee academische centra en vier perifere opleidingsziekenhuizen. Complicatiegegevens van klinisch geopereerde patiënten werden geëxtraheerd uit de Landelijke Heelkundige Complicatie Registratie (LHCR) database. Een periode van drie maanden voor implementatie van de checklist werd vergeleken met eenzelfde periode na implementatie. De data werden geanalyseerd volgens het 'intention-to-treat' principe: alle patiënten werden geïncludeerd in de nameting, ook de patiënten wiens checklist niet of niet volledig was ingevuld. Er werd gecorrigeerd voor confounding factors (leeftijd, geslacht, type operatie, spoedcategorie).

Een pre-implementatie cohort van 3760 patiënten werd vergeleken met 3820 patiënten in het post-implementatie cohort. Het totale aantal complicaties per 100 patiënten daalde van 27.3 (95% CI 24.7-29.8) naar 16.7 (95% CI 14.8-18.6), een absolute risico reductie (ARR) van 10.6 (95% CI 7.4-13.7). Ziekenhuismortaliteit daalde van 1.5% (95% CI 1.1-1.9) naar 0.8% (95% CI 0.5-1.1), een ARR van 0.7% (95% CI 0.0-1.4). Het effect van SURPASS bleef significant na correctie voor confounding factors.

Conclusies: Implementatie van de SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist leidde tot een aanzienlijke reductie in complicaties en mortaliteit. Het is aannemelijk dat met de SURPASS checklist een grotere verbetering in patiëntveiligheid bereikt kan worden dan met een time out procedure alleen.

V18.03

Zes jaar HSMR; nog steeds een onvoldoende!

Raber MH, Geelkerken RH, Klaase JM, Bertelink BP, Mastboom WJB
Medisch Spectrum Twente, Enschede, afdeling Heelkunde

Vanaf 2011 wordt de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) openbaar gemaakt. Voor een zinvolle vergelijking van de HSMR tussen ziekenhuizen is o.a. belangrijk dat de begripsvaliditeit goed is; zijn de resultaten werkelijk een indicatie voor het begrip waarover je een uitspraak wilt doen. Wij toonden eerder aan dat dit voor de HSMR 2003-2005 nog niet het geval was. Wij waren benieuwd of de verbeterde HSMR 2007-2008 een goede representant was van onze uitkomst van zorg in deze twee jaren.

Methoden Van alle in de periode 2007-2008 in ons ziekenhuis overleden patiënten in de diagnosegroepen coloncarcinoom, galblaas-galwegpathologie, heupfracturen en aneurysmata is de begripsvaliditeit, aan de hand van de patiëntendossiers en onze uitkomst van zorg registraties, vastgesteld.

Resultaten In de diagnosegroep coloncarcinoom overleden 27 patiënten. Hiervan bleken vier patiënten geen coloncarcinoom te hebben. Drie patiënten werden opgenomen voor terminale zorg. Twee patiënten zijn op uitdrukkelijk verzoek, bij advanced disease, geabstineerd. Dit betekent dat minimaal vier en maximaal negen van de 27 in de HSMR opgenomen patiënten, onze mortaliteit in deze groep niet adequaat representeerde.

In de diagnosegroep galblaas-galwegpathologie overleden zes patiënten. Hiervan hadden twee patiënten een maligniteit en één patiënt is zonder interventie op uitdrukkelijk verzoek geabstineerd. Dit betekent dat drie van de zes in de HSMR opgenomen patiënten, onze mortaliteit in deze groep niet adequaat representeerde.

In de diagnosegroep heupfracturen overleden 23 patiënten. Hiervan hadden er drie geen heupfractuur. Bij drie andere patiënten is op uitdrukkelijk verzoek geabstineerd. Dit betekent dat minimaal drie en maximaal zes van de 23 in de HSMR opgenomen patiënten,

onze mortaliteit in deze groep niet adequaat representeerde.

In de diagnosegroep aneurysmata overleden 38 patiënten. Hiervan hadden er zes geen aneurysma. Bij tien patiënten is er bij binnenkomst geabstineerd. Dit betekent dat minimaal zes en maximaal zestien van de 38 in de HSMR opgenomen patiënten, onze mortaliteit in deze groep niet adequaat representeerde.

