De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg

Tijd voor een brede benadering

CONSORTIUM ONDERZOEK KWALITEIT VAN ZORG

REDACTIE

Teun Zuiderent-Jerak

Tijn Kool

Jany Rademakers

De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg

Tijd voor een brede benadering

REDACTIE

Teun Zuiderent-Jerak

Tijn Kool

Jany Rademakers

Dit project werd mogelijk gemaakt door: ZonMw

Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J (red.). *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering.* Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012

ISBN 978-94-6122-153-7

©2012 Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, Utrecht/Nijmegen/Rotterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het consortium. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Dankwoord **5**

Managementsamenvatting **7**

1 Inleiding **11**
1.1 Achtergrond van het onderzoek 11
1.2 Beoordelingskaders voor organisatorische ontwikkelingen 12
1.3 Beleidscontext van concentratie en spreiding 12
1.4 Vraagstelling 13
1.5 Het consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg 14
1.6 Leeswijzer 14

2 Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie volume-kwaliteit **15**
2.1 Inleiding 15
2.2 Selectie van overzichtstudies 15
2.3 Globale beschrijving 15
2.1 Type aandoening of behandeling 15
2.2 Analyseniveaus in de relatie volume-uitkomst van zorg 18
2.3 Operationalisering van kwaliteit 19
2.4 Methodologische overwegingen 19
2.5 Conclusie 20

3 Organisatievormen en kwaliteit van zorg: de vele dimensies van de volume-kwaliteit relatie **21**
3.1 Inleiding 21
3.2 Organisatievormen 21
3.3 Beïnvloedende factoren bij de relatie volume-kwaliteit 22
3.3.1 Organisatiekenmerken en de volume-kwaliteit relatie 22
3.3.2 Proceskenmerken en de volume-kwaliteit relatie 23
3.3.3 Zorgverlenerskenmerken en de volume-kwaliteit relatie 25
3.4 Methodologische overwegingen 26
3.5 Conclusie 27

4 Verschillende perspectieven in beeld: gehanteerde beoordelingskaders van de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg **29**
4.1 Inleiding 29
4.2 Methode 29
4.3 Algemeen ervaren noodzaak concentratie en spreiding 30
4.3.1 Geen discussie over concentratie hoog complex-laag frequent 30
4.3.2 Discussie over concentratie van laag complex en frequent 31
4.3.3 Conclusie 31
4.4 Belangrijke aspecten van concentratie voor professionals 31
4.4.1 Superspecialisatie is de trend 31
4.4.2 Concentreren richt zich op het multidisciplinaire team en de randvoorwaarden 32
4.4.3 Conclusie 33
4.5 Belangrijke aspecten van concentratie voor zorgorganisaties 33
4.5.1 Concentratie biedt kansen voor een doelmatige herinrichting 33
4.5.2 Een evenwichtige regionale verdeling is daarbij van belang 33
4.5.3 Concentratie kan ook leiden tot heftige concurrentie 35
4.5.4 Concentreren of niet wordt zo een strategische discussie 35
4.5.5 Conclusie 36
4.6 Belangrijke aspecten van concentratie voor de patiënt 36

4.6.1 Wat is belangrijk voor patiënten? 36
4.6.2 Behoefte aan keuzevrijheid staat vaak voorop 36
4.6.3 Beperking toegankelijkheid speelt een beperkte rol 37
4.6.4 Hoogwaardige kwaliteitsinformatie is een belangrijke randvoorwaarde voor patiënten 38
4.6.5 Patiënten blijven buiten de discussie over concentratie 39
4.6.6 Conclusie 40
4.7 Belangrijkste aspecten van concentratie vanuit het maatschappelijk perspectief 40
4.7.1 Zorgprofessionals zijn leidend bij het stellen van normen 40
4.7.2 Andere partijen kunnen het tot stand komen van kwaliteitsnormen wel stimuleren 41
4.7.3 Mededinging speelt maar een beperkte rol bij concentratie van zorg 42
4.7.4 Ook maatschappelijk speelt efficiëntie en betaalbaarheid een belangrijke rol 42
4.7.5 Ook toegankelijkheid en bereikbaarheid spelen een rol in het maatschappelijk debat 43
4.7.6 Conclusie 44
4.8 Beschouwing 44

5 Concentratie en spreiding in de praktijk: je geld of je leven! 45
5.1 Inleiding 45
5.2 Initiatieven in Nederland ten aanzien van concentratie van zorg 46
5.3 Casusselectie en analyse 47
5.4 De casussen nader bekeken 49
5.4.1 Aanleiding 49
5.4.2 Aard van concentratie van zorg 51
5.4.3 Beoogde kwaliteitseffecten 52
5.4.4 Resultaten van concentratie van zorg 53
5.4.5 Onverwachte effecten en punten van zorg 54
5.5 Conclusie: dominante en ontbrekende perspectieven op volume 55

6 Synthese: naar een multidimensioneel beoordelingskader 57
6.1 Inleiding 57
6.2 Evidentie en de relatie tussen volume en kwaliteit 57
6.3 Betrokken actoren over de relatie tussen volume en kwaliteit 58
6.4 Volume en kwaliteit in de praktijk 59
6.5 Beoordelingscriteria voor volume-initiatieven 60
6.6 Vervolgonderzoek; naar een beter geïnformeerd debat over volume en kwaliteit 62
6.6.1 Beleidstheorie en volumepraktijk 63
6.6.2 Interfererende kwaliteitsagenda's 63
6.6.3 Volume en autonomie 63
6.6.4 Volume in internationaal perspectief 64

Literatuur 65

Bijlagen:
Bijlage 1 Leden onderzoeksgroep 71
Bijlage 2 Aantal artikelen, significante relaties en aandoeningen van de gediscuteerde studies 73
Bijlage 3 Lijst met geïnterviewden voor identificatie beoordelingsperspectieven 83
Bijlage 4 Kernvragen voor de interviews 85
Bijlage 5 Aanwezigen expertmeeting en invitational conference 87
Bijlage 6 Casusbeschrijvingen 89

Dankwoord

Veel mensen en organisaties zijn betrokken geweest bij dit onderzoek. Allereerst willen we de personen bedanken die we mochten interviewen en van wie we veel informatie hebben gekregen, en ook degenen die met ons tijdens de Expertmeeting (27 maart 2012) en de Invitational conference (5 juli 2012) van gedachten hebben gewisseld. Hun namen en de organisaties waar ze van afkomstig zijn kunt u vinden in de bijlagen. Door deze mensen waren wij in staat de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg vanuit verschillende perspectieven (maatschappelijk, organisatie, professioneel, patiënt) in beeld te brengen. Prof. Dr. Richard Grol, emeritus hoogleraar Kwaliteit van zorg, willen we bedanken voor het voorzitten van de Invitational conference.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de personen die betrokken zijn bij onze vijf casussen. Zij hebben openhartig met ons gesproken over de achtergrond en vorm van hun initiatief, de bedoelde en onbedoelde effecten, en de manier waarop zij kwaliteit van zorg beoordeelden.

Dit onderzoek is uitgevoerd door een team van onderzoekers van IQ healthcare, iBMG en NIVEL (zie bijlage 1). Samen vormen deze instituten het consortium Onderzoek Kwaliteit van zorg. De directeuren van de instituten/betrokken secties, Prof. Dr. Gert Westert, Prof. Dr. Roland Bal en Prof. Dr. Peter Groenewegen hebben waardevolle bijdragen geleverd aan het project.

Het project is gefinancierd door ZonMw (dossiernummer 516001501) en maakt deel uit van hun onderzoeksprogramma Kwaliteit van zorg.

Teun Zuiderent-Jerak (iBMG)
Tijn Kool (IQ healthcare)
Jany Rademakers (NIVEL)

Managementsamenvatting

De afgelopen jaren zijn in de Nederlandse ziekenhuiszorg normen ontwikkeld en geïmplementeerd voor een minimum aantal ingrepen en behandelingen bij enkele aandoeningen. De achterliggende gedachte is dat er een relatie is tussen een hoger behandelvolume en een betere kwaliteit van zorg. Hoewel dit in een aantal situaties inderdaad het geval is, is deze relatie niet altijd aangetoond en vaak helemaal niet onderzocht. Daar waar wél een relatie tussen volume en kwaliteit bestaat, is nog veel onbekend over de redenen daarvoor. De beleidsdiscussie zou zich daarom moeten toeleggen op de vraag welke organisatievorm en wijze van zorgverlening de kwaliteit optimaliseert, in plaats van zich eenzijdig te focussen op de aanwezigheid van een voldoende aantal patiënten. In deze studie is nagegaan hoe de relatie tussen volume en kwaliteit vorm krijgt, welke beoordelingskaders op dit moment in Nederlandse ziekenhuizen gehanteerd worden voor het vormgeven van volumebeleid, welke elementen daarin domineren dan wel ontbreken en hoe volumecriteria kwaliteitsverbetering kunnen versterken.
De mate waarin er een consistente relatie is tussen volume en kwaliteit van zorg verschilt per type ingreep of aandoening. De relatie is het meest consistent voor hoogrisico ingrepen. Of er een relatie is hangt er mede vanaf op welk niveau de volume-effecten bestudeerd zijn, te weten op ziekenhuisniveau of op het niveau van de individuele specialist. Met name bij gecompliceerde operaties wordt de volume-kwaliteitsrelatie beïnvloed door chirurgische expertise, de mate van ondersteuning door de ziekenhuisorganisatie en multidisciplinaire samenwerking. Bij minder gecompliceerde operaties of behandelingen wordt deze relatie met name beïnvloed door het ziekenhuisvolume van de betreffende aandoening.

Een belangrijke beperking van bijna alle studies is dat zij mortaliteit als uitkomstmaat gebruiken. Dat is vaak niet passend of te beperkt. Er zijn nog andere methodologische kanttekeningen te plaatsen bij de studies naar de relatie tussen volume en kwaliteit. Daarom kan zeker niet gesproken worden van een eenduidige relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. De volume-kwaliteitsrelatie wordt bovendien door verschillende andere factoren beïnvloed. Structuurkenmerken van organisaties zoals samenwerkende teams die diagnostische en ondersteunende service verlenen, de samenstelling van de staf en ook informatiesystemen waarmee pre- en postoperatieve processen ondersteund worden zijn hier voorbeelden van. Een cruciale factor die ook organisatiegebonden is, betreft het verwerven en op peil houden van specialistische expertise van het medisch en verplegend personeel. De mate waarin de organisatie de ruimte biedt voor verdere specialisatie en training en het opbouwen van ervaring in multidisciplinair werken bepaalt mede de effecten van het behandelvolume op de kwaliteit van zorg.

Er worden in het debat over volume en kwaliteit van zorg door de diverse partijen verschillende beoordelingscriteria gebruikt vanuit hun verschillende perspectieven. In dit onderzoek worden het maatschappelijk perspectief, het organisatieperspectief, het professionele perspectief en het patiëntenperspectief onderscheiden. Vanuit het maatschappelijk perspectief dienen volume-initiatieven een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Vanuit het organisatieperspectief gaat het vooral om efficiënte organisatie van de zorg, strategische positionering, samenwerking en concurrentie. Bij de professionals speelt voldoende expertise, multidisciplinaire samenwerking en loopbaanontwikkeling een belangrijke rol, terwijl voor patiënten vooral individuele gezondheidsuitkomsten, keuzevrijheid en geografisch goed bereikbare zorg voorop staan. Het patiëntperspectief wordt het minst besproken in de literatuur en als het aan bod komt, dan worden de patiëntcriteria veelal benoemd in rapporten die door andere actoren zijn opgesteld en die patiëntenbelangen trachten te behartigen. Patiënten(vertegenwoordigers) roeren zich in mindere mate in de discussie over concentratie van zorg.

Om empirisch te verkennen hoe volume-initiatieven in de praktijk vorm krijgen, richt dit onderzoek zich op een aantal casussen op het terrein van concentratie en volumevergroting. Dit betreft concentratie van liesbreukoperaties, verloskunde, bariatrische chirurgie, borstkankerzorg

en hemofilie. In vrijwel alle casussen is duidelijk sprake van een dominantie van het organisatorische en het professionele perspectief en zijn het maatschappelijke en patiëntenperspectief met name van belang als legitimering van concentratie van zorg.

Vanuit het organisatieperspectief lijken voor de bestuurders van betrokken ziekenhuizen twee aspecten een belangrijke rol te spelen bij de beoordeling van het succes van de organisatieverandering:
1 de strategische positionering ten opzichte van andere ziekenhuizen;
2 efficiëntere bedrijfsvoering.
Hierbij valt op dat ziekenhuizen vaker samenwerking opzoeken om groter volume te realiseren, dan dat er portfoliokeuzes worden gemaakt. Ook kiezen aanbieders er soms voor zorg te concentreren op locaties waar al relatief veel aanbod is, uit angst voor productieverlies aan concurrenten. Ondanks de beoogde winst zijn er ook ongewenste neveneffecten voor de organisatie, zoals productieverlies of kosten van fusies en verbouwingen waarvan niet altijd duidelijk is hoe de winst tegen deze nadelen opweegt. Ook is de verdeling van inkomsten over samenwerkende aanbieders soms een heikel punt.

Op professioneel niveau worden bovenstaande aspecten ook genoemd, maar ligt de nadruk vooral op het oplossen van praktische bemensingsproblemen en op de kwaliteit van het werk dat geleverd wordt. Als ongewenst effect wordt door zorgverleners een grote eentonigheid genoemd. Ook heeft concentratie soms nadelige effecten voor collega-specialisten binnen hetzelfde ziekenhuis door bijvoorbeeld productieverlies bij anesthesiologen.

Vanuit maatschappelijk perspectief zouden volume-initiatieven bij moeten dragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Kwaliteit is niet leidend in de meeste initiatieven. Toegankelijkheid is bij sluiting van locaties of bij concentratie op al goed bediende plaatsen soms in het geding. Vanuit de betaalbaarheid van de zorg is het opvallend dat in de onderzochte casussen volumevergroting in een aantal gevallen juist tot hogere kosten heeft geleid. De redenen daarvoor variëren van de kosten van verhuizing en/of verbouwing bij samenwerking en het oprichten van nieuwe locaties, tot het verlenen van bijvoorbeeld een ruimere indicatiestelling voor alle zwangeren die niet meer thuis konden bevallen, om te voorkomen dat zij hun eigen risico moeten aanspreken.

Het patiëntenperspectief komt in de meeste casussen slechts indirect naar voren. Het vormt een strategisch argument bij het opstarten van initiatieven, en wordt dan met name door zorgverleners naar voren gebracht. Omdat voor een aantal van de typen zorg in onze casussen geen eenduidige evidentie is over de relatie tussen het volume en de kwaliteit van zorg (mammachirurgie, acute verloskunde) is het moeilijker om vast te stellen wat het precieze doel van de organisatieverandering vanuit het patiëntenperspectief zou moeten zijn. Een beoordelingscriterium dat wel wordt genoemd is dat de uitkomsten voor patiënten niet (veel) slechter zijn geworden. Nadelen die voor patiënten worden genoemd zijn de grotere afstand tot het ziekenhuis, zorg moeten ontvangen op verschillende locaties, minder (of soms zelfs geen) keuze. Het is lastig te beoordelen hoe deze nadelen zich verhouden tot de voordelen aangezien deze niet structureel in kaart worden gebracht.

Waar in de discussie over concentratie van zorg vaak het belang van kwaliteitswinst voor patiënten wordt onderstreept, blijkt de definitie hiervan in de praktijk vooral vanuit organisatorisch en professioneel oogpunt te worden ingevuld. Zonder allerlei aanpalende voordelen voor professionals en organisaties komt concentratie van zorg dan ook moeizaam van de grond. Voor snelle succesvolle ontwikkelingen op het gebied van concentratie van zorg moet ofwel een stevige financiële prikkel bestaan, ofwel moet de levensverwachting van patiënten direct in het geding zijn. Concentratie van zorg blijkt daarmee vooral te gaan over 'je geld of je leven'. Om een substantiëlere bijdrage te leveren aan de publieke belangen zal bij het vormgeven en beoordelen van initiatieven om te komen tot concentratie en volumevergroting meer aandacht moeten zijn voor het maatschappelijke en het patiëntenperspectief. Dat betekent bijvoorbeeld dat doelstellingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid beter geformuleerd en gemonitord worden, onder meer door een patiëntenbeweging en verzekeraars die zich kritischer op zouden moeten stellen. Zolang een bijdrage aan de publieke belangen wel wordt

beloofd maar winst in termen van kwaliteit en betaalbaarheid niet wordt aangetoond en daardoor ook niet kan worden afgezet tegen verlies in termen van bereikbaarheid, moeten mensen die zich rijk rekenen door in te zetten op volume-initiatieven op hun hoede zijn. In plaats van de belofte voor waar aan te nemen, moet de bewijslast voor de bijdrage van volume-initiatieven aan kwaliteit van zorg bij de initiatiefnemers liggen. De toetsing dient plaats te vinden op basis van brede en gebalanceerde criteria Het is kortom tijd voor een bredere benadering van de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg.

1 Inleiding

Jany Rademakers, Teun Zuiderent-Jerak en Tijn Kool

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De afgelopen jaren zijn in de Nederlandse ziekenhuiszorg normen ontwikkeld en geïmplementeerd voor een minimum aantal behandelingen voor enkele aandoeningen. Verschillende partijen zoals zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, branche- en patiëntenorganisaties, onderzoeksinstellingen en toezichthouders, hebben inhoud gegeven aan de discussie en het beleid hierover (Wittenberg et al., 2005; Kuenen et al., 2010). Zo hebben de Nederlandse Vereniging voor Urologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde volumenormen geformuleerd voor een aantal complexe chirurgische ingrepen (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2011; Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2012). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft andere wetenschappelijke verenigingen opgeroepen ook volumenormen te formuleren.

De gangbare opvatting, gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek vooral verricht in de Verenigde Staten, is dat er een relatie bestaat tussen volume en kwaliteit van zorg. Deze relatie is echter niet eenduidig. Voor sommige ingrepen geldt dat er sprake is van minder complicaties en mortaliteit bij een groter volume (Dimick et al., 2011). Dit verband is gevonden bij complexe chirurgische ingrepen zoals pancreas- en oesofagusresecties en electieve operaties van abdominale aneurysmata (Christian et al., 2003; Shahian et al., 2003). Voor de meeste oncologische ingrepen is er echter sprake van een kleine (maag, colon, blaas, long en mamma) of niet-significante (rectum, prostaat en nier) relatie (Burgers et al., 2007). Voor enkele veelvoorkomende laagcomplexe chirurgische ingrepen zoals heupvervanging, knievervanging en cataract, zijn nauwelijks studies beschikbaar. Een belangrijke reden hiervoor is dat mortaliteit vaak als uitkomstmaat wordt gebruikt terwijl dit niet of nauwelijks een relevante maat is voor deze ingrepen.

Waar een duidelijke relatie is aangetoond tussen volume en kwaliteit, is nog veel onbekend over de achtergrond ervan. Het verband tussen volume en kwaliteit kan komen doordat een hoger volume leidt tot betere professionals en een beter gestroomlijnd en gecoördineerd zorgproces (*practice-makes-perfect).* Het kan ook komen doordat patiënten naar beter presterende ziekenhuizen worden verwezen waarmee hun volume toeneemt (*selective referral)* (Luft et al., 1987). Er is nog onvoldoende inzicht in de onderliggende processen die cruciaal zijn voor het maken van beleidskeuzes (Invitational Conference NVZ, 2010). Daarom is er veel discussie over de validiteit van volume als kwaliteitsindicator. Dit debat is mede gebaseerd op de methodologische beperkingen van het onderliggende onderzoek (Christian et al., 2005).

Uit steeds meer onderzoek blijkt dat veel verschillende factoren een rol spelen in de volume-kwaliteitrelatie zoals de kwaliteit van de zorgketen (Khuri et al., 2005). Zowel de IGZ als de Orde van Medisch Specialisten (OMS) wijzen daarom op de beperkingen van een te eenzijdige focus op volumenormen en de noodzaak van flankerend beleid (Interview W. Schellekens - hoofdinspecteur Curatieve Zorg IGZ, Medisch Contact, 4 februari 2011; Interview M. Daniëls – voorzitter Raad Kwaliteit van zorg, Orde van Medisch Specialisten, 8 april 2011). Anderen wijzen op het belang van aandacht voor de relatie tussen volume, kwaliteit en andere aspecten zoals de opleiding en nascholing van specialisten, het volgen van richtlijnen en een adequate registratie van zorguitkomsten (Gouma et al., 2011). Ook patiëntengroep overstijgende interventies zoals het cardiaal testen van patiënten of gestandaardiseerde OK-procedures (Berden et al., 2011) dreigen in de discussies over concentratie uit het oog te worden verloren.

De beleidsdiscussie verschuift door deze bijdragen aan het debat van een eenzijdige focus op de aanwezigheid van een voldoende aantal patiënten naar de vraag welke organisatievorm en wijze van zorgverlening de kwaliteit optimaliseert. Er ontstaan de laatste jaren ook allerlei nieuwe

organisatievormen zoals regionale teams die op verschillende locaties actief zijn. Tevens zijn veranderingen zichtbaar in de organisatiestructuur zoals schaalvergroting, herschikking van verrichtingen en portfoliokeuzes. Wat de effecten van deze (deels) nieuwe organisatievormen zullen zijn is op dit moment nog onduidelijk.

1.2 Beoordelingskaders voor organisatorische ontwikkelingen

Met dit onderzoek willen wij de effecten van de organisatieveranderingen die in het kader van de discussie over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg tot stand komen, in kaart brengen en analyseren. Daarom staat de relatie tussen volumenormen en de organisatie van zorg in dit onderzoek centraal. Aan de hand van de bestaande literatuur, expertinterviews, een inventarisatie van lopende initiatieven en case studies proberen wij de discussie over volumenormen een nieuwe dimensie te geven door te laten zien wat er wel en niet bekend is op dit gebied. Voortbouwend op het eerder ontwikkelde onderzoeksprogramma op het gebied van kwaliteit van zorg (IQ Healthcare, iBMG, NIVEL, 2009; ZonMw, 2010) bekijken we de ontwikkelingen vanuit vier perspectieven:

- het perspectief van de patiënt;
- het perspectief van de professional;
- het perspectief van het ziekenhuis als organisatie;
- het maatschappelijk perspectief.

Vanuit ieder perspectief zal op eigen wijze kwaliteit van zorg, volumenormen en gerelateerde organisatieveranderingen worden beoordeeld. Wij analyseren deze beoordelingskaders die in het huidige debat worden gebruikt over concentratie van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Welke aspecten ontbreken of welke domineren? Er zijn zowel bedoelde effecten te verwachten zoals minder complicaties als onbedoelde effecten zoals toename van onnodig medisch handelen om behandelvolumes te behalen. Het analyseren van bestaande beoordelingskaders en de lacunes daarin is op dit moment relevant, omdat er veel ontwikkelingen in het veld plaatsvinden die alle belanghebbenden op hun eigen manier en vanuit hun eigen perspectief bekijken en waarderen. De IGZ, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen hanteren allen hun eigen beoordelingscriteria. Een analyse van deze beoordelingskaders en de omissies en dominante aspecten van deze kaders kan de discussie structureren en aangeven welke aspecten meer aandacht nodig hebben. Het hanteren van de vier uiteenlopende perspectieven biedt bovendien structuur bij het analyseren van bedoelde en onbedoelde effecten van de huidige ontwikkelingen. Ten slotte laat dit onderzoek zien waar de leemten in onze kennis zitten en kan het zo bijdragen aan een dynamische onderzoeksagenda.

1.3 Beleidscontext van concentratie en spreiding

Dat er veel initiatieven zijn op het gebied van concentratie en spreiding van zorg, volgt niet alleen uit voortschrijdend inzicht uit de wetenschappelijke literatuur. Zeker zo belangrijk is de veranderende beleidscontext waarbinnen zorgaanbieders opereren. Met de invoering van gereguleerde marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel, en met name met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, worden aanbieders geacht met elkaar te concurreren op een markt voor ziekenhuiszorg. Zorgverzekeraars kopen zorgproducten voor hun verzekerden door het contracteren van zorg, waarmee zij een substantiële taak hebben gekregen als hoeders van de publieke belangen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg (Van der Grinten, 2006). De overheid draagt, met name door toezicht door de IGZ, zorg voor eisen ten aanzien van de minimumkwaliteit. Wanneer zorgverzekeraars in deze beleidsgedachte onvoldoende oog hebben voor een goede prijs-kwaliteitverhouding, zullen verzekerden 'stemmen met de voeten' en voor een andere zorgverzekeraar kiezen. Binnen de beleidstheorie van gereguleerde marktwerking (Enthoven, 1988; Enthoven en Van de Ven, 2007) wordt vervolgens verwacht dat verzekeraars niet meer met alle aanbieders contracten sluiten maar selectief gaan contracteren. Hierbij doen zij alleen zaken met ziekenhuizen die de beste kwaliteit tegen de laagste prijs leveren. De 'inkoopmacht' die verzekeraars geacht worden te hebben, zouden zij moeten gebruiken om aanbieders te stimuleren om zowel te innoveren op het gebied van de

kwaliteit, alsmede kostenbesparingen te realiseren. Binnen deze beleidscontext is daarmee ook de verwachting dat aanbieders portfoliokeuzes gaan maken: zij gaan kiezen waar zij goed in zijn en zich op toe willen leggen. Ook bepalen zij welk deel van het zorgaanbod zij aan hun concurrenten overlaten. Bedrijfsvoering en strategie van zorgaanbieders zouden daarmee, binnen dit speelveld met de juiste prikkels, een positieve invloed moeten hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Het is niet het doel om met dit onderzoek het empirische realiteitsgehalte van deze beleidspremissen als zodanig te toetsen (zie daarvoor onder andere (Zuiderent-Jerak et al., 2011). In deze studie is het met name van belang om na te gaan hoe deze beleidscontext zich verhoudt tot de praktijk van volume-initiatieven. Wij zullen hier in hoofdstuk 5 in detail op ingaan.

1.4 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:

'Welke beoordelingskaders worden er op dit moment voor het vormgeven van volumebeleid in Nederlandse ziekenhuizen gehanteerd, welke elementen domineren en welke ontbreken daarin, en hoe kunnen volumecriteria kwaliteitsverbetering versterken?'

We beantwoorden deze centrale vraagstelling met behulp van een drietal deelvragen:

1 *'Welke beoordelingskaders worden er op dit moment gehanteerd om vast te stellen wat de relatie is tussen volume en kwaliteit, hoe is daarbij de eenheid van analyse gedefinieerd (ziekenhuis, afdeling, team, specialist) en in hoeverre missen er in de Nederlandse context aspecten die in de internationale literatuur wel genoemd worden?'*

De beantwoording van deze vraag is complex en daarom verder geconcretiseerd in drie subvragen.

1a *'Welke evidentie is er voor de relatie volume-kwaliteitt? Voor welke ingrepen is deze relatie aangetoond en voor welke niet?'*

1b *'Wat is in de internationale literatuur bekend over organisatievormen in relatie tot de kwaliteit van zorg in het kader van de volume-kwaliteitrelatie?'*

1c *'Wat is er bekend over beoordelingskaders van de kwaliteit van zorg in het kader van de volume-kwaliteit relatie?*

Om deze vragen te beantwoorden is in de eerste plaats een beperkt en gericht literatuuronderzoek verricht. Dit onderzoek is vooral gericht op de vraag onder welke organisatorische condities er sprake is van een volume-kwaliteitrelatie en in hoeverre die condities relevant zijn in de Nederlandse context. Tevens is nagegaan in hoeverre die condities deel uitmaken van (Nederlandse) beoordelingskaders. De beantwoording van deze vragen is de basis geweest voor een lijst met aspecten die in beoordelingskaders een rol (zouden moeten) spelen vanuit verschillende perspectieven op kwaliteit van zorg. Over deze aspecten is in interviews met stakeholders in het veld gesproken, om zo hun opvattingen en ervaringen over concentratie en de samenhang met kwaliteit van zorg in de Nederlandse praktijk helder te krijgen.

2 *'Welke initiatieven en projecten lopen er in Nederland op het terrein van concentratie in ziekenhuizen die tot doel hebben om, via volumeveranderingen, te komen tot betere kwaliteit van zorg?'*

In de tweede plaats wilden we zicht krijgen op organisatorische oplossingen voor kwaliteitsproblemen die verondersteld worden voort te komen uit het volume aan medische behandelingen. Daartoe inventariseerden we de manieren waarop in Nederland momenteel 'concentratie van zorg' wordt vormgegeven, bijvoorbeeld door fusies, samenwerkingsverbanden, regionale afstemming en spreiding en schaalvergroting van curatieve behandelingen tussen

afdelingen en ziekenhuizen. Bij deze inventarisatie werd de achtergrond van de organisatorische veranderingen betrokken. De bestaande beoordelingskaders werden geïllustreerd met *casestudies* in vijf concrete Nederlandse situaties. Er is onderzocht of de beoordelingskaders werk- en hanteerbaar zijn en welke aspecten zij (niet) meten die empirisch samenhangen met kwaliteit van de zorg.

3 *'Welke mogelijkheden en beperkingen bieden de geanalyseerde beoordelingskaders voor het evalueren van organisatorische aanpassingen van het zorgproces gericht op volumevergroting?'*

Uiteindelijk hebben alle bovenstaande stappen tot een analyse van de kracht en beperkingen van de beoordelingskaders geleid die nu al gebruikt worden door beleidsmakers, bestuurders, professionals en patiëntenorganisaties. Hierbij is aandacht besteed aan de belangen van alle betrokkenen. Deze analyse heeft geleid tot een overzicht van welke aspecten er nu onderbelicht blijven en hoe deze aspecten toch meegenomen kunnen worden om concentratie van zorg tot kwaliteitsverbetering te doen leiden.

1.5 Het consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg

Het onderzoek is uitgevoerd door NIVEL, IQ healthcare en iBMG, die sinds 2009 samen het consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg vormen. De drie organisaties hebben besloten om hun complementaire onderzoeksexpertise ten aanzien van kwaliteit van zorg te bundelen. Hiermee hopen zij de volgende doelstellingen beter te kunnen realiseren:

- actuele vragen gericht op de kwaliteit van de gezondheidszorg omzetten in wetenschappelijke vraagstellingen en nieuwe wetenschappelijke inzichten vertalen naar en toetsen aan de praktijksituatie;
- een bijdrage leveren aan uitbreiding en verspreiding van de wetenschappelijke kennis over de kwaliteit van zorg en
- het borgen van kennistransfer en implementatie van onderzoeksresultaten door optimaal samen te werken.

Eén van de eerste activiteiten van het consortium was het opstellen van een onderzoeksagenda ten behoeve van ZonMw, die de basis heeft gevormd van het Nationaal Programma Kwaliteit van Zorg. Het doel van dit onderzoeksprogramma is structureel kennis te verwerven over kwaliteit van zorg en over het verbeteren daarvan. Daarbij houdt het programma rekening met ontwikkelingen die de kwaliteit onder druk zullen zetten, zoals de vergrijzing en het dreigende tekort aan verzorgend personeel. Het programma is gericht op het voeden van professionals, beleidsmakers, bestuurders en managers met snel en goed toepasbare kennis (zie ook de website van ZonMw). Inmiddels is een aantal projecten gezamenlijk door de leden van het onderzoeksconsortium uitgevoerd. Dit project is er daar één van.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 staat de vraag centraal welk wetenschappelijk bewijs er is voor de volume-kwaliteit relatie. Hiervoor is een selectie van de literatuur bestudeerd. In hoofdstuk 3 verkennen wij de relatie tussen organisatievormen in de context van de relatie volume-kwaliteit. In hoofdstuk 4 beschrijven wij de beoordelingskaders van de relatie volume-kwaliteit. Zowel met behulp van beleidsrapporten als interviews met Nederlandse professionals, bestuurders, beleidsmakers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties over concentratie van zorg, analyseren wij de beoordelingskader die gebruikt worden om het begrip kwaliteit in de relatie volume-kwaliteit te beschouwen. In hoofdstuk 5 wordt in concrete Nederlandse situaties, te weten vijf casestudies, bekeken hoe vanuit de verschillende beoordelingskaders gekeken wordt naar de mate waarin concentratie en spreiding van zorg als succesvol wordt beoordeeld. Hoofdstuk 6 tenslotte brengt de inzichten vanuit de deelstudies bijeen en doet aanbevelingen voor de gehanteerde beoordelingskaders en de onderzoeksagenda.

2 Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie volume-kwaliteit

Carolien de Blok, Phil Heiligers en Tijn Kool

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de evidentie van de relatie tussen volume en kwaliteit. Hierbij maken we gebruik van enkele grote internationale overzichtstudies. Deze inventarisatie biedt een globaal beeld voor welke ingrepen en aandoeningen deze relatie is aangetoond. In het tweede hoofdstuk beantwoorden we zo de eerste deelvraag: *'Welke evidentie is er voor de relatie volume-kwaliteit? Voor welke ingrepen wordt deze relatie aangetoond en voor welke niet?'.* Bij het beantwoorden van deze vraag pretenderen we niet uitputtend te zijn. We geven een globale indicatie op basis van de bestudeerde literatuur.

2.2 Selectie van overzichtstudies

Voor de beantwoording van deze vraag kan geput worden uit veel studies. Wij hebben gekozen om met name gebruik te maken van vier overzichtsstudies. Deze hebben een breed scala aan aandoeningen en ingrepen onderzocht: Halm et al., 2002, Dudley et al., 2000, Wittenberg et al., 2005 en Glanville et al., 2010. Reden voor deze keuze is dat ze samen een breed scala van aandoeningen beslaan. Wittenberg et al. richtten zich met name op studies over kankergerelateerde chirurgische ingrepen. Glanville et al. richten zich juist op de andere chirurgische behandelingen en enkele aandoeningen van beschouwende specialismen. Halm et al. richten zich op een combinatie van oncologie-gerelateerde chirurgie en overige chirurgie. Dudley et al. schetsen een beeld van studies naar diverse cardiologiegerelateerde ingrepen op ziekenhuisniveau.

2.3 Globale beschrijving

Uit de overzichtsstudies blijkt dat voor een groot aantal aandoeningen en ingrepen onderzoek verricht is naar het effect van volume op de resultaten van de behandeling. Een overzicht van de onderzochte ingrepen en aandoeningen, en de bevindingen ten aanzien van de relatie tussen volume en kwaliteit, is weergegeven in tabel 2.1. Sommige studies tonen een positieve relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Daarom gaan velen uit van de premisse dat een hoger volume leidt tot betere zorguitkomsten (Halm et al., 2002; Wittenberg et al., 2005; Glanville et al., 2010). Uit tabel 2.1 blijkt dat deze bevindingen echter niet eenduidig zijn. De relatie is bijvoorbeeld niet eenduidig bij coronaire bypass chirurgie en arteriële bypass operaties van de onderste extremiteiten. Ook kan de omvang van de relatie verschillen voor verschillende procedures en aandoeningen of laten studies per analyseniveau een andersoortige relatie zien. Geen enkele studie toont overigens een negatieve relatie aan tussen volume en kwaliteit van zorg. De relatie tussen volume en kwaliteit is dus geen wetmatigheid en is afhankelijk van tenminste vier zaken: het type aandoening of behandeling, het niveau van analyse, de operationalisering van kwaliteit en methodologische keuzes. Deze relaties worden in de volgende paragrafen nader besproken.

2.1 Type aandoening of behandeling

Wanneer we in tabel 2.1 kijken naar de aandoeningen of behandelingen die in meer dan één van de bovengenoemde overzichtsstudies zijn meegenomen, dan blijkt dat voor vijf aandoeningen en behandelingen eenduidig bewijs is gevonden tussen volume en kwaliteit. Dit zijn electieve

chirurgie van een verwijding van de buikslagader (AAA-operatie), operatieve verwijdering bij alvleesklierkanker, operatieve verwijdering bij slokdarmkanker, hartchirurgie bij kinderen en HIV/AIDS. Deze ingrepen of behandelingen worden gezien als risicovol en complex. Voor andere aandoeningen zijn de bevindingen niet eenduidig zoals blijkt uit tabel 2.1.

Tabel 2.1 Samenvatting van de vier overzichtsstudies naar de relatie volume-uitkomsten

		Dudley (zkh niveau)	Halm (zkh en artsniveau)	Wittenberg (zkh en artsniveau)	Glanville (zkh en artsniveau)
Cardiovasculair	**Operatie van een verwijding van de buikslagader**		zkh: niet gescheurd, arts: gescheurd	zkh en arts	zkh en arts
	Hartchirurgie bij kinderen		zkh en arts		zkh en arts
	Operatie vernauwde halsslagader		arts en zkh		
	Coronaire bypass chirurgie		arts en zkh		
	Arteriële bypass operatie in onderste extremiteiten				
	Harttransplantatie				
	PTCA				
Oncologie gerelateerd	**Alvleesklierkankerverwijdering**		zkh en arts		zkh
	Slokdarmkankerverwijdering		zkh	zkh en arts	zkh
	Slokdarmkankerbehandeling				zkh en arts
	Darmkankerbehandeling		arts		arts
	Darmkanker niet gespecificeerd				zkh en arts
	Darmkankerverwijdering			arts	zkh
	Blaaskankerverwijdering			arts	arts
	Mammachirugie			arts	
	Prostaatverwijdering		zkh	arts	
	Rectumverwijdering			arts	
	Maagkankerverwijdering			arts	
	Leverkankerverwijdering				zkh
	Longkankerverwijdering				zkh
	Longkankerbehandeling				zkh
Overig	**HIV/AIDS**		zkh		zkh
	Wervelkolom en nekoperties				zkh
	Levertransplantatie				zkh
	Totale knievervanging			zkh	zkh
	Cerebrale aneurysma operatie				
	Niertuberculose behandeling				zkh

licht grijs = er is een eenduidige, significante en positieve relatie gevonden tussen volume en kwaliteit in diverse studies
grijs = er is geen eenduidige, significante en positieve relatie gevonden tussen volume en kwaliteit in diverse studies
wit = de aandoening is niet onderzocht
vet = in minimum drie van de vier overzichtsstudies die de aandoening onderzocht hebben is een relatie aangetoond tussen volume en uitkomsten
zkh = er is op ziekenhuisniveau een relatie aangetoond
arts = er is op microniveau een relatie aangetoond

Tabel 2.2 Gebruikte indicatoren in studies naar volume-uitkomst relatie, onderverdeeld in uitkomst, proces en structuurindicatoren

	indicator	aandoening/ingreep gebruikt in studies, onafhankelijk van al dan niet significantie
Uitkomst	Mortaliteit (ziekenhuis, 30-dagen, 2 jaar, 5 jaar, postoperatief, operatief, in-hospital, perioperatief, absoluut,	(Gedeeltelijke) alvleesklierverwijdering, slokdarmverwijdering, maagresectie, verwijdering van dike darm, rectumverwrijdering, blaasverwijdering, blaaskanker,prostaatverwijdering, nierverwijdering, borstchirurgie, longverwijdering, kankerchirurgie, totale heupvervanging, totale knievervanging, staarbehandeling, vaatchirurgie, cardiovasculair AAA, cardiovasculair vaatverwijden, cardiovasculair CABC, dotteren van halsslagader, hoge bloeddrukrisico, othopedisch trauma, stofwisselings-, urogenitale, kinder-hart-chirurgie, behandeling van HIV/AIDS, chirurgie van ongescheurde abdominale aorta reparatie, bypass operatie aan aders in onderste extremiteiten, coronaire bypass operatie, coronaire angioplastiek, hart transplantatie, chirurgie van hersen aneurisme,acuut abdominale aorta aneurisme, acuut hartinfarct, beroerte, hartfalen(In: Halm et al.2002, Dudley et al., 2000, Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
	Overleving (overall, 1-jaar, 5-jaar	Borstchirurgie, hoge bloeddruk risico, stofwisseling, (In :Halm et al.2002, Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010
	Complicaties	(Gedeeltelijke) prostaatverwijdering, totale heupvervanging, totale knievervanging, aneurysma, dichtgeslibde halsslagader, CABC, hoge bloeddrukrisico, orthopedisch trauma, stofwisselings-, urogenitale problemen(In: Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
	Infecties	Totale heupvervanging, totale knievervanging . (In:Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
	Aantal ligdagen/ligduur	Kankerchirurgie, aneurysma chirurgie, dotteren halsslagaders, CABC, hoge bloeddruk risoico's, trauma, stofwisseling, urogenitaal. (In:Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
	Aantal heroperaties	totale knievervanging, orthopedisch (In: Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
	Heropname (overall, 30-dagen)	CABC, orthopedisch, stofwisseling, urogenitaal, hartfalen (In: Halm et al.2002, Wittenberg et al., 2005, Glanville et al., 2010)
Proces	Gebruik van evidence based processen	Rectumverwijdering (Schrag et al., 2002 in Birkmeyer et al., 2006); blaaskanker (Hollenbeck et al., 2007); borstchirurgie (Gooiker et al., 2010, Vrijens et al., 2012), kankerchirurgie (Birkmeyer et al., 2006); acute hartinfarct (Chen et al, 1999 in Birkmeyer et al., 2006), beroeerte (Obbu et al., 2010),
	Aanwezigheid van behandelprotocollen	Abdominale aorta aneurysm reparatie, dotteren van halsslagaders, bypass operatie in lagere extremiteiten, CABG, coronaire angioplastiek,harttransplantatie, hart chirurgie bij kinderen, alvleesklier kanker chirurgie,slokdarmkanker chirurgie, chirurgie bij hersen aneurisme (Elexihauser et al., 2003)
Structuur	Arts en arts in opleiding ratio's	Abdominale aorta aneurysm reparatie, bypass operatie in lagere extremiteiten, alvleesklier kanker chirurgie,slokdarmkanker chirurgie(Elexihauser et al 2003)
	Verpleegkundige - staf ratio's	Abdominale aorta aneurysm reparatie, dotteren van halsslagaders, bypass operatie in lagere extremiteiten, CABG, coronaire angioplastiek, , alvleesklier kanker chirurgie,slokdarmkanker chirurgie, chirurgie bij hersen aneurisme (Elexihauser et al,. 2003)
	Opleidingsstatus	Abdominale aorta aneurysm reparatie, dotteren van halsslagaders, bypass operatie in lagere extremiteiten, CABG, coronaire angioplastiek, hart chirurgie bij kinderen, alvleesklier kanker chirurgie, slokdarmkanker chirurgie, chirurgie bij hersen aneurisme(Elexihauser et al., 2003)
	Locatie	Abdominal aortic aneurysm reparatie, dotteren van halsslagaders, , bypass operatie in lagere extremiteiten, CABG coronaire angioplastiek,hart tgransplantatie, alvleesklier kanker chirurgie, slokdarmkanker chirurgie,chirurgie bij hersen aneurisme (Elexihauser et al., 2003)
	Eigenaarschap	Abdominal aortic aneurysm reparatie, dotteren van halsslagaders, , bypass operatie in lagere extremiteiten, CABG, Coronary angioplasty, , hart chirurgie bij kinderen, alvleesklier kanker chirurgie, slokdarmkanker chirurgie,chirurgie bij hersen aneurisme (Elexihauser et al., 2003)

Een algemene conclusie die in de overzichtsstudies naar voren komt is dat de meest consistente relaties gevonden zijn voor complexe hoogrisico ingrepen. De omvang van de volume-kwaliteit relatie is meer bescheiden of minder eenduidig bij technisch minder complexe ingrepen (Halm et al., 2002; Wittenberg et al., 2005).

Met betrekking tot de onderzochte aandoeningen of behandelingen is het opvallend dat studies zich tot nu toe vooral gericht hebben op de chirurgische ingrepen. Beschouwende specialismen met uitzondering van HIV/AIDS komen nauwelijks aan bod. In een recente studie laten Joynt et al. (2011) voor behandeling van hartfalen wisselende effecten op uitkomsten van zorg zien. Overeenkomstig met veel studies naar snijdende specialismen laat deze studie zien dat meer volume leidt tot een lagere mortaliteit. Dit zorgt voor de onderzochte aandoening echter tot hogere zorgkosten, in tegenstelling tot bevindingen van studies naar snijdende specialismen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan liggen in het verschillende karakter van beide specialismen: bij beschouwende specialismen kan meer volume snel gepaard gaan met meer personeel. Bij snijdende specialismen kan meer volume leiden tot minder complicaties, een verlaging in het aantal ligdagen en daarmee een kostendaling (Joynt et al., 2011)

2.2 Analyseniveaus in de relatie volume-uitkomst van zorg

De meeste studies naar de volume-kwaliteitrelatie richten zich op volume op het niveau van het ziekenhuis. Daarnaast zijn er studies die zich richten op het analyseniveau van de individuele medisch specialist. Zoals te zien is in tabel 2.1 zijn op ziekenhuisniveau de meest consistente relaties te zien voor chirurgie bij alvleesklierkanker en slokdarmkanker, hartchirurgie bij kinderen, behandeling van AIDS en niet-gescheurde AAA-operaties. Op artsniveau waren de meest sterke relaties te zien voor alvleesklierkanker, gescheurde AAA-operaties, hartchirurgie bij kinderen, darmkankerbehandeling en blaasverwijdering. Bij deze ingrepen speelt ook de complexiteit van de ingreep een rol in het al dan niet optreden van een volume-kwaliteitrelatie voor de verschillende analyseniveaus. Burgers et al. (2007) vatten, op basis van Wittenberg et al. (2005), samen dat voor gecompliceerde operaties chirurgische expertise van belang is voor een goed resultaat, naast de ziekenhuisorganisatie en multidisciplinaire samenwerking. Bij technisch minder moeilijke operaties is mogelijk niet zozeer de chirurg maar de organisatie binnen het ziekenhuis van invloed op kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen.

Over de relatieve bijdrage van het artsvolume en ziekenhuisvolume aan de uitkomsten van zorg is echter nog veel onbekend (Halm et al., 2002). Daarom is voorzichtigheid geboden in het formuleren van beleidsadviezen. Selectieve verwijzing naar hoogvolume ziekenhuizen hoeft niet perse positieve effecten te hebben: een laag volume arts in een hoog volume ziekenhuis kan slechtere resultaten boeken dan een mediumvolume arts in een mediumvolume ziekenhuis (Halm et al., 2002). Ook verwijzing op basis van alleen artsvolume hoeft niet perse te leiden tot positieve uitkomsteffecten. Ook andere kenmerken van de arts kunnen invloed hebben op de uitkomsten. In een systematische review naar de relatie tussen klinische ervaring en prestaties lieten Choudhry et al. (2005) zien dat artsen die langer in de praktijk werken en oudere artsen minder feitelijke kennis hebben, minder geneigd zijn zich te houden aan de geldende zorgstandaarden en ook slechtere patiëntuitkomsten hebben. Ziekenhuisvolume en artsenvolume lijken niet zonder meer los van elkaar gezien te kunnen worden. In dit kader benadrukken Christian et al (2005) dat ziekenhuisvolume en artsvolume beide op hun eigen manier invloed hebben op kwaliteit. Bij de relatie tussen ziekenhuisvolume en kwaliteit spelen institutionele karakteristieken zoals bezettingsgraad, locatie en onderwijsstatus een rol. Bij de relatie tussen specialistvolume en kwaliteit spelen eerder factoren zoals technische bekwaamheid en kwaliteit van besluitvorming.

In de gebruikte overzichtsstudies wordt weinig aandacht besteed aan een derde analyseniveau, dat van het (multidisciplinaire) team dat zorg verleent aan de patiënt. In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat wellicht niet alleen de ervaring van de individuele arts, maar juist ook de ervaring van het team een rol speelt in het al dan niet optreden van een relatie tussen volume en kwaliteit. Daarnaast wordt het hebben van multidisciplinaire teams en multidisciplinair

overleg in diverse studies meegenomen als indicator van kwaliteit van de zorgverlening (Vrijens et al., 2012; Hogan et al., 2008).

2.3 Operationalisering van kwaliteit

In onderzoek naar de volume-kwaliteitrelatie is kwaliteit een breed begrip dat wordt geoperationaliseerd in verschillende uitkomstmaten. Mortaliteit is de meest gebruikte uitkomstmaat en wordt gebruikt als uitkomstmaat voor bijna alle onderzochte aandoeningen en ingrepen zoals blijkt uit tabel 2.2. Bij veel studies naar cardiovasculaire en oncologiegerelateerde aandoeningen wordt mortaliteit als enige uitkomstmaat gebruikt. Bevindingen ten aanzien van volume en mortaliteit zijn niet altijd eenduidig. Glanville et al. (2010) laten zien dat voor, bijvoorbeeld, coronaire bypass chirurgie, dotteren van halsslagaders en operatie van gescheurde abdominale aorta de ene studie een positieve relatie laat zien tussen volume en mortaliteit, terwijl andere studies een onduidelijke of geen relatie aantonen tussen volume en mortaliteit voor dezelfde ingreep. Verschillende studies halen aan dat mortaliteit niet voor alle ingrepen een relevante uitkomstmaat is (Glanville et al., 2010, Wittenberg et al., 2005). Glanville et al. (2010) betogen dat mortaliteit zeker niet gebruikt moet worden voor laagrisico ingrepen. Ook is mortaliteit niet altijd gemakkelijk te vergelijken tussen ziekenhuizen vanwege verschillen in ontslagprocedures en is mortaliteit nog altijd een zeldzame gebeurtenis waardoor vertekening in de resultaten kan optreden.

Zoals uit tabel 2.2 blijkt zijn er ook andere uitkomstmaten die gebruikt worden om de relatie tussen volume en kwaliteit in beeld te brengen. Overleving wordt vooral gebruikt bij oncologie gerelateerde studies. Complicaties worden als uitkomstmaat in verschillende studies gebruikt, evenals opnameduur. Infecties en heroperaties worden voornamelijk gebruikt bij orthopedische ingrepen. Heropname wordt gebruikt in studies naar cardiovasculaire aandoeningen en bij orthopedische ingrepen. Patiënttevredenheid en kwaliteit van leven worden soms aanbevolen als alternatieven in plaats van mortaliteit, die als uitkomstmaat ongeschikt wordt geacht als er niet gecontroleerd is voor morbiditeit (Hogan et al., 2008).

In vrijwel alle studies waar 'mortaliteit' de uitkomstmaat is, laat een meerderheid van de geïncludeerde studies steeds een significante relatie zien met hoogvolume ziekenhuizen en aanbieders (zie bijlage 2 voor een uitgebeid overzicht). In studies waar de gestandaardiseerde mortaliteit aan volume gerelateerd is, blijkt een hoog volume niet tot de beste prestaties te leiden. Zorgstructuur en zorgprocessen zijn de relevante voorspellers. Ook studies die overleving als uitkomstmaat hanteren, geven in meerderheid een significante negatieve relatie aan met een hoog volume.

De overzichtsstudies besteden in mindere mate aandacht aan de relatie met procesmaten en structuurmaten (Donabedian, 1980; Christian et al., 2005). Als procesindicator geldt soms bijvoorbeeld het gebruik van evidence based processen in de behandeling van een aandoening. Deze indicator wordt gebruikt in diverse typen oncologische chirurgie, maar ook bij een hartaanval en beroerte. Als structuurindicatoren gelden daar opleidingsstatus van ziekenhuis, bestaan van gespecialiseerde IC's en/of operatiekamers en de verhouding personeel/patiënten. Elixhauser et al. (2003) onderzocht, op basis van Dudley et al.(2000), voor tien ingrepen de invloed van diverse structuurvariabelen en liet onder meer zien dat laagvolume ziekenhuizen minder arts-assistenten/specialisten en geregistreerde verpleegkundigen per 100 bedden hebben. In een studie binnen de Europese overzichtsstudie van Kidher et. al., 2010 werd een geprefereerde techniek voor hartklepvervanging (biologische in plaats van mechanische) meer toegepast in ziekenhuizen met een groot volume, in *for profit* ziekenhuizen en ziekenhuizen met een hoge opleidingsstatus.

2.4 Methodologische overwegingen

Alle auteurs geven een reflectie op de methodologische kwaliteit van de studies die ten grondslag lagen aan de overzichtsstudies. Zij plaatsen verschillende kanttekeningen waardoor het

lastig is een eenduidig beeld te schetsen van de relatie tussen volume en uitkomsten:

- De drempel tussen hoog- en laagvolume loopt uiteen en kan aanzienlijk verschillen per studie. Wat voor de ene studie als laagvolume wordt gezien, wordt in een andere studie als hoogvolume meegenomen. Hierdoor zijn de uitkomsten van verschillende studies moeilijk met elkaar te vergelijken (Halm et al, Wittenberg et al, Glanville et al).
- Een deel van de studies is niet of niet goed gecorrigeerd voor casemix terwijl dit essentieel is om te controleren voor verschillen in de onderzochte ziekenhuispopulaties. Halm et al tonen aan dat studies die methodologisch gezien meer geavanceerde correctieprocedures gebruikten, minder vaak een relatie tussen volume en uitkomsten aantonen.
- Mortaliteit is vaak gebruikt als uitkomstmaat, ook wanneer deze niet daarvoor geschikt is. Het is meestal de enige betrouwbare en vergelijkbare maat die beschikbaar is (Halm et al., 2002; Wittenberg et al., 2005; Glanville et al., 2010). Hierdoor is het mogelijk dat voor een bepaalde ingreep of behandeling tot nu toe geen (eenduidige) relatie tussen volume en kwaliteit is aangetoond, terwijl deze met een andere, beter passende operationalisering van kwaliteit wellicht wel aanwezig kan zijn.
- Er moet rekening gehouden worden met selectiebias en publicatiebias. Auteurs kunnen verschillende belangen hebben bij het publiceren van positieve of negatieve resultaten (Wittenberg et al., 2005).
- Veel studies zijn gedaan vanuit een statisch perspectief. Zo wordt gekeken naar het aantal ingrepen per jaar zonder rekening te houden met een leereffect dat kan optreden (Wittenberg et al., 2005). Ook wordt nauwelijks rekening gehouden met natuurlijke verandering door de tijd in caseload en complicatiecijfers (Halm et al., 2002). Omdat veel studies worden gedaan op basis van cijfers uit het verleden, is onduidelijk in hoeverre bevindingen de huidige werkelijkheid in de volume-kwaliteitrelatie aan het licht brengen.

Hierbij komt dat het aantal in Nederland uitgevoerde studies beperkt is. Wittenberg et al. (2005) geven in hun literatuurstudie aan dat Nederlandse studies bestaan voor slokdarm- (Van Lanschot, 2001) en alvleesklierchirurgie (Gouma et al., 2000). Beide vinden een effect van volume op mortaliteit. Een Nederlandse studie naar de relatie tussen volume van maagverwijdering wegens maagcarcinoom laat geen significante relatie zien met kwaliteit (Damhuis et al., 2002). Enkele andere studies, waaronder twee uit de VS, vinden die relatie wel. De meeste bovengenoemde studies zijn verricht in de VS op basis van data van verzekeringsmaatschappijen. De daar gevonden resultaten zijn niet zonder meer te extrapoleren naar de Nederlandse situatie, omdat de Nederlandse gezondheidszorg anders is ingericht en omdat hoogvolume ziekenhuizen in de VS in absolute zin meer ingrepen verrichtten dan hoogvolume ziekenhuizen in een klein land zoals Nederland (Wittenberg et al., 2005).

