

Volgens hoofdinspecteur Schellekens is de tijd van discussiëren voorbij

‘Volumenorm spaart levens’

Henk Maassen

De IGZ verwacht dit jaar van de wetenschappelijke verenigingen volume- en kwaliteitsnormen voor complexe ingrepen met grote kans op complicaties. Concentratie van zorg is onvermijdelijk. ‘Normering is geen democratisch proces.’

‘We willen patiënten de beste kans op succes geven’

Vrijwel alle kankerbehandelingen zijn hoogcomplex. De kans dat deze en ook andere hoogcomplexere behandelingen qua mortaliteit en morbiditeit succesvol zijn, neemt toe naarmate specialisten en behandelteams meer ervaring hebben. Daarom wil de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat wetenschappelijke verenigingen nog dit voorjaar volumenormen opstellen voor hoogcomplexere operaties en behandelingen van ernstige ziekten die niet vaak voorkomen, zoals alvleesklierkanker, rectumcarcinoom, aorta-aneurysma (electieve operatie), hoofd-halstumoren en levermetastasen (zie ook het *nieuwsbericht* op blz. 246). Ook moeten de verenigingen

noodzakelijke kwaliteitsvoorwaarden formuleren om de zorg verantwoord te kunnen leveren.

De inspectie zal die normen vanaf 2012 gaan handhaven. Zelf vindt de IGZ een aantal van twintig behandelingen per jaar

per behandelteam in alle gevallen minimaal noodzakelijk. Concentratie van zorg is dan onvermijdelijk.

Ook voor hoogcomplexere zorg die veel voorkomt – denk aan borst-, darm- en prostaatkanker – verwacht de IGZ essentiële kwaliteitsnormen inclusief minimale volumenormen per ziekenhuis. Uiterlijk eind 2011 moeten ze zijn vastgesteld, zodat ziekenhuizen deze in 2012 kunnen implementeren en de IGZ in 2013 kan beoordelen of dit is gerealiseerd.

Gezond verstand

Wim Schellekens, hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ, licht de vooremens toe. Hij wil vooraf benadrukken dat ziekenhuizen die op dit moment slechts weinig van deze ingrepen doen, niet per se slechte zorg leveren. ‘Het gaat erom dat we patiënten de beste kans op succes willen geven en het laagste risico op schade. Dit kunnen we alleen garanderen als ziekenhuizen die dergelijke hoogcomplexere zorg leveren, dat ook in voldoende volume doen. Wij vinden het principieel de verantwoordelijkheid van de professionals om die normen te maken. Ik merk dat besturen van wetenschappelijke verenigingen hier ook toe bereid zijn. Maar ik merk ook dat de leden het soms moeilijk vinden dat te accepteren. Begrijpelijk, want het heeft consequenties voor hun werk. De inspectie wil de besturen van buitenaf helpen dat in eigen kring gedaan te krijgen.’ Normering is volgens hem ‘geen democratisch proces’. ‘Behalve op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek is ze ook gebaseerd op opinies van experts, en niet te vergeten op medisch gezond verstand. Het is geen vrijblijvende discussie.’

Boeman

Schellekens wil geen boeman zijn. Met nadruk wijst hij erop dat er ook voortrekkers zijn, die op eigen initiatief al zijn overgegaan tot concentratie van zorg. ‘De gynaecologen hebben de behandeling van baarmoederhalskanker geconcentreerd. Hetzelfde geldt voor hematologische ingrepen en voor de behandeling van



Wim Schellekens, hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg bij de IGZ: 'Als je maar een paar patiënten per jaar ziet, is het als behandelteam niet gemakkelijk vakbekwaam te blijven.'

beeld: Jiri Buller, HH

bottumoren.' En onlangs kwam de Nederlandse Vereniging voor Urologie met een volumenorm voor de behandeling van ernstige vormen van blaaskanker. Ze kwam uit op minstens 10 verrichtingen per jaar per ziekenhuis, om voldoende kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Maar tien is minder dan twintig. Schellekens: 'Ja, we gaan daarom wel met de urologen in gesprek. Nu moeten dertig ziekenhuizen stoppen met deze ingreep. Zet je de norm op 20, dan moeten er nog ongeveer 12 extra mee ophouden.'

Hoe heilig is het getal 20?

'Het is in feite een algemene notie die al in 1961 door de Boston Consulting Groep is gepubliceerd over de vliegtuigindustrie. Een complexe verrichting slechts een paar keer per jaar uitvoeren, geeft een aanzienlijk risico op complicaties. Bij zulke kleine aantallen kun je per ziekenhuis geen uitspraak doen over de kwaliteit van zorg. Elke verdubbeling in aantal verrichtingen per jaar levert al snel een vermindering van de complicatiekansen op van een kwart. Bij vermeerdering van het volume wordt de kans op complicaties kleiner, maar je ziet op den duur ook: hoe meer je doet, hoe minder de vermeerderde opbrengst is. Het is een glijdende schaal. Waar de curve vlakker gaat lopen, plaats je het afkappunt. Dat is voor vrijwel alle ingrepen tussen de 20 en 30, dat wil zeggen 2 tot 3 per maand. Wetenschappelijk onderzoek laat steeds weer zien: meer is beter. Onderzoek dat het tegendeel laat zien – "minder is beter" – bestaat niet.'