Wij concluderen dat in de vier diagnosegroepen die een substantiële bijdrage leveren aan de HSMR van ons ziekenhuis in respectievelijk 30%, 50%, 25% en 42% onze uitkomst van zorg niet adequaat wordt gerepresenteerd. De begripsvaliditeit van de HSMR schiet dus nog steeds ernstig tekort. Wij onderschrijven volledig dat het monitoren en vergelijken van uitkomsten van zorg van groot belang is om de kwaliteit van de geleverde zorg verder te optimaliseren, echter het openbaar maken van de HSMR in haar huidige opzet levert hier zeker geen positieve bijdrage aan.

V18.04

Intraoperative video enhanced surgical procedure training; een veilige en efficiënte overgang van skillslab naar operatiekamer

Det van MJ¹, Meijerink WJH², Hoff C¹, Middel LJ³, Koopal SA¹, Pierie JPEN¹

¹Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden, afdeling Heelkunde

²Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam

³Rijks Universiteit Groningen, Groningen

Achtergrond

Na training van basisvaardigheden in het skillslab worden procedures op de operatiekamer al generaties lang geleerd volgens de meester-gezel methode. Zodra de superviserend chirurg de operatie overneemt, gaat dat deel van de ingreep verloren voor de assistent. Om deze interventie te beperken en het opleidingsmoment van de operatie te optimaliseren, introduceren we een nieuw concept: INtra-operative Video Enhanced Surgical Training (INVEST). Hiermee worden AIOS gedurende de operatie stap voor stap geïnstrueerd aan de hand van korte videofragmenten.

Doel

Onderzoeken of een peroperatieve instructievideo de effectiviteit van het aanleren van een laparoscopische cholecystectomie kan verhogen.

Methode

Tien AIOS chirurgie namen deel aan een trainingscurriculum laparoscopische cholecystectomie. Een controlegroep werd op de OK getraind door middel van de meester-gezel methode terwijl de studiegroep werd getraind met INVEST. Iedere AIOS verrichtte 6 cholecystectomiën die door de supervisor werden beoordeeld op een Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) global rating scale. Het absolute en relatieve leereffect werd vergeleken tussen de groepen. Een vragenlijst informeerde naar de mening van de AIOS over INVEST.

Resultaten

Het leereffect van het trainingprogramma was significant hoger voor de AIOS in de INVEST groep; mean absoluut leereffect op de OSATS 32,6 vs. 14,0 punten; mean relatief leereffect 59,1 vs. 34,6 procent; $p=0,02$.

Conclusie

Het INVEST curriculum heeft een significant positief leereffect op de leercurve van technische en procedurele vaardigheden voor de laparoscopische cholecystectomie. AIOS waren enthousiast over het idee en de inhoud van het INVEST curriculum.

V18.05

Competenties van de 'jonge klare' chirurg gemeten; een eerste transatlantische vergelijking

Schijven MP¹, Reznick RK², Cate ten OThJ³, Grantcharov TP², Regehr G⁴, Satterthwaite L², Thijssen AS⁵, MacRae HM²

¹Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, afdeling Heelkunde

²University of Toronto, Toronto, Canada

³Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

⁴Wilson Centre for Research in Education, Toronto, Canada

⁵St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

Het Nederlandse chirurgische opleidingscurriculum en het Canadese opleidingscurriculum verschillen van elkaar in programma en in uren op de werkvloer. Het doel van beide curricula is uiteindelijk hetzelfde; namelijk een competente jonge klare chirurg.

Tot op heden is onduidelijk of opleidingsprogramma's van langere duur ook daadwerkelijk tot betere chirurgen opleiden. Ook zijn de competenties van jonge chirurgen niet eerder getoetst aan de eindfase van de opleiding.

Doel van dit onderzoek was het vergelijken van de competenties van 21 jonge klare chirurgen uit een hoog-urenvolume opleiding met de competenties van chirurgen opgeleid volgens de Europese Working Hour Directive van 48 uur per week - een totaal opleidingsverschil van > 7000 uur. Hypothese van dit onderzoek was: de jonge klare chirurg uit een hoog urenvolume chirurgische opleiding is significant competentier dan een jonge klare chirurg uit een lager urenvolume opleiding

Methoden: Zowel in Toronto, Canada (testsite 1) als in Utrecht, Nederland (testsite 2) werden 21 jonge klare chirurgen geselecteerd voor deelname (N=42). Twintig gecertificeerde Canadese chirurgen, en 19 gecertificeerde Nederlandse chirurgen participeerden als examiner. Op beide test sites werden dezelfde drie gevalideerde uitkomstinstrumenten gebruikt om de competenties te meten.