2.5 Conclusie

De consistentie en de sterkte van de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg verschilt per type ingreep of aandoening. De relatie is het meest consistent voor hoogrisico ingrepen. De relatie volume-kwaliteit hangt ook af van het analyseniveau waarop de volume-effecten bestudeerd zijn. Op ziekenhuisniveau spelen andere begeleidende factoren een rol dan op specialistniveau. Met name voor gecompliceerde operaties is chirurgische expertise van groot belang voor goede kwaliteit, naast diverse andere aspecten van zorgverlening. Bij minder gecompliceerde operaties is ziekenhuisvolume meer bepalend. Daarmee lijken ziekenhuis- en artsvolume twee kanten van dezelfde medaille te belichten, omdat beide verschillende aspecten van kwaliteit vertegenwoordigen. Ook de gekozen operationalisatie van kwaliteit, in verschillende typen uitkomst-, proces- en structuurmaten, beïnvloedt of al dan niet een relatie tussen volume en kwaliteit wordt aangetoond. Mortaliteit wordt voor bijna alle aandoeningen en ingrepen als uitkomstmaat gebruikt, maar is niet altijd passend. Er kan daarom zeker niet gesproken worden van een eenduidige relatie tussen volume en kwaliteit van zorg.

3 Organisatievormen en kwaliteit van zorg: de vele dimensies van de volume-kwaliteit relatie

Phil Heiligers, Carolien de Blok en Tijn Kool

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt expliciet het verband aan de orde tussen organisatievormen en de kwaliteit van zorg, bekeken vanuit de volume-kwaliteitrelatie. De hypothese is dat de relatie tussen volume en kwaliteit door veel factoren wordt beïnvloed. Hierbij baseren wij ons vooral op internationale studies. Om de tweede deelvraag te beantwoorden '*Wat is in de internationale literatuur bekend over organisatievormen in relatie tot de kwaliteit van zorg in het kader van de volume-kwaliteitrelatie?'* zijn zeventien internationale reviews over deze relatie geselecteerd uit de periode 2005 tot op heden. Tevens hebben we drie beschouwende artikelen over de relatie kwaliteit en volume bestudeerd (Dudley et al., 2000; Finlayson et al., 2006; Hogan et al., 2008). Bij de selectie van de reviews was het belangrijkste criterium dat het om een systematisch uitgevoerde review ging over de volume-kwaliteit relatie bij verschillende aandoeningen of ingrepen. Ook hebben wij een landelijke longitudinale studie naar borstkanker geïncludeerd, omdat in deze studie veel aandacht was besteed aan organisatieprocessen die bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit (Vrijens et al., 2012). De meeste studies noemen vooral kenmerken van organisatiestructuur en gaan niet in op de organisatieprocessen. Twee studies die met name het belang van de inzet van verplegend personeel naast medisch specialisten analyseren, hebben wij tevens meegenomen (Metnitz et al., 2008; Rimar et al., 2006). Ten slotte hebben wij enkele Nederlandse studies bestudeerd vanwege de actualiteit. Dit betreft een beschouwend stuk met kritische kanttekeningen vanuit de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Zuiderent-Jerak et al., 2011) en een artikel van Berden (Berden et al., 2011). Ook hebben we een studie meegenomen die is uitgevoerd in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (Vandermeulen et al., 2012). In deze studie worden de organisatievormen en herverdeling van basisvoorzieningen zoals spoedeisende hulp, verloskunde en IC besproken, gerelateerd aan criteria van kwaliteit.

We hebben gekozen voor een diversiteit aan aandoeningen en landen. Deze diversiteit is te zien in bijlage 2 waarin uitvoerige informatie van de bestudeerde reviews wordt gegeven. Hier is per review vermeld op welke aandoeningen de besproken studies betrekking hebben.

3.2 Organisatievormen

Hoe benaderen de studies het begrip 'organisatievormen'? De meeste studies analyseren de organisatie op mesoniveau, te weten gespecialiseerde multidisciplinaire teams die bijvoorbeeld oncologische aandoeningen behandelen en/of complexe ingrepen verrichten. In vrijwel alle reviews wordt bevestigd dat dit type behandeling betere resultaten oplevert naarmate het ziekenhuisvolume en soms ook het specialistenvolume groter is. In een aantal reviews wordt benadrukt dat niet alleen de deskundigheid van het 'operatieteam', maar ook de preoperatieve risico-inventarisatie en de postoperatieve begeleiding en nabehandeling in belangrijke mate bijdragen aan de positieve resultaten. Ook de deskundigheid voor pre- en postoperatieve zorg zijn het meest te vinden op locaties waar het volume het hoogst is (ziekenhuis en/of specialistenvolume). Hetzelfde geldt voor faciliterende apparatuur en middelen.
Een tweede invulling van de term 'organisatievormen' is op macroniveau door het analyseren van de invloed van regionalisering op kwaliteit. Op dit niveau gaat het om fusies, samenwerkingsverbanden en ook de concentratie van bijvoorbeeld gespecialiseerde IC-afdelingen die gelieerd zijn aan hoogvolume ziekenhuizen, gericht op aandoeningen die complexe behandeling vergen (Vandermeulen et al., 2012).

3.3 Beïnvloedende factoren bij de relatie volume-kwaliteit

De meeste studies zijn niet gericht op het aantonen van achterliggende invloeden. Deze worden in de reviews meestal aan de orde gesteld in de discussies en zijn dus eerder beschouwend en interpreterend dan gebaseerd op hypothesetoetsing. Enkele reviews geven een kritische beschouwing op de relatie volume-kwaliteit (Finlayson et al., 2006; Hogan et al., 2008) of presenteren zelfs een alternatieve benadering waarbij procesindicatoren een belangrijke rol spelen (Kuhri et al., 2005). Wij delen de gevonden factoren die de relatie tussen de organisatievorm en relatie volume-kwaliteit bepalen, in in drie categorieën (Khuri et al., 2005; Bilimoria et al., 2009) te weten organisatiekenmerken, proceskenmerken en zorgverlenerkenmerken. Deze worden in de komende paragrafen behandeld.

3.3.1 Organisatiekenmerken en de volume-kwaliteit relatie

Tabel 3.1 geeft de organisatiekenmerken aan die aan de orde komen in de bestudeerde overzichtstudies. Het gaat hier respecitevelijk om structuurkenmerken, contractuele/financiële afspraken en richtlijnen en standaarden.

Tabel 3.1 Kenmerken van zorgorganisaties als beïnvloedende factoren in de volume-kwaliteit discussie[1]

	specifieke kenmerken	landelijk/ regionaal beleid	ziekenhuis	zorgverleners	patiënt
Structuur kenmerken	Beschikbaarheid van ondersteunende diensten en infrastructuur		2,7,8,11,16,18	8, 20	
	Stafsamenstelling: aantal en typen zorgverleners die nodig zijn voor een bepaalde afdeling/dienst		7,8,16,18	7,8,16, 19	
	Informatiesystemen/databases	9	9,11,12,18		
Contractuele en financieringsafspraken	Tussen en met ziekenhuizen, medische teams en individuele artsen	11, 13, 17,18			
Klinisch management	Richtlijnen	3	3	3,18	3
	Reminders			18	
	Disease management programma's/zorgstandaarden		18	18	
Administratief beleid	Poortwachters		18	18	
	Voorschriften voor goedkeuring			18	
	Controle op gebruik/toepassingen			18	
Patiëntgericht beleid	Reminders				18
	Vereist patiëntbijdrage in betaling				18
Normatieve invloeden	Beleidsplan		18	18	
	Groepscultuur		18	18	
Support			8,12	8,12	

[1] de nummers in de kolommen zijn verwijzingen naar de literatuurlijst

Uit tabel 3.1 blijkt dat structuurkenmerken het meest worden genoemd, met name structuurkenmerken op ziekenhuis- of zorgverlenersniveau. Een eerste structuurkenmerk is de beschikbaarheid van infrastructurele middelen, techniek en ondersteuning. De reviews

benadrukken dat in hoogvolume ziekenhuizen de voorhanden consultatieve, diagnostische en ondersteunende dienstverlening het werk van de teams als vanzelfsprekend faciliteert (Hogan et al., 2008). Ook Van den Broek et al. (2006) en Wilt et al. (2008) geven aan dat een goede ondersteunende ziekenhuisorganisatie van belang is voor de volume-kwaliteitrelatie. Het aanwezig zijn van gespecialiseerde IC-eenheden en operatiekamers wordt bijvoorbeeld als basisvoorwaarde genoemd (Christian et al., 2005). Op basis van een eerste verkenning door Aitken en Sloane (1997) hebben Rimar en Diers (2006) aangetoond dat de kwaliteit van zorg verbetert, evenals de kwaliteit van het werk, als het verplegend personeel in verpleegunits werkt waar veel patiënten met dezelfde diagnose worden opgenomen. De relatie tussen patiëntvolume en kosten was significant negatief; de relatie met de opnameduur en mortaliteit was minder eenduidig.

Een tweede structuurkenmerk is de samenstelling van de staf. Zowel gespecialiseerde chirurgen als ondersteunende deskundigen spelen een grote rol in het behalen van positieve resultaten. Dit geldt ook voor deskundigen gericht op nazorg na ontslag uit het ziekenhuis (Christian et al., 2005; Hogan et al., 2008; Wilt et al., 2008). Op IC's geldt bijvoorbeeld dat een hoge patiënt/IC-verpleegkundige ratio en de mate waarin patiënten met eenzelfde diagnose behandeld worden gerelateerd zijn aan een lagere sterftekans (Metnitz et al., 2009).

Een derde structuurkenmerk op ziekenhuisniveau betreft de beschikbaarheid van informatiesystemen, waarmee veel pre- en postoperatieve processen ondersteund worden. Als administratieve systemen gebruikt worden als basis voor dataverzameling wordt vaak gewezen op de foutenmarges in de registratie (Holt et al.,2007; Van den Broek et al., 2006). Vaak worden echter risicofactoren en andere patiëntgegevens onvoldoende gedetailleerd in kaart gebracht en ook niet op vergelijkbare wijze (Miyata et al., 2007). Miyata et al. (2007) pleit ook voor een aanpak op landelijk niveau om vergelijkbaarheid en eenduidigheid in de systemen te realiseren.

Een organisatiekenmerk dat vaker aan de orde komt in de reviews betreft contractuele en financiële afspraken. Dit speelt in de volume-kwaliteit relatie een rol op regionaal en landelijk niveau. Een voorbeeld is dat in het kader van regionale centralisatie onder andere als voorwaarde voor implementatie werd gesteld, dat er tussen ziekenhuizen op regionaal niveau verwijsnetwerken geformaliseerd moeten worden (Holt et al., 2007). In een vergelijkende review van Canadese en Amerikaanse ziekenhuizen kwam naar voren dat verschillen in de relatie volume-kwaliteit samenhingen met het type financiering en de mate van kleinschaligheid van de organisatie van de zorg (Urbach et al., 2005).

In beschouwende overzichtstudies wordt het verwijzen naar hoogvolume ziekenhuizen gezien als een strategie van de financiers van zorg (Finlayson et al., 2006), die niet direct op de kwaliteit van zorg gericht is (Christian et al., 2005). Deze verwijsstrategie wordt bovendien alleen van toepassing geacht op specifieke, relatief kleine delen van de chirurgische zorg, die op logistieke problemen stuit zoals de lange afstanden voor patiënten en de transfer van patiënten naar andere ziekenhuizen voor de nazorg.

Een ander organisatiekenmerk dat de volume-kwaliteitrelatie beinvloedt betreft richtlijnen en standaarden. Er worden ook nog andere organisatiekenmerken genoemd in de reviews met name in Dudley et al. Voorbeelden zijn administratief beleid, patiëntgericht beleid, normatieve invloeden en support vanuit het ziekenhuis.

3.3.2 Proceskenmerken en de volume-kwaliteit relatie

De proceskenmerken zijn samengevat in tabel 3.2.

Het meest expliciet zijn procesindicatoren beschreven in een Belgische nationale studie naar borstkankerpatiënten (Vrijens et al., 2012). Van alle vrouwen die tussen 2004 en 2006 de diagnose borstkanker kregen, werden tot vijf jaar daarna registratiegegevens verzameld, waaronder ook procesgegevens. De procesindicatoren die in deze studie gebruikt zijn, werden op basis van

literatuurstudie en de Belgische klinische richtlijnen geselecteerd. Van de elf procesindicatoren waren er zes gerelateerd aan ziekenhuisvolume. Deze zes procesindicatoren zijn vermeld in tabel 3.2. Deze hebben we aangevuld met drie indicatoren uit andere studies: risicocorrectie (Killeen et al., 2006; Holt et al., 2007; Khuri et al., 2005), de score op veiligheid (Gooiker et al., 2011) en thuiszorgrapportages (Miyata et al., 2007).

Tabel 3.2 Processen van zorgorganisaties als beïnvloedende factoren in de volume-kwaliteit discussie[1]

	specifieke aspecten	landelijk/ regionaal beleid	ziekenhuis	zorgverleners	patiënt
Processen/procedures in zorgorganisaties	Aantal multidisciplinaire consultaties			4, 7	
	Aantal juiste diagnostische en ziektefase bepalende technieken			2, 4	
	Aantal meest recente/geprefereerde operatietechnieken (bijvoorbeeld borstbesparende ingreep)			1, 4	
	Aantal behandelingen in verschillende stadia			2, 4, 6, 8	
	Aantal aanvullende therapieën		4,7,9	4, 7, 9	
	Mate waarin meest adequate follow-up strategie gekozen wordt		4	2, 4, 10	
Sturen op risico's	Systematische inventarisatie van risicofactoren		10, 11, 15	10, 11	3, 7, 10, 11
Score op veiligheid			2	2	
Thuiszorgrapportage				9	9

[1] de nummers in de kolommen zijn verwijzingen naar de literatuurlijst over organisatievormen

Vrijwel alle procesindicatoren spelen een rol op het niveau van de zorgverleners en een deel op ziekenhuisniveau. De zes procesindicatoren die meer in hoogvolume ziekenhuizen naar voren kwamen dan in laagvolume ziekenhuizen zijn (Vrijens et al., 2012):

1 het percentage patiënten dat tijdens het multidisciplinaire overleg besproken wordt. Deze indicator werd niet alleen expliciet genoemd en aangetoond in de Belgische studie, maar ook benadrukt door Hogan et al. (2008).
2 het aantal juiste diagnostische en ziektefase bepalende technieken. Naast de Belgische studie gaf ook Gooiker et al. (2011) aan dat de keuze van diagnostische procedures samen met andere klinische bronnen zoals radiologische interventies en variëteit aan specialisten in de staf een belangrijke bijdrage leveren aan het behalen van positieve resultaten.
3 het aantal keer dat de meest recente of geprefereerde operatietechniek wordt toegepast. Bij de borstbesparende techniek bij borstkanker (Vrijens et al., 2012) en bij de behandeling van darmkanker wordt de nieuwste techniek het meest toegepast door hoogvolume ziekenhuizen (Nugent et al., 2010).
4 het aantal keer dat een chirurg patiënten in verschillende stadia van de aandoening behandelt. Deze procesindicator bespreken we verder bij de kenmerken van de specialist onder de noemer specialisatiegraad (tabel 2.5).
5 het aantal keer dat aanvullende therapieën toegepast worden. De aanvullende therapieën worden door Hogan et al. (2008) genoemd naast chirurgische vaardigheden en ziekenhuisvolume als factoren die elk bijdragen aan positieve uitkomsten. Ook Miyata et al. (2007), die Japanse studies analyseerde, kwam tot de conclusie dat aanvullende behandelingen een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit.

6 de mate waarin de meest adequate follow-up strategie gekozen wordt. In een studie naar chirurg/volume-effecten werd met name de aanbeveling gedaan om de follow-upstrategieën goed te analyseren in verband met postoperatieve complicaties (Killeen et al., 2006).

In veel reviews wordt aandacht besteed aan het controleren op risico's bij patiëntenpopulaties. Deze risicocontroles spelen niet alleen op het niveau van het ziekenhuis en de zorgverleners, maar ook op het niveau van patiënten een belangrijke rol. Vooral bij comorbiditeit is het van belang de individuele toestand van een patiënt zo goed mogelijk te kunnen vaststellen. De NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program) in de VS heeft met name op dit onderwerp analyses verricht (Khuri et al., 2005). Op basis van een groot aantal prospectief verzamelde data hebben zij een nationale databank aangelegd. Deze gegevens dienen als basis om voor verschillende patiëntenpopulaties preoperatief zoveel mogelijk risicofactoren in kaart te brengen. Daarnaast komt vaker naar voren dat bestaande databases geen adequate registraties bijhouden. Zo is niet steeds duidelijk of patiëntgegevens pre- of postoperatief geregistreerd werden (Holt et al., 2007). Toch wordt door anderen een pleidooi gehouden om risico's zo goed mogelijk in kaart te brengen en gebruik te maken van de data die er zijn (Killeen et al., 2006). Aansluitend hierbij benadrukt Christian et al. (2005) dat het nog veel tijd zal kosten om de infrastructuur te creëren om procesfactoren adequaat te kunnen meten.
In de Japanse review (Miyata et al., 2007) werd ook de thuiszorgrapportage als een belangrijke factor in de procesbenadering benoemd. Deze factor speelt een rol op patiënt- en zorgverlenerniveau.

In twee reviews wordt betoogd dat het vrijwel onmogelijk is om alle procesindicatoren in kaart te brengen en zeker om al die factoren vervolgens ook te meten. Voor veel procesfactoren zijn nog geen meetinstrumenten ontwikkeld en zal het nog jaren duren voordat er een infrastructuur is waarmee het mogelijk is om procesfactoren in kaart te kunnen brengen (Christian et al., 2005). Verbetering van de resultaten vraagt om fundamentele veranderingen in zorgprocessen en stuit niet alleen op weerstand om vertrouwde patronen te verlaten, maar ook op het probleem dat het moeilijk is om te identificeren welke processen moeten veranderen (Finlayson et al., 2006). Een tweede probleem is, dat er waarschijnlijk ook te weinig staf en faciliteiten zullen zijn om volgens de gewenste kwaliteitsindicatoren van het proces te kunnen werken (Christian et al., 2005).

3.3.3 Zorgverlenerskenmerken en de volume-kwaliteit relatie

Structuur- en proceskenmerken zijn de meest gangbare factoren waar resultaten of prestatie-uitkomsten aan gerelateerd worden. In de bestudeerde literatuur worden ook kenmerken van de zorgverleners apart benadrukt. Deze zijn samengevat in tabel 3.3.

Factoren gerelateerd aan zorgverleners die de relatie volume-kwaliteit bepalen zijn ten eerste training van de betreffende professionals. In 25 van de 27 bestudeerde studies constateerde Bilimoria et al. (2009) dat chirurgen die getraind zijn betere resultaten halen dan de niet- of minder getrainde chirurgen. De definitie van het niveau van training varieerde overigens wel in de geanalyseerde studies, maar de uitkomsten wezen in dezelfde richting. Ook certificering en de ervaringsjaren na certificering zijn positief gerelateerd aan goede resultaten. Onduidelijk blijft wel welke aspecten van training bijdragen aan betere resultaten. Subspecialistische training en de individuele caseload van de chirurg (Killeen et al., 2006) of de opleidingsstatus van de staf (Christian et al., 2005) werden ook in andere reviews genoemd als verantwoordelijk voor betere kwaliteit. Het creëren van mogelijkheden om deel te nemen aan trainingen en bijscholing speelt ook op het niveau van het ziekenhuis en is niet alleen afhankelijk van de inspanningen van individuele zorgverleners (Nugent et al., 2010; Wilt et al., 2008).

Specialisatie door het werken met veel patiënten is een andere factor. Bij verpleegkundigen heeft het werken met veel patiënten met eenzelfde diagnosecategorie invloed op de volume-kwaliteit relatie (Metnitz et al., 2009; Rinar et al., 2006). In de studie van Metnitz et al. (2009) was die relatie overigens U-vormig: een heel hoog en heel laag patiëntenvolume heeft een negatieve relatie met mortaliteit.

Tabel 3.3 Kenmerken van zorgverleners als beïnvloedende factoren in de volume-kwaliteit discussie[1]

	specifieke aspecten	landelijk/ regionaal beleid	ziekenhuis	zorgverleners	patiënt
Training en bijscholing specialisten	Specialistentraining	6, 10, 16	6,16	6, 10, 16	
	Mate waarin het vak up-to-date wordt bijgehouden	2, 4, 6, 8		2, 4, 6, 8	
	Certificering	6		6	
Specialisatiegraad	Chirurgische ervaring	6, 10		6, 10	
	Specialisatie voor specifieke groepen patiënten in verpleegkundige units	20	20	20	
Multidisciplinariteit	Beschikbaarheid subspecialismen	2,6	2,6	2,6	
	Oncologie verpleegkundigen en (be-)stralingsdeskundigen	2, 7, 19	2, 7	2, 7, 19	
	Lange termijncontroles tot 10 jaar na ingreep	8	8	8	

[1] de nummers in de kolommen zijn verwijzingen naar de literatuurlijst

Een derde belangrijke factor gerelateerd aan professionals die de relatie volume-kwaliteit beinvloedt, is de multidisciplinariteit van de zorg. Beschikbaarheid van gekwalificeerde subspecialisten zoals gespecialiseerde radiologen en oncologen (Bilimoria et al., 2009; Gooiker et al., 2011; Wilt et al., 2008) en van oncologie-verpleegkundigen en bestralingsdeskundigen, toegewijde psychologen en goede palliatieve zorg, zijn gerelateerd aan goede resultaten (Gooiker, 2012). Ook de deskundigheid voor een goede voorbereiding en nazorg heeft een positieve invloed (Hogan et al., 2008). De samenstelling van de staf is zowel een kenmerk van het ziekenhuis als van het zorgverlenerniveau. Een concreter voorbeeld hiervan is het belang van kennis over procedurespecifieke complicaties. Ellison et al. (2005) kon het belang hiervan aantonen op basis van lange termijncontroles tot tien jaar na prostatectomie.

3.4 Methodologische overwegingen

Net als bij de beantwoording van de eerste deelvraag wordt in de commentaren bij de studies de eenzijdige benadering van volume als de belangrijkste voorspeller van patiëntuitkomsten benadrukt. Vaak wordt er op gewezen dat veel achterliggende factoren een rol spelen bij volume als voorspeller, zoals de infrastructuur van ziekenhuizen, de specialisatiegraad van zorgverleners (Gooiker et al., 2011; Shukri et al., 2006; Christian et al., 2005). Ook wordt aangegeven dat klinische processen geanalyseerd moeten worden, evenals postoperatieve complicaties (Killeenet al., 2006; Finlayson et al., 2006; Rimar et al., 2006). Het benadrukken van mortaliteit en overleving als uitkomstmaten wordt gezien als een te gemakkelijke keuze. Er zou ook nagedacht kunnen worden over specialismegebonden prestatiematen en postoperatieve complicaties als uitkomst (Wilt et al., 2008; Shukri et al., 2005; Christian et al., 2005).

Ook bij de methodologische kwaliteit van de studies is een aantal opmerkingen te maken. In de meeste studies werden vooraf kwaliteitscriteria voor de selectie van studies gehanteerd. Uit de aantallen studies die uiteindelijke geïncludeerd werden, kan opgemaakt worden, dat veel studies geen hoge eisen gesteld hebben aan de verantwoording van hun onderzoek, of aan de wijze waarop data verkregen werden. Bij strenge selecties bleek vaak dat ook de studies die wel geïncludeerd werden niet aan alle kwaliteitscriteria konden voldoen (Kidher et al., 2010).

Een ander probleem is de grote variatie in definities van uitkomstmaten, volume en specialismen (Bilimoria et al., 2010). Het vergelijken van onderzoeksresultaten is hierdoor heel lastig. Ook is de correctie voor comorbiditeit en casemix, een belangrijke voorwaarde om de werkelijke volume-kwaliteit relatie aan te kunnen tonen (Hogan etal., 2008; Wilt et al., 2008), niet standaard in alle studies uitgevoerd. Ten slotte is het vaak niet duidelijk hoe betrouwbaar de (administratieve) gegevens zijn. Ze zijn vaak retrospectief verkregen, bevatten geen fysiologische gegevens en bevatten het risico op coderingsfouten (Holt et al., 2007; Van den Broek et al., 2006).

3.5 Conclusie

In antwoord op de tweede vraag *'Wat is er bekend over organisatievormen in relatie tot de kwaliteit van zorg in het kader van de volume–kwaliteit relatie?'* kan geconstateerd worden dat organisatievormen nauwelijks nader gedefinieerd worden in de bestudeerde literatuur. In de reviews worden wel verschillende kenmerken genoemd van structuur, proces en zorgverleners die de relatie volume-kwaliteit beinvloeden. Er vindt echter geen hypothesetoetsing plaats. De meeste studies betreffen de organisatievorm op mesoniveau te weten gespecialiseerde multidisciplinaire teams bij oncologische aandoeningen en complexe ingrepen. Een tweede invulling van de term 'organisatievormen' betreft op macroniveau de regionalisering of concentratie van zorg via fusies en samenwerkingsverbanden. Een voorbeeld is de concentratie van gespecialiseerde IC-afdelingen die gelieerd zijn aan hoogvolume ziekenhuizen, gericht op aandoeningen die complexe behandeling vergen.

In vrijwel alle reviews worden kanttekeningen geplaatst bij de nadruk die gelegd wordt op volume als centrale voorspeller voor patiëntuitkomsten. Er worden veel achterliggende factoren genoemd die een grote rol spelen naast of via de factor volume. Dat zijn vaak structuurkenmerken van organisaties zoals samenwerkende teams die diagnostische en ondersteunende service verlenen, de samenstelling van de staf en ook informatiesystemen waarmee pre- en postoperatieve processen ondersteund worden. Ook contractuele en financiële afspraken zijn organisatiekenmerken die een belangrijke invloed hebben, maar vooral spelen op regionaal of landelijk niveau. Ook klinische managementstrategieën die verwijzen naar (landelijke en Europese) richtlijnen en standaarden, bepalen patiëntuitkomsten.

Ook proceskenmerken beïnvloeden de patiëntuitkomsten zoals tijd en aandacht die in multidisciplinaire overleggen besteed wordt per patiënt, de keuze van diagnostische procedures, de keuze van operatietechnieken, de mate van ervaring met diverse ziektefasen en de mate waarin aanvullende therapieën en adequate follow-up strategieën gekozen worden ter preventie van postoperatieve complicaties. Een cruciale factor die ook organisatiegebonden is, betreft het verwerven en op peil houden van specialistische expertise van het medisch en verplegend personeel. De mate waarin de organisatie de ruimte biedt voor verdere specialisatie en training, het opbouwen van ervaring in multidisciplinair werken, bepaalt mede de uitkomsten voor patiënten.

Bij de literatuurverkenning naar organisatievormen waarbinnen concentratie van zorg gestalte krijgt, werd duidelijk dat de auteurs van de studies volume van zorg vooral zien als een beperkte proxy-maat voor kwaliteit. De gunstige uitkomsten worden ook door de impact van andere organisatiekenmerken dan concentratie van zorg bereikt. Hoogvolume en concentratie van zorg kan gerelateerd zijn aan kwaliteit als er een context is waar verschillende organisatiekenmerken en vormen van ondersteuning gerealiseerd zijn. Te denken valt aan beleid dat multidisciplinariteit ondersteunt, mogelijkheden tot specialisatie op alle personele niveaus zoals training en opbouwen van ervaring en (klinische) managementstrategieën gebaseerd op landelijke en Europese richtlijnen. Verder gaat het om adequate zorginhoudelijke procedures, zoals voldoende ruimte en tijd nemen voor multidisciplinaire patiëntbesprekingen op maat, geavanceerde diagnostische procedures, de meest geprefereerde (operatie-)technieken, diversiteit in behandeling over verschillende ziektefasen en adequate follow-up therapieën en strategieën ter preventie van postoperatieve complicaties.

4 Verschillende perspectieven in beeld: gehanteerde beoordelingskaders van de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg

Marielle Ouwens, Phil Heiligers, Carolien de Blok, Linda Boerboom, Hester van de Bovenkamp, Jolanda Dwarswaard, Jany Rademakers en Tijn Kool

4.1 Inleiding

De derde deelvraag betreft de in de praktijk gehanteerde beoordelingskaders: *'Wat is er bekend over beoordelingskaders van de kwaliteit van zorg in het kader van de volume-uitkomst relatie?'.*

Discussies over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg bepalen een fors deel van het actuele debat over de toekomst van de zorgorganisatie in het Nederlandse zorgstelsel. Daarbij spelen verschillende en soms tegengestelde belangen een rol, wat het debat politiek gevoelig maakt. Maar wat naast de belangentegenstellingen zeker zo belangrijk is, is het feit dat verschillende actoren heel andere ideeën hebben over wat onder volume en met name onder kwaliteit verstaan moet worden. Deze partiële rationaliteiten, opvattingen die vanuit hun specifieke perspectief heel begrijpelijk zijn maar die niet per se bij andere opvattingen aansluiten, maken de discussie over volume, kwaliteit, en organisatie van zorg complex.

In dit hoofdstuk laten we zien hoe de verschillende actoren kwaliteit van zorg in de volume-kwaliteit relatie aan de hand van de verschillende ideeën over nut en noodzaak van concentratie van zorg definiëren. We gaan niet in detail in op de vraag welke zorg geconcentreerd dan wel gespreid moet worden. Daarover bestaan al verschillende internationale en Nederlandse publicaties. In deze studie staat de vraag centraal vanuit welke beoordelingskaders en met welke criteria verschillende actoren centralisatie- en spreidingsinitiatieven evalueren. Wij onderscheiden daarbij vier verschillende perspectieven van waaruit deze beoordelingscriteria er anders uitzien: het maatschappelijk perspectief, het organisatieperspectief, het perspectief van de professionals en dat van de patiënten. Wat vanuit het ene perspectief als een succesvol initiatief wordt bestempeld, kan in een ander perspectief als minder gunstig beoordeeld worden.

4.2 Methode

De gehanteerde beoordelingskaders hebben we geïnventariseerd op twee manieren:

Literatuurstudie

Ten eerste hebben we rapporten over dit onderwerp geanalyseerd met een duidelijk beleidsgerichte opdracht en de commentaren daarop (zie bijgevoegde literatuurlijst bij deelvraag 3). Hoewel de mate van wetenschappelijke onderbouwing tussen deze bronnen varieert, komen de Nederlandse context, de verschillende perspectieven en de daarbij behorende beoordelingscriteria goed naar voren. De rapporten worden dus niet beoordeeld op hun feitelijke juistheid of hun gedegen wetenschappelijke basis. Ze worden gezien als bronnen om de verschillende perspectieven op volume, kwaliteit van zorg, en de relatie hiertussen te verhelderen.

Interviews

Tevens hebben wij de motieven en meningen in de praktijk van vertegenwoordigers van de verschillende perspectieven geconcretiseerd aan de hand van interviews. In bijlage 3 wordt een overzicht gegeven van de geïnterviewde personen. Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews met respondenten die qua achtergrond aansluiten bij de vier gehanteerde perspectieven te weten het patiëntperspectief (drie interviews), het professioneel perspectief (vijf interviews), het organisatieperspectief (vier interviews) en het maatschappelijk perspectief (vijf interviews). Bij de rapportage is ervoor gekozen om veel citaten te geven om zo dicht te blijven bij de uitspraken van de geïnterviewden.

Op basis van de literatuurstudie naar wetenschappelijke analyse van de volume-kwaliteit relatie uit hoofdstuk 2 en 3 en kennis van de betrokken onderzoekers is een topiclijst opgesteld (zie bijlage 4). Het interview is afgenomen door twee onderzoekers en opgenomen. De geluidsopnames zijn getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd door te fragmenteren en te structureren. Uit de uitgeschreven interviews zijn ongeveer 200 tekstfragmenten gehaald en 45 letterlijke citaten. Deze zijn vervolgens gecategoriseerd rondom centrale thema's en beschreven in dit hoofdstuk.

4.3 Algemeen ervaren noodzaak concentratie en spreiding

4.3.1 Geen discussie over concentratie hoog complex-laag frequent

Uit de interviews met vertegenwoordigers van alle vier de perspectieven blijkt dat de meeste respondenten veel nadruk leggen op de noodzaak van concentratie van hoogcomplexe zorg die weinig voorkomt. Dit sluit aan bij het aanwezige wetenschappelijke bewijs zoals gepresenteerd in de literatuuranalyse. Voor een aantal ingrepen is aangetoond dat meer volume leidt tot betere uitkomsten voor de patiënt. Sommige respondenten geven aan dat de discussie over concentratie en spreiding van zorg idealiter zou moeten worden gevoerd op basis van dit wetenschappelijk bewijs voor elke ingreep: er zou een bewezen relatie moeten zijn voor een relatie tussen groter volume en betere uitkomsten.

> *Als het goed is voor de patiënt dan moet er concentratie van zorg plaatsvinden maar dat moet wel worden onderbouwd (ziekenhuisbestuurder).*

Met name de respondenten van het professioneel perspectief en het organisatieperspectief vinden concentratie en spreiding van zorg voor deze categorie ingrepen noodzakelijk voor het leveren van betere en efficiëntere zorg.

> *Concentratie van zorg is zeker voor zeldzame aandoeningen en ingrepen erg van belang om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren (specialist).*

Voor deze complexe ingrepen wordt de lat daarom hoog gelegd door de respondenten.

> *Concentratie is pas een succes als 100% van alle patiënten met hoofdhalstumoren in één van de acht centra wordt behandeld; dit is nu nog 95% (specialist).*

In de literatuurstudie is naar voren gekomen dat met name voor hoogrisico ingrepen er een relatie bestaat tussen volume en uitkomsten. Maar de consistentie en de sterkte van die relatie verschilt per type ingreep of aandoening. Voor sommige aandoeningen is een relatie niet aangetoond. Voor de meeste is er zelfs geen onderzoek gedaan. De vraag is of vervolgens gesteld kan worden dat deze relatie ook niet aangenomen kan worden. Er zijn echter situaties denkbaar waarin gerandomiseerde studies niet alleen niet haalbaar zijn, maar zelfs onwenselijk (Glasziou, Chalmers et al. 2007). Er is dus enerzijds een sterke behoefte aan zorgvuldige wetenschappelijke onderbouwing, terwijl er anderzijds voorbeelden zijn van zorgtypen waar kwaliteitswinst wel mogelijk maar niet aantoonbaar is.

Hierbij wordt echter wel aangegeven dat zelfs bij goede wetenschappelijke onderbouwing concrete invulling in de praktijk niet vanzelf gaat. Hiertoe is altijd nog een vertaalslag nodig, omdat lang niet alle relevante afwegingen in deze studies kunnen worden meegenomen.

> *Volumediscussies moeten worden gevoerd op basis van 'evidence'; daarbij is een vertaling van de 'evidence' naar beleid en praktijk in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem noodzakelijk; wat betekent het bijvoorbeeld als er 20 IC's worden gesloten voor de bereikbaarheid (huisarts).*

Daarnaast wordt nog opgemerkt dat wetenschappelijke literatuur vaak wel inzicht biedt, maar geen eenduidige antwoorden op praktische vragen.

De literatuur laat een curve zien tussen volume en betere overleving. Er is dus geen ideaal getal; er moet dus een beleidskeuze worden gemaakt (vertegenwoordiger IGZ).

Evidentie en bestuurlijke afwegingen liggen dus in elkaars verlengde.

4.3.2 Discussie over concentratie van laag complex en frequent

Concentratie van zorg wordt door sommige respondenten minder nodig geacht bij laagcomplexe en vaak voorkomende ingrepen. Concentratie van dit soort zorg wordt in het algemeen minder noodzakelijk geacht maar wel wenselijk als dit wordt bekeken vanuit doelmatigheidsoogpunt.

Sommige aandoeningen zijn zoveel voorkomend dat totale concentratie niet mogelijk is; dit geldt bijvoorbeeld voor hernia operaties. Toch zou concentratie hier ook wenselijk zijn met name omdat de organisatie en ondersteuning beter wordt (ziekenhuisbestuurder).

Als gekeken wordt naar het soort zorg waarvoor concentratie nodig wordt geacht, dan worden met name de electieve ingrepen, chirurgische en niet-chirurgische, genoemd. De voor- en nazorg evenals de chronische zorg kunnen vervolgens dicht bij huis plaatsvinden. In het standpunt van de NPCF wordt dit krachtig geformuleerd: ''Dichtbij als het kan, ver(der) weg als het beter is'' (NPCF, 2010).

Mooi voorbeeld is mijn tante van 85. Zij heeft darmkanker en is eenmalig in een specialistisch ziekenhuis buiten haar regio geopereerd. Vervolgens krijgt ze nazorg in haar eigen ziekenhuis en gaat ze voor revalidatie ook naar een kliniek dichtbij (vertegenwoordiger patiënt).

De discussie over volume lijkt alleen te gaan over chirurgische electieve ingrepen en dat is te simplistisch neergezet (vertegenwoordiger patiënt).

4.3.3 Conclusie

In de praktijk zien we dat vanuit verschillende perspectieven de wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsverbetering voor hoogcomplexe laagvolume ingrepen wordt gevolgd. Tegelijkertijd wordt er, met name vanuit organisatie- en professioneel perspectief gepleit voor een grotere mate van concentratie ook vanuit doelmatigheidsoverwegingen. Concentratie van ziekenhuiszorg bij laagvolume complexe zorg wordt vanuit doelmatigheidsoogpunt een goede zaak gevonden, maar wel gecombineerd met een goede spreiding van basiszorg, zo dicht mogelijk bij de patiënt, is daarbij een randvoorwaarde. De noodzaak voor discussies over en het realiseren van concentratie en spreiding van zorg in de praktijk en een zorgvuldige afweging van de verschillende consequenties wordt vanuit alle perspectieven onderschreven.

4.4 Belangrijke aspecten van concentratie voor professionals

4.4.1 Superspecialisatie is de trend

Veel geïnterviewden zien dat voor zorgverleners, en met name sommige medisch specialisten, concentratie met ver doorgevoerde specialisatie, een onvermijdelijk maar soms ook aantrekkelijk vooruitzicht is: steeds meer artsen weten steeds meer van een kleiner gebied.

Nu wordt er nog gesproken over een cardioloog: maar straks praten we over interventiecardiologen die een heel ander aandachtsgebied hebben dan de meer elektrofysiologisch georiënteerde cardiologen (ziekenhuisbestuurder).

Vervolgopleidingen voor chirurgen hebben hoog aanzien, je telde pas mee als je een vervolgopleiding had. Dit zorgt ervoor dat veel chirurgen een speciaal aandachtsgebied kregen

terwijl het ziekenhuis daartoe niet was uitgerust. Terugdraaien is lastig (vertegenwoordiger Gezondheidsraad).

Het opleiden van superspecialisten is al op zich zelf een extra prikkel voor concentratie van zorg omdat de superspecialist gericht is op een hele specifieke patiëntengroep. Daarmee heeft superspecialisatie door concentratie van zorg ook als consequentie dat opleidingen lastig te organiseren zijn. Assistenten in opleiding kunnen door de gespecialiseerde zorg niet meer op één locatie hun opleiding volgen. Om voldoende variatie aan ervaringen op te doen, zullen zij op meerdere locaties hun opleiding moeten invullen, aldus de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). De opleidingsfunctie zal zich ontwikkelen tot een netwerkfunctie, waarbij samenwerkings-overeenkomsten bestaan met diverse centra. De volle breedte van de opleiding kan dan nog wel geboden worden. Dit is van directe invloed op de meester-gezel relatie die in de huidige structuur van de medische opleiding nog steeds centraal staat.

Ook in andere beleidsrapporten gaan discussies over kwaliteit en volume vaak over het verder kunnen verdiepen van kennis en vaardigheden in hun specialisatie (Boston Consulting Group, 2010; Boer en Croon, 2010; Invitational Conference NVZ, 2010). Daarnaast wordt het beeld geschetst van professionals die in multidisciplinaire teams samenwerken met hoog gespecialiseerde collega's en beschikken over alle hoogtechnische faciliteiten. Daar staat tegenover dat hun zeer gespecialiseerde werk minder divers is (Boston Consulting Group, 2010; Boer en Croon, 2010; Invitational Conference NVZ, 2010). Bij vaker voorkomende ingrepen verrichten zorgverleners veel dezelfde handelingen en niet alle zorgverleners waarderen dat positief. Ten slotte wordt de ervaren afstand tot andere zorgverleners, bijvoorbeeld huisartsen, groter, wat zorgen oproept over de communicatie over en weer.

4.4.2 Concentreren richt zich op het multidisciplinaire team en de randvoorwaarden

Om voordelen te behalen door te concentreren is het volgens de respondenten niet alleen van belang om de vaardigheid van de (super)specialist te vergoten door toename van het volume. De relatie ligt complexer en betreft het hele team en wellicht de hele organisatie.

Het gaat niet alleen om het volume van de specialist zelf maar ook om zaken zoals: hoe is de zorg georganiseerd? Wordt elke patiënt multidisciplinair besproken? Is er een achterwacht voor de specialist? Is er een IC? (specialist).

Dit komt overeen met hetgeen is gevonden in de literatuur waar de volume-kwaliteit relatie wordt gerelateerd aan factoren zoals de samenwerking en samenstelling van multidisciplinaire teams, de aanwezigheid van diagnostische en ondersteunende services, de specialisatiegraad van het personeel en de mate waarin de organisatie ruimte biedt voor verdere specialisatie en training.

Er is een relatie tussen volume en kwaliteit; maar misschien zijn er organisatorische factoren die een positieve relatie hebben met kwaliteit met mogelijk een grotere invloed dan volume alleen (ziekenhuisbestuurder).

Het kan hierbij organisatorische aspecten betreffen die geen relatie tot volume-initiatieven hebben, zoals ziekenhuisbrede veranderingen, alsmede aspecten die soms wel en soms juist niet aan concentratie van zorg hoeven te zijn gekoppeld. Deze aspecten zijn uitgebreid behandeld in hoofdstuk drie.

Het beeld dat na concentratie van zorg nieuwe vormen van samenwerking ontstaan, wordt breed gedeeld. Naast het werken in gespecialiseerde teams binnen het ziekenhuis, zullen professionals uit de regionale ziekenhuizen en collega's uit de ziekenhuizen die geconcentreerde zorg bieden intensiever moeten samenwerken (voor het afstemmen van diagnostiek, behandeling, revalidatie en nazorg). Dit vergt ook samenwerking en afstemming met huisartsen (RVZ, 2010). De

beoordeling door de professionals zal gerelateerd zijn aan de mate waarin nieuwe samenwerkingsverbanden en specialisatiemogelijkheden voldoende uitdaging bieden.

4.4.3 Conclusie

Sommige zorgverleners zullen de specialisatie door concentratie waarderen maar zeker niet alle zorgverleners. Het gaat bij het behalen van kwaliteitsvoordelen door het vergroten van het volume niet alleen om specialisatie van individuen maar ook om specialisatie van teams en het creëren van de juiste randvoorwaarden in organisaties. Daarbij zullen andere eisen aan professionals worden gesteld, vooral ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking. Een grote uitdaging zal zijn om opleidingen doelmatig te organiseren ondanks de superspecialisatie waardoor professionals lastig een brede basis kunnen verwerven.

4.5 Belangrijke aspecten van concentratie voor zorgorganisaties

4.5.1 Concentratie biedt kansen voor een doelmatige herinrichting

De geprekpartners geven aan dat concentratie van zorg voor ziekenhuizen als voordeel heeft dat het voor grote groepen patiënten soms makkelijker is om een doelmatige inrichting te organiseren dan voor kleine aantallen, bijvoorbeeld het beschrijven van zorgpaden of het inzetten van een casemanager.

> *De winst is dat verloskundige en gynaecologische verloskunde op elkaar wordt afgestemd in zorgpaden, protocollen en dergelijke (specialist).*

> *Als je drie patiënten per jaar hebt met een bepaalde ingreep dan heeft het geen zin om daar een mooi zorgpad voor te maken maar bij 30 patiënten kun je dat heel netjes stroomlijnen (specialist).*

Concentratie van hoogtechnische en kapitaalsintensieve ziekenhuisinfrastructuur zal mede de zorg doelmatiger maken. (RVZ, 2003; Boston Consulting Group, 2010). Binnen regionale ziekenhuizen is het belangrijk om een samenhangende organisatie te realiseren, waarbij de infrastructuur en de personele bezetting afgestemd wordt op acute zorg, ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken (Boston Consulting Group, 2010; RVZ, 2010). De mate waarin binnen ziekenhuizen deze samenhang gerealiseerd wordt, is dus eveneens een beoordelingscriterium voor succes.

4.5.2 Een evenwichtige regionale verdeling is daarbij van belang

Respondenten denken ook dat een betere coördinatie van zorg mogelijk is na concentratie. In principe denken zij dat het mogelijk is om een goede regionale verdeling te maken van het zorgaanbod met een duidelijke ordening in ketens.

> *Je kunt een mooie lijn maken binnen ziekenhuizen die meer gericht zijn op 1,5e lijns zorg, 2e lijns zorg, STZ, en UMC's; als ziekenhuizen hier binnen gaan schuiven dan ontstaat er frictie (ziekenhuisbestuurder).*

Voor een goede regionale verdeling moet het uitgekristalliseerd zijn dat zorg op een bepaalde plek beter georganiseerd en uitgevoerd kan worden dan elders. Ziekenhuizen moeten elkaar vinden op waar ze meer bereiken door samenwerken of waar ze op willen op concurreren. Zoals uit het voorgaande al bleek, verloopt deze erkenning beter als het gaat om complexe zorg.

Naarmate het gaat over aandoeningen met lagere risico's zijn er minder kwaliteitsverschillen en wordt de discussie heviger (vertegenwoordiger IGZ).

De basis om samenwerking succesvol te laten zijn is respect voor elkaars positie.

Samenwerking rondom concentratie van zorg kan succesvol zijn als er duidelijke afspraken worden gemaakt en er sprake is van duidelijke positionering en respect voor elkaars positie (ziekenhuisbestuurder).

Zowel bestuurders als specialisten zouden de gemaakte afspraken en het belang van concentratie ook allemaal moeten uitdragen.

Bij goed gecentraliseerde zorg straalt elke behandelaar in Nederland uit dat specialistische zorg het beste in een van de gespecialiseerde centra kan plaatsvinden (specialist).

Een goede regionale verdeling kan op verschillende manieren worden gerealiseerd zoals regionale afspraken, afspraken binnen de zorgketens, samengaan van maatschappen, fusies en overnames. Een optie die hierbij zeker niet over het hoofd moet worden gezien, zijn verregaande vormen van samenwerking tussen organisaties, zonder formalisatie. Zorg hoeft niet perse integraal op één locatie te worden geleverd. Andere vormen van samenwerking zijn soms zeker zo zinvol. Hiermee kan goed tegemoet worden gekomen aan de wens van veel patiënten: voor- en nazorg dichtbij en de hoogspecialistische zorg in het specialistisch centrum.

Consultatie en doorverwijzing combineert de voordelen van centralisatie van complexe ingrepen en door spreiding is voor- en nazorg dichtbij mogelijk (vertegenwoordiger patiënt).

Ook veel beleidsrapporten wijzen op het belang van een goede regionale infrastructuur voor het realiseren van kwaliteit en toegankelijkheid. In verschillende rapporten wordt aandacht besteed aan de vormgeving van regionale netwerken (RVZ, 2010; Regieraad Kwaliteit van zorg, 2012). In het rapport *Zorg voor je gezondheid. Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening* (RVZ, 2010) wordt voorgesteld dat er 40 tot 60 netwerken van gespecialiseerde medische kennis rond UMC's en topklinische ziekenhuizen moeten ontstaan. De recente nota van de Regieraad *Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg* beschrijft een vergelijkbaar voorstel voor de Nederlandse situatie (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Daarin is sprake van een concentratie van hooggespecialiseerde zorg in 51 kernziekenhuizen met hoogwaardige IC-zorg en satellietziekenhuizen met laagcomplexe hoog volume zorg (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Niet alleen tussen, maar ook binnen regionale ziekenhuizen is het belangrijk om een samenhangende organisatie te realiseren, waarbij de infrastructuur en de personele bezetting afgestemd worden op acute zorg, ouderenzorg en zorg voor chronisch zieken (Boston Consulting Group, 2010; RVZ, 2010).

Het belang van goede samenwerking in de regio wordt breed gedeeld. Samenwerking heeft de grootste kans op succes als dit gebeurt vanuit een inhoudelijke betrokkenheid en motivatie.

Schaalvergroting werkt alleen als het accent niet alleen op efficiëntie ligt maar ook op samenwerking wat betreft inhoud, zoals in ketenzorg. Dat werkt beter voor patiënten én voor zorgverleners (vertegenwoordiger V&VN).

Gemeentes en overheden dichten zichzelf daarbij geen grote rol toe en laten dit over aan het veld.

Op dit proces van samenwerken en concurreren hebben lokale en provinciale politiek in principe niet veel invloed, de sturende rollen liggen bij de markt, de aanbieders en vragers van zorg en de controlerende instanties, zoals de NMa en NZa (wethouder).

4.5.3 Concentratie kan ook leiden tot heftige concurrentie

Terwijl samenwerking, al dan niet geformaliseerd, een belangrijke rol speelt bij het tot stand komen van concentratie, speelt concurrentie tegelijkertijd een belangrijke en soms belemmerende rol. Concurrentie wordt in het Nederlandse zorgstelsel ingezet om kwaliteit te bevorderen en kosten te reduceren. Volgens de respondenten kan concurrentie echter in de concentratietendens met name leiden tot een suboptimale verdeling van het regionale zorgaanbod. Vanuit de concurrentiegedachte willen ziekenhuizen zich in hun aanbod onderscheiden ten opzichte van andere ziekenhuizen en dit kan leiden tot hogere kosten voor de zorg dan nodig.

> *Bijvoorbeeld de operatierobots voor prostaatkanker; veel ziekenhuizen wilden deze hebben en nu zijn er 16, terwijl er maar 4 tot 6 nodig zijn voor Nederland (vertegenwoordiger patiënt).*

Felle concurrentie en ambities van personen of besturen kunnen samenwerking verhinderen en zo het streven naar een evenwichtig zorgaanbod in de regio frustreren. Het lijkt daarbij of ziekenhuizen vooral gericht zijn op het aanbieden van hoogcomplexe zorg terwijl het grootste deel van de zorg bestaat uit patiënten met een chronische aandoening.

> *Mijn advies aan algemene ziekenhuizen zou zijn: zorg dat je zorg biedt waar de meeste mensen ook echt iets aan hebben. Dus beperk je aanbod niet tot hoogcomplexe zorg, maar biedt behandelingen voor ziektes die veel voorkomen (vertegenwoordiger patiënt).*

De ziekenhuizen met geconcentreerde zorg hebben voordelen op basis van hun positie in de markt. Deze voordelen vormen tevens beoordelingscriteria, in termen van resultaten en prestaties. De verwachting die uitgesproken werd tijdens de invitational conference van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) in 2010 is dat deze ziekenhuizen door de grotere toestroom van patiënten met aandoeningen waar hun specialistische zorg op toegespitst is, geen personeelskrapte zullen kennen en een goede financiële positie zullen hebben. Aantallen patiënten, omvang van personeel en de financiële positie zijn criteria waaraan het al dan niet succesvol zijn aan afgemeten kan worden (Invitational Conference NVZ, 2010).

In de bestudeerde documenten en rapporten wordt ook aandacht besteed aan mogelijke negatieve effecten van concentratie en spreiding vanuit organisatieperspectief. Door de marktstructuur zullen de regionaal gespreide ziekenhuizen niet alleen functies op specialistisch niveau verliezen. Er zijn ook andere gevolgen, aldus de Regieraad voor Kwaliteit van Zorg (2012). Zo vrezen (kleinere) ziekenhuizen patiënten te verliezen. Als ziekenhuizen niet meer alle functies aanbieden, vrezen zij eveneens verlies van aanzien en status. Daarnaast heeft deze ontwikkeling impact op de financiële positie van ziekenhuizen,waarbij rekening gehouden moet worden met verlies- en winstgevende ingrepen.

4.5.4 Concentreren of niet wordt zo een strategische discussie

Zowel professionals als bestuurders zelf geven aan dat in het in bestuurlijke afwegingen met betrekking tot concentratie van zorg, vaak niet alleen gaat om betere kwaliteit voor de patiënt maar ook om wat concentratie betekent voor het ziekenhuis zelf. Daar botsen soms de belangen tussen professionals en bestuurders. Het komt voor dat specialisten van verschillende ziekenhuizen elkaar vinden in samenwerking, maar dat dit initiatief haaks staat op de fusie-ambities van Raden van Bestuur.

> *Fusies van ziekenhuizen zorgen er niet altijd voor dat de zorg voor de patiënt met kanker verbetert; andere belangen spelen dan een rol (specialist).*

Strategische mogelijkheden en kansen voor efficiencywinst of andere belangen spelen vaak een grote rol, terwijl in de legitimering van concentratie de kwaliteitswinst, die vooral bewezen is voor hoogcomplexe zorg, wel vaak wordt aangehaald.

Raden van Bestuur denken vaak niet landelijk of regionaal maar lokaal en daarmee vooral aan het voortbestaan van hun organisatie. De manier waarop de zorg nu wordt gefinancierd (volume-financiering) leidt ertoe dat het loont om een ingreep vaker te verrichten. En bij deconcentratie kan het ziekenhuis er dus financieel bij inschieten. Een belangrijk knelpunt is overigens ook dat de groeiruimte van ziekenhuizen is gelimiteerd. Dus als er inhoudelijk goede afspraken zijn gemaakt betekent dit niet direct dat deze ook kunnen worden gerealiseerd.

Respondenten noemen daarnaast als belangrijke consequentie dat de beslissing om een bepaalde ingreep of een bepaald specialisme niet meer in een ziekenhuis aan te bieden ook effect kan hebben op andere specialismen. Zo heeft het afstoten van bijvoorbeeld verloskunde, ook invloed op de kindergeneeskunde en zijn beslissingen rondom oncologische zorg van invloed op de radiotherapie.

4.5.5 Conclusie

Ziekenhuizen kunnen door concentratie en spreiding tot een evenwichtig regionaal aanbod komen met ieder zijn eigen speerpunten. Daarvoor is erkenning van elkaars inbreng en respect voor elkaars kwaliteit nodig. Concentratie en spreiding zijn strategische issues geworden waarmee samenwerking of concurrentie kunnen worden gerechtvaardigd. Een evenwichtige regionale verdeling van zorg is mogelijk wanneer er duidelijke afspraken zijn en helderheid over ieders positie. Een belangrijke randvoorwaarde voor die evenwichtige verdeling is dat daar waar de lasten vallen ook de opbrengsten worden gerealiseerd. De financiële gevolgen moeten worden meegenomen in het besluit tot concentratie. En natuurlijk moet er de wil zijn om samen te werken. Wanneer die ontbreekt zal concurrentie leiden tot een suboptimale inzet van middelen. Het lijkt of organisaties die bezig zijn met onder andere concentratie, samenwerking of concurreren, niet altijd het belang van betere kwaliteit van de geleverde zorg bovenaan hebben staan. Daarnaast zijn ze vaak lokaal en niet landelijk of zelfs regionaal gericht.

4.6 Belangrijke aspecten van concentratie voor de patiënt

4.6.1 Wat is belangrijk voor patiënten?

Vooral het gegeven dat de kwaliteit van zorg door concentratie van specialistische deskundigheid op hoog niveau behouden blijft en blijft verbeteren, zal ook voor patiënten een belangrijk beoordelingscriterium zijn (RVZ, 2010; Boston Consulting Group, 2010; Boer en Croon, 2010). Naast de kwaliteit is ook de breedte van het zorgaanbod voor patiënten een criterium (RVZ, 2010). Dit veronderstelt volgens de RVZ dat de gecentraliseerde kern- of themaziekenhuizen ook goed moeten samenwerken met de regionale ziekenhuizen of behandelcentra. Een belangrijke vraag hierbij is uiteraard wat voor patiënten nu precies goede kwaliteit van zorg is. Naast professionele zorgindicatoren, zoals mortaliteit, spelen voor patiënten en cliënten ook andere aspecten een rol. Deze aspecten worden met verschillende instrumenten gemeten. Behalve bejegeningaspecten kunnen, met name bij chronische zieken en ouderen, thema's rondom kwaliteit van leven een belangrijke rol spelen in het bepalen van de kwaliteit van de behandeling. Aan deze cliëntgebonden criteria voor kwaliteit wordt vooralsnog in de discussie over kwaliteit van zorg na concentratie en spreiding relatief weinig aandacht besteed.