Schellekens tekent aan dat wetenschappelijk onderzoek naar volumenormen bij de behandeling van zeldzame ziekten 'erg moeilijk' is. Maar het wetenschappelijk onderzoek dat er is, laat meestal een – soms forse – reductie van de sterfte- en complicatiekansen zien. Zo wijst voor publicatie aangeboden onderzoek van het Integraal Kankercentrum Zuid uit dat in het zuiden van het land concentratie van de gecompliceerde whippleprocedure bij alvleesklierkanker van acht naar drie ziekenhuizen de mortaliteit heeft teruggebracht van 24 procent naar 4 procent. 'Het gaat dus om een groot aantal gespaarde levens.'

Er wordt steeds gesproken over complicaties tijdens en kort na de operatie, niet over uitkomsten op de langere termijn.

'Primair gaat het om de complexe techniek van de chirurgische ingreep. Maar het gaat ook om de complexe multidisciplinaire samenwerking voor en na de ingreep. Als je maar een paar patiënten per jaar ziet, is het als behandelteam niet gemakkelijk vakbekwaam te blijven. En dat heeft weer gevolgen voor de overleving op langere termijn.'

Regionale plannen

Schellekens zegt dat de inspectie ervan uitgaat dat ziekenhuizen de minimumnormen voor hoogcomplexiteit daarom zullen gebruiken voor het maken van regionale beleidsplannen over de concentratie van deze zorg. Bij de keuze welk ziekenhuis welke zorg levert, is niet alleen

een voldoende aantal patiënten een voorwaarde, maar moet een ziekenhuis ook kunnen waarmaken dat het een compleet diagnostisch arsenaal en behandelpakket voor de patiënten in huis heeft. 'Daar horen kwaliteitsvoorwaarden bij die de wetenschappelijke verenigingen net als de volumennormen zelf moeten vaststellen', zegt Schellekens. 'Ik noem er een paar: welke specialisten zijn betrokken, hoe moeten ze overleggen, hoe zijn de verwijsrelaties, hoe zit de complicatieregistratie in elkaar, welk niveau ic-zorg heb je nodig, welke kwalificaties moeten arts-assistenten en verpleegkundigen hebben om deze patiënten, ook in de avond-, nacht- en weekenddiensten, te behandelen? Verder geldt in het algemeen: als een operatie hoogcomplex is, maar voor- en nabehandeling zijn min of meer routine, dan betekent dit dat de chirurgische interventie geconcentreerd moet worden, en dat de nazorg heel goed in andere centra kan gebeuren. *Shared care*, heet dat. Soms zul je ook zien dat specialisten met hun patiënten meegaan naar een ander ziekenhuis.'

U moet medisch specialisten en ziekenhuizen overtuigen van de zin van volumennormen. Welke obstakels ziet u?

'Ten eerste, zoals ik al zei, acceptatie van de normen. Hier speelt werkbevredestiging een rol: het is niet leuk om een uitdagende ingreep niet meer zelf te kunnen doen. De reputatie van specialisten is in het geding, de reputatie van ziekenhuizen ook. Ik heb daar begrip voor, maar het mag geen rol spelen. We zullen verder ongetwijfeld te horen krijgen dat bepaalde hoogcomplex ingrepen al heel wat jaren vrijwel probleemloos worden uitgevoerd. Dat is een valkuil: de aantallen zijn te klein, en de toevalsfactoren te groot om te kunnen beoordelen of je het goed doet of niet. Dat je nooit een complicatie hebt gezien, zegt vrijwel niets. Voorbeeld: als je een bepaald type operatie minder dan 5 keer per jaar doet, en er is een complicatiekans van 0,5 procent, dan heb je maar één complicatie per veertig jaar. Op zulke getallen kun je geen kwaliteitsoordeel baseren.

Dan het financiële aspect. Op het moment dat je voor een complexe verrichting meer krijgt dan die kost, wil geen ziekenhuis die DBC kwijt. Maar is het een verliesgevend DBC, dan zullen ze hem graag afstaan en wil een ander ziekenhuis hem misschien niet hebben. Dus is een voorwaarde voor invoering van de volumennormen dat de tarieven van de DBC's

Chirurgen in het Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis in Amsterdam gebruiken een operatierobot om patiënten met tumoren succesvol te behandelen. Met deze nieuwe techniek kan met grote precisie de tumor zo weggesneden worden dat de schade aan omliggend weefsel minimaal is.

beeld: ANP Photo



kostendekkend zijn. Anders komen er perverse prikkels in het systeem. Ik zie hier een belangrijke taak voor zorgverzekeraars en de NZa. En ten slotte moeten ziekenhuizen heel hard gaan nadenken over hun profiel. Wat voor soort ziekenhuis willen ze zijn? Willen ze basiszorg op hoog kwaliteits- en serviceniveau bieden? Dat omvat nog altijd 85 procent van alle zorg. Of willen ze ook die hightechbehandelingen erbij doen? Op zichzelf prima, maar dan ook volgens de gestelde kwaliteitsvoorwaarden. Het

kan niet meer zo zijn dat men “het er even bij doet”. Als alle ziekenhuizen voor dat laatste kiezen – en dat is nu eigenlijk het geval – dan doen we het niet goed of op zijn hoogst middelmatig. En dan krijgt de

patiënt niet waar hij recht op heeft. Op al deze punten is een zekere externe druk noodzakelijk, anders zal de discussie daarover zich nog jaren voortslepen.’