Deze instrumenten waren:

- de Comprehensive Integrative Puzzle (CIP), een geïntegreerde kennistoets;
- de Objective Structured Assessment of Technical Skill (OSATS). Deze toets bestaat uit 8 stations voor het testen van chirurgische operatieve vaardigheden), en
- de Patiënt Assessment en Management Examination (PAME). Deze toets bestaat uit 6 toetsstations voor het testen van de communicatie, medische besluitvorming, interpretatie en behandelingsvoorstel, en het professioneel gedrag in een polikliniek context met behulp van simulatiepatiënten).

Resultaten: Er werden geen significante verschillen aangetoond tussen de examenresultaten op de CIP noch in examenresultaten op de OSATS van Nederlandse en Canadese jonge klare chirurgen. De scores behaald op de PAME stations verschilden wel significant ($P < 0.001$). Verder blijkt er een significante interactie ($p < 0.001$) op de beoordelingsuitkomst te bestaan gerelateerd aan de herkomst van de examiner (Nederlandse chirurgen beoordelen Nederlandse 'jonge klaren' significant beter dan Canadese 'jonge klaren'; en Canadese chirurgen beoordelen Canadese 'jonge klaren' significant beter dan Nederlandse 'jonge klaren').

V18.06

Kunnen bekende scoringssystemen patiënten met abdominale sepsis selecteren voor relaparotomie?

Kiewiet JJS¹, Ruler van O¹, Boer KR¹, Lamme B², Gouma DJ¹, Boermeester MA¹, Reitsma JB¹

¹Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, afdeling Heelkunde

²Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden

Bij de zorg voor patiënten met een abdominale sepsis is het essentieel dat er een adequate en tijdige selectie plaatsvindt van patiënten die een relaparotomie nodig hebben. Verschillende publicaties laten zien dat het besluit om een relaparotomie te verrichten allerminst op een gestandaardiseerde manier plaatsvindt. Er is daarom ruimte voor welomschreven klinische hulpmiddelen zoals een scoringssysteem. Er zijn betrouwbare scoringssystemen voorhanden om de mortaliteit en morbiditeit te voorspellen bij een abdominale sepsis, maar een scoringssysteem om de selectie van patiënten voor een relaparotomie te ondersteunen is er niet. Het doel van deze studie is om te onderzoeken of de bestaande scoringssystemen, patiënten die baat hebben bij een relaparotomie kunnen selecteren.

Voor deze studie werd gebruikgemaakt van de gegevens van een gerandomiseerde trial waarin twee chirurgische strategieën werden vergeleken (RELAP trial, n=229). De 'cases' waren patiënten die een relaparotomie ondergingen en daarbij positieve bevindingen hadden, evenals patiënten die geen relaparotomie ondergingen maar overleden tijdens de eerste twee weken na de initiële operatie. De patiënten die herstelden zonder relaparotomie waren de 'controls'.

Van de volgende scoringssystemen werd met multivariabele logistische regressie analyses onderzocht of zij van nut waren bij selectie voor relaparotomie: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE-II), Simplified Acute Physiology Score (SAPS-II), Mannheim Peritonitis Index (MPI), en de sequentiële scores Multiple Organ Dysfunction Score (MODS), Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) en het acute deel van de APACHE-II score (Acute Physiology Score, APS). Bij de sequentiële systemen werden de scores op dag 1 en 2 na de initiële laparotomie, en het absolute verschil in score tussen dag 1 en 2 vergeleken.

Het percentage 'cases' is 32%. Alleen de SAPS-II (AUC 0.61; 95% CI 0.52-0.69), SOFA (AUC 0.60; 95% CI 0.51-0.68) en APS (AUC 0.62; 95% CI 0.53-0.70) hebben een matig onderscheidend vermogen (>50%) op dag 1 om patiënten te selecteren voor een relaparotomie. Om 90% van de patiënten die een relaparotomie nodig heeft te identificeren, is een lage afkapscore nodig. Dit resulteert dan echter in een onacceptabel hoog percentage negatieve relaparotomieën (80%). Het onderscheidend vermogen van de sequentiële scoringssystemen wordt niet beter op dag 2 of als we kijken naar het verschil in score tussen dag 1 en 2.

Conclusie: Geen van de onderzochte bestaande scoringssystemen is van klinisch belang bij de selectie van patiënten die een relaparotomie nodig hebben. Om ondersteuning te kunnen bieden in de besluitvorming tot relaparotomie is de ontwikkeling van nieuwe, meer gerichte beslismodellen nodig.