4.6.2 Behoefte aan keuzevrijheid staat vaak voorop

In Nederland is de keuzevrijheid van patiënten voor zorgaanbieders één van de pijlers van het zorgstelsel. Keuzevrijheid voor de patiënt staat nog steeds hoog in het vaandel van patiënten-organisaties. Vier van de vijf patiënten geeft ook aan dat zij zelf willen kunnen kiezen voor een zorgaanbieder of instelling (NPCF, 2010). Keuzevrijheid vraagt echter om een gevarieerd zorgaanbod en verschillende instellingen die dezelfde behandelingen aanbieden. Bij complexe (dure) zorg kan volgens de NPCF met minder vrijheid worden volstaan dan bij veelvoorkomende

zorg. Daarnaast is de NPCF van mening dat patiënten ook moeten kunnen kiezen voor een behandeling die mogelijk minder effectief, maar bijvoorbeeld minder belastend is (NPCF, 2010).

Het belang van keuzevrijheid blijkt ook uit de interviews.

De volumediscussie leeft onder patiënten vooral vanwege de mogelijke negatieve consequenties: kan ik nog wel kiezen en wat betekent dat voor de nazorg als ik niet meer naar mijn eigen ziekenhuis kan (vertegenwoordiger patiënt).

De kans is ook groot dat door concentratie van zorg patiënten voor hun behandeling gezien worden in twee ziekenhuizen.

Concentratie van laagcomplexe zorg als liesbreuken is waarschijnlijk doelmatiger maar leidt er wel toe dat de patiënt in één ziekenhuis wordt gezien en voor behandeling naar een ander ziekenhuis moet waar ze betere zorg krijgen. Dit moet wel duidelijk worden gemaakt aan de patiënt (ziekenhuisbestuurder).

Dat geldt vooral voor patiënten met meer dan één aandoening. Uit onderzoek weten we dat eenderde van de patiënten boven de 65 jaar meer dan één aandoening heeft. Deze patiënten met co-morbiditeit lijken minder goed af te zijn bij verregaande specialisatie en concentratie en daardoor het opknippen van de zorg. Daarnaast is er soms sprake van aan de chronische aandoening gerelateerde ingrepen bij patiënten die niet meer in hetzelfde ziekenhuis worden behandeld. Zo hebben hemofiliepatiënten vaak gewrichtsschade door herhaaldelijke bloedingen, maar vindt gewrichtsvervanging wellicht binnenkort lang niet in alle ziekenhuizen plaats die hemofiliebehandelcentrum zijn. Een gewrichtsvervangende operatie moet wel gepaard gaan met deskundige beheersing van bloedingsrisico's. Gezien het grote aantal chronische patiënten en de toename van multimorbiditeit, is dit een punt van zorg in de discussies over concentratie en spreiding.

4.6.3 Beperking toegankelijkheid speelt een beperkte rol

Vaak wordt als nadeel de beperking van de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten genoemd. In de discussies die hierover worden gevoerd lijkt het soms meer te gaan over de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van zorg en minder over meer inhoudelijke aspecten van kwaliteit.

In de Meppel-Zwolle discussie werd geroepen "Meppel moet wel open blijven voor verloskunde", maar er is niet eens een gynaecoloog! (specialist).

Verschillende respondenten geven aan dat patiënten reisafstand minder belangrijk vinden als de geleverde kwaliteit maar zichtbaar beter is. Dit geldt met name voor eenmalige ingrepen of behandelingen.

Vrouwen die niet thuis kunnen of willen bevallen, kiezen in principe graag een nabij gelegen ziekenhuis. Maar als daar niet 24 uur per dag een gynaecoloog aanwezig is, en in een ziekenhuis verderop wel, dan is de afstand ineens minder belangrijk (vertegenwoordiger patiënt).

Zelden is afstand een doorslaggevend probleem vooral niet als het maar gaat om een eenmalige of enkele behandelingen per jaar; als je dagelijks of wekelijks moet komen, dan gaat dit natuurlijk wel spelen (vertegenwoordiger Gezondheidsraad).

Patiënten realiseren zich steeds meer dat de kwaliteit van zorg kan verschillen en plaatsen dit daarom boven het belang van toegankelijkheid van de zorginstelling waar de ingreep plaatsvindt, binnen hun directe omgeving (vertegenwoordiger patiënt).

De respondenten geven dus aan dat als mensen niet weten waarom ze verder moeten reizen voor zorg, het draagvlak en begrip minimaal zijn. Maar als mensen weten dat de kwaliteit van zorg ergens anders beter is, dat de kansen op herstel beter zijn, dat ze dan best bereid zijn daarvoor te reizen.

In de rapportages over concentratie van de zorg is ook vaak aandacht besteed aan de bereikbaarheid van de zorg. Vooral het feit dat patiënten in de toekomst voor specialistische zorg verder zullen moeten reizen is een punt ter beoordeling. In veel rapporten wordt benadrukt dat op dit moment voor de meeste patiënten een ziekenhuis op maximaal 30 minuten reisafstand is. Dat zal na centralisatie oplopen tot 45 minuten (Boston Consulting Group, 2010; Boer en Croon, 2010; Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012; Invitational Conference NVZ, 2010; Signaleringscommissie Kanker (SCK), 2010). Daar komt de mate van bekendheid van expertcentra voor acute zorg nog bij: mensen moeten wel direct weten waar ze heen moeten (Werkgroep kwaliteitsindeling Spoedeisende hulp, 2009).Voor patiënten zal ook de reismogelijkheden van belang zijn. Als die beperkt zijn, zullen patiënten de bereikbaarheid beoordelen in combinatie met de reisinfrastructuur en dan is de gemiddelde reisafstand alleen geen voldoende criterium (RVZ, 2003).

De zorg in gecentraliseerde ziekenhuizen heeft een hoog voorzieningenniveau. Na complexe operaties zullen patiënten voor herstel en aanvankelijke revalidatie naar de regionale ziekenhuizen en behandelcentra verplaatst worden. Als er daarna complicaties optreden, kunnen die niet altijd direct ter plekke behandeld worden. Hetzelfde geldt voor heropnames en herhaling van aandoeningen. Het voorzieningenniveau van de regionale ziekenhuizen voor de nazorg en zorg bij heropnames is in deze zin een belangrijk beoordelingscriterium voor patiënten (Werkgroep kwaliteitsindeling Spoedeisende hulp, 2009). Voor patiënten is in de gespreide regionale zorg van belang dat deze in voldoendemate toegankelijk is (RVZ, 2003; Boer en Croon, 2010). Die toegankelijkheid geldt in hoge mate voor de acute zorg, waarvoor een 24 uurs opvang en behandeling nodig is. In de tweede plaats geldt dit voor zorg die frequente contacten tussen zorgverlener en patiënt vereisen (chronische en ouderenzorg).

4.6.4 Hoogwaardige kwaliteitsinformatie is een belangrijke randvoorwaarde voor patiënten

Respondenten geven aan dat informatie en transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg, zoals over praktijkvariatie, mortaliteit, complicaties en kosten, een voorwaarde is om patiënten een goede keuze te kunnen laten maken met betrekking tot de door hen gewenste zorg. Informatie over de geleverde zorg is belangrijk voor het maken van een keuze door de patiënten maar patiënten blijken vaak niet goed op de hoogte van de beschikbare informatie.

> *Mensen kiezen liever een SEH die minder faciliteiten heeft op de hoek van de straat dan een goede SEH iets verder weg; dat moet iemand toch eens gaan uitleggen (vertegenwoordiger STZ).*

Hierbij is het van belang te realiseren dat onderzoek laat zien dat ook als keuze-informatie beschikbaar is voor patiënten, dit nog lang niet altijd tot het beoogde keuzegedrag leidt (Ketelaar et al., 2011). Het idee dat patiënten dus een belangrijke *coutervailing power* zouden kunnen zijn bij het tot stand brengen van volume-initiatieven wordt vanuit onderzoek niet ondersteund.

Als alternatief wordt door respondenten gesteld dat huisartsen gericht de patiënt moeten kunnen adviseren op basis van goede informatie. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via verwijsapplicaties zoals Zorgdomein. Hier staan nu echter slechts toegangstijden in, waardoor ook de huisarts eerder op nabijheid stuurt dan op aangetoonde kwaliteitsverschillen.

> *Het probleem bij doorverwijzing door de huisarts is dat huisartsen te weinig zicht hebben op waar de beste specialistische zorg wordt geleverd en daarom patiënten verwijzen naar ziekenhuizen in de buurt vanwege de contacten (huisarts).*

Kwaliteitsverschillen zijn overigens lang niet altijd eenvoudig inzichtelijk te maken. Een van de indicatoren die vaak van belang wordt geacht zijn de complicaties, maar juist het meer onderscheidende aspect van hoe er met complicaties wordt omgegaan, is niet makkelijk in een indicator voor de huisarts te vatten.

Percentages complicaties tussen ziekenhuizen verschillen niet veel; het verschil wordt gemaakt in hoe er adequaat wordt ingegrepen bij ernstige complicaties (specialist).

Zorgverzekeraars willen graag aan het publiek zichtbaar maken dat er verschillen in zorg zijn door het in kaart brengen van praktijkvariatie. Alhoewel op basis van bovenstaande knelpunten niet direct te verwachten valt dat patiënten deze informatie ook meteen gaan gebruiken voor hun keuze voor de zorgaanbieder, blijft de premisse dat dit de zorgaanbieders prikkelt tot discussie en het zelf stellen van normen.

Het gaat de zorgverzekeraars om duidelijk te krijgen waar een minimumnorm is waaronder de veiligheid en kwaliteit van zorg in het geding kan komen (vertegenwoordiger ZN).

Hoewel door respondenten gesteld wordt dat goede informatie en dus goede registratie van belang is voor een zinvolle discussie over de relatie kwaliteit en concentratie en spreiding van zorg, blijkt ook dat deze registraties vaak onvoldoende zeggen over onderscheidende aspecten van kwaliteit. En zelfs waar zulke informatie wel beschikbaar is, handelen patiënten en huisartsen hier slechts in beperkte mate naar (Dautzenberg et al., 2012). Het opnemen van kwaliteitsgegevens en patiëntgerelateerde uitkomsten in de basisregistratie en het streven naar koppelingen aan (elektronische) medische dossiers zijn goede initiatieven om kwaliteitsinformatie beschikbaar te maken. Maar daarnaast moet er ook nadrukkelijk gekeken worden waarom van beschikbare informatie slechts in beperkte mate gebruik wordt gemaakt door patiënten. Redenen die genoemd worden in eerder onderzoek zijn: onbekend waar de informatie te vinden is, informatie is onduidelijk of wordt onoverzichtelijk aangeboden, geen rustig moment om na te denken over de ziekenhuiskeuze, advies van huisarts wordt blindelings gevolgd en huisartsen zijn ook niet goed geïnformeerd (Dautzenberg et al., 2012).

Hoe goed professionals en ziekenhuizen zijn is vooral te beoordelen op basis van betrouwbare registraties van patiëntgegevens op het gebied van uitkomsten, zorgprocessen, typen behandelingen en chirurgisch ingrijpen (Signaleringscommissie Kanker van KWF, 2010). Voor zover deze registraties gaan over zorginhoudelijke indicatoren gaat het om het professionele perspectief, daarnaast bestaan ook etalageplusinformatie (basisinformatie over kenmerken van een zorginstelling) en patiënt- of cliëntgebonden indicatoren. De kwaliteit van het registratiesysteem van een instelling wordt als belangrijk criterium gezien voor de beoordeling van kwaliteit van zorg en daarmee ook van nieuwe initiatieven ten aanzien van concentratie en spreiding van zorg. Door de grotere mate van samenwerking tussen ziekenhuizen en professionals zal eenduidigheid en onderlinge afstemming van gegevens extra belangrijk worden.

4.6.5 Patiënten blijven buiten de discussie over concentratie

Patiënten vinden dat ze te weinig worden betrokken bij de discussies over volume en spreiding en mogelijke samenwerkingsverbanden en willen graag meer betrokken worden.

Cliëntenraden worden soms gevraagd mee te kijken naar fusie overeenkomsten maar zijn vaak niet betrokken bij de eerste stappen van de totstandkoming ervan (vertegenwoordiger patiënt).

Het meer betrekken van patiënten kan ook een ander licht werpen op de discussies over centralisatie van zorg. Het perspectief van specialisten en patiënten is verschillend: specialisten kijken naar de verrichting of ingreep en patiënten kijken naar een veel breder pallet van gevolgen van de zorg:

Specialisten kijken vooral naar de ingreep zelf maar patiënten kijken veel breder; waar kan ik snel terecht als er thuis complicaties optreden, zijn er afspraken gemaakt over het nazorgtraject. Daarmee meten de patiënten de kwaliteit mede af aan de effecten op hun welbevinden en het effect op hun dagelijks leven (vertegenwoordiger patiënt).

Patiënten geven aan dat de discussies niet alleen moeten gaan over volume per specialist of ziekenhuis, maar ook over wat het ziekenhuis die grotere groep patiënten biedt, bijvoorbeeld in termen van de aanwezigheid van een multidisciplinair team of psychosociale ondersteuning en over de daadwerkelijke uitkomsten van zorg. Professionals delen deze wens:

Aan de ene kant moet een locatie voldoen aan een aantal randvoorwaarden maar aan de andere kant moet je ook laten zien dat je uitkomsten goed zijn. Ik denk dat van beide aspecten een concentrerend effect zal uitgaan (specialist).

4.6.6 Conclusie

Vanuit het perspectief van de patiënt wordt nadrukkelijk uitgedragen dat het de wens is om zorg dicht bij huis te hebben als het kan, maar verder weg als het beter is. De ingreep zelf kan dan plaatsvinden in een specialistisch centrum verder weg; de voor- en nazorg dient bij voorkeur weer in de eigen plaats of regio te gebeuren. Belangrijke voorwaarde voor werking van dit mechanisme is goede keuze-informatie voor patiënten en verwijzers. Deze ontbreekt echter vooralsnog. Bovendien maken patiënten nog onvoldoende gebruik van de wel beschikbare informatie. De beperkte informatie zorgt ervoor dat de vragende partijen geen zicht hebben op waar de beste zorg wordt geleverd. Een langere reistijd wordt op zichzelf niet als een knelpunt ervaren zolang het belang ervan voor de kwaliteit van zorg maar duidelijk is. De huisarts kan in dit keuzeproces een belangrijke helper zijn, maar ook die moet dan wel toegang hebben tot goede informatie die verder gaat dan alleen de wachttijden.
Patiënten met co-morbiditeit, veelal ouderen, zijn een zeer kwetsbare groep waarvoor speciale aandacht moet zijn binnen de discussies over centralisatie van zorg.

4.7 Belangrijkste aspecten van concentratie vanuit het maatschappelijk perspectief

4.7.1 Zorgprofessionals zijn leidend bij het stellen van normen

Het was de IGZ die enkele jaren geleden de eerste volumenormen stelde met betrekking tot oesophaguscardiaresecties en acute operaties aan een abdominaal aneurysma. De afgelopen tijd hebben zowel verzekeraars als beroepsorganisaties het initiatief overgenomen door het stellen van normen voor onder andere borstkanker, blaaskanker en prostaatkanker. Dit betreffen volumenormen maar ook proces- en structuurnormen. De meeste geïnterviewden vinden dat in eerste instantie zorgverleners, en dan met name de (beroepsverenigingen van) medisch specialisten, de normen moeten vaststellen. Deze normen kunnen dan weer door andere actoren gebruikt worden, bijvoorbeeld door ziekenhuizen, bij de visitatie van ziekenhuizen onderling en door zorgverzekeraars.

In onze visitaties nemen we de gestelde volumenormen van de wetenschappelijke verenigingen mee; onze leden volgen die normen ook (vertegenwoordiger STZ).

Zorgverzekeraars hanteren professioneel inhoudelijke normen over volume opgesteld door de beroepsgroepen als minimumkwaliteitseis (vertegenwoordiger zorgverzekeraars).

Zorgprofessionals zien zichzelf ook het liefst leidend wat betreft de normering van interventies en behandelingen in het kader van de discussie over concentratie van zorg.

Ik zou liever zien dat niet de zorgverzekeraars maar de zorgprofessionals in de lead zijn omdat wij weten wat van belang is voor de behandeling van de aandoening en ook weten hoe we dat het beste kunnen organiseren; de verzekeraars moeten daar wel in worden meegenomen maar niet leading zijn (specialist).

Ten opzichte van normen die vastgesteld zijn door bijvoorbeeld de inspectie is normering vastgesteld door de beroepsgroepen zelf, volgens sommige respondenten, winst. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg zelf geeft het belang aan van normen die door de beroepsgroepen worden vastgesteld.

Vroeger waren er volumenormen van de IGZ, nu zijn het meer veldnormen geworden en dat is goed (vertegenwoordiger IGZ).

Het referentiegetal is 20 voor chirurgie; als je daarop uitkomt dan toetsen we de normen verder niet (vertegenwoordiger IGZ).

Ook NMa deelt dit standpunt maar voegt daar wel wat aan toe:

De NMa vindt dat het veld de minimum normen voor goede zorg zelf moet stellen en mengt zich niet in inhoudelijke discussies over de medisch-inhoudelijke ratio en de wetenschappelijke fundering van minimumnormen (vertegenwoordiger NMa).

4.7.2 Andere partijen kunnen het tot stand komen van kwaliteitsnormen wel stimuleren

Wel dient hierbij te worden opgemerkt dat veldnormen vaak in dynamiek met (de dreiging van) extern geformuleerde normen tot stand komen. Zo zijn verschillende beroepsverenigingen hun eigen normen gaan vaststellen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde met betrekking tot mammacarcinoom, nadat zorgverzekeraars met hun normering waren gekomen. De breed gedeelde wens is dat zowel de zorgverzekeraars als de IGZ zorgen voor de macht om concentratie en spreiding daadwerkelijk door te kunnen zetten en daarmee de professionals te helpen om leidend te worden en te blijven.

We behandelen nu al 95% van de patiënten met hoofdhalstumoren in een hoofdhalscentrum; als verzekeraars kunnen helpen bij de laatste 5% dan zou dat mooi zijn (specialist).

Zorgverzekeraars kunnen nog veel sturender optreden door de gewenste ontwikkeling van centralisatie te ondersteunen, ook financieel, en ongewenste ontwikkelingen af te remmen (specialist).

De IGZ kan dit doen door handhaving van de veldnormen door middel van audits, het afdwingen van normeringen bij het veld, het afgeven van vergunningen, of het opnemen van een prestatie-indicator.

Opname van het aantal slokdarmresecties per ziekenhuis in de IGZ basisset prestatieindicatoren zorgde voor de noodzakelijke externe druk; dit is nodig (vertegenwoordiger Gezondheidsraad).

Een vergunningensysteem geeft meer controle maar het werkt beter als je het aan het veld zelf over laat om goede en betaalbare zorg te leveren (vertegenwoordiger IGZ).

Het vergunningensysteem wordt daarbij gezien als een te zware maatregel en minder passend bij het uitgangspunt om de aanbieders van zorg leidend te laten zijn.

Zowel vanuit professioneel perspectief als het maatschappelijk perspectief wordt het dus wenselijk geacht dat de zorgverzekeraars een meer sturende rol hebben. Dit kan bijvoorbeeld door het selectief inkopen van zorg op volume, kwaliteit en kosten.

Verzekeraars kochten "onverantwoorde zorg" in zoals bijvoorbeeld één pancreasoperatie waarvan je al weet dat die patiënt dood gaat. Dat komt omdat ze achteraf pas kunnen toetsen. Dit is aan het veranderen door selectieve inkoop (vertegenwoordiger IGZ).

Hoewel de normen van de beroepsgroep dus van groot belang zijn voor draagvlak die daadkracht mogelijk maakt, wordt hierbij wel een kanttekening gemaakt. Als de normen onvoldoende in goed overleg tot stand zijn gekomen met de zorggebruikers, de patiënten, dan kunnen ze wel gebruikt worden voor regulering, maar leiden daarmee nog niet perse tot zorg die door patiënten ook als beter wordt ervaren.

Dokters en patiënten moeten samen "in de lead" zijn in de discussie over centralisatie omdat ze niet hetzelfde over een aantal zaken denken: vanuit doktersperspectief is wachttijd niet zo belangrijk, uit patiëntenperspectief veel meer; als er enige %en overlevingsverbetering is beveelt de dokter de therapie aan maar daar worden veel te weinig "patient reported outcomes" in meegenomen (specialist).

4.7.3 Mededinging speelt maar een beperkte rol bij concentratie van zorg

Op het gebied van mededingingswetgeving heeft de NZa een rol bij het opstellen van een zienswijze over fusies die gemeld moeten worden bij de NMa. De NZa heeft als taak met maatregelen vooraf via beleid marktwerking te beïnvloeden, bijvoorbeeld ook bij vaststelling van prijzen of waar marktwerking ingevoerd kan worden, en de NMa is toetsend achteraf of er wel sprake is van een gezonde concurrentie. Beide instanties zijn op voorhand niet tegen concentratie.

Als samenwerking, bijvoorbeeld met het oog op betere ketenzorg, plaatsvindt tussen partijen die niet met elkaar concurreren, dan raakt dat doorgaans niet de mededinging (vertegenwoordiger NMa).

De rode draad is dat concentratie goede gevolgen voor de kwaliteit kan hebben maar dat daar niet altijd een fusie voor nodig is (vertegenwoordiger NZA).

Kern is dat marktmacht ten gevolge van concentratie niet de keuzemogelijkheid van de patiënten mag beïnvloeden. In de praktijk blijkt dat de meeste samenwerkingsinitiatieven met als doel concentratie en spreiding maar beperkte consequenties hebben voor de omzet en derhalve buiten de scope van de NZa vallen. Deze heeft pas een wettelijke taak boven de omzetnorm.Wat momenteel actueel is voor de NZa bij concentratie van zorg is de mate waarin zorgverzekeraars aan hun zorgplicht kunnen blijven voldoen na concentratie. Ook de NZa zal zich daarbij niet primair sturend opstellen. Toch wil zij wel een positie innemen in het debat hierover en stelt een consultatieronde in.

De NMa maakt een afweging tussen het belang van concurrentie en de wens tot concentratie vanuit een focus op mededinging. De NMa overziet echter niet alle aspecten die van belang zijn bij een fusie; toestemming is daarmee geen garantie voor een succesvolle fusie. Zij maakt daarbij gebruik van wettelijke kaders maar geven geen inhoudelijk oordeel over de kans van succes van een fusie. Het gaat om mededinging. De NMa gaat niet op de stoel van de bestuurder zitten. Een inhoudelijke toets zou wel wenselijk zijn maar dient binnen de sector zelf te worden uitgevoerd bijvoorbeeld onder regie van het Kwaliteitsintituut.

4.7.4 Ook maatschappelijk speelt efficiëntie en betaalbaarheid een belangrijke rol

Bij het benoemen van kwaliteitscriteria vanuit het maatschappelijk perspectief, wordt kwaliteit gerelateerd aan efficiëntie (Boston Consulting Group, 2010; Boer en Croon, 2010; Invitational Conference NVZ, 2010; Songun, 2010) en betaalbaarheid (RVZ, 2003). Als efficiëntie het centrale criterium is, wordt strikt geconstateerd dat een klein land als Nederland erg veel

keuzemogelijkheden biedt aan patiënten, omdat bijna 70% van de bevolking op een reisafstand van 30 minuten kan kiezen uit drie ziekenhuizen (Boston Consulting Group, 2010). Betaalbaarheid is een belangrijk beoordelingscriterium bij de kapitaalintensieve zorg en dure faciliteiten, ook als de omvang van de doelgroep gering is, dus als het zorg voor kleine groepen patiënten met zeldzame aandoeningen betreft (RVZ, 2003).

4.7.5 Ook toegankelijkheid en bereikbaarheid spelen een rol in het maatschappelijk debat

De invloed op de toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg is eveneens een veelgenoemd criterium, met name voor acute, chronische en ouderenzorg (RVZ, 2010; Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).

Voor acute zorg is nabijheid een voorwaarde, vanwege de aard van de zorg. Bereikbaarheid voor acute zorg veronderstelt dat er spoedeisende hulp geboden moet worden in regionale ziekenhuizen met een 24-uurs opvang en behandeling van alle categorieën patiënten (Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp, 2009). De werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (2009) spreekt van profielziekenhuizen, die op een normtijd van 45 minuten bereikbaar moeten zijn. Een punt van aandacht wordt geformuleerd in de recente notitie in opdracht van de Regieraad (2012), namelijk de wijze van opvang van acuut vitaal bedreigde patiënten op een locatie zonder IC voorziening. Tot nu toe wordt als oplossing een beroep gedaan op regionale ambulancediensten, maar niet duidelijk is, of deze aanpak kwalitatief verantwoord is (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Ook wordt beschreven dat ambulances en traumahelikopters naast hun transportfunctie in de toekomst ook levensreddende zorg op locatie moeten bieden.

Vanuit dit criterium kan voor de laagcomplexe acute zorg het onderscheid tussen de spoedfunctie van de huisarts en van de SEH van de kleinere ziekenhuizen opgeheven worden. De relatie die de laatste jaren is gelegd binnen de HAP's kan daarmee verder worden ontwikkeld (Boer en Croon, 2010). Voor de gespecialiseerde acute zorg zullen regionale expertcentra nodig zijn. Het betreft interventies aan het hart, neuro-interventies, acute problematiek van een AAA, intensive care behoeftige kinderen, pre- en dysmature zorg en acute gedragsstoornissen (Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp, 2009). Het moet op regionaal niveau goed bekend zijn, welk centrum voor welke patiëntencategorie een expertcentrum is (Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp, 2009). De mate van bereikbaarheid en bekendheid van deze expertcentra is een beoordelingscriterium voor het succes van deze initiatieven. Om deze specialistische acute zorg te kunnen leveren, zal OK-capaciteit en ook IC-capaciteit in beperkte mate nodig zijn. Om dit te kunnen realiseren is wellicht samenwerking met de geconcentreerde zorg in specialistische ziekenhuizen van belang (RVZ, 2010). Voor de beoordeling van de gespecialiseerde acute zorg zijn de mate van regionale spreiding en nabijheid (reistijd), naast adequate OK-capaciteit, IC-capaciteit en gespecialiseerde personele bezetting belangrijke criteria (Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp, 2009). Hetzelfde geldt voor de zorg en kennis die nodig is bij meer complexe en uitgebreide letsels, waarvoor de huidige multi-trauma-centra ingericht zijn (Boer en Croon, 2010).
Voor chronische aandoeningen hebben mensen frequent contact met hun zorgverleners en voor ouderen kan beperkte mobiliteit een grens stellen aan de reisafstand. Als beoordelingscriterium voor toegankelijkheid en bereikbaarheid wordt benadrukt dat deze zorg dichtbij huis gelokaliseerd moet zijn (Signaleringscommissie Kanker (SCK), 2010). De toename van de zorgvraag door de vergrijzing zal in de komende tien jaar vooral een toename van mensen met chronische aandoeningen betreffen (RVZ, 2010). Bij deze zorgvraag verschuift de aandacht van zorg bij ziekte naar gezond blijven en de zorg inpasbaar maken in het dagelijks leven. Of de noodzakelijke samenwerking voor deze zorg er is, kan beoordeeld worden aan de mate waarin de organisatie, de infrastructuur en de personele bezetting onderling afgestemd is in vormen van samenwerking en netwerken (RVZ, 2010).

4.7.6 Conclusie

Zorgprofessionals zien zichzelf het liefst leidend in de normering van interventies en behandelingen, in het kader van de discussie over concentratie van zorg. Het is ook nodig dat zorgverzekeraars of de IGZ zorgen voor de macht om concentratie en spreiding daadwerkelijk door te kunnen zetten en daarmee de professionals te helpen om leidend te worden of te blijven. Maatschappelijk gezien stellen regulerende instantie zich terughoudend op wat betreft hun positie op het gebied van concentratie en spreiding. Verzekeraars, NZa, NMa en de IGZ hebben graag dat specialisten leidend zijn in de discussies over volume; het gaat hen er om duidelijk te krijgen wat een minimumnorm is waaronder de veiligheid en kwaliteit van zorg in het geding kan komen. Zij kunnen externe druk leggen op naleving van volume-afspraken door selectieve inkoop (zorgverzekeraars) of het opnemen van prestatie-indicatoren in de IGZ basisset (IGZ). De beleidsrapporten besteden met name aandacht aan doelmatigheid, betaalbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid in algemene zin.

4.8 Beschouwing

De centrale vraag van dit hoofdstuk is welke beoordelingskaders er gehanteerd worden voor de beoordeling van organisatorische ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en concentratie van zorg in Nederlandse ziekenhuizen en welke aspecten hierin domineren of welke ontbreken. Er worden in het debat verschillende beoordelingscriteria vanuit verschillende perspectieven benoemd, elk vanuit een eigen belang.

Het meest diffuus is het criterium ‘kwaliteit’. Vanuit het maatschappelijk en ziekenhuisperspectief kan hierbij gedacht worden aan efficiënte organisatie, betaalbaarheid en concurrentie. Bij de professionals speelt voldoende expertise, multidisciplinaire samenwerking en loopbaanontwikkeling een belangrijke rol, terwijl voor patiënten vooral keuzevrijheid en goede voorlichting centraal staan, waarbij de individuele gezondheidsuitkomsten voorop staan.

Maar ook is er overlap tussen perspectieven bijvoorbeeld tussen het maatschappelijk perspectief en het perspectief van de ziekenhuisorganisatie op het gebied van doelmatigheid en bereikbaarheid.

Essentieel in de discussie over volume, kwaliteit en concentratie is ook het besef dat er verschillen zijn in kwaliteit. Dit besef is er vanuit het professioneel, organisatie en maatschappelijk perspectief en begint ook steeds meer door te dringen in het patiëntenperspectief. Vanuit alle vier de perspectieven wordt aangegeven dat betere uitkomsten van zorg het belangrijkste beoordelingscriterium is voor centralisatie van zorg. De relatie tussen volume en betere uitkomsten van zorg is met name wetenschappelijk aangetoond voor hoogcomplexe aandoeningen of ingrepen die niet heel veel voorkomen. Voor deze categorie ingrepen is er daarom een breed draagvlak om de zorg te centraliseren.

Het patiëntperspectief wordt het minst besproken in de literatuur en als het aan bod komt, dan worden de patiëntcriteria veelal benoemd in rapporten die niet vanuit patiëntenbelangen opgesteld werden. In de interviews kwam ook naar voren dat patiënten nog onvoldoende betrokken worden in de discussie over concentratie van zorg en de volume-kwaliteit relatie.

5 Concentratie en spreiding in de praktijk: je geld of je leven!

Teun Zuiderent-Jerak, Tijn Kool en Jany Rademakers

5.1 Inleiding

Zoals we in de vorige hoofdstukken hebben gezien is er een uitvoerige discussie over de meerwaarde van het concentreren en spreiden van zorg. Deze discussie vindt plaats in een dynamische omgeving. In de Nederlandse ziekenhuiszorg zijn de afgelopen jaren verschillende sets prestatie-indicatoren geïntroduceerd, wordt gereguleerde marktwerking steeds verder ingevuld, wijzigen financieringsstructuren met regelmaat en worden doorlopend nieuwe inzichten op het gebied van kwaliteit van zorg geïntroduceerd. Deze dynamiek is niet alleen de context waarbinnen volume-initiatieven plaatsvinden; zij is ook direct van invloed op hoe zulke initiatieven vorm krijgen. Discussies over concentratie en spreiding van zorg gaan daarom niet alleen over de kwaliteit van de zorg, zonder oog voor het feit dat ziekenhuisorganisaties in toenemende mate bezig zijn met profilering op een markt voor ziekenhuiszorg. Zoals wij in hoofdstuk 1 al aangaven, gaat de beleidstheorie van gereguleerde concurrentie ook niet uit van een dergelijke scheiding tussen kwaliteit en marktwerking; de gedachte is dat ziekenhuizen zich gaan bezinnen op hun portfolio en keuzes maken over welke zorgproducten zij het beste kunnen aanbieden. Daaruit zouden dan ook keuzes moeten volgen over welke zorgverlening zij beter aan anderen over kunnen laten. Ziekenhuizen zouden zich door dit proces proberen te onderscheiden op kwaliteit. Zorgverzekeraars worden geacht dat proces aan te wakkeren door alleen die zorg in te kopen die beter is – tegen een scherpe prijs natuurlijk.

Uit empirisch onderzoek naar de invoering van gereguleerde marktwerking is bekend dat dit proces lang niet altijd volgens deze beleidstheorie verloopt. Verzekeraars hebben immers moeite om hun rol als zorginkopers vanuit de kwaliteit van zorg in te vullen. Zorgaanbieders gaan eerder meer op elkaar lijken dan dat zij diversificeren (Boonen, 2009; Zuiderent-Jerak et al., 2011). Een beleidstheorie leidt in de praktijk niet zelden tot onverwachte effecten. Voor dit onderzoek naar concentratie en spreiding in de Nederlandse ziekenhuiszorg is echter niet het doel om te toetsen in hoeverre deze beleidstheorie als geheel in de praktijk uitpakt. Wel is het van belang empirisch in kaart te brengen welke initiatieven er zijn en hoe deze zich verhouden tot die premissen uit de beleidscontext die direct verband houden met het belang van volume-initiatieven.

Om hier zicht op te krijgen hebben wij gekozen voor een empirische in plaats van een normatieve insteek; wij hebben niet gekeken naar initiatieven die vanuit het oogpunt van de kwaliteit van zorg het meest beloftevol zijn. Wij hebben ons juist toegelegd op het in kaart brengen van de diversiteit aan volume-initiatieven die er in de praktijk zijn. Deze diversiteit hebben wij aan de hand van verschillende methoden inzichtelijk gemaakt. Ten eerste hebben wij door middel van een internet-survey onder kwaliteitsfunctionarissen van alle Nederlandse ziekenhuizen getracht zicht te krijgen op alle lopende volume-initiatieven. Ten tweede hebben wij tijdens de interviews die in het vierde hoofdstuk zijn besproken, gevraagd met welke initiatieven de respondenten bekend waren. Ten derde hebben wij de kennis van onze instituten ingebracht door onder meer tijdens een expertmeeting naar initiatieven te vragen. Ten slotte hebben wij zelf de media op dit onderwerp nauwlettend gevolgd. De gevonden initiatieven hebben wij ondergebracht in een database die lopende het onderzoek is aangevuld.

Om diepgaand inzicht te krijgen in een aantal van deze initiatieven hebben wij vervolgens enkele specifieke casussen bestudeerd. In vijf uiteenlopende casussen is daarmee gekeken naar de manier waarop in deze initiatieven invulling wordt gegeven aan de herschikking van het zorgproces om, via volumeafspraken, te komen tot zorgverbetering. Hierbij is gekeken op welke manier invulling wordt gegeven aan concentratie van zorg: was er sprake van ziekenhuisoverstijgende maatschappen, concentratie van zorg in een ziekenhuis(locatie), werden er zorgketens ontwikkeld met taakverdelingen tussen verschillende partijen, werd er een nieuwe

organisatie opgericht, et cetera? Daarnaast is bij elke casus onderzocht hoe kwaliteitswinst wordt gedefinieerd en inzichtelijk wordt gemaakt en hierbij hebben wij steeds gekeken vanuit de reeds genoemde vier perspectieven: het patiënten-, professionele, organisatorische en maatschappelijke perspectief. Door deze aspecten te belichten, kunnen wij ook uitspraken doen over de relatie tussen volume-initiatieven en kwaliteit van zorg in de bestudeerde casussen.

In het vervolg van dit hoofdstuk gaan wij eerst in op de in kaart gebrachte initiatieven om vervolgens de casussen te analyseren. Deze analyse van de casussen betreft vooral bevindingen die de specifieke casus overstijgen en die veelzeggend zijn voor de discussie over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg in meer algemene zin. Voor een overzicht van de specifieke casussen verwijzen wij u naar bijlage 6.

5.2 Initiatieven in Nederland ten aanzien van concentratie van zorg

Het aantal initiatieven op het gebied van concentratie en spreiding is uitermate hoog. Vrijwel elke editie van de dagelijkse nieuwsbrieven van vaktijdschriften als *Medisch Contact*, *Skipr* en *ZorgVisie* bespreekt wel een recent aangekondigde samenwerking of fusie, de opkomst van een specialistische kliniek of oncologisch centrum, de inrichting van een zorgstraat of de keuze van zorgverzekeraars om voor sommige aandoeningen niet meer bij alle aanbieders zorg in te kopen. Wij hebben niet de ambitie gehad om alle lopende initiatieven in kaart te brengen. Daarvoor zijn deze ontwikkelingen te dynamisch. Bovendien worden uit strategische overwegingen lang niet alle initiatieven in een vroeg stadium bekend gemaakt. Het genereren van een overzicht was ook geen doel op zich zelf, maar diende ertoe inzicht te krijgen in de diversiteit van de lopende initiatieven.

Om initiatieven op het gebied van concentratie en spreiding van zorg in kaart te brengen is in maart 2012 een vragenlijst verstuurd naar kwaliteitsfunctionarissen van alle Nederlandse ziekenhuizen. De vragenlijst is samengesteld op basis van het onderzoeksvoorstel en de literatuurstudie. Zij omvatte vragen over lopende initiatieven in het ziekenhuis, betrokken specialismen, benodigde randvoorwaarden en belangrijkste beoordelingscriteria. In totaal zijn 107 kwaliteitsfunctionarissen benaderd (in sommige gevallen meer dan één persoon per ziekenhuis). De kwaliteitsfunctionarissen hadden twee weken de tijd voor het invullen. Na een week is een reminder verstuurd. Slechts 15% (N=16) van de benaderden heeft de complete vragenlijst ingevuld (44% of N=47 was begonnen aan het invullen). Vanwege de lage respons is een verkorte vragenlijst samengesteld die slechts gericht was op het noemen van een voorbeeld van een 'best practice' en 'worst practice' op het gebied van concentratie en spreiding en redenen waarom de respondenten deze voorbeelden als zodanig classificeerden. Deze is verstuurd naar 77 kwaliteitsfunctionarissen[1]. De respons op de tweede vragenlijst was slechts 6,5% (N=5, in totaal waren 18 personen aan de lijst begonnen).

Wij hebben getracht te achterhalen wat de redenen voor deze non-respons waren. Als redenen hiervoor gaven de kwaliteitsfunctionarissen aan:

- dat ze niet betrokken zijn bij de discussie in het ziekenhuis over volume-initiatieven en daarom niet (goed) in staat zijn de vragen te beantwoorden;
- dat de complexiteit van de discussie over volume-initiatieven niet te vangen is in een survey;
- dat zij vreesden gevoelige informatie prijs te geven en daarom geen medewerking wilden verlenen aan de enquête.

De tweede reden staaft de bevindingen uit ons literatuuronderzoek dat initiatieven rondom concentratie en spreiding veelomvattend en daarmee complex zijn. Dit onderschrijft ook het belang van empirisch casusonderzoek. De laatste reden bevestigt ook een conclusie uit het vierde hoofdstuk: volume-initiatieven zijn niet alleen organisatieveranderingen met het doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar juist ook onderwerpen van groot strategisch belang voor

[1] Alle eerder benaderde functionarissen min degenen die de eerdere lijst compleet hadden ingevuld en min diegenen die aangegeven hadden het niet op prijs te stellen benaderd te worden.

ziekenhuizen in een beleidscontext van concurrentie. Raden van Bestuur en strategisch adviseurs zijn mogelijk beter op de hoogte van lopende initiatieven dan kwaliteitscoördinatoren. Vermoedelijk zouden ook deze actoren gevoelige informatie niet hebben prijs gegeven. Het strategisch belang is daarvoor te groot.

Vanwege de lage respons zijn de verkregen data alleen kwalitatief geanalyseerd. Hierbij is vooral gekeken naar de vorm van de initiatieven en wat deze al dan niet tot een succes maakt. De genoemde initiatieven konden ingedeeld worden in drie categorieën:

1 samenwerking/reorganisatie binnen een ziekenhuis met als doel onafhankelijk de eigen speerpunten en portfoliokeuzes bepalen;
2 samenwerking tussen ziekenhuizen:
   a. tussen dezelfde typen ziekenhuizen met als doel te clusteren om gezamenlijk aan volumenormen te kunnen voldoen;
   b. tussen verschillende typen ziekenhuizen met als doel de basiszorg af te bakenen en deze te onderscheiden van complexe hoogspecialistische zorg;
3 ketenzorg met als doel samenwerking tussen verschillende typen zorgaanbieders wat betreft één type patiënt.

Gezien de eerder genoemde beleidspremissen waarin vooral centraal staat dat ziekenhuizen concurreren en portfoliokeuzes maken, valt op dat samenwerking een vaak gezochte aanpak is bij het inrichten van volume-initiatieven. Wanneer we inzoomen op deze samenwerking tussen ziekenhuizen, dan zien we dat gerapporteerde voordelen voor zowel de samenwerking tussen dezelfde als voor verschillende typen ziekenhuizen, sterk met elkaar overeenkomen. Voorbeelden zijn werken met de best beschikbare kennis en inzichten, zorg bieden in relatieve nabijheid van de patiënt, en optimalisatie van gebruik van kennis en voorzieningen. Dit geldt ook voor het meest genoemde nadeel: langere reistijd voor de patiënt.

Wanneer we kijken naar de beoordelingscriteria voor beide typen samenwerking tussen ziekenhuizen, dan zien we dat met betrekking tot samenwerking tussen dezelfde typen ziekenhuizen patiëntaantallen vaker worden genoemd als één van de twee belangrijkste beoordelingscriteria. Voor samenwerking tussen verschillende typen wordt het voorzieningenniveau in het ziekenhuis relatief vaak genoemd als één van de twee belangrijkste beoordelingscriteria. Dit kan een uiting zijn van de verschillende beweegredenen tot samenwerking en zal in de casestudies verder uitgewerkt worden.

5.3 Casusselectie en analyse

Om te komen tot een gedegen en breed gedragen casusselectie is een bijeenkomst gehouden met experts op het gebied van concentratie en spreiding van zorg. Hierbij waren verschillende betrokken veldpartijen aanwezig. Voor een overzicht verwijzen wij naar bijlage 5. Vooraf was een aantal randvoorwaarden voor casusselectie geformuleerd:

- De casus diende betrekking te hebben op redelijk frequente verrichtingen of behandelingen. In de expertmeeting werd echter benadrukt dat concentratie van zorg ook aan de orde is bij zeldzame ziekten. De uitwerking op kwaliteit van zorg kan in dat geval anders zijn dan bij veelvoorkomende behandelingen. Bovendien werd opgemerkt dat als alle patiënten met een zeldzame aandoening bij elkaar worden opgeteld, dit een populatie van één miljoen patiënten betreft. Het betreft dus een fors deel van de patiënten.
- De casus diende een lopend initiatief te betreffen dat wil zeggen dat het niet zou gaan om plannen maar om initiatieven die reeds in de praktijk waren gerealiseerd. Dit criterium was van belang om informatie te kunnen verkrijgen over de gehanteerde beoordelingscriteria en de uitkomsten van het initiatief. Het criterium heeft als neveneffect dat de meest controversiële onderwerpen, die stil zijn komen te liggen na bijvoorbeeld aanzienlijke media-aandacht, niet zijn onderzocht.
- De casus moest niet al in ander onderzoek betrokken zijn (geweest). Dit zou immers problemen op kunnen leveren qua toegang en interferenties tussen onderzoeken. Wel is er gebruik gemaakt van onderzochte uitkomsten, waar beschikbaar, van andere onderzoeken.

- De casus moest goed toegankelijk zijn. Daarvoor is de medewerking van alle betrokken partijen een voorwaarde. Daar waar betrokkenen bijvoorbeeld niet mee kunnen of willen werken uit strategische overwegingen kan een casusbeschrijving onvoldoende betrouwbare informatie opleveren.

Op basis van de internetenquête en de discussie in de expertbijeenkomst is besloten om bij de selectie van de casussen te variëren wat betreft de volgende aspecten:

1. verschillende typen zorg: electieve, acute, en chronische zorg en ook een casus over een zeldzame ziekte;
2. verschillende vormen van volumevergroting bijvoorbeeld door concentratie op een ziekenhuislocatie, door samenwerking in ziekenhuisoverschrijdende maatschappen of door ketenzorg;
3. diversiteit in de initiatiefnemers bijvoorbeeld zorgprofessionals, verzekeraars, managers of beroepsgroepen;
4. verschillen qua focus op beoogde kwaliteitswinst.

Kwaliteit van zorg is in figuur 5.1 de uitkomstmaat waarbij gekeken wordt naar verschillende definities en operationaliseringen die in de casussen worden gebruikt om te kunnen beoordelen of de vergroting van volume ook daadwerkelijk een positief effect heeft en zo ja, op welke aspecten van zorg en op welke wellicht juist niet.

In deze figuur zijn de genoemde aspecten nogmaals weergegeven, waarbij per kolom enkele mogelijke variatievormen staan aangegeven:

Figuur 5.1 Criteria ter ondersteuning van de selectie van casussen

Type zorg	**Initiatief-nemer**	**Vormen van volumevergroting**	**Beoogd kwaliteitseffect**
Technisch complex	Patiënten-vereniging	Concentratie zkh-locatie	Reductie mortaliteit
Electief/laagcomplex	Beroepsgroep	Samenwerken maatschappen	Kosten-beheersing
Chronisch	VWS/IGZ	Netwerken (versch./zelfde type zkh)	Patiënten-tevredenheid
Spoed	Verzekeraar	Clusteren binnen zkh	Nabijheid
……	Ziekenhuis	……	Voorz.niveau zkh/regio

Op basis van deze criteria zijn uiteindelijk vijf casussen geselecteerd die in onderstaande figuur staan vermeld. Deze figuur wordt in de komende alinea's stapsgewijs ingevuld.

Figuur 5.2 Geselecteerde casussen en spreiding zorgtypen

Casus	**Type zorg**	**Initiatiefnemer**	**Vormen van volume-vergroting**	**Beoogd kwaliteits-effect**
Bariatrische chirurgie	Technisch complex			
Borstkanker	Electief laagcomplex			
Liesbreuken-centrum	Electief laagcomplex			
Hemofilie	Chronisch, zeldzaam			
Verloskunde	Spoed			

Voor elke casus is informatie verzameld door middel van interviews met verschillende betrokken partijen. Ook zijn openbare bronnen geraadpleegd zoals krantenartikelen, publicaties, beschikbare prestatie-indicatoren en websites. Voor enkele casussen is tevens gebruik gemaakt van observaties. Een onderzoeker is meegelopen met zorgverleners. De interviews zijn gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Deze is samengesteld op basis van het verrichte literatuuronderzoek en de interviews met sleutelpersonen. Deze lijst is telkens toegespitst op de specifieke casus.

De individuele casussen zijn uitgewerkt aan de hand van een standaard format (zie hiervoor bijlage 6). Hierdoor is verzekerd dat ondanks de diversiteit in de casusselectie, zoveel mogelijk over vergelijkbare zaken is gerapporteerd. Zo is bij alle casussen gekeken welke bijdrage het initiatief levert aan de kwaliteit van zorg vanuit patiënten-, professioneel, organisatorisch en maatschappelijk perspectief. En ook is telkens zo goed als mogelijk achterhaald op welke manier de gerealiseerde kwaliteitswinst inzichtelijk is gemaakt. De andere klassieke publieke belangen toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zijn daarbij meegenomen binnen respectievelijk het patiëntenperspectief en het maatschappelijk perspectief. De vijf casussen zijn elk afzonderlijk uitgewerkt en de beschrijving ervan is door de geïnterviewde personen geautoriseerd. Vervolgens is de casusoverstijgende analyse uitgevoerd door het gehele onderzoeksteam. Met behulp van de ervaringen uit de casussen zijn tenslotte dominante en ontbrekende perspectieven en kwaliteitsaspecten in de beoordelingskaders vastgesteld.

5.4 De casussen nader bekeken

In deze paragraaf wordt op overstijgend niveau gekeken naar de meest opvallende thema's die uit de casussen naar voren komen.

5.4.1 Aanleiding

Opvallend vaak vormen organisatorische problemen, bijvoorbeeld met de planning en bezettingsgraad van OK's of met het vinden van voldoende gekwalificeerd personeel, de directe aanleiding om met concentratie van zorg aan de slag te gaan. Soms volgt deze aanleiding uit nieuwe eisen van externe partijen, zoals zorgverzekeraars, de IGZ en het ministerie van VWS, om aan bepaalde eisen op het gebied van beschikbaarheid van gespecialiseerde krachten te voldoen. Dat betreft, in overeenstemming met de geschetste beleidscontext, met name situaties waarbij de minimumkwaliteit in het geding is. Dat is echter vaak niet het geval. Waar de minimumkwaliteit wel in het geding lijkt, zoals in het geval van de verloskunde, botsen eventuele eisen op het gebied van concentratie van zorg weer met andere minimum kwaliteitseisen zoals de minimum bereikbaarheidsnorm voor spoedzorg van 45 minuten.

Ook als er al een externe norm is opgelegd, ligt het initiatief voor concentratie van zorg veelal bij professionals bijvoorbeeld bij een maatschap die hierbij gesteund wordt door de Raad van Bestuur. Voor de meeste initiatieven geldt dat het doel wel kwaliteitsverbetering is, maar dat dat eerder een streven is dat op de achtergrond aanwezig is dan de directe motivatie. Wel wordt kwaliteitsverbetering gebruikt als strategisch argument om de Raad van Bestuur mee te krijgen met de plannen. In sommige gevallen zijn er daadwerkelijk normen gesteld door de wetenschappelijke verenigingen of verzekeraars zoals bij obesitas. In andere gevallen spelen andere professionele normen en richtlijnen een rol bij de wens om te gaan samenwerken zoals bij hemofilie. Vaak was dit niet de enige reden. Bij de oprichting van het Obesitas Centrum Amsterdam waren eerdere problemen in één van de deelnemende ziekenhuizen met het aantrekken van vaatchirurgen. In de daaruit ontstane samenwerking en oprichting van een overstijgende maatschap en beoogde fusie van de ziekenhuizen, paste het goed om ook de obesitaszorg gezamenlijk te organiseren.

Er werden ook vergaande initiatieven ontwikkeld wanneer geen sprake was van een externe norm. In het geval van bijvoorbeeld het Liesbreukcentrum Brabant (LCB) was de aanleiding een

suboptimaal OK-planningsproces in de betrokken ziekenhuizen. Het idee was dat de OK's efficiënter benut konden worden door alleen liesbreuken te behandelen. Dit probleem was aangekaart door de maatschappen zonder dat er een externe eis was om hogere kwaliteit te gaan leveren.

In sommige casussen vormt een strategisch belang de aanleiding voor concentratie. Een voorbeeld daarvan is de vorming van het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie (RUCO) waarbij het Maasziekenhuis en het UMC St Radboud hun samenwerking hebben geïntensiveerd en zelfs een aparte organisatie hebben opgericht. In deze casus wordt expliciet het beschermen van de eigen zorgmarkt als belangrijke reden genoemd. Een nieuw oncologisch ziekenhuis dreigde namelijk te worden gevestigd in de regio. De betrokken ziekenhuizen anticipeerden daarop door zich gezamenlijk als sterke speler te positioneren. Waar de beleidspremissen veronderstellen dat door concurrentie tussen aanbieders bepaalde ziekenhuizen besluiten sommige zorg niet meer te gaan leveren, blijkt de toegenomen concurrentie in sommige gevallen juist tot intensievere samenwerking tussen ziekenhuizen te leiden.
Zij kunnen daardoor allebei, al dan niet op een nieuwe locatie, deze zorg aanbieden.

Bezien vanuit een andere belangrijke verwachting vanuit de beleidsaannames, namelijk de beoogde toename van de kwaliteit van de patiëntenzorg als centraal onderhandelingsargument, zou het niet onlogisch zijn als patiënten soms de rol van initiator zouden spelen. Dat zou ook aansluiten bij de uitspraken van het bestuur van de NPCF, geciteerd in het vierde hoofdstuk, dat patiënten groot belang hebben bij concentratie van zorg en extra reistijd graag voor deze kwaliteitswinst over zullen hebben. Het is echter opvallend dat het initiatief om tot concentratie te komen in onze casussen nooit vanuit patiënten of patiëntenorganisaties is gekomen. Meestal zijn zij ook het minst geporteerd van de ontwikkelingen omdat voor hen het verlies wat betreft bereikbaarheid vaak duidelijker is dan de eventuele kwaliteitswinst. Niet bij alle casussen is het aantoonbaar dat concentratie leidt tot kortere wachttijden, snellere behandelingen, meer patiëntgerichte zorg en lagere complicaties. En ook waar kwaliteitswinst wel een duidelijk zichtbaar hoofddoel van concentratie is, zijn patiënten(verenigingen) er lang niet altijd van overtuigd dat concentratie van zorg nodig is om deze winst te boeken. Zo geeft de Nederlandse Vereniging van Hemofiliepatiënten aan de kwaliteitsdoelen die in de HKZ-certificering zijn opgenomen, volledig te onderschrijven. Ze verwacht echter niet dat daarvoor het aantal behandelcentra moet worden teruggebracht.

Een andere afwezige in het rijtje initiatiefnemers is de politiek. Als de politiek zich al bezighoudt met volume-initiatieven, dan betreft dit meestal lokale politici die zich in een laat stadium – bijvoorbeeld op het moment dat er een locatie dreigt te worden gesloten – verzetten tegen deze plannen. Een uitzondering is de hemofiliezorg, waar juist verschillende landelijke politieke en beleidsactoren, zoals het ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen, zich in het verleden hebben ingespannen om het aantal behandelcentra terug te dringen.

Concluderend kunnen wij stellen dat in de onderzochte casussen de wens om te komen tot concentratie van zorg het sterkst gevoeld wordt door betrokken medisch specialisten. Dat is aan de ene kant verrassend omdat het beeld bestaat dat zij graag een beetje van alles willen blijven doen. Aan de andere kant bleek in het vierde hoofdstuk dat medisch specialisten ook leidend moeten zijn in de concentratiediscussie en vooral het opstellen van normen. De onderzochte casussen blijken medisch specialisten door volume-initiatieven praktische problemen op te lossen, en proberen zij de concurrentie een stap voor te blijven. In sommige gevallen proberen zij ook het initiatief te behouden om te voorkomen dat bijvoorbeeld de inspectie of verzekeraars met eisen gaan komen. Dit speelde het duidelijkst in het geval van de hemofiliezorg. De betrokken professionals trachten te voorkomen dat de IGZ ging toezien op de HKZ-normen. Vanwege de strategische belangen die medisch specialisten nastreven, krijgen ze vaak de steun van de Raad van Bestuur. Specialisten geven ook aan de *patient card* te spelen in de discussie met ziekenhuisbestuurders omdat het voor bestuurders lastig is om zich tegen kwaliteitsverbetering uit te spreken.

Er zijn echter ook partijen die minder enthousiast zijn over de onderzochte initiatieven. Soms zijn dit bestuurders van het ziekenhuis waar een deel van de behandelingen verdwijnen, omdat ze

ondergebracht worden in een nieuw opgerichte organisatie. Soms zijn dat andere medisch specialismen zoals met name de anesthesisten omdat zij een deel van hun patiënten en daarmee ook inkomsten zien verdwijnen. Ook betreft dat bijvoorbeeld verloskundigen, OK-assistenten en verpleegkundigen omdat de inhoud van hun werk wordt aangetast. In bepaalde gevallen maken individuele patiënten en cliënten bezwaar tegen de initiatieven, temeer aangezien sommige cliënten zoals zwangeren geen formele organisatie hebben die hun belangen behartigt.

