

# Kiezen én delen

**Betere zorg vergt meer concentratie van behandelingen: ziekenhuizen moeten alleen dát doen waar ze goed in zijn. Oncoloog Elsken van der Wall zoekt de oplossing in regionale netwerken van ziekenhuizen waar de UMC's in the lead zijn. 'De traumaregio's zouden als voorbeeld kunnen dienen.'**

**H**et is een van de meest in het oog springende kenmerken van de medische vooruitgang: specialisatie. Naarmate we het menselijk lichaam beter begrijpen, wordt het voor artsen steeds moeilijker om alles te weten. Patiënten krijgen te maken met steeds meer specialisten, en steeds vaker met superspecialisten. Bijvoorbeeld de internist-endocrinoloog met 'het aandachtsgebied schildklierziekten'. Dit is een logisch gevolg van de enorme kennisgroei. In de 17<sup>de</sup> eeuw kon één onderzoeker het verschil maken. Antonie van Leeuwenhoek verbeterde microscopen, ontdekte bacteriën en legde zo de basis voor de microbiologie. Anno 2011 verschijnen er meer dan één miljoen wetenschappelijke publicaties per jaar en kan een medisch specialist ternauwernood zijn eigen vakgebied bijhouden. Dagelijks verschijnen 75 klinische

trials en 11 overzichtsartikelen. *Evidence based* geneeskunde helpt artsen te handelen naar de meest recente inzichten. Op basis van wetenschappelijk onderzoek formuleren artsen richtlijnen voor de beste behandeling. Bovendien bedenken ze 'uitkomstmaten' die zeggen wanneer een behandeling goed (genoeg) uitgevoerd is. Een uitkomstmaat kan bijvoorbeeld zijn het aantal infecties na een heupvervangende operatie. Of het aantal patiënten met diabetes mellitus bij wie het suikergehalte goed geregeld is.

#### OPVALLENDE VERSCHILLEN

Het naast elkaar leggen van uitkomstmaten van verschillende ziekenhuizen brengt opvallende verschillen aan het licht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeerde in 2009 bijvoorbeeld dat de behandeling van borstkanker in Nederlandse ziekenhuizen sterk varieert. Hoewel chirurgen de operatie zo goed mogelijk uitvoeren, blijft bij borst-

sparende operaties soms toch tumorweefsel achter. In Nederlandse ziekenhuizen gebeurde dat in 2009 in 0 tot 42 procent van de gevallen, een enorme spreiding. Bovendien is aangetoond dat er een verband bestaat tussen het aantal patiënten dat in een ziekenhuis jaarlijks geopereerd wordt en de kans op restweefsel. Hoe meer borstkankerpatiënten een ziekenhuis behandelt, hoe kleiner het percentage operaties waarbij tumorweefsel achterblijft. Maar voor het stellen van een norm bestaat nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

In het rapport 'Kiezen voor kwaliteit' schrijft consultantbureau Boston Consulting Group hierover: 'De enorme spreiding in resultaten is op zich geen goed teken. Het kan niet zo zijn dat dit het resultaat is van allemaal even goede zorg.' Overigens, als complete ziekenhuizen al zo verschillen, dan ligt het voor de hand dat individuele specialisten nog meer van elkaar verschillen. De prestaties van ziekenhuizen zijn immers het gemiddelde van groepen artsen.

#### NIET ACCEPTABEL

Borstkanker is slechts een voorbeeld. Voor alle behandelingen zijn de resultaten afhankelijk van het ziekenhuis en de arts. Dat concludeert ook KWF Kankerbestrijding in het rapport 'Kwaliteit van kankerzorg' uit 2010. Een werkgroep legt daarin de behandeling van diverse kankersoorten onder de loep. ▶