V18.07

Organisatie van diagnostiek coloncarcinomen, proces her inrichting (PHI) werkt

Klemann VMWT, Konsten JLM

VieCuri Medisch Centrum, Venlo, afdeling Algemene Heelkunde

De diagnostiek voor patiënten met een coloncarcinoom werd de afgelopen jaren in onze klinieken opnieuw georganiseerd waarbij alle onderzoeken, inclusief een bezoek aan de anesthesist en de planning van de operatie op een dag werden geconcentreerd. Na deze diagnostische dag kwamen patiënten op de polikliniek heelkunde, om de uitslagen en de toekomstige operatie te bespreken. Daarnaast werd het mogelijk voor huisartsen om direct een colonoscopie aan te vragen, waarbij het diagnostisch traject wordt gestart.

Doel van dit onderzoek was de veranderingen van de PHI in het klinische pad te evalueren. Retrospectief werden alle patiënten met een coloncarcinoom onderzocht (n=87) die hadden deelgenomen aan de diagnostische dagopname in 2008. Deze groep werd vergeleken met een cohort patiënten van voor de proces herinrichting uit 2006 (n=108). Patiënten met een tumor in het rectum of een spoedoperatie werden uitgesloten. Het tijdsinterval tussen colonoscopie en operatie en het aantal ziekenhuis bezoeken werden geanalyseerd. De aard van de diagnostische testen die werden aangevraagd door de huisarts alvorens de coloscopie of het eerste chirurgische/internistisch consult en de tijd tussen het eerste diagnostische onderzoek en de operatie werden onderzocht. Een Mann-Whitney U test werd gebruikt om de significantie van de verschillen aan te tonen.

Door de proces herinrichting van de preoperatieve diagnostiek bij het coloncarcinoom nam de tijd tussen scopie en operatie af van 44 (34-54), mediaan (25-75%), naar 27 (21-34) dagen ($P < 0.001$) Het aantal ziekenhuisbezoeken nam af van 6 (5-7) naar 3 (3-4) ($P < 0.001$) Voor de introductie van de PHI werd 7% van de colonscopieën door de huisarts aangevraagd, na de introductie 60%. De tijd tussen eerste diagnostische test door de huisarts tot de colonoscopie nam af van 44 (11-68) naar 9 (0-30) dagen ($p < 0.001$). Het aantal dagen tussen eerste diagnostische test en operatie nam af van 85,5 (56-120,5) naar 42 (28-62) ($p < 0.001$).

Organisatie van het klinische pad leidt tot significant snellere zorg. Patiënten profiteren hiervan doordat de chirurg op de polikliniek weer kan doen waarvoor hij is opgeleid; het informeren en begeleiden van de oncologische patiënt en zijn/haar familie gedurende het peri-operatieve pad.

V18.08

Vroege herkenning van de vitaal bedreigde patiënt op een chirurgische afdeling; de Rotterdam ervaring met de 'SIT' score

Smith T, Hartog den D, Moerman T, Lieshout van E, Patka P, Schep NWL
Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, afdeling Heelkunde

Achtergrond: Studies hebben aangetoond dat vitaal bedreigde patiënten in de uren ervoor signalen van klinische achteruitgang afgeven. De SIT score (spoed interventie team) is ontwikkeld voor vroegtijdige herkenning van de vitaal bedreigde patiënt. Deze score is opgebouwd uit klinische parameters zoals hartfrequentie, bloeddruk, ademprequentie, temperatuur, bewustzijn, urineproductie, saturatie en bezorgdheid van de verpleegkundige. De SIT score wordt aanbevolen in de de praktijkgids 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'. (www.cbo.nl). Echter, de voorspellende waarde van de SIT score is nog onvoldoende geëvalueerd.

Doel: Het analyseren van de relatie tussen de SIT score, en het optreden van ernstige complicaties op een afdeling trauma- en algemene chirurgie.

Methoden: Prospectieve cohortstudie. Alle opeenvolgende patiënten die tussen 1 maart 2009 en 31 juli 2009 op bovenstaande chirurgische afdeling werden opgenomen werden geïncludeerd. Bij opname werden de leeftijd, de opnamediagnose, en de ASA classificatie geregistreerd. Tijdens de opname werd de SIT score drie maal daags of op indicatie bepaald. De hoogste SIT score werd geregistreerd. Complicaties zoals reanimatie, overlijden, overplaatsing naar IC, spoedoperatie of een andere ernstige complicaties werden geregistreerd. Een patiënt bereikte het primaire eindpunt als een of meer van bovenstaande complicaties zich voordeden. Logistische regressie met vooraf geselecteerde covariabelen werd gebruikt om een gecorrigeerde risicomat te schatten.