Figuur 5.3 Initiatiefnemers per casus

Casus	Type zorg	Initiatiefnemer	Vormen van volumevergroting	Beoogd kwaliteits effect
Bariatrische chirurgie	Technisch complex	Verzekeraar/Professionals		
Borstkanker	Electief laagcomplex	Verzekeraar/Ziekenhuizen		
Liesbreukencentrum	Electief laagcomplex	Professionals/Ziekenhuizen		
Hemofilie	Chronisch, zeldzaam	Professionals/VWS		
Verloskunde	Spoed	Professionals/Ziekenhuizen		

5.4.2 *Aard van concentratie van zorg*

In de casussen die wij hebben bestudeerd is de zorg op verschillende manieren geconcentreerd. De vorm die vanuit de eerder besproken beleidsaannames het meest voor zou moeten komen, is dat op één locatie bepaalde zorg niet meer wordt aangeboden en dat de zorg geconcentreerd wordt op een andere locatie. Dit is bijvoorbeeld op sommige locaties het geval bij de verloskunde. In die gevallen is natuurlijk een belangrijke vraag hoe er besloten wordt welke locatie de zorg niet meer aanbiedt, en wie dat doet. In dit specifieke geval was duidelijk dat de accommodatie in het ene ziekenhuis beter was dan in het andere maar dat was niet de enige afweging. Zeker zo belangrijk voor de Raad van Bestuur was dat in het ene ziekenhuis patiënten voldoende alternatieven in de buurt hadden, en zij dus niet zouden gaan reizen naar het andere ziekenhuis. Verloskundigen geven dan ook bijvoorbeeld aan dat de belangrijkste argumenten hier organisatorische waren, terwijl argumenten over kwaliteit en professionaliteit minder op de voorgrond stonden.

Klaarblijkelijk vallen beslissingen over waar wordt geconcentreerd in eerste instantie onder het beleid van de Raden van Bestuur. Van feitelijke overheids- of politieke invloed, of van sturing door verzekeraars wordt in de casussen beperkt melding gemaakt. Waar vanuit de beleidspremissen over concentratie en spreiding vaak wordt gesuggereerd dat ziekenhuizen uit concurrentieoverwegingen zullen kiezen voor een locatie waar nog niet teveel concurrenten zijn, blijkt hier het omgekeerde het geval: waar de concurrentie groot is, willen zorgbestuurders geen locatie sluiten uit angst voor verlies van patiënten. Dit is het soort onverwachte effect waarvan goed onderzocht moet worden in hoeverre dit een meer algemene ontwikkeling is. Concentratie op locaties die al goed voorzien zijn, zal negatieve effecten van concentratie doen toenemen. Als dit vaker gebeurt, is een belangrijke vraag hoe het belang van spreiding, dat direct gerelateerd is aan het publieke belang van de toegankelijkheid van zorg, dan beter geborgd kan worden.

In de meeste casussen leidt concentratie echter, in tegenstelling tot de verwachting vanuit de beleidscontext, in het geheel niet tot minder zorgaanbieders. Soms gaat het om samenwerking van ziekenhuizen zoals bij hemofilie en/of maatschappen zoals bij de bariatrische chirurgie. Dan weer betreft het de vorming van een aparte locatie of speciale kliniek zoals bij de borstkankerzorg en de liesbreuken. Bij de samenwerking tussen ziekenhuizen worden daarbij soms overkoepelende structuren zoals het RUCO opgericht. Interessant hierbij is dat het bij deze samenwerkingsvormen mogelijk is dat patiënten op twee plaatsen behandeld worden: voor- en

nazorg in het dichtstbijzijnde ziekenhuis, operatie of behandeling in het gespecialiseerde ziekenhuis of centrum. Dat leidt tot extra overdrachtsmomenten en soms tot afstemmingsproblemen. Het minimaliseert tegelijkertijd de problemen van de extra reistijd voor patiënten en de zorg die minder nabij en vertrouwd voelt. Nog interessanter is dat in sommige gevallen de nieuwe locatie zich enkel toelegt op de eenvoudige gevallen, terwijl de meer complexe gevallen als vanouds in de bestaande ziekenhuizen worden geopereerd. In het geval van de liesbreuken is er zo door concentratie van zorg geen sprake van een afname maar juist van een toename van het aantal aanbieders. Ook dit is een ontwikkeling waar vanuit de beleidspremissen nog onvoldoende oog voor is geweest. Deze toename van aanbieders geeft wel aan dat in het Nederlandse zorgstelsel het niet altijd even waarschijnlijk is dat ziekenhuizen ervoor kiezen bepaalde behandelingen niet meer aan te bieden. Het is immers makkelijker om aan te kondigen dat een ziekenhuis zich op een bepaald aandachtsgebied gaat concentreren, dan te besluiten om zaken af te stoten.

Figuur 5.4 Vormen volume-initiatief per casus

Casus	Type zorg	Initiatiefnemer	Vormen van volume-vergroting	Beoogd kwaliteit effect
Bariatrische chirurgie	Technisch complex	Verzekeraar/Professionals	Concentratie ziekenhuislocatie/Creëren van superstructuur/Samenwerking maatschappen	
Borstkanker	Electief laagcomplex	Verzekeraar/Ziekenhuizen	Creëren van superstructuur	
Liesbreuken-centrum	Electief laagcomplex	Professionals/Ziekenhuizen	Concentratie ziekenhuislocatie/Creëren van superstructuur/Samenwerking maatschappen	
Hemofilie	Chronisch, zeldzaam	Professionals/VWS	Netwerkvorming/Concentratie ziekenhuislocatie	
Verloskunde	Spoed	Professionals/Ziekenhuizen	Concentratie ziekenhuislocatie	

5.4.3 *Beoogde kwaliteitseffecten*

In de bestudeerde casussen wordt 'kwaliteit van zorg' vaak wel vooraf als belangrijke reden voor concentratie genoemd maar meestal niet expliciet gedefinieerd en geregistreerd. Zeker gezien het feit dat medisch specialisten aangaven kwaliteit soms als een retorisch argument te gebruiken bij het overtuigen van de Raden van Bestuur, lijkt kwaliteit eerder de legitimering voor het nastreven van een strategisch doel. Het is daarmee ondergeschikt aan andere, meer operationele doelen zoals een doelmatige OK-planning en voldoende bemensing voor de dienstroosters.

Voor zover kwaliteit wel expliciet benoemd wordt, gaat het vaak om het op peil hebben en houden van professionele expertise en deskundigheid van de arts. Bij de hemofilie en de bariatrische chirurgie gaat het om het halen van Europese of door de beroepsvereniging gestelde normen. Deze zijn soms gebaseerd op onderzoek, maar soms ook op (inter)nationale consensus die op haar beurt niet altijd eenduidig is. Bij de hemofiliezorg wijkt de landelijke veldnorm van minimaal 10 ernstige hemofiliepatiënten bijvoorbeeld af van de Europese richtlijn die een minimum stelt van 40. Deze aantallen zijn op hun beurt weer vooral een proxy-maat voor het kunnen installeren van een goed functionerend multidisciplinair team met onder meer een gespecialiseerd verpleegkundige, psycholoog en fysiotherapeut. Het is echter niet zo dat deze volumenorm direct relateert aan patiëntenuitkomsten zoals minder gewrichtsschade op de lange

termijn door beter management van bloedingen. De patiëntenvereniging kan daarom het standpunt innemen dat de kwaliteitseisen aan het multidisciplinaire team terecht zijn, maar dat niet samen hoeft te gaan met sluiting van bestaande centra.

Voor vrijwel alle casussen gold dat het beoogde positieve effect niet uit te drukken was in termen van mortaliteit. Dat is ook niet verrassend omdat mortaliteit veelal niet een geschikte indicator is van kwaliteit omdat de patiëntengroep klein is of de aandoening niet – of pas heel laat en in interactie met veel leefstijlaspecten – tot sterfte leidt. Toch was het opvallend dat in de meeste casussen niet eens gepoogd is om kwaliteitsdoelstellingen op patiëntniveau te definiëren. De laatste kolom van de tabel blijft dus opvallend leeg.

De enige casus waar wel expliciet gemeten is in hoeverre de concentratie leidt tot kwaliteitswinst voor patiënten is bij het liesbreukencentrum. Hier is in studieverband ervaring opgedaan met een technische innovatie in de behandelprocedure. Hierdoor is het aantal patiënten met chronische pijn na behandeling bijna gehalveerd is. Dit is duidelijk een mooi resultaat, temeer daar de behandeling nog eens €1500,-- goedkoper is dan de bestaande behandeling. Het is echter ook hier niet duidelijk in hoeverre concentratie van zorg nodig is om deze verbeteringen te realiseren. Zelfs als het voor de studie nodig was om een groter aantal patiënten te behandelen dan in één van de afzonderlijke ziekenhuizen gezien kon worden, dan was samenwerking ook een mogelijkheid geweest. De hemofiliezorg is hiervoor een sprekend voorbeeld met landelijke studies omdat elk centrum op zichzelf te kleine patiëntenaantallen kent. Nu de nieuwe behandelmethode voor de liesbreuken ontwikkeld is, lijkt er geen reden te zijn om deze niet ook in te voeren in ziekenhuizen die minder patiënten behandelen. Anderzijds geven professionals aan dat een deel van de winst niet komt uit de methode alleen, maar juist ook door de grote aandacht en toewijding waarmee de professionals in het liesbreukencentrum zich op dit onderwerp hebben toegelegd.

De conclusie is daarom dat de relatie tussen kwaliteit van zorg en concentratie, hoewel belangrijk als legitimering van volume-initiatieven, vaak niet geoperationaliseerd is in de casussen en nauwelijks gemeten wordt. Waar kwaliteit wel een centrale rol speelt, lijkt de uitsluitende relatie met volume aanvechtbaar omdat de gerealiseerde of beoogde kwaliteitswinst ook langs andere routes nagestreefd kan worden. Dat maakt de relatie tussen kwaliteit van zorg en concentratie en spreiding in de onderzochte casussen minder eenduidig dan in de beleidscontext wordt verondersteld.

5.4.4 Resultaten van concentratie van zorg

Doordat de relatie tussen volume en kwaliteit nauwelijks wordt geoperationaliseerd, is ook niet goed vast te stellen wat nu de meerwaarde is in termen van kwaliteit van zorg. Het is daarom lastig om de balans op te maken. Voor bijvoorbeeld de verloskunde is niet duidelijk hoe de winst van specialisatie opweegt tegen het feit dat zwangeren niet meer overal thuis kunnen bevallen terwijl dat in Nederland vaak wel hun wens is. Dit duidt niet alleen op de vraag hoe voorkeuren voor individuen af te wegen zijn tegen statistische gezondheidswinst op populatieniveau. Het leidt er ook toe dat er, door de grotere afstand tot het ziekenhuis, in het geval van onverwachte situaties, wel thuisbevallingen plaatsvinden in een situatie die niet veilig wordt geacht. Hierdoor kunnen meer kritische situaties ontstaan dan voor de concentratie. Desondanks zijn de zwangeren niet ontevredener dan in de oude situatie. Maar de balans van winst en verlies in termen van (ervaren) kwaliteit is daarmee nog niet eenduidig opgemaakt.

Aangezien de meeste casussen vanuit strategische doelstellingen zijn geïnitieerd, is te verwachten dat de initiatieven op zijn minst op dat vlak winst zouden leveren. Dat is niet altijd het geval. Soms gaat het ene strategische doel, zoals betere bezetting van de specialisten, niet hand in hand met andere strategische doelen, zoals een financieel gezonde instelling. Positieve resultaten vanuit het organisatorisch oogpunt kunnen immers ook leiden tot situaties waarin de doelmatigheid niet toeneemt maar er eerder sprake is van kostenstijgingen – voor de instelling of voor de belastingbetaler. Zo is een direct gevolg van concentratie van de verloskundige zorg, dat

veel zwangeren in een bepaalde regio bij voorbaat een indicatie voor ziekenhuisbevalling krijgen. Als zij immers in het ziekenhuis bevallen zonder dat daarvoor een indicatie is gesteld (medium risk), dan moeten patiënten nu nog een eigen bijdrage betalen. Maar als de ziekenhuisbevalling onvrijwillig is, dan is dat volgens verloskundigen onrechtvaardig, waardoor medium risk in sommige regio's het laagste risiconiveau is geworden. Dat leidt tot extra kosten. Bovendien heeft het ziekenhuis, ondanks de keuze om zorg te concentreren op de locatie die het dichtst bij de concurrenten lag, toch een productiedaling gezien. Voor andere initiatieven werd ook opgemerkt dat efficiencywinst niet altijd realistisch was. De vergelijking werd door één van de geïnterviewden gemaakt met de discussie over fusies in het algemeen: fusies worden vaak geïnitieerd vanuit de wens allerlei schaalvoordelen te behalen, maar leiden in de praktijk vaak tot grotere organisaties die niet per se efficiënter zijn.

In het algemeen valt op dat de resultaten van de onderzochte initiatieven niet inzichtelijk waren, noch op het vlak van de kwaliteit van zorg, noch op financieel vlak. Dit kan deels te maken hebben met het strategische belang van de initiatieven: als een project nog uitonderhandeld moet worden met een verzekeraar, dan kan het begrijpelijk zijn dat wij geen inzicht in de resultaten hebben gekregen. Hierop is echter in geen van de projecten gezinspeeld. Daardoor concluderen wij dat het specifieker maken van wat de winst, in welke zin dan ook, van volume-initiatieven nu precies is, nog kan worden verbeterd. Zelfs als deze winst uit strategisch oogpunt alleen inzichtelijk wordt gemaakt voor verzekeraars, dan heeft dit consequenties voor de belofte van transparantie en de mogelijkheid voor patiënten om hun zorgverzekeraar uit te kiezen op de kwaliteit van zorg die is ingekocht.

5.4.5 *Onverwachte effecten en punten van zorg*

Actoren die zich bezighouden met volume-initiatieven volgen duidelijk andere routes dan verwacht vanuit de beleidsgedachten over concentratie en spreiding. Zij gaan bijvoorbeeld concentreren op plekken die al goed bediend waren. Ziekenhuizen stoten zorg niet snel af maar gaan liever samenwerken om een groter volume te realiseren. Deze strategieën lossen een aantal problemen op: zij houden zorg dichterbij de meeste patiënten, maken moeilijke keuzes onnodig en voorkomen lastige discussies tussen specialisten en bestuurders. Wel brengen zij weer nieuwe kwesties aan het licht.

Het overdragen van gegevens over patiënten die in verschillende instellingen worden behandeld, verloopt bijvoorbeeld zelden vlekkeloos. Door slecht communicerende ICT zijn sommige ziekenhuizen teruggegaan naar papieren dossiers die heen en weer worden getransporteerd tussen de betrokken locaties. Een ander organisatorisch probleem is dat samenwerking ook tot financiële verdeling moet leiden. Nu is het vaak zo dat de inrichting van het traject aan verandering onderhevig is, bijvoorbeeld omdat anesthesisten aangeven een substantieel deel van hun inkomsten mis te lopen omdat is besloten de preoperatieve screening in het ziekenhuis te laten doen waar de operatie niet plaatsvindt. Dit vergt niet alleen groot vertrouwen tussen anesthesiologen op inhoudelijke vlak die tot voor kort wellicht niet eens samenwerkten. Ook worden zij geconfronteerd met het steeds opnieuw bezien van hoe de gelden verdeeld moeten worden. Sommige bestuurders gaven aan hierdoor huiverig te zijn voor zulke samenwerkingsvormen. Zowel in financieel als in zorginhoudelijk opzicht leidt samenwerking dus tot de paradoxale situatie dat meer concentratie van zorg een meer versnipperd proces ten gevolg heeft. Dit geldt niet alleen in het geval van behandeling van dezelfde aandoening in verschillende ziekenhuizen, maar ook bij gerelateerde multimorbiditeit. In het geval van de hemofiliezorg vinden bijvoorbeeld ten gevolge van gewrichtsschade door bloedingen relatief veel gewrichtsvervangingen plaats. Nu is juist gewrichtsvervanging het soort aandoening dat in toenemende mate niet meer in academische ziekenhuizen wordt aangeboden, waar wel veel van de hemofiliebehandelcentra gevestigd zijn. En tijdens de gewrichtsvervanging is goed stollingsmanagement wel weer van groot belang. Dit laat zien dat versnippering van het proces partijen dwingt na te denken over oplossingen voor dit soort kwesties: terug naar papieren dossiers, een hemofiliebehandelcentrum dat zich specialiseert in gewrichtsvervangingen en gevestigd is in een ziekenhuis dat ook een kniestraat heeft, etc. Dit alles is niet onoverkomelijk,

maar het zijn wel aspecten die in het enthousiasme over volume-initiatieven makkelijk over het hoofd kunnen worden gezien terwijl ze in de zorgpraktijk forse consequenties voor de beoogde kwaliteitswinst en efficiency kunnen hebben.

5.5 Conclusie: dominante en ontbrekende perspectieven op volume

Wanneer we uitgaan van de vier eerder genoemde perspectieven dan is in onze casussen duidelijk sprake van een dominantie van het organisatorische en het professionele perspectief. Vanuit het organisatieperspectief lijken voor de bestuurders van betrokken ziekenhuizen twee typen aspecten een belangrijke rol te spelen bij de beoordeling van het succes van de organisatieverandering:

1 de strategische positionering ten opzichte van andere ziekenhuizen;
2 efficiëntere bedrijfsvoering.

Toch zijn er ook ongewenste neveneffecten voor de organisatie, zoals productieverlies of kosten van verbouwing waarvan niet altijd duidelijk is hoe de winst tegen deze nadelen opweegt.

Op professioneel niveau worden bovenstaande aspecten ook genoemd, maar ligt de nadruk vooral op het oplossen van praktische bemensingsproblemen en op de kwaliteit van het werk dat geleverd wordt. Daarbij worden de volgende aspecten genoemd:

1 het blijkt vaak lastig voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken om aan alle eisen te voldoen;
2 concentratie zorgt voor verbetering van de individuele deskundigheid en vaardigheden: voor chirurgen geldt nog steeds het 'practice makes perfect' adagium;
3 concentratie maakt betere communicatie en afstemming met andere zorgverleners nodig, onder andere wegens de frequentere patiëntenoverdracht die plaatsvindt;
4 concentratie resulteert in standaardisering van protocollen en werkwijzen.

Als ongewenst effect wordt door zorgverleners een grotere eentonigheid genoemd. Bij het liesbreukencentrum waren er bijvoorbeeld zes chirurgen die op bepaalde dagen alleen nog liesbreuken opereerden. Voor alle verpleegkundigen daar werkzaam geldt dat ook zij maar één soort patiënt zien. Het is overigens de vraag of dit, uit logistiek oogpunt bezien, nodig of zelfs optimaal is.

Het patiëntenperspectief komt in de meeste casussen slechts indirect naar voren. Het vormt een strategisch argument bij het starten van initiatieven, maar wordt dan met name door zorgverleners naar voren gebracht. Omdat voor een aantal van de typen zorg in onze casussen geen eenduidige evidentie is over de relatie tussen het volume en de kwaliteit van zorg zoals bij mammachirurgie of acute verloskunde, is het moeilijker om vast te stellen wat het precieze doel van de organisatieverandering vanuit het patiëntenperspectief zou moeten zijn. Opvallend is dat er vaak andere motieven zijn om tot volumevergroting te komen, bijvoorbeeld strategische of bedrijfsvoeringredenen. Als beoordelingscriterium wordt genoemd dat de uitkomsten voor patiënten niet (veel) slechter zijn geworden. Nadelen die voor patiënten worden genoemd zijn de grotere afstand tot het ziekenhuis, zorg moeten ontvangen op twee verschillende locaties, minder keuze of, voor zwangeren in een bepaalde regio, géén keuze meer om thuis te bevallen. Maar het is lastig te beoordelen hoe deze nadelen zich verhouden tot de voordelen zolang deze niet structureel in kaart worden gebracht.

Vanuit maatschappelijk perspectief zouden volume-initiatieven bij moeten dragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Zoals gezegd is kwaliteit niet leidend in de meeste initiatieven. Toegankelijkheid is met name bij de verloskunde in het geding. Bij de andere casussen is dat aspect minder aan de orde omdat concentratie vooral wordt gerealiseerd in samenwerkingsverbanden. Hierdoor vindt slechts een klein deel van de zorg op grotere afstand plaats. Wel is in dit licht zorgelijk dat waar wel de keuze wordt gemaakt voor concentratie op één locatie, dit soms juist de locatie is in een regio waar al de meeste aanbieders zijn, omdat anders een groot verlies aan patiënten wordt gevreesd. Vanuit de betaalbaarheid van de zorg is het opvallend dat in onze casussen vooral blijkt dat de verandering die leidde tot volumevergroting vaak juist tot hogere kosten heeft geleid. De redenen daarvoor variëren van de kosten van

verhuizing en/of verbouwing bij samenwerking en het oprichten van nieuwe locaties, tot het verlenen van een klinische indicatie voor alle zwangeren die niet meer thuis konden bevallen om te voorkomen dat zij hun eigen risico moeten aanspreken. Alleen bij het Liesbreukencentrum werden de kosten aantoonbaar lager, onder meer door een andere operatiemethode, die echter ook kan worden toegepast zonder zorg in een nieuw centrum te concentreren.

Bij de hemofiliezorg is er is weinig discussie over het belang van clustering van de zorg in centra. Toonaangevende professionals zijn er, vanuit hun ervaring in de zorgpraktijk, van overtuigd dat patiënten die uit te kleine centra komen met onnodig ernstige gewrichtsschade bij hen binnenkomen als ze over gaan naar een groter centrum. Ook blijkt dat het professionals uit kleinere centra maar ten dele lukt om aan alle professionele eisen op het gebied van landelijke samenwerking en bijvoorbeeld bijscholing door congresbezoek te voldoen. Maar voor ziekenhuizen is er eerder een groot risico dan een groot voordeel om een fors behandelcentrum te hebben. De dure stollingsfactorconcentraten zijn overgeheveld vanuit de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen naar het ziekenhuisbudget. Dat betekent dat een opname van een hemofiliepatiënt tot een kostenpost van ongeveer 200.000 euro leidt. Deze casus is daarmee de enige door ons onderzochte aandoening waarbij er geen verbetering van de doelmatigheid verwacht wordt door verdere concentratie. Tevens kunnen patiënten blijven aandringen op het belang van goede kwaliteit op verschillende locaties, omdat er geen harde evidentie is voor de relatie tussen kwaliteit en volume. Als gevolg hiervan loopt de discussie rondom de concentratie van hemofiliezorg al decennia en is er nog lang geen sprake van de ooit door het ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen beoogde concentratie.

Onze conclusie is dat waar in de discussie over concentratie van zorg vaak het belang van kwaliteitswinst wordt onderstreept, in de praktijk vooral de organisatorische belangen en de belangen van medisch specialisten centraal staan. Kwaliteitsverbetering van patiëntenuitkomsten blijkt zelden de uiteindelijke drijfveer te zijn. Zonder allerlei aanpalende voordelen voor professionals en organisaties komt concentratie van zorg daarom moeizaam van de grond. Dit blijkt met name uit het enorme verschil tussen enerzijds de mate van concentratie en de snelheid van de ontwikkelingen bij de hemofiliezorg waar concentratie forse kosten met zich mee brengt, en anderzijds de soms duizelingwekkende snelheid waarmee nieuwe centra voor andere aandoeningen worden opgericht, met name voor aandoeningen waarvoor er een duidelijke relatie is tussen mortaliteit en volume. Voor snelle succesvolle ontwikkelingen op het gebied van concentratie van zorg moet ofwel een stevige financiële prikkel bestaan of worden verwacht, ofwel de levensverwachting van patiënten moet direct in gevaar zijn. Concentratie van zorg blijkt daarmee vooral te gaan over ‘je geld of je leven’.

6 Synthese: naar een multidimensioneel beoordelingskader

Teun Zuiderent-Jerak, Jany Rademakers en Tijn Kool

6.1 Inleiding

Dit rapport heeft aangetoond dat de positieve relatie tussen volume en kwaliteit geen wetmatigheid is. Zowel uit de literatuurstudie en interviews met betrokkenen als uit casusonderzoek blijkt dat slechts bij een beperkt aantal aandoeningen onomstotelijk vaststaat dat 'meer' ook 'beter' is. Bij de meeste aandoeningen is de relatie diffuser en moeilijk inzichtelijk te maken. Hoewel dit, zeker na lezing van dit rapport, geen wereldschokkende bevinding lijkt, is zij wel relevant gezien de discussie in het huidige Nederlandse stelsel. De afgelopen jaren hebben veel actoren getracht om dit stelsel zo in te richten dat de in 2006 geïntroduceerde marktwerking ook steeds meer bijdraagt aan de publieke belangen in de zorg; kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (Van der Grinten, 2006). De beleidstheorie die hiervoor werd gehanteerd was die van de 'keuze'. Door patiënten hun zorgverzekeraar te laten kiezen en verzekeraars zorg te laten inkopen voor hun verzekerden, moest een markt ontstaan die de beste zorg tegen de scherpste prijs zou opleveren. De afgelopen jaren is gebleken dat het geen sinecure is om deze dynamiek tot stand te brengen (Boonen, 2009; Zuiderent-Jerak et al., 2011) gezien het geloofwaardigheids-probleem van verzekeraars naar hun verzekerden en het moeizame proces van inkopen op kwaliteit. De afgelopen paar jaar lijkt echter de focus in het debat verschoven te zijn van een vrij eenzijdige aandacht voor keuze naar met name hooggespannen verwachtingen ten aanzien van concentratie van zorg. Verzekeraars, beroepsgroepen en de overheid investeren steeds meer energie in het vaststellen van volumecriteria waar zorgaanbieders aan moeten voldoen. Verzekerden krijgen in de nabije toekomst wellicht zelfs een deel van de rekening gepresenteerd als zij naar een zorgaanbieder gaan die niet aan het gestelde volumecriterium voldoet. 'Volume' lijkt daarmee het nieuwe 'kiezen' te zijn, de proxy-maat voor kwaliteit waarmee een groot deel van de publieke belangen in de zorg afgedekt moeten worden. En dat maakt empirisch onderzoek naar de relatie tussen volume en publieke belangen van groot belang.

6.2 Evidentie en de relatie tussen volume en kwaliteit

Kijkend naar de veelal internationale literatuur hebben wij laten zien dat de relatie tussen volume en kwaliteit afhankelijk is van tenminste vier zaken: het type aandoening of behandeling, het niveau van analyse, de operationalisering van kwaliteit en methodologische keuzes. Het beschikbare onderzoek richt zich vrijwel uitsluitend op chirurgische ingrepen en hanteert veelal mortaliteit als uitkomstmaat. De enige ingrepen en behandelingen waarbij er onomstotelijk bewijs is dat concentratie van zorg in een beperkt aantal ziekenhuizen tot betere kwaliteit leidt, zijn chirurgie bij alvleesklierkanker en slokdarmkanker, hartchirurgie bij kinderen, behandeling van AIDS en niet-gescheurde AAA-operaties. Op artsniveau waren de sterkste relaties te zien voor alvleesklierkanker, gescheurde AAA-operaties, hartchirurgie bij kinderen, darmkanker-behandeling en blaasverwijdering. Dit zijn, met uitzondering van darmkanker, allemaal hoogcomplexe ingrepen, met een groot risico en een relatief lage incidentie. Dit zijn deels ook de onderwerpen waar de IGZ al initiatieven op heeft ontplooid om volume-eisen te stellen. Dit past goed bij haar rol omdat het hier risico's voor de minimumkwaliteit betreft. Opvallend is echter wel dat, waar vrijwel alle reviews met 'mortaliteit' als uitkomstmaat een significante relatie laten zien met hoogvolume ziekenhuizen, studies die deze mortaliteit corrigeren voor verwachte mortaliteit aangeven dat niet het grote volume, maar zorgstructuur en zorgprocessen de relevante voorspellers voor de beste prestaties zijn. Natuurlijk zijn deze factoren gerelateerd; veel structuur- en proceskenmerken zijn lastig te realiseren met kleine volumes. Het onderzoek nuanceert hiermee ook een te simplistische relatie tussen volume en kwaliteit voor hoogcomplexe en laagfrequente ingrepen. Alleen een groot volume is niet voldoende: herinrichting van het zorgproces en de teams zijn eveneens randvoorwaarden voor betere kwaliteit.

Het onderzoek naar de volume-kwaliteit relatie kent verder forse beperkingen. Onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij bijvoorbeeld beschouwende specialismen is nauwelijks voorhanden. Ook geldt voor veel zorgtypen dat mortaliteit geen relevant criterium is. Andere operationaliseringen van de volume-kwaliteit relatie zijn van groot belang. Deze zijn echter nauwelijks aangetroffen. Wel lijkt het erop dat bij technisch minder moeilijke operaties in het algemeen niet zozeer de specialist maar de organisatie binnen het ziekenhuis van invloed is op kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. Gezien de methodologische kanttekeningen die te plaatsen zijn bij de studies naar de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg kan er zeker niet gesproken worden van een eenduidige relatie tussen beiden.

Verder is het opvallend dat volume-initiatieven vorm krijgen in een veelheid aan organisatievormen. Dit varieert van concentratie op één locatie en/of bij een beperkt aantal specialisten, tot allerlei samenwerkingsverbanden tussen aanbieders. Deze verschillende organisatievormen worden echter nauwelijks nader gedefinieerd in de bestudeerde literatuur. In de meeste studies betreft de organisatievorm op microniveau gespecialiseerde multidisciplinaire teams bij oncologische aandoeningen en complexe ingrepen. Andere organisatievormen zijn nauwelijks onderzocht.

In vrijwel alle reviews wordt gewaarschuwd voor een te grote nadruk op volume als centrale voorspeller voor patiëntuitkomsten. Er wordt daarbij opgemerkt dat andere aspecten niet uit het oog moeten worden verloren. Structuurkenmerken van organisaties zijn bijvoorbeeld van belang zoals samenwerkende ondersteunende teams, de samenstelling van goed opgeleide staf, multidisciplinaire overleggen, bijscholingsmogelijkheden voor verpleegkundigen en ook procesondersteunende informatiesystemen. Maar ook stelselkenmerken zoals financiële afspraken en de gehanteerde klinische managementstrategieën op basis van richtlijnen en standaarden zijn van invloed op patiëntuitkomsten. Dit is een belangrijke kanttekening, maar tegelijkertijd een ietwat ironische. Het onderzoek dat tot nog toe gedaan is naar de relatie tussen volume en kwaliteit betreft immers vrijwel uitsluitend klinische trials, terwijl voor deze aspecten juist onderzoeksmethoden moeten worden gehanteerd die beter aansluiten bij complexe organisatieveranderingen. De smalle definitie van wat telt als evidentie over de relatie tussen kwaliteit en volume, maakt een goede onderbouwing van beleid over deze materie extra complex (Sackett et al., 1996; Zuiderent-Jerak et al., 2012, forthcoming).

6.3 Betrokken actoren over de relatie tussen volume en kwaliteit

In aansluiting op de beschikbare evidentie bestaat onder de centrale actoren geen enkele discussie over het belang van concentratie van hoogcomplexe en laagfrequente zorg. Het is overigens niet zo dat de evidentie hierbij simpelweg gevolgd wordt: actoren geven aan dat wetenschappelijke literatuur vaak wel inzicht biedt, maar geen eenduidige antwoorden op de praktische vragen waar zij voor staan. Zij geven daarbij aan dat evidentie geen antwoorden biedt, maar dat wetenschap en beleidsafwegingen in elkaars verlengde liggen.

Over concentratie van andere typen zorg bestaat meer verschil van inzicht. Dit inzicht hangt goeddeels samen met het perspectief waar vanuit actoren redeneren. Zij beschikken immers ieder over partiële rationaliteiten (Rip, 2000). Dit zijn redeneringen die vanuit hun perspectief begrijpelijk en rationeel zijn, maar niet per se aansluiten bij de redeneringen van andere actoren die evenzogoed rationeel zijn. Deze verschillende inzichten hebben wij besproken vanuit maatschappelijk, organisatie-, professioneel en patiëntenperspectief. Hierbij valt op dat regulerende (overheids)instanties zich terughoudend opstellen. Voor zowel verzekeraars als organen zoals de NZa, NMa en de IGZ is het van belang dat zorgverleners zelf de discussie leiden en de normen stellen zolang de minimumkwaliteit niet in het geding is. Natuurlijk zijn er wat voorbeelden geweest van selectieve inkoop door verzekeraars op basis van volume, maar gezien de vraagstukken rondom de evidentie voor zulk beleid, geven ook zij de voorkeur aan een leidende rol voor professionals.

Vanuit het organisatieperspectief valt op dat concentratie en spreiding vooral een strategische kwestie is waarmee bestuurders samenwerking of concurrentie kunnen rechtvaardigen. Hierbij is de dynamiek tussen concurrentie en samenwerking opvallend. Aanbieders in dezelfde regio kunnen elkaar soms beconcurreren maar vaak wordt juist gezocht naar samenwerkingsverbanden om aan volume-eisen te voldoen. Naast strategische belangen hebben ziekenhuizen vooral oog voor de financiële gevolgen van concentratie. De verwachting hier is dat concentratie van zorg vaak tot efficiencyvoordelen zal leiden. Als die winst goed verdeeld wordt over samenwerkende partijen, dan is dat een belangrijke rechtvaardiging voor zorgbestuurders om zorg te concentreren.

Voor professionals geldt dat zij enerzijds oog hebben voor de financiële voordelen die concentratie biedt, maar dat zij anderzijds volume-initiatieven ook zien als belangrijke oplossing voor de problemen met de bemensing van specialistische teams, samenwerking tussen verschillende professionals, en het genereren van voldoende massa in hun zorginstellingen om de juiste randvoorwaarden te hebben voor goede zorg. Daarbij spelen vraagstukken aangaande de opleiding van specialisten en het belang van generalistische kennis ondanks superspecialisatie. Mede daarom achten zij het van groot belang dat zorgprofessionals leidend zijn in de normering van interventies en behandelingen, in het kader van de discussie over concentratie van zorg.

Vanuit patiëntenperspectief worden er verschillende knelpunten gesignaleerd bij concentratie van zorg. De wens om zorg dicht bij huis te hebben als het kan maar verder weg als het beter is, staat hierbij centraal. Ook wordt benadrukt dat de belangen van patiënten beter gediend worden door sommige samenwerkingsafspraken dan concentratie van hele zorgprocessen. Een voorbeeld is de afspraak dat een ingreep in een specialistisch centrum verder weg plaatsvindt maar de voor- en nazorg in de eigen plaats of regio. En eveneens wordt aandacht gevraagd voor oudere patiënten met co-morbiditeit. Dit is een buitengewoon kwetsbare groep. De nadelen die deze patiënten ondervinden van concentratie van zorg zullen afgewogen moeten worden tegen de voordelen die gelden voor andere groepen patiënten. Patiëntenvertegenwoordigers benadrukken verder dat het belangrijk is dat er goede kwaliteitsinformatie komt om patiënten keuzes te laten maken, en dat deze vooralsnog ontbreekt. Bovendien, stellen zij, maken patiënten slechts in beperkte mate gebruik van de beschikbare informatie. Hier speelt ook weer mee dat in de meeste gevallen bepaald niet eenduidig is wat nu precies 'betere zorg' is in relatie tot volume. Bovendien blijkt het idee van de kiezende zorggebruiker nog altijd een aantrekkelijk beleidsidee dat zelden in de praktijk wordt aangetroffen: als patiënten zo graag zouden kiezen, dan had de verschuiving van 'keuze' naar 'volume' die wij hierboven beschreven, waarschijnlijk niet eens plaats gevonden. Dit maakt dat reistijd en bekendheid met het ziekenhuis wel eens hardnekkiger criteria voor patiënten zijn dan patiëntenvertegenwoordigers denken.

6.4 Volume en kwaliteit in de praktijk

Uit de casussen die wij hebben onderzocht blijkt dat de initiatieven wel vanuit kwaliteitsoogpunt worden gelegitimeerd, maar dat in de praktijk nauwelijks inzichtelijk wordt gemaakt wat concentratie van zorg oplevert voor patiënten. Bovendien valt op dat het organisatorische en professionele perspectief de discussie domineren, terwijl patiënten en landelijke/maatschappelijke actoren zelden een grote rol bij de initiatieven spelen. Efficiëntere organisatie van zorg, betere OK-bezetting, het kunnen bieden van volledige vacatures voor benodigde professionals en - last but not least - de strategische positionering in de regio zijn veelal de drijfveren voor het concentreren van zorgaanbod. Dit zijn doelstellingen die grotendeels aansluiten bij de rollen en verantwoordelijkheden van zorgbestuurders en professionals. En het is grotendeels het gevolg van het stelsel waarbinnen zij geacht worden te opereren.

Wel is opvallend dat zij deze rollen deels vaak heel anders invullen dan vanuit de beleidspremissen verwacht zou worden. In plaats van portfoliokeuzes te maken gaan ziekenhuizen vooral samenwerking aan om zich te positioneren op bepaalde onderdelen van zorg, terwijl ze de overige aandoeningen als vanouds blijven behandelen. Soms krijgt de samenwerking de vorm van een nieuw op te richten locatie/organisatie die zich toe gaat leggen op

het grote volume. De bestaande locaties blijven de complexere gevallen behandelen en er komen daarom juist locaties bij in plaats van dat zorg op minder plaatsen wordt geboden. Meer concentratie en meer spreiding gaan daarmee soms hand in hand. Ook wordt er soms uit concurrentieoverwegingen juist voor gekozen om zorg te concentreren op een locatie die al goed bediend is met aanbieders, omdat ziekenhuizen vrezen anders een fors deel van hun patiënten te verliezen. Concentratie gaat dus soms goed samen met spreiding, maar vindt op andere momenten plaats op locaties die vanuit het oogpunt van spreiding ongunstig zijn. Deze besluiten worden door ziekenhuisbestuurders en professionals genomen. Het is daarom niet verrassend dat het regionale of landelijke belang hierbij niet de boventoon voert.

Ondanks het strategische belang dat door professionals en organisaties aan volume-initiatieven wordt toegedicht, blijkt het bijzonder lastig om winst, of die nu in termen van kwaliteit of financiën is geboekt, inzichtelijk te krijgen. Er worden op patiëntniveau nauwelijks uitkomsten gerapporteerd. Waar wel duidelijke winst voor patiënten is geboekt, bijvoorbeeld binnen het liesbreukencentrum, lijkt deze eerder door een nieuwe behandelwijze te komen dan door de concentratie van zorg op zichzelf. En op financieel vlak blijkt de winst soms niet inzichtelijk te zijn, soms tegen te vallen, en soms vanuit maatschappelijk oogpunt negatief uit te pakken zoals investeringen in nieuwe locaties met weinig zicht op geboekte winst en verruiming van de indicatiestelling.

Deze bevindingen tonen de dominantie van het organisatie- en professioneel perspectief: met name praktische, organisatorische, en financiële redenen staan centraal bij volume-initiatieven. Het lijkt dan ook wel van belang dat initiatieven om zorg te concentreren minder worden gelegitimeerd vanuit kwaliteitsoogpunt en meer vanuit organisatorisch en doelmatigheids-oogpunt. Tegelijkertijd zouden patiënten en regulerende actoren zich veel kritischer op dienen te stellen en meer rekenschap moeten eisen over de beloftes op het gebied van de kwaliteitswinst. Gezien de retorische kracht van het kwaliteitsargument kan niet verwacht worden dat zorgaanbieders deze argumenten niet naar voren brengen. Een kritische houding bij bijvoorbeeld patiëntenverenigingen en aandringen op het inzichtelijk maken van kwaliteitswinsten is dan wel van des te groter belang.

Ten tweede valt op dat de beoogde doelmatigheidswinst lang niet altijd evident is. Ook wil het niet zeggen dat winst die geboekt wordt door zorginstellingen of professionals tot een betere betaalbaarheid van de zorg op maatschappelijk niveau leidt. Hierbij lijkt het vooral een taak voor verzekeraars om scherper toe te zien op de winst van volume-initiatieven en de manieren waarop die winst kan worden vertaald in maatschappelijke winst.

6.5 Beoordelingscriteria voor volume-initiatieven

Door vanuit het patiënten-, professioneel, organisatie- en maatschappelijk perspectief naar de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg te kijken, is duidelijk geworden dat het organisatie en professionele perspectief dominant zijn. Het maatschappelijk en patiëntenperspectief spelen vooral een rol in de legitimering van volume-initiatieven. Gezien het strategische belang van concentratie van zorg en de beleidscontext waarin concurrentie een belangrijk instrument voor regulering is geworden, kan dit eigenlijk geen verrassing zijn. Toch steekt dat sterk af bij de belofte dat concentratie en spreiding van zorg een belangrijke bijdrage aan de publieke belangen zou leveren. Om deze belofte in te lossen, zou het van groot belang zijn om volume-initiatieven breed en multi-dimensioneel te beoordelen. De criteria die daarbij relevant zijn, zijn samen te vatten als:

1 *Maatschappelijk perspectief:*
   a. Wat is de invloed van een volume-initiatief op de kwaliteit van zorg?
      - Hoe is dit geoperationaliseerd?
   b. Wat is de invloed van een volume-initiatief op de toegankelijkheid van zorg?
      - Hoe wordt concentratie vormgegeven?
        1 Wordt optimaal gebruik gemaakt van concentratie van complexe aspecten van zorg met voor- en nazorg dichtbij?
        2 Wordt zorg geconcentreerd in gebieden met veel aanbieders of is er ook oog voor spreiding?
   c. Wat is de invloed van een volume-initiatief op de betaalbaarheid van zorg?
      - Is er sprake van efficiencywinst of afremming van kostenstijgingen?
        1 Is deze winst direct te relateren aan het volume-initiatief of is zij ook bij kleinschaliger zorg te realiseren?
      - In hoeverre is deze winst te vertalen naar maatschappelijke winst?
      - Zijn eventueel hogere kosten te rechtvaardigen op basis van 1.a en/of 1.b?

2 *Organisatieperspectief:*
   a. Wat is de invloed van een volume-initiatief op de strategische positie van het ziekenhuis/de ziekenhuizen?
      - En wat zijn de gevolgen voor de omringende ziekenhuizen en andere zorgaanbieders?
      - Wat is de invloed van een volume-initiatief op de financiële positie van het ziekenhuis?
      - Zijn financiële stromen en de verdeling daarvan over samenwerkingspartners helder vastgelegd?
   b. In hoeverre hebben bestuurders daadwerkelijk inzicht in de winst in termen van positionering, kwaliteit en kosten van een volume-initiatief?

3 *Professioneel perspectief:*
   a. In hoeverre biedt een volume-initiatief mogelijkheden voor verhoging van professionele kwaliteit?
      - Welk eventueel kwaliteitsverlies staat hier tegenover?
        1 voor dezelfde professionals bijvoorbeeld door routinewerk?
        2 voor aanpalende specialismen bijvoorbeeld door productieverlies?
   b. Wat is de invloed van een volume-initiatief op de bemensingsvraagstukken?
   c. Welke mogelijkheden biedt een volume-initiatief voor financiële winst voor maatschappen?

4 *Patiëntenperspectief:*
   a. In hoeverre is de kwaliteitswinst van een volume-initiatief overtuigend en op een voor patiënten relevante manier geoperationaliseerd?
      - Hoe wordt deze winst gemeten?
      - Wordt inzichtelijk gemaakt of beloofde winst ook wordt behaald?
      - In hoeverre volgt deze winst ook daadwerkelijk uit het volume-initiatief?
        1 Kan deze winst ook geboekt worden zonder zorg te concentreren?
        2 Kan deze winst ook geboekt worden met alternatieve samenwerking?
   b. Is er een goede balans tussen concentratie en spreiding?
      - Is de zorg geconcentreerd waar dat kwaliteitswinst toevoegt?
      - Is voor- en nazorg gespreid waar dat mogelijk is?
      - Zijn samenwerkingsmogelijkheden tussen ziekenhuizen optimaal benut?
   c. Worden nieuwe problemen die ontstaan door een volume-initiatief opgelost?
      - Is er sprake van een goed gecoördineerd proces tussen samenwerkende zorginstellingen?
        1 Ook op het vlak van bijvoorbeeld dossiervoering/overdracht?
      - Welke consequenties heeft het volume-initiatief op de toegankelijkheid?
        1 Wat zijn de gevolgen voor de reistijden?
        2 Wat zijn de gevolgen voor de wachttijden?

Dit onderzoek heeft laten zien dat de resultaten van volume-initiatieven achterblijven bij de belofte dat concentratie van zorg een belangrijke bijdrage zal leveren aan de publieke belangen. Het opstellen van deze beoordelingscriteria zal hier op zichzelf niet direct veel aan veranderen. De organisatorische en professionele perspectieven lijken dermate dominant dat het helderder omschrijven van het maatschappelijke en patiëntenperspectief niet meteen tot een betere balans zal leiden. Maar aangezien in het literatuuronderzoek is gebleken dat de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg zelden eenduidig is, en in het casusonderzoek naar voren is gekomen dat organisatorische en professionele belangen soms haaks staan op maatschappelijke en patiëntenbelangen, biedt dit beoordelingskader hopelijk wel een goede ingang om na te gaan wat de onderbelichte perspectieven zijn. Wij verwachten dat dit beoordelingskader ook inzicht biedt waarom deze perspectieven onderbelicht blijven in de huidige beleidscontext. Dat biedt vervolgens aanknopingspunten voor hoe de slagingskans van een bredere beoordeling vergroot zou kunnen worden.

Eén van de belangrijkste redenen voor de centrale rol van het organisatorische en professionele perspectief, lijkt te zijn dat zorgbestuurders en professionals binnen het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking in een rol zijn gemanoeuvreerd waarin zij zich vooral als ondernemers dienen te gedragen. Het is dus geen verrassing dat zij in hun afwegingen ten aanzien van volume-initiatieven de belangen van organisatie en professie centraal stellen. Daarbij valt op dat van patiënten(vertegenwoordigers) wordt verwacht dat zij initiatieven beoordelen op kwaliteitswinst. De strategische belangen staan echter de benodigde transparantie in de weg. Als zorgaanbieders besluiten vooral vergelijkbare producten dicht bij andere aanbieders aan te bieden uit angst voor verlies van patiënten, dan zullen deze afwegingen niet snel inzichtelijk worden gemaakt. Van verzekeraars en patiënten wordt dus enerzijds wel verwacht dat zij maatschappelijke en patiëntenbelangen krachtig behartigen, maar zij zijn anderzijds maar in beperkte mate geëquipeerd om volume-initiatieven te beoordelen. Juist in dat speelveld lijkt het van groot belang dat deze partijen zich kritisch opstellen ten opzichte van zorgaanbieders en professionals. Gezien de dominantie van organisatorische en professionele belangen, lijkt het voor verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers en bijvoorbeeld ook lokale overheden en politici van belang de belofte van volume-initiatieven niet te makkelijk voor waar aan te nemen. Na een periode van overspannen verwachtingen van wat volume-initiatieven kunnen bieden, is een 'nee, tenzij'- houding een gepaste reactie. Bovendien lijkt er aan de huidige inrichting van het stelsel van gereguleerde concurrentie nog het nodige te mankeren om ervoor te zorgen dat concentratie van zorg de publieke belangen ook gedegen borgt. Om een bijdrage te leveren aan de verbetering van deze situatie, is aanvullend onderzoek van groot belang.

6.6 Vervolgonderzoek; naar een beter geïnformeerd debat over volume en kwaliteit

Uit dit onderzoek is gebleken dat de evidentie voor het concentreren van zorg voor veel aandoeningen verre van eenduidig is. Veel aspecten die op het organisatorische vlak van groot belang kunnen zijn voor de relatie volume-kwaliteit, zijn nog niet onderzocht. Het zou echter te simplistisch zijn als wij zouden suggereren dat deze lacunes dan ook de onderzoeksagenda moeten bepalen. Uit het onderzoek is immers ook gebleken dat de evidentie die wel voorhanden is, zelden tot eenduidige antwoorden voor de praktijk leidt. Factoren interfereren met elkaar: klinisch inhoudelijke aspecten worden bijvoorbeeld sterk beïnvloed door organisatorische aspecten. Beleidskeuzes en invulling in de praktijk blijven daarom van groot belang. Hoewel er zeker behoefte is aan verder klinisch en organisatorisch onderzoek naar detailaspecten van de relatie tussen volume en kwaliteit, pleiten wij hier voor een meer integrale onderzoeksagenda die aansluit bij de kwesties die spelen in de praktijk van concentratie van zorg. Deze onderzoeksvragen zijn bovendien vooral gericht op het versterken van het maatschappelijk en patiëntenperspectief, omdat deze in de huidige discussie sterk onderbelicht blijken te zijn.

6.6.1 Beleidstheorie en volumepraktijk

Allereerst lijkt het van groot belang om de beleidstheorie en de praktijkinitiatieven op het gebied van concentratie en spreiding van zorg empirisch nauwlettend te blijven volgen. De verwachting dat concentratie plaatsvindt op basis van geografische spreiding, omdat concurrenten elkaar afstoten, blijkt in de praktijk niet altijd uit te komen. Het clusteren van zorg in gebieden waar al veel aanbieders zijn is een praktijk die direct conflicteert met de aannames in het huidige beleid. Dit roept vragen op over de manieren waarop concentratie van zorg niet ten koste hoeft te gaan van de toegankelijkheid van de zorg, bijvoorbeeld door samenwerking in het voor- en natraject te stimuleren. Daarvoor moeten dergelijke kwesties eerst bloot worden gelegd. Het eerste deel van de onderzoeksagenda betreft daarmee vragen als: Wat zijn de centrale aannames in de beleidstheorie over concentratie van zorg en hoe verhouden die zich tot de praktijk? Welke effecten voor kwaliteit en efficiëntie worden er verwacht en blijken er te worden gerealiseerd? En welke onverwachte effecten treden er op? Hoe kunnen aanbieders beter inzicht geven in de effecten van concentratie van zorg? Welke partijen kunnen deze rekenschap het beste verlangen? Wat is de rol van patiëntenverenigingen hierin? Welke aanpassingen zijn er mogelijk en gewenst in het stelsel van gereguleerde concurrentie om volume-initiatieven meer over de borging van publieke belangen te laten gaan? Wat leren huidige discrepanties tussen beleidstheorie en volumepraktijk ons voor de beloftes bij de concentratie van andere onderdelen van de zorg, zoals bijvoorbeeld de concentratie van SEH of IC zorg? Welk flankerend beleid kan er worden opgesteld om onjuiste aannames in de beleidstheorie te repareren?

6.6.2 Interfererende kwaliteitsagenda's

Een tweede belangrijk onderdeel van een integrale onderzoeksagenda is hoe de initiatieven op het gebied van concentratie van zorg interfereren met het huidige kwaliteitsbeleid. Bijvoorbeeld bij de verloskunde is er een directe spanning tussen de eisen qua bezetting te weten zeven dagen per week 24-uurs aanwezigheid en de bereikbaarheid van maximaal 45 minuten. Dit is theoretisch op te lossen door alle bevallingen klinisch te laten plaatsvinden. Dit lukt niet in alle gevallen in de praktijk. Bovendien botst deze oplossing met het patiëntenperspectief: de voor veel zwangeren zwaarwegende wens om thuis te willen bevallen en het leven niet onnodig gemedicaliseerd te laten beginnen. Dit roept vragen op als: Welke spanningen bestaan er tussen verschillende kwaliteitseisen en -definities? Hoe gaan professionals, organisaties en patiënten met deze spanning om? Welke kwaliteitsdimensies domineren hierbij? Hoe kunnen voor patiënten relevante aspecten van kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven hierin beter worden geïntegreerd? En hoe kan de overheid toezien op de bestuurbaarheid van een dynamisch krachtenveld op het gebied van kwaliteit van zorg?

6.6.3 Volume en autonomie

Een derde aspect van een integrale onderzoeksagenda gaat specifiek in op de ruimte die organisaties, professionals en patiënten krijgen om kwaliteit in de zorgpraktijk vorm te geven. Er bestaat een breed gedeelde en toenemende zorg onder aanbieders en professionals dat zij steeds meer afgerekend worden op uitkomstmaten die lang niet altijd een goede indicatie van de kwaliteit van zorg zijn. Bij de introductie van de basissetindicator voor diabeteszorg bijvoorbeeld dienden professionals de gemiddelde HbA1c-waarde te rapporteren. Zorgverleners werden zo voor het dilemma gesteld of zij nu hun 'goede' patiënten weer terug gingen halen naar het ziekenhuis om de gemiddelde waarde te verbeteren. De afgelopen jaren hadden zij deze patiënten juist door de huisarts laten behandelen (Jerak-Zuiderent en Bal, 2011). Evenzo gaf een specialist in ons onderzoek aan dat een radicale mastectomie bij borstkanker door de huidige sturing steeds vaker als een 'slechte' ingreep wordt gezien, terwijl deze in sommige situaties juist gerechtvaardigd is of patiënten er de voorkeur aan geven (Lennarson Greer, 2002). In het algemeen ligt de aandacht primair op medisch-technische uitkomsten van de zorg, en minder op door patiënten daarop aanvullend geformuleerde indicatoren van goede zorg. Gezien de zorgen rondom sturen op medisch-technische zorguitkomsten is het een interessante vraag om na te gaan in hoeverre

proxy-maten zoals volume ruimte bieden aan professionele afwegingen van aanbieders en individuele keuzes van patiënten in de zorgpraktijk. Is een radicale mastectomie acceptabeler bij hoogvolume zorg waarbij geacht mag worden dat professionals hooggekwalificeerd zijn en in een multidisciplinair team functioneren? Bieden proxy-maten als volume nieuwe mogelijkheden voor het vormgeven aan 'verantwoordelijke autonomie' (Degeling et al., 2004a; Degeling et al., 2004b)?

6.6.4 Volume in internationaal perspectief

Voor een integrale onderzoeksagenda is het ook van belang te weten hoe met deze vraagstukken in andere landen wordt omgegaan. De discussie in Nederland beperkt zich tot de bespreking van vooral Amerikaanse literatuur en het Nederlands beleid en eigen voorbeelden. De rol van volume in de Nederlandse kwaliteitsagenda wordt wellicht specifiek ingevuld. Vragen die daarom van belang lijken, zijn onder meer: Wat is de rol van volume in kwaliteitsagenda's in ons omringende landen? Staat concentratie van zorg even centraal of (en zo ja, hoe) wordt kwaliteitsverbetering langs andere routes nagestreefd? Hoe komen binnen de kwaliteitsagenda's in deze andere landen de maatschappelijke, organisatorische, professionele en patiënten perspectieven uit de verf? En wat kunnen de Nederlandse beleids- en zorgpraktijk leren van deze ervaringen?

Met deze vier aspecten van een integrale onderzoeksagenda verwachten wij dat er daadwerkelijk nieuwe kennis over de voorliggende vraagstukken kan worden gegenereerd. Onder 'integraal' verstaan wij niet 'volledig' omdat bijvoorbeeld detailonderzoek naar de relatie tussen kwaliteit en volume bij een specifieke aandoening altijd van belang zal blijven. Wij bedoelen echter dat dit soort onderzoek op een meer integrale manier aansluit bij de vragen die nu leven bij de actoren die concentratie van zorg in de praktijk vormgeven. Zij worden geacht door volume-initiatieven een bijdrage aan de borging van publieke belangen te leveren. Juist dat soort onderzoek ontbreekt nog grotendeels in de discussie over de relatie tussen kwaliteit van zorg en concentratie en spreiding.

Literatuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

1. Tweede Kamer. *Kwaliteit van zorg: brief van de minister van VWS*. Den Haag: Tweede Kamer, 2010; 31765, nr. 22

2. Tweede Kamer. *Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: brief van de minister van VWS.* Den Haag: Tweede Kamer, 2011; 32620, nr. 1

3. Wittenberg J, Burgers JS, Croonenborg JJ van, Barneveld TA van, Everdingen JJE van. *Goede zorg, een kwestie van ervaring? Evidence-rapport over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005

4. Kuenen JW, Geurts M, Leeuwen W van, Nolst Trenité T. *Kiezen voor kwaliteit. Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten.* Amsterdam: The Boston Consulting Group, 2010

5. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. *Normering Chirurgische Behandelingen*. Utrecht: NVvH, 2011

6. Dimick J, Birkmeyer J, Upchurch G. Measuring surgical quality: what's the role of provider volume? *World J Surg*, 2005; 29(10):1217-21

7. Christian CK, Gustafson ML, Betensky RA, Daley J, Zinner MJ. The Leapfrog volume criteria may fall short in identifying high-quality surgical centers. *Ann Surg*, 2003; 238(4):447-55; discussion 455-7

8. Shahian D, Norman SL. The volume-outcome relationship: from Luft to Leapfrog. *Ann Thorac Surg*, 2003; 75(3):1048-58

9. Burgers JS, Wittenberg J et al. Verband tussen volume en kwaliteit van zorg bij heelkundige ingrepen; resultaten van een literatuuronderzoek. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2007; 151(38):2105-10

10. Luft HS, Hunt SS, Maerki SC. The Volume-Outcome Relationship: Practice-makes-perfect or Selective-Referral Patterns? *Health Serv Res*, 1987; 22(2):157-82

11. Khuri SF, Henderson WG. The case against volume as a measure of quality of surgical care. *World J Surg*, 2005; 29(10):1222-9

12. Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature. *Ann Intern Med,* 2002; 137:511-20

13. Invitational Conference. *Spreiding en concentraties ziekenhuisfuncties.* Utrecht: NVZ, 2010

14. Christian CK, Gustafson ML, Betensky RA, Daley J, Zinner MJ. The volume-outcome relationship: don't believe everything you see. *World J Surg*, 2005; 29(10):1241-4

15. Zie in dit kader het interview met Wim Schellekens, hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ, in *Medisch Contact* van 4 februari 2011 (p.280-3)

16. Zie het interview met Marcel Daniëls, voorzitter Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten, in *Medisch Contact* van 8 april 2011 (p.856-8)

17. Gouma DJ, Busch ORC. Goede zorg, een kwestie van ervaring. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 2001; 151(38):2082-6

18. Berden B, Mesman R. Concentratie alleen is niet de oplossing; Flankerend beleid is ook nodig. *Financ Dagbl, 2011;* August 15

19. IQ healthcare, iBMG en NIVEL. *Kwaliteit in de gezondheidszorg: bijdrage aan de beleids- en onderzoeksagenda.* Notitie in opdracht van ZonMw. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: IQ healthcare, iBMG, NIVEL; 2009

20. ZonMw. *Kwaliteit van zorg: proeve van Nationaal Programma*. Den Haag: ZonMw, 2010

Hoofdstuk 2 Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie volume-kwaliteit

1. Burgers JS, Wittenberg J, Kallewaard M, Croonenborg JJ van, Barneveld TA van, Everdingen JJE van. Verband tussen volume en kwaliteit van zorg bij heelkundige ingrepen: resultaten van een literatuuronderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk,* 2007; 151(38):2105-10

2. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med,* 2005; 142(4): 260-73

3. Christian CK, Gustafson ML, Betensky RA, Daley J, Zinner MJ. The volume-outcome relationship: don't believe everything you see. *World J Surg,* 2005; 29(10):1241-4

4. Damhuis RA, Meurs CJ, Dijkhuis CM, Stassen LP, Wiggers T. Hospital volume and post-operative mortality after resection for gastric cancer. *Eur J Surg Oncol,* 2002;28(4):401-5

5. Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective referral to high-volume hospitals. Estimating potentially avoidable deaths. *JAMA,* 2000; March; 283(9):1159-66

6. Elixhauser A, Steiner C, Fraser I. Volume thresholds and hospital charactersitics in the United States. *Health Affairs,* 2003; 22(2):167-77

7. Glanville, J, Duffy, S, Mahon, J, Cardow T, Brazier H, Album V. *Impact of hospital treatment volumes on patiënt outcomes.* York, UK: University of York, York Health Economics Consortium, 2010

8. Gouma DJ, Geenen RC van, Gulik TM van, Haan RJ de, Wit LT de et al. Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy: risk factors and the impact of hospital volume. *Ann Surg,* 2000;232(6):786-95

9. Halm EA, Lee C, Chassing MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med,* 2002; 137(6):511-20

10. Joynt KE, Orav EJ, Jha AK. The association between hospital volume and processes, outcomes, and costs of care for congestive heart failure. *Ann Intern Med*, 2011; 154(2): 94-102

11. Lanschot JJ van, Hulscher JB, Buskens CJ, Tilanus HW, ten-Kate FJ, Obertop H. Hospital volume and hospital mortality for esophagectomy. *Cancer,* 2001; 91(8):1574-8

12. Ogbu UC. *SPOkes in the wheel: structure, process and outcomes of health care*. (proefschrift) Amsterdam: AMC University of Amsterdam, 2010

13. Wittenberg J, Burgers JS, Croonenborg JJ van, Barneveld TA van, Everdingen JJE van. *Goede zorg, een kwestie van ervaring? Evidence-rapport over de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005

Hoofdstuk 3 Organisatievormen en kwaliteit van zorg: de vele aspecten van de volume-kwaliteit relatie

1. Nugent E, Neary P. Rectal cancer surgery: volume-outcome analysis. *Int J Colorectal Dis,* 2010; 25(12):1389-96

2. Gooiker GA, Gijn W van, Wouters MW, Post PN, Velde CJ van de, Tollenaar RA. Signalling Committee Cancer of the Dutch Cancer Society. Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in pancreatic surgery. *Br J Surg,* 2011; 98(4):485-94

3. Gooiker GA, Gijn W van, Post PN, Velde CJ van de, Tollenaar RA, Wouters MW. A systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better of with a high volume provider? *Eur J Surg Oncol,* 2010; 36 suppl.1:S27-35

4. Vrijens, F, Stordeur S, Beirens K, Devriese S, Eycken E van, Vlayen J. Effect of hospital volume on processes of care and 5-year survival after breast cancer: a population-based study on 25 000 women. *Breast 2012,* Elsevier.

5. Kidher E, Sepehripour A, Punjabi P, Athanasiou T. Do bigger hospitals or busier surgeons do better adult aortic or mitral valve operations*? Interact Cardiovasc Thorac Surg,* 2010; 10(4): 605-10

6. Bilimoria KY, Phillips JD, Rock CE, Hayman A, Prystowsky JB, Bentrem DJ. Effect of surgeon training, specialization, and experience on outcomes for cancer surgery: a systematic review of the literature. *Ann Surg Oncol,* 2009; 16(7):1799-808

7. Hogan AM, Winter DC. Does practice make perfect? *Ann Surg Oncol,* 2008; 15(5):1267-70

8. Wilt TJ, Shamliyan TA, Taylor BC, MacDonald R, Kane RL. Association between hospital and surgeon radical prostatectomy volume and patient outcomes: a systematic review. *J Urol,* 2008; 180(3):820-8

9. Miyata H, Motomura N, Kondo J, Takamoto S, Hasegawa T. Improving the quality of healthcare in Japan: a systematic review of procedural volume and outcome literature. *Biosci Trends,* 2007; 1(2):81-9

10. Killeen SD, Andrews EJ, Redmond HP, Fulton GJ. Provider volume and outcomes for abdominal aortic aneurysm repair, carotid endarterectomy, and lower extremity revascularization procedures. *J Vasc Surg,* 2007; 45(3):615-26

11. Holt PJ, Poloniecki JD, Gerrard D, Loftus IM, Thompson MM. Meta-analysis and systematic review of the relationship between volume and outcome in abdominal aortic aneurysm surgery. *Br J Surg,* 2007; 94(4):395-403

12. Broek TA van den, Henebiens M, Vahl AC, Koelemay MJ. Relation between hospital volume and outcome of elective surgery for abdominal aortic aneurysm: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg,* 2007; 33(3):285-92

13. Finlayson SR. The volume-outcome debate revisited. *Am Surg,* 2006; 72(11):1038-42

14. Heek NT van, Kuhlmann KF, Scholten RJ, de Castro SM, Busch OR, van Gulik TM, Obertop H, Gouma DJ. Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands. *Ann Surg,* 2005; 242(6):781-8

15. Khuri SF, Henderson WG. The case against volume as a measure of quality of surgical care. *World J Surg,* 2005; 29(10):1222-9

16. Christian CK, Gustafson ML, Betensky RA, Daley J, Zinner MJ. The volume-outcome relationship: don't believe everything you see. World J Surg, 2005; 29(10):1241-4. Erratum in: *World J Surg;* 2006; 30(11):2085

17. Urbach DR, Croxford R, MacCallum NL, Stukel TA. How are volume-outcome associations related to models of health care funding and delivery? A comparison of the United States and Canada. *World J Surg,* 2005; 29(10):1230-3

18. Dudley RA, Landon BE, Rubin HR, Keating NL, Medlin CA, Luft HS, 2000. *Assessing the Relationship between Quality of Care and the Characteristics of Health Care.* The online version of this article can be found at: http://mcr.sagepub.com/content/57/3_suppl/116

19. Metnitz B, Metnitz PGH, Bauer1 P, Valentin A. Patient volume affects outcome in critically ill patients. *Wien Klin Wochenschr*, 2009; 121:34–40

20. Rimar JM, Diers D. Inpatient nursing unit volume, length of stay, cost, and mortality. *Nursing Econom,* 2006; 24(6):298-307

21. Berden B, Mesman R. Concentratie alleen is niet de oplossing. *Financieel dagblad*, 15-08-2011

22. Zuiderent-Jerak T, Grit K, Grinten T van der. WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Markets and public values in Health Care.* Webpublications 57: www.wit.nl; 2011

23. Vandermeulen LJR(Kiwa Prismant), Schouten LMT (CBO), Pieter D (Kiwa Prismant), Kool RB (Kiwa Prismant). *Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg.* In opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012

24. Ellison LM, Trock BJ, Poe NR, Partin AW: The effect of hospital volume on cancer control after radical prostatectomy. *J Urol,* 2005; 173:2094

Hoofdstuk 4 Verschillende perspectieven in beeld: gehanteerde beoordelingskaders van de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003

2. The Boston Consulting Group, Kiezen voor kwaliteit. Portfoliokeuzes van ziekenhuizen zorgen voor hogere kwaliteit en lagere kosten. Amsterdam: 2010

3. Boer, Croon. *Van instituten naar netwerken: een verkenning van de 'next generation'curatieve zorg*. Amsterdam, 2010

4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorg voor je gezondheid. Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010

5. Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie/Van Zuiden Communications B.V. *Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive-care afdelingen voor volwassenen in Nederland.* Alphen aan de Rijn: NVvA, 2006

6. IGZ. *Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit Inspectieonderzoek versnelt resultaten.* Utrecht/Den Haag: IGZ, 2011

7. Regieraad Kwaliteit van Zorg. *Concentratie, specialisatie en samenwerking vanziekenhuiszorg.* Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012

8. Werkgroep kwaliteitsindeling Spoedeisende hulp. *Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis,* 2009

9. Invitational Conference *NVZ 'Spreiding en concentratie ziekenhuisfuncties'*, 2010

10. Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding. *Kwaliteit van kankerzorg in Nederland.* Amsterdam: KWF, 2010
11. Songun I. Literatuurstudie naar het effect van volume en specialisatie op de uitkomst van zorg. Bijlage C bij Signaleringsrapport *'Kwaliteit van kankerzorg Nederland'*. Werkgroep Kwaliteit van de zorg, 2010

12. Kluge GH, Barnas MGW, Braam Houckgeest F van, Demmendaal KL, Hoeksema Met al. Groter is niet beter: onterechte uitgangspunten van CBO-richtlijn voor intensive careafdelingen. *Medisch Contact,* 2009; 64(3):114-6

13. NPCF. *Over concentratie en spreiding van zorg.* Utrecht: NPCF, 2011

14. WGM. *Expertise voor zeldzame aandoeningen in Nederland: bevindingen en conclusies naar aanleiding van consultatie door de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen (2010-2011).* Den Haag: WGM, december 2011

15. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Medisch specialistische zorg in 20/20: dichtbij en ver weg* (advies aan de minister van VWS). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, september 2011

16. Dautzenberg M, Weenink J, Faber M, Ouwens M. *Kiezen borstkankerpatiënten voor kwaliteit?* Borstkankerpatiënten over vergelijkende kwaliteitsinformatie borstkankerzorg, 2012

17. Dixon A, Robertson R et al. The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England. *Health Econom*, Policy and Law 2010; 5(3):295-317

18. Glasziou P, Chalmers I et al. (2007). When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. *BMJ*, 2007; 334:349-51

19. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KH, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011; 9;(11)

Hoofdstuk 5 Concentratie en spreiding in de praktijk: je geld of je leven!

1. Boonen L. *Consumer channeling in health care:(im) possible?* Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2009

2. Zuiderent-Jerak T, Grit K et al. *Markets and Public Values in Healthcare. Contribution to the program State, Market and Society of the Dutch Scientific Council of Government Policy (WRR).* Den Haag: Dutch Scientific Council of Government Policy (WRR), 2011

Hoofdstuk 6 Synthese: naar een multidimensioneel beoordelingskader

1. Boonen L. *Consumer channeling in health care:(im) possible?* Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2009

2. Degeling P, Maxwell S et al. Restructuring Clinical Governance to Maximize its Developmental Potential. In: *Governing Medicine: tTheory and practice*. Gray A, Harrison S. Berkshire New York: McGraw-Hill**:** 163-79, 2004a

3. Degeling P, Maxwell S et al. Making clinical governance work. *BMJ,* 2004b; 329:679-81

4. Grinten T van der. *Zorgen om beleid; Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Department of Health Policy and Management, 2006

5. Zuiderent-Jerak S, Bal R. Locating the worths of performance indicators: performing transparencies and accountabilities in health care. In: *The Mutual Construction of Statistics and Society*. Rudinow Sætnan A, Mork Lomell H, Hammer S. London and New York: Routledge2011, p.224-42

6. Lennarson Greer A. Bringing the patient back in; guidelines, practice variations, and the social context of medical practice. *Int J Techn Assessm Health Care;* 2002; 18(4):747-61

7. Rip A. There's no turn like the empirical turn. In: Kroes P, Meijers A. *The Empirical Turn in the Philosophy of Technology*. Oxford, Elsevier Science**:** 2000, p.3-17

8. Sackett DL, Rosenberg WMC et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ, 1996;* 312(7023): 71-2

9. Zuiderent-Jerak T, Forland F et al. Using Different Types of Knowledge in Guidelines: redeeming the promise of EBM. *BMJ,* 2012 fortcoming

10. Zuiderent-Jerak T, Grit K et al. Markets and Public Values in Healthcare. *Contribution to the program State, Market and Society of the Dutch Scientific Council of Government Policy (WRR)*. Den Haag: Dutch Scientific Council of Government Policy (WRR), 2011

Bijlage 1 Leden onderzoeksgroep

IQ healthcare
Tijn Kool
Mariëlle Ouwens
Linda Boerboom

iBMG
Teun Zuiderent-Jerak
Hester van de Bovenkamp
Jolanda Dwarswaard
Katharina Paul
Tineke Broer

NIVEL
Jany Rademakers
Phil Heiligers
Carolien de Blok
Trees Wiegers

Bijlage 2 Aantal artikelen, significante relaties en aandoeningen van de gediscuteerde studies

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
1.Rectal cancer surgery, Volume-outcome analysis, Nugent 2010	18 artikelen van de 526 geselecteerd. Verschijningsdatum in periode: 1997-2009. Artikelen werden geschreven in de periode 1979-2009, variërend van eenjarige studie tot en met 15-jarige studie. (Pubmed)	**Ziekenhuisvolume** (9 art.) **Chirurgvolume** (3 art) **Beide volumes** (5 art.) Van 1 art. is onbekend welk volume **Hoog en laag volume worden zeer divers gedefinieerd** (niet te vergelijken).	- mortaliteit:6 sign/2 ns - geprefereerde techniek: (sluitspierbehoud of niet) 4 sign/6 ns - lokaal recidive %: 6 sign/3 ns - morbiditeit (korte termijn): 1 sign/4 ns - verkorting verblijf ziekenhuis: 1 sign.	Darmkanker	Chirurgvolume is de belangrijkste voorspellende factor in uitkomsten bij darmkanker operaties. Ziekenhuisvolume resulteerde alleen in een reductie van de postoperatieve verblijfsduur.
2.Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in pancreatic surgery, Gooiker, 2011.	14 artikelen van de 70 geselecteerd, specifiek op alvleesklier chirurgie, globale eerste search was 1400. Alle artikelen tot februari 2010. (Medline en Embase)	**Ziekenhuisvolume** (11art.) **Chirurgvolume** (3 art.) **Beide volumes** (1 art.) In de meta-analyse is de laagste volumemaat de **reference** in alle studies.	- mortaliteit zkh volume: 9 sign - 5-jaars overleven: zkh volume 2 sign.	Alvleesklier-Aandoeningen	Ziekenhuisvolume is belangrijker dan chirurgvolume. Er is aanzienlijke variëteit onder hoog volume zorgverleners. Centralisatie initiatieven moeten ook op ziekenhuis infrastructuur en specialisatiegraad beoordeeld worden.
3. Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better of with a high volume provider?, Gooiker, 2010	12 artikelen van de 63, specifiek op chirurgische behandeling borstkanker, globale eerste search leverde 1400 artikelen op; Geen periode: alle relevante studiues (laatste search 1 februari 2010). (Pubmed, Embase)	**Ziekenhuisvolume** (5 art) **Chirurgvolume** (3 art.) **Beide volumes** (4 art.) In de meta-analyse is de laagste volumemaat de **reference** in alle studies.	- overleven bij zkh. volume: 6 van de 8 art: sign. - overleven bij chirurgenvolume: 4 van de 6 art: sign. Mortaliteit bij ziekenhuisvolume: 2 van de 3 art.: sign.	Borstkanker	Sterke associatie tussen hoog chirurgenvolume en overleving. Een effect van ziekenhuisvolume op mortaliteit in zkh. Alle studies hadden observationele data en 7/12 klinische data. Achterliggende mechanismen bij betere klinische resultaten inhv zkh. zijn nog niet aangetoond.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
4. Effect of hospital volume on processes of care and 5-year survival after breast cancer: a population-based study on 25 000 women. Vrijens, 2012, Belgium	Nvt Inclusie: Alle vrouwen die in België tussen 1 januari 2004 en 31 december 2006 een borstkanker operatie ondergingen (in totaal 111 ziekenhuizen).	**Ziekenhuisvolume** 57 laag volume ziekenhuizen 40 gemiddeld volume ziekenhuizen 14 hoog volume ziekenhuizen	- 5-jaars overleving: sign. ziekenhuisvolume	Borstkanker	Patiënten behandeld in zeer lage en lage volume zkh.hadden een hoger risico op overlijden binnen 5 jaar na de diagnose dan vrouwen behandeld in hoog volume zkh.
5. Do bigger hospitals or busier surgeons do better adult aortic or mitral valve operations? Kidher, 2010	7 van 160 art, voldeden aan methodologische kwaliteitseisen; Periode: 1950-2009: (European) (Medline)	**Ziekenhuisvolume:** 6art. **Beide volumes:** 1 art dus ook chirurgvolume 1 artikel nam ook opleidingsstatus en eigenaarschap mee als ziekenhuis-kenmerken	- mortaliteit in het ziekenhuis - mortaliteit binnen 30 dagen na de operatie - 1 art.: postoperatieve ligduur Geen stat.significanties vermeld, maar kwaliteitsscores. Van de 18 methodologische kwaliteitscriteria haalden de geselecteerde artikelen (7) er gemiddeld 8.	Aortaklep en mitralisklep operaties	Centralisatie is niet te verdedigen op basis van een dergelijk beperkt aantal artikelen met een bescheiden methodologische kwaliteit. De relatie tussen volume en andere uitkomstmaten dan sterfte moeten nog verkend worden.
6.Effect of surgeon training, specialization, and experience on outcomes for cancer surgery: a systematic review of the literature. Bilimoria, 2009	27 studies bij 15 verschillende specialismen	**Chirurgvolume** Volume speelt op de achtergrond wel een rol, maar er wordt gezocht naar veronderstelde onderliggende factoren: verdere specialisatie met verschillende deelaspecten: - extra training; - certificering; - ervaring	- mortaliteit: 6/10 studies die mortaliteit meten: sign. lager risico voor sterfte door voornamelijk certificering (op 1 na); 4 studies ns. - herhaling van de aandoening: in 6/7 studies is dit herhalingsrisico sign. lager door specialisatie van de chirurgen - lange termijn overleving is in 20/27 studies gemeten: in 18/20 studies was de overlevingsgraad sign. hoger na specialisatie van artsen - preoperatieve morbiditeit werd in drie artikelen gerelateerd aan ervaringsjaren van chirurgen: minder dan 5 ervaringsjaren was gerelateerd aan hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers	9 verschillende typen kanker 15 verschillende specialismen	Inconsistenties in uitkomstmaten. Variatie in definities van specialismen/verschil in niveau van training.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
7. Does practice make perfect? Hogan, 2008.	(Geen aantallen, keywords: cancer –volume- outcome); beschouwend artikel.	Kritische analyse van volume effecten van beide soort. **Stellingname:** In de relatie structuur-proces-uitkomst ligt de structuur vrij vast, maar is het proces volledig variabel en het volume is slechts een onderdeel. Door het ontbreken van multi-variabele data en subgroepanalyses zijn veel studies in het beste geval vooringenomen of ongeldig.	- overleven - mortaliteit is een minder goede uitkomstmaat als niet gecorrigeerd wordt voor comorbiditeit, beter is: kankerspecifieke overleving, patiënttevredenheid en kwaliteit van leven (geen toetsend onderzoek)	Niet op een aandoening gericht	Amerikaanse gegevens kunnen niet worden gebruikt als basis voor Europese strategieën voor kankerbestrijding, omdat er veel inherente verschillen bestaan, zoals eerder stadium van de ziekte op het moment van de maatregel (screening), grote variatie in de bevolking en sociaal-economische status, verzekerde ten opzichte van niet-verzekerde resultaten.
8.Association between hospital and surgeon radical prostatectomy volume and patient outcomes: a systematic review. Wilt, 2008	17 van de 792 artikelen; periode: 1980-2007 Medline, The Cochrane Library, the Centers for Disease Control website,the Catalog of U.S. Government Publications, the Lexis-Nexis, Government Periodicals Index, Digital Dissertations and the Agency for Healthcare Research and Quality.	**Ziekenhuisvolume** **Chirurgvolume** Grote variatie in hoog en laag volume bij beide.	- mortaliteit - mortaliteit 30-90 dagen na de operatie Meta-analyse heeft aangetoond dat ondanks verschillen in volume-categorieën hoog ziekenhuisvolume consistent samenhing met lagere mortaliteit en morbiditeit De relatie zkh-volume –uitkomsten is afhankelijk van organisatie en steun in het ziekenhuis; de relatie chirurgvolume - uitkomsten is afhankelijk van procedures, bijvoorbeeld latere complicaties.	Prostaatkanker	Correctie voorcase-mix, geclusterde ziekenhuis en chirurgkenmerken,verwijzings-patronen, en de kwaliteit van de niet-chirurgische zorg kan meer valide schattingen van de werkelijke volume-uitkomst relatie bij patiënten aantonen.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
9. Improving the quality of health care in Japan: a systematic review of procedural volume and outcome literature. Miyata,2007	Alleen studies bij de Japanse bevolking werden geïncludeerd. (na 2001); methodologisch kwalitatieve selectie. (13 art.) Medline, Ichushi (Japanse database: Medisch)	**Ziekenhuisvolume** Relatie HV en mortality in 11 studies **Chirurgvolume** Relatie high volume en mortality	- mortaliteit: 11 studies - lengte van verblijfsduur in zkh.: 2 studies Van alle studies samen hebben 9 studies significante relaties tussen hoog volume en betere gezondheidsuitkomsten aangetoond. Geen enkele studie gaf de omgekeerde relatie aan; 4 studies hebben niet aangegeven of er significante relaties waren.	Nvt	Volume werd verschillend gemeten. Volume alleen is niet voldoende, het gaat om kwaliteitsverbetering op basis van de evaluatie van de gezondheidszorguitkomsten. In Japan zijn geen klinische databases ter beschikking in de meeste velden in de gezondheidszorg; overleg met betrekking tot risicoaanpassing niet heeft plaatsgevonden.
10.Provider volume and outcomes for abdominal aortioc aneurysm repair, carotid endarterec-tomy, and lower extremity revascularization procedures. Killeen, 2006	54 van de 74 artikelen geselecteerd Periode 1980-2005 (Medline, EMBASE, Cochrane library)	**Chirurgvolume** (staat centraal maar ziekenhuisvolume is ook geïncludeerd) Grote verschillen in hoog en laag volume.	- mortaliteit na 30 dagen/in zkh. - mortaliteit - morbiditeit Relatie hoog volume en mortaliteit en morbiditeit - 10 art zkhvolume - 1 art chirurgvolume - 2 art chirurgvolume en specialisatie - 2 art zkhvolume en discipline - 7 art zkhvolume en chirurgvolume - 4 art zkhvolume, chirurgvolume en subspecialisme 57% van de geanalyseerde artikelen toonde een significante relatie aan.	Abdominale aorta aneurysma bij vernauwing van de halsslagader en arterieel vaatlijden aan de benen.	Het relatieve belang vande relatievolume-uitkomst is moeilijk te bepalen en verschilt per procedure. Klinische processen van de zorg moeten worden geanalyseerd (ook postoperatieve complicaties).

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
11. Meta-analysis and systematic review of the relationship between volume and outcome in abdominal aortic aneurism surgery. Holt, 2007	32 art. uit 61, oorspronkelijke aantal: 2405 (Pubmed, EMBASE, Cochrane library)	**Ziekenhuisvolume**	- mortaliteit 65% van de artikelen gaf een significante relatie aan tussen volume en mortaliteit.	Abdominale aorta aneurysma	Het gebruik van administratieve gegevens voor sterfteanalyses heeft geleid tot bezorgdheid: - ze zijn retrospectief - bevatten geen fysiologische gegevens - ze zijn gevoelig voor coderings-fouten bij inschrijvingsprocedure en complicaties (vaak is niet te achterhalen of het gaat om comorbiditeit of postoperatieve complicaties)
12.Relation between hospital volume and outcome of elective surgery for abdominal aortic aneurism: a systematic review. Van den Broek, 2006	24 art. van de 36 relevante art., (was aanvankelijk 956); periode:1980-2003. (Medline, EMBASE, Cochrane library)	**Ziekenhuisvolume** 22 studies in USA and Canada, 2 in Europa	- mortaliteit tijdens ziekenhuisverblijf - mortaliteit binnen 30 dagen na de operatie. 14 art.gaven een sign. relatie hoog volume zkh. en mortaliteit, maar het verschil inmortaliteit was slechts 2%, 10art: geen relatie gevonden.	Abdominale aorta aneurysma	Er is weinig bekend over de betrouwbaarheid van de gebruikte registraties. Een studie vond een verkeerde codering van 6,7%. En verschillen in aantallen en kenmerken van patiëntengroepen werden gevonden, die mogelijk verschillen in mortaliteit kunnen veroorzaken.
13.The volume-outcome debate revisited, Finlayson, 2006.	Nvt (beschouwend artikel)	**Stellingname:** Een empirische geloof in de relatie tussenvolume en uitkomst is impliciet in onze chirurgische traditie. Er is nauwelijks een beroep of vaardigheid waarin het volume niet een conditie of voorwaarde is voor xcellentie.We moeten ingaan op het nut van het fenomeen 'volume' als hefboom om de kwaliteit van de chirurgische zorg te verbeteren.	Nvt		Beleid gericht op verwijzing naar hoog volume zkh. beoogt niet een verhoging van de chirurgische kwaliteit. Het is gericht op een klein deel van chirurgische ingrepen, en is logistiek vaak problematisch. Kwaliteit kan aangetoond worden door: uitkomst-metingen, proces-gebaseerde beoordeling. Ook is het een enorm logistiek probleem om de daadwerkelijk naleving van de processen te meten.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
14. Hospital volume and mortality after pancreatic resection; a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands. Van Heek, 2005.	23 van de 154 art.; periode: 1996-2004; (Medline, EMBASE, Cochrane library + Data van de Nederlandse mortaliteitsregistratie: patiënten tussen 1994 en 2004)	**Ziekenhuisvolume**	- ziekenhuis mortaliteit - mortaliteit binnen 30 dagen na de ingreep Slechts in een studie werd geen significante relatie aangetoond tussen hoog volume en lage mortaliteit. Vermoedelijke reden: in die studie was het aantal ingrepen per jaar bij deelnemende ziekenhuizen laag.	Alvleesklier kanker	Review gegevens gaven een negatieve relatie tussen zieken-huisvolume en mortaliteit aan. Op basis van de registraties bleek dat mortaliteit tussen 1994 en 2004 het laagst was in hoog volume(0-4%) ziekenhuizen, in vergelijking met een laag volume (14-17%). Voor sommige hoog risico chirurgische ingrepen (zoals operatieve verwijdering van een deel van de alvleesklier) moet centralisatie worden ondersteund.
15. The case against Volume as a Measure of quality of surgical care, Shukri, 2005.	Bij een specifieke patientenpopulatie wordt de ratio van de geobserveerde en verwachte morbiditeit (de O/E ratio) berekend als maat voor risico-correctie van die populatie. Een validatiestudie toonde aan dat ziekenhuizen met signifcant lagere morbiditeit en mortaliteit betere zorgstructuren en zorgprocessen hadden.	**Stellingname:** Kritiek op de volume-criteria en het bevorderen van het gebruik van risico-correctie in het vaststellen van normen voor de veiligheid van de patiënten de kwaliteit van chirurgische zorg (volgens: NSQIP=National Surgical Quality Improvement Program).	Statistische vergelijking tussen een hoog volumeaanpak en O/E ratio toonde aan dat het ziekenhuis met ***een derde van het hoogste volumeziekenhuis*** de beste prestatie leverde op de O/E-ratio (er is dus geen relatie tussen volume en O/E-ratio).	Geen relatie.	Volume kan geen goede maatstaf zijn voor chirurgische zorg. Kwaliteitsnormen in de chirurgie moet worden opgesteld door chirurgen, niet door de industrie.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
16. The volume-outcome relationship: don't believe everything you see. Christian, 2005	Alternatieven voor volume vooral structuuraspecten.	**Stellingname:** Kritisch naar volume-maat als kwaliteits-instrument (het is hooguit een proxy voor kwaliteit) Andere factoren zijn: structuur-aspecten: - opleidingsstatus van de staf in het zkh; - het voorhanden zijn van gespecialiseerde intensive care units en operatiekamers; - staf-ratio's; - geografische ligging; - eigenaarschap van het zkh	Is mortaliteit de gouden standaard voor kwaliteitsmeting? Hebben ook gebruikgemaakt van de O/E-ratio en vinden maar bij een type ingreep (CBAG) een zwakke maar significante negatieve relatie tussen O/E mortaliteit en volume.	**Bij vier aandoeningen naar structuurkenmerken gekeken:** - Abdominale aorta aneurysma; - Vernauwing in kransslagader: (CBAG-ingreep); - Vernauwing halsslagader (CEA-ingreep); - Slokdarrmkanker	Onderliggende institutionele factoren (onder relatie volume-uitkomst) moeten verder onderzocht worden
17. How are volume-outcome associations related to models of health care funding and delivery? A comparison of the united states and Canada. Urbach, 2005	142 van de 184 manuscripten werden geanalyseerd; periode: 1980-2004 (Medline, Embase)	**Ziekenhuisvolume** Vergelijking USA en Canada op volume-uitkomstrelatie.	Amerikaanse studies(128) Canadese studies (14) Bij elkaar genomen gaf 74,1% van de studies een significante relatie tussen volume en lagere mortaliteit.	14 verschillende aandoeningen	In de Canadese studies werden minder stat. sign.volume–uitkomst relaties gevonden (misschien door eeen lagere power: kleinere populatie). Maar er zijn ook minder hoog volumecentra in Canada. Verder kunnen de verschillen in financiering een verklaring zijn (nog nauwelijks onderzocht). Wel wordt geconcludeerd dat marktgeoriënteerde modellen competitie tussen zkh en zorgverleners teweegbrengen, die bestaande variatie in kwaliteit van zorg versterken.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
18.Dudley RA, Landon BE, Rubin HR, Keating NL, Medlin CA, Luft HS, 2000. Assessing the Relationship between Quality of Care and the Characteristics of Health Care. http://mcr.sagepub.com/content/57/3_suppl/116	Nvt. Beschouwend artikel over kwaliteitskenmerken van zorgorganisaties	Nvt. **Relatie kwaliteit van zorg en kenmerken van zorgorganisaties**	Nvt	Nvt	Vormt de basis van indeling in structuurkenmerken in deze studie (zie tabel 2.3).
19. Patient volume affects outcome in critically ill patients. Metnitz et al., 2008, Oostenrijk	Prospectieve cohortstudie bij 40 IC's; Periode: 1998-2005; 83.259 patiënten	**Patiëntenvolume op IC's** Drie categorieën naar bezettingsgraad: <80% is lage bezetting (n=9); >80% en <100% is medium bezetting (n=24); ≥ is hoge bezettingsgraad (n=7)	- mortaliteit (significante daling aangetoond)	Patiënten op intensive care afdeling	Naarmate er meer patiënten per jaar per IC-bed en meer patiënten met dezelfde diagnosecategorie worden opgenomen , is ere en significante daling van het sterfterisico, Daarentegen leidt minder verplegend personeel per patiënt en grote diversiteit in diagnosen tot een significante verhoging van het sterfterisico. De relatie aantal patiënten (binnen één diagnosetype) en mortaliteit had een U-vorm met een stijgende mortaliteit aan beide uiteinden.

titel	*aantal artikelen per review, periode*	*volume meting : ziekenhuis en chirurg*	*uitkomsten (aantal artikelen. sign./ns in relatie met volume)*	*aandoening(en)*	*discussie/methodologische overwegingen*
20. Inpatient nursing unit volume, Length of stay, Cost, and Mortality. Rimar en Diers, 2006	Periode: patiënt gegevens vanaf 1 oktober, 1997 tot 30 september , 2001; 11.466 patiënten	**Patiëntenvolume** in intramurale verpleegunits: aantal patiënten met eenzelfde type diagnose per unit	Intramurale sterfte, - verblijfsduur - variabele directe kosten, inclusief verpleegkundige zorg. Naarmate verpleegkundigen zich meer kunnen specialiseren door op eenheden te werken waar ze veel ervaring met hetzelfde type diagnose te maken krijgen (hoog patiëntvolume), heeft dit een significant verlagend effect op de kosten.	Patiënten op verpleegafdeling met eenzelfde type diagnose	De resultaten van deze studie suggereren dat verpleegkundige ervaring, geoperationaliseerd als volume van patiënten in intra-murale eenheden, een belangrijke voorspeller is voor de uitkomsten voor sommige patiënten. Mogelijk verschillen zorgprocessen in gespecialiseerde intramurale units of zijn er meer middelen (bijvoor-beeld klinische verpleegkundig specialist, apparatuur) waardoor de kwaliteit van de zorg beter is dan in niet gespecialiseerde eenheden

Bijlage 3 Lijst met geïnterviewden voor identificatie beoordelingsperspectieven

Maatschappelijk perspectief

1 IGZ (Jan Maarten van den Bergh)
2 NZA (Kor Noorlag)
3 NMa (Winnie van Heesch)
4 ZN (Sjoerd Terpstra)
5 Gemeente (Pieter Paardekooper en Jan Pooter)
6 Gezondheidsraad (Huug Obertop)

Organisatie perspectief

1 UMCU (Jan Kimpen)
2 Elisabeth ziekenhuis (Bart Berden)
3 STZ (Maarten Rook en Norbert Groenewegen)
4 UMC St Radboud (Cathy van Beek)

Professioneel perspectief

1 NvvH/oncologisch chirurg (Michel Wouters)
2 NWHHT/medisch oncoloog (Carla van Herpen)
3 NHG/huisarts (Jako Burgers)
4 V&VN/verpleegkundige (Renate Kieft)
5 Verloskunde (Jan van Lith, Jolanda Kollie, Fred Vork en Ivanka Bekker)

Patiënt perspectief

1 Zorgbelang Gelderland (Marion Reinartz en Hans Verhaar)
2 NPCF (Wilna Wind)
3 NFK (Alies Snijders)

Bijlage 4 Kernvragen voor de interviews

Introductie:
Concentratie en spreiding van zorg zijn aan de orde van de dag. De achterliggende gedachte is dat door verandering in het behandelvolume de kwaliteit van de geleverde zorg toeneemt. Maar hoe vindt beoordeling plaats van allerlei initiatieven die te maken hebben met concentratie en spreiding en wanneer is een initiatief succesvol en wanneer niet?

1 Hoe wordt er binnen uw organisatie of instelling gedacht over het thema concentratie en spreiding van zorg?

2 Kunt u succesvolle voorbeelden noemen? Kunt u minder succesvolle voorbeelden noemen?

3 Wat zijn vanuit uw perspectief positieve effecten van deze initiatieven? Wat zijn vanuit uw perspectief negatieve effecten van deze initiatieven?

4 Hoe beoordeelt u het succes van deze initiatieven en welke criteria, raamwerken of indicatoren gebruikt u daarbij?

5 Welke factoren zijn volgens u van invloed op de bereikte effecten?

6 Initiatieven lijken ook te zorgen voor maatschappelijke onrust. Hoe oordeelt u hier over?

Bijlage 5 Aanwezigen expertmeeting en invitational conference

Leden van de onderzoeksgroep waren aanwezig bij de expertmeeting en de invitational conference.

Expertmeeting Zorgorganisatie, Volume en Kwaliteit
Datum: 27-03-2012

Aanwezigen:
Jetty Hoeksema, directeur strategisch beleid LUMC, coördinator NFU consortium kwaliteit van zorg
Hannah Dijkhuis, programmacoördinator kwaliteit, ZonMw
Jolanda Huizer, was secretaris van de stuurgroep Weesgeneesmiddelen en zeldzame ziekten, werkt bij ZonMw
Peter Groenewegen, directeur NIVEL
Cordula Wagner, programmaleider kwaliteit en organisatie, NIVEL
Tiny Visser, PCD zeldzame aandoeningen
Lucie Martijn, eerstelijns verloskundige, beleidsadviseur KNOV, promovendus bij IQ healthcare
Rob Verrips, zit hier voor de Orde, ondersteunt de visieontwikkeling concentratie en spreiding
Jaap van der Rijst, beleidsadviseur bij Achmea
Anemone Bögels, directeur NFK
Ine Borghans, coördinator Gefaseerd Toezicht, IGZ
Kris Smolders, adviseur IGZ, promotie onderzoek naar volumenormen
Gerard Scholten, iBMG, gepensioneerd, projectleider klein kenniscentrum CODH
Roland Bal, hoogleraar bij iBMG
Peter Dunki Jacobs, medisch adviseur bij Achmea

Invitational conference 'Volume en organisatie van zorg in decuratieve sector'
Datum: 05-07-2012

Aanwezigen:
R. Grol (voorzitter)
T. van Barneveld, Orde Medisch Specialisten
M. Bennema, Orde Medisch Specialisten
J-M. van den Berg, IGZ
H. van Breugel, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
J. Burgers, NHG
S. Cucic, Regieraad Kwaliteit van Zorg
D. Delnoij, Centrum Klantervaring Zorg
H. Dijkhuis, ZonMw
M. Donker, Ministerie VWS/ErasmusMC
P. Dunki Jacobs, Achmea
W.P.F. Fetter, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
M. van Grotel, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
A. van Halteren, CVZ/KI
G. Hanoeman, NZa
T. Lamping, ZN
L. Martijn, KNOV
K. Noorlag, NZa,
L. van Outheusden, IGZ
M. Reinart, Zorgbelang Gelderland
M. Rook, STZ
S. Roskam, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

G. Salemink, ZN
A. Snijders, NFK
S. Terpstra, ZN
M. Verduijn, NFU
H. Verhaar, Zorgbelang Gelderland
R. Verrips, Orde van Medisch Specialisten
C. Vogeler, NPCF
C. Wagner, NIVEL
M. Weijenborg, NVZ
M.G.A.J. Wouters, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

N.B.: De lijst van aanwezigen is opgesteld op basis van de getekende presentielijst.

Bijlage 6 Casusbeschrijvingen

1 *Organisatie, volume en kwaliteit bij Liesbreukcentrum Brabant*

Carolien de Blok

Concentratie van zorg lijkt vaak te gaan over hoog complexe en weinig voorkomende zorg. Toch zijn er ook concentratie initiatieven bekend bij laagcomplexe veel voorkomende zorg zoals liesbreuken. In 2010 werden er in Nederland zo'n 30.000 liesbreukoperaties uitgevoerd. Deze operaties hebben de vorm van een klassieke, open operatie of een kijkoperatie. Bij volwassenen is daarbij het inbrengen van een matje de standaard. Liesbreuken komen met name bij mannen voor, in slechts 5% van de liesbreukoperaties gaat het om een vrouw. Liesbreukoperaties worden in alle Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd en ook in een aantal zelfstandige behandel centra. Veel beschrijvende studies wijzen erop dat betere resultaten behaald worden door training en specialisatie (Deysine, 2001). Gespecialiseerde liesbreukcentra hebben goede resultaten laten zien na endoscopische behandeling van liesbreuken. Specialisatie en daarmee concentratie van zorg aan liesbreuk patiënten wordt geassocieerd met minder complicaties, steile leercurves en een hogere kwaliteit van leven voor patiënten na de operatie (Koning, 2011). Onderzoek naar leercurves betreffen met name endoscopische liesbreukchirurgie (Simons, 2009; Liem, 1996). De 'European Hernia Association' noemt in haar richtlijn een leercurve van 50 tot 100 ingrepen, waarbij de eerste 30 tot 50 meest invloedrijk zijn (Simons, 2009).

In deze casus wordt het initiatief beschreven van het Liesbreukcentrum Brabant (LCB).

1 Aanleiding voor concentratie van zorg bij Liesbreukcentrum Brabant

Het Liesbreukcentrum Brabant (LCB) is een samenwerkingsverband van het Elisabeth Ziekenhuis (EZ), gevestigd in Tilburg,en het Twee Steden Ziekenhuis (TSZ), met locaties in Tilburg en Waalwijk. Dit gespecialiseerde Liesbreukcentrum, gevestigd op de locatie van het TSZ in Waalwijk, is opgericht met als doel een snelle en efficiënte behandeling van liesbreuken bij jong en oud.

Het initiatief tot het LCB is genomen door de maatschappen Chirurgie van de twee ziekenhuizen, die zich hebben verenigd in de Maatschap Chirurgen Midden Brabant. Met het LCB wilde men een centrum opzetten waar op één plek alle kennis en kunde rondom liesbreuken gecentreerd zou zijn.

Waar de ambitie was om de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren, was de directe aanleiding om het LCB op te zetten een suboptimaal planningsproces in één van de betrokken ziekenhuizen. In de planning van de maatschap chirurgie in één van de ziekenhuizen zaten veel knelpunten die zowel het operatieve proces als de relatie tussen de chirurgen verstoorden. Kleine OK's, zoals liesbreuken werden als opvulling beschouwd ten opzichte van grote OK's en werden vaak op het laatste moment afgezegd. Om de planning van OK's te verbeteren en deze meer patiëntgericht te maken, ontstond het idee om kleine ingrepen te gaan bundelen, af te splitsen van de grote en semi-acute operaties en in te richten rondom het patiëntenproces. Omdat het andere betrokken ziekenhuis kampte met hetzelfde planningsprobleem is het idee opgevat om dit gezamenlijk verder uit te werken.

2 De trekkers en duwers van concentratie van zorg

De Maatschap Chirurgen Midden Brabant heeft het initiatief genomen voor het LCB. De chirurgen hebben als visie dat je in zowel hoog complexe, laagfrequente zorg als in laag-

complexe, hoogfrequente zorg een kwaliteitsverbetering kan bereiken wanneer je deze zorg geconcentreerd levert. Het LCB is voor de chirurgen het eerste initiatief waarin zij deze visie concreet hebben vormgegeven.

Drijvende krachten achter het oprichten van het LCB waren de chirurgen uit de twee betrokken ziekenhuizen. Daarnaast heeft de manager van de maatschap een grote rol gespeeld in het opzetten van de dagelijkse gang van zaken. In beide ziekenhuizen heeft men gezocht naar voortrekkers, afkomstig uit verschillende groepen en lagen in de organisatie. Zo hebben de planners uit het ene ziekenhuis een grote rol gespeeld. Uit het andere ziekenhuis zijn de anesthesisten vanaf het begin nauw betrokken geweest bij het opzetten van het werkproces en het definiëren van de meest geschikte patiëntpopulatie. De verpleegafdeling in Waalwijk was erg enthousiast over het initiatief. Nadat er jarenlang zorg was weggehaald op deze locatie, kon men nu gezamenlijk met de initiatiefnemers iets gaan opbouwen.

Het management van beide ziekenhuizen heeft een belangrijke rol gespeeld in het regelen van het financiële plaatje door samen met de specialisten een financiële constructie en verdeelsleutel te bedenken. Ook heeft men geschoven met bepaalde patiëntencategorieën; waar de liesbreuk patiënten zijn verdwenen, kwamen andere patiëntencategorieën, en dus inkomsten, voor in de plaats.
Niet alleen personen, ook omstandigheden en organisatiefactoren hebben positieve invloed gehad op het LCB. De maatschappen van beide ziekenhuizen gingen fuseren; omdat men toch al in beweging kwam voor de fusie, kon het LCB daarin meeliften en werd het LCB een voorbeeldinitiatief waarmee men aan landelijke volumenormen kon voldoen. Ook de ontwikkelingen binnen de betrokken ziekenhuizen in de richting van concentratie initiatieven en het zoeken van toenadering tot elkaar waren gunstig. Tenslotte waren veranderingen in het financieringssysteem, met name het opzetten van het B-segment en het onderbrengen van liesbreuken in dit vrije segment, gunstig. Hierdoor heeft men bij de zorgverzekeraars een eenheidsprijs voor beide ziekenhuizen kunnen bedingen.
Echter, niet alle betrokken partijen waren direct enthousiast over het initiatief. Weerstand is ondervonden vanuit de bestuurders, het OK personeel, de anesthesisten, een aantal verpleegkundigen. In tabel 1 staan de redenen van weerstand en oplossingen beschreven.

Tabel 1 Weerstanden en oplossingen

betrokken partij	reden van weerstand	oplossing vanuit LCB
Bestuurders	Verwacht inkomstenverlies door weghalen van patiëntengroep.	Drijfveer voor de fusie, i.e. te komen tot betere zorg voor de patiënt, voorop te stellen en uit te dragen. Hiertegen kon het bestuur geen 'nee' zeggen.
OK personeel EZ	Als opleidingsziekenhuis is het belangrijk bepaalde basischirurgie te kunnen bieden, hiervan zou een deel verdwijnen.	In gesprek gegaan met het opleidingscentrum over borgen van opleiding, leerlingen gaan nu naar LCB voor dit deel van hun opleiding
Anesthesisten EZ	Verdwijnen van inkomstenbron	-
Anesthesisten TSZ	Patiënten die zich bij het EZ hadden gemeld kwamen ter voorbereiding op de operatie ook in dit ziekenhuis op polibezoek. Vervolgens vond de operatie in Waalwijk plaats. De anesthesisten droegen hierbij de verantwoordelijkheid voor patiënten die ze nog nooit eerder gezien hadden en ervoeren dit als onprettig en onwenselijk.	Alle bezoeken, dus ook het polibezoek, zijn geconcentreerd in Waalwijk. Een eigen telefoonnummer is aangevraagd en triagesysteem is ontwikkeld.
Verpleegkundigen TSZ	Men had gekozen voor heelkunde vanwege afwisselend werk, men was bang gedurende de hele dag steeds hetzelfde te moeten doen.	Ervaringen wijzen uit dat men voldoening haalt uit meer diepgang in werk en betere zorgkwaliteit.

Een aantal zaken in de organisatie van beide ziekenhuizen heeft de opzet van het LCB vertraagd. Zo had het ene ziekenhuis een elektronisch en het andere een papieren dossier. Bij het ene ziekenhuis was men gewend de patiënt direct een datum te geven na het polibezoek, bij het andere niet, in het ene ziekenhuis hadden patiënten tijdens het polibezoek een afspraak met zowel de specialist als de anesthesist, in het andere ziekenhuis moest men op twee verschillende dagen hiervoor afspraken maken. Het maken van goede afspraken over de inrichting en werkwijze van het LCB heeft tijd gekost en maakte de inrichting van het patiëntproces lastig.

3 Concentratie van zorg bij Liesbreukcentrum Brabant

Om de suboptimale planning te optimaliseren heeft men bewust de keuze gemaakt zich te richten op liesbreuken, en niet op, bijvoorbeeld de kleine chirurgie of op alles wat in de dagbehandeling gedaan kan worden. Het uitgangspunt voor deze keuze was de gedachte dat een ingreep vaak gedaan moet worden om er goed in te worden en betere kwaliteit te kunnen leveren. De verwachting was dus dat de beste kwaliteitsresultaten behaald zouden kunnen worden wanneer er werd gekozen voor één type ingreep. De liesbreuken waren vervolgens goed af te kaderen; de symptomen zijn bekend, men weet de meest gebruikelijke leeftijd van patiënten, etc. Deze patiëntenstroom was dus goed te bundelen en te organiseren. Bij verschillen in patiënt (bijvoorbeeld type en moeilijkheidsgraad) en operatiekarakteristieken (bijvoorbeeld duur, complexiteit) is het lastiger om standaardisatie, en daarmee een kwaliteitsimpuls, te bewerkstelligen. Ook waren er voldoende patiënten met liesbreuken, en het aantal patiënten in de individuele ziekenhuizen lag ongeveer gelijk. Dat was prettig omdat het organisatorisch en financieel minder gevoelig ligt wanneer je van oorsprong al ongeveer hetzelfde aantal patiënten behandelt.

In het LCB krijgt concentratie van zorg enerzijds vorm doordat de liesbreukoperaties worden uitgevoerd op één locatie (Waalwijk). Twee dagen per week is er in Waalwijk gedurende een hele dag een OK beschikbaar voor liesbreukoperaties. Op deze dagen is ook de verpleegafdeling geheel op liesbreukpatiënten ingericht. Anderzijds concentreert men de liesbreukoperaties bij een aantal chirurgen uit de gezamenlijke maatschap die zich hebben gespecialiseerd in deze ingreep. Van de 19 chirurgen uit beide Tilburgse ziekenhuizen hebben zich zes geheel op het opereren van liesbreuken (zie bijlage A) toegelegd. Met zes chirurgen worden ongeveer 750 patiënten per jaar geopereerd.

Het zorgproces start, na verwijzing door de huisarts, met een telefonische triage. Volwassen patiënten met een laag risicoprofiel (ASA 1 en 2) worden ingepland in het LCB in Waalwijk, dit betreft zo'n 95% van de patiënten. Kinderen en volwassenen met een ASA vanaf 3 worden ingepland op de grote locaties van één van beide ziekenhuizen. Deze locaties zijn meer toegerust op zorgverlening aan risicovolle patiënten. Ook op deze locaties wordt de operatie uitgevoerd door één van de zes gespecialiseerde chirurgen.
Wanneer de patiënt geopereerd zal worden in het LCB, vindt een polibezoek plaats waarin zowel de chirurg als de anesthesist worden gezien en met de patient de datum van de operatie wordt vastgesteld. Alle operaties worden gedaan in de dagopname. Per dag worden zo'n 12 patiënten geopereerd.

Het chirurgisch team is een vast team per dag. In de debriefing aan het begin van de liesbreukdag bespreekt men het aantal operaties van die dag, de te gebruiken verdovingstechnieken per patient en controleert men alle materialen op aanwezigheid. Elke operatie wordt op exact dezelfde manier uitgevoerd, zowel qua handelingen als qua gebruikte materialen, instrumenten en hulpmiddelen. Elke operatie duurt zo'n 20 minuten. Door deze vaste operatietijd weet men exact wanneer de volgende patiënt klaar moet zijn en kan bijvoorbeeld de anesthesist van tevoren precies inschatten wanneer hij een patiënt een ruggenprik moet geven.

Het patiëntproces zoals hierboven beschreven is de uitkomst van verschillende aanpassingen door de tijd heen. Deze ontwikkelingen staan kort beschreven in bijlage B.

4 De relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij liesbreuken

Vanuit het perspectief van de initiatiefnemers, de chirurgen van de maatschap Chirurgen Midden Brabant, was de verwachting dat concentratie van zorg aan liesbreuk patiënten op één locatie, de specialisatie van een beperkt aantal specialisten op liesbreukoperaties en het opereren in één toegewijd team voor de patiënten zou leiden tot betere uitkomsten van zorg. Met name op het gebied van minder recidieven. Ook wilde men streven naar minder chronische pijn na de ingreep. Door het patiëntproces goed in te richten verwachte men patiënten een korte wachttijd te kunnen bieden en een behandeling in de dagopname. Deze doelstellingen zijn bij oprichting van het LCB ook gecommuniceerd naar de huisartsen in de omgeving.

4.1 Kwaliteit en volume vanuit maatschappelijk perspectief

Doordat men veel patiënten zou gaan behandelen, verwachtte men in staat te zijn om de operatie te perfectioneren en door te ontwikkelen, en daarmee vernieuwingen door te voeren in het behandelen van liesbreuken.

4.2 Kwaliteit en volume vanuit ziekenhuis perspectief

Om goede kwaliteit te kunnen leveren is de logistiek heel belangrijk. Men verwachtte dat de locatie Waalwijk erg geschikt zou zijn voor het LCB vanwege de kleinschaligheid van de locatie. Korte afstanden tussen de voorbereidingskamer, OK en uitslaapkamer en het hebben van de verpleegafdeling op dezelfde verdieping zou zorgen voor een snelle doorstroom.
Binnen beide betrokken ziekenhuizen verwachtte men optimalisering van de operatieplanning, waardoor minder operaties zouden worden uitgesteld omdat de kleine liesbreuk OK's werden afgescheiden van de grote en semi-acute OK's.

4.3 Kwaliteit en volume vanuit professioneel perspectief

Men verwachtte dat het centeren van de liesbreukoperaties en het specialiseren van een aantal specialisten zou leiden tot verdieping voor de medisch specialisten. Doordat men veel patiënten zou gaan behandelen, verwachtte men ook in staat te zijn om de operatie te perfectioneren en door te ontwikkelen, en daarmee vernieuwingen door te voeren in het behandelen van liesbreuken.