## Aanrijtijd ziekenhuizen die borstkanker behandelen





► Ze concluderen dat ‘de kwaliteit van zorg wisselt op ziekenhuisniveau’. Het gaat om sterfte na operaties en andere kwaliteitseisen. KWF Kankerbestrijding is ‘verbaasd’ over de sterk wisselende kwaliteit en vindt het bijvoorbeeld ‘niet acceptabel’ dat sommige ziekenhuizen nog steeds onnodig alle lymfklieren weghalen bij patiënten met borstkanker. Als oorzaak van de variatie wijzen de rapporteurs op een gebrek aan ervaring van sommige ziekenhuizen. Dat is weliswaar niet nieuw en ook niet heel verrassend, maar naarmate deze verschillen buiten het ziekenhuis bekender worden, zal de roep om kwaliteitsverbetering toenemen. ‘De huidige situatie, met grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen, is onhoudbaar als de transparantie in kwaliteit toeneemt’, concludeert Boston Consulting Group. Mede in reactie hierop heeft de Nederlandse vakvereniging van chirurgen (NVDH) afgelopen januari kwaliteitseisen ingesteld voor de behandeling van onder meer borst-, darm- en longkanker. Ziekenhuizen moeten moderne apparatuur en een goede, vooral multidisciplinaire overlegstructuur hebben. Daarnaast moeten ze de operaties minstens twintig tot vijftig keer per jaar uitvoeren. En via zogenaamde audits zullen ziekenhuizen beoordeeld worden op deze kwaliteitseisen.

#### PATIËNTEN VERDELEN, IS LASTIG

Deze normen kunnen ertoe leiden dat sommige ziekenhuizen de operaties in de toekomst niet meer uitvoeren, stelt de NVDH. ‘Chirurgen en instellingen die over een jaar niet aan de kwaliteitseisen voldoen, moeten gaan samenwerken met anderen of patiënten doorverwijzen naar ziekenhuizen die wel

#### HET GOEDE NIEUWS

Het mediageweld over de verbetering van kwaliteit in de gezondheidszorg zou je bijna doen denken dat het slecht gaat in Nederland. Dat is zeker niet het geval. Ook al kan het altijd beter, in vergelijking met Europese landen presteert Nederland al jaren zeer goed. Volgens de Euro Health Consumer Index heeft Nederland het beste zorgsysteem van Europa. Nederland eindigde als enige land altijd in de top drie in alle gezondheidsindexen die de organisatie sinds 2005 publiceerde. De Europese zorgwaakhond concludeert: ‘Het Nederlandse zorgstelsel lijkt geen echt zwakke plekken te hebben, hoogstens zijn de wachttijden voor verbetering vatbaar.’ Meer vindt u op [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)

aan de normen voldoen.’

De meest gehoorde oplossing voor kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg is concentratie. Ziekenhuizen moeten niet meer alle mogelijke behandelingen aanbieden, maar zich toelagen op behandelingen waar ze goed in zijn. Hoewel de meeste artsen en ziekenhuisbestuurders het hiermee eens zijn, blijkt de praktische uitwerking lastig. Het betekent dat ziekenhuizen onderling moeten verdelen wie welke patiënten behandelt. En het betekent vooral: sommige patiënten doorsturen naar andere ziekenhuizen.

Vooraf bij zeldzamere en ingewikkelde ziekten is dit belangrijk. In Nederland worden jaarlijks zo’n 15.000 heupen vervangen, dus die expertise is wijd verbreid. Maar kennis over een vorm van kanker die slechts enkele tientallen keren per jaar voorkomt, kan het beste op één plek samengebracht worden.

#### UMC’S MOETEN HET VOORTOUW NEMEN

Ook oncoloog Elsken van der Wall van het UMC Utrecht vindt concentratie van kankerzorg onontbeerlijk. Het kan betekenen dat ziekenhuizen sommige zorg niet meer mogen leveren als ze onder de maat presteren of hun infrastructuur niet op orde

hebben. ‘Zorg wordt steeds ingewikkelder en vereist multidisciplinaire afstemming. Je kunt niet meer chirurg zijn die operaties van kanker erbij doet naast zijn gewone ingrepen. Meer kennis betekent meer mogelijkheden en meer deelspecialismen. Om tot de beste behandeling te komen, is het nodig deze mensen bij elkaar te brengen. Concentratie kan niet alleen de kwaliteit van zorg verbeteren maar kan de zorg ook versnellen en efficiënter maken. Mijn oplossing’, stelt Van der Wall, ‘is de vorming van regionale netwerken van ziekenhuizen waar UMC’s in the lead zijn. De traumaregio’s zouden als voorbeeld kunnen dienen. Een regio zou alle zorg moeten coveren. Daarbinnen maken ziekenhuizen afspraken over patiëntenstromen. Het lijkt voor de hand te liggen dat UMC’s daarin het voortouw nemen, want zij lopen voorop in het ontwikkelen van nieuwe therapieën en zorgconcepten.’ ■



*‘De huidige situatie met grote kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen is onhoudbaar’*