Later dit jaar zijn complexe ingrepen bij ernstige ziekten met een hogere incidentie aan de orde.

‘Uit een rapport van KWF Kankerbestrijding van juli vorig jaar bleek dat er een grote, onverklaarbare variatie is in de aanpak van diagnostiek en behandeling – erger nog – in de behandelresultaten bij borstkanker, prostaatkanker, colonkanker en longkanker. Het rapport toonde overtuigend aan dat concentratie van operaties leidt tot minder complicaties en verhoging van de kans op overleving. Mensen gaan niet op de operatietafel dood bij deze kankersoorten, zo hightech is de ingreep niet, maar de hele nabehandeling is wel gecompliceerd. De volumennorm van minstens 20 per jaar is hier dan ook niet alleen aan de orde; borstkanker wordt 15.000 keer per jaar geopereerd. Wij vragen daarom aan de wetenschappelijke verenigingen om nog dit jaar kwaliteitsvoorwaarden vast te stellen, waaruit dan ook een minimumvolume per kankersoort per ziekenhuis voortvloeit. Op basis van de conclusies van het KWF-rapport komen we afhankelijk van de kankersoort minimaal tot 70, 100 of zelfs 150 ingrepen per jaar.

Bij de complexe operaties bij ziekten die weinig voorkomen is het volume leidend, en zijn de kwaliteitsvoorwaarden belangrijk opdat je niet gaat concentreren in ziekenhuizen die niet aan die voorwaarden voldoen. Bij borst-, prostaat-, colon- en longkanker zijn de kwaliteitsvoorwaarden leidend. Zulke voorwaarden zijn


bijvoorbeeld handelen conform de richtlijn of multidisciplinair overleg. Daaraan voldoet lang niet ieder ziekenhuis. Als in een ziekenhuis veertig borstkankeroperaties per jaar plaatsvinden, dan is dat minder dan één patiënt per week. Ik weet zeker dat er dan niets terecht komt van multidisciplinair overleg.’

Ziet u ook hier weer obstakels bij de invoering?

‘Grotere obstakels. Omdat het om substantiële aantallen patiënten gaat, zullen de meeste ziekenhuizen deze zorg moeten blijven leveren. Dat betekent opnieuw: *shared care*. Dat is nodig want borstkanker bijvoorbeeld kent momenteel 20 behandelingslijnen, mede afhankelijk van de genetische constitutie, de grootte van de tumor, de mate van uitzaaiing enzovoort. We moeten delen van dat zorgproces concentreren. Vaak zal dat betekenen dat diagnose en operatie gescheiden worden.

Eind van dit jaar moeten de normen bekend zijn. Daarna is er een jaar om ze te implementeren. Vanaf 2013 gaan we handhaven. Dat doet de IGZ altijd proportioneel. Als ziekenhuizen na dat jaar in een regio nog volop in onderhandeling zijn, dan zullen we ons als inspectie terughoudend opstellen. Maar het moet dan niet meer eindeloos duren. Het kan zijn dat andere ziekenhuizen niet willen meewerken, dat ze bepaalde verrichtingen niet willen of dat specialisten niet meewerken. Wij kunnen dan helpen en, indien nodig, gerichte druk uitoefenen. Als er in een hele regio sprake is van onwil, dan grijpen we in. Ik verwacht echter dat het nergens zover komt.’

Zorgverzekeraar CZ vindt dat per ziekenhuis minstens 150 borstkankeroperaties per jaar moeten plaatsvinden. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is vijftig operaties per jaar voldoende om goede borstkankerszorg mogelijk te maken.

‘CZ heeft de lat hoger gelegd. Geen bezwaar, dat mag. Dat werkt zelfs kwaliteitsverbeterend. Wat niet moet, is dat zorgverzekeraars straks als de veldnormen van kracht zijn, ziekenhuizen contracteren die daaronder zitten. Ik hoop overigens dat ze in ieder geval snel de minimumnormen zullen hanteren, want daarmee bevorderen ze de implementatie. Leggen ze, zoals CZ, de lat hoger, dan kunnen ze uiteraard rekenen op een forse discussie met de beroepsgroep. Ik verwacht overigens dat verzekeraars op termijn de normen zullen verhogen.’ 

‘Ik verwacht dat verzekeraars op termijn de norm zullen verhogen’



Meer nieuws en artikelen over volumennormen vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.