4.4 Kwaliteit en volume vanuit patiënten perspectief

De voornaamste doelstelling van het LCB was de zorgverlening voor de patient te verbeteren. Enerzijds richt deze verbetering zich op het zorgproces door korte wachtlijsten en een snelle doorlooptijd van het proces van polibezoek tot operatie. Anderzijds richt de beoogde verbetering zich op de uitkomsten van zorg. De volgende uitkomstmaten werden binnen een wetenschappelijke trial (de TULIP trial, waarin ook een verbeterde operatiemethode is opgenomen) onderzocht (Koning, 2009):
- postoperatieve pijn;
- blijvende pijn rond operatiegebied;
- recidiefbreuk/heroperatie;
- complicaties: zenuwbeschadiging (gevoelloosheid), wondinfectie, trombose, nabloeding, longontsteking;
- operatietijd;
- ziekenhuisverblijf;
- tijd tot aan het oppakken van dagelijkse activiteiten.

Daarnaast verwachte men dat het leveren van zorg vanuit het LCB zou leiden tot meer transparantie en duidelijkheid naar de patiënt. Doordat men met zes gespecialiseerde chirurgen werkt in het LCB, verwachtte men naast kwaliteit van zorg ook flexibiliteit aan de patient te kunnen bieden in het leveren van de zorg op verschillende dagen.

5 Resultaten van concentratie van zorg bij liesbreuken

5.1 Resultaten van concentratie vanuit maatschappelijk perspectief

Door het grote volume behandelde patiënten, heeft men een veelbelovende techniek kunnen door ontwikkelen. Vervolgens heeft men binnen een wetenschappelijke trial de uitkomsten van deze nieuwe techniek vergeleken met de oude gebruikelijke werkwijze zoals die in de Nederlandse richtlijnen (NVvH, 2003; Simons, 2003) wordt weergegeven. Van de oude techniek wist men uit de literatuur dat zo'n 20% van de patiënten hier chronische pijn aan overhield (Koning, 2009). Uit het wetenschappelijk onderzoek bleek dat met de nieuwe techniek 3,5% van de patiënten chronische pijnklachten hield. Daarnaast heeft men in de trial aangetoond dat patiënten ook weer eerder hun dagelijkse activiteiten, zoals werk, konden oppakken. Per behandelde patiënt is de nieuw ontwikkelde techniek zo'n 1.500 euro goedkoper (Koning, 2012). Wanneer alle 750 behandelde patiënten per jaar met de nieuwe techniek geopereerd zouden worden, zal dit een verwachte kostenbesparing op van €1.125.000 op gaan leveren. Daarnaast bleek uit het onderzoek ook een verbetering van zorguitkomsten voor patiënten die met de oude techniek waren behandeld. In het LCB hield slechts 12,5% van de patiënten chronische pijn, terwijl men op basis van beschikbare literatuur 20% zou verwachten. Een chirurg gaf daarvoor de volgende verklaring: "Het komt waarschijnlijk omdat we in het liesbreukcentrum werken met toegewijde chirurgen, toegewijd personeel op de operatiekamer, toegewijde anesthesisten, toegewijde verpleegkundigen op de verpleegafdeling, dus een toegewijd team en een toegewijd ziekenhuis. Daarmee krijg je die chronische pijn al van 20% naar 12,5%".

5.2 Resultaten van concentratie vanuit ziekenhuis perspectief

Voor de resultaten vanuit ziekenhuisperspectief zijn geen cijfers beschikbaar. Volgens de geïnterviewde betrokkenen heeft het LCB de volgende resultaten vanuit ziekenhuis perspectief opgeleverd:

- Geplande zorg is efficiënter geregeld. Doordat de patiëntenstroom voor liesbreuk patiënten is afgesplitst, worden deze operaties niet meer uitgesteld of vertraagd. Dit heeft ook een positief effect op de planning van de overige OK's, die meer eenduidig is.
- Doordat het zorgproces voorspelbaar is en de planning ver van tevoren inzichtelijk, kan men de OK capaciteit van het LCB daarop afstemmen. Ook is het nu mogelijk om seizoensvariatie mee te nemen. Er zijn bijvoorbeeld maar weinig patiënten die in de zomer geopereerd willen worden aan een planbare liesbreuk. Hiervoor hoeft nu dus ook geen capaciteit op ingezet te worden.
- Men kan veel operaties op één dag doen, zowel door standaardisatie van het zorgproces, wat de doorlooptijd heeft verkort, als door concentratie van de operaties op één OK. Hierdoor hoeft de OK niet telkens heringericht te worden met andere apparatuur. Het hoge aantal operaties is positief voor de inkomsten van de betrokken ziekenhuizen.
- Het Liesbreukcentrum heeft zich ontwikkeld als trainingscentrum voor de nieuwe techniek. Men leidt de eigen mensen op, maar ook chirurgen van buiten het eigen ziekenhuis.

In het implementatieproces bleken betrokkenen uit beide ziekenhuizen elkaar niet op alle fronten tegemoet te willen komen. Men wijdt dit aan cultuurverschillen. Hierdoor is er geen gezamenlijke dossiervoering opgezet, terwijl dit wel belangrijk is voor de kwaliteit van de patiëntzorg en eenduidigheid in de administratieve afhandeling. Er zijn patiënten geweest die van beide ziekenhuizen een rekening ontvangen hebben voor één enkele operatie, wat onwenselijk is.

Een verpleegkundige merkt op dat men niet elke week, of elke week even vaak een liesbreukdag inplant. Voorwaarde voor het inplannen van een liesbreukdag is dat er voldoende patiënten moeten zijn om een dag te vullen. Soms worden deze opgespaard totdat er genoeg zijn om een dag mee vol te plannen.

5.3 *Resultaten van concentratie vanuit professioneel perspectief*

Professionals geven verschillende effecten aan omtrent hun eigen werkzaamheden. Positief ervaren uitkomsten zijn efficiëntie en duidelijkheid door standaardisatie, de mogelijkheid tot meedoen aan wetenschappelijk onderzoek en de mogelijkheid tot het geven van opleiding. Efficiëntie wordt bereikt doordat elke OK op dezelfde wijze voorbereid kan worden, omdat de OK's tussen operaties door niet anders ingericht hoeft te worden. De gemiddelde OK tijd is omlaag gegaan van 45-60 minuten naar 30-45 minuten. Ook op de verpleegafdeling ervaart men dat het werk efficiënter gedaan kan worden omdat men daar een aantal kamers voor liesbreukpatiënten reserveert. Zo kan men de patiënten als groep uitleg geven over de aankomende operatie en omdat alle patiënten op dezelfde wijze verzorgd moeten worden, worden minder snel handelingen vergeten. Daarnaast sluiten de activiteiten van de OK en de verpleegafdeling goed op elkaar aan, waardoor de dagplanning goed ingericht kan worden. Efficiëntie wordt verder in de hand gewerkt door de inrichting van de locatie Waalwijk. Door de korte afstanden hoeft men niet ver heen en weer te lopen met de patiënt, wat veel tijd scheelt.

OK medewerkers, anesthesisten en verpleegkundigen geven aan dat de standaard werkwijze duidelijkheid geeft in wat er van hen verwacht wordt, onafhankelijk van de chirurg waarmee men werkt. De protocollen zijn helder en uniform. Voor het individu is dit prettig maar ook als team raakt men beter op elkaar ingespeeld in vergelijking met andere typen OK's. Men heeft het gevoel dat door de standaardisatie en concentratie zowel de teamkwaliteit als de individuele kwaliteit van artsen en andere zorgverleners omhoog is gegaan. Door de heldere werkwijze en korte afstanden in het ziekenhuis kunnenfoutjes die soms in het proces sluipen (vergeten een patiënt op te roepen of diens dossier mee te geven) snel worden opgelost, zonder dat de patiënt of het zorgproces daar last van hebben.

De betrokken artsen ervaren het meedoen aan wetenschappelijk onderzoek als positief, ook andere zorgprofessionals vinden dit erg interessant. De specialisatie van een aantal artsen en de drive om bestaande technieken te verbeteren heeft ervoor gezorgd dat men een nieuwe operatietechniek kon doorontwikkelen en toetsen.

OK personeel geeft aan dat het liesbreukcentrum voor leerlingen erg fijn is, doordat men een operatie verschillende keren achter elkaar kan observeren leert men snel. Artsen ervaren het geven van opleiding aan andere ziekenhuizen over de nieuwe werkmethode als positief.

In de interviews werden ook ervaren risico's benoemd. Zowel artsen, OK personeel als verpleegkundigen benoemen het risico van sleur en saaiheid. Met name OK assistenten geven aan dat een liesbreukdag soms als productiewerk voelt. Anesthesisten geven aan dat het tijdens een liesbreukdag belangrijk is om extra goed op te letten en de bijzonderheden van de patiënt en de te opereren kant extra goed in de gaten te houden. Voor specialisten en anesthesisten zit er wat afwisseling in de dag doordat patiënten en liesbreuken van elkaar verschillen in complexiteit. Men geeft aan dat één a twee liesbreukdagen in de week goed te doen is, maar het moeten er niet meer worden.

Ondanks het gevaar tot sleur geven parttime werkende OK assistenten aan dat de liesbreukdag voor hen prettig werkt, omdat het ze in staat stelt op de hoogte te blijven van alle ontwikkelingen. Een standaard werkwijze helpt ook om goed in het vak te blijven. Tenslotte geven veel medewerkers aan dat zij het belangrijker vinden dat standaardisatie voor patiënten tot goede uitkomsten leidt dan dat zij zelf continue afwisseling in het werk ervaren.

Een tweede risico is het niet volledig benutten van de complete OK dag. Op een gegeven moment liepen de OK dagen zo vlot dat het programma steeds om 2 of 3 uur in de middag klaar was. Er ontstond daardoor een ontwikkeling waarin medewerkers van de locatie Waalwijk andersoortige patiënten die op een wachtlijst stonden gingen inplannen op de liesbreukdag, wat de efficiëntie en doorstroom in het OK proces voor liesbreuk patiëntenniet ten goede kwam. Men heeft dit opgelost door de planning te optimaliseren en iets meer patiënten in te plannen.

5.4 Resultaten van concentratie vanuit patiënten perspectief

De uitkomsten van het LCB zijn in een wetenschappelijke trial onderzocht. Daarnaast hebben de geïnterviewde zorgprofessionals een aantal opbrengsten voor patiënten benoemd.

Uit de wetenschappelijke trial (Koning, 2009) blijkt dat patiënten met de nieuw ontwikkelde operatietechniek (TIPP) slechts in 3,5% chronische pijnklachten houden. Daarnaast houden patiënten die zijn geopereerd met de oude techniek in 12,5% van de gevallen chronische pijn, terwijl op basis van de literatuur 20% verwacht zou worden. Patiënten kunnen gemiddeld zeven dagen eerder weer hun dagelijkse activiteiten oppakken. Tenslotte zijn er nauwelijks recidieven en complicaties (Koning, 2012).
De behaalde resultaten worden toegeschreven aan het gebruik van de nieuwe operatiemethode waarin innovatieve materialen (zacht in plaats van hard matje) worden gecombineerd met een nieuwe manier van het plaatsen van dit matje. Daarnaast worden de resultaten toegeschreven aan zowel de specialisatie van een beperkt aantal chirurgen, waardoor de individuele arts kwaliteit steeds beter wordt, als aan de standaard werkwijze voor het gehele team, waardoor de teamkwaliteit steeds beter wordt.

De kwaliteitsindicatoren die door de IGZ verplicht zijn gesteld worden door de twee betrokken ziekenhuizen onafhankelijk geregistreerd, zie tabel 2. De indicatoren voor het TSZ bevatten de uitkomsten van het LCB in combinatie met de in het ziekenhuis behandelde kinderen en patiënten met een hoge ASA score. De indicatoren voor het EZ bevatten alleen de uitkomsten van de in het ziekenhuis behandelde kinderen en patiënten met een hoge ASA score. De cijfers betreffen de uitkomsten over 2010.

Het liesbreukcentrum (afgemeten aan de cijfers van het TSZ algemeen) kenmerkt zich door een laag aantal artsen, een hoog aantal patiënten, en daarmee een hoge specialisatiegraad. Daarnaast behoort het LCB tot de instellingen in Nederland met de meeste operaties in de dagbehandeling. Er is bewijs dat dagbehandeling even veilig en effectief is als klinische opname, daarnaast is het goedkoper (Pineault, 1985; Prescott, 1978; Ruckley, 1978). De richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de European Hernia Society geven aan voor elke patiënt een operatie in dagbehandeling te overwegen (NVvH, 2003; EHS, 2009). De meeste patiënten prefereren dagbehandeling boven opname, maar dat geldt niet voor iedereen. Voor oudere patiënten die geen goede opvang thuis hebben, zal het eerder andersom zijn. Daarbij geldt ook de NEN-norm voor dagbehandeling, waarin onder andere staat dat de volgende zaken geregeld moeten zijn: preoperatieve beoordeling door anesthesioloog, thuis adequate opvang en vervoer naar huis. Het percentage in dagbehandeling hoeft daarom niet 100% te zijn.

Het aantal patiënten, en daarmee operaties per arts in het EZ lijkt relatief laag, dit beeld wordt echter vertekend doordat artsen van het EZ ook in het LCB operaties uitvoeren. Het lage aantal patiënten in dagbehandeling in het EZ kan verklaard worden doordat hier alleen de meer risicovolle patiënten en kinderen worden behandeld. Ondanks de eenduidige werkwijze van beide ziekenhuizen in het LCB zijn er in de registratie van indicatoren rondom inspraak van de patiënt verschillen te zien.

Tabel 2 Kwaliteitsindicatoren

indicator	TSZ	EZ	landelijk gemiddelde
Inrichting zorg rond liesbreuken			
Aantal artsen dat liesbreukoperaties uitvoert	4	3	7,0 (spreiding 2 - 17)
Aantal patiënten dat in 2010 is behandeld voor een liesbreuk	608	140	313,6 (spreiding 12 - 1008)
Percentage liesbreukoperaties uitgevoerd in dagbehandeling	88%	64%	69,6% (spreiding 0 - 89)
Inspraak patiënt			
Hoe worden patiënten toegewezen aan een arts? Op basis van…	Combinatie van de voorkeur van de patiënt, de beschikbaarheid van de arts en de aandachts-gebieden/ expertise van de arts	Aandachtsgebieden/expertise van de arts	Voorkeur patiënt: 22% Expertise arts: 52% Beschikbaarheid arts: 16% Combinatie: 10%
Hoe wordt tijdstip operatie bepaald? Op basis van …	Voorkeur patiënt	Voorkeur patiënt	Voorkeur patiënt: 55% BeschikbaarheidOK: 28% Overig: 17%
Chirurg die de operatie uitvoert doet ook de nacontrole?	Ja	Ja	Ja: 73% Nee: 27%
Keuze van verdovingsmethode bij klassieke operatietechniek? (ruggenprik heeft de voorkeur)	Standaard de ruggenprik/plaatselijke verdoving, maar als de patiënt voorkeur heeft voor narcose, dan kan dit	Patiënt kan vooraf zelf kiezen ruggenprik/plaatselijke verdoving of algehele narcose	Patiënt kan vooraf zelf kiezen: 61% Standaard ruggenprik, als patiënt voorkeur heeft kan dit: 27% Anders of geen gegevens: 12%

Bron: Ziekenhuisvergelijker Consumentenbond, op basis van cijfers Zichtbare Zorg

De betrokken zorgverleners horen van patiënten terug dat zij de duidelijkheid en transparantie prettig vinden. Doordat het logistieke en operatieve proces eenduidig zijn ingericht, kan men patiënten van tevoren exact vertellen wat hen te wachten staan. Ook kunnen patiënten, binnen de geboden mogelijkheden, van tevoren de dag van operatie kiezen en in het polibezoek zowel de arts als de anesthesist spreken, wat veel tijd scheelt. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat patiënten de dag van hun liesbreukoperatie als zeer relaxt ervaren. Er is geen hectiek omdat alle activiteiten op de OK dag dichtbij elkaar plaatsvinden. Ook worden operaties niet meer verschoven doordat de patiëntenstroom voor liesbreukoperaties is afgesplitst (Brabants Dagblad, 2008). Daarnaast horen verpleegkundigen terug dat patiënten het prettig vinden met alleen maar lotgenoten op een kamer te liggen waarmee zij over hun operatie kunnen praten.

Wel heeft het LCB, zoals de meeste concentratie-initiatieven in Nederland, voor patiënten tot gevolg dat zij verder moeten gaan reizen. Sommigen kiezen daar bewust voor, voor andere patiënten is het een nadeel. Nacontrole vindt altijd plaats in het ziekenhuis van de patiënt zelf, waardoor de eventuele extra reistijd alleen voor het polibezoek en de operatie geldt.

6 Conclusie organisatie, volume en kwaliteit bij Liesbreukcentrum Brabant

De zorg voor laagrisico liesbreuk patiënten is voor twee ziekenhuizen gecentreerd en georganiseerd op één locatie. Op deze locatie zijn chirurgen uit beide ziekenhuizen werkzaam.

Zij hebben zich gespecialiseerd in liesbreukoperaties en gezamenlijk een standaard werkwijze ontwikkeld. Gedurende een liesbreukdag heeft het OK team steeds dezelfde samenstelling en werkt altijd volgens een vast protocol.

In de organisatie van het LCB staan de aspecten standaardisatie en differentiatie centraal. Hierdoor kan men zowel een betere kwaliteit voor de patiënt bewerkstelligen als meer efficiëntie in het werkproces. Men heeft zich erg gericht op optimalisatie van de logistieke inrichting van de locatie en op het verbeteren van individuele en teamkwaliteit doordat mensen zich twee dagen per week toeleggen op liesbreukoperaties. In de uitkomsten van zorg zijn de centrale aspecten: kwaliteit voor de patiënt in de vorm van een patiëntproces met korte doorloop, operatie in dagbehandeling, laag aantal recidieven en laag aantal patiënten met chronische pijnklachten. Voor het eerste aspect zijn geen cijfers beschikbaar, men geeft aan een kort patiëntproces te hebben, maar ook dat er daarin nog verbetering mogelijk is. Voor de overige aspecten laten de uitkomsten van het LCB zien dat men inderdaad een hoog aantal patiënten in de dagbehandeling opereert, dat het aantal recidieven laag is en het aantal patiënten dat chronische pijnklachten overhoud aan de operatie aanzienlijk verminderd is, zowel voor de nieuw ontwikkelde operatietechniek als voor de oude techniek.

Men richt zich minder op de verlengde reistijd voor sommige patiënten. Daarnaast lijkt het aanbrengen van meer flexibiliteit en keuze in het operatiemoment voor de patiënt op dit moment niet haalbaar (niet voldoende patiënten om de hele week mee te vullen) en ook niet wenselijk voor de betrokken professionals.

Samenvattend zijn voor het succes van het liesbreukcentrum de volgende zaken belangrijk gebleken:
- Logistieke inrichting, zowel van de locatie (kleinschaligheid helpt) als van het patiëntproces (alle betrokken afdelingen en activiteiten betrekken en op elkaar afstemmen).
- Met alle betrokkenen eenduidigheid en standaardisatie kunnen bereiken in de werkwijze. Zowel van operatief proces als van te gebruiken instrumenten en materialen.
- Kwaliteitsverbetering op individueel niveau van artsen en andere betrokkenen door specialisatie. Ook kwaliteitsverbetering op teamniveau doordat men weet wat er verwacht wordt en doordat men goed op elkaar raakt ingespeeld.
- Geschikte tijd: door fusie van maatschappen stond men open voor het initiatief, door ontwikkelingen in de zorgsector algemeen (organisatie en financiering) stonden ook management en later verzekeraars open.

7 Discussie organisatie, volume en kwaliteit bij Liesbreukcentrum Brabant

Belangrijkste succespunten zijn de aangetoonde verbetering in de kwaliteit van zorg voor de patiënt, afgemeten aan recidieven, chronische pijnklachten en de snelheid van weer oppakken dagelijkse activiteiten. Deze gehanteerde uitkomstmaten zijn in overeenstemming met uitkomstmaten die het meest relevant zijn voor patiënten die kleine en niet risicovolle operaties ondergaan (onder andere Glanville et al., 2010). Daarnaast is de positieve ervaring van de betrokken zorgverleners een succespunt. Omdat de concentratie van liesbreukzorg in het LCB te Waalwijk gelijk heeft gelopen met het opzetten van de trial naar het ontwikkelen van een nieuwe operatietechniek, is het lastig te bepalen wat het aandeelvan elk van deze initiatieven is geweest in de geboekte resultaten.

Belangrijkste knelpunt in het implementatieproces was het bij elkaar brengen van twee ziekenhuizen, elk met hun eigen werkwijze en cultuur. Het belangrijkste knelpunt op dit moment lijkt te zijn dat de werkwijze nog beter ingebed moet worden in de organisaties en bij de doorverwijzende huisartsen. Het succes lijkt nog deels afhankelijk van enthousiaste specialisten, al is dit minder dan voorheen. Ook zullen huisartsen consequent moeten gaan doorverwijzen, nu weet men wel van het bestaan van het LCB, maar is men nog niet gewend om hier direct naar door te verwijzen.

In hoogfrequente en laagcomplexe zorg worden beschikbaarheid van zorg en laagdrempeligheid vaak naar voren gebracht als belangrijk voor de kwaliteit van zorg (RVZ, 2010, Regieraad 2012). In het LCB is de zorg twee dagen per week beschikbaar, patiënten kunnen op uit de beschikbare dagen kiezen wanneer zij geopereerd willen worden. Daarnaast is het logistieke proces zo ingericht dat de patiënt zo min mogelijk naar het LCB hoeft te komen. Het vergroten van de beschikbaarheid van zorg op meerdere dagen in de week lijkt niet mogelijk en wenselijk.

Binnen het LCB wil men zich meer en meer toeleggen op het leveren van patiëntgerichte zorg, hierin ziet men nog volop verbetermogelijkheden. "Net zoals het goed uitvoeren van de operatie en met zo min mogelijk complicaties en zo min mogelijk pijn na de operatie -dat vinden chirurgen het allerbelangrijkste-, is het voor patiënten ook belangrijk dat de telefoon vlot wordt aangenomen, dat ze een afspraak op de polikliniek krijgen op het moment dat het hen uitkomt, dat ze geopereerd worden op de dag dat het hen uitkomt. Daar hebben we al heel erg grote slagen gemaakt, maar er zijn ongetwijfeld nog slagen te maken". Zo hebben alle medewerkers een klantvriendelijkheidtraining gevolgd en is men met andere partijen in gesprek om rondom de liesbreukoperatie voor de familie van de patiënt arrangementen te creëren. Op dit moment is men bezig om via de website een online afsprakensysteem te ontwikkelen, zodat patiënten zelf kunnen zien op welke dag en welk tijdstip nog plaats is.

Men heeft bewust gekozen voor concentratie van liesbreukoperaties. Een alternatief had kunnen zijn om te concentreren op de kleine chirurgie, wat in sommige andere ziekenhuizen in Nederland wordt gedaan. Door te concentreren op meerdere soorten OK's, zouden meer patiënten hieronder kunnen vallen en kan patiënten wellicht meer keuzemogelijkheden in OK dagen geboden worden. Daarnaast brengt concentratie op een hoger abstractieniveau voor betrokken zorgverleners meer afwisseling met zich mee. In het LCB verwachte men echter dat concentratie op één type operatie een grotere kwaliteits- en efficiëntie impuls zou geven omdat betrokken zorgverleners zich echt kunnen specialiseren en alle logistiek rondom deze ene goed af te bakenen patiëntgroep ingericht kon worden.

Men ziet mogelijkheden het centrum verder uit te bouwen. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, zoals samenwerking met andere ziekenhuizen of juist de concurrentie aangaan. Ook wil men andere straten naast de liesbreuken ontwikkelen. Voor de verpleegafdeling is het dan wel belangrijk om niet te veel verschillende programma's en straten op één dag in te plannen, maar goed met elkaar de behandeldagen en patiëntaantallen af te stemmen.
In Nederland bestaan verschillende andere liesbreukcentra. Liesbreukcentrum Nederland (LCN), gevestigd in Zeist en vallend onder één enkel ziekenhuis wordt in Nederland veelal als voorbeeld genomen. Uit eigen onderzoek publiceert het LCN de volgende uitkomsten van zorg: recidief in centrum zo'n 1%, landelijk zo'n 3%. In de loop van de jaren nam de operatieduur af van 30 naar 20 minuten. Dit is vergelijkbaar met de resultaten in het LCB. Door de jaren heen ziet men ook minder complicaties. Op basis van de indicatoren die voor het gehele ziekenhuis geregistreerd zijn, zien we dat er vier chirurgen per jaar 1.008 patiënten opereren, dus meer dan het LCB, waarvan 85% in de dagbehandeling, vergelijkbaar met het LCB. Patiënten worden toegewezen op basis van de expertise van de chirurg en de patiënt bepaalt zelf het operatietijdstip. Evenals in het LCB doet de chirurg die de operatie uitvoert ook de nacontrole.

8 Literatuur

Brabants Dagblad, Waalwijk Liesbreukcentrum. 04-04-2008

Deysine M.Hernia clinic in a teaching institution: creation and development. *Hernia*, 2001; 5:65-9

European Hernia Society. *EHS Guidelines: Treatment of inguinal hernia in adult patients*. EHS, 2009

Glanville J, Duffy S, Mahon J, Cardow T, Brazier H, Album V. *Impact of hospital treatment volumes on patient outcomes*. York, UK : York Health Economics Consortium, University of York, 2010

Koning GG, Schipper HJP de, Oostvolger HJM, Verhofstad MHJ, Gerritsen PG et al. The Tilburg double blind randomised controlled trial comparing inguinal hernia repair according to Lichtenstein and the transinguinal preperitoneal technique. *Trials*, 2009; 10:89-94

Koning GG, Keus F, Koeslag L, Cheung CL, Avci M et al. 2012. Randomized clinical trial on chronic pain after the transinguinalprepertoneal technique compared with Lichtenstein's method for inguinal hernia repair. *Br J Surg,* 2012; forthcoming

Koning GG, Koole D, Jongh MAC de, Schipper JP de, Verhofstad MHJ et al. The transinguinal preperiotoneal hernia correction vs Lichtenstein's technique: is TIPP top? *Hernia*, 2011; 15: 19-22

Liem MS, Steensel CJ van, Boelhouwer RU, Weidema WF, Clevers GJ et al. The learning curve for totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg*, 1996; 171:281-5

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). *Richtlijn Behandeling van de liesbreuk.* Utrecht: NVvH, 2003

Pineault R, Contrandriopoulos AP, Valois M, Bastian ML, Lance JM. Randomized clinical trial of one-day surgery. Patiënt satisfaction, clinical outcomes, and costs. *Med Care*, 1985; 23:171-82

Prescott RJ, Cutherbertson C, Fenwick N, Garraway WM, Ruckley CV. Economic aspects of day care operations for hernia or varicose veins. *J Epidem Comm Health*, 1978; 32:222-5

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorg voor je gezondheid. Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening.* Den Haag: RVZ, 2010

Regieraad Kwaliteit van Zorg. *Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg.* Den Haag: Regieraad, 2012

Ruckley CV, Cuthebertson C, Fenwick N, Prescott RJ, Garraway WM. Day care operations forhernia or varicose veins: a controlled trial. *Br J Surg*, 1978; 65:456-9

Simons MP, Aufenacker T, Bay-Nielsen M et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patiënts. *Hernia*, 2009; 13:343-403.

Simons MP, Lange D de, Beets GL et al. Voor de praktijk: Richtlijn 'Liesbreuk' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2003; 147:2111-7

Twee Steden Ziekenhuis. *Informatiefolder Liesbreuken*

Consumentenbond. *Ziekenhuisvergelijker Consumentenbond*. Www.consumentenbond.nl. Accessed: 12 June 2012

9 Bijlagen Liesbreukcentrum Brabant

Bijlage A

Liesbreuk

Een liesbreuk begint vaak met een zeurend gevoel in de buik. Het is een zwelling of een bobbel door een zwakke plek of opening van het buikvlies in de liesstreek. De opening kan aangeboren zijn of ontstaan door uitrekking van de buikwand, bijvoorbeeld door te zwaar tillen, hoesten, te hard persen of gewichtstoename. Een liesbreuk verdwijnt nooit vanzelf en kan groter worden. Als de patiënt meer (pijn-)klachten krijgt, is een operatie nodig. Per jaar worden in Nederland zo'n 26.000 liesbreukoperaties uitgevoerd.

Liesbreuken worden op verschillende manieren behandeld. De richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde is een open ingreep met plaatsing van een zogeheten 'matje', waarbij de zwakke plek in de buikwand wordt verstevigd door het inhechten of afdekken met een kunststof mat. De patiënt hoeft hiervoor niet onder algehele narcose maar wordt behandeld via een ruggenprik. Deze zelfde ingreep kan verricht worden via een laparoscoop (kijkoperatie). Hiervoor moet de patiënt wel onder algehele narcose. Met de beschikbare evidence is de Lichtenstein-techniek de eerste keus bij de behandeling van een primaire liesbreuk (NVvH, 2003). De voordelen van de endoscopische techniek (onder andere iets sneller herstel en lagere kans op langdurige pijnklachten) wegen niet op tegen de nadelen (onder andere kleine kans op ernstige complicaties), mede door de lagere moeilijkheidsgraad en lagere kosten van de Lichtenstein techniek (NVvH, 2003). Enkele chirurgen binnen de maatschap Chirurgen Midden Brabant hebben zich toegelegd op de liesbreuk operatie via laparoscoop, zodat die mogelijkheid voor de patiënt aanwezig is.

Een andere operatiemogelijkheid is de conventionele methode zonder kunststof mat, de operatie wordt uitgevoerd via een snede ter plaatse van de breuk. De buikwand wordt verstevigd door gebruik te maken van weefsel van de buikwand zelf (een plastiek genoemd). Deze methode wordt steeds minder vaak toegepast, omdat de ervaring leert dat naast langdurige postoperatieve pijnklachten er in een relatief hoog aantal gevallen (>10%) na enige jaren een terugkomst (recidief) kan optreden waardoor vaak opnieuw moet worden geopereerd (bron: Informatiefolder Liesbreukoperatie bij Volwassenen, Twee Steden Ziekenhuis).

Complicaties na liesbreukoperaties komen relatief weinig voor. Een groep patiënten voelt echter wel het matje dat gebruikt wordt om de liesbreuk te repareren zitten. Een kleine groep heeft hier continu pijn of last van, een grote groep slechts bij specifieke bewegingen als fietsen of voetballen. Veel mensen besluiten daarop bijvoorbeeld met hun sport te stoppen. Alles bij elkaar is er een grote groep mensen, tot 20% van de patiënten, die op één of andere manier pijnklachten heeft na een liesbreukoperatie op de lange termijn, dus chronische pijn.
Binnen het LCB was het streven om het percentage patiënten met chronische pijn te laten dalen. Hiertoe heeft men een nieuwe operatiemethode, de TIPP, doorontwikkeld. In deze methode wordt, net als bij de Lichtenstein-techniek een matje geplaatst. Dit matje is echter van zacht materiaal, waar het bij de Lichtenstein-techniek van hard materiaal is. Daarnaast wordt dit matje op een andere manier geplaatst. Het matje wordt via de voorkant ingebracht. Vervolgens wordt het achter het lieskanaal geplaatst tussen het buikvlies en de buikspieren. Hierdoor ligt het matje buiten bereik van de zenuwen. De Lichtenstein-techniek plaatst het matje in het lieskanaal, waar het zenuwen kan raken die chronische pijn kunnen veroorzaken. De hierboven beschreven nieuwe operatietechniek is in het LCB getoetst in de TULIP trial.

Bijlage B

Ontwikkelingen door de tijd heen

Het eerder beschreven patiëntproces heeft zich in de loop van de tijd ontwikkeld. Toen het LCB net van start was gegaan konden patiënten zich bij beide betrokken ziekenhuizen melden en ook bij beide een polibezoek afleggen. Dit stuitte op weerstand van de anesthesisten die werkzaam waren in Waalwijk; zij hadden de patiënt nooit eerder gezien maar waren tijdens de operatie wel verantwoordelijk voor de patiënt en diens verdoving. Daarop is besloten om zowel de polibezoeken als de ingreep te concentreren op de locatie Waalwijk. Hiermee heeft men de patiëntenstroom voor liesbreuken heel concreet losgekoppeld van de overige patiënten. Er is een eigen telefoonnummer in het leven geroepen en de planning die eerst in beide ziekenhuizen werd bijgehouden is naar Waalwijk overgeheveld. Hierdoor werd het ook mogelijk om de patiënt direct een operatiedatum mee te geven na polibezoek. Tenslotte hebben de anesthesisten, die eerst alleen in Tilburg spreekuur op de poli hielden, deze verplaatst naar Waalwijk, waardoor patiënten zowel de chirurg als de anesthesist kunnen spreken tijdens één polibezoek.

De verpleegafdeling waar de patiënten voor en na de OK verblijven was in eerste instantie niet op dezelfde verdieping als de OK. Dit heeft men aangepast om de doorstroom van patiënten te optimaliseren.

Toen het Liesbreukcentrum begon, had men twee OK's gedurende één dag in de week ter beschikking. Om aan patiënten meer keuze in operatiedagen te bieden is men overgegaan naar twee operatiedagen per week.

Het hele traject, van het initiatief voor het LCB tot goed opzetten ervan heeft zo'n 2,5 jaar geduurd.

2 *Organisatie, volume en kwaliteit bij de klinische verloskunde in ziekenhuis Bernhoven*

Trees Wiegers, Tijn Kool en Jany Rademakers

Verloskunde maakt deel uit van de niet-planbare zorg. Hoewel een groot gedeelte van de zorg volgens afspraak verloopt (reguliere controles, echoscopisch en diagnostisch onderzoek) kan op elk moment een acute situatie ontstaan, waarbij direct gehandeld moet worden. Dat is het duidelijkst wanneer de baring op gang komt, maar dat kan ook op andere momenten zijn, bijvoorbeeld bij plotseling bloedverlies, of het niet meer voelen van kindbewegingen. Per jaar bevallen in Nederland ongeveer 182.000 vrouwen en een kleine meerderheid van hen (51,6%) wordt op enig moment tijdens de zwangerschap (36,4%) of de baring (15,2%) verwezen van de eerste naar de tweede lijn vanwege een verhoogde kans op complicaties. Amelink-Verburg (2007) heeft uitgerekend dat van alle verwijzingen tijdens de baring waarschijnlijk 11,2% een hoge urgentie heeft. Dat komt neer op 1,7% van alle bevallingen, dat zijn 3.100 bevallingen per jaar, of ruim acht per dag. Van die 3.100 verwijzingen met hoge urgentie vindt bijna de helft, namelijk 42,1%, direct na de geboorte van het kind plaats, bijvoorbeeld vanwege ernstig bloedverlies.

De gang van zaken rond een spoedverwijzing is onlangs onderzocht in het ZonMw-project 'Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten' (De Borst en Wiegers, 2010). Gebleken is dat kritieke momenten daarbij zijn: het wel of niet besluiten een ambulance op te roepen (protocol voor informatieoverdracht ontbreekt), het regelen van een bed (ziekenhuizen hebben niet altijd plaats) en de overdracht aan het ziekenhuis (wie besluit of de gynaecoloog wordt opgeroepen), het vervoer naar het ziekenhuis (verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk), de overdracht in het ziekenhuis (geen protocol voorhanden) en de evaluatie van een acute situatie (waar en door wie wordt dat geagendeerd). Wel bleek uit dat onderzoek dat geregeld contact, elkaar persoonlijk kennen, samen trainen op het beheersen van acute situaties en geregeld overleg voeren een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg, omdat daarmee het onderling vertrouwen groeit, men beter inzicht krijgt in elkaars mogelijkheden en bekwaamheden en men beter weet wat men van elkaar kan verwachten.
Het ziekenhuis Bernhoven, met twee locaties (Oss en Veghel), biedt sinds april 2011 nog maar op één locatie de mogelijkheid om te bevallen, namelijk in Veghel. Vanaf waarschijnlijk 2013 (na voltooiing van de nieuwbouw) zal bevallen alleen nog mogelijk zijn in de nieuwe locatie van ziekenhuis Bernhoven in Uden.

1 Aanleiding voor concentratie van verloskundige zorg

Aanleiding/wetenschappelijke inbedding

In de discussie over het terugdringen van vermijdbare babysterfte wordt vaak de nadruk gelegd op het belang van 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van verloskundige zorgverleners en operatiekamer personeel. In de eerste lijn is die 24-uurs bereikbaarheid geregeld via oproep- en achterwachtdiensten in verloskundige praktijken, in ziekenhuizen ligt dat anders. De mogelijkheid om op de afdeling verloskunde/gynaecologie 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van een gynaecoloog (in opleiding) en/of klinisch verloskundige te garanderen, hangt af van het volume van de acute zorgvraag.

De Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG 2009) beschrijft 'de specifieke voorzieningen en personele faciliteiten die het ziekenhuis moet leveren om als beroepsgroep gynaecologen, samen met andere professionals in de verloskundige ketenzorg, verantwoorde verloskundige zorg te kunnen leveren in overeenstemming met de eisen die de professie stelt aan de hedendaagse uitoefening van het vak.' De nota stelt verder: 'De bezetting in aantal en de deskundigheid van de obstetrische staf (gynaecologen) is afhankelijk van de aard van de te leveren zorg en mede afhankelijk van het aantal bevallingen en complexiteit van zorg.' Aan de hand van het gemiddeld aantal bevallingen per dag wordt een minimale norm voor 24/7 aanwezigheid gegeven.

In een eerdere nota, de nota Normpraktijk Gynaecologie (NVOG 2000) werd vastgesteld dat een minimum omvang van 5fte gynaecologen nodig was om 24/7 zorg te kunnen garanderen. Tegelijk werd vastgesteld dat veel ziekenhuizen daar niet aan kunnen voldoen. Volumevergroting, dat wil zeggen: concentratie van zorg en sluiting van kleine afdelingen, werd daarmee een argument in de discussie over kwaliteit van de verloskundige (spoed)zorg.

Met de groei van het aantal klinisch verloskundigen en de discussies over hun positie en bevoegdheden is de aandacht wat meer verschoven naar de samenstelling van het team obstetrische professionals (gynaecologen, arts-assistenten, klinisch verloskundigen) in plaats van alleen de aanwezigheid van gynaecologen. De Stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft eind 2009 als onderdeel van haar aanbevelingen 'bevallingsnormen' voorgesteld, waaronder het binnen 15 minuten na aankomst kunnen handelen en 1 op 1 bezetting voor de begeleiding en 1 op 2 (zwangeren) bezetting voor medische bewaking tijdens bevallingen, die concentratie eigenlijk noodzakelijk maken (Stuurgroep, 2009). Maar op 1 maart van dit jaar heeft de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer (Ministerie VWS, 2012) laten weten dat zij groter belang hecht aan de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten zoals die geldt voor het spoedvervoer per ambulance dan aan de 'bevallingsnormen' zoals beschreven in het rapport van de Stuurgroep. Dit uitgangspunt betekent dat concentratie van de acute verloskundige zorg alleen in de dichtbevolkte gebieden van het land kan worden gerealiseerd.

Al eerder dit jaar, in januari 2012, verscheen het rapport 'Gevolgen van concentratie van perinatale zorg' van Gouke Bonsel en collegae, gemaakt in opdracht van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) (Bonsel et al., 2012). De conclusie daarvan is dat concentratie (sluiting) van ziekenhuizen volgens het principe 'kleinste eerst' de gemiddelde reistijd van zwangeren verdubbelt en de sterfte verhoogt met 10%. Als echter rekening gehouden wordt met de spreiding van ziekenhuizen en dus niet gelijktijdig meerdere ziekenhuizen in een ruraal gebied gesloten worden, dan kan de sterfte juist licht afnemen, hoewel het in absolute termen om heel kleine aantallen gaat. De uitkomsten blijken wel gevoelig voor de grote individuele verschillen tussen ziekenhuizen en de kwaliteit van de (tijdige) risicoselectie, zowel van eerste naar tweede lijn als van tweede naar derde lijn.

Recente ontwikkelingen

Er wordt op veel plaatsen gepraat over concentratie en samenvoeging van afdelingen verloskunde en op enkele plaatsen heeft dat ook echt geleid tot sluiting van verloskunde afdelingen, namelijk in Zeeland, in Oost Groningen en in Noord Oost Brabant. In Zeeland zijn de ziekenhuizen met locaties in Goes, Vlissingen, Middelburg en Zierikzee per 1 januari 2010 gefuseerd tot het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, waarbij alleen nog op de locatie Goes bevalkamers zijn. Andere ziekenhuizen in de regio waar nog bevallen kan worden zijn het Van Weel Bethesda ziekenhuis in Dirksland (Goeree-Overflakkee) met vier verloskamers en het ziekenhuis Zorgsaam in Terneuzen, Oostburg en Hulst (Zeeuws-Vlaanderen), dat samen met de Provinciale Kraamzorg het Geboortecentrum Zorgsaam in de locatie Terneuzen heeft opgezet.

In noord- en oost-Groningen is in 2008 een nieuwe ziekenhuisorganisatie ontstaan: de Ommelander Ziekenhuis Groep, door fusie van de ziekenhuizen Delfzicht in Delfzijl en Sint Lucas Ziekenhuis in Winschoten. De verloskamers zijn ondergebracht op de locatie Lucas. Sinds december 2009 is het daarom niet meer mogelijk in het Delfzicht ziekenhuis te bevallen. Andere ziekenhuizen in de regio waar nog wel bevallen kan worden zijn het Martini Ziekenhuis en het UMCG, beide in Groningen en het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal.

In de dorpen boven Oss is het sinds 1 mei 2011 niet meer verantwoord om thuis te bevallen, omdat in geval van complicaties er geen opvang in de buurt is (Bron: Brabants Dagblad 13-4-2011). Het ziekenhuis Bernhoven, met twee locaties (Oss en Veghel), heeft per 1 mei 2011 de verloskunde geconcentreerd op de locatie Veghel, vooruitlopend op verhuizing naar de nieuwe locatie van het ziekenhuis in Uden, die in 2013 verwacht wordt. Polikliniekbezoek is op beide oude locaties nog steeds mogelijk, maar alleen de locatie Veghel heeft nog de beschikking over verloskamers. Na ingebruikname van de nieuwbouw in Uden zullen ook de gynaecologie poliklinieken op de oude locaties gesloten worden (website ziekenhuis Bernhoven).

2 De trekkers en duwers van concentratie van zorg

De discussie over concentratie van zorg in de verloskunde is onderdeel van de bredere discussie van concentratie van zorg in het kader van kwaliteitsverbetering, maar is in een stroomversnelling geraakt door de publicaties over de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland (Peristat, 2008) en het door de Stuurgroep zwangerschap en geboorte uitgebrachte rapport 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte' in december 2009. Met name het speerpunt '24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid' uit genoemd rapport heeft de discussie over concentratie weer aangewakkerd. Het initiatief tot sluiting van een afdeling verloskunde in bovenstaande voorbeelden, evenals in regio's waar het besluit nog niet geëffectueerd is (Meppel, Zuid Limburg, Dokkum), komt in de regel van het ziekenhuisbestuur of de regionale gynaecologenmaatschap, al dan niet gesteund door de regionale zorgverzekeraar. Verschillende overwegingen spelen hierbij een rol, waaronder de overweging dat een ziekenhuis jaarlijks 3.000 bevallingen nodig heeft om de continue paraatheid van een gynaecoloog, een kinderarts en een anesthesist te kunnen garanderen. Een gemiddeld ziekenhuis heeft nu (meest recente cijfers over 2011) ruim 1.400 klinische bevallingen per jaar. Er zijn twee praktijken (maatschappen) met meer dan 3.000 partus per jaar en 28 met minder dan 1.000 partus (nog ongepubliceerde data uit PRN-Insight).

Kwaliteit, uitgedrukt in voldoende aanwezige expertise gedurende 24 uur per dag, is het kernbegrip achter de wens tot concentratie. In kleine praktijken kan die 24-uurs beschikbaarheid niet georganiseerd worden, bovendien is er minder kans om voldoende ervaring op te bouwen met het omgaan met ernstige complicaties, omdat die relatief zeldzaam zijn. Daarbij spelen ook financiële overwegingen een rol. Het wordt onbetaalbaar geacht om verloskamers open te houden zonder dat er voldoende 'productie' is. De eerste lijn (verloskundigen) en de politiek zijn in de meeste gevallen fel tegenstander van de voorgenomen concentratie, omdat het betekent dat de keuzevrijheid van zwangeren beperkt wordt, dat voor een deel van de zwangeren de reistijd naar het ziekenhuis (te) lang wordt en daarmee de thuisbevalling in gevaar komt.

3 Concentratie van zorg bij ziekenhuis Bernhoven

De 'lateralisatie' van ziekenhuis Bernhoven heeft al een lange geschiedenis. Tien jaar geleden werd besloten tot een fusie van de twee ziekenhuizen in Oss en Veghel en tot nieuwbouw in Uden. Uit dat besluit vloeit voort dat de twee verloskundige afdelingen samen moesten gaan. De gynaecologen vormen al vanaf 2003 één maatschap en vanaf 2010 zijn ze ook financieel één maatschap. Door personeelsgebrek (gebrek aan gespecialiseerde verpleegkundigen) is in 2010 besloten tot een tijdelijke sluiting van de verloskunde afdeling in Oss. De gynaecologen zijn vervolgens zelf naar de Raad van Bestuur (RvB) gestapt om definitieve sluiting te vragen. Omdat een dergelijke beslissing ook impact heeft voor andere disciplines (zoals anesthesisten en kinderartsen) zijn de consequenties hiervan onderzocht en zijn deze disciplines ook betrokken bij de besluitvorming. De keuze voor Veghel en dus de beslissing de afdeling in Oss te sluiten was gebaseerd op de mogelijkheden om ruimtelijke voorzieningen te creëren en op volume: de verwachting was dat er na samenvoeging in Veghel voldoende bevallingen zouden blijven maar in Oss niet. De overweging was dat patiënten woonachtig in Veghel meer alternatieven hadden, dus minder snel naar Oss zouden komen bij sluiting van de afdeling in Veghel, dus was het ook een marketingstrategie. Deze concentratie was tevens het vooruitlopen op een nieuwe situatie, de nieuwbouw in Uden.

Met de verloskundigen in de omliggende praktijken is overleg geweest over de komende sluiting in verband met de nieuwbouw en over de tijdelijke sluiting in de zomer van 2010. De verloskundigen geven aan uiteindelijk toch verrast te zijn over de definitieve sluiting. Het was een besluit van de Raad van Bestuur (RvB) in overleg met de gynaecologen, op basis van de constatering dat het tekort aan personeel een reëel risico vormde voor een acute, ongeplande sluiting. Dit zou nog slechter zijn geweest dan een geplande sluiting. De verloskundigen hadden het idee dat de RvB weinig zicht had op hun wijze van werken en dat daardoor hun belang ondergeschikt werd gemaakt aan het ziekenhuisbelang. Het was, zo zegt de verloskundige, een

puur organisatorische beslissing. In de ogen van het ziekenhuis was de belangrijkste reden om te centraliseren juist om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven garanderen.

4 De relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij ziekenhuis Bernhoven

Door het nijpende personeelstekort kwam de kwaliteit van zorg onder druk te staan. Omdat verschillende pogingen om personeel te werven weinig effect hadden, ook omdat er landelijk een tekort was aan gespecialiseerd verpleegkundig personeel, werd besloten om de zorg te concentreren. Er is gekozen voor de locatie met het grootste volume en de meeste capaciteit in de hoop productieverlies te voorkomen. Uiteindelijk is er wel enig productieverlies opgetreden, met name door een (beperkte) verschuiving naar ziekenhuizen in de omgeving. Het personeelstekort dat aanleiding was tot de sluiting is opgelost, over het algemeen is er voldoende en kwalitatief goede bezetting, het komt slechts een enkele keer voor dat ze iemand eerder naar huis laten gaan omdat het bed nodig is. Zover bekend zijn er geen incidenten geweest, maar de begeleiding is volgens de gynaecologen in de eerste periode van tijdelijke lateralisatie wel minder geweest als gevolg van het personeelstekort. Toch is volgens diezelfde gynaecologen uiteindelijk de kwaliteit van zorg vanwege de lateralisatie verbeterd, zeker omdat er nu een betere personeelsbezetting is, maar ook door veel meer intercollegiale communicatie en gezamenlijke protocollen. Ook tonen metingen van de algemene patiënttevredenheid aan dat uiteindelijk deze niet is verminderd.

Een citaat van een verloskundige: 'Centralisatie is op zich zelf niet goed voor de verloskunde, want je moet niet verder dan een half uur van een ziekenhuis af zitten. Daarnaast is communicatie tussen 1e en 2e lijn essentieel voor goede kwaliteit van zorg.'

4.1 Kwaliteit en volume vanuit maatschappelijk perspectief

Door de sluiting van Oss is de totale capaciteit iets verminderd, Veghel had vijf en Oss had drie verloskamers, nu heeft Veghel zeven verloskamers. Toch zijn er geen incidenten geweest naar aanleiding van plaatsgebrek. Wel gaat een deel van de vrouwen nu naar een ander ziekenhuis en er zijn meer 'ongeplande' thuisbevallingen, omdat de afstand naar het ziekenhuis voor een deel van de zwangeren te groot is geworden. De KNOV adviseert om voor thuisbevallingen een grens van 30 minuten reistijd aan te houden en dat adviseren de verloskundigen ook hun cliënten. De vrouwen die verder weg wonen adviseren zij om niet thuis te bevallen, maar het gebeurt soms (ongepland) toch. Er is op initiatief van de SP veel media-aandacht voor de sluiting geweest. De publiciteit was alleen in de regionale/lokale pers en pas nadat het besluit definitief was en dus niet meer teruggedraaid kon worden. Met de cliënten in de verloskundige praktijk is er naar aanleiding van de sluiting veel discussie geweest over het gebrek aan keuzemogelijkheden en over veiligheid. Er wordt nu veel vaker gekozen voor een poliklinische bevalling in plaats van een thuisbevalling, ook in gebieden waar dat niet nodig is. Bovendien komt het voor dat de verloskundigen die cliënten nu een indicatie voor een ziekenhuisbevalling (medium risk) geven, zodat ze de eigen bijdrage niet hoeven te betalen. Dat is gemeld aan de verzekeraars. Voor de zorgverzekeraar is het daarom duurder geworden, maar zij (vooral CZ en VGZ) hebben daar niet op gereageerd.

4.2 Kwaliteit en volume vanuit ziekenhuis perspectief

Over het besluit tot lateralisatie is afstemming geweest met de cliëntenraad. Ook de verloskundige praktijken zijn betrokken bij de besluitvorming, ook al kwam het uiteindelijke besluit voor hen toch onverwacht. De afweging heeft vooral intern binnen het ziekenhuis plaatsgevonden. De keuze voor Veghel is met name strategisch geweest, ten aanzien van de potentiële klantenkring en ten aanzien van de ruimtelijke (on)mogelijkheden in Oss. In Oss is wel een polikliniek gebleven (voor consulten, niet voor bevallingen) en de kinderafdeling in Oss is open gebleven. Het besluit is, volgens de gynaecologen, uit kwaliteitsoverwegingen en niet uit financiële overwegingen genomen. Het brengt volgens hen juist kosten met zich mee

(bouwtechnische aanpassingen, personele voorzieningen voor de OK). De personele kosten ná de concentratie zijn wel lager. En er treden wel meer wisselingen van zorgverleners op.

4.3 Kwaliteit en volume vanuit professioneel perspectief

De integratie van de verschillende teams in de ziekenhuizen is van de werkvloer af opgebouwd. Dat geldt zowel voor verpleegkundigen als gynaecologen. Waar de gynaecologen trots op zijn is dat er 22 klinisch verloskundigen zijn, zodat er continu een dubbele bezetting van klinisch verloskundigen is. Een probleem is dat er nog niet gewerkt wordt met elektronische dossiers. De papieren dossiers moeten dus nog steeds heen en weer. De couveuse-afdeling op de locatie Veghel is uitgebreid. Voor de gynaecologen die in Oss werken is hun beroep minder interessant geworden, omdat daar immers geen bevallingen meer plaatsvinden. De maatschap bestaat uit negen gynaecologen, waarvan er vijf in Veghel en vier in Oss werken, met een gezamenlijk dienstrooster. Vóór 2009 was hier het uitgangspunt om 1e en 2e lijn zo duidelijk mogelijk gescheiden te houden, maar door het Stuurgroep rapport is dat veranderd. Nu worden alle nieuwe zwangeren in het wekelijks gynaecologenoverleg besproken. Gezamenlijk met de verloskundigen wordt daar een beleid voor afgesproken. Alle verloskundige praktijken in de regio doen hier aan mee. De verloskundige praktijk waarmee gesproken is heeft ± 350 zorgeenheden, waarvan ± 80-100 in de regio boven Oss. Veel van die cliënten (ongeveer 50%) gaan nu naar een ander ziekenhuis. Een voordeel van de lateralisatie voor de verloskundige praktijk is dat de gynaecologie maatschap goed is ingewerkt. Een nadeel is dat door het plotselinge besluit de samenwerking op het gebied van afstemming van sommige protocollen is vertraagd of stopgezet. In de praktijk worden bestaande protocollen soms lokaal verschillend uitgelegd.

4.4 Kwaliteit en volume vanuit patiënten perspectief

Aan cliënten is niet specifiek gevraagd wat ze vinden van de verandering. Ze reageerden wel massaal op de kaartjesactie die de KNOV had georganiseerd over centralisatie van zorg. De verloskundige praktijk gebruikt de standaard (KNOV) cliëntenvragenlijst. Daaruit blijkt geen onvrede met de zorg. In vergelijking met een jaar geleden bleef het cliënttevredenheidscijfer hetzelfde. Blijkbaar hebben de verloskundigen de veranderingen goed uitgelegd en wordt dat goed geaccepteerd. In het ziekenhuis vindt standaard eens per twee jaar een breed patiënttevredenheidsonderzoek plaats. Daarin zitten geen vragen die specifiek over de veranderingen gingen. Wel is er een aparte evaluatie van de lateralisatie uitgevoerd. Daarvoor zijn 25 patiënten telefonisch geïnterviewd zes weken na de verandering. Samenvattend geven de patiënten aan goed opgevangen te zijn en goede zorg te hebben ontvangen. De afstand tot het ziekenhuis is allen meegevallen. Enkele zaken die opgevallen zijn: het zoeken van sommige medewerkers en de begeleiding van borstvoeding op drukke momenten voldeed niet aan de verwachting. Dit laatste is inmiddels opgepakt vanuit de werkgroep borstvoeding.

5 Resultaten van concentratie van zorg bij ziekenhuis Bernhoven

- Geen (geplande) thuisbevallingen meer in de dorpen boven Oss.
- Licht productieverlies ten opzichte van de situatie voor de sluiting van de verloskunde afdeling in Oss, verschuiving naar andere ziekenhuizen.
- Meer poliklinische bevallingen met medische indicatie (medium risk).
- Er wordt vaker een ambulance opgeroepen voor vervoer naar het ziekenhuis.
- Personeelstekort dat aanleiding was tot de sluiting is opgelost.
- Voor de gynaecologen die in Oss werken is hun beroep minder interessant geworden omdat daar geen bevallingen meer plaatsvinden.

5.1 Resultaten van concentratie vanuit maatschappelijk perspectief

Het feit dat de verloskundigen hun cliënten in bepaalde gebieden afraden om nog thuis te bevallen heeft ook invloed op cliënten in gebieden waar dat niet voor geldt. Ook zij kiezen nu vaker voor een poliklinische bevalling. Het is daarom maar de vraag of, na opening van de nieuwbouw van het ziekenhuis Bernhoven in Uden, het thuisbevallingspercentage zich weer zal herstellen. De kosten van de verloskundige zorg zijn door de concentratie omhoog gegaan, omdat verloskundigen een deel van hun cliënten die poliklinisch gaan bevallen een medische indicatie (medium risk) geven, zodat ze de eigen bijdrage niet hoeven te betalen en er vaker een beroep wordt gedaan op ambulancevervoer.