## HET UMC UTRECHT DURFT TE KIEZEN

# speerpunten

**Doen waar je goed in bent. Dat is de gedachte achter concentratie in de zorg. Het UMC Utrecht concentreert zich daarom op zes wetenschappelijke speerpunten. Vijf vragen over de strategie tot 2015 aan RvB-voorzitter Jan Kimpen en decaan Frank Miedema.**

#### Waarom moet het UMC Utrecht kiezen?

‘Excelleren in alle medische specialismen is voor een UMC onmogelijk. De ontwikkelingen in de verschillende medische specialismen gaan daarvoor simpelweg te snel. Als maatschappij moeten we ervoor zorgen dat de beste behandeling voor iedere aandoening voor iedereen bereikbaar is. Maar dat hoeft niet altijd in ieder ziekenhuis te zijn. Integendeel. Als iedereen zich concentreert op datgene waar hij goed in is, en we er met elkaar voor zorgen dat we de gezondheidszorg in de volle breedte bestrijken, valt er veel winst te behalen. Efficiencywinst én gezondheidswinst. In de nieuwe strategie van het UMC Utrecht hebben wij de verantwoordelijkheid genomen keuzes te maken. Keuzes waarbij onze eigen kracht als uitgangspunt dient: datgene waar we al uitstekend in zijn, gaan we verder verbeteren.’

#### Wat zijn die keuzes?

‘In de nieuwe strategie richt het UMC Utrecht zich op zes speerpunten: circulation, stem cells, cancer, immunity, brain en child health. Daarbinnen beperken we ons nog eens tot een beperkt aantal ziektebeelden. In zo’n speerpunt zijn wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg niet los van elkaar te

zien. Het UMC Utrecht wil zo veel mogelijk patiënten betrekken bij wetenschappelijk onderzoek. Alle speerpunten omvatten een dynamisch proces van innovatie dat tot nieuwe vormen van zorg leidt, die vervolgens weer ‘uitstromen’ naar de reguliere zorg. Resultaten van wetenschappelijk onderzoek moeten goede komen aan patiënten; en patiëntenzorg roept vragen op die wetenschappers proberen te beantwoorden. Dit noemen we met een mooi woord een innovatie-loop oftewel vernieuwingslus.’

#### Wat betekent dit voor patiënten?

‘Ons uitgangspunt blijft dat de acute spoedeisende hulp en onze secondopinionfunctie over de hele linie goed geregeld zijn. Maar de patiënt zal niet voor alle behandelingen in het UMC Utrecht terecht kunnen. Als de diagnose valt in een van onze speerpunten, is het UMC Utrecht dé plek waar hij moet zijn. Bijvoorbeeld: voor patiënten met schizofrenie of ALS is het UMC Utrecht *the place to be*. Maar voor patiënten met afwijkingen in de witte hersenstof heeft het VUmc een expertisecentrum. Door keuzes te maken, moet het voor iedereen onbetwistbaar duidelijk worden wie waar moet zijn. Dit sluit perfect aan bij de concentratie en taakverdeling waar de UMC’s in Nederland mee bezig zijn.’

#### Wat betekent dit voor onderzoek?

‘Ook in het wetenschappelijk onderzoek leggen we de focus op onze zes speerpunten: dáárin gaan we investeren, want beter onderzoek leidt tot betere behandelingen. Neem het Centrum voor Beeldgestuurde Oncologische Interventies (CBOI) dat nu in aanbouw is. Dit valt binnen een speerpunt, dus hier investeren we in. Dankzij die investering kunnen we beeldgestuurde bestraling verder ontwikkelen en testen, waardoor dit over een aantal jaren misschien de standaardbehandeling is. Door onze keuzes consequent door te voeren, kunnen we veel bereiken. Voor de patiënt van nu en die van de toekomst.’

#### Waarom nú kiezen?

‘De nieuwe strategie plaatst het UMC Utrecht midden in de snel veranderende maatschappij. De gezondheidszorg staat namelijk voor stevige uitdagingen. De afgelopen jaren hebben verschillende ontwikkelingen een enorme vlucht genomen. Denk aan de liberalisering en commercialisering van de zorgmarkt en de grotere behoefte aan service en klantgerichtheid. Daarbij komen natuurlijk de bezuinigingen die de gezondheidszorg treffen, ook al is de omvang daarvan nog niet helemaal duidelijk. Al deze ontwikkelingen samen nopen het UMC Utrecht tot een nieuwe strategie.’ ■