Resultaten: 477 opeenvolgende patiënten werden geïncludeerd. De gemiddelde leeftijd van

de populatie was 50 ± 20 jaar. Tweeënzestig procent van de patiënten was man. Gedurende een mediane follow-up van 4 dagen werden 35 patiënten geregistreerd met een primair eindpunt. Deze bestonden uit 2 overlijden, 1 reanimatie, 3 spoedoperaties, 14 intensive-care opnames en 33 ernstige complicaties. Logistische regressie analyse toonde dat patiënten met SIT scores ≥ 3 een significant hogere incidentie van de primaire uitkomst hadden dan patiënten met SIT scores <3 , gecorrigeerd voor ASA classificatie (OR 12, 95% CI 5 - 26).<br type='_moz' />

Conclusie: De SIT score is een voorspeller van ernstige complicaties tijdens ziekenhuisopname. Patiënten met SIT scores ≥ 3 hadden een 12 keer hoger risico op ernstige complicaties dan patiënten met SIT scores <3 , gecorrigeerd voor ASA classificatie. We concluderen dat de SIT score een klinisch bruikbare risico inschatting geeft. Wanneer de SIT score wordt geïmplementeerd in een vroeg waarschuwingssysteem kan dit wellicht leiden tot een reductie van de morbiditeit en de mortaliteit.

V18.09

Kwaliteitsnormen voor de behandeling van slokdarmkanker; een review van de literatuur

Courrech Staal EFW¹, Sandick van JW¹, Tollenaar RAEM², Wouters MWJM¹

¹Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam, afdeling Heelkundig Oncologische Disciplines

²Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

Er is een toenemende vraag naar normen voor het evalueren van de kwaliteit van zorg. In hoog tempo worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld welke doorgaans zijn gebaseerd op (landelijke) richtlijnen aangevuld met expert opinions. Alhoewel richtlijnen zo veel mogelijk evidence-based zijn opgesteld, betekent dit niet dat de kwaliteitsnormen bewezen effectief zijn in het evalueren van de zorgkwaliteit. Het doel van onze studie was het samenstellen van een set van kwaliteitsnormen voor de chirurgische behandeling van slokdarmkanker, gebaseerd op kwaliteitsevaluerend onderzoek gerapporteerd in de literatuur in de periode 1990-2009.

Er werd een gestructureerde review van de literatuur uitgevoerd, waarbij voor artikelen betreffende slokdarmkankerchirurgie werd beoordeeld of zij één of meerdere kwaliteitsaspecten vergeleken tussen behandelaars of ziekenhuizen. Deze potentiële kwaliteitsindicatoren werden vervolgens ingedeeld volgens de methodiek van Donabedian met een classificatie als structuur, proces of uitkomst indicator.

Vierennegentig artikelen voldeden aan de inclusie criteria. Voor structuur indicatoren werd vooral de relatie onderzocht tussen ziekenhuis- of chirurgvolume enerzijds en de uitkomsten van zorg anderzijds (36 artikelen). Dit staat in schril contrast met het geringe aantal artikelen waarin infrastructurele of organisatorische aspecten van de zorg voor patiënten met slokdarmkanker wordt gerapporteerd. Belangrijke kwaliteitsaspecten van het zorgproces bleken de patiëntselectie en het hanteren van risicoscores ter voorkoming van postoperatieve morbiditeit en mortaliteit (respectievelijk 15 en 8 artikelen). Een andere mogelijke procesindicator was het gebruik van thoracale epidurale analgesie ter voorkoming van postoperatieve complicaties. Uitkomstindicatoren zoals de radicaliteit van de resectie zijn evident gecorreleerd met een betere overleving, maar de verblijfsduur op de intensive care of heropnames na ontslag bleken van beperkte waarde voor het evalueren van de kwaliteit van zorg (2 artikelen).

Conclusie: Deze studie laat zien dat slechts een gering aantal kwaliteitsindicatoren voor de chirurgische behandeling van slokdarmkanker is te baseren op evidence uit de literatuur. Terughoudendheid is geboden bij het trekken van conclusies op basis van nauwelijks onderbouwde kwaliteitsindicatoren. Naar onze mening kan het vergelijken van

ziekenhuizen op basis van dergelijke indicatoren alleen geschieden wanneer er een periode van 'benchmarking' (normstelling) aan vooraf is gegaan.