5.2 Resultaten van concentratie vanuit ziekenhuis perspectief

Concentratie is in eerste instantie vooral een kostenpost geweest, omdat er bouwtechnische aanpassingen en extra personele voorzieningen voor de OK nodig waren en er productieverlies is opgetreden. De integratie van de verschillende teams heeft niet zo zeer directe kosten met zich meegebracht maar wel veel aandacht, tijd en dus indirect geld. Daar staat tegenover dat de personele kosten na de concentratie duidelijk minder zijn.

5.3 Resultaten van concentratie vanuit professioneel perspectief

De goede verstandhouding en het regelmatig (wekelijks) overleg dat al bestond tussen verloskundigen en gynaecologen van het ziekenhuis in Oss is uitgebreid. Nu worden alle nieuwe zwangeren in het wekelijks gynaecologenoverleg besproken. Gezamenlijk wordt met de verloskundigen daar beleid afgesproken. Alle verloskundige praktijken in de regio doen hier aan mee. Voor de verloskundigen levert het meer twijfels op over allerlei zaken zoals wel of niet insturen en wel of geen ambulance oproepen.

5.4 Resultaten van concentratie vanuit patiënten perspectief

Voor (een deel van de) patiënten/cliënten is de keuzevrijheid beperkt. Voor een grotere groep is de afstand tot een ziekenhuis met verloskamers toegenomen. Het aantal 'near-misses' is toegenomen wat kan bijdragen tot een groter gevoel van onveiligheid. Voor zover is na te gaan is er bij de cliënten van de verloskundigen geen verandering opgetreden in hun waardering voor de ontvangen zorg. Patiënten van het ziekenhuis hebben, naast praktische (start)problemen als concreet punt laten weten dat de begeleiding bij borstvoeding in het begin een punt van aandacht was.

6 Conclusie organisatie, volume en kwaliteit bij ziekenhuis Bernhoven

De gynaecologen, sprekend namens de maatschap, benadrukken vooral dat er geen andere mogelijkheid was dan het sluiten van een van de twee afdelingen, omdat er een reëel risico bestond op acute, ongeplande sluiting van een afdeling in geval van uitval van personeel. De keuze om Veghel open te houden en niet Oss is een pragmatische beslissing geweest, gebaseerd op verwachte patiëntenstromen en bestaande faciliteiten. De verloskundige, sprekend namens de verloskundige kring, liet weten dat, ook al zijn ze betrokken geweest bij het proces, ze zich toch overvallen voelden door het besluit. Ze zouden het liefst terug willen naar de oude situatie, want ze zien hier eigenlijk alleen nadelen in. Voor een deel van hun cliënten is het ziekenhuis nu te ver weg om nog veilig te kunnen kiezen voor een thuisbevalling. De sluiting heeft voor hen zelf ook onvoorziene effecten gehad, zoals de verschuiving van een aantal cliënten naar een ander ziekenhuis , hogere kosten voor de praktijk omdat ze meer uren draaien, meer assistentie nodig hebben, meer achterwacht nodig hebben (omdat de dienstdoende verloskundige niet in haar gebied is als ze een poliklinische bevalling begeleidt), meer spreekuren draaien. Waar beide

partijen tevreden over zijn is de onderlinge communicatie en het wekelijkse patiëntenoverleg. Verder is voor iedereen duidelijk dat deze situatie tijdelijk is. Er wordt verlangend uitgekeken naar de opening van de nieuwbouw in Uden in april 2013.

7 Discussie organisatie, volume en kwaliteit bij ziekenhuis Bernhoven

Organisatorisch perspectief dominant

In deze casus heeft concentratie plaatsgevonden vanuit organisatorisch perspectief. Personeelsgebrek (met name gespecialiseerde verpleegkundigen), waardoor de kwaliteit van zorg in het gedrang kwam, noodzaakte de gynaecologen om hun verantwoordelijkheid te nemen en de Raad van Bestuur te overtuigen om op een locatie te gaan werken. Landelijk wordt meestal het professioneel perspectief gebruikt als motivatie voor concentratie. In deze ontwikkeling heeft dit professionele perspectief ook meegespeeld, maar is minder van belang geweest. Voor een relatie tussen het volume aan bevallingen en de kwaliteit van zorg is overigens ook geen overtuigend wetenschappelijk bewijs, anders dan de noodzakelijke ondergrens aan beschikbare professionals. In de acute verloskunde wordt met name aandacht besteed aan de noodzaak van 24/7 aanwezigheid van de verschillende specialismen. Tegelijkertijd wordt zowel door de gynaecologen als door de verloskundigen de grotere afstand in geval van een acute ziekenhuisbevalling als negatief punt genoemd. In deze casus hebben de verloskundigen het standpunt ingenomen dat aanrijdtijden maximaal 30 minuten zouden moeten bedragen. Daarom hebben ze zwangeren in dorpen waar niet aan die voorwaarden kan worden voldaan, aangeraden om niet thuis te bevallen. Hiermee nemen ze een ander standpunt in dan de minister. Deze heeft in de Tweede Kamer laten weten dat in haar optiek de kwaliteit van zorg door deze concentratie niet in het geding was omdat de norm van 45 minuten aanrijdtijd niet in het gevaar was. Overigens is de door de minister gehanteerde 45 minuten norm een administratieve norm zonder wetenschappelijke onderbouwing die generiek voor de acute zorg wordt gehanteerd.

Professioneel perspectief wel aanwezig

Het professionele perspectief speelt met name een rol in het feit dat de gynaecologen uit de twee ziekenhuizen (Oss en Veghel) inmiddels al meer eenzelfde invulling geven aan de gebruikte protocollen. Ook de verpleegkundige bezetting is nu goed. Volgens de gynaecologen is daardoor de kwaliteit van zorg verbeterd. Nadeel is dat het beroep voor gynaecologen die in Oss werken op dit moment minder interessant is. Wat zowel verloskundigen als gynaecologen als belangrijke factor met betrekking tot de kwaliteit van zorg noemen is de goede intercollegiale communicatie tussen de eerste en tweede lijn. Alle nieuwe zwangeren worden in het wekelijks gynaecologenoverleg besproken en gezamenlijk met de verloskundigen wordt daar een beleid voor afgesproken.

Patiëntenperspectief wordt alleen indirect benoemd

Hoe de cliënten de centralisatie zouden zien en ervaren is geen factor geweest in de besluitvorming. Wel zijn op de locatie Veghel voorlichtingsbijeenkomsten gehouden om bekend te worden met de andere locatie. Verloskundigen geven aan dat vrouwen die op het moment van het besluit al zwanger waren, soms niet blij waren dat hun keuzemogelijkheden werden beperkt. Inmiddels is het standaard en worden nieuwe zwangeren geconfronteerd met een bestaande situatie.
Feitelijk is voor (een deel van de) cliënten de keuzevrijheid beperkt. Voor een grotere groep is de afstand tot een ziekenhuis met verloskamers toegenomen en het aantal 'near-misses' is toegenomen. Voor zover uit evaluaties is na te gaan is er bij de cliënten van de verloskundigen echter geen verandering opgetreden in hun waardering voor de ontvangen zorg. Ook de klanttevredenheid bij het ziekenhuis is niet afgenomen.

Maatschappelijk perspectief afwezig

Het maatschappelijk perspectief is in deze casus weinig aan de orde geweest. De IGZ heeft uitdrukkelijk een rol aan de zijlijn gekozen, de zorgverzekeraar heeft zich niet gemengd in de discussie en de politieke partijen kwamen pas in actie toen alle besluiten reeds waren genomen.

In deze casus leidt concentratie niet direct maatschappelijke kosten. Het ziekenhuis werd genoodzaakt tot verbouwingen en extra personele voorzieningen voor de OK die niet direct, maar wel op termijn, worden gecompenseerd door de doelmatigheidswinst door organisatie op een locatie. Veel verloskundigen geven alle zwangeren uit de 30 minuten+ dorpen een klinische indicatie waardoor de kosten voor de zorgverzekeraar toegenomen zijn. En de verloskundigen en hun assistenten zijn zelf meer tijd kwijt per bevalling door meer voorlichting en lastigere planning.

8 Literatuur ziekenhuis Bernhoven

Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RMA, Veldhuijzen IME, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. 2008. Evaluation of 280 000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG*, 2008; 115, 570-8

Bonsel GJ, Poeran VJJ, Graaf JP de, Borsboom GJJM, Birnie E et al. *Gevolgen van concentratie van perinatale zorg.* Rotterdam: ErasmusMC, 2012

Borst J de, Wiegers TA. *Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten.* Utrecht: NIVEL, 2010

Brabants Dagblad 13 april 2011. http://www.brabantsdagblad.nl/regios/oss/8501800/Geen-thuisbevallingen-meer-in-dorpen-Oss.ece

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Nota Normpraktijk Gynaecologie*. Utrecht: NVOG, 2000

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde*. Utrecht: NVOG, 2009

Peristat II. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEONET. 2008

European perinatal health report. *Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004.* Available: www.europeristat.com

Stuurgroep zwangerschap en geboorte. *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.* Utrecht, Stuurgroep zwangerschap en geboorte, 2009

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief van minister Schippers (VWS) aan de Tweede Kamer over een aantal rapporten inzake de acute zorg, in het bijzonder de acute verloskundige zorg d.d.1-3-2012.* Den Haag: Ministerie VWS, 2012

3 *Organisatie, volume en kwaliteit bij bariatrische chirurgie*

Mariëlle Ouwens

In Nederland had in 2009 11% van de mannen en 12% van de vrouwen obesitas. Obesitas wordt omschreven als "een chronische ziekte waarbij een zodanige overmatige vetstapeling in het lichaam bestaat dat dit aanleiding geeft tot gezondheidsrisico's". De overmatige vetstapeling wordt veroorzaakt door een verstoring in de energiebalans, de hoeveelheid voedsel die wordt geconsumeerd overstijgt de hoeveelheid die nodig is voor de lichamelijke activiteit. Obesitas is sinds 1998 officieel geregistreerd als chronische ziekte (PON, 2010).

Bariatrische chirurgie, dat als doel heeft het gewicht te verminderen, kent verschillende ingrepen om afname van gewicht te realiseren. Deze hebben met elkaar gemeen dat ze op de één of andere manier de spijsvertering wijzigen. De drie meest toegepaste interventies zijn de maagbandoperatie, de "gastric bypass" operatie en de "gastric sleeve" resectie. Er is een toenemende vraag naar operatieve behandeling van obesitas en daardoor biedt een toenemend aantal ziekenhuizen bariatrische chirurgie aan.

De indicatiestelling, de feitelijke ingreep en de nazorgbegeleiding zijn complex. Om zo optimaal mogelijke resultaten te behalen en complicaties te voorkomen heeft de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) een aantal criteria opgesteld in navolging van de International Federation for the Surgery of Obesity: een adequaat voor- en natraject, een goed op elkaar ingespeeld en ervaren multidisciplinair team, een goede registratie en een volume eis van minimaal 100 ingrepen per instelling (NVvH, 2011; NVvH, juni 2012).
In deze casus wordt het initiatief besproken van het Obesitas Centrum Amsterdam (OCA). Het OCA is een samenwerking tussen het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en Bovenij ziekenhuis.

1 Aanleiding voor concentratie van de bariatrische chirurgie in Amsterdam

De aanleiding voor samenwerking tussen het OLVG, het Bovenij ziekenhuis en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) was een probleem met de vaatchirurgie om de diensten rond te krijgen. Er kon niet gegarandeerd worden dat er zeven dagen in de week en 24 uur per dag een vaatchirurg beschikbaar was. Daarnaast was het voor het SLAZ moeilijk om nieuwe vaatchirurgen aan te trekken onder andere omdat zij geen endovasculaire behandelingen aanbieden. Met het OLVG, dat wel endovasculaire behandelingen aanbood, is toen een samenwerking gezocht. Er is een gezamenlijke dienstenstructuur opgezet voor de vaatchirurgie. Dit was de eerste uitwerking van de toekomstige fusie tussen de heelkunde maatschappen. Daarna volgde de bariatrische chirurgie, die gecentraliseerd is in het SLAZ. Het hele fusietraject, ook met Bovenij, is daarna in gang gezet en 15 maart 2012 is de Chirurgen Maatschap Amsterdam (CMA) tot stand gekomen met in totaal 23 chirurgen.

Op dit moment worden andere chirurgische ingrepen waarvoor een volume norm van de NVvH is gesteld, gelateraliseerd: hoeveel doet elk ziekenhuis er en waar kan dit het beste worden gepositioneerd?

Naast het probleem in de diensten gaven de specialisten aan dat zij het voor een goede kwaliteit van zorg nodig vinden dat voor alle subspecialisaties zoals de gastro-enterologische chirurgie, oncologische chirurgie, vaatchirurgie en traumatologie, er alle dagen van de week en 24 uur per dag een superspecialist dienst heeft. Dit was een belangrijke aanleiding voor de samenwerking. Door de fusie is het mogelijk om niet alleen overdag maar ook in de avonden en weekenden gedifferentieerde zorg aan te bieden voor gastro-enterologische chirurgie, oncologische chirurgie, vaatchirurgie en traumatologie. Als laatste aanleiding, maar niet de minst belangrijke, werd genoemd dat door de samenwerking voor alle chirurgische aandoeningen kan worden voldaan aan de gestelde volume normen van de NVvH.

Kader 1 Persbericht fusie chirurgenmaatschappen

Samenwerking chirurgen BovenIJ ziekenhuis, OLVG en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Grootste chirurgenmaatschap in de regio Amsterdam leidt tot hogere kwaliteit

Amsterdam, donderdag 19 april 2012

De chirurgen van het BovenIJ ziekenhuis, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis hebben zich verenigd in de 'Chirurgen Maatschap Amsterdam'. Door deze samenwerking ontstaat een vakgroep met 23 chirurgische specialisten, de grootste chirurgenmaatschap in de regio Amsterdam. De maatschap gaat de hoogcomplexe chirurgische ingrepen verder verdelen onder de drie ziekenhuizen. Hiermee wordt de kwaliteit van de chirurgische zorg van de drie ziekenhuizen vergroot.

"Patiënten blijven gewoon onder behandeling in hun eigen ziekenhuis", legt Anco Vahl, voorzitter dagelijks bestuur Chirurgen Maatschap Amsterdam, uit. "Zij houden toegang tot de dichtstbijzijnde chirurgische polikliniek, maar gaan soms naar een andere locatie voor de operatie. Doordat we nu één grote groep van chirurgen vormen, is er altijd een gespecialiseerde chirurg beschikbaar en kunnen operaties snel worden ingepland. Daarnaast bundelen we de gespecialiseerde ingrepen zodat die altijd door hetzelfde team van chirurgen worden uitgevoerd. Bovendien leidt deze samenwerking tot een efficiëntere organisatie van de chirurgische zorg."

Concentratie van zorg
De chirurgenmaatschap gaat de komende maanden haar samenwerking verder vormgeven. Uitgangspunt daarbij is dat de hoogcomplexe behandelingen verder worden geconcentreerd in de twee topklinische ziekenhuizen, namelijk het OLVG en Sint Lucas Andreas Ziekenhuis. De hoogvolume, laagcomplexe (planbare) chirurgische zorg wordt voor een deel geconcentreerd in het BovenIJ ziekenhuis. Algemene oncologische zorg en traumachirurgie blijven plaatsvinden in alle drie de ziekenhuizen.

Landelijke ontwikkeling
De samenwerking van de chirurgen van de drie Amsterdamse ziekenhuizen sluit aan bij de kwaliteitseisen en volumenormen die de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraars in toenemende mate stellen. Door complexe chirurgische ingrepen te concentreren op één locatie gaat het behandelvolume omhoog waardoor de kwaliteit verbetert.

2 De trekkers en duwers van concentratie van de bariatrische chirurgie in Amsterdam

De vaatchirurgen, die een probleem hadden met het rond krijgen van de diensten en het aantrekken van nieuwe vaatchirurgen, en de bariatrische chirurgen waren de initiatiefnemers van de vergaande samenwerking op chirurgisch gebied. De bariatrisch chirurg van het SLAZ was ook stafvoorzitter en had daarom goed contact met de Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Dit zorgde voor goede afstemming tussen de ideeën van de professionals en de ziekenhuis-bestuurders. De casus van de heelkunde is zelfs gebruikt om een algehele fusie van de OLVG en SLAZ bespreekbaar te maken en uit te werken. Dit voorstel ligt nu bij de NMa.

Bestuurlijk is afgesproken dat het Bovenij ziekenhuis voornamelijk het chirurgisch dagcentrum wordt met een aantal productiestraten zoals bijvoorbeeld de galblaasoperaties. In het OLVG en SLAZ komt de topklinische zorg.

De chirurgen van de drie ziekenhuizen zijn de initiatiefnemers van de fusie van de chirurgenmaatschappen. In de uitwerking ontstaan nu bij de ziekenhuisbestuurders en de medische staven wel weerstanden. Dit komt met name door het verschuiven van de inkomstenstromen. De verschillende chirurgische ingrepen worden verdeeld over de drie

ziekenhuizen en dit heeft ook consequenties voor de inkomsten stromen van ziekenhuizen. Specialisten vinden dat niet alles tot de bodem toe uitgezocht en doorgerekend hoeft te worden. Belangrijker is een basaal vertrouwen dat er gestreefd wordt naar een optimale verdeling tussen de drie ziekenhuizen.

3 Concentratie van zorg bij de bariatrische chirurgie in Amsterdam

De concentratie van bariatrische chirurgie binnen de fusie van de maatschappen heelkunde van de drie ziekenhuizen, verliep relatief eenvoudig omdat er binnen het SLAZ al een duidelijke profilering was op dit gebied. Binnen de muren van het SLAZ opereert sinds een aantal jaren het Obesitas Centrum Amsterdam (OCA) als zelfstandig behandelcentrum. Dit centrum werkt in het voor- en natraject nauw samen met de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK), sinds kort ook gehuisvest in het SLAZ.

In het OLVG werd al langere tijd bariatrische chirurgie aangeboden, in het Bovenij ziekenhuis niet. Alle bariatrische chirurgie is na de fusie van de maatschappen heelkunde gecentreerd in het SLAZ. Als er een patiënt binnen één van de drie ziekenhuizen komt voor bariatrische chirurgie dan wordt deze direct doorgestuurd naar het OCA, dat gehuisvest is in het SLAZ. Dit heeft binnen het OLVG tot weerstanden geleid bij aanpalende specialismen zoals de anesthesiologie en de algemene interne. Doordat de bariatrische chirurgie niet meer plaatsvindt in het OLVG krijgen de anesthesisten en de internisten deze patiënten ook niet meer. Hier moeten nog nadere afspraken over worden gemaakt.

4 De relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij de bariatrische chirurgie

In verschillende onderzoeken wordt een significante relatie gevonden tussen het aantal bariatrische operaties per jaar en de kans op complicaties (De Brauw, 2009; Courcoulas, 2003; Flum, 2004; Weller12, 2006). Hoogvolume ziekenhuizen boeken betere resultaten, hebben minder complicaties, een lagere mortaliteit en lagere kosten. Om de kwaliteit van bariatrische chirurgie te waarborgen heeft een multidisciplinaire werkgroep in de richtlijn morbide obesitas (NVvH, 2011) een aantal kwaliteitseisen gesteld aan bariatrische centra zowel wat betreft de randvoorwaarden zoals minimaal twee bariatrisch chirurgen en de aanwezigheid van een multidisciplinair team, als wat betreft volumes zoals minimaal 100 ingrepen per instelling en 30 per chirurg.

4.1 Kwaliteit en volume vanuit maatschappelijk perspectief

De directeur van het OCA heeft regelmatig overleg met de zorgverzekeraars. Door de goede afspraken met de Nederlandse Obesitas Kliniek over het voor- en natraject bij bariatrische chirurgie levert het OCA een compleet en kwalitatief goede dienst. Verzekeraars vinden echter de zorg duur. Dat komt volgens de directeur omdat er nog geen eerlijke vergelijking mogelijk is tussen ziekenhuizen. Zorgverzekeraars kunnen via selectieve zorg sturen op goede kwaliteit van bariatrische chirurgie. Dit gebeurt bijvoorbeeld al door CZ die hiervoor een aantal criteria heeft opgesteld (zie kader 2).

Kader 2 Criteria van CZ voor bariatrische chirurgie

Bariatrische chirurgie - criteria voor goede zorg

CZ beoordeelt ziekenhuizen op basis van een aantal criteria
Goede zorg bij bariatrische chirurgie, wat is dat? CZ beoordeelt ziekenhuizen op basis van een aantal indicatoren. De indicatoren die CZ heeft gebruikt om tot een indeling in vier kwaliteitscategorieën te komen op het gebied van bariatrische chirurgie, zijn:
- aantal operaties per behandellocatie en aantal operaties per chirurg;
- aantal bariatrisch chirurgen;
- type bariatrische ingreep;
- multidisciplinair team;
- multidisciplinair voortraject;
- multidisciplinair natraject.

Op basis van bovenstaande criteria worden aanbieder van bariatrische chirurgie ingedeeld in vier categorieën:
1 Beste zorg
2 Goede zorg
3 Kan beter
4 Voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen CZ en krijgen geen contract voor bariatrische chirurgie

4.2 Kwaliteit en volume vanuit ziekenhuis perspectief

Omdat de bariatrisch chirurg via zijn voorzitterschap van de medische staf goed contact had met de Raad van Bestuur van het SLAZ, is het draagvlak voor centralisatie van de bariatrie goed en snel tot stand gekomen. Een voordeel was ook dat het SLAZ de bariatrische chirurgie kon behouden en het OLVG deze ging inleveren. Binnen het OLVG leidde dit wel tot weerstanden met name bij de internisten die daar niet meer de voor- en nazorg konden verzorgen.

In het algemeen wordt door de specialisten gevoeld dat ziekenhuisbestuurders zich vooral lijken te richten op de korte termijn en geen duidelijke keuzen durven te maken. Het komt voor dat betrokken chirurgen inhoudelijk de noodzaak zien voor centralisatie, daarbij gesteund door hun beroepsvereniging, maar dat ziekenhuisbestuurders hier niet in mee willen gaan vanwege financiële gevolgen voor het ziekenhuis.

4.3 Kwaliteit en volume vanuit professioneel perspectief

Binnen de heelkunde bestaat er een duidelijke ''sense of urgency'' dat centralisatie van chirurgische zorg noodzakelijk is om goede kwaliteit te kunnen leveren. Dit komt ook tot uiting in de kwalitatieve en kwantitatieve normen die de beroepsvereniging stelt (NVvH, 2012). Een deel van de chirurgie zal altijd wel algemeen blijven maar voor specifieke aandoeningen, zoals ook benoemd in de notitie (NVvH, 2012), is centralisatie onafwendbaar. De specialisten in deze casus zijn het hiermee eens.

4.4 Kwaliteit en volume vanuit patiëntenperspectief

Volgens de zorgverleners lijken patiënten zich niet direct bezig te houden met de discussie hoeveel ingrepen een ziekenhuis moet doen. Patiënten willen graag snel en goed geholpen worden als het kan in de buurt.

5 Resultaten van concentratie van zorg bij de bariatrische chirurgie in Amsterdam

5.1 Resultaten van concentratie vanuit maatschappelijk perspectief

Concentratie van bariatrische chirurgie heeft in het OCA geleid tot een groter aantal ingrepen (2011: 335 en 2012: schatting 450) en een kortere operatietijd per ingreep. Vroeger koste een standaard bariatrische operatie tussen de 3 en 4 uur; nu gebeuren die ingrepen in de helft van de tijd. Binnen het OCA heeft centralisatie dus geleid tot een behoorlijke efficiëntieslag. De directeur van het OCA geeft aan dat het nu nog zo is: "hoe efficiënter je bent, hoe meer je wordt gekort". Hij vindt het wenselijk dat er in de afspraken met de zorgverzekeraars wordt afgesproken dat een deel van de bereikte efficiencywinst gebruikt kan worden voor het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg.

5.2 Resultaten van concentratie vanuit ziekenhuis perspectief

Het SLAZ kan zich onderscheiden doordat het aanbieder is van bariatische chirurgie. Binnen de samenwerking met het Bovenij ziekenhuis en het OLVG zal dit er wel toe leiden dat andere aandoeningen in de andere twee ziekenhuizen plaatsvinden. Voor ziekenhuizen is het van belang dat de kosten van de bariatrische chirurgie inzichtelijk worden en dat de ingreep kostendekkend kan worden uitgevoerd. Ook moeten er afspraken worden gemaakt over het volume. Nu namens de drie ziekenhuizen alle bariatrische chirurgie in het SLAZ plaatsvindt zou deze locatie toch meer moeten mogen groeien. Het OCA zou volgens de te verwachten vraag willen groeien naar 650 ingrepen per jaar in 2012, maar deze groei mocht niet worden gerealiseerd van de verzekeraars. Hier moet landelijk kritisch naar worden gekeken. Als bariatrische chirurgie landelijk in steeds minder centra wordt aangeboden (nu ongeveer tien tot twaalf centra) moet het wel mogelijk zijn dat er hogere volumes per centra worden gehaald.

5.3 Resultaten van concentratie vanuit professioneel perspectief

Het gevolg van de chirurgische fusie van drie maatschappen is dat de chirurgen zich steeds meer specialiseren. Dit heeft positieve kanten, zoals grotere vaardigheid van de betrokkenen en verbeteren van de doelmatigheid, maar ook negatieve kanten, zoals minder variatie in de werkzaamheden. Toch wordt de trend naar verregaande specialisatie en daardoor concentratie van zorg noodzakelijk geacht. Dit wordt ook uitgedragen door de beroepsgroep. Door concentratie van zorg kan betere zorg worden geleverd aan patiënten die een bariatrische ingreep nodig hebben. Binnen de Dutch Society for Metabolic and Bariatric Surgery is er een aantal initiatieven in gang gezet om dit aan de buitenwereld te laten zien. Zoals het opzetten van een DICA registratiesysteem. Het OCA heeft al een database voor kwaliteitsregistratie die prospectief wordt bijgehouden. Daarnaast gaan ze op voor de accreditatie van het IFSO waarvoor ook een goede registratie vereist is.

5.4 Resultaten van concentratie vanuit patiëntenperspectief

Patiënten blijven gewoon onder behandeling in hun eigen ziekenhuis. Zij houden toegang tot de dichtstbijzijnde chirurgische polikliniek, maar gaan soms naar een andere locatie voor de operatie. Er is dus een knip in het diagnose- en behandeltraject. Daar staat tegenover dat er altijd een gespecialiseerde chirurg beschikbaar is, 24 uur per dag en zeven dagen in de week.

6 Conclusie organisatie, volume en kwaliteit bij de bariatrische chirurgie in Amsterdam

Het OCA was al langere tijd een zelfstandig behandelcentrum in het SLAZ. Centralisatie van chirurgische ingrepen heeft pas daadwerkelijk een impuls gekregen toen het SLAZ niet meer kon waarborgen dat er altijd een vaatchirurg beschikbaar was in de diensten. Dit was de belangrijkste

reden om samenwerking te gaan zoeken met de chirurgen van het OLVG en later het Bovenij ziekenhuis. Daarnaast waren de volumenormen zoals gesteld door de NVvH een sterke ''trigger'' om ook met betrekking tot andere chirurgische ingrepen afspraken te gaan maken tussen de ziekenhuizen. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een fusie van de drie maatschappen chirurgie en indirect tot een fusievoorstel van twee van de ziekenhuizen in zijn geheel.

De vorm waarvoor gekozen is, is een vergaande vorm van samenwerking namelijk een totale fusie van drie maatschappen chirurgie van het SLAZ, OLVG en Bovenij. Hierdoor ontstond een grote chirurgenmaatschap met 23 chirurgen. Na de fusie zijn er nadere afspraken gemaakt over de verdeling van de verschillende chirurgische ingrepen over de drie locaties. Omdat het OCA al eerder een goed georganiseerde plek was in het SLAZ voor het uitvoeren van de bariatrische chirurgie, is ervoor gekozen om deze ingrepen allemaal in het SLAZ te laten plaatsvinden.

De centralisatie van bariatrische chirurgie in het OCA heeft geleid tot een toename van het aantal bariatrische ingrepen en een drastische vermindering van de operatieduur. Het is nog niet aangetoond dat deze centralisatie ook heeft geleid tot minder complicaties, heringrepen en conversie's. Wel is er door de fusie een continue beschikbaarheid, zeven dagen per week en 24 uur per dag, van een gespecialiseerd chirurg.

Hoewel het initiatief kwam van betrokken specialisten werd de bestuurlijke ondersteuning van de Raden van Bestuur als belangrijkste voorwaarde en succesbepalende factor voor centralisatie genoemd.

7 Discussie organisatie, volume en kwaliteit bij de bariatrische chirurgie in Amsterdam

Samenwerking of fusies van maatschappen en/of ziekenhuizen hebben vergaande gevolgen voor zowel de direct betrokken specialisten en bestuurders, als ook voor de aanpalende specialismen. Een trigger, zoals een tekort in de diensten, of een verplichting van buitenaf, zoals de normen van de NVvH, lijken dan ook noodzakelijk om daadwerkelijk een verandering in gang te zetten.

Als belangrijkste succesfactor voor concentratie van bariatrische chriurgie in het OCA is genoemd de betrokkenheid en samenwerking van de betrokken specialisten met de Raden van Bestuur. Het lijkt logisch dat als de neuzen inhoudelijk (specialisten) en bestuurlijk (Raden van Bestuur) dezelfde kant op staan, de initiatieven voor concentratie en spreiding het snelst van de grond komen. Toch is dit vaak niet het geval en hebben bestuurders soms hele andere belangen dan zorgverleners.

Een andere succesfactor is dat het initiatief voor centralisatie van de betrokken specialisten zelf moet komen. Bestuurders kunnen hoog of laag springen maar als de specialisten niet willen dat is het moeilijk om wat in beweging te krijgen. Initiatieven van specialisten moeten wel gefaciliteerd en ondersteund worden door de Raad van Bestuur.

Bestuurders en specialisten denken vaak lokaal. Daarom speelt voor een gewogen landelijke beleid met betrekking tot spreiding en concentratie van zorg de zorgverzekeraar een belangrijke rol. Zij moeten zorgen voor een goede regionale spreiding. Echter, de specialisten uit deze casus vinden dat zij wel hun verantwoordelijkheid nemen in de discussies over concentratie en spreiding van zorg maar dat de zorgverzekeraars dat nog te weinig doen. Zorgverzekeraars moeten bariatrische chirurgie selectief inkopen en dan niet alleen kijken naar de chirurgische ingreep maar ook naar het voor- en natraject. Deze voor- en natrajecten worden nu moeizaam of onvolledig vergoed. In het OCA zijn hierover aparte afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar. Een goede bepaling van de kostprijs is hiervoor van belang.

8 Literatuur

CBO. *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen.* Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. *Richtlijn Morbide obesitas*. Utrecht: NVvH, 2011

Partnerschap Overgewicht Nederland. *Zorgstandaard Obesitas.* Amsterdam: PON, 2010

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. *Normering Chirurgische Behandelingen, versie 3.0.* Utrecht: NVvH, 2012

Brauw M de, Klaassen R, Janssen I. Maagverkleining vergt veel ervaring. *Medisch Contact*, 2009; 64(43):1752-55

Courcoulas A, Schuchert M, Gatti G et al. The relationship of surgeon and hospital volume to Outcome after gastric bypass surgery in Pennsylvania: a 3-year summary. *Surgery,* 2003; 134: 613-21

Flum DR, Dellinger P. Impact of Gastric bypass operation on Survival: a population based analysis. *J Am Coll Surg,* 2004; 199:543-51

Weller WE, Hannan EL. Relationship between provider volume and postoperative complications for bariatric procedures in New York State. *J Am Coll Surg,* 2006; 202:753-61

4 *Organisatie, volume en kwaliteit bij Hemofilie*

Phil Heiligers, Katharina Paul en Teun Zuiderent-Jerak

Hemofilie is een erfelijke, chronische aandoening waaraan in Nederland ongeveer 1600 mensen lijden. Ernstige hemofilie leidt onbehandeld tot het optreden van spontane bloedingen in gewrichten en spieren, waardoor gewrichtsbeschadigingen kunnen ontstaan. Bij ongeveer 90% van de patiënten wordt de bloedingsneiging veroorzaakt door een tekort aan werkzaam stollingsfactor VIII (hemofilie-A), bij de overige 10% ligt dit aan een tekort aan stollingsfactor IX (hemofilie-B) (Kruip en Leebeek, 2009). Hemofilie komt voor in verschillende vormen, van mild, matig-ernstig tot ernstig.

De zorg voor patiënten met hemofilie en aanverwante stoornissen bestaat met name uit het voorkómen en behandelen van bloedingen door gebruik van stollingsfactorconcentraten en de coördinatie van de behandeling bij operaties. Na de introductie van stollingsfactorconcentraten in de jaren '60 en profylaxe in de jaren '70 van de vorige eeuw, is de levensverwachting van patiënten met hemofilie gestegen van minder dan 30 jaar naar meer dan 70 jaar (Schutgens et al., 2009). Door in de afgelopen 40 jaar enorm verbeterde behandelingsmogelijkheden hebben mensen met hemofilie in Nederland een grote mate van onafhankelijkheid hebben bereikt in hun maatschappelijk functioneren. Patiënten blijven echter afhankelijk van stollingsfactorproducten, hemofiliebehandelcentra en gespecialiseerde artsen (Schippers-Reijntjes et al., 2009).

De zorg is hoog-complex, vraagt om specifieke expertise en multidisciplinaire begeleiding door verschillende specialisten en paramedici. Gezien de lage prevalentie van de ziekte en de complexe zorg is er al geruime tijd een discussie gaande over het concentreren van zorg in gespecialiseerde centra (Ministerie VWS, 1999). In Nederland zijn er op dit moment 13 gespecialiseerde centra aangewezen, terwijl 85% van alle patiënten ondergebracht zijn bij een van de grote zes centra (CVZ, 2003; CVZ, 2002).

De analyse van deze case studie is gebaseerd op beleidsstukken, kamerbrieven en vier interviews. Wij beschouwen hemofiliezorg als een reeds landelijke gecoördineerde ziekte. Concentratie is geen nieuw fenomeen bij de zorg voor deze zeldzame ziekte; wel ontstaan er recent nieuwe vormen van samenwerking. Als contrasterende casus tegenover recente nieuwe vormen van concentratie biedt de hemofiliezorg belangrijke inzichten in de volume en kwaliteitsdiscussie.

1 Aanleiding voor concentratie van hemofilie zorg

De noodzaak voor een meer gecentreerde en multidisciplinaire zorg werd reeds in 1987 in een consensusbijeenkomst van Nederlandse hemofilie behandelaars (NVHB) genoemd, waarbij aan de hand van stellingen de overeenstemming tussen de behandelaars werd verduidelijkt. In 1996 legden de behandelaars gezamenlijke doelen in een consensusdocument vast (Hemofilie: behandeling en verantwoordelijkheid), dat is voorbereid door een werkgroep binnen de NVHB (Leebeek et al., 2009).

De VWS Beleidsvisie Hemofilie in 1999 stelde vervolgens verdere doelen: de zorg voor hemofiliepatiënten verbeteren door concentratie van kennis en ervaring in een beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen. De criteria houden onder andere in: een individueel behandelplan voor iedere patiënt; operaties dienen in HBCs uitgevoerd worden; aanwezigheid multidisciplinair behandelteam; en 24-uurs bereikbaarheid.
Dit heeft ertoe geleid dat aanvankelijk 16 ziekenhuizen zijn aangewezen als hemofiliebehandel-centrum (HBC). Later werd dit aantal teruggebracht tot 13 centra, waaronder alle academische ziekenhuizen en een aantal geografisch over Nederland verspreide algemene ziekenhuizen. In 2002 is een evaluatie van deze beleidsvisie uitgevoerd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Hieruit kwam naar voren dat een deel van de behandelcentra niet voldeed aan de in de beleidsvisie gestelde eisen (CVZ, 2002).

In 2003 is door het CVZ een vervolgevaluatie van deze beleidsvisie uitgevoerd waarin is gesteld dat zes centra aan de criteria voldoen en voldoende patiënten onder behandeling hebben (CVZ, 2003). Het CVZ adviseerde dat deze zes ziekenhuizen zouden worden aangewezen als comprehensive care centrum en dat er zeven ziekenhuizen zouden moeten worden aangewezen als hemofiliebehandelcentrum. Zowel het CVZ als de NVHB stelden toen dat een behandel-centrum een volume van minimaal 10 patiënten met ernstige hemofilie onder behandeling zou moet hebben (NVZ, 20031). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) steunde toen de 'belangrijkste punten' van de beleidsvise hemofilie' zoals 'kwalitatief goede en doelmatige zorg en een goede spreiding' (Ministerie VWS, 1999). De NVZ stelde daarnaast 'dat juist ook algemene ziekenhuizen, op basis van het aanwezige kennisniveau en de beschikbare infrastructuur en opleidingscapaciteit, moeten worden gestimuleerd om bepaalde topklinische functies zoals hemofiliebehandeling uit te voeren' (NVZ, 2003) en steunde het CVZ advies dus niet.

Dit advies zou vooral twee consequenties hebben: ten eerste zouden ziekenhuizen een bepaalde functie verliezen, en "voor een topzorg ziekenhuis is het belangrijk om bepaalde gespecialiseerde functies te behouden" (Interview 1). Ten tweede betekende het CVZ voorstel dat patiënten langer zouden moeten reizen. Dit advies is echter nooit geëffectueerd. Tot op heden duurt de huidige structuur met 13 hemofiliebehandelcentra, waarvan 10 centra ook kinderen met hemofilie behandelen (Leebeek et al., 2009), voort. De meest recente norm in het veld (NVHB, 2009) is nog steeds een minimaal volume van 10 ernstige Hemofilie patiënten (Leebeek et al., 2009), terwijl de internationale richtlijn een volume van 40 aanbeveelt, maar deze aanbeveling weer uit aanbevelingen haalt die alleen voor het Verenigd Koninkrijk van toepassing zijn (Colvin et al., 2008).

De beslissing om geen actie te ondernemen was volgens een respondent gebaseerd op gebrek aan 'noodzaak': "Er was niemand die zei dat het moest" (Interview 1). Met andere woorden, het lijkt erop dat in 2002/2003 de noodzaak wel werd vastgesteld door het CVZ, Maar er werd geen actie voor verdere concentratie ondernomen. Toentertijd was 'keuzevrijheid' belangrijker dan 'volumen'. Hoewel het advies in de evaluatie (CVZ, 2002) en her-evaluatie (CVZ, 2003) niet is uitgevoerd, blijkt dat concentratie in de hemofiliezorg wel heeft plaatsgevonden in de afgelopen decennia. Zo waren er in 1980 nog in totaal 30 behandelcentra, terwijl er nu nog 13 bestaan (Leebeek, 2012).

2 De trekkers en duwers van concentratie van hemofiliezorg

In deze casus vinden wij meerdere pleitbezorgers en critici in een opmerkelijke netwerkverband en met overlappende intenties en gezamenlijke acties. In eerste instantie kunnen wij stellen dat het ministerie van VWS vooral gericht was op de noodzaak om kosteneffectiviteit en efficiency in de zorg voor zeldzame ziektes te bewaken. Ten tweede valt de hemofiliezorg onder artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv), waardoor op basis van kwaliteitseisen behandelcentra voor het leveren van deze zorg worden aangewezen.
Hoewel de sturing in eerste instantie in een beleidsvisie van het ministerie van VWS (1999) uiteen is gezet, werd concentratie en de daartoe vereiste regelgeving vervolgens vooral door professionals zelf opgepakt en uitgewerkt, terwijl de beleidsvisie zelf ook al op basis van consultatie met professionals tot stand was gebracht. In opdracht van de NVHB is eind 2010 de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Hemofiliebehandelaren (NVHB) gestart met de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor de hemofiliebehandelcentra in Nederland. Met de ontwikkeling van de HKZ-normen willen de professionals in de hemofiliezorg een stap zetten in de verbetering en professionalisering van de hemofiliezorg in Nederland (Leebeek 2009). De onderliggende gedachte hierbij lijkt te zijn dat men in eerste instantie kwaliteit moet definiëren, en dan verder gekeken wordt hoe dat omgezet kan worden naar verbeteringen in de praktijk. Opmerkelijk bij dit initiatief is dat de HKZ certificering wel via kwaliteits- en volumecriteria probeert tot een reductie te komen van het aantal centra, maar dat dit gebeurt onder de voorwaarden die de professionals zelf stellen: "Het idee daarbij is dat wij als beroepsgroep zelf kwaliteitsnormen vaststellen, richtlijnen vaststellen en dat dus die beleidsvisie hemofilie uiteindelijk komt te

vervallen. (...). De beroepsgroep wordt eigenlijk meer verantwoordelijk voor de kwaliteit. (...) En dat wordt niet door de Minister bepaald" (Interview 1).

Het traject van HKZ certificering is nog niet afgerond; een nog te aan te wijzen externe certificerende instelling en een externe auditor in samenwerking met interne auditors (hemofilie deskundigen) zullen dit traject in HBCs afronden (Leebeek, 2012; Interview 2). Het uiteindelijke traject zal starten met een visitatie in het najaar 2012/voorjaar 2013 en wordt vervolgd door een jaarlijkse controle op locatie met een schriftelijke rapportage. Na drie jaar volgt een hercertificering na een visitatie (Interview 2; Leebeek, 2012).

Kenmerkend voor deze casus en de criteria die in de HKZ certificatie uiteen zijn gezet (HKZ, 2012) is, dat de richtlijn opgezet lijkt door medische experts in vooral academische ziekenhuizen, vanuit de onderliggende gedachte dat in UMC's de meest geschikte 'zorginnovators' beschikbaar zijn (NFU, 2012). Volgens een gesprekspartner (Interview 1) zijn er nog steeds grote problemen in de hemofiliezorg in laag-volume ziekenhuizen. Hoewel de concentratie sterk gestuurd is door de professionals zelf, gebeurt dit in een sterk netwerkverband samen met de patiëntenvereniging NVHP en via het Hemofilieplatform, dat door het ministerie van VWS is ontworpen, waarvan de NVHP inmiddels het secretariaat voert.

Een potentieel knelpunt dat door behandelaars wordt ervaren maar tegelijkertijd een issue voor patiënten is, betreft de interactie tussen concentratie en marktwerking. Concentratie van zorg betekent voor een patiënt vaak dat men voor een bepaalde ingreep verder moet reizen. Voor hemofiliepatiënten, die bij chirurgische ingrepen echter specifieke zorg nodig hebben, creëert dat soms problemen, bijvoorbeeld bij gewrichtsvervangingen. Een behandelaar waarschuwt: "Het is wel iets dat je mee moet nemen en waar niemand over nadenkt. Iedereen concentreert, en dan vervolgens heeft iemand twee aandoeningen, waarvan de één daar (behandelt moet worden) en de ander daar en dan heb je een probleem." (Interview 1)

Een tweede gerelateerd knelpunt betreft de financieringsstructuur. Een behandelaar stelt in een presentatie: "Gecertificeerde zorg moet adequaat worden gefinancierd en is niet geschikt voor marktwerking" (Leebeek 2012: 22). Hoewel wij deze dynamiek niet goed konden onderzoeken, kunnen wij stellen dat dus precies het certificeringstraject een instrument is om een alternatief te bieden voor marktwerking en om het professionele domein samen met het patiëntenperspectief, te beschermen.

3 Concentratie van zorg bij Hemofilie

Samenwerking Eindhoven: Naast de reductie van het aantal HBCs, zijn er ook ziekenhuizen die volumenormen willen halen door samenwerkingsverbanden. Het Hemofiliebehandelcentrum Eindhoven is een samenwerking tussen Máxima Medisch Centrum en het Catharina-ziekenhuis. De behandeling van volwassenen met hemofilie vindt plaats in Maximá Medisch Centrum. Kinderen met hemofilie worden behandeld in het Catharina-ziekenhuis. Het Hemofiliebehandelcentrum Eindhoven behoort tot een van de dertien HBC's in Nederland. Een belangrijke reden om de samenwerking verder uit te breiden met het Hemofiliebehandelcentrum Maastricht is de toenemende druk om aan de Europese normen te voldoen (Interview 3). 40 hemofiliepatiënten per ziekenhuis is volgens de World Federation of Hemophilia de norm. In het samenwerkingsverband met Maastricht zijn nu samen 50 hemofiliepatiënten in behandeling. "We kunnen niet onder de Europese eisen uit, dus we zullen daar in mee moeten gaan. Ook wij vinden dat wij als behandelcentra aan bepaalde criteria moeten voldoen. Inmiddels zijn die helemaal opgesteld met de criteria van de HKZ accreditatie." (Interview 3)

Een tweede reden was, dat er in het zuidoosten van het land (onder de lijn Rotterdam-Nijmegen) helemaal geen hemofiliebehandelcentrum meer zou zijn bij strikte hantering van de norm. Dat zou voor patiënten betekenen dat ze bijvoorbeeld helemaal naar Utrecht moeten voor een consult of behandeling. Ook om te voorkomen dat de expertise verdwijnt uit de regio, gaat Eindhoven samenwerken met het ziekenhuis van Maastricht, zodat voor patiënten in het zuidelijkste deel van het land expertise op een redelijke afstand aanwezig is. Nog een reden om samen te werken is

het feit dat de behandelaar in Maastricht volgend jaar met pensioen gaat. "Als je geen centrum meer bent, dan zie je toch dat je de nascholing niet meer volgt, de expertise ebt langzaam weg, het personeel wordt niet meer getraind. Dat zou echt tot verlies van expertise leiden in de regio"(Interview 3). De samenwerking met Maastricht is in september 2012 van start gaan onder de naam Hemofiliebehandelcentrum Zuid-Oost Nederland (HBC-ZON). Die samenwerking betreft overigens niet alleen hemofilie, maar de hele hematologie en ook oncologie.

4 De relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij hemofilie

In het kader van het HKZ certificatietraject geldt het bovengenoemde volume van 40 patiënten per HBC, waarvan 10 kinderen (HKZ 2011). Mortaliteit is bij hemofilie geen geschikte indicator, omdat de patiëntengroep relatief klein is en de aandoening chronisch. Daarom vereist de HKZ certificatie vooral proceseisen en randvoorwaarden. Deze houden o.a. in het (nog niet landelijk opgezette) registratiesysteem voor het aanmelden van alle hemofiliepatiënten, en het registeren van complicaties, incidenten, en het ontstaan van bijwerkingen (HKZ, 2011).
Wat betreft wetenschappelijke literatuur is op te merken dat door 'experts aan de top' recentelijk nieuwe minimum volumen zijn opgesteld. Met name door de World Federation of Hemophilia en het European Hemophilia Consortium geld nu een advies van minimale behandeling van 40 patiënten, waarvan 10 kinderen (Colvin et al., 2008). De praktijkvariatie tussen landen is echter nog steeds opmerkelijk (O'Mahony et al., 2010), desondanks de consensus. Daarbij komt nog praktijkvariatie in de thuisbehandelingen (Zuiderent-Jerak, 2010).

4.1 Kwaliteit en volume vanuit maatschappelijk perspectief

Het initiatief voor de samenwerking tussen Máxima Medisch Centrum, het Catharina-ziekenhuis en het Maastrichts Universitair Medisch Centrum is vanuit het perspectief van de behandelaars geïnitieerd, maar wel gestuurd door het streven om aan de gestelde norm van 40 patiënten te voldoen. Daarnaast benadrukt de contactpersoon dat de belangrijkste drijfveer om samen te werken vooral tot doel had de hemofiliezorg ook voor zuidoost Nederland in stand te houden. De nabijheid van behandelcentra is van belang voor patiënten (Interview 3). Als patiënten met hemofilie geopereerd moeten worden, kan dat het best gebeuren in een van de behandelcentra, omdat daar de expertise zit. Een arts moet ervaring hebben met patiënten met stollingsafwijkingen. Net als bij bepaalde typen kanker moet een arts voldoende van die operaties in een jaar doen. Dat kan deze professional beter dan wanneer hij of zij er maar een per jaar doet. Overigens is het niet alleen de arts, maar het hele team eromheen: de verpleegkundige, de apotheker, het laboratorium, etc. Goede spreiding over het land van deze expertise kan voorkomen dat hemofiliepatiënten toch in een ander ziekenhuis terechtkomen, waar geen behandelcentrum (meer) is (Interview 3).

De patiëntenvereniging heeft zich ook verdiept in de rol van de zorgverzekeraars en constateert dat zij weinig rekening houden met de complexiteit van zorg voor bepaalde aandoeningen. Bij hemofiliepatiënten komt vaak voor dat de gewrichten door hevige bloedingen beschadigd raken en na verloop van tijd moeten er grote orthopedische ingrepen verricht worden (knie- en heupoperaties). Als zorgverzekeraars dan voor heup- en knieoperaties geen contracten afsluiten met ziekenhuizen waar een hemofiliebehandelcentrum is, dan wordt er geen rekening gehouden met de complexe zorg die nodig is bij hemofilie. Dit punt wordt ook benadrukt door de behandelaar in het Maxima Medisch Centrum. Hij geeft het voorbeeld van het Universitair Medisch Centrum Groningen waar een hemofiliebehandelcentrum is, maar de zorgverzekeraar geen contracten voor heupoperaties meer afsluit. Die contracten heeft het dan wel met een ander ziekenhuis, maar dat is dan weer geen hemofiliebehandelcentrum meer (Interview 3).

Een ander punt van zorg in relatie tot concentratie is de financiering van medicatie. Tot nu toe werden alle (bijzonder dure) stollingsmiddelen uit de reguliere zorg voor 100% vergoed uit de WBMV. Het probleem is dat de Minister heeft aangekondigd dat ook die stollingsfactoren binnen het ziekenhuisbudget gaan komen. Als er iemand uit Overijssel komt om zijn liesbreuk ergens anders te laten opereren, dan kost dat 100.000 (stollings-)eenheden (= €100.000) en het is

natuurlijk vervelend als, zonder overheveling van budget uit het andere ziekenhuis, dat op het ziekenhuisbudget drukt. Op den duur kunnen behandelaren zonder budget dan niet meer instaan voor de kwaliteit van zorg van de overige hemofiliepatiënten (Interview 3), maar zeker zo belangrijk is dat dit een sterke disincentive is voor concentratie van zorg: een ziekenhuis met veel hemofiliepatiënten loopt ook een groter risico op hoge lasten voor medicatie die drukken op het ziekenhuisbudget.

De patiëntenvereniging volgt ook de ontwikkelingen in de behandelmogelijkheden, zoals nieuwe stollingsproducten die op de markt komen, maar bijvoorbeeld ook de mogelijkheid van gentherapie. In Londen zijn daar vier van de zes patiënten die aan een onderzoek met gentherapie meededen met succes behandeld. Nu moet er flink gelobbyd worden om ook in Nederland aan dit onderzoek aan te haken. Gentherapie wordt door patiënten met zeldzame genetische aandoeningen als een noodzakelijke en wenselijk medisch product gezien (Medische producten: nieuw en nodig, Gezondsheidraad, 2011). De patiëntenvereniging hoopt dat medisch onderzoekers in Nederland aanhaken bij het gestarte onderzoek. Gezien de kleine patiëntenaantallen per HBC is concentratie van zorg hier overigens probleem noch oplossing: de behandelaars werken al samen bij studies om zoveel mogelijk patiënten te kunnen includeren. Een punt waarop volgens de patiëntenvereniging wel heel goed concentratie mogelijk is, is de diagnostiek. Daarvoor zou het juist heel efficiënt zijn als er een centrale registratie van patiënten zou zijn en bepaalde diagnostische tests (bijv. remmingbepalers) centraal zou worden uitgevoerd (meerdere bloedsamples op een dag tegelijk onderzoeken, in plaats van heel gespreid over de tijd) (Interview 4).

4.2 Kwaliteit en volume vanuit ziekenhuisperspectief

Om behandelcentrum te kunnen blijven was samenwerking nodig om aan de norm van 40 patiënten te voldoen; samen hebben de twee centra (Eindhoven en Maastricht) genoeg patiënten. Concreet houdt de samenwerking in dat er ziekenhuisgesprekken gehouden worden (samen patiëntbesprekingen en consultatie), en er worden gezamenlijke diensten gedaan. Alle behandelprotocollen worden geüniformeerd en in elkaar geschoven, alle procedures worden geüniformeerd. Alleen op die manier is het mogelijk om als een groot behandelcentrum te functioneren. Belangrijkste doel is de zorg voor de patiënt kwalitatief en dichtbij huis te kunnen bieden.

Om de aard van de werkverdeling en samenwerking te begrijpen is de historisch gegroeide situatie van ziekenhuizen in de regio verhelderend. In Eindhoven waren drie ziekenhuizen, het Catharina ziekenhuis, het Diaconessenhuis en het St. Joseph ziekenhuis. In 2001 zouden deze drie ziekenhuizen met elkaar fuseren tot één groot ziekenhuis Eindhoven. Op het laatste moment is die fusie niet door gegaan en zijn het Diaconessenhuis en het St. Joseph ziekenhuis gefuseerd, onder de naam Maxima Medisch Centrum. En het Catharina ziekenhuis is zelfstandig gebleven. De kinderhemofilie zat vroeger samen met de volwassenen hemofilie. Maar de kinderartsen van het huidige Maxima Medisch Centrum (MMC) werkten al voordat die ziekenhuisfusie er was samen met de kinderartsen uit het Catharina-ziekenhuis. Na de mislukte fusie zijn de kinderartsen geheel in het Catharina Ziekenhuis gaan werken en hebben zij hun werkzaamheden in het MMC gestaakt. Zo is de kinderhemofilie geheel in het Catharina ziekenhuis gebleven en dat gaat heel goed, want beide ziekenhuizen liggen 500 meter van elkaar. Volwassenen is altijd in MMC gebleven. Een tweede verandering was dat het MMC op een gegeven moment gekozen heeft voor een verandering van profiel. Het MMC locatie Eindhoven werd het ziekenhuis van alle planbare, laag complexe zorg. En dat betekent dat als Hemofiliepatiënten van locatie Eindhoven geopereerd worden – ingrepen die per definitie al complex zijn - dan is die operatie op MMC locatie Veldhoven. Veldhoven is dus de hoofdlocatie voor alle acute en complexe zaken en Eindhoven is de locatie voor alle makkelijke planbare zorg. Dat leidt ertoe dat de patiënten eigenlijk op twee locaties behandeld worden, en in hun levensloop (kind en volwassen) zelfs in drie. Ze komen in Eindhoven voor dagbehandeling en als ze geopereerd worden dan is dat in Veldhoven. En ook bij een acute bloeding in de avonduren en in de nachturen is in Eindhoven geen eerste hulp meer, dus voor eerste hulp moet iedereen in Veldhoven komen.

Voor de overgang van kinderen naar de volwassenenlocatie in Eindhoven is een heel programma van begeleiding en kennismaking opgesteld. Tijdens de overgang naar de locatie voor volwassenen wordt er een transitiespreekuur gehouden, waarbij de verpleegkundigen van de volwassenenlocatie een spreekuur meedoen op de andere locatie. De jongere patiënt kent haar dan al. Dan komt de patiënt naar de andere locatie en daar hebben we dan een heel programma van kennismaking en vertrouwd raken. Deze overgang heeft de laatste tien jaar veel aandacht gehad en dat is in alle ziekenhuizen nu goed geregeld (Interview 3).

Voor de samenwerking met Maastricht is gekozen om te voorkomen dat patiënten toch iedere keer zo'n 100 kilometer moeten reizen als ze naar Eindhoven moeten. Omdat de samenwerking breder zal zijn dan alleen de hemofilie (hematologie en oncologie ook) is besloten dat de artsen reizen.

Dat kan ook heel goed als de spreekuren en de laboratoriumbepalingen allemaal zo efficiënt mogelijk georganiseerd worden. Dat gebeurt al langere tijd in Eindhoven. De spreekuren worden zoveel mogelijk op één dag gepland. Dat is veel efficiënter, ook voor het overige personeel: de verpleegkundige en de fysiotherapeut kunnen dan opeenvolgend in hun spreekuren de patiënten ontvangen. Bovendien moet het laboratorium alle bepalingen (bloedonderzoek) doen. Het is voor het lab makkelijker om vijftien van die bepalingen tegelijk te doen zo rond diezelfde periode dan steeds eentje per maand door het hele jaar heen. Bovendien maakt het lab dan minder kosten, omdat met die labkitjes vijftien bepalingen gedaan kunnen worden voor dezelfde prijs. Een losse bepaling tussendoor kost evenveel. Dan is het dus veel goedkoper om er veel achter elkaar te doen. Bijkomend positief punt is, dat de patiënten elkaar leren kennen, ervaringen met elkaar uitwisselen, want ze zitten met elkaar in de wachtkamer. Nu Maastricht mee gaat doen, gaan zij ook op hetzelfde systeem van afspraken over (Interview 3).

Verder zijn er al langer gezamenlijke besprekingen tussen het MMC en het Catharina Ziekenhuis. Eén keer in de zes weken is er een gezamenlijke stollingsbespreking. Alle patiënten van die voorgaande zes weken, die nieuw zijn of bij wie problemen zijn geweest of die geopereerd zijn, worden besproken om te kijken of de diagnose juist is. Vervolgens of de plannen juist zijn en er complicaties zijn geweest. Daarnaast is er één keer in de drie maanden beleidsmatig overleg, waarbij afwisselend op de locatie Catharina en de locatie MMC afgesproken wordt. Dan gaat het over de toekomst en daar is nu Maastricht bij betrokken geraakt. Vanaf september 2012 gaat het Hemofiliebehandelcentrum Eindhoven en Hemofiliebehandelcentrum Maastricht over in Hemofiliebehandelcentrum Zuid Oost Nederland.

Na het samengaan met Maastricht zal de patiëntbespreking voortaan een keer in de vier weken gaan plaatsvinden, omdat je met drie centra samen veel meer patiënten te bespreken hebt. Dan wordt gebruik gemaakt van video-conferencing. De spreekuren worden dan geconcentreerd op een dag, bijv. gespreid over het jaar op vier momenten: na de kerstvakantie, in april, na de zomervakantie en in het najaar.

Over het geld moeten de ziekenhuizen nog overleggen. Want mensen uit Eindhoven gaan werken in Maastricht en omgekeerd. Dat wordt op hoog niveau nog bedacht; waarschijnlijk krijgen de zorgverleners een nul-aanstelling in de verschillende ziekenhuizen, en worden ze door het eigen ziekenhuis betaald. De inschatting is dat de salarissen over en weer wel ongeveer tegen elkaar wegvallen, omdat de locaties ongeveer even groot zijn (Interview 3).
Niet overal is concrete samenwerking als oplossing voor spreiding van expertise gekozen. Bijvoorbeeld Rotterdam voorziet de hele regio Zeeland. Dat houdt in dat de behandelaars daar regelmatig ook in andere ziekenhuizen kijken of het allemaal goed gaat. Er wordt dan ook in de regionale ziekenhuizen training en bijscholing gegeven. Dat is een heel andere oplossing om de expertise op peil te houden (Interview 3).

4.3 Kwaliteit en volume vanuit professioneel perspectief

De expliciete wijze van werken volgens de meest recente richtlijn (NVHB, 2009) wijst erop dat nu op basis van de beschikbare literatuur een aanbeveling geformuleerd is. Het niveau van

aanbeveling is gekoppeld aan de gradering van het bewijs (Leebeek en Mauser-Bunschoten, 2009). Het hierbij ervaren probleem was een gebrek aan betrouwbare gerandomiseerde onderzoeken met betrekking tot hemofilie en aanverwante bloedingsziekten (ibid.). Daarom is het niveau van aanbeveling meestal B of C berustend op bewijs van graad 3 of 4. Ondanks het gebrek aan evidentie hoopt de NVHB 'met deze richtlijn de kwaliteit van de zorg voor patiënten met hemofilie en aanverwante stoornissen te optimaliseren' (ibid.).

De rol en status van deze richtlijnen blijven echter ambigu in het tegenwoordige beleidsmilieu, vooral aangezien de vergoeding van de hemofiliezorg (samen met de HIV zorg) per 2012 verloopt via tarieven in het vrije segment (Schippers, 2012a; Schippers, 2012b; Interview 1). Op basis van de richtlijnen en veldnormen kiest Schippers ervoor om advies van de IGZ te vragen (naast de Gezondheidsraad), aangezien zij "het van belang vindt dat zij een oordeel geeft over mate waarin de veldnormen door haar als handhavingsnormen kunnen dienen en zo aansluiten bij haar wettelijke taak om toezicht te houden op de kwaliteit van de gezondheidszorg en de minister daarover te adviseren" (Schippers, 2012). Het resultaat hiervan zou een eventuele uitstroom van de hemofiliezorg uit de Wbmv kunnen zijn (Schippers, 2012), terwijl zij 2012 nog als overgangsjaar beschouwt (Schippers, 2012b), waarin de Wbmv-status voor de Hemofiliezorg gehandhaafd blijft.

Als de hemofiliezorg en met name het gebruik van stollingseenheden op ziekenhuisbudgetten gaan drukken, kunnen behandelaren maar moeilijk instaan voor de kwaliteit van zorg. Stollingseenheden zijn enorm duur, bij een eenvoudige liesbreukoperatie zijn er bijvoorbeeld wel 100.000 eenheden nodig. Het dilemma wordt wel heel schrijnend als een patiënt veel eenheden verbruikt, want bij een complicatie tijdens een operatie van een hemofiliepatiënt kan opeens miljoenen euro's meer nodig zijn. En de minister heeft gezegd dat 2,5% stijging toegestaan is ten opzichte van vorig jaar. De landelijke fluctuaties bij hemofilie laten geen geleidelijke groei van 2,5% zien. Soms wordt er in een jaar wel eens 30% minder verbruikt in een ziekenhuis, maar ook in een ander jaar weer 30% meer dan het gemiddelde. "Dus dat fluctueert zodanig dat je het niet meer kan verrekenen met andere zorg. Daar moet een andere oplossing voor komen."(Interview 3) Overigens zijn behandelaren erop gespitst om met zo weinig mogelijk stollingsfactoren rond te komen. Ten eerste zijn ze niet echt goed voor de patiënten, want ze kunnen er afweerstoffen tegen krijgen. In het verleden zijn mensen besmet met hepatitis B, hepatitis C en HIV. Dat is nu allemaal niet meer aan de hand, maar er blijft toch een kleine kans op besmettingen met onbekende verwekkers. Het is dus ook in belang van de patiënt om er zo zuinig mogelijk mee om te gaan.

Verder is het vanuit professioneel perspectief met name van belang dat door concentratie van zorg betere professionele kwaliteit kan worden geleverd. Deze is echter niet goed uit te drukken in bijvoorbeeld lagere gewrichtsschade en blijkt eerder uit de moeite die behandelaars met weinig patiënten bijvoorbeeld hebben om tijd vrij te maken voor gespecialiseerde hemofiliecongressen of landelijke behandelaarsoverleggen. Voor verpleegkundigen geldt dat de zorg vaak is ondergebracht op afdelingen hematologie, terwijl deze patiëntenpopulatie een heel andere is. Voldoende aantallen zijn dus van belang om verpleegkundigen zich te laten specialiseren in de specifieke vragen van hemofiliepatiënten.

4.4 Kwaliteit en volume vanuit patiëntenperspectief

Een belangrijke kenmerk van deze casus is de mate waarin het patiënten perspectief geïnstitutionaliseerd is. Rond 80% van de hemofiliepatiënten is lid van de NVHP, en de NVHP is actief bezig met belangenbehartiging, zowel op de medische aspecten als ook de maatschappelijk aspecten. Aandachtspunten voor hemofiliepatiënten zijn onder andere beschikbare zorg, beschikbare producten, keuzevrijheid in behandeling en stollingsproduct (Mauser-Bunschoten et al., 2011) en landelijke dekking van hemofiliebehandelcentra. Hiertoe voert de NVHP structureel overleg op nationaal en internationaal niveau. Naar aanleiding van wijzigingen in het PGB, heeft de NVHP in 2011 zowel schriftelijk als mondeling aandacht gevraagd voor de volgende thema's: persoonsgebonden budget, thuisbehandeling, en compensatie van eigen risico. Ook is input geleverd op de herziening van de wet op de bloed- voorziening die in 2012 is ingegaan.

De NVHP is ook vertegenwoordigd bij de Platform Hemofilie, dat door het ministerie van VWS in 2000 is ingesteld. Hierin zijn de hemofiliepatiënten, de hemofiliebehandelaren en de producenten van stollingsproducten vertegenwoordigd door respectievelijk de Nederlandse Vereniging van Hemofiliepatiënten (NVHP), de Nederlandse Vereniging van Hemofilie Behandelaars (NVHB), de European Plasma Fractionation Association en de Plasma Protein Therapeutics Association. Verder hebben verzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ), het ministerie van VWS en ziekenhuizen zitting in dit platform. Het secretariaat en het voorzitterschap van het platform zijn in 2004 overgegaan van VWS naar de NVHP.

Vanuit de Patiëntenvereniging (Interview 4) wordt de vraag opgeworpen wanneer je kunt spreken van 'kwaliteit van de geboden zorg'. Er zouden concrete criteria moeten zijn, waaraan die kwaliteit gemeten kan worden, zoals:

1 het aantal bloedingen dat mensen per jaar nog hebben;
2 richtlijnen voor orthopedische operaties bij hemofiliepatiënten: hoe verloopt het proces bij een knie- of heupprothese? Er zou echt een hemofiliechirurg bij betrokken moeten zijn, die advies kan inwinnen bij een orthopedisch chirurg, en revalidatiearts. En afhankelijk van wat de status van de patiënt is ook het advies uit de klinische genetica en gynaecologie nodig;
3 een patiënt zou bij trauma of geplande operatieve ingreep ook altijd naar een ziekenhuis moeten gaan waar men stollingsproducten op voorraad heeft;
4 een goede ontwikkeling is, dat in de HKZ-normen nu is opgenomen dat er overleg moet zijn tussen specialisten en dat een hoofdbehandelaar aangewezen wordt.

Verder is het van belang dat er goede voorlichting komt naar mensen met milde vormen van hemofilie. Zij moeten weten op welke situaties ze alert moeten zijn: bijvoorbeeld als ze kiezen laten trekken bij de tandarts, een prostaatoperatie ondergaan, dat zijn situaties waarbij de patiënten zelf moet melden dat ze hemofilie hebben. Datzelfde geldt ook voor vrouwen die draagster zijn, ook zij lopen risico op grotere nabloedingen.
De patiëntenvereniging vindt dat er voor een verantwoorde spreiding minimaal 10 hemofiliecentra moeten blijven. Risico's bij verdere concentratie van behandelcentra voor hemofilie (met een beperking tot bijvoorbeeld maar zes centra) zijn volgens de NVHP:

1 De spreiding over het land. Mensen met een milde vorm van hemofilie zijn er niet aan gewend om zelf stollingsproducten toet te dienen en in geval van letsels lopen zij dus het risico van bloedingen die in een laat stadium pas aangepakt kunnen worden.
2 Wat in elk geval zou helpen, is dat ambulancepersoneel snel kan constateren dat het om iemand met hemofilie gaat. Dat is bijvoorbeeld beter zichtbaar als mensen een medaille dragen waaruit dat blijkt in plaats van een medic alert kaartje dat ergens in hun portefeuille zit.
3 Ook zouden regionaal op enkele plekken stollingsproducten opgeslagen kunnen worden (ziekenhuis of huisartsenpost). Bloedingen in het hoofd moeten bijvoorbeeld heel snel behandeld worden.
4 Te weinig mogelijkheden tot zelfmanagement, bij verdere concentratie moeten er meer mogelijkheden geboden worden voor gespecialiseerde verpleegkundigen op regionaal niveau voor de hulp bij zeldzame ziektes. In geval van acute problemen moeten snel stollingsproducten toegediend worden door bv professionals. Maar een patiënt kan ook snel naar een HBC rijden als men daar ingeseind is om de stollingsproducten toe te dienen. Dat werkt net zo snel. Echter bij ouders van jonge kinderen die nog niet zelf kunnen prikken dan moet er wel ondersteuning redelijk dichtbij huis zijn. Op dit moment is er een thuisservice door de farmaceut betaald, die hierin voorziet. Deze thuisservice zou in de verzekerde zorg opgenomen zou moeten worden.

5 Resultaten van concentratie van zorg bij hemofilie

5.1 Resultaten van concentratie vanuit maatschappelijk perspectief

Wetenschappelijk gezien is er in de hemofilie zorg al vooruitgang geboekt (NVHB, 2009). Onder de noemer van concentratie zou het een vooruitgang betekenen als er een landelijk registratiesysteem komt waarin alle patiënten zijn opgenomen. Al zeker tien jaar wordt gezegd

dat uniformering in de registratie moet komen, maar dat is nog niet gebeurd. De meeste behandelcentra hebben hun eigen systeem en ieder heeft zo zijn eigen belangen om daaraan vast te houden. In het door de HKZ voorgestelde certificeringstraject is een landelijk registratiesysteem benoemd als een belangrijke voorwaarde. En het zou een mogelijkheid kunnen zijn, dat een groot centrum als bijvoorbeeld Utrecht (met het grootste aantal patiënten: 700-800) die centrale coördinatietaken op zich neemt (Interview 3). Dus in Utrecht alle patiënten registreren in een elektronische database, waar regionale centra toegang tot hebben. Die regionale centra houden dan toch hun expertise, omdat ze in principe de patiënten krijgen die daar in de regio wonen. Centraal worden dan ook de behandelplannen gemaakt, want daar wordt iedereen uniform in kaart gebracht. De zorgverleners in de regionale centra moeten dan getraind worden door Utrecht en de regionale teams moeten ook regelmatig nog operaties verrichten om de expertise te behouden. En dat kan vanuit Utrecht het als het ware verdeeld worden over het land, zodat bijvoorbeeld voortaan niet meer elke patiënt uit Zeeland in Utrecht geopereerd hoeft te worden, maar dat het gewoon in Middelburg kan, omdat daar ook die expertise is. "Ik denk dat als je zorgt voor goede spreiding over het land, dat zo'n zeven tot acht centra genoeg is." (Interview 3).

5.2 Resultaten van concentratie vanuit ziekenhuis perspectief

Zoals boven beschreven is er bij een eerdere poging om het aantal HBC's te reduceren (2003) weerstand vanuit de NVZ ontstaan, terwijl wij historisch gezien een incrementele concentratie van hemofilie zorg kunnen waarnemen.

In het tegenwoordige kader vormt vooral de onzekerheid met betrekking tot financiering een struikelblok (zie boven). Het is de vraag wat de reactie vanuit DBC-Onderhoud zal zijn op het verzoek om hemofiliepatiënten apart te declareren, afwijkend van de bestaande boomstructuur. En het zal veel uitmaken of de hemofiliezorg wel of niet binnen de AWBZ blijft.

Verder heeft concentratie en de vereiste HKZ certificatie en standaardisatie invloed op de laboratoria in ziekenhuizen. Voor het stellen van een diagnose (hemofilie-A, -B of de ziekte van von Willebrand) is het vereist dat het laboratorium referentiewaarden vaststelt. Hiervoor moeten monsters van gezonde individuen worden bepaald met dezelfde methode als waarmee de monsters van de hemofilie patiënten worden bepaald. Voor het vaststellen van referentiewaarden dienen minimaal 40 personen te worden geselecteerd met een evenwichtige verdeling in leeftijd en geslacht (Meijers et al., 2009).

5.3 Resultaten van concentratie vanuit professioneel perspectief

De hemofiliebehandelaren houden de KWARK- registratie bij (kwartaaladministratie). Het betekent dat alle behandelaren elke drie maanden alle complicaties melden, besmettingen met virussen, bloedingen die geweest zijn, mensen die overleden zijn, waaraan ze zijn overleden. Want patiënten kunnen overlijden aan een bloeding, maar ze kunnen ook doodgaan aan bijvoorbeeld aids. Dat systeem bestaat nu tien jaar. Binnenkort zal er een overzicht van gemaakt worden, dat in een publicatie zal uitmonden. Deze registratie is uniek in de wereld. Belangrijkste doel is de bewaking van de kwaliteit en verbetering van de zorg, maar er kunnen eventueel ook patronen in de uitkomstmaten ontdekt worden.

Verder krijgt elk HBC elk jaar het overzicht van de apotheek met gegevens over welke patiënten hoeveel eenheden hebben gebruikt. En ook hoeveel dat gekost heeft. Zodat elk HBC ook weer een planning kan maken, want ook aan de kosten kan afgeleid worden of iets incidenteel was, of dat er een patroon herkend kan worden.

5.4 *Resultaten van concentratie vanuit patiënten perspectief*

De bereikbaarheid voor acute zorg is door concentratie lager geworden, net als de keuzevrijheid om zelf een behandelaar te kiezen. Er zijn echter ook recente initiatieven om deze consequenties tegen te gaan door een sterke inbedding van e-health, bijvoorbeeld in het Rijnmond Zorgportaal. Dit initiatief is echter nog niet over de gehele patiënten populatie uitgerold, waardoor de uitkomsten daarvan ook nog niet kunnen worden gemeten.

Vanuit de patiëntenvereniging wordt benadrukt, dat meer helderheid geboden moet worden over wat 'kwaliteit van zorg 'is. Om daar uitspraken over te kunnen doen, moet er veel meer gemeten en geregistreerd worden, bijvoorbeeld hoeveel bloedingen mensen per jaar nog hebben (ondanks alle middelen en zorg). Ook zijn er striktere richtlijnen nodig voor operaties bij hemofiliepatiënten. En tenslotte, zouden patiënten voor trauma en operaties alleen nog maar naar ziekenhuizen moeten gaan waar stollingsproducten op voorraad zijn.

Verdere concentratie zou op dit moment tot te grote risico's leiden. Als dat gebeurt, moeten meer patiënten zelf stollingsproducten mogen toedienen, regionaal meer stollingsproducten opgeslagen worden en moet het ambulancepersoneel sneller kunnen constateren dat het om een hemofiliepatiënt gaat (medaille voor patiënten).

6 Conclusie organisatie, volume en kwaliteit bij hemofilie

Bij zeldzame en kosten-intensieve, hoog complex ziektes zoals de hemofilie zijn er in het bijzonder twee stakeholders die de concentratie niet noodzakelijk steunen: ziekenhuizen, die door concentratie een belangrijke gespecialiseerde functie verliezen en patiënten, die door concentratie verder moeten reizen voor hun reguliere hemofiliezorg, maar ook om de vereiste multidisciplinaire zorg te krijgen die bij chirurgische ingrepen nodig is. Deze spanning zien wij vooral in de beleidsgeschiedenis terug die wij hierboven kort geschetst hebben.

De definitie van kwaliteit in de Nederlandse hemofiliezorg is sterk door veldnormen bepaald. Deze veldnormen (NVHB, 2009) zijn door medische experts zelf gedefinieerd. Een respondent stelt dat de volumenormen van 40 patiënten (waarvan 10 kinderen), niet per definitie gebaseerd zijn op wetenschappelijk evidentie maar eerder op een pragmatische en consensus gebaseerde insteek. Dat blijkt ook uit de opmerkelijke divergentie in profylaxe praktijken internationaal gezien (Berntorp et al., 2003; Colvin et al., 2008; O'Mahony et al., 2010; Interview 1). Zoals boven beschreven is de patiëntenbeweging in de hemofiliezorg vrij sterk geïnstitutionaliseerd en hun belangen lijken goed te worden meegenomen. De patiëntenvereniging (NVHP) en de vereniging van behandelaren (NVHB) overleggen regelmatig over belangrijke zaken. Eerder onderzoek laat zelfs zien dat eerder behandelaren dan patiënten 'gemarginaliseerd' zijn in de behandelingssituatie, vooral in de thuisbehandeling (Zuiderent-Jerak, 2010).

7 Discussie organisatie, volume en kwaliteit bij hemofilie

Bij een zeldzame ziekte als hemofilie is al veel langer de discussie gaande over concentratie van de zorg. Knelpunt is dat de stollingsfactoren die patiënten nodig hebben erg duur zijn. Verdere concentratie roept de vraag op of dat in termen van kosten iets oplevert. Als er minder behandelcentra zijn, geeft de patiëntenvereniging duidelijk aan, dat het dan nodig zal zijn om de risico's voor bloedingen met aanvullende maatregelen te voorkomen. Die maatregelen kunnen duur uitvallen. Enerzijds kan er besloten worden om dan meer patiënten (ook degenen met een lichtere vorm van hemofilie) zelf stollingsproducten te laten toedienen. Dat is niet eenvoudig, er is een leertraject voor nodig om het jezelf toe te dienen. Dat wordt patiënten die maar 1 x per jaar een bloeding hebben niet aangeleerd, omdat ze het te weinig doen om de vaardigheden te onderhouden. Dat zou betekenen dat er meer stollingsfactoren dichterbij meer mensen op voorraad moeten zijn. En die stollingsproducten zijn erg duur. Het is dus de vraag of verdere concentratie niet eerder tot kostenverhoging, dan kostenverlaging leidt.

De kwaliteit van zorg krijgt veel aandacht, vooral omdat de patiëntenvereniging en de vereniging van behandelaren veelal gezamenlijk belangrijke veranderingen bespreken. Ook uit de voorbeeldcasus blijkt dat doelmatigheid samengaat met faciliteren van patiënten. De reden om samen te werken is vanuit het perspectief van het ziekenhuis en de professionals gericht op het behalen van de kwaliteitsnorm: minimaal 40 patiënten. Maar daar komt bij dat de samenwerking met Maastricht vooral het perspectief van de patiënten voorop stelt, namelijk de spreiding van expertise in zuidoost Nederland. Patiënten uit de omgeving van Maastricht worden niet gedwongen om naar Eindhoven te reizen, maar vinden de expertise dichtbij huis.

Concentratie van de zorg is bij hemofiliezorg geen strijdpunt, maar een historisch gegroeid aandachtspunt, waarbij alle belanghebbende partijen betrokken worden in de besluitvorming. Maar dat heeft ook als consequentie dat concentratie een langlopend en moeizaam proces is, waarbij criteria steeds weer worden vastgesteld en bediscussieerd, en er behoefte blijft aan het koesteren van de professionele drive voor verbetering en externe druk om concentratie en verdere samenwerking te stimuleren.

8 Literatuur hemofilie

Berntorp E, Astermark J, Björkman S, Blanchette VS, Fischer K et al. Consensus perspectives on prophylactic therapy for haemophilia: summary statement. *Haemophilia*, 2003; May 9 Suppl 1:1-4

Colvin BT, Astermark J, Fischer K, Gringeri A, Lassila R et al. Inter Disciplinary Working Group. European principles of haemophilia Care. *Haemophilia*, 2008; 14(2):361-74

College voor Zorgverzekeringen. *Evaluatie Beleidsvisie Hemofilie, nulmeting.* Rapport 02/86. Amstelveen, CVZ, 2002

College voor Zorgverzekeringen. *Vervolgevaluatie Beleidsvisie Hemofilie.* Amstelveen: CVZ, 2003

Gezondheidsraad. *Medische producten: nieuw en nodig! Achtergrondstudies bij de investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten.* Den Haag: Gezondheidsraad, 2010

Kruip MJHA, Leebeek F. *Behandeling van hemofilie-A en –B*. In: NVHB, 2009, p.25-38

Leebeek F, Mauser-Bunschoten EP. Inleiding. In: NVHB. *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostasestoornissen.* 2009; p.9-11

Leebeek FWG, Mauser-Bunschoten EP, Meer J van der. *De organisatie van de hemofiliezorg in Nederland*. In: NVHB, 2009; p.155-63

HKZ. *Certificatieschema Hemofiliebehandelcentra. Versie 2011.* Vastgesteld door het Central College van Deskundigen voor de Zorg en Welzijn (CCvD-Z/W) op 5 december 2011

Leebeek F. *Hemofiliezorg: normering en certificering*. (presentatie) Algemene Ledenvergadering NVHP, 14 april 2012

Mauser-Bunschoten EP, Roosendaal G, Berg HM van den. Product choice and haemophilia treatment in the Netherlands. *Haemophilia*, 2001; 7(1):96-8

Meijers JCM, Groot PHG de, Mourik JA van. *Laboratoriumdiagnostiek van hemofilie-A, -B en de ziekte van von Willebrand.* In: NVHB, 2009; p.13-23

Nederlandse Federatie Universitaire Medisch Centra (NFU). Jan Kimpen. *UMC's als zorginnovator*. (presentatie) Algemene Ledenvergadering NVHP, 14 april 2012

NVHB. *Richtlijn: Diagnostiek en behandeling van hemofilie en aanverwante hemostasestoornissen.* Den Haag: NVHB, 2009

NVHB i.o./CBO. *Consensus bijeenkomst. Behandeling van Hemofilie.* Den Haag: NVHB i.o./CBO, 1987

NVHP/CBO/NVHB (1996) *Syllabus Consensus Hemofilie: behandeling en verantwoordelijkheid.* Den Haag: NVHP/CBO/NVHB, 1996

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Nieuwsbrief 44, oktober 2003

O'Mahony B, Noone D, Giangrande PL, Prihodova L. Haemophilia care in Europe: a survey of 19 countries. *Haemophilia,* 2010; 17(1):35-40

Schipper-Reintjes EMGJ, Dekker FM. *Organisatie, kwaliteit en veiligheid van de hemofilie-behandeling vanuit de patiënt gezien: visie van de Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten.* In: NVHB, 2009; p.165-9

Schutgens REG, Mauser-Bunschoten EP. *De ouder wordende hemofiliepatiënt en comorbiditeit.* In: NVHB, 2009; p.101-14

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie hemofilie.* (Nr.CSZ/ZT-9820982). Staatscourant, 1999; 161:8

Zuiderent-Jerak T.Embodied Interventions - Interventions on Bodies; Experiments in practices of science and technology studies and hemophilia care. *Sci Techn Human Values*, 2010; 35(5):677-710

5 *Organisatie, volume en kwaliteit bij borstkankerzorg*

Tineke Broer en Phil Heiligers

Per jaar krijgen ongeveer 15.000 mensen borstkanker, dat is inclusief borstkanker in een vroeg stadium. Er sterven ruim 3000 mensen aan borstkanker (www.iknl.nl). De meeste patiënten zijn vrouwen maar ook mannen kunnen borstkanker krijgen. Waar tien jaar geleden nog nauwelijks mammapoli's bestonden, hebben veel ziekenhuizen nu een mammapoli. Hier is de diagnostiek, behandeling en nazorg van borstkankerpatiënten geconcentreerd en is efficiëntie een belangrijke waarde, vertelt een van onze respondenten die aan de basis heeft gestaan van deze ontwikkeling.

Voor kankerzorg in het algemeen is er in een aantal artikelen een verband aangetoond tussen volume en uitkomstindicatoren waaronder mortaliteit met name wanneer het gaat om hoogcomplexe ingrepen(Begg et al., 1998; Hillner et al., 2000). Voor borstkanker meer specifiek is in een aantal studies ook een positief verband aangetoond tussen ziekenhuizen met een hoog volume enerzijds en mortaliteit, morbiditeit, complicaties, de duur van het verblijf in het ziekenhuis en het toepassen van borstbesparende operaties anderzijds (Hillner et al., 2000; Guller et al., 2005).

Medio 2010 maakte zorgverzekeraar CZ bekend sommige ziekenhuizen niet meer te contracteren wat betreft borstkankerzorg, omdat het aantal operaties minder dan 70 per jaar was. Anders geformuleerd: omdat deze ziekenhuizen niet aan de "kwaliteitskaders" van CZ voldoen. Naast het aantal operaties per ziekenhuis hanteerde CZ een aantal andere kwaliteitsnormen, waaronder de uitkomsten van de CQ-index over patiëntenervaringen. Deze maatregel van CZ heeft tot veel ophef en een rechtszaak geleid en is in de media uitvoerig besproken: "Statistisch kan niet iedereen 'bovengemiddeld' zijn. Deze simpele waarheid hardop zeggen blijft echter veel emoties oproepen," zo schrijft Marc Berg (2010) in Zorgvisie.

Dat er wellicht goede redenen aan deze emoties ten grondslag liggen beschrijft Berg niet. Andere artikelen gaan daar wel op in. Zo stonden chirurgen, zelfs zij die niet werkzaam zijn in de 'gedupeerde' ziekenhuizen, over het algemeen afwijzend tegenover de maatregel omdat het tot "onnodige onrust" leidt bij patiënten (Volkskrant, 2010) Ziekenhuizen en specialisten vragen zich verder af waar de normen op gebaseerd zijn en in hoeverre het aan verzekeraars is in plaats van bijvoorbeeld aan de IGZ om deze volumenormen op te stellen en te handhaven (NieuwsReflex, 2010). Bovendien hebben andere zorgverzekeraars andere criteria en rekenden zij sommige ziekenhuizen van de 'zwarte lijst' van CZ tot de beste ziekenhuizen wat betreft behandeling voor borstkanker (NieuwsReflex, 2010). De IGZ, de voormalige minister Klink, de NPCF en KWF Kankerbestrijding daarentegen hebben positief gereageerd op "de keuze voor kwaliteit" van CZ (Croonen, 2010). DE IGZ gaf ook wel aan dat de lijst "mogelijk tot onnodige ongerustheid" bij patiënten kon zorgen (www.igz.nl).

Ook de Borstkankervereniging Nederland (BVN) ondersteunt het initiatief van CZ om te sturen op kwaliteitscriteria en transparantie daarvan. De directie van de BVN zegt dat verzekeraars in het huidige zorgveld een grote rol spelen bij het inkopen van zorg en dat het naar patiënten toe belangrijk is dat de kwaliteitscriteria van zorgverzekeraars afgestemd zijn op die van BVN. "Mensen vragen zich af of ze op de goede plek behandeld worden. We werken daarom met CZ toe naar één en dezelfde set criteria om patiënten duidelijkheid te bieden (...), het hanteren van verschillende criteria leidt alleen maar tot verwarring." Bovendien is hun visie, zoals de directeur verwoordt: "In onze visie is concentratie voor levensbedreigende ziektes zoals borstkanker belangrijk en de weg daar naartoe is transparantie.".

1 Aanleiding voor concentratie van borstkankerzorg

Een van de ziekenhuizen die op de 'zwarte lijst' van CZ stond was het Maasziekenhuis in Boxmeer. Hoewel ze van de BVN nog een zogenaamd 'roze lintje' hadden ontvangen, voldeden ze in 2010 niet aan de norm wat betreft het aantal operaties per ziekenhuis/chirurg zoals opgesteld

door CZ. Vanaf januari 2011 zouden borstkankeroperaties van het Maasziekenhuis niet meer vergoed worden door CZ. Voor het Maasziekenhuis kwam dat onverwacht, zo vertelt een manager: "Ja, toen zo'n CZ daarmee begon, dat kwam uit de lucht vallen dat dat opeens 50 of 70 per jaar moeten zijn, als je het niet haalt, dan sta je in een keer op de zwarte lijst (...) met naam en toenaam.".

Naar aanleiding hiervan hebben bestuurders van het Maasziekenhuis te Boxmeer en het Radboud Ziekenhuis te Nijmegen besloten de al bestaande samenwerkingsverbanden tussen de twee ziekenhuizen te intensifiëren, onder andere op het gebied van borstkankerzorg. Daartoe is in 2011 het RUCO opgestart, het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie. In dit centrum is zowel het Maasziekenhuis- als het Radboudpersoneel werkzaam. Vanuit beide ziekenhuizen kunnen patiënten terecht. Het RUCO is een apart centrum en kent een eigen directeur. Het RUCO telt daarom als een eenheid voor het aantal operaties en voldoet daarmee aan de volumenormen van CZ. Het RUCO is zowel in Beugen als in Nijmegen gevestigd. Artsen vanuit Nijmegen en sommige andere specialisten zijn zowel in Nijmegen als in Beugen werkzaam. Artsen reizen dus heen en weer tussen de twee locaties.

Voor deze samenwerking waren twee belangrijke aanleidingen, zo vertelt de clustermanager van het RUCO. Ten eerste wilden de ziekenhuizen een sterke tegenhanger vormen wat betreft oncologische zorg ten opzichte van andere zorgaanbieders waaronder een in de toekomst waarschijnlijk te openen topinstituut voor oncologische zorg vlak naast de huidige locatie van het Maasziekenhuis (HansaOncologyClinics). Uit een artikel in Zorgvisie (2009) is op te maken dat het beschermen van de eigen zorgmarkt een belangrijke aanleiding is geweest voor de bouw van het RUCO: "Met deze kankerkliniek doet het UMC St. Radboud een tegenzet in de strijd om kankerpatiënten in Zuid-Oost Gelderland. Volgens Melvin Samsom, lid van de Raad van Bestuur van het UMC, is het plan vooral bedoeld om de eigen zorgmarkt te beschermen." Ten tweede en daaraan gerelateerd wil het RUCO voldoende volume per ziekenhuis en per chirurg creëren. Hoewel het Radboud al voldoende operaties had, ook per chirurg, was het grote volume goed voor de studies die ze uitvoeren. Ze kunnen dan "de populatie uit deze regio" meenemen in de studies, zo vertelt de clustermanager. Bovendien denkt ze dat het RUCO "vergroting van de naambekendheid" van beide ziekenhuizen oplevert.

2 De trekkers en duwers van concentratie van zorg

De clustermanager van het RUCO vertelt dat de bestuurders van het UMC St. Radboud en het Maasziekenhuis de initiatiefnemers zijn geweest voor de samenwerking. Een oncoloog geeft aan dat ook de radiotherapeuten belangrijk zijn geweest bij de oprichting van dit initiatief. Waar voor sommige betrokken Radboudspecialismen, zoals de medische oncologie, de aantallen patiënten niet per se toenemen door het RUCO, stelt het andere Radboud-specialisten zoals de radiotherapeuten in staat om hun zorg uit te breiden en te verspreiden over de regio. Ze kunnen daarmee meer patiënten behandelen op verschillende plekken. De Maasziekenhuisoncoloog vertelt daarom dat de verschillende afdelingen in het Radboud "in verschillende mate enthousiast" zijn en dat hangt weer af van de hoeveelheid winst die de betreffende discipline met de samenwerking kan halen, zo legt ze uit.

Specialisten van het Maasziekenhuis zijn ook in wiselende mate enthousiast. Dat hangt deels af van de mate waarin ze enthousiast zijn over de werkwijze van het UMC St. Radboud en over het feit dat ze deels hun werkwijze daarop moeten aanpassen. Door het RUCO worden protocollen en het beleid van het Maasziekenhuis zoveel mogelijk afgestemd op het UMC St. Radboud. Dat betekent dat vooral chirurgen van het Maasziekenhuis aanpassingen moeten maken in hun werkwijze. Dat blijkt ook uit het feit dat een oncologisch chirurg van het UMC St. Radboud, tevens keteneigenaar van de mammaketen binnen dat ziekenhuis, een grote rol speelt in het, zoals ze het zelf uitdrukt, "glad maken" van de keten. Hierbij wordt de werkwijze van het RUCO zoveel mogelijk gelijk gesteld aan die van de al bestaande Radboudketen.

De twee oncologen die wij hebben gesproken, een werkzaam in het Maasziekenhuis en een in het UMC St. Radboud, zijn enthousiast over het RUCO en over de samenwerking tussen de twee

ziekenhuizen. De oncoloog van het UMC St. Radboud denkt dat de Maasziekenhuisartsen "blij zijn met het RUCO, want het geeft hen de mogelijkheid om verschillende soorten patiënten te zien en om toegang te krijgen tot de MRI. De lijntjes worden natuurlijk ook steeds korter als er nog op meer fronten samen wordt gewerkt." Een Maasziekenhuisarts zelf zegt daarover dat ze het "een prima constructie" vindt, omdat ze nu "over de grenzen van ziekenhuizen heen opereren, letterlijk en figuurlijk". Ook de clustermanager geeft aan dat de reacties van specialisten "doorgaans goed" zijn: "Beide medische staven voelden: we moeten het gewoon samen doen, en niet het concurrentiemodel maar de samenwerking opzoeken. Dan kun je veel bereiken." Ze voegt toe dat die reacties mede goed zijn "omdat je niet aan elkaars patiënten zit".

3 Concentratie van zorg bij Borstkankerzorg

Het RUCO is gevestigd in de nieuwe locatie van het Maasziekenhuis, in Beugen. De directeur van het RUCO is een radiotherapeut van het UMC St. Radboud. Binnen het RUCO zijn er twee soorten patiëntstromen: er zijn Maasziekenhuispatiënten en patiënten van het UMC St. Radboud. Ook de chirurgen komen zowel van het Maasziekenhuis als van het UMC St. Radboud. Patiënten van het Maasziekenhuis komen terecht bij Maasziekenhuisartsen, en patiënten van het UMC St. Radboud bij artsen van het UMC St. Radboud. Vandaar de opmerking dat ze "niet aan elkaars patiënten" zitten.

Die samenwerking in het RUCO levert op drie manieren meer volume op, met name voor Maasziekenhuisartsen. Ten eerste, vertelt een Radboud-oncoloog, worden de aantallen hoger omdat "ze de manier van ons hadden overgenomen, van elke dag beschikbaar zijn en zorgen dat je plek hebt en dan stroomt het wel vol". Dus door de grotere toegankelijkheid en door het grotere aanbod komt er ook meer vraag, is haar redenering. Ten tweede, zo vertelt de clustermanager van het RUCO: "Als er een norm gesteld wordt vanuit de zorgverzekeraar dat er minimaal zoveel operaties moeten plaatsvinden dan zou je de tweede helft van het jaar kunnen kijken, als je dit per jaar moet doen dan moet je in principe deze aantallen per halfjaar geopereerd hebben. Gaat dat erg uit de pas lopen, dan kan er gedacht worden aan opereren op locatie Radboud." Dat is mede mogelijk doordat het beleid en de protocollen die ze nu ontwikkelen worden afgestemd met het UMC St. Radboud, zo vervolgt ze. Daardoor is het gemakkelijker voor Maasziekenhuisspecialisten om te opereren in het UMC St. Radboud. Ten derde maakt het initiatief het gemakkelijker om het aantal operaties/patiënten vast te houden of te vergroten, omdat het Maasziekenhuis nu een "satellietorganisatie" is van het UMC St. Radboud en daarmee een voorkeursbehandeling krijgt in termen van verwijzingen, vertelt de Maasziekenhuisoncoloog. Doordat de twee ziekenhuizen deze samenwerking zijn aangegaan heeft de maatregel van CZ geen rechtstreekse financiële gevolgen gehad voor het Maasziekenhuis. De "verregaande samenwerking" is in het RUCO in 2011 van start gegaan en dat wasd ook het moment waarop de maatregel van CZ daadwerkelijk uitgevoerd zou worden.

Naast meer volume betekent de samenwerking in het RUCO ook dat ze "nieuwe disciplines in huis (kunnen) halen", vertelt een oncoloog. Zo zijn er binnenkort radiotherapeuten werkzaam in het RUCO. Dat betekent dus dat patiënten niet doorverwezen hoeven te worden naar een andere locatie om bestraald te worden. Ook is er nu al een oncologisch uroloog in het RUCO werkzaam. Bovendien betekent de samenwerking dat de continuïteit van zorg gewaarborgd kan worden. Als er artsen uitvallen, zoals onlangs in het Maasziekenhuis is gebeurd, dan kunnen artsen van het UMC St. Radboud het gemakkelijker overnemen. Daarom lijken betrokken oncologen in het algemeen positief te staan ten opzichte van dit initiatief, in elk geval de twee die wij in het kader van deze casus hebben gesproken.

Een van de grootste knelpunten in de casus, zeker vanuit de clustermanager gezien, lijkt het goed op elkaar afstemmen van de twee financiële stromen. De twee ziekenhuizen investeren beide in het RUCO, en de opbrengsten worden dan ook zoveel mogelijk evenredig verdeeld. De clustermanager vertelt daarover: "Die financiële stroom in kaart brengen dat is nog wel een proces op zich geweest. Je kan niet zomaar pro deo diensten blijven leveren. En je moet ook in de gaten hebben als een bepaald onderzoek in het UMC St. Radboud niet aangevraagd mag worden en het wordt hier wel aangevraagd. Dat blijkt dan veel euro's te kosten. Dus dat moet je aanvoelen

en bespreekbaar maken." Ook het personeel dat in het RUCO werkzaam is, is voornamelijk Maasziekenhuis-personeel met uitzondering van de artsen: de spreekuurassistent, de verpleegkundige, de baliemedewerkers. Omdat het lastig was die financiële stromen in het begin goed in kaart te brengen, ook omdat ze nog niet goed wisten hoe het allemaal zou gaan lopen en wat de verdeling precies zou gaan worden, registreren ze nu heel goed wie wat doet en wie welk onderzoek aanvraagt. Ze kijken bijvoorbeeld: "wat kan dit team van Maasziekenhuispersoneel erbij doen ten gunste van de Radboudartsen. En waar gaat het uit de pas lopen? Op het moment dat blijkt dat het uit de pas gaat lopen, gaat de clustermanager in gesprek met de directeur van het RUCO en van het Maasziekenhuis.

4 De relatie tussen kwaliteit van zorg en volume bij Borstkankerzorg

4.1 Kwaliteit en volume vanuit maatschappelijk perspectief

De clustermanager van het RUCO geeft aan dat de meest positieve opbrengst van het RUCO is dat de "uitstraling" verbetert. Patiënten weten hierdoor dat ze in het RUCO goede zorg krijgen. Bovendien werkt de uitstraling ook naar huisartsen, aangezien zij de "toeleveranciers" zijn. Die uitstraling zou gezien kunnen worden als een meer maatschappelijk effect van het RUCO.

4.2 Kwaliteit en volume vanuit ziekenhuis perspectief

Zoals hierboven al beschreven zorgt de samenwerking binnen het RUCO ervoor dat het Maasziekenhuis "nieuwe disciplines in huis (kan) halen". Dat is een belangrijke verbetering op ziekenhuisniveau. Het maakt dat het overleggen gemakkelijker gaat en dat patiënten gemakkelijker en laagdrempeliger kunnen worden doorverwezen, zo vertellen zowel de clustermanager als de Maasziekenhuis-oncoloog. Bovendien willen ze als ziekenhuis een sterke tegenhanger vormen ten opzichte van andere oncologische zorgaanbieders, en het RUCO maakt dat mogelijk.

4.3 Kwaliteit en volume vanuit professioneel perspectief

De oncologen die voor deze casus zijn gesproken zijn in het algemeen enthousiast over het RUCO en het samenwerkingsverband tussen het Maasziekenhuis en het UMC St. Radboud. Zo zegt een van de artsen dat het gemakkelijker is om onderling te overleggen en om elkaars gegevens in te zien. Een andere oncologisch chirurg betoogt dat het voor de patiënt beter is als je grote aantallen maakt, dat dat de kwaliteit van zorg verhoogt. "Ben ik echt van overtuigd. Ik vind het slecht als ze zeggen: doe er maar twintig. (...) Het is ook jouw cosmetische blik, het blijft decolleté en ik vind het heel belangrijk dat je zo werkt dat je zo min mogelijk lelijke wonden ziet." Ze zegt dat aantallen bij borstkankerzorg niet zo belangrijk zijn om complicaties te voorkomen, ook omdat er geen levensbedreigende complicaties voorkomen bij borstkankeroperaties. Maar, zegt ze nog een keer: "Aantallen heb je wel nodig om het mooi te krijgen en goed uitleg te kunnen geven. En om misschien de kans op niet-radicale randen ook zo klein mogelijk te maken. Maar het wil niet zeggen dat als je heroperaties moet doen, dat je dus gefaald hebt." Volgens haar is het behalen van een bepaald volume per chirurg met name belangrijk voor het goed en mooi afwerken van de wond en voor het goed kunnen geven van informatie aan patiënten. Dat roept de vraag op of een abstracter criterium zoals volume van zorg mogelijk meer ruimte biedt voor professionele afweging. Als zorgverzekeraars zich bijvoorbeeld meer op concrete uitkomsten zouden richten bij de inkoop van zorg zouden professionals mogelijk minder ruimte hebben om zelf hun criteria voor goede zorg te bepalen. Als het gaat over een abstracter criterium zoals het aantal operaties – onafhankelijk van bijvoorbeeld het aantal heroperaties – zou dat professionals misschien meer ruimte bieden voor het afwegen van de concretere uitkomsten van zorg.

4.4 Kwaliteit en volume vanuit patiëntenperspectief

Een van de thema's in de discussie over volume van zorg die vaak wordt genoemd is de bereikbaarheid voor patiënten. Concentratie van volume lijkt meestal te leiden tot afname van de bereikbaarheid, omdat het aantal zorgaanbieders en dus het aantal plaatsen waarop die specifieke zorg wordt geleverd, afneemt. Interessant aan deze casus is dat de samenwerking in het RUCO juist voor meer spreiding en daarmee voor meer bereikbaarheid voor patiënten kan leiden. De zorg in het Maasziekenhuis wordt nog steeds vergoed door CZ. Bovendien neemt het aantal aanwezige specialismen daar toe door het bestaan van het samenwerkingsverband. Dit jaar zal het waarschijnlijk nog mogelijk zijn om in het Maasziekenhuis ook bestraald te worden, omdat er zogenaamde bestralingsbunkers worden gebouwd. Zeker voor een intensieve behandeling als bestraling (30 dagen, op iedere werkdag), bespaart dit de patiënt veel reistijd en daarmee waarschijnlijk ook veel energie, zo vertelt de clustermanager. Ook de oncoloog aldaar vertelt dat het RUCO "een manier (is) om spreiding mogelijk te maken", door met zo'n grote partner samen te werken. Aan de andere kant is het "een vorm van opschaling", omdat de aantallen per chirurg door het RUCO kunnen toenemen en in elk geval vast kunnen worden gehouden. Voor patiënten is die spreiding fijn, zo denken de geïnterviewde oncologen en de clustermanager. Een van de oncologen had verwacht dat met name jonge mensen toch eerder voor een academisch ziekenhuis zouden kiezen. Ze schat dat het nu zo is dat 90% van de patiënten in de regio wil blijven. Die mensen kiezen voor spreiding van zorg, concludeert ze. Daarmee maakt het RUCO dus zowel spreiding van zorg als voldoende aantallen per chirurg mogelijk. Volgens de gesproken oncologen en clustermanager vergroot dit de kwaliteit van zorg voor patiënten en de bereikbaarheid.

5 Resultaten van concentratie van zorg bij Borstkankerzorg

Er zijn weinig concrete resultaten te vermelden. Dat niet betekent dat die er niet zijn. Deels zijn de concrete resultaten onderdeel van strategische informatie en daarmee niet publiek, zeker met het oog op het mogelijk te starten HansaOncologyClinics.

5.1 Resultaten van concentratie vanuit maatschappelijk perspectief

Over de kosten van het RUCO hebben we geen informatie. Deels worden de financiële stromen nu gedetailleerd in kaart gebracht. De spreekkamers zijn nu nog niet de hele tijd in gebruik maar de clustermanager hoopt dat ze in de toekomst tien dagdelen per week allemaal gebruikt zullen worden.

5.2 Resultaten van concentratie vanuit ziekenhuisperspectief

Een belangrijk resultaat voor het Maasziekenhuis is sowieso dat ze borstoperaties mogen blijven uitvoeren en dat Maasziekenhuisoncologen zich dus ook in die operaties kunnen specialiseren. Bovendien hoopt het ziekenhuis met het bestaan van het RUCO een oncologische tegenhanger te kunnen vormen en daarmee om haar "zorgterritorium" (Zorgvisie, 2009) te kunnen beschermen.

5.3 Resultaten van concentratie vanuit professioneel perspectief

Een andere reden waarom concrete resultaten niet altijd iets zeggen is omdat de resultaten die vaak gemeten worden niet per se de resultaten zijn die de verschillende partijen belangrijk vinden. Zo werd hierboven al toegelicht hoe een van de betrokken oncologen met name esthetiek erg belangrijk vindt. Een van de belangrijke uitkomsten van zorg is dan een mooie uitvoering, meer dan bijvoorbeeld het aantal complicaties of heroperaties. Esthetische aspecten worden echter nooit meegenomen in indicatoren en het zou ook een lastige indicator zijn om goed mee te

kunnen nemen. Het is wel een van de resultaten die concentratie van borstkankerzorg volgens deze oncoloog oplevert.

5.4 *Resultaten van concentratie vanuit patiëntenperspectief*

Patiëntenervaringen worden altijd uitgevraagd en het ziekenhuis heeft afgelopen jaar ook een 'roze lintje' van de BVN ontvangen. Of de patiëntenervaringen daadwerkelijk verbeteren door het concentratie-initiatief valt uit onze informatie niet op te maken. Wel hebben patiënten nu de keuze tussen Nijmegen en Beugen waar ze voorheen in veel gevallen op Nijmegen waren aangewezen. Volgens een van de oncologen waarderen patiënten dit en kiezen ze ook voor die spreiding: ze gaan niet massaal naar het academisch ziekenhuis maar blijven veelal in Beugen.

6 Conclusie organisatie, volume en kwaliteit bij Borstkankerzorg

Mede op basis van de maatregel van CZ om de borstkankerzorg van ziekenhuizen die te weinig operaties doen niet meer te vergoeden, zijn het Maasziekenhuis en het UMC St. Radboud een "verregaande samenwerking" aangegaan, geconcretiseerd in het RUCO. Het RUCO is zowel een manier om spreiding mogelijk te maken als een vorm van opschaling. Het idee is dat het chirurgen in staat stelt om voldoende operaties te doen en tegelijkertijd aan patiënten de keuze geeft waar ze behandeld willen worden. Daarvoor lijkt het erg belangrijk te zijn dat de twee werkwijzen van de ziekenhuizen goed op elkaar aansluiten. Dit makt verwijzingen over en weer mogelijk en garandeert daarmee dat alle betrokken borstchirurgen voldoende aantallen kunnen halen en om te zorgen dat het RUCO als geheel voldoende aantallen behaalt.

7 Discussie organisatie, volume en kwaliteit bij Borstkankerzorg

Deze casus is om verschillende redenen interessant. Zoals in de conclusie ook aangegeven gaat het hier ten eerste om zowel om spreiding als om concentratie. De artsen reizen heen en weer tussen de twee locaties, waardoor alle artsen en het ziekenhuis als geheel voldoende aantallen kunnen behalen. Zo hebben patiënten nog steeds keuze in waar ze worden behandeld. Ten tweede illustreert deze casus hoe samenwerking en concurrentie niet tegenover elkaar hoeven te staan maar samen kunnen gaan in een initiatief. Het Maasziekenhuis en het UMC St. Radboud zijn nog steeds concurrenten en houden daarom ook goed de financiële stromen in de gaten. Tegelijkertijd werken ze samen om een dominante positie in de oncologische zorg te vormen en om voldoende aantallen te kunnen behalen. Dus de samenwerking tussen de twee ziekenhuizen is deels tot stand gekomen door dreigende concurrentie.

Een van de belangrijkste knelpunten in deze casus lijkt het goed in kaart brengen en op elkaar afstemmen van de twee financiële stromen van de twee ziekenhuizen te zijn. Dit is een doorlopend proces, omdat er steeds nieuwe specialismen bijkomen. De specialisten zien ook een wisselend aantal patiënten tijdens het spreekuur en brengen daarom een wisselende hoeveelheid werk mee. In het algemeen lijken de betrokken specialisten het nut in te zien van het samenwerkingsverband.

Een ander 'knelpunt' is dat er mogelijk over een aantal jaar een nieuw instituut voor oncologische zorg wordt gebouwd op hetzelfde terrein als waar het RUCO is gevestigd. Dit instituut zou volgens de clustermanager van het RUCO een "dominante oncologische positie" in kunnen nemen en daarmee grote consequenties kunnen hebben voor het RUCO.

Van concrete resultaten in deze casus hebben we nog weinig teruggezien. De geïnterviewden hebben wel veel positieve effecten van de samenwerking benoemd: gemakkelijker overleg, meer gezamenlijk behandelen, meer keuze voor patiënten wat betreft waar en door wie ze behandeld worden, meer behandelmogelijkheden op de locatie van het Maasziekenhuis, en door het hogere volume betere patiëntenzorg met name in welke informatie aan patiënten kan worden gegeven en hoe mooi de operatie kan worden uitgevoerd. Concentratie lijkt deels om andere uitkomsten te

gaan dan die gewoonlijk worden meegenomen. Esthetiek is voor een van de oncologen een belangrijke uitkomst en een belangrijke indicator voor of de operatie op de juiste manier is uitgevoerd. Dit wordt echter nooit in indicatoren meegenomen. Financiële consequenties en stromen worden op dit moment nog in beeld gebracht.

Tenslotte is het belangrijk te vermelden dat de casus van het RUCO een casus over oncologische zorg meer in het algemeen is, en bijvoorbeeld niet een casus over een mammapoli. Door twee borstkankerspecialisten te interviewen hebben we geprobeerd met name het borstkankerperspectief in kaart te brengen. De samenwerking die hiervoor het uitgangspunt is, is dus borstkankerzorgoverstijgend. Het zou kunnen dat daardoor bijvoorbeeld radiotherapeuten of andere specialismen meer flexibel kunnen worden ingezet. Dit maakt dat we waarschijnlijk andere consequenties hebben gevonden van het samenwerkingsinitiatief dan wanneer we ons specifiek op een borstkankerzorgsamenwerkingsverband hadden gefocust.

8 Literatuur Borstkankerzorg

Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery. *JAMA*, 1998; 280(20):1747-51

Berg M. 'CZ toont moed met borstkankerlijst'. In: *Zorgvisie*, 1 november 2010. http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/09738/CZ-toont-moed-met-borstkankerlijst.htm

Croonen HF. CZ: volumenorm is een prikkel. *Medisch Contact*, 2010; 40

Guller U, Safford S, Pietrobon R,Heberer M, Oertli D, Jain N. High Hospital Volume is Associated with Better Outcomes for Breast Cancer Surgery: Analysis of 233,247 Patients. *World J Surg*, 1005; 29:994-1000

Hillner BE, Smith TJ, Desch CE. Hospital and Physician Volume or Specialization and Outcomes in Cancer Treatment: Importance in Quality of Cancer Care. *J Clin Oncol*, 2000; 18(11):2327-40

IGZ. *Zorg voor borstkanker voldoet*. http://www.igz.nl/actueel/nieuws/zorgvoorborstkankervoldoet.aspx

IKNL. *Cijfers en onderzoek over kanker*. http://www.iknl.nl/page.php?id=298

NieuwsReflex. *Nederlandse oncologen tegen lijst CZ*. NieuwsReflex, Nr. 42, 21 oktober 2010. http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/archief-6/Tijdschriftartikel/85891/Nederlandse-oncologen-tegen-lijst-CZ.htm

Volkskrant. *Specialisten publiceren zelf cijfers borstkanker.* 08-10-2010. http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2672/ Wetenschap-Gezondheid/article/detail/1030734/2010/10/08/Specialisten-publiceren-zelf-cijfers-borstkanker.dhtml

Zorgvisie. *St. Radboud bouwt kankerkliniek in Boxmeer.* 10-09-2009. http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/06286/St.-Radboud-bouwt-kankerkliniek-in-Boxmeer